

**SENGKETA
PELAYANAN
KESEHATAN
DAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL**

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
tentang Hak Cipta

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Prof. Dr. H. Indar, S.H, M.P.H.
Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.
Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si.
Ir. Nurhayani M.Kes.



PUSTAKA PELAJAR

SENGKETA
PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL

Penulis

Prof. Dr. H. Indar, S.H, M.P.H.
Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.
Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si.
Ir. Nurhayani M.Kes.

Desain Cover:
Wisnu

Tata Aksara
Dimaswids

Cetakan I. Juli 2020

Penerbit
Pustaka Pelajar
Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta
Telp. 0274 381542, Faks. 0274 383083
Email: pustakapelajar@yahoo.com

ISBN: 978-623-236-dalam proses

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan seru sekalian alam. Kepada-Nyalah kita menyembah dan kepada-Nyalah kita mohon pertolongan. Tidak ada yang dapat terjadi kecuali atas perkenan-Nya, termasuk dalam penulisan buku ini. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada junjungan kita Nabi besar Muhammad Shallallahu ‘alaihi wasallam.

Buku Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional ini merupakan buku penting yang diperlukan oleh para mahasiswa, para dosen dan pemerhati jaminan kesehatan nasional yang aplikasinya melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) .

Buku ini diilhami oleh keinginan penulis untuk berbagi kepada mahasiswa, dosen dan pemerhati jaminan kesehatan nasional untuk lebih “Concern” terhadap perlindungan dan penegakan hukum baik terhadap pasien dan atau keluarganya sebagai peserta sekaligus sebagai penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*) maupun kepada tenaga medik serta tenaga kesehatan lainnya, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) terutama berkaitan dengan masalah kepuasan dalam pelayanan kesehatan.

Dengan terbitnya buku Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan tinggi kepada Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Civitas Akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang banyak memfasilitasi proses penerbitan buku ini. Semoga buku yang sederhana ini bisa berguna utamanya bagi dunia pendidikan,

Penulis berharap tegur sapa yang membangun demi kesempurnaan buku ini sekalian selalu ditunggu dengan senang hati. Akhirnya, penulis berharap pertolongan dan ridha-Nya. Mudah-mudahan buku ini dapat memberikan manfaat yang banyak.

Makassar, 17 Ramadhan 1441 H/11 Mei 2020

Penulis

SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN.

Dengan mengucapkan Puji Syukur kehadiran ALLAH SWT atas terbitnya buku yang berjudul **Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional**". Buku ini dibuat sebagai rangkuman berbagai literatur untuk membantu mahasiswa, dosen dan pemerhati masalah jaminan kesehatan nasional di pendidikan hukum dan kesehatan Indonesia umumnya dan di Universitas Hasanuddin pada khususnya.

Buku ini memuat tentang Pelayanan Kesehatan di mana dapat menjadi sumber konflik dan atau sengketa dalam pelayanan kesehatan bahkan karena tindakan Fraud dan atau Malpraktik Dalam Pelayanan Kesehatan. Dalam proses pelayanan kemungkinan timbul konflik yang berpotensi menjadi sengketa antara pasien dan atau keluarganya sebagai penerima pelayanan (health receiver) dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya, rumah sakit dan fasilitas serta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai pemberi pelayanan kesehatan

(health provider).

Sejatinya baik penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*) maupun pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) secara yuridis formal berhak mendapatkan perlindungan hukum dan membutuhkan penegakan hukum dalam proses pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Jika terjadi konflik apalagi menjurus ke sengketa pelayanan kesehatan, maka pihak yang terlibat dalam konflik dan sengketa tentunya memerlukan penyelesaian. Dalam hubungan inilah hukum menghadirkan Alternatif Penyelesaian Sengketa, baik secara litigasi maupun non-litigasi. Dalam kondisi inilah diperlukan peran peradilan profesi dan peradilan non profesi kesehatan.

Sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, kami haturkan selamat kepada penulis buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Insya Allah. Amin.

Makassar, 17 Ramadhan 1441 H/11 Mei 2020



Dr. Aminuddin Syam, S.K.M, M.Kes, M.Med Ed

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR — v

**SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN — vii**

DAFTAR ISI — ix

BAB I

PELAYANAN KESEHATAN — 1

- A. Pengertian Pelayanan Kesehatan — 1
- B. Sistem Pelayanan Kesehatan — 4
- C. Persyaratan Pelayanan Kesehatan — 6
- D. Standar Pelayanan Kesehatan — 9
- E. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan — 15
- C. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan — 27
- F. Kasus Pelayanan Kesehatan — 27

BAB II.

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) — 32

- A. Pendahuluan — 32
- B. Pengertian BPJS Kesehatan — 34

- C. Hubungan Hukum dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional — 48
- D. Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan — 51
- E. Potensi Sengketa Dalam Pelayanan BPJS — 55
- F. Penyelesaian Sengketa Dalam Pelayanan Kesehatan BPJS — 62
- G. Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) — 64
- H. Dewan Jaminan Sosial Nasional — 67

BAB III.

PERLINDUNGAN HUKUM DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 68

- A. Pengertian Perlindungan Hukum — 68
- B. Bentuk Perlindungan Hukum — 70

BAB IV.

PENEGAKAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN — 83

- A. Pengertian Penegakan Hukum — 83
- B. Penegak Hukum dan Kewenangan — 84

BAB V.

FRAUD DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 104

- A. Pendahuluan — 104
- B. Definisi Fraud — 105
- C. Bentuk Fraud Dalam Pelayanan Kesehatan — 109
- D. Kasus Tindakan Fraud Pengelola Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan — 114

BAB VI.

MALAPRAKTIK PELAYANAN KESEHATAN — 117

- A. Pendahuluan — 117
- B. Pengertian Malpraktik — 118
- C. Jenis Malpraktik — 122
- D. Pencegahan Malpraktik Pelayanan Kesehatan — 124

BAB VII.

KONFLIK DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 126

- A. Pendahuluan — 126
- B. Pengertian Konflik — 128
- C. Sebab Timbulnya Konflik — 132
- D. Jenis Konflik — 136
- E. Akibat konflik — 139
- F. Konflik Dalam Pelayanan Kesehatan — 140
- G. Sumber Konflik Dalam Pelayanan Kesehatan — 142

BAB VIII.

SENGKETA DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 147

- A. Pendahuluan — 147
- B. Pengertian Sengketa — 150
- C. Sebab-sebab Timbulnya Sengketa — 151
- D. Sengketa Pelayanan Kesehatan — 154

BAB IX.

ALTERNATIF PENYELESAIAN SENKETA — 155

- A. Teori Penyelesaian Sengketa — 155
- B. Alternatif Penyelesaian Sengketa — 158

BAB X.

PENYELESAIAN SENKETA DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL — 163

- A. Pendahuluan — 163
- B. Jaminan Kesehatan Nasional — 164
- C. Dasar Hukum Jaminan Kesehatan Nasional — 166
- D. Sumber Sengketa Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional — 175
- E. Sengketa Bersumber Pengaduan — 178
- F. Sengketa Bersumber di Luar Pengaduan — 179
- G. Lembaga Penyelesaian Sengketa JKN — 181
- H. Jenis Sengketa JKN dan Alternatif Penyelesaian — 184

BAB XI.

PENYELESAIAN SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN MELALUI MEDIASI — 189

- A. Latar Belakang — 189
- B. Pelayanan Kesehatan Berbasis Upaya Maksimal
(*Inspanning Verbintennis*) — 194
- C. Mediasi dan Budaya Luhur Bangsa Indonesia — 196
- D. Mediasi Sebagai Penyelesaian Sengketa
Kesehatan — 197
- E. Mediasi Sebagai bagian Upaya Menuju Masyarakat
Sejahtera — 199
- F. Prosedur dan Tata Cara Mediasi — 200

BAB XII.

DEWAN PERTIMBANGAN KLINIS BPJS — 206

- A. Pendahuluan — 206
- B. Dasar Hukum Dewan Pertimbangan Klinis — 208
- C. Tujuan Dewan Pertimbangan Klinis — 210
- D. Organisasi Dan Keanggotaan — 211
- E. Tugas dan Wewenang Dewan Pertimbangan
Klinis — 213
- F. Tugas Sekretariat Dewan Pertimbangan Klinis — 216
- G. Fungsi Dewan Pertimbangan Klinis — 217
- H. Mekanisme Kerja Pertimbangan Klinis — 220
- I. Pendanaan — 227

BAB XIII.

PERADILAN BIDANG KESEHATAN — 228

- A. Pendahuluan — 228
- B. Peradilan Etik — 230
- C. Peradilan Lembaga Profesi — 232
- D. Peradilan Lembaga Non Profesi — 247

BAB XIV.

MENGGAGAS PERADILAN ETIK DI INDONESIA — 270

- A. Perkembangan Lembaga Peradilan dalam Sejarah — 270
- B. Tahap Perkembangan Etika — 280
- C. Sistem Norma Agama, Etika, dan Hukum — 291
- D. Pelembagaan Sistem Norma Etika — 298
- E. Menuju Terbentuknya Peradilan Etika Modern — 299

DAFTAR PUSTAKA — 307

INDEKS — 312

TENTANG PENULIS — 317

BAB I

PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Levey dan Loomba (1973)).

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan **kesehatan** perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Sesuai dengan batasan di atas, bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini ditentukan oleh:

1. Pengorganisasian **pelayanan**, di mana pelayanan dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam

suatu organisasi.

2. Ruang lingkup kegiatan, di mana pelayanan hanya mencakup kegiatan pemeliharaan **kesehatan**, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok **pelayanan** kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga. Ditandai dengan cara pengorganisasian yang bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta utamanya adalah perseorangan dan keluarga.

Untuk kedokteran, sudah jelas bahwa yang melayani adalah tenaga para dokter. Fokus utamanya adalah menyembuhkan penyakit dan sasaran utamanya adalah keluarga maupun individu (perseorangan). Biasanya jenis layanan ini kurang memperhatikan efisiensi dan tidak boleh menarik perhatian karena hal ini bertentangan dengan etika kedokteran. Dalam melayani pasien, dokter terikat undang-undang dan menjalankan fungsi perseorangan. Dokter hanya bertanggung jawab pada pasien dan tidak bisa memonopoli usaha kesehatan.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta

sasarannya untuk kelompok dan masyarakat. Sasaran utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah masyarakat dan kelompok tertentu. Sementara itu untuk pelayanan kesehatan masyarakat, tenaga yang melayani adalah ahli kesehatan masyarakat.

Fokus utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah untuk mencegah penyakit dan sasaran utamanya tentu adalah masyarakat secara menyeluruh. Dalam melayani, para tenaga ahli biasanya mencari cara yang paling efektif dan efisien. Menarik perhatian masyarakat dan menjalankan fungsi dengan mengorganisirnya. Walaupun demikian, para tenaga pelaksana juga tetap mendapat dukungan peraturan perundang-undangan. Untuk memberikan layanan pada masyarakat, layanan harus selalu tersedia serta bersifat berkesinambungan (terus-menerus) atau semua pelayanan yang diperlukan oleh masyarakat tidak akan sulit ditemukan.

Selain itu dalam melayani masyarakat, pelayanan juga harus wajar, bisa diterima atau tidak bertentangan dengan kepercayaan dan keyakinan yang dijalankan di masyarakat setempat. Dari segi biaya, biayanya juga harus memperhatikan faktor kemampuan ekonomi warga setempat sehingga tidak akan membebani mereka dari segi finansial. Walaupun biayanya murah bukan berarti layanan yang diberikan boleh sembarangan, karena pelayanan yang diberikan juga harus bermutu sesuai dengan kode etik dan standar yang sudah ditetapkan sebelumnya. Jika hal ini dilaksanakan, diharapkan dapat meningkatkan taraf kesehatan di masyarakat

Berdasarkan pasal 30 ayat (1), (2) dan (3) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri atas: Pelayanan Kesehatan Perseorangan, Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Dan, pelayanan kesehatan perseorangan ini dilaksanakan oleh praktik dokter atau tenaga kesehatan yang dibantu oleh pemerintah baik daerah maupun swasta.

B. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam UUD 45.

Dalam pelayanan kesehatan juga mengenal akan tempat pelayanan kesehatan seperti halnya rumah sakit dan juga Puskesmas. Rumah sakit adalah sebagai suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sedangkan fungsi rumah sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan: Pelayanan medik. Dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Tujuan puskesmas adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

Subsistem dalam pelayanan kesehatan adalah input, proses, output, dampak, umpan balik. Input adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem. Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran

setelah beberapa waktu lamanya. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut. Lingkungan adalah dunia di luar sistem yang memengaruhi sistem tersebut.

Sebagai ilustrasi, di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas, input adalah Dokter, perawat, obat-obatan, . Prosesnya: kegiatan pelayanan puskesmas, Outputnya adalah Pasien sembuh/tidak sembuh, dampaknya yaitu meningkatnya status kesehatan masyarakat, umpan baliknya yakni keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan, lingkungannya, masyarakat dan instansi di luar puskesmas tersebut. Dalam pelaksanaannya pelayanan kesehatan sebagai realisasi dari upaya kesehatan bertujuan

1. Promotif yakni memelihara dan meningkatkan kesehatan. Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif yaitu pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit yang terdiri dari:
 - a. Preventif primer, terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik.
 - b. Preventive sekunder, terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut.
 - c. Preventif tersier yaitu pembuatan diagnosis ditujukan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosis dan pengobatan Kuratif (penyembuhan penyakit).
 - d. Rehabilitasi (pemulihan) berupa Usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan.

Pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatannya.

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer). Diperlukan

untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu) Puskesmas Keliling (Pusling).

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder). Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer seperti Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier). Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder seperti Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Pasal 30 ayat (1): Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri: a. Pelayanan Kesehatan Perseorangan; dan b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Pasal 30 ayat (2): Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama; b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Pasal 30 ayat (3) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pihak pemerintah, pemerintah daerah dan swasta.

C. Persyaratan Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996) suatu pelayanan kesehatan harus mempunyai persyaratan pokok, hal ini dimaksudkan persyaratan pokok itu dapat memberi pengaruh kepada pasien dalam menentukan keputusannya terhadap penggunaan ulang pelayanan kesehatan.

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta bersifat berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua

jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat serta bersifat wajar artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan, adat istiadat, kebudayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Bila fasilitas ini mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia, maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat penggunaan di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa yang akan datang.

4. Terjangkau

Syarat pokok keempat pelayanan yang baik adalah terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud di sini terutama dari sudut biaya untuk dapat mewujudkan harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal yang hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan yang baik adalah bermutu (*Quality*) yaitu yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib, memberikan akses yang luas bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, dalam hal demikian fasilitas pelayanan kesehatan akan memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu, dalam keadaan darurat fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah wajib untuk melayani pasien tanpa memandang siapa pasien tersebut, hal ini dalam undang-undang melarang bagi siapa saja yang terlibat dalam pelayanan kesehatan menyalah-menyalahkan pasien dalam keadaan darurat untuk menolak pasien atau meminta uang muka sebagai jaminan. Pelayanan kesehatan adalah kegiatan dengan melakukan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dalam pelayanan kesehatan perseorangan sesuai dengan pasal 30 ayat (1) adalah ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat adalah ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat

Pelayanan kesehatan ini adalah mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibandingkan kepentingan lainnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu serta merata dan non-diskriminatif, dalam hal ini pemerintah sangat bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan, serta menjamin standar mutu pelayanan kesehatan. Dengan demikian, sangat jelaslah

bahwa dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pemerintah sangat peduli dengan adanya ketentuan-ketentuan yang berlaku menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, maka hak-hak pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan tersebut dapat terlindungi.

Seiring dengan masuknya arus globalisasi maka pemerintah mencoba untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, hal ini untuk menjamin masyarakat dengan adanya perkembangan teknologi yang sangat cepat sehingga permasalahan kesehatan dapat teratasi demi kepuasan masyarakat. Kepentingan-kepentingan masyarakat akan dapat menginginkan adanya perubahan dalam bidang pelayanan kesehatan, meskipun dalam beberapa kasus yang terjadi saat ini membuat masyarakat merasa lebih berhati-hati dalam memilih tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dengan hadirnya Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan ini diharapkan akan membawa perubahan dalam bidang pelayanan kesehatan baik perseorangan maupun masyarakat, serta memberikan perlindungan yang maksimal bagi masyarakat.

D. Standar Pelayanan Kesehatan

Standar pelayanan digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memudahkan dalam melaksanakan tugas, meningkatkan keterampilan, perlindungan hukum, penilaian, dan keseragaman. Oleh karena itu, standar harus dipahami oleh semua tenaga kesehatan khususnya bagi tenaga keperawatan. Terdapat beberapa pengertian standar antara lain:

- a. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat *performance* atau kondisi tersebut.
- b. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.

- c. Ukuran atau patokan yang dipakai untuk mengukur kualitas, berat, nilai atau mutu.
- d. Menurut Royal College Nursing (CRN, 1986) *A standard is professionally agreed level of performance appropriate to the population adressed, which is observable, achievable, measurable, and desirable.*

Standar mengandung makna penting antara lain:

- a. Menjelaskan apa yang harus dicapai
- b. Menjelaskan tingkat yang harus dicapai
- c. Mencakup kegiatan-kegiatan atau persyaratan tertentu yang harus dipenuhi agar dapat disebut mutu.

Standar harus memenuhi beberapa hal penting yaitu:

- a. Dapat diukur (*measurable*)
- b. Dapat dipercaya (*realistic*)
- c. Semestinya (*appropriate*)
- d. Sesuai keinginan dan dapat diterima (*desirable and acceptable*)

Standar dalam pelayanan banyak macamnya. Jika ditinjau dari unsur pokok yang terdapat dalam pelayanan kesehatan, secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu (Azwar, 1996:) sebagai berikut:

1. Standar Persyaratan Minimal (*Minimum Requirement Standard*) yang dibedakan atas tiga macam yaitu
 - a. Standar Masukan (*Standard of Input*)
Merupakan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat diselenggarakannya pelayanan kesehatan yang bermutu. Di dalam standar ini unsur terpenting berupa tenaga pelaksana (*man power*), sarana (*facilities*), dan dana (*money*). Apabila standar masukan tidak dipenuhi, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan pelayanan bermutu.
 - b. Standar lingkungan (*Standard of Environment*)
Standar lingkungan banyak macamnya, tetapi yang

terpenting adalah Garis besar kebijakan (*policy*) yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya dan struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan. Sistem manajemen (*Management*) yang dianut oleh suatu sarana pelayanan. Standar lingkungan ini populer dengan sebutan standar organisasi dan manajemen (*Standard of organization and management*) Secara umum disebutkan apabila standar lingkungan tidak terpenuhi maka sulit diharapkan suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu.

c. Standar Proses (*Standard of process*)

Proses yang dimaksudkan di sini dibedakan atas dua macam yaitu Tindakan medik (*Medical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan dan Tindakan nonmedik (*Nonmedical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan. Standar proses yang dikenal pula dengan nama standar tindakan (*Standard of conduct*). Oleh karena, baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka harus dapat diupayakan tersusunnya standar proses tersebut. Secara umum disebutkan apabila standar proses tidak terpenuhi, maka sulit dikatakan suatu tindakan sesuai dengan standar.

2. Standar Penampilan Minimal (*Minimum Performance Standard*) yaitu: menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Oleh karena, standar ini menunjuk pada unsur keluaran maka dimensi standar ini sangat luas. Namun, karena pelayanan kesehatan pada hakikatnya diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien, yang apabila terpenuhi akan memuaskan pasien, maka dimensi yang dianut lebih diutamakan dari sudut pasien yaitu yang dapat memin-

bulkan rasa puas tersebut (*patient satisfaction*). Dalam hal ini dikenal dua aspek penampilan sebagai berikut:

- a. Penampilan aspek medik (*medical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan medik.
- b. Penampilan aspek non medik (*nonmedical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan non medik.

Kedua standar ini saling berhubungan dan memengaruhi yang secara keseluruhan disebut dengan Standar Pelayanan Medik (*Standard of Medical Services*).

Pelayanan medik merupakan suatu sistem yang kompleks dengan sifat hubungan antar komponen yang ketat (*complex and tightly coupled*), khususnya di ruang gawat darurat, ruang bedah dan ruang rawat intensif. Sistem yang kompleks umumnya ditandai dengan spesialisasi dan interdependensi. Dalam suatu sistem yang kompleks, satu komponen dapat berinteraksi dengan banyak komponen lain, kadang dengan cara yang tak terduga atau tak terlihat. Semakin kompleks dan ketat suatu sistem akan semakin mudah terjadi kecelakaan (*prone to accident*), oleh karena itu praktik kedokteran haruslah dilakukan dengan tingkat kehati-hatian yang tinggi.

Setiap tindakan medis mengandung risiko buruk, sehingga harus dilakukan tindakan pencegahan ataupun tindakan mereduksi risiko. Namun demikian, sebagian besar diantaranya tetap dapat dilakukan oleh karena risiko tersebut dapat diterima (*acceptable*) sesuai dengan “*state-of-the-art*” ilmu dan teknologi kedokteran. Risiko yang dapat diterima adalah risiko-risiko sebagai berikut

1. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya cukup kecil, dapat diantisipasi, diperhitungkan atau dapat dikendalikan, misalnya efek samping obat, perdarahan dan infeksi pada pembedahan, dan lain-lain.
2. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya besar

pada keadaan tertentu, yaitu apabila tindakan medis yang berisiko tersebut harus dilakukan karena merupakan satu-satunya cara yang harus ditempuh (*the only way*), terutama dalam keadaan gawat darurat.

Kedua jenis risiko di atas apabila terjadi bukan menjadi tanggung jawab dokter sepanjang telah diinformasikan kepada pasien dan telah disetujui (*volenti non fit injuria*). Dengan *adverse events* diartikan sebagai setiap cedera yang lebih disebabkan karena manajemen kedokteran daripada akibat penyakitnya, sedangkan *adverse event* yang disebabkan suatu error adalah bagian dari *preventable adverse events*. *Error* sendiri diartikan sebagai kegagalan melaksanakan suatu rencana tindakan (*error of execution; lapses dan slips*) atau penggunaan rencana tindakan yang salah dalam mencapai tujuan tertentu (*error of planning; mistakes*). Di dalam kedokteran, semua error dianggap serius karena dapat membahayakan pasien.

Suatu hasil yang tidak diharapkan di bidang medik sebenarnya dapat diakibatkan oleh beberapa kemungkinan, yaitu:

1. Hasil dari suatu perjalanan penyakitnya sendiri, tidak berhubungan dengan tindakan medis yang dilakukan dokter.
2. Hasil dari suatu risiko yang tak dapat dihindari, yaitu risiko yang tak dapat diketahui sebelumnya (*unforeseeable*); atau risiko yang meskipun telah diketahui sebelumnya (*foreseeable*) tetapi dianggap *acceptable*, sebagaimana telah diuraikan di atas.
3. Hasil dari suatu kelalaian medik.
4. Hasil dari suatu kesengajaan

Guna menilai bagaimana kontribusi manusia dalam suatu *error* dan dampaknya, perlu dipahami perbedaan antara *active errors* dan *latent errors*. *Active errors* terjadi pada tingkat operator garis depan dan dampaknya segera dirasakan, sedangkan *latent errors* cenderung berada di luar kendali operator garis depan, seperti desain buruk, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan

yang buruk, kesalahan keputusan manajemen, dan struktur organisasi yang buruk.

Latent error merupakan ancaman besar bagi keselamatan (*safety*) dalam suatu sistem yang kompleks, oleh karena sering tidak terdeteksi dan dapat mengakibatkan berbagai jenis *active errors*. Sebagai contoh adalah sistem pendidikan dokter spesialis yang mahal, pembolehan dokter bekerja pada “banyak” rumah sakit, tidak adanya sistem yang menjaga akuntabilitas profesi (lihat pula bagan di bawah) adalah *latent errors* yang tidak terasa sebagai *error*, namun sebenarnya merupakan akar dari kesalahan manajemen yang telah banyak menimbulkan *unsafe conditions* dalam praktik kedokteran di lapangan. Bila satu saat *unsafe conditions* ini bertemu dengan suatu *unsafe act* (*active error*), maka terjadilah *accident*. Dalam hal ini perlu kita pahami bahwa penyebab suatu *accident* bukanlah *single factor* melainkan *multiple factors*.

Umumnya kita merespons suatu error dengan berfokus pada *active error*-nya dengan memberikan hukuman kepada individu pelakunya, *retraining* dan lain-lain yang bertujuan untuk mencegah berulangnya *active errors*. Meskipun hukuman sering kali bermanfaat pada kasus tertentu (pada mistakes yang timbul karena kesengajaan), namun sebenarnya tidak cukup efektif. Memfokuskan perhatian kepada *active errors* akan membiarkan *latent errors* tetap ada di dalam sistem, atau bahkan mungkin akan terakumulasi, sehingga sistem tersebut semakin mungkin mengalami kegagalan di kemudian hari

Pendapat yang mengatakan bahwa kecelakaan dapat dicegah dengan desain organisasi dan manajemen yang baik akhir-akhir ini sangat dipercaya kebenarannya. Konsep *safety* (dalam hal ini *patient safety*), yang pada mulanya diberlakukan di dalam dunia penerbangan, akhir-akhir ini diterapkan oleh Institute of Medicine di Amerika (dan institusi serupa di negara-negara lain). Keselamatan pasien diartikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan terjadinya *adverse events* atau

freedom from accidental injury. Keselamatan tidak terdapat pada diri individu, peralatan ataupun bagian (departemen, unit), melainkan muncul dari interaksi komponen-komponen dalam sistem. Berasal dari pemahaman ini muncullah konsep *human factors* yang mempelajari hubungan antar manusia, peralatan yang mereka gunakan dan lingkungan di mana mereka hidup dan bekerja

E. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

1. Undang-Undang Dasar 1945

Sehubungan dengan pelayanan kesehatan, maka acuan kita yang pertama adalah kepedulian (concern) terhadap eksistensi negara kita sebagaimana disebutkan dalam UUD 1945 sebagai negara hukum. Karena konsekuensi logisnya adalah tidak ada satu pun tindakan yang diperkenankan melanggar atau bertentangan dengan hukum yang berlaku. Hubungan profesional dalam bentuk pelayanan kesehatan pun tetap berada dalam lingkup pengertian ini.

Apabila dicermati UUD 1945 mulai dari pembukaan, pasal-pasal, batang tubuh, sampai dengan penjelasannya, memang tidak ada satu pasal pun yang secara langsung dan harfiah menyebutkan “pelayanan kesehatan”. Namun demikian, di dalam penjelasan UUD 1945 ada disebut perlunya negara penyelenggara kesejahteraan sosial yang dapat dianggap juga mencakup aspek kesehatan. Jika demikian, maka pelayanan kesehatan dapat dikatakan terpaut pada sila Perikemanusiaan dan sila Keadilan Sosial dari Pancasila.

Dalam penjelasan UUD 1945 ditegaskan pula Indonesia ialah negara yang berdasarkan hukum (*rechtsstaat*) tidak berdasarkan kekuasaan (*machtsstaat*). Selanjutnya dalam pembukaan UUD 1945 ditegaskan pula bahwa negara melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan

bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mencapai tujuan di atas maka pemerintah melakukan berbagai upaya antara lain dengan apa yang disebut “pemeliharaan kesejahteraan umum”. Pemeliharaan kesejahteraan umum yang oleh Lemaire (Gautama, 1983) disebut “Bestuurszorg” adalah bahwa pemerintah ditugaskan untuk menyelenggarakan kepentingan umum, umpamanya mengurus pendidikan, pemberantasan buta huruf, perumahan rakyat, **kesehatan rakyat** (korsif penulis). Demikian pelayanan kesehatan adalah salah satu usaha untuk memajukan kesejahteraan umum.

Dalam batang tubuh UUD 1945 sendiri, pasal 27 ayat (2) menyebutkan bahwa tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan kehidupan yang layak bagi kemanusiaan, yang dapat diartikan termasuk berhak atas pelayanan kesehatan yang memungkinkan ia hidup layak, di samping ia berhak atas pekerjaan yang layak pula.

Kemudian apabila menganggap bahwa pelayanan kesehatan sebagian dari penyelenggaraan kesejahteraan umum, maka pasal UUD 1945 mengandung prinsip demokrasi ekonomi yang secara analogi dapat dijadikan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pula. Karena itu, seyogianya pelayanan kesehatan secara prinsip merupakan usaha bersama berdasarkan atas asas kekeluargaan (pasal 33 ayat 1), secara prinsipiil bahwa pelayanan kesehatan adalah penting bagi negara, karena menyangkut hajat hidup orang banyak, sehingga wajib diupayakan dan diatur oleh negara (pasal 33 ayat 2), juga secara prinsipiil bahwa pelayanan kesehatan harus bertujuan untuk mencapai kesejahteraan umum sebesar-besarnya.

Bertolak dari ketentuan tersebut di atas, jelas bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum seyogianya berlandaskan kepada pemberian perlindungan kepada pasien sebagai pengguna pelayanan

kesehatan, maupun masyarakat pada umumnya sebagai “calon pasien”.

2. Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 5 Undang-undang ini secara eksplisit menyatakan bahwa

- a. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- b. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau

Dalam Pasal 6 UUK ini menyatakan setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Kemudian Pasal 7 menyatakan setiap orang berhak untuk memperoleh informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab. Serta Pasal 8 menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya.

Menurut Verbene (Soekanto, 1990) dasarnya hak-hak asasi pribadi subjek hukum yaitu pasien mencakup:

1. Hak untuk hidup
2. Hak untuk mati secara wajar
3. Hak atas penghormatan terhadap integritas badaniah dan rohaniah
4. Hak atas tubuh sendiri

Dalam hubungan ini Purnadi Purbacaraka dan Soerjono Soekanto (Soekanto, 1990) mengemukakan adanya dua macam hak asasi yaitu hak asasi positif dan hak asasi negatif. Hak asasi positif berisikan kewenangan dasar yang sepenuhnya harus dijamin, seperti antara lain:

- a. Hak untuk bekerja
- b. Hak atas pelayanan kesehatan
- c. Hak atas perumahan
- d. Hak atas jaminan terhadap risiko keuangan, dalam

kecelakaan kerja, pensiun, keadaan sakit, hari tua dan seterusnya.

Hak asasi positif merupakan perangkat hak-hak asasi manusia yang harus dilindungi terhadap segala macam gangguan yang datang dari luar terhadap

- a. Pribadi dan kelompok
- b. Pemerintah dan negara

Berdasarkan sistematik di atas, jelas bahwa hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak asasi positif. Artinya suatu hak atau kewenangan yang harus dijamin. Jaminan terhadap hak atas pelayanan sebagai yang dikemukakan oleh Lemaire sebelumnya yang merupakan hak asasi positif menurut penulis senapas dengan pasal 14 Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 di mana peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya merupakan tanggung jawab pemerintah.

Dalam penjelasan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tugas dan tanggung jawab pemerintah pada dasarnya adalah mengatur, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan ataupun sumber dayanya. Sumber daya kesehatan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan yang tetap melaksanakan fungsi dan wewenang tanggung jawab sosialnya dengan pengertian bahwa sarana pelayanan kesehatan harus tetap memperhatikan semua golongan masyarakat terutama kepentingan golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah. Dengan perkataan lain pelayanan kesehatan dan sarana pelayanan harus tersedia di seluruh wilayah sampai ke daerah terpencil yang mudah dijangkau oleh masyarakat, termasuk fakir miskin, orang terlantar dan orang kurang mampu.

Dilihat dari sumber yang ada, maka tenaga kesehatan merupakan sumber daya yang paling penting yang berperan dalam pelayanan kesehatan. Adapun pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sebagai pelaksanaan suatu profesi yang merupakan pemberian pertolongan terhadap pasien, berdasarkan keahlian,

keterampilan, dan ketelitian yang menimbulkan hubungan hukum.

Terdapat asas hukum yang melandasi hubungan hukum itu antara lain:

- a. Asas legalitas, asas ini tersirat dari ketentuan pasal 23 UUK yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.
- b. Asas keseimbangan tersimpul dalam pasal 15 UUK yang bermakna penyelenggaraan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara material dan spiritual.
- c. Asas tepat waktu terkandung dalam pasal 58 UUK yakni bahwa setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- d. Asas itikad baik yakni merujuk ke pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata bahwa perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik. Dengan asas ini dapat dikatakan bahwa dalam pelaksanaan kewajiban dokter dan tenaga kesehatan lainnya hendaknya mematuhi standar pelayanan kesehatan dan menghormati hak pasien sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 53 ayat (2) UUK.
- e. Asas kejujuran bermakna bahwa kejujuran hendaknya melandasi segala kewajiban dokter dan tenaga kesehatan lainnya terutama untuk mematuhi standar pelayanan dan penghormatan terhadap hak-hak pasien.
- f. Asas kehati-hatian tersirat dari ketentuan pasal 54 ayat (1) UUK yakni bahwa dokter bertanggung jawab atas kesalahan atau kelalaiannya dalam melaksanakan tugasnya.
- g. Asas keterbukaan terkandung dalam pasal 8 UUK yang bermakna perlunya setiap orang memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan

pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

3. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dirumuskan dalam pasal 1 butir 3 peraturan ini yang menyatakan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Sejalan dengan ketentuan ini, dalam pasal 32 ayat (4) dinyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan perawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang untuk itu. Selanjutnya dalam pasal 50 tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Pengertian di atas menunjukkan otonomi yang sangat besar pada tenaga kesehatan yaitu hanya tenaga kesehatan sesuai kriteria di atas sajalah yang dapat melakukan tindakan dalam pelayanan kesehatan. Artinya, bahwa bila ada pihak lain yang bukan profesinya melakukan tindakan tersebut dapat terkena sanksi pidana sesuai pasal 84 ayat 4 dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan atau denda Rp. 100.000.000.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, maka tenaga kesehatan berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Standar profesi adalah pedoman yang dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik.

Standar profesi kesehatan menurut Leenen dalam bukunya "Gezondheidszorgen Recht" mengatakan bahwa formula dari norma standar profesi tenaga kesehatan adalah bertindak secara sama dengan cara yang secara proporsional wajar terhadap sasaran pengobatan tertentu (Ameln, 1989).

Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk:

- a. Menghormati pasien.
- b. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien.
- c. Memberikan persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan .
- d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Membuat dan memelihara rekam medis.

Dalam hal tenaga kesehatan tersebut melanggar standar profesi, maka yang bersangkutan dapat dikenai tindakan disiplin, di mana penentuan ada tidaknya kesalahan tersebut akan ditentukan oleh suatu majelis yang diatur dengan Keputusan Presiden No.56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK).

Bila dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, mengakibatkan terganggunya kesehatan, cacat atau kematian pasien tersebut, yang terjadi karena kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan, maka pasien dan atau keluarganya berhak atas tuntutan ganti rugi atas kejadian tersebut. Sebaliknya, perlindungan hukum diberikan kepada tenaga kesehatan yang melakukan tugasnya sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan.

4. Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

Persetujuan tindakan kedokteran digunakan ketika terjadi hubungan profesional antara dokter dengan pasiennya. Dengan persetujuan tindakan medik antara dokter dan pasien terjadi suatu perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak. Perjanjian antara dokter dan pasien dalam persetujuan tindakan medik adalah perjanjian daya upaya/ usaha yang maksimal (*inspanning verbitennis*).

Dari perjanjian ini dokter harus berusaha dengan segala ikhtiar dan usahanya, mengerahkan segenap kemampuannya, keterampilannya, ilmu pengetahuannya untuk menyembuhkan pasien. dokter harus memberikan perawatan dengan berhati-hati dan penuh perhatian sesuai dengan standar pelayanan medik. Sebab penyimpangan dari standar berarti pelanggaran perjanjian. Makna dari perjanjian ini adalah bahwa dokter harus mengambil alternatif untuk menunjuk dokter dan atau sarana kesehatan lainnya manakala ia merasa tidak mampu untuk melanjutkan upaya pengobatan dan perawatan pasien tersebut.

Permenkes No. 290 Tahun 2009 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 menyebutkan Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien dan atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut. Selanjutnya pasal 2 Permenkes di atas menetapkan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien **harus** (koersif dari penulis) mendapat persetujuan tindakan kedokteran. Persetujuan dapat diberikan dalam bentuk lisan maupun tertulis. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan.

Dari ketentuan di atas, ternyata bahwa pada dasarnya persetujuan tindakan kedokteran merupakan prosedur dalam pelayanan kesehatan yang merupakan suatu keharusan untuk dilakukan. Dokter yang melakukan tindakan medik tanpa persetujuan dari pasien atau keluarganya dapat dikenakan sanksi administratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku misalnya dicabut izin maupun penutupan tempat praktiknya. Seorang dokter yang melakukan pembedahan terhadap pasien tanpa persetujuan pasien dapat dipersalahkan menurut hukum.. Berdasarkan pasal 351 ia dapat dituduh melakukan penganiayaan.

5. Kepmenkes RI No. 032/Birhup/ 1972 tentang Referral System

Konsep tentang rujukan secara historis peletak dasarnya seorang dokter Yunani pada abad V yang bernama Hipokrates dalam sumpahnya yang kemudian mengilhami banyak orang yang berkarya dalam bidang medis. Sumpah itu berbunyi “..... Saya tidak akan melakukan pembedahan pada seseorang yang menderita penyakit batu, tetapi saya akan menyarankan orang itu kepada yang ahli dalam kepandaian membedah” (Al Purwa Hadiwardoyo, 1989: 11). Dari sumpah ini terlihat bahwa Hipokrates mempunyai semangat yang luhur dalam menjalankan profesinya sebagai dokter. Ia menjunjung nilai-nilai tinggi seperti kesucian dan kesopanan dalam melaksanakan tugas, **membatasi diri pada hal-hal yang dapat dilakukannya** (koersif dari penulis), penghormatan pada pribadi pasien yang tidak akan pernah disalahgunakan.

Ketentuan tentang rujukan pelayanan kesehatan mengatur mengenai pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik mengenai masalah kesehatan baik di tingkat vertikal maupun horizontal dan tentang wilayah rujukan pelayanan kesehatan ditetapkan dalam pasal 5 sebagai berikut:

- (1) Balai Pengobatan BKIA dan Pos Kesehatan
 - a. Balai Pengobatan, BKIA dan Pos Kesehatan adalah unit pelayanan kesehatan terkecil yang berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang pertama dan sederhana kepada masyarakat di desa.
 - b. Balai Pengobatan berkewajiban untuk mengirimkan penderita yang secara medis berada di luar batas kemampuannya kepada unit Puskesmas atau Rumah Sakit.
 - c. Balai Pengobatan berkewajiban untuk mengadakan follow up pengobatan atas penderitanya yang dikirim kembali.

(2) Puskesmas

- a. Adalah unit Pelayanan Kesehatan yang berkewajiban memberi pelayanan kesehatan pokok.
- b. Puskesmas berkewajiban untuk mengirimkan penderita yang secara medis berada di luar batas kemampuannya ke Rumah Sakit.
- c. Puskesmas berkewajiban untuk mengadakan follow up pengobatan atas penderita yang dikirim kembali.
- d. Puskesmas berkewajiban memberi bimbingan teknis kepada Balai Pengobatan, BKIA, di dalam wilayahnya,

Ketentuan mengenai rujukan juga di atur dalam Permenkes RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit Pasal 24 menetapkan sebagai berikut:

- (1) Pelaksanaan rujukan rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dari Puskesmas, Rumah Sakit Kelas D, Rumah Sakit Kelas C, Rumah Sakit Kelas B1, Rumah Sakit B2 sampai dengan Rumah Sakit Kelas A dan atau sebaliknya.
- (2) Pembinaan rujukan kesehatan rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dari atas ke bawah di bidang perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.

Rujukan pelayanan kesehatan meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan. Dalam kaitan ini maka rumah sakit mempunyai fungsi sebagai penyelenggara upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita. Sehubungan dengan masalah rujukan ini, ada baiknya dikemukakan pandangan Pozgar (1996: 267) menyatakan:

“A physician has a duty to consult and or refer a patient whom he or she knows or should know needs referral to a physician familiar with and clinically capable to treat the patient’s particular ailments. Whether the failure to refer constitutes negligence depends on whether referral is demanded by accepted standard of practice. To recover damages the patient must show that the physician deviated from the standard of care and that the failure to refer resulted in injury”.

Selanjutnya *American Medical Association* (Pozgar, 1996: 268) menyatakan

“ Physician should seek consultations on a patient’s request when the physician is in doubt, in difficult cases, or when it appears that the quality of medical service thereby may be enhanced”

6. Kepmenkes No. 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional atau SKN adalah bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sistem kesehatan nasional memiliki tujuan agar terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh seluruh komponen bangsa: pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, badan hukum, badan usaha, lembaga swasta secara sinergis berdaya guna sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dasar Sistem Kesehatan Nasional adalah norma, nilai dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya bangsa sebagai acuan fikir dan tindak. Dasar Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut:

1. HAM
2. Sinergisme dan kemitraan yang dinamis
3. Komitmen dan tata kelola pemerintahan yang baik
4. Dukungan regulasi
5. Antisipasi dan proaktif
6. Responsif gender
7. Kearifan lokal

Menurut Kepmenkes No. 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional ini upaya kesehatan dilaksanakan dan dikembangkan berdasarkan suatu bentuk atau pola upaya kesehatan Puskesmas, peran serta masyarakat

dan rujukan kesehatan. Rujukan upaya kesehatan ini pada dasarnya meliputi rujukan kesehatan (*health referral*) serta rujukan medik (*medical referral*) yang bersifat vertikal atau horizontal serta timbal balik. Untuk dapat terlaksananya rujukan ini diperlukan adanya peningkatan etik petugas kesehatan yang bersangkutan.

Rujukan kesehatan terutama berkaitan dengan upaya peningkatan pencegahan dan pada dasarnya mencakup bantuan dana, teknologi, sarana dan operasional. Sedang rujukan medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan.

7. Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

Peraturan ini menetapkan bahwa setiap sarana kesehatan yang melakukan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Rekam medis ini dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kepada pasien. Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiaannya. Pemaparan rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis dari pasien. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat selengkapnyanya dan sekurang-kurangnya memuat identitas, anamnesa, diagnosis, dan tindakan pengobatan.

Dari segi pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan, rekam medis mempunyai fungsi dan peran yang sangat penting. Sebab, rekam medis merupakan petunjuk dasar bagi sarana kesehatan rujukan untuk mengambil tindakan-tindakan alternatif dalam proses pengobatan dan perawatan pasien.

C. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan

Dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 3 ditegaskan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan yang optimal. Tujuan pembangunan kesehatan ini menjadi landasan dari tujuan pelayanan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang tanpa membedakan status sosialnya.

Di samping itu, upaya pelayanan kesehatan perlu dipertimbangkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan senantiasa terjamin dan bahkan dapat ditingkatkan. Begitu pula, jangkauan serta ketercapaiannya dapat diperluas ke seluruh masyarakat termasuk yang berpenghasilan rendah, sekaligus mereka dapat menikmati pelayanan yang bermutu. Dengan lain perkataan diperlukan suatu pemerataan pelayanan kesehatan dengan menggunakan potensi yang ada di masyarakat, di jajaran kesehatan maupun di sektor non kesehatan. Oleh sebab itu, perlu ada usaha konkret dari sistem pelayanan kesehatan yang ditunjang dengan peraturan hukum yang dapat menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat bagi setiap orang yang memerlukannya.

F. Kasus Pelayanan Kesehatan

Suatu kasus yang menimpa Prita Mulyasari ketika mulai dari awal dia berobat ke RS Omni International sampai kemudian digugat secara perdata dan pidana lalu dipenjara selama tiga minggu lamanya. Secara kronologis dapat dikemukakan sebagai berikut:

7 Agustus 2008, 20: 30

Prita Mulyasari datang ke RS Omni Internasional dengan keluhan panas tinggi dan pusing kepala. Hasil pemeriksaan

laboratorium: Thrombosit 27.000 (normal 200.000), suhu badan 39 derajat. Malam itu langsung dirawat inap, diinfus dan diberi suntikan dengan diagnosis positif demam berdarah.

8 Agustus 2008

Ada revisi hasil lab semalam, thrombosit bukan 27.000 tetapi 181.000. Mulai mendapat banyak suntikan obat, tangan kiri tetap diinfus. Tangan kiri mulai membengkak, Prita minta dihentikan infus dan suntikan. Suhu badan naik lagi ke 39 derajat.

9 Agustus 2008

Kembali mendapatkan suntikan obat. Dokter menjelaskan dia terkena virus udara. Infus dipindahkan ke tangan kanan dan suntikan obat tetap dilakukan. Malamnya Prita terserang sesak napas selama 15 menit dan diberi oksigen. Karena tangan kanan juga bengkak, dia memaksa agar infus diberhentikan dan menolak disuntik lagi.

10 Agustus 2008

Terjadi dialog antara keluarga Prita dengan dokter. Dokter menyalahkan bagian lab terkait revisi thrombosit. Prita mengalami pembengkakan pada leher kiri dan mata kiri.

11 Agustus 2008

Terjadi pembengkakan pada leher kanan, panas kembali 39 derajat. Prita memutuskan untuk keluar dari rumah sakit dan mendapatkan data-data medis yang menurutnya tidak sesuai fakta. Prita meminta hasil lab yang berisi thrombosit 27.000, tetapi yang didapat hanya informasi thrombosit 181.000. Peralunya, dengan adanya hasil lab thrombosit 27.000 itulah dia akhirnya dirawat inap. Pihak OMNI berdalih hal tersebut tidak diperkenankan karena hasilnya memang tidak valid. Di rumah sakit yang baru, Prita dimasukkan ke dalam ruang isolasi karena dia terserang virus yang menular.

15 Agustus 2008

Prita mengirimkan email yang berisi keluhan atas pelayanan diberikan pihak rumah sakit ke customer_care@banksinarmas.com dan ke kerabatnya yang lain dengan judul “Penipuan RS Omni Internasional Alam Sutra”. Email-nya menyebar ke beberapa milis dan forum online.

30 Agustus 2008

Prita mengirimkan isi emailnya ke Surat Pembaca Detik.com.

5 September 2008

RS Omni mengajukan gugatan pidana ke Direktorat Reserse Kriminal Khusus.

22 September 2008

Pihak RS Omni International mengirimkan email klarifikasi ke seluruh pelanggannya.

5 September 2008

RS Omni mengajukan gugatan pidana ke Direktorat Reserse Kriminal Khusus.

22 September 2008

Pihak RS Omni International mengirimkan [email klarifikasi](#) ke seluruh pelanggannya.

8 September 2008

Kuasa Hukum RS Omni Internasional menayangkan iklan berisi bantahan atas isi email Prita yang dimuat di harian Kompas dan Media Indonesia.

24 September 2008 Gugatan perdata masuk.

11 Mei 2009

Pengadilan Negeri Tangerang memenangkan Gugatan Perdata RS Omni. Prita terbukti melakukan perbuatan hukum yang merugikan RS Omni. Prita divonis membayar kerugian materiel sebesar 161 juta sebagai pengganti uang klarifikasi di koran nasional dan 100 juta untuk kerugian imateriel. Prita langsung mengajukan banding.

13 Mei 2009 Mulai ditahan di Lapas Wanita Tangerang terkait kasus pidana yang juga dilaporkan oleh Omni.

2 Juni 2009

Penahanan Prita diperpanjang hingga 23 Juni 2009. Informasi itu diterima keluarga Prita dari Kepala Lapas Wanita Tangerang.

3 Juni 2009

Megawati dan JK mengunjungi Prita di Lapas. Komisi III DPR RI meminta MA membatalkan tuntutan hukum atas Prita. Prita dibebaskan dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya. Statusnya diubah menjadi tahanan kota.

4 Juni 2009

Sidang pertama kasus pidana yang menimpa Prita mulai disidangkan di Pengadilan Negeri (PN) Tangerang.

Update kronologi:

25 Juni 2009. Prita diputus bebas oleh PN Tangerang.

29 September 2010

Mahkamah Agung (MA) membatalkan putusan Pengadilan Negeri dan Pengadilan Tinggi Banten yang sebelumnya mengabulkan gugatan perdata Omni dan memerintahkan Prita membayar ganti rugi Rp 204 juta atas perbuatan pencemaran baik. Sidang kasasi dipimpin oleh Ketua MA Harifin Tumpa.

30 Juni 2011

MA mengabulkan kasasi yang diajukan Jaksa Penuntut Umum (JPU). Majelis hakim yang dipimpin oleh Imam Harjadi, Zaharuddin Utama dan Salman Luthan ini memvonis Prita 6 bulan penjara dengan masa percobaan 1 tahun. Prita tidak dipenjara sepanjang tidak mengulangi perbuatannya dalam waktu satu tahun ke depan. Tetapi Hakim Salman menyatakan beda pendapat, menurutnya Prita tidak bersalah.

17 September 2012

Mahkamah Agung membebaskan Prita dari semua dakwaan alias bebas murni. Putusan itu dibacakan dalam sidang Peninjauan Kembali (PK) oleh majelis PK yang diketuai Ketua Muda Pidana Khusus MA Djoko Sarwoko beranggotakan hakim anggota hakim agung Surya Jaya dan Suhadi. Majelis memerintahkan agar Prita dipulihkan nama baik, harkat, dan kedudukannya.

BAB II

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

A. Pendahuluan

Pertumbuhan peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang pesat, jauh melampaui target dan belum diimbangi ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan dapat mengakibatkan lemahnya kualitas pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan friksi yang berujung pada sengketa di sektor kesehatan maupun sektor jasa keuangan. Untuk mengatasi masalah tersebut, UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS memberikan ruang penyelesaian sengketa melalui beberapa tahapan, yaitu tahapan penanganan pengaduan, mediasi dan pengadilan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan Lembaga Jasa Keuangan yang diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Hal ini ditegaskan dalam Pasal 1 angka 4 Jo. Angka 10 Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan, bahwa yang termasuk Lembaga Jasa Keuangan adalah Lembaga

Jasa Keuangan Lainnya yang menyelenggarakan pengelolaan dana masyarakat yang bersifat wajib meliputi penyelenggara program jaminan sosial dan dinyatakan diawasi oleh OJK berdasarkan peraturan perundang-undangan. Hal ini sejalan dengan ciri-ciri BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS sebagai penyelenggara program jaminan sosial (Pasal 1 angka 1) yang mengelola dana seluruh masyarakat sebagai peserta yang bersifat wajib (Pasal 4 huruf g) dan diawasi oleh lembaga pengawas eksternal yang independen yaitu OJK dan dalam hal tertentu Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dapat melakukan pemeriksaan (Pasal 39 ayat (3) huruf b).

Berdasarkan Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014 dalam Pasal 3 ayat (1) disebutkan bahwa Lembaga Jasa Keuangan wajib menjadi anggota Lembaga *Alternatif* Penyelesaian Sengketa di sektor jasa keuangan. Kewajiban tersebut merupakan bagian dari rangkaian perlindungan konsumen dalam memfasilitasi penyelesaian pengaduan dan memberikan kemudahan akses bagi masyarakat terhadap keadilan (*access to justice*). Menurut Bryan G. Garth (1978: 228), alternatif penyelesaian sengketa merupakan bentuk reformasi terhadap sistem peradilan untuk melindungi hak-hak individu dan kelompok. Hal ini karena penyelesaian sengketa melalui pengadilan memiliki kelemahan memakan waktu yang relatif lama, saat ini belum ada peluang untuk memaksimalkan individu dalam mengatasi hukum dalam menyelesaikan masalah tanpa bantuan profesional yang mahal (Rhode, 2001: 1816). Berdasarkan data Mahkamah Agung RI dalam tahun 2007 sampai 2012 beban perkara relatif tinggi atau rata-rata tidak lebih dari 60% perkara yang diputuskan setiap tahun, sehingga sisanya menjadi beban pekerjaan pada tahun berikutnya (Mahkamah Agung RI, 2007–2012).

Mekanisme penyelesaian sengketa dalam program JKN belum diarahkan pada penyelesaian pada suatu lembaga penyelesaian alternatif sengketa yang independen sebagaimana petunjuk dalam Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014. Perbedaan

penyelesaian sengketa dalam JKN dengan sengketa oleh jasa keuangan lainnya, terletak pada adanya peran dan intervensi negara sebagai penyelenggara JKN yang sangat diperlukan untuk mewujudkan dan meningkatkan kesejahteraan rakyat (*welvaarstaat* atau *verzogingsstaat*) dan adanya hubungan hukum yang melibatkan banyak pihak antara lain BPJS Kesehatan, peserta (masyarakat), fasilitas pelayanan kesehatan dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan. Ketiadaan lembaga alternatif penyelesaian sengketa dalam JKN dapat berdampak bergantungnya penyelesaian sengketa pada lembaga penyelesaian sengketa lain dan bahkan pengadilan.

B. Pengertian BPJS Kesehatan

1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pengertian BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan bertugas sebagai penyelenggara **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)** bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan sendiri sebelumnya bernama **Askes (Asuransi Kesehatan)** yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero). **Perubahan nama ini sejak tanggal 1 Januari 2014** sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS.

Yang wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan adalah setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang bekerja di Indonesia minimal selama 6 bulan. Aturan ini tertuang dalam pasal 14 UU tentang BPJS.

Bagi Perusahaan wajib mendaftarkan pekerja atau karyawannya sebagai peserta BPJS Kesehatan. Sedangkan masyarakat yang bukan pekerja atau karyawan sebuah Perusahaan wajib mendaftarkan diri beserta anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.

BPJS kesehatan juga memiliki landasan hukum yang mengaturnya antara lain UUD 1945, UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS, dan UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 5 (Ayat 1) dan Pasal 52.

Yang wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan adalah seluruh masyarakat Indonesia termasuk orang asing yang bekerja sekurang-kurangnya selama 6 bulan di Indonesia. Namun secara kelompok, peserta BPJS kesehatan dibagi menjadi 2 (dua) yaitu:

a. Peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran)

Peserta BPJS Kesehatan yang dikhususkan bagi masyarakat Fakir miskin dan tidak mampu sebagaimana diatur pada pasal 17 (b) UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional). Iuran bulanan peserta PBI ini akan ditanggung seluruhnya oleh Pemerintah dan berhak menerima fasilitas BPJS Kesehatan kelas III.

b. Peserta Non PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran)

Peserta Non PBI adalah peserta BPJS kesehatan bagi golongan mampu yang terdiri dari:

1. Pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya adalah seorang pekerja atau karyawan yang menerima upah karena bekerja pada sebuah Perusahaan swasta maupun menjadi Pegawai Pemerintahan. PNS, Anggota TNI dan POLRI, Pegawai Pemerintah non PNS, Pegawai swasta, dan Pegawai lain yang menerima upah. Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:
 - a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
 - b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal

2. Pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan anggota keluarganya adalah seorang pekerja di luar hubungan kerja yang tidak menerima upah atau Pekerja Mandiri.: Pedagang, Petani, Pengusaha, dan usaha lain yang dijalankan mandiri tanpa menerima upah. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
3. Bukan pekerja (BP) dan anggota keluarganya adalah seseorang yang bukan termasuk sebagai pekerja: Investor, Pemberi Kerja, Penerima dana pensiun, Veteran, Perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja yang mampu membayar iuran.

Pasal 34 Peraturan Presiden RI No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menetapkan bahwa Peserta BPJS Kesehatan yang telah terdaftar diwajibkan membayar iuran sesuai dengan kelas yang dipilih paling lambat tanggal 10 setiap bulannya. Iuran hanya diberikan bagi peserta non PBI, sedangkan peserta PBI iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Iuran bagi kelas I sebesar Rp 80.000/bulan, kelas II RP 51.000/bulan, dan kelas III Rp 25.500/bulan. Untuk sistem pembayaran antara peserta PPU, PBPU dan BP akan berbeda.

Namun, Peraturan Presiden RI No.75 Tahun 2019 tentang Jaminan Kesehatan sebagai perubahan atas Peraturan Presiden RI No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menetapkan kenaikan per 1 Januari 2020 Iuran diberikan bagi peserta non PBI, sedangkan peserta PBI iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Iuran bagi kelas I sebesar Rp 160.000/bulan, kelas II RP 110 000/bulan, dan kelas III Rp 42.000/bulan.

Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) keberatan dengan kenaikan iuran itu. Mereka kemudian menggugat ke Mahkamah Agung (MA) dan meminta kenaikan itu dibatalkan. MA mengabulkan permohonan itu. “MA menya-

takan Pasal 34 ayat 1 dan 2 Peraturan Presiden RI No.75 Tahun 2019 tentang perubahan atas Peraturan Presiden RI No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat” kata juru bicara MA hakim agung Andi Samsan Nganro Senin (Maret 2020.. Dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN), salah satu fungsi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai pengelola tunggal adalah membayar klaim kepada fasilitas kesehatan (faskes) yang telah memberikan pelayanan terhadap peserta. Untuk memastikan apakah jumlah klaim yang diajukan faskes seperti rumah sakit (RS) sesuai dengan pelayanan yang diberikan peserta atau tidak, maka dibutuhkan petugas verifikator. Direktur Utama BPJS Kesehatan, Fachmi Idris, menjelaskan, mekanisme pembiayaan yang digunakan dalam sistem jaminan sosial semakin berkembang. Program JKN, kata Fachmi, menggunakan pembiayaan sistem prospektif (*prospective payment*) yakni tarif yang disusun dalam bentuk paket yang tercantum di (INA-CBGs).

Menurut MA Pasal 34 ayat 1 dan 2 Peraturan Presiden RI No.75 Tahun 2019 bertentangan dengan Pasal 23 A, Pasal 28 H dan Pasal 34 UUD 1945. Selain itu juga bertentangan dengan Pasal 2, Pasal 4, Pasal ayat 3 UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN.. Bertentangan dengan Pasal 2, Pasal 3, pasal 4 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Bertentangan dengan Pasal 5 ayat 2 jo Pasal 171 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

BPJS Kesehatan sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terbukti memberikan banyak manfaat bagi pesertanya. Seperti yang saya rasakan sendiri bahwa dengan menjadi peserta BPJS Kesehatan seluruh biaya kesehatan ditanggung oleh BPJS. Dengan begitu jelas akan mengurangi beban biaya pengeluaran kebutuhan keluarga. Apalagi seperti saat ini, biaya rawat inap Rumah sakit semakin mahal. Itu baru

sekadar untuk biaya rawat inap, belum lagi untuk biaya tebus obat dan biaya-biaya lain yang memerlukan dana besar.

2. BPJS Jaminan Kesehatan Ketenagakerjaan

BPJS ketenagakerjaan (BPJS TK) adalah program pemerintah yang menyelenggarakan jaminan sosial ekonomi yang diperuntukkan untuk tenaga kerja Indonesia baik yang bekerja di sebuah perusahaan maupun pekerja mandiri, program ini sebenarnya bukan program baru, namun merupakan program peralihan atau hasil transformasi dari program JAMSOSTEK yang sudah berjalan sebelumnya, bahkan program yang dimiliki oleh BPJS ketenagakerjaan pun tidak jauh berbeda dengan program JAMSOSTEK sebelumnya yang meliputi program jaminan kecelakaan kerja (JKK), program jaminan hari tua (JHT), program jaminan pensiun (JP), dan program jaminan kematian (JKM).

Berdasarkan amanat dari Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), presiden mengeluarkan Peraturan Presiden (Perpres) No 109 Tahun 2013 tentang Tahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial, dinyatakan bahwa setiap perusahaan secara bertahap wajib mendaftarkan seluruh karyawannya untuk mengikuti program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, program jaminan pensiun, dan program jaminan kematian yang dimiliki oleh BPJS ketenagakerjaan saat ini.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan atau dulu dikenal dengan Jamsostek adalah program perlindungan sosial ekonomi bagi tenaga kerja Setiap pekerja memang sudah selayaknya mendapatkan jaminan sosial dan berbagai fasilitas perlindungan sosial. Pemerintah Indonesia memberikan jaminan kerja melalui mengadakan program BPJS ketenagakerjaan. Sebagai partisipasi.

Untuk karyawan yang sudah terdaftar menjadi peserta JAMSOSTEK sebelumnya tidak perlu melakukan pendaftaran ulang untuk menjadi peserta BPJS ketenagakerjaan, karena kepesertaan akan otomatis dialihkan menjadi peserta BPJS ketenagakerjaan, sedangkan untuk karyawan atau pegawai di sebuah perusahaan yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS ketenagakerjaan dan ingin menjadi peserta BPJS ketenagakerjaan harus melakukan pendaftaran melalui perwakilan perusahaan di mana anda bekerja, karena ketentuan pendaftaran dan pemberhentian dari BPJS ketenagakerjaan hanya boleh dilakukan oleh perwakilan perusahaan tidak bisa mendaftar secara perorangan.

BPJS Ketenagakerjaan memiliki 6 program dengan manfaat yang berbeda setiap masing-masing programnya. Berikut ini program tersebut:

1. Program Jaminan Hari Tua (JHT)

Program ini ditujukan bagi pekerja sebagai tabungan ketika memasuki masa pensiun (56 tahun). Untuk iuran setiap bulannya adalah 5,7% dari total gaji yang diterima pegawai atau pekerja dengan rincian, 2% dibayar oleh pekerja dan 3,7% dibayar perusahaan atau pemberi kerja. Pembayaran paling lambat tanggal 15 setiap bulannya, jika terjadi keterlambatan maka dikenakan denda 2% untuk tiap bulan keterlambatan.

Peserta JHT akan menerima uang tunai dibayar sekaligus yang besarnya sesuai jumlah iuran ditambah dengan hasil pengembangannya. Uang tersebut diberikan apabila peserta mencapai usia 56 tahun, meninggal dunia, dan cacat total tetap, JHT juga bisa diambil sebagian jika peserta mencapai kepesertaan selama 10 tahun dengan ketentuan diambil 10% dari total saldo sebagai persiapan pensiun, 30% dari total saldo untuk keperluan KPR (perumahan).

Namun, perlu diketahui bahwa pengambilan sebagian tersebut hanya bisa dilakukan sekali selama menjadi

peserta BPJS Ketenagakerjaan. Jika peserta JHT meninggal dunia, maka manfaat JHT akan diberikan kepada ahli waris dari peserta secara hierarkhi dan berurutan:

Suami/istri

Anak

Orangtua, cucu

Saudara Kandung

Mertua

Pihak yang ditunjuk pada wasiat

2. Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)

Program ini memberikan perlindungan atas risiko kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja dimulai dari berangkat hingga pulang kerja dan penyakit akibat lingkungan kerja. Iuran program JKK bervariasi mulai dari 0, 24% hingga 1, 74% tergantung tingkat risiko dalam lingkungan kerja. Tingkat risiko tersebut akan dievaluasi setiap 2 tahun sekali. Program JKK memiliki manfaat berupa Layanan kesehatan, Santunan uang (penggantian biaya transportasi, sementara tidak mampu bekerja (STMB), cacat, kematian dan biaya pemakaman).

3. Program Jaminan Kematian (JKM)

Program yang memberikan jaminan bagi pekerja yang meninggal dunia bukan akibat dari kecelakaan kerja. Iuran JKM sebesar 0.3% dari total gaji sebulan bagi peserta penerima upah dan iuran sebesar Rp 6.800, - bagi peserta bukan penerima upah. Jika peserta JKM meninggal dunia, ada manfaat jaminan kematian yang akan diterima ahli waris berupa santunan sekaligus (Rp 16 juta), santunan berkala (Rp 4, 8 juta), biaya pemakaman (Rp 3 juta). Bagi peserta yang meninggal dunia bukan akibat kecelakaan kerja dan sekurang-kurangnya telah memiliki masa iur 5 tahun, maka akan diberikan beasiswa pendidikan kepada anak sebesar Rp 12 juta.

4. Program Jaminan Pensiun (JP)

Jaminan pensiun adalah jaminan sosial yang bertujuan untuk kehidupan yang layak bagi peserta atau ahli warisnya dengan memberikan penghasilan setelah memasuki usia pensiun, cacat total tetap dan meninggal dunia. Iuran untuk program jaminan pensiun sebesar 3% dari total gaji setiap bulan yang terdiri dari 2% dibayarkan oleh perusahaan atau pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta melalui sistem potong gaji setiap bulan. Iuran dibayarkan selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulannya, jika terjadi keterlambatan maka dikenakan denda 2% setiap bulan keterlambatan.

Kepada Pensiunan Hari Tua diberikan uang tunai bulanan kepada peserta yang telah memenuhi masa iuran minimal 15 tahun atau 180 bulan, dimulai sejak masa usia pensiun hingga meninggal dunia. Bagi Pensiunan Cacat diberikan uang tunai bulanan kepada peserta yang mengalami cacat total tetap akibat kecelakaan maupun penyakit hingga peserta meninggal dunia atau sampai peserta mampu bekerja kembali. Pensiunan Janda/Duda diberikan uang tunai bulanan kepada janda/duda yang menjadi ahli waris sampai dengan meninggal dunia atau menikah lagi. Syaratnya peserta telah memiliki masa iur 15 tahun. Untuk Pensiunan Anak diberikan uang tunai bulanan kepada anak yang menjadi ahli waris peserta (maksimal 2 orang anak) sampai dengan usia anak mencapai 23 tahun, atau sampai menikah atau bekerja. Pensiunan Orang Tua diberikan kepada orangtua peserta lajang jika masa iur kurang dari 15 tahun. Lumpsum diberikan jika peserta memasuki masa pensiun, namun masa iur belum mencapai 15 tahun. Diberikan berupa uang tunai hasil akumulasi total iuran ditambah hasil pengembangannya.

5. Bukan Penerima Upah (BPU)

Pekerja Bukan Penerima Upah (BPU) adalah Pekerja mandiri yang melakukan kegiatan usaha untuk memperoleh penghasilan untuk diri sendiri seperti tukang ojek, sopir angkot, pedagang keliling, artis, dan lain-lain.

6. Jasa Konstruksi

Pemberi kerja selain penyelenggara negara pada skala usaha besar, menengah, kecil dan mikro yang bergerak di bidang usaha jasa konstruksi yang mempekerjakan pekerja harian lepas, borongan dan perjanjian kerja waktu tertentu.

Terdapat dua kategori pendaftaran BPJS Ketenagakerjaan, yang pertama untuk pekerja di sebuah perusahaan dan yang kedua diperuntukkan untuk pekerja mandiri, khusus untuk pekerja mandiri pendaftaran tidak bisa dilakukan secara perorangan namun harus dilakukan secara kolektif melalui perwakilan perusahaan atau melalui perwakilan organisasi khusus untuk pekerja mandiri.

a. Cara dan persyaratan daftar BPJS Ketenagakerjaan untuk Perusahaan

Beberapa syarat dokumen yang perlu disiapkan oleh perusahaan dan juga setiap karyawan ketika akan mendaftarkan diri dalam program BPJS Ketenagakerjaan:

1. Salinan KTP/Kartu Tanda Penduduk masing-masing karyawan.
2. Salinan KK/Kartu Keluarga masing-masing karyawan.
3. Pas foto berwarna untuk setiap Karyawan, ukuran 2 x 3 sebanyak 1 lembar.
4. Daftar Nama Karyawan yang akan didaftarkan BPJS ketenagakerjaan
5. Asli dan salinan SIUP/Surat Izin Usaha Perdagangan.
6. Asli dan salinan NPWP Perusahaan.
7. Asli dan salinan Akta Perdagangan Perusahaan.

Pendaftaran dapat dilakukan secara online melalui situs resmi BPJS ketenagakerjaan, dengan cara menggunakan

email perusahaan, tunggu hingga mendapatkan balasan dari pihak BPJS, setelah mendapatkan balasan dari pihak BPJS, langkah selanjutnya pihak perwakilan perusahaan harus datang ke kantor BPJS ketenagakerjaan setempat sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan dengan membawa berkas-dokumen persyaratan aslinya yang sudah disiapkan sebelumnya.

b. Cara dan persyaratan daftar BPJS Ketenagakerjaan untuk Pekerja Mandiri

Untuk pekerja mandiri (*freelancer*, pengusaha atau enterpreuner yang tidak punya badan usaha) yang ingin daftar menjadi peserta BPJS ketenagakerjaan terlebih dahulu harus membentuk sebuah wadah atau organisasi yang anggotanya minimal 10 orang, kemudian menggunakan nama organisasi tersebut anda dan juga anggota organisasi bisa didaftarkan menjadi peserta BPJS ketenagakerjaan.

Beberapa syarat dokumen yang dibutuhkan ketika daftar BPJS Ketenagakerjaan untuk para pekerja mandiri:

1. Surat izin usaha dari kelurahan setempat.
2. Salinan KTP masing-masing pekerja.
3. Salinan KK/Kartu Keluarga masing-masing pekerja.
4. Pas foto warna masing-masing pekerja ukuran 2×3 sebanyak 1 lembar.

Perbedaan BPJS Kesehatan dengan BPJS Ketenagakerjaan

1. Perbedaan Fungsi

BPJS Kesehatan berada di bawah naungan Kementerian Kesehatan di mana programnya termasuk ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan merupakan hal yang wajib bagi seluruh bangsa Indonesia dan pada tahun 2019 nanti, semua warga Indonesia harus terdaftar dalam program BPJS Kesehatan

Karena BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari Asuransi Kesehatan (Askes) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), maka peserta Askes dan

Jamkesmas tidak perlu mendaftarkan diri kembali untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Karena pada dasarnya bagi anda yang seorang Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan sudah memiliki Askes maupun Jamkesmas secara otomatis sudah terdaftar menjadi anggota BPJS Kesehatan. Sehingga peserta masih bisa menggunakan kedua kartu tersebut untuk berobat di rumah sakit.

Akan tetapi, yang harus diperhatikan adalah Askes hanya menjamin 3 orang saja. Misalnya terdiri dari 1 istri serta suami dan 2 orang anak. Serta batas usia untuk anaknya sendiri hanya sampai usia 25 tahun. Sementara itu untuk Jamkesmas hanya menjadi pemilik dari kartu Jamkesmas itu saja, jadi jika ada suami atau istri bahkan anak anda yang sebelumnya tidak memiliki Jamkesmas maka anda harus segera memasukkan mereka supaya terdaftar pada BPJS Kesehatan.

Sedangkan untuk BPJS Ketenagakerjaan atau yang dulunya bernama Jamsostek adalah asuransi bersifat sosial yang khusus diperuntukkan bagi tenaga kerja. Bagi yang bekerja di instansi swasta wajib hukumnya untuk terdaftar atau mendapatkan BPJS Ketenagakerjaan ini. Dan semua lembaga maupun instansi, yang umumnya mempunyai karyawan atau tenaga kerja wajib untuk mendaftarkan karyawannya tersebut ke dalam BPJS ketenagakerjaan. Apabila tidak didaftarkan akan terkena sanksi yang telah diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 tahun 2011 tentang BPJS serta Undang Undang Republik Indonesia No. 40. tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Peserta yang telah memiliki Jamsostek tidak perlu mendaftarkan diri kembali menjadi anggota BPJS Ketenagakerjaan. Karena pekerja sudah memiliki Jamsostek masih tetap dapat menggunakan kartu tersebut untuk berobat misalnya ketika mengalami kecelakaan saat bekerja.

2. Program BPJS

BPJS Kesehatan pada dasarnya hanya menjamin anggotanya khusus tentang urusan kesehatan. Dengan demikian seluruh biaya berobat dan juga perawatan masuk ke dalam beban atau tanggungan BPJS Kesehatan. Pembayarannya sendiri sesuai dengan kelas yang dipilih saat pertama kali mendaftarkan BPJS, sehingga jelas berbeda-beda.

Menyinggung mengenai program yang ada di BPJS Ketenagakerjaan, perlu diketahui jika memang terdapat beberapa program, misalnya Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua atau JHT, serta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK).

Jaminan kecelakaan kerja ini umumnya dapat di-klaim jika saat bekerja karyawan suatu perusahaan mengalami kecelakaan. Untuk pembayarannya sendiri full hingga 100%, bahkan apabila karyawan tersebut mengalami cacat, biayanya tetap ditanggung pihak BPJS Ketenagakerjaan. Jika kasus yang terjadi karyawan tersebut meninggal dunia, maka keluarga yang ditinggalkan oleh karyawan mempunyai hak untuk mendapatkan klaim dari BPJS Ketenagakerjaan ini. Dan apabila ada karyawan yang keluar dari tempat kerjanya atau perusahaan, maka karyawan tersebut masih tetap bisa mengklaim atau mencairkan dananya melalui program JHT alias Jaminan Hari Tua.

3. Sistem Pembayaran BPJS

Untuk pembayaran BPJS Ketenagakerjaan ditanggung oleh kedua pihak. Kedua pihak yang dimaksud adalah pihak perusahaan serta dari gaji yang diperoleh karyawan setiap bulannya. Semakin tinggi gaji yang didapatkan oleh karyawan, maka semakin besar pula premi yang dibayarkan ke BPJS Ketenagakerjaan. Sekarang ini BPJS Ketenagakerjaan tidak hanya bisa dimiliki atau dikhususkan bagi karyawan, tetapi masyarakat umum juga bisa mendapatkannya. Masyarakat bebas memilih salah satu

jaminan dalam BPJS Ketenagakerjaan baik itu JKK, Jaminan Hari Tua (JHT), maupun Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja (JPKTK).

Lain lagi halnya dengan BPJS Kesehatan, di mana pembayaran dilakukan sesuai dengan paket kepesertaan yang dipilih baik itu kelas 1, 2 ataupun 3. Waktu deadline untuk membayar iuran BPJS Kesehatan sendiri adalah setiap tanggal 10 per bulannya. Sementara BPJS Ketenagakerjaan adalah setiap tanggal 5 per bulannya.

Untuk BPJS Ketenagakerjaan iuran pembayarannya langsung dipotong dari gaji karyawan, dan perusahaan mempunyai kewajiban untuk menyetorkan gaji yang sudah dipotong tersebut ke pihak BPJS sebelum jatuh tanggal 5. Dan untuk peserta BPJS Ketenagakerjaan mandiri juga wajib membayar sebelum tanggal 5, pembayarannya pun dilakukan secara perorangan. Proses pembayarannya bisa memakai e-payment maupun virtual account.

4. Perbedaan Cara Klaim

Cara Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. Supaya dapat melakukan klaim terhadap BPJS Kesehatan, peserta tidak bisa langsung datang ke rumah sakit tetapi harus mendatangi terlebih dahulu Faskes untuk berobat. Faskes adalah fasilitas kesehatan. Yang termasuk Faskes adalah seperti klinik, Puskesmas maupun dokter keluarga yang telah bekerja sama dengan pihak BPJS. Pihak Faskes akan memutuskan apakah pasien perlu dirawat atau justru di rujuk ke rumah sakit lain dengan alasan fasilitas dari klinik atau Puskesmas kurang memadai untuk pengobatan dari penyakit yang diderita oleh pasien.

Jika keadaan pasien tidak memungkinkan untuk melakukan pengobatan pada Faskes, maka akan dirujuk pada rumah sakit yang lebih baik dan lebih lengkap. Poin pentingnya dalam tahap ini, anda harus minta surat rujukan serta simpanlah surat tersebut secara baik-baik. Karena surat

itu penting ketika pasien memang harus dipindahkan ke rumah sakit lain. Pengajuan rujukan pasti ditolak oleh pihak rumah sakit, apabila anda lupa atau tidak membawa surat tersebut.

Di samping surat rujukan, anda juga diwajibkan membawa persyaratan saat pergi ke rumah sakit, diantaranya adalah membawa kartu BPJS yang asli, foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP), Fotocopy Kartu Keluarga (KK), serta surat rujukan baik dari klinik maupun pihak rumah sakit di mana tempat pertama kali anda mulai berobat.

Pada dasarnya rumah sakit yang telah bekerja sama dengan pihak BPJS pasti akan mengalami penumpukan antrian pasien setiap harinya. Karena itu, pastikan anda datang lebih awal pada pagi hari. Jangan sampai siang atau sore hari, karena bisa mengantri terlalu lama akibat antriannya sudah panjang. Sehingga bisa jadi pasien tidak jadi dirawat hari itu karena pendaftarannya sudah ditutup.

Adapun cara Klaim BPJS Ketenagakerjaan datang ke kantor BPJS utama yang ada di wilayah di mana tempat anda didaftarkan sebagai penerima klaim BPJS Ketenagakerjaan. Peserta membawa kelengkapan seperti kartu kepesertaan asli, fotocopy, KTP, dan serta surat yang menandakan bahwa anda berasal dari sebuah perusahaan pemberi jaminan ketenagakerjaan. Untuk peserta jaminan ketenagakerjaan yang sedang berada di luar Indonesia alias luar negeri dan ingin mengambil uang jaminan, caranya adalah dengan melampirkan visa, dan juga paspor yang masih berlaku hingga saat ini.

Sementara itu, bagi pemegang kartu BPJS Ketenagakerjaan yang mengalami kecelakaan kerja dan mempunyai keinginan untuk mengklaim dana, maka syaratnya pun lebih kompleks. Seperti misalnya dilengkapi dengan surat asli dari dokter yang sudah merawat selama kecelakaan hingga pada masa penyembuhan. Setelah semuanya sudah beres,

verifikasi akan segera dilakukan, oleh petugas admin dan jangka waktunya adalah 30 hari.

C. Hubungan Hukum dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Penyelenggaraan JKN telah melahirkan hubungan hukum yang beragam dan dapat berimplikasi pada sengketa yang melibatkan berbagai lembaga penyelesaian sengketa yang berbeda dari setiap hubungan hukum yang terjadi.

1. Hubungan Hukum antara Peserta dengan BPJS Kesehatan

Salah satu prinsip dalam penyelenggaraan JKN adalah kepesertaan bersifat wajib, yaitu prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan kesehatan. Hal ini berarti setiap orang (masyarakat) dikehendaki atau tidak mengikatkan dirinya berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS untuk menjadi Peserta. Maka lahirlah perikatan yang menimbulkan hak dan kewajiban antara Peserta dengan BPJS Kesehatan. Sehingga hubungan hukum yang terjadi diakibatkan karena adanya perikatan yang lahir karena undang-undang. Berdasarkan Pasal 1352 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata) disebutkan "*Perikatan yang lahir karena undang-undang, timbul dari undang-undang sebagai undang-undang atau dari undang-undang sebagai akibat perbuatan orang*" (Subekti dan R. Tjitrosudibio, 2008). Konsekuensi logis dari perikatan tersebut apabila terjadi perbuatan yang bertentangan dengan kewajiban hukum si pelaku atau melanggar hak subjektif orang lain maka dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum.

Hubungan antara Peserta dengan BPJS Kesehatan secara kontekstual tidak seperti hubungan antara konsumen dengan Pelaku Usaha Jasa Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan

Konsumen Sektor Jasa Keuangan. Hal ini karena BPJS Kesehatan berbeda dengan pengertian Pelaku Usaha Jasa Keuangan, demikian jika membandingkan antara Peserta BPJS Kesehatan dengan konsumen di sektor jasa keuangan.

2. Hubungan Hukum antara Peserta dengan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan merupakan organ yang memiliki kemandirian untuk melakukan perbuatan hukum (*rechtshandeling*), namun Fasilitas Kesehatan diberi kedudukan hukum sebagai *person* dan karenanya merupakan *rechtspersoon*. Oleh karena itu, Fasilitas Kesehatan dibebani dengan hak dan kewajiban menurut hukum atas tindakan yang dilakukannya (Aziz, 2010: 36). Terdapat perbedaan hubungan hukum dalam konteks Praktik Kedokteran (dokter umum maupun dokter gigi) sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan lainnya yang telah berbadan hukum maupun badan usaha.

Hubungan hukum antara Praktik Kedokteran dengan Pasien merupakan hubungan yang secara langsung antara Dokter dan Pasien melahirkan aspek hukum horizontal kontraktual yang bersifat *inspanning verbinten*, di mana dokter hanya berupaya berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalamannya untuk menyembuhkan Pasien. Dengan demikian, hanya terdapat satu bidang tanggung jawab di dalam Praktik Kedokteran sebagai Fasilitas Kesehatan yaitu tanggung jawab di bidang medis di mana dokter/dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran sebagai penanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya. Tanggung jawab medis tersebut melahirkan tanggung jawab hukum dokter terhadap pasien, baik perdata, pidana maupun administratif.

Hubungan Fasilitas Kesehatan lainnya, yaitu Puskesmas, Klinik dan Rumah Sakit dengan Pasien yaitu bahwa Fasilitas Kesehatan ialah pihak yang harus memberikan prestasi,

sementara dokter dan para medis hanya berfungsi sebagai *employee (sub-ordinate)* dari Fasilitas Kesehatan) yang bertugas melaksanakan kewajiban Fasilitas Kesehatan dengan perkataan lain, kedudukan Fasilitas Kesehatan adalah sebagai *prinsipal* dan dokter sebagai *agent*. Sedangkan kedudukan pasien adalah sebagai pihak yang wajib memberikan kontra-prestasi.

Dilihat dari sudut pandang Fasilitas Kesehatan sebagai lembaga korporasi, maka tanggung jawab Fasilitas Kesehatan tersebut meliputi tanggung jawab yang berkaitan dengan personalia, tanggung jawab yang menyangkut sarana dan prasarana, dan tanggung jawab yang menyangkut *duty of care*. Dalam hal tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang berkaitan dengan personalia (kecuali praktik kedokteran), dikenal adanya doktrin *vicarious liability*, *hospital liability* dan *corporate liability* sehingga Fasilitas Kesehatan dapat bertanggung gugat terhadap kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Wahyudi, 2011: 520).

3. Hubungan Hukum antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan

Hubungan hukum antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dibangun dari hubungan kontraktual melalui perjanjian kerja sama yang didasarkan pada Pasal 11 huruf e UU No. 24 Tahun 2011 di mana BPJS berwenang membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan, dan Pasal 36 ayat (4) Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yaitu fasilitas kesehatan milik Pemerintah yang telah memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yang dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.

Perselisihan atas Perjanjian Kerja Sama dapat terjadi karena adanya wanprestasi oleh salah satu pihak. Menurut Subekti (2005: 45), wanprestasi adalah apabila si berutang tidak melakukan apa yang dijanjikannya maka ia dikatakan

melakukan wanprestasi, alpa atau lalai atau ingkar janji atau juga ia melanggar perjanjian, bila ia melakukan atau berbuat sesuatu yang tidak boleh dilakukannya. Yahya Harahap (1978: 45) menyebutkan bahwa pelaksanaan kewajiban yang tidak tepat pada waktunya atau dilakukan tidak menurut selayaknya dapat dikatakan sebagai wanprestasi. Dalam hubungan tersebut Fasilitas Kesehatan bertanggung jawab secara perdata terhadap semua kegiatan baik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau non tenaga kesehatan (Dwiriani, 2009: 108) dalam pelaksanaan JKN. Bahkan, dalam ranah hukum perdata wanprestasi merupakan salah satu bentuk malpraktik (Turingsih, 2012: 270), sehingga dalam pelaksanaan perjanjian antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan harus dilaksanakan dengan prinsip kehati-hatian.

D. Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan.

JKN-KIS menjadi salah satu asuransi kesehatan wajib bagi warga Indonesia yang dikelola oleh pemerintah melalui BPJS Kesehatan. Namun, belum semua warga menggunakan dan mendaftarkan dirinya karena berbagai alasan. Salah satunya karena minimnya informasi mengenai produk kesehatan yang satu ini. Untuk menambah pengetahuan dan informasi Anda tentang program JKN-KIS ini, berikut berbagai fasilitas dan layanan yang ditanggung BPJS Kesehatan dan yang tidak ditanggung.

1. Pelayanan Kesehatan yang ditanggung.

Jika seseorang terdaftar sebagai anggota BPJS Kesehatan, akan mendapatkan berbagai fasilitas yang bisa digunakan seumur hidup. Berikut berbagai layanan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan.

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama membiayai pelayanan kesehatan umum yang mencakup:

1. Biaya administrasi pelayanan kesehatan.
2. Pelayanan promotif dan preventif seperti penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi rutin, keluarga berencana (konseling, vasektomi, atau tubektomi), dan skrining kesehatan untuk mendeteksi risiko penyakit serta mencegah dampak lanjutan penyakit.
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.
4. Tindakan medis nonspesialistik (umum), baik yang membutuhkan pembedahan atau tidak.
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis.
7. Pemeriksaan penunjang melalui diagnosis laboratorium tingkat pertama.
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan yang dianjurkan dokter.

b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap. Berikut pelayanan tingkat rujukan yang menjadi tanggungan BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Biaya administrasi pelayanan kesehatan.
2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi ke dokter spesialis dan subspecialis.
3. Tindakan medis yang membutuhkan dokter spesialis baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan rujukan dari dokter.
4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai (misalnya cairan infus).
5. Pelayanan penunjang yang membutuhkan diagnosis lanjutan tertentu sesuai anjuran dokter.
6. Rehabilitasi medis.
7. Pelayanan darah, seperti penyediaan kantong darah.
8. Pelayanan kedokteran forensik klinis atau visum untuk mendiagnosis dan mencari bukti tindak pidana dari

pasien yang mengalami luka akibat tindakan kriminal tertentu.

9. Memberikan pelayanan pengurusan jenazah pada pasien yang meninggal setelah rawat inap di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Namun, layanan yang dijamin tidak termasuk peti dan mobil jenazah.
10. Perawatan di ruang rawat inap biasa.
11. Perawatan inap di ruang intensif seperti ICU.

c. Persalinan

Persalinan yang ditanggung BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah persalinan sampai dengan anak ketiga, tanpa melihat anak yang dilahirkan dalam keadaan hidup atau meninggal.

d. Ambulans

Fasilitas ambulans menjadi tanggungan BPJS Kesehatan dan hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan satu ke fasilitas kesehatan lainnya yang bertujuan menyelamatkan nyawa pasien.

2. Pelayanan Kesehatan Tidak Ditanggung BPJS Kesehatan

Adapun pelayanan kesehatan yang tidak bisa ditanggung oleh BPJS kesehatan

- a. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat.
- c. Pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja atau menjadi tanggungan pemberi kerja.
- d. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program

- jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat peserta
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
 - f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik.
 - g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas.
 - h. Pelayanan meratakan gigi (ortodontisi).
 - i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol.
 - j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
 - k. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
 - l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
 - m. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik.
 - n. Perbekalan kesehatan rumah tangga.
 - o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
 - p. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*).
 - q. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial.
 - r. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - s. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia.
 - t. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

E. Potensi Sengketa Dalam Pelayanan BPJS

1. Peserta Dengan Fasilitas Kesehatan

Pada prinsipnya peserta JKN berpotensi untuk melakukan kecurangan. Kecurangan yang dilakukan oleh peserta, sebagaimana ditentukan dalam Pasal 3 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan dan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional berupa:

- a. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- b. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan;
- c. Memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung;
- d. Memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar;
- e. Melakukan kerja sama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan klaim palsu;
- f. Memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali; dan/atau
- g. Melakukan tindakan kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf f.

2. Peserta dengan BPJS Kesehatan;

Menurut ketentuan Pasal 2 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan dan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dapat melakukan kecurangan adalah: peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan; dan atau, penyedia obat dan alat kesehatan.

3. BPJS Kesehatan Dengan Faskes.

Hal ini sebagaimana tertuang dalam ketentuan Pasal 4 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan dan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, bahwa Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Melakukan kerja sama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu;
- b. Memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin;
- c. Menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan/rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi;
- d. Membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan; dan/atau
- e. Melakukan tindakan Kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf d.

Bentuk kecurangan yang paling klasik dilakukan oleh petugas BPJS adalah kerja sama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu serta memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Faskes.

Sengketa Pelayanan Antara Pasien Peserta BPJS sebagai berikut:

1. Subjek yang bersengketa

Subjek merupakan orang yang terlibat langsung dalam pelayanan BPJS baik pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan. Dalam konsep model ini, yang dimaksud dengan subjek yang bersengketa yaitu pasien pengguna BPJS dengan petugas pemberi pelayanan BPJS baik di layanan kesehatan primer maupun sekunder, yang meliputi petugas medik maupun non-medik. Telah terjadi berbagai permasalahan antara pasien dengan petugas pelayanan

diantaranya pelayanan yang kurang ramah dan adanya perbedaan pelayanan antara pasien BPJS dengan pasien umum. Untuk mengantisipasi hal tersebut, dari pihak pemerintah melalui dinas kesehatan sebaiknya memberikan sebuah pelatihan kepada tenaga kesehatan baik medik maupun non-medik terkait dengan komunikasi yang baik antara pemberi pelayanan kesehatan kepada pasien. Dengan pemberian bekal tersebut diharapkan pemberi pelayanan kesehatan menjadi paham tentang perlunya pelayanan prima kepada pasien.

2. Jenis Sengketa BPJS

Filu Marwat Santoso Putri (2014) melukiskan jenis sengketa BPJS yang terjadi di Rumah Sakit dapat dibagi dua hal yaitu sebagai berikut:

a. Mekanisme pelayanan

Mekanisme pelayanan sering juga disebut sebagai prosedur pelayanan yang berarti uraian/alur yang harus dilewati dalam suatu kegiatan pelayanan. Mekanisme pelayanan BPJS secara umum terbagi menjadi dua jenis yaitu pelayanan pasien gawat darurat dan pelayanan pasien biasa.

1. Pelayanan pasien gawat darurat

Untuk pelayanan pasien gawat darurat, pasien anggota BPJS bisa memanfaatkan seluruh rumah sakit untuk pertolongan awal tanpa harus mempunyai rujukan dari pelayanan primer tanpa dipungut biaya walaupun rumah sakit tersebut tidak bekerja sama dengan BPJS. Permasalahan yang terjadi selama ini, rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS sering kali menolak pasien BPJS yang gawat darurat dengan alasan kondisi pasien tidak termasuk dalam kondisi gawat darurat.

Keadaan ini menimbulkan kerugian bagi pasien pemegang BPJS karena merasa haknya berkurang. Pihak BPJS sebaiknya, memperluas jaringan dengan menambah jumlah kerja sama pada keseluruhan pelayanan sekunder sehingga tidak ada lagi rumah sakit yang menolak pasien gawat darurat BPJS

2. Pelayanan pasien biasa

Permasalahan umum yang terjadi pada pelayanan mutlak pasien BPJS adalah adanya dua jenjang pelayanan yang harus dilewati oleh pasien BPJS yaitu pelayanan primer dan sekunder. Pada pelayanan primer pasien akan ditangani semaksimal mungkin dan ketika fasilitas tidak mencukupi maka pasien akan dirujuk ke pelayanan sekunder. Permasalahan yang sering terjadi, petugas medik pada pelayanan primer baik puskesmas maupun dokter praktik sering kali enggan melakukan pemeriksaan dan penanganan lanjutan kepada pasien BPJS sehingga pasien BPJS langsung dirujuk ke pelayanan sekunder yaitu rumah sakit. Dampak dari hal ini, terjadinya penumpukan pasien BPJS di rumah sakit yang berujung pada pelayanan yang kurang optimal ketika pasien dirujuk di RSUD di luar jam kerja.

Kondisi ini sebaiknya diminimalisasi dengan adanya pembatasan waktu rujukan oleh pihak pelayanan primer yaitu pada jam kerja untuk rumah sakit milik pemerintah, sedangkan ketika pasien harus dirujuk di luar jam kerja, maka rujukan ditujukan ke rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS. Model tersebut disajikan untuk mengantisipasi terjadinya pengurangan pelayanan pada hak pasien di pelayanan sekunder

karena keterbatasan jam kerja pada rumah sakit milik pemerintah.

b. Antrian untuk dilayani

Antri sering kali menjadi budaya dalam setiap pelayanan, termasuk didalamnya pelayanan kesehatan. Hal tersebut juga berlaku untuk pelayanan pasien BPJS di rumah sakit. Untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit, pasien BPJS diharuskan melakukan dua kali pendaftaran yaitu pendaftaran di loket verifikasi BPJS dan pendaftaran di loket umum rumah sakit. Dalam dua loket tersebut, pasien BPJS harus menunggu antrian yang membutuhkan waktu cukup lama, mengingat banyaknya pasien pengguna BPJS dan terbatasnya waktu pelayanan pendaftaran yang hanya sampai jam 10.00 WIB pada rumah sakit milik pemerintah, selebihnya pasien akan diarahkan ke pelayanan Unit Gawat Darurat dengan status pasien umum.

Permasalahan di atas akan menjadi sangat besar ketika dikaitkan dengan pelayanan medik yang didapatkan pasien. Untuk mengurangi permasalahan terkait antrean yang panjang tersebut, sebaiknya pendaftaran pada loket verifikasi BPJS dibuat secara digital dengan mengenali barcode pada kartu BPJS masing-masing peserta sehingga tidak akan terjadi antrian pada loket verifikasi, karena proses verifikasi digital hanya diperlukan dalam waktu kurang lebih 1 menit.

3. Prosedur pelayanan pasien rawat inap

Rawat inap sering kali menjadi pilihan terakhir pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam konteks pelayanan BPJS, rawat inap menjadi suatu pilihan yang menyedihkan. Hal ini dikarenakan ada perbedaan pelayanan rawat inap antara pasien BPJS dengan pasien umum, mulai dari transparansi kesediaan kamar, pelayanan farmasi

sampai dengan pelayanan keperawatan. Pemecahan masalah yang bisa disajikan untuk mengantisipasi permasalahan tersebut adalah penambahan nominal subsidi oleh pemerintah kepada pasien BPJS yang harus di rawat inap, sehingga pihak rumah sakit tidak terlalu dirugikan menerima pasien rawat inap BPJS dan dampak positifnya rumah sakit bisa transparan tentang jumlah kesediaan kamar kepada pasien BPJS sampai dengan perbaikan pelayanan rawat inap pada pasien BPJS.

4. Pelayanan Farmasi

Pelayanan farmasi merupakan titik pelayanan terakhir dalam sebuah unit pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit, bahkan sering kali pelayanan ini menjadi tujuan utama pasien datang ke rumah sakit. Dalam pelayanan farmasi, pasien BPJS sering kali mendapatkan pengurangan jenis obat berdasarkan resep dengan alasan tidak tersedianya obat tersebut di rumah sakit atau obat yang tersedia tidak masuk dalam jaminan kesehatan BPJS. Permasalahan ini sebaiknya bisa diminimalisir dengan pemberian data keseluruhan obat yang bisa digunakan oleh pasien BPJS kepada dokter yang bersangkutan, sehingga dokter bisa mengantisipasi penggantian obat serupa ke arah obat generik dengan fungsi yang sama. Dengan pola tersebut, maka ada dua pihak yang diuntungkan yaitu pasien bisa mendapatkan keseluruhan obat sesuai dengan kebutuhan dan rumah sakit bisa memberikan pelayanan farmasi yang optimal kepada pasien tanpa harus dirugikan.

5. Waktu Pelayanan Awal

Waktu pelayanan awal yang dimaksud adalah pelayanan di Rumah Sakit Umum Yogyakarta atau rumah sakit milik pemerintah lainnya yang hanya berlangsung pada jam kerja, sehingga pasien BPJS dituntut untuk bisa melakukan pendaftaran maksimal jam 10.00 WIB. Kondisi tersebut serasa tidak adil bagi pasien BPJS yang datang lebih dari

jam 10 karena antrian di pelayanan kesehatan primer pada jenjang sebelumnya. Untuk mengantisipasi tersebut, model pelayanan rujukan yang harus diperbaiki adalah pada pelayanan kesehatan primer. Pasien BPJS sebaiknya diber perkiraan waktu ketika diperkirakan masih mencukupi untuk dirujuk ke rumah sakit pemerintah sesuai jam kerja maka pasien bisa dirujuk ke RSUD sebaliknya ketika diperkirakan tidak mencukupi maka pasien dirujuk ke rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS supaya tetap bisa menggunakan fasilitas BPJS.

6. Pelayanan Primer

Puskesmas sebagai salah satu pelayanan favorit bagi masyarakat pengguna BPJS untuk meminta rujukan harus dibagikan fungsi dengan fasilitas primer lainnya seperti dokter praktik pribadi maupun klinik pratama. Solusi ini difungsikan untuk menghindari penumpukan pasien di Puskesmas dan mengoptimalkan pelayanan petugas di Puskesmas. Pembagian fungsi ini bisa dilakukan melalui beberapa metode sebagai berikut:

a. Antrian Pada Puskesmas

Penumpukan antrian yang terjadi pada Puskesmas seakan-akan menunjukkan bahwa masyarakat hanya mengetahui bahwa pelayanan kesehatan primer yang tersedia sebatas Puskesmas saja. Sebaiknya diberlakukan model bahwa pemerintah memfasilitasi masing-masing peserta menjadi anggota dokter praktik maupun klinik pratama yang bekerja sama dengan BPJS. Hal ini dimaksudkan supaya masyarakat bisa dengan mudah mendapatkan rujukan atau pelayanan kesehatan primer pada saat membutuhkan setiap saat tanpa harus antri berlama - lama di Puskesmas.

b. Dokter praktik menolak pasien BPJS

Dokter praktik merupakan salah satu titik yang ada pada jenjang pelayanan kesehatan primer. Pada

dasarnya keberadaan dokter praktik dalam jajaran pelayanan kesehatan primer bagi pasien BPJS dimaksudkan untuk mengurangi fokus pelayanan primer di Puskesmas, tetapi pada keberlanjutannya ternyata keberadaan dokter praktik masih dirasakan kurang bisa menggantikan fungsi Puskesmas sebagai pelaku pelayanan kesehatan primer.

Beberapa pasien BPJS mendapatkan penolakan dari beberapa dokter praktik yang bekerja sama dengan BPJS dengan alasan antrian penuh, atau tidak bisa melayani pasien BPJS. Untuk menghindari penolakan yang terus menerus oleh dokter praktik, sebaiknya pemerintah menghimbau dokter praktik pribadi ke dalam satu kesatuan klinik pratama supaya pasien BPJS bisa mendapatkan hal pelayanan primer melalui klinik pratama.

F. Penyelesaian Sengketa Dalam Pelayanan Kesehatan BPJS

Sengketa selalu timbul kapan saja dan di mana saja pada saat dua buah kepentingan tidak dapat diakomodasi secara bersama-sama dan sudah pasti tidak akan mungkin menghasilkan keputusan kemenangan di kedua belah pihak. Salah satu pihak harus menurunkan tuntutananya agar didapat suatu keseimbangan di antara kedua kepentingan dari pihak yang bersengketa.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berimplikasi juga pada perubahan dalam pola-pola hubungan (interaksi sosial) antar anggota masyarakat yang mengubah ranah dan tatanan kehidupan serta pola interaksi sosial dalam berbagai sendi kehidupan masyarakat, dirasakan juga dalam pola hubungan antar manusia dalam upaya kesehatan. Pada prinsipnya, hubungan antara pasien-tenaga kesehatan-rumah sakit dikenal dengan apa yang dinamakan transaksi terapeutik, di mana terjadi suatu ikatan kontrak

(walaupun tidak tertulis) dalam hal pengobatan dan perawatan penyakitnya serta pelayanan kesehatan yang sesuai standar.

Profesi kesehatan belakangan ini banyak disoroti oleh masyarakat khususnya tentang perbuatan yang digolongkan dalam sebagai perbuatan melanggar hukum, yaitu malpraktik yang dapat merugikan masyarakat, khususnya pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan timbul akibat karena adanya pelanggaran etika profesi, disiplin tenaga kesehatan dan pelanggaran hukum, termasuk dalam ranah yang penyelesaiannya dilakukan melalui lembaga peradilan.

Kasus malpraktik yang menimpa Prita Mulyasari yang bersengketa dengan Rumah Sakit Omni Internasional Serpong-Tangerang, merupakan contoh di mana kasus ini diproses mulai dari Pengadilan Negeri sampai ke tingkat Mahkamah Agung. Dari peristiwa tersebut terlihat adanya suatu dugaan komunikasi yang buruk antara pihak dokter dan rumah sakit sebagai *health provider* dengan pasien sebagai *health receiver*.

Berasal dari rasa ketidakpuasan tersebutlah cikal bakal terjadi suatu konflik yang berlanjut dengan apa yang disebut sebagai sengketa pelayanan kesehatan, mulai dari pasien hanya mengeluh kemudian pasien mulai berani mengungkapkan, dan lalu menuntut atau menggugat pihak tenaga kesehatan atau rumah sakit.

Pada kenyataannya, dalam penanganan pasien, sering terjadi beda sudut pandang antara tenaga kesehatan dan pasien. Perbedaan sudut pandang ini dapat berlanjut menjadi sengketa antara tenaga kesehatan dan pasien dengan gugatan atau tuntutan pidana bahwa tenaga kesehatan telah melakukan kelalaian medik. Dengan kata lain, bahwa sengketa dalam pelayanan kesehatan terjadi karena adanya perasaan tidak puas dari salah satu pihak karena adanya pihak lain yang tidak memenuhi prestasi yang telah diperjanjikan (wanprestasi). Rasa tidak puas pasien terhadap pelayanan rumah sakit dapat

menimbulkan keluhan ataupun protes yang apabila tidak tertangani dengan secara bijak oleh pihak rumah sakit sehingga dapat menimbulkan konflik yang berujung pada sengketa.

Tuntutan atau gugatan kelalaian medik yang dialamatkan ke dokter pada hakikatnya adalah proses hukum yang ingin meminta pertanggungjawaban atas kesalahan yang dibuatnya, baik yang berupa kelalaian maupun kesengajaan. Dengan kata lain, tanggung jawab tenaga kesehatan-lah yang menjadi objek tuntutan atau gugatan kelalaian medik, dengan wujud tanggung jawab yang dapat berbentuk ganti rugi atau hukuman lain sesuai keputusan hakim.

Pasal 45 dan Pasal 46 Perpres 12 Tahun 2013

1. Musyawarah oleh para pihak yang bersangkutan.
2. Jika belum dapat terselesaikan, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi. Mediasi dilakukan dengan cara:
 - a. Mekanisme mediasi dilakukan melalui bantuan mediator yang disepakati oleh kedua belah pihak secara tertulis paling lama hari kerja sejak penanda tangan kesepakatan oleh kedua belah pihak;
 - b. Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi, setelah ada kesepakatan kedua belah pihak secara tertulis, bersifat final dan mengikat;
 - c. Jika belum dapat terselesaikan juga, sengketa diselesaikan di pengadilan negeri wilayah tempat tinggal pemohon;
 - d. Bila terdapat sengketa indikasi medis antara peserta, faskes, dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh dewan pertimbangan klinik yang dibentuk oleh Menteri.

G. Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS)

Tidak mudah menilai tindakan medis yang dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan benar atau salah, sebab sengketa yang terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan permasalahan yang timbul akibat adanya hubungan dalam

rangka melakukan upaya penyembuhan di mana diakibatkan adanya ketidakpuasan pasien yang umumnya disebabkan oleh karena dugaan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan kewajiban profesi, hal ini terjadi karena kurangnya informasi yang seharusnya menjadi hak dan kewajiban keduanya.

Melihat kondisi yang terjadi akibat sengketa dalam pelayanan kesehatan, maka peluang alternatif untuk penyelesaian sengketa sangat diperlukan suatu penyelesaian masalah yang terukur dan memiliki kredibilitas yang mampu mengakomodasi sengketa dalam pelayanan kesehatan dengan tetap mengutamakan kesepakatan atau mufakat yang menguntungkan kedua belah pihak. Dalam pasal 58 Undang Undang No. 48 Tahun 2009 Tentang Kekuasaan dilakukan di luar pengadilan negara melalui arbitrase atau alternatif penyelesaian sengketa. *Alternative Dispute Solution (ADS)* atau di Indonesia dikenal dengan istilah *Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS)* adalah salah satu solusi dalam menyelesaikan permasalahan hukum dalam pelayanan kesehatan dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di Pengadilan Negeri.

Mungkin dengan banyaknya kasus perdata yang masuk ke pengadilan sehingga makin menumpuknya utang perkara yang harus diselesaikan oleh hakim, yang mungkin saja banyak materi persengketaan yang tidak besar atau tidak terlalu prinsipiell sehingga menambah beban kinerja para hakim. Sebagai terobosannya pada 1999 disahkanlah Undang Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa yang berisi aturan bentuk-bentuk penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagai pengganti dari aturan perundang-undangan kolonial yang sebelumnya berlaku.

Menurut Undang Undang No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa bahwa lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yakni penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsultasi, negosiasi, mediasi,

konsiliasi, dan penilaian ahli. Dalam pasal 2 kembali ditegaskan bahwa undang-undang ini mengatur penyelesaian sengketa atau beda pendapat antar para pihak dalam suatu hubungan hukum tertentu yang telah mengadakan perjanjian arbitrase yang secara tegas menyatakan bahwa semua sengketa atau beda pendapat yang timbul atau yang mungkin timbul dari hubungan hukum tersebut akan diselesaikan dengan cara arbitrase atau melalui alternatif penyelesaian sengketa.

Dilegalkan oleh sistem hukum di Indonesia, Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) Nomor 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwa semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Ketentuan penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan diamanahkan dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada pasal 29 dinyatakan: dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Selain itu, dalam Undang Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan diatur pula mengenai penyelesaian perselisihan, di mana dalam pasal 78 dikatakan bahwa dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pada intinya penyelesaian sengketa adalah untuk mencari solusi dan penyelesaian, baik yang secara face to face (dwi-partie), yaitu hanya terdapat pihak yang bersengketa, maupun yang menggunakan jasa orang ketiga (tri-partie), yaitu sebagai wasit atau penengah.

H. Dewan Jaminan Sosial Nasional

UUD 1945 Pasal 34 ayat (2) menyebutkan “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”. Pasal ini menjadi landasan yuridis pembentukan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), Pasal 6 Undang-Undang ini disebutkan “Untuk penyelenggaraan SJSN ini dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional”.

Pasal 1 angka 1 Peraturan Presiden No. 44 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja DJSN adalah Dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN bertugas, melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial; mengusulkan kebijakan investasi dana jaminan sosial nasional; dan mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.

BAB III

PERLINDUNGAN HUKUM DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Perlindungan Hukum

Secara kebahasaan, kata perlindungan dalam bahasa Inggris disebut dengan *protection*. Istilah perlindungan menurut KBBI dapat disamakan dengan istilah proteksi, yang artinya adalah proses atau perbuatan memperlindungi, sedangkan menurut *Black's Law Dictionary*, *protection* adalah *the act of protecting*.

Perlindungan hukum adalah suatu perlindungan yang diberikan terhadap subjek hukum dalam bentuk perangkat hukum baik yang bersifat preventif maupun yang bersifat represif, baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Perlindungan hukum merupakan gambaran fungsi hukumnya itu konsep di mana hukum dapat memberikan keadilan, ketertiban, kepastian, kemanfaatan dan kedamaian.

Adapun pendapat yang dikutip dari beberapa ahli mengenai perlindungan hukum yaitu:

1. Menurut Satjipto Rahardjo perlindungan hukum adalah adanya upaya melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu Hak Asasi Manusia kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut.
2. Menurut Setiono perlindungan hukum adalah tindakan atau upaya untuk Melindungi masyarakat dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan ketenteraman sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia.
3. Menurut Muchsin perlindungan hukum adalah kegiatan untuk melindungi individu dengan menyetarakan hubungan nilai-nilai atau kaidah-kaidah yang menjelma dalam sikap dan tindakan dalam menciptakan adanya ketertiban dalam pergaulan hidup antara sesama manusia.
4. Menurut Hetty Hasanah perlindungan hukum yaitu merupakan segala upaya yang dapat menjamin adanya kepastian hukum, sehingga dapat memberikan perlindungan hukum kepada pihak-pihak yang bersangkutan atau yang melakukan tindakan hukum.

Menurut Undang-Undang No. 40 tahun 1999 tentang Pers, perlindungan hukum adalah jaminan perlindungan pemerintah dan atau Masyarakat kepada warga negara dalam melaksanakan fungsi, hak, kewajiban, dan peranannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga, perlindungan hukum adalah segala upaya yang ditujukan untuk memberikan rasa aman kepada korban yang dilakukan oleh pihak keluarga, advokat, lembaga sosial, kepolisian, kejaksaan, pengadilan, atau pihak lainnya baik sementara maupun berdasarkan penetapan

pengadilan. Sedangkan perlindungan hukum yang tertuang dalam Peraturan Pemerintah No. 2 Tahun 2002 tentang Tata cara Perlindungan Terhadap Korban dan Saksi Dalam Pelanggaran Hak Asasi Manusia yang Berat, perlindungan hukum adalah suatu bentuk pelayanan yang wajib dilaksanakan oleh aparat penegak hukum atau aparat keamanan untuk memberikan rasa aman baik fisik maupun mental, kepada korban dan saksi, dari ancaman, gangguan, teror, dan kekerasan dari pihak manapun, yang diberikan pada tahap penyelidikan, penyidikan, penuntutan, dan atau pemeriksaan di sidang pengadilan.

Suatu perlindungan dapat dikatakan sebagai perlindungan hukum apabila mengandung unsur-unsur sebagai berikut:

1. Adanya pengayoman dari pemerintah terhadap warganya.
2. Jaminan kepastian hukum.
3. Berkaitan dengan hak-hak warga negara.
4. Adanya sanksi hukuman bagi pihak yang melanggarnya.

Esensi perlindungan hukum terhadap penanam modal adalah suatu perlindungan yang memberikan jaminan bagi seorang penanam modal, bahwa ia akan dapat menanamkan modalnya dengan situasi yang fair terhadap para pihak yang terkait dengan hukum, masyarakat, dan pihak-pihak lainnya, terutama dalam hal mendapatkan akses informasi mengenai situasi pasar, situasi politik dan masyarakat, aset yang dikelola oleh penanam modal, peraturan perundang-undangan, dan lain sebagainya.

B. Bentuk Perlindungan Hukum

Perlindungan hukum bisa berarti perlindungan yang diberikan terhadap hukum agar tidak ditafsirkan berbeda dan tidak dicerai oleh aparat penegak hukum dan juga bisa berarti perlindungan yang diberikan oleh hukum terhadap sesuatu. Hakikatnya setiap orang berhak mendapatkan perlindungan dari hukum. Dengan demikian hampir seluruh hubungan

hukum harus mendapat perlindungan dari hukum. Oleh karena itu terdapat banyak macam perlindungan hukum. Berdasarkan teori dari Philipus M. Hadjon²⁴ menyatakan bahwa perlindungan hukum adalah perlindungan akan harkat dan martabat, serta pengakuan terhadap hak-hak asasi manusia yang dimiliki oleh subjek hukum berdasarkan ketentuan hukum dari kesewenangan.

Perlindungan hukum dalam pelayanan kesehatan dan bagi rakyat terdiri dari perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif.

1. Perlindungan Hukum Preventif

Perlindungan hukum preventif adalah perlindungan hukum ini bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa. Sehingga upaya yang dilakukan lebih difokuskan untuk meminimalisir terjadinya masalah yang sekaligus untuk menghindari munculnya akibat dari suatu masalah. Dalam implementasinya bentuk perlindungan ini adalah dengan dibentuknya peraturan perundang-undangan yang bersifat regulatif. Negara diharapkan mengaplikasikan tujuan dibentuknya peraturan perundang-undangan yakni melindungi segenap bangsa Indonesia.

a. Perlindungan Hukum Terhadap Penerima Pelayanan Kesehatan (*Health Receiver*).

Bentuk perlindungan ini dapat ditemukan, di antaranya:

1. Undang-Undang Dasar RI 1945.

Perlindungan terhadap segenap bangsa Indonesia baik pasien, tenaga kesehatan, maupun fasilitas kesehatan berlandaskan pada Undang-undang Dasar 1945, Pembukaan, Alinea keempat berbunyi: *“Kemudian dari pada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia”*. Umumnya, sampai saat ini orang bertumpu pada kata “segenap bangsa” sehingga diambil sebagai asas tentang persatuan seluruh bangsa Indonesia. Akan

tetapi, dari kata “melindungi” di dalamnya terkandung pula asas perlindungan hukum pada segenap bangsa yaitu bagi segenap bangsa tanpa kecuali.

Landasan hukum lainnya terdapat pada ketentuan termuat dalam Pasal 27 ayat 2 UUD Negara Republik Indonesia 1945 yang berbunyi: *“Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”*. Dari dasar hukum ini bahwa pada prinsipnya setiap warga negara Indonesia mempunyai hak untuk memperoleh *penghidupan yang layak* di Indonesia. Kata “penghidupan yang layak” dapat bermakna termasuk pelayanan kesehatan yang bermutu. Sehingga sudah jelas bahwa dasar di atas merupakan pedoman dalam pembuatan kebijakan yang mengatur, memenuhi dan melindungi aktivitas pelayanan kesehatan.

Pasal 28 H: (1) UUD 1945 Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta **berhak memperoleh pelayanan kesehatan**.

(2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 4 Setiap orang berhak atas kesehatan. Pasal 5

(1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. (3) Setiap orang berhak secara mandiri

dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Pasal 6 Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. **Pasal**

7 Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab.

Pasal 8 Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Pasal 14 (1) Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.

b. Perlindungan Hukum Terhadap Pemberi Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*).

Adapun bentuk perlindungan hukum ditegaskan dalam:

1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

UU kesehatan No.36/2009 berfungsi sebagai “payung hukum” yang mengacu pada tanggung jawab pemerintah pusat dan kemudian menentukan apa yang diharapkan pemerintah pusat dari pemerintah daerah. Ketentuan yang langsung berkaitan dengan perlindungan terhadap Tenaga kesehatan terdapat dalam Pasal 23 ayat (3) yang berbunyi: “Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah” Dalam pasal 23 di atas menjelaskan tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan serta tugasnya, tenaga kesehatan harus memiliki izin baik berupa SIK (Surat Izin Kerja) atau SIP (Surat Izin Praktik) dari pemerintah.

Pasal 27 (1) Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. (2) Tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki. Ayat (3) Ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah. Penjelasan dari pasal 27 di atas, tenaga kesehatan berhak mendapatkan perlindungan hukum apabila pasien sebagai konsumen kesehatan menuduh/merugikan tenaga kesehatan di mana tenaga kesehatan sudah melakukan tugas sesuai keahliannya serta kewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi baru.

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Dikeluarkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan diselenggarakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Ketentuan yang terdapat di dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagian besar berkaitan erat dengan pelayanan kesehatan serta tanggung jawab tenaga kesehatan terhadap rumah sakit sebagai berikut:

1. Mendedikasikan keahlian yang dimiliki sepenuhnya untuk pelayanan.
2. Melakukan pelayanan terhadap pasien dengan penuh tanggung jawab dan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
3. Patuh terhadap peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
4. Menjaga rahasia medis pasien dalam nama baik Rumah Sakit.

Dalam hal ini, rumah sakit harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi seluruh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit melalui pembentukan berbagai perangkat aturan di rumah sakit meliputi, peraturan internal staf medis, standar prosedur operasional dan berbagai pedoman pelayanan kesehatan serta melalui penyediaan SDM (Sumber Daya Manusia) yang memiliki kompetensi dalam bidang medikolegal.

3. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

Undang-Undang ini bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan praktik kedokteran. Hak dan kewajiban dokter di atur dalam pasal 50 dan pasal 51 Undang-Undang No.29 Tahun 2004 adalah: Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak diatur dalam pasal 50:

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
- b. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional.
- c. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya, dan

d. Menerima imbalan jasa.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban diatur dalam pasal 51:

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perike-manusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Penjelasan pasal 50 dan pasal 51 di atas, Yang dimaksud dengan “standar profesi” adalah batasan kemampuan (knowledge, skill and professional attitude) minimal yang harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi sedangkan yang dimaksud dengan “standar prosedur operasional” adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu.

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pada Pasal 73 ayat (2) menyatakan Setiap orang dilarang menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang

menimbulkan kesan seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi dan/atau surat izin praktik. Ayat (3) pasal ini menegaskan bahwa Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tdk berlaku bagi tenaga kesehatan yang diberi kewenangan peraturan perundang-undangan. Tenaga kesehatan dimaksud antara lain bidan dan perawat yang diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.

4. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan

Undang-undang ini berisi tentang sejumlah ketentuan yang bertujuan untuk memberikan dan memenuhi perlindungan hukum pada perawat. Tujuan dari Undang-undang tersebut adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, memberikan perlindungan meningkatkan mutu perawat, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta kepastian hukum kepada perawat dan pasien.

Pasal 36 undang-undang ini menyatakan Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya.
- c. menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
- d. menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional,

atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
dan

- e. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.
- Pasal 50 undang-undang ini menegaskan bahwa dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49, Konsil Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Perawat, termasuk Perawat Warga Negara Asing;
 - b. menerbitkan atau mencabut STR;
 - c. menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Perawat;
 - d. menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Perawat; dan
 - e. memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan Institusi Pendidikan Keperawatan.

5. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan yaitu setiap orang yang nantinya mengabdikan diri pada bidang kesehatan yang memiliki keterampilan dan/atau pengetahuan melalui pendidikan di sektor kesehatan yang guna jenis tertentu dan memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya dari kesehatan. Dalam peraturan perundang-undangan ini bertujuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan, mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, memberikan perlindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan upaya kesehatan, mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan tenaga kesehatan.

Dalam Pasal 11 ayat (1) undang-undang ini Tenaga kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. tenaga medis,
- b. tenaga psikologi klinis,
- c. tenaga keperawatan,
- d. tenaga kebidanan
- e. tenaga kefarmasian,
- f. tenaga kesehatan masyarakat,
- g. tenaga kesehatan lingkungan,
- h. tenaga gizi,
- i. tenaga keterampilan fisik,
- j. tenaga keteknisian medis,
- k. tenaga teknikbiomedika,
- l. tenaga kesehatan tradisional dan
- m. tenaga kesehatan lain.

6. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No.12 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penggunaan Tenaga Kerja Asing (TKA)

Pasal 4 Permenakertrans No. 12 Tahun 2013. Rumusannya begini: “Pemberi kerja TKA yang berbentuk persekutuan perdata, firma (Fa), persekutuan komanditer (CV), dan usaha dagang (UD) dilarang mempekerjakan TKA kecuali diatur dalam undang-undang”. Rumusan ini berarti CV, UD, atau Firma hanya boleh menggunakan TKA jika diatur dalam undang-undang. Sesuai pasal 26 Permenakertrans, ini menjadi syarat untuk mempekerjakan TKA. Syarat ini dicantumkan untuk menindaklanjuti hasil monitoring KPK terhadap lembaga negara termasuk Kemenakertrans.

Ini juga sejalan dengan spirit UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan yang mendorong kompetensi kerja. Kompetensi itu antara lain dibuktikan lewat sertifikat kompetensi. Kalau sertifikat kompetensi tak ada, maka TKA harus sudah punya pengalaman di bidang tersebut minimal lima tahun sebelum menduduki jabatan tertentu. Pemberi kerja juga harus mencermati

pasal 32 Permenakertrans TKA yang mengatur tentang besaran kompensasi penggunaan TKA. Menurut Diar besaran kompensasi senilai 100 dolar AS berlaku untuk satu jabatan dan perbulan untuk setiap TKA. Dengan begitu maka TKA yang memegang dua jabatan di perusahaan berbeda sebagaimana diatur dalam pasal 33 ayat (3) Permenakertrans maka yang harus dibayar yaitu dua kali besaran kompensasi. Misalnya, seorang TKA menjabat sebagai direksi di perusahaan A dan sebagai komisaris di perusahaan B Dengan kondisi itu maka kompensasi yang dibayar untuk seorang TKA 200 dolar AS setiap bulan.

2. Perlindungan Hukum Represif

Sedangkan perlindungan hukum represif adalah perlindungan yang bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan atau sengketa yang timbul. Perlindungan ini baru akan dilakukan pada saat pelaksanaan perjanjian berlangsung. Dengan demikian perlindungan yang diberikan lebih ditekankan pada upaya untuk mencari penyelesaian sengketa dalam rangka mempertahankan hak-hak yang dimiliki para pihak.

Sehubungan dengan penyelesaian perkara dalam Pelayanan Kesehatan Jaksa Agung RI telah mengeluarkan surat No. B006/A-3/1/1982 dan R-00/A-3/1/1982 kepada Kepala Kejaksaan Tinggi dan Kepala Kejaksaan Negeri Seluruh Indonesia yang isinya menekankan bahwa untuk keseragaman penyelesaian masalah pelanggaran yang dilakukan oleh para dokter, dokter gigi, ahli farmasi, tenaga medis, serta bidan apabila terdapat yang menyangkut profesi kedokteran, dengan tetap segera melaporkannya pada kami, tidak langsung melakukan penuntutan ke sidang pengadilan, akan tetapi terlebih dahulu melakukan penilaian yang saksama atas perbuatan tertuduh, dengan antara lain mengadakan konsultasi dengan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Setempat.

Di samping SK Jaksa Agung RI diatas terdapat Surat Keputusan Bersama (SKB) antara menteri Kesehatan RI, Menteri Kehakiman RI, dan Jaksa Agung RI tahun 1982 yang memberikan tanggung jawab pemerintah bila terjadi pelanggaran di bidang kesehatan, dengan mendahulukan pemeriksaan etiknya oleh organisasi profesi baru diteruskan kepemeriksaan hukumnya bila memang ternyata tidak saja melanggar etik tetapi juga melanggar hukum.

a. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Pasal 66 Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyatakan: Ayat (1) Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter/drg dalam menjalankan Praktik Kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua MKDKI. Ayat (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan Tindak Pidana kepada yang berwenang dan/ atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.

b. Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan

Pasal 50 Konsil Keperawatan mempunyai wewenang yaitu

1. Menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Perawat;
2. Menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Perawat, termasuk Perawat WNA;
3. Menerbitkan atau mencabut STR,
4. Memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan Institusi Pendidikan Keperawatan;
5. Menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Perawat.

c. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada public yang berkaitan dengan rahasia

kedokteran.

Pasien dan/atau keluarganya yang menuntut rumah sakit dan menginformasikan melalui mass media, dianggap telah melepaskan hak atas rahasia kedokteran kepada umum.

Pasal 45 UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 menyatakan bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.

Pasal 46 rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

d. Pasal 66 Undang-Undang No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup

Setiap orang yang memperjuangkan hak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat tidak dapat dituntut secara pidana maupun digugat secara perdata.

BAB IV

PENEGAKAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Penegakan Hukum

Penegakan hukum adalah proses dilakukannya upaya untuk tegaknya atau berfungsinya norma-norma hukum secara nyata sebagai pedoman perilaku dalam lalu lintas atau hubungan-hubungan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.

Penegakan hukum merupakan suatu usaha untuk mewujudkan ide-ide keadilan, kepastian hukum dan kemanfaatan sosial menjadi kenyataan. Jadi penegakan hukum pada hakikatnya adalah proses perwujudan ide-ide. Penegakan hukum adalah proses dilakukannya upaya tegaknya atau berfungsinya norma-norma hukum secara nyata sebagai pedoman pelaku dalam lalu lintas atau hubungan-hubungan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.

Penegakan hukum merupakan usaha untuk mewujudkan ide-ide dan konsep-konsep hukum yang diharapkan rakyat menjadi kenyataan. Penegakan hukum merupakan suatu proses yang melibatkan banyak hal.

Menurut Soerjono Soekanto, penegakan hukum adalah kegiatan menyerasikan hubungan nilai-nilai yang terjabarkan di dalam kaidah-kaidah/pandangan nilai yang mantap dan mengejawantah dan sikap tindak sebagai rangkaian penjabaran nilai tahap akhir untuk menciptakan, memelihara dan mempertahankan kedamaian pergaulan hidup. Penegakan hukum secara konkret adalah berlakunya hukum positif dalam praktik sebagaimana seharusnya patut dipatuhi. Oleh karena itu, memberikan keadilan dalam suatu perkara berarti memutuskan hukum *in concreto* dalam mempertahankan dan menjamin ditaatinya hukum materiel dengan menggunakan cara prosedural yang ditetapkan oleh hukum formal.

Menurut Satjipto Raharjo penegakan hukum pada hakikatnya merupakan penegakan ide-ide atau konsep-konsep tentang keadilan, kebenaran, kemanfaatan sosial, dan sebagainya. Jadi Penegakan hukum merupakan usaha untuk mewujudkan ide dan konsep-konsep tadi menjadi kenyataan.

Hakikatnya penegakan hukum mewujudkan nilai-nilai atau kaidah-kaidah yang memuat keadilan dan kebenaran, penegakan hukum bukan hanya menjadi tugas dari para penegak hukum yang sudah dikenal secara konvensional, tetapi menjadi tugas dari setiap orang. Meskipun demikian, dalam kaitannya dengan hukum publik pemerintahlah yang bertanggung jawab.

B. Penegak Hukum dan Kewenangan

1. Lembaga Peradilan

Lembaga Penegak Hukum dapat diartikan sebagai organisasi dari petugas-petugas yang berhubungan dengan masalah peradilan. Pengertian dari Peradilan itu sendiri adalah: **Peradilan** adalah segala sesuatu atau sebuah proses yang dijalankan di Pengadilan yang berhubungan dengan tugas memeriksa, memutus dan mengadili perkara dengan menerapkan hukum dan/ atau menemukan hukum “*in concreto*” (*hakim menerapkan*

peraturan hukum kepada hal-hal yang nyata yang dihadapkan kepadanya untuk diadili dan diputus) untuk mempertahankan dan menjamin ditaatinya hukum materiel, dengan menggunakan cara prosedural yang ditetapkan oleh hukum formal lembaga-lembaga peradilan di Indonesia dan fungsinya masing”.

Ketentuan Umum Undang-Undang Nomor 4 tahun 2004 tentang Kekuasaan Kehakiman menegaskan bahwa kekuasaan kehakiman adalah kekuasaan Negara yang merdeka untuk menyelenggarakan peradilan guna menegakkan hukum dan keadilan berdasarkan Pancasila, demi terselenggaranya Negara Hukum Republik Indonesia. Berdasarkan Pasal 1 Undang-Undang Nomor 4 tahun 2004, kekuasaan kehakiman dilakukan oleh Mahkamah Agung dan badan peradilan di bawahnya dalam lingkungan peradilan umum, lingkungan peradilan agama, lingkungan peradilan militer, lingkungan peradilan tata usaha negara, dan oleh sebuah Mahkamah Konstitusi.

Berdasarkan data tersebut, badan peradilan dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkatannya sebagai berikut.

a. Pengadilan sipil

1. Peradilan umum

Salah satu pelaksanaan kekuasaan kehakiman bagi rakyat pencari keadilan disebut peradilan umum. Pada umumnya, jika rakyat melakukan suatu pelanggaran atau kejahatan, maka menurut peraturan dapat dihukum atau dikenakan sanksi dan akan diadili dalam lingkungan peradilan umum.

Saat ini peradilan umum diatur berdasarkan UU No.2 tahun 1986 (Lembaran Negara No. 20 tahun 1986). Kekuasaan kehakiman di lingkungan peradilan umum dilaksanakan oleh pengadilan negeri, pengadilan tinggi, dan Mahkamah Agung sebagai pengadilan negara tertinggi sebagaimana diatur dalam Pasal 3 ayat (1) UU No. 2 tahun 1986.

a. Pengadilan negeri (PN)

Pengadilan tingkat pertama adalah pengadilan negeri, yaitu suatu pengadilan umum yang sehari-hari memeriksa dan memutuskan perkara dalam tingkat pertama dari segala perkara perdata dan pidana sipil untuk semua golongan penduduk (warga negara dan orang asing). Kedudukan pengadilan negeri adalah di ibu kota kabupaten/kota dan daerah hukumnya meliputi kabupaten/kota. Penempatan kejaksaan negeri pada tiap-tiap pengadilan negeri adalah sebagai alat pemerintah yang bertindak sebagai penuntut umum dalam suatu perkara pidana terhadap si pelanggar hukum.

Perkara-perkara dalam pengadilan negeri secara umum diadili oleh majelis hakim yang terdiri atas satu hakim ketua dan dua hakim anggota, dibantu oleh seorang panitera. Kecuali untuk masalah/perkara-perkara ringan yang ancaman hukumannya kurang dari satu tahun, contohnya, perkara pelanggaran lalu lintas. Untuk masalah atau perkara seperti ini, persidangannya dipimpin oleh hakim tunggal (Summier).

b. Pengadilan tinggi (PT)

Pengadilan tingkat dua atau pengadilan banding adalah pengadilan tinggi, yaitu pengadilan yang memeriksa kembali perkara yang telah diputuskan oleh pengadilan negeri. Pengadilan tinggi berkedudukan di ibu kota provinsi. Ketua pengadilan tinggi merupakan seorang kepala pada tiap-tiap pengadilan tinggi. Pengadilan tinggi biasanya hanya memeriksa atas dasar pemeriksaan berkas perkara, walaupun tidak menutup kemungkinan menggelar persidangan seperti biasa. Empat belas hari setelah

vonis pengadilan negeri merupakan tenggang waktu yang biasa dilakukan untuk mengajukan banding. Tugas dan wewenang pengadilan tinggi meliputi:

1. memimpin pengadilan-pengadilan negeri di dalam daerah hukumnya;
2. memeriksa, memutus, dan menyelesaikan perkara pidana serta perdata di tingkat banding;
3. memerintahkan agar mengirim berkas-berkas perkara dan surat surat untuk memberi penilaian tentang kecakapan dan kerajinan para hakim;
4. mengawasi perbuatan hakim pengadilan negeri di dalam daerah hukumnya;
5. memberi peringatan, teguran, dan petunjuk yang dipandang perlu kepada pengadilan negeri dalam daerah hukumnya;
6. mengadili di tingkat pertama dan terakhir serta memiliki kewenangan mengadili antar-peradilan negeri di daerah hukumnya;
7. melakukan pengawasan terhadap jalannya peradilan di dalam daerah hukumnya dan menjaga supaya peradilan itu diselenggarakan dengan cara saksama dan wajar.

Susunan anggota yang ada pada pengadilan tinggi, yaitu (1) pimpinan (ketua pengadilan dan wakil ketua), (2) hakim anggota, (3) panitera, dan (4) sekretaris.

c. Mahkamah Agung (MA)

Pengadilan umum tertinggi di Indonesia dipegang oleh Mahkamah Agung yang berkedudukan di ibu kota (Indonesia, Jakarta) atau di tempat yang ditetapkan oleh presiden. Daerah hukumnya adalah seluruh wilayah Indonesia. Melakukan pengawasan tertinggi atas segaltindakan pengadilan lain

di seluruh Indonesia dan menjamin agar hokum dilaksanakan dengan sepatutnya merupakan kewajiban utama MA. Kedudukan MA berdasarkan Pasal 24 dan 24A Perubahan UUD RI Tahun 1945 yang dituangkan dalam UU No.1 tahun 2004 tentang Kekuasaan Kehakiman, kemudian diatur lebih lanjut dalam UU No. 5 tahun 2004, mempunyai kekuasaan dan kewenangan sebagai berikut.

1. Memberikan nasihat hukum kepada presiden selaku kepala negara untuk pemberian dan penolakan grasi.
2. Memeriksa dan memutuskan permohonan kasasi dan sengketa tentang kewenangan.
3. Melaksanakan tugas dan kewenangan lain berdasarkan undang-undang.
4. Mengadili permohonan peninjauan kembali (PK) putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
5. Memberi pertimbangan dalam bidang hukum, baik diminta ataupun tidak kepada lembaga tinggi negara.
6. Menguji secara material hanya terhadap peraturan perundang undangan di bawah undang-undang.

Fungsi atau tugas Mahkamah Agung adalah

1. untuk kepentingan negara dan keadilan MA memberi peringatan, teguran, dan petunjuk yang dipandang perlu, baik dengan surat tersendiri maupun dengan surat edaran;
2. melakukan pengawasan tertinggi terhadap pelaksanaan peradilan di semua lingkungan peradilan dalam menjalankan kekuasaan kehakiman;

3. mengawasi dengan cermat semua perbuatan para hakim di semua lingkungan peradilan;
4. mengawasi tingkah laku dan perbuatan para hakim di semua lingkungan peradilan dalam menjalankan tugasnya.

Di samping itu, Mahkamah Agung memiliki tugas dan kewenangan lain di luar lingkungan peradilan yang meliputi:

1. memutuskan dalam tingkat pertama dan terakhir semua sengketa yang timbul karena perampasan kapal asing dan muatannya oleh kapal perang Republik Indonesia berdasarkan peraturan yang berlaku;
2. menyatakan tidak sah semua peraturan perundang-undangan di tingkat yang lebih rendah daripada undang-undang atas alasan bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi;
3. memberikan pertimbangan-pertimbangan dalam bidang hukum, baik diminta maupun tidak, kepada lembaga tinggi negara yang lain;
4. memberikan nasihat hukum kepada presiden selaku kepala negara dalam rangka pemberian atau penolakan grasi;
5. bersama pemerintah melakukan pengawasan atas penasihat hukum dan notaris
6. Susunan organisasi MA terdiri atas pimpinan, hakim anggota, panitera, dan seorang sekretaris. Pimpinan MA terdiri atas seorang ketua, dua orang wakil ketua, dan beberapa orang ketua muda yang masing masing memimpin satu bidang khusus. Para hakim yang bekerja dalam lingkup MA disebut hakim agung. Jumlah hakim agung paling banyak 60 orang.

Ketua dan wakil ketua MA dipilih oleh para hakim agung berdasarkan nama-nama calon yang diajukan oleh DPR dan Komisi Yudisial, dan diangkat oleh presiden.

2. Peradilan Khusus

a. Pengadilan agama

Pengadilan agama yang dimaksud adalah pengadilan agama Islam. Tugasnya memeriksa dan memutus perkara-perkara yang timbul antara orang-orang yang beragama Islam mengenai bidang hukum perdata tertentu yang diputus berdasar syariat Islam. Contohnya adalah perkara perkara yang berkaitan dengan nikah, rujuk, talak (perceraian), nafkah, dan waris.

Keputusan pengadilan agama dalam hal yang dianggap perlu dapat dinyatakan berlaku oleh pengadilan negeri. UU No. 7 tahun 1989 yang mengatur tentang pengadilan agama menyatakan bahwa lingkup pengadilan agama terdiri atas: (1) pengadilan tinggi agama sebagai badan peradilan tingkat banding, bertempat kedudukan sama dengan daerah pengadilan tinggi; (2) pengadilan agama sebagai badan peradilan tingkat pertama, bertempat kedudukan sama dengan pengadilan negeri.

b. Pengadilan Tata Usaha Negara (PTUN)

Di Indonesia, kehadiran pengadilan tata usaha negara tergolong masih sangat baru. Keberadaannya didasarkan pada UU No. 9 tahun 2004 sebagai pengganti UU Nomor 5 tahun 1986 tentang Pengadilan Tata Usaha Negara dan Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 1991 Sengketa tata usaha negara menurut Pasal 5 UU No. 4/1986 adalah sengketa yang timbul dalam bidang tata usaha negara akibat

dikeluarkannya keputusan tata usaha negara. Sementara itu, keputusan tertulis yang dikeluarkan oleh badan tata usaha negara adalah keputusan tata usaha negara. Keputusan itu berisi tindakan hukum badan tata usaha negara berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pengadilan Tata Usaha Negara berwenang memeriksa dan memutus semua sengketa tata usaha negara dalam tingkat pertama. Sengketa yang timbul dalam bidang tata usaha negara sebagai akibat dikeluarkannya keputusan tata usaha negara adalah sengketa dalam tata usaha negara. Keputusan tata usaha negara adalah suatu ketetapan tertulis yang dikeluarkan oleh badan tata usaha negara yang berisi tindakan hukum badan tata usaha negara berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang menerbitkan akibat hukum bagi seseorang atau badan hukum. Masalah-masalah yang menjadi jangkauan pengadilan tata usaha negara meliputi:

1. bidang HAM, yaitu gugatan atau permohonan yang berkaitan dengan pencabutan hak milik seseorang, penangkapan, dan penahanan yang tidak sesuai dengan prosedur hukum (sebagaimana diatur dalam KUHAP) mengenai praperadilan;
2. bidang *function publique*, yaitu gugatan atau permohonan yang berhubungan dengan status atau kedudukan seseorang, misalnya, bidang kepegawaian, pemecatan, dan pemberhentian hubungan kerja;
3. bidang sosial, yaitu gugatan/permohonan terhadap keputusan administrasi tentang penolakan permohonan atau permohonan

suatu izin;

4. bidang ekonomi, yaitu gugatan atau permohonan yang berkaitan dengan perpajakan, merek, agraria, dan sebagainya.

Berdasarkan Pasal 6 UU No. 9 tahun 2004, pengadilan tata usaha negara dilaksanakan oleh badan pengadilan berikut.

- a. Pengadilan tata usaha negara berpuncak pada Mahkamah Agung.
- b. Pengadilan tata usaha negara berkedudukan di ibu kota provinsi dan daerah hukumnya yang meliputi wilayah provinsi.
- c. Pengadilan tata usaha negara berkedudukan di ibu kota kabupaten/kota dan daerah hukum yang meliputi wilayah kabupaten/kota. Presiden atas usul Ketua MA dapat mengangkat dan memberhentikan hakim pengadilan tata usaha negara. Ketua MA mengangkat dan memberhentikan ketua dan wakil ketua pengadilan tata usaha negara.

3. Peradilan Hak Asasi Manusia (HAM)

Berdasarkan UU No. 26 tahun 2000, dibentuk badan peradilan khusus untuk mengadili perkara pelanggaran HAM berat yang meliputi kejahatan genosida dan kejahatan terhadap kemanusiaan. Wilayah hukum pengadilan HAM sesuai Pasal 45 ayat (2) UU No. 26 tahun 2000 sebagai berikut.

1. Makassar, meliputi provinsi Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Utara, Maluku Utara, dan Irian Jaya.
2. Jakarta, meliputi wilayah Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Provinsi Jawa Barat, Banten, Sumatra Selatan, Lampung, Bengkulu, Kalimantan Barat, dan Kalimantan Tengah.

3. Medan, meliputi Provinsi Sumatra Utara, Nangroe Aceh Darussalam, Riau, Jambi, dan Sumatra Barat.
4. Surabaya, meliputi Provinsi Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur.

Jumlah hakim dalam sidang pengadilan HAM biasanya tiga orang, sedangkan dalam pemeriksaan perkara pelanggaran HAM berjumlah lima orang, terdiri dari tiga orang hakim *ad hoc* dan dua orang hakim pada pengadilan HAM yang bersangkutan, baik pada tingkat pengadilan negeri, pengadilan banding, maupun MA. Atas usul ketua MA, presiden selaku kepala negara dapat mengangkat dan memberhentikan hakim *ad hoc*. Pengadilan HAM memutuskan dan memeriksa perkara pelanggaran HAM berat dalam waktu paling lama 180 hari terhitung sejak perkara dilimpahkan ke pengadilan HAM.

4. Peradilan Tipikor (Tindak Pidana Korupsi)

Pengadilan tindak pidana korupsi (Tipikor) dibentuk berdasarkan amanat Pasal 53 UU No. 30 tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (KPK) dan ditetapkan dalam Keputusan Presiden No. 59 tahun 2004.

Hakim *ad hoc* untuk pengadilan Tipikor ditetapkan dalam Keppres No. III/M/2004 sebanyak Sembilan orang, meliputi tiga tingkatan, yaitu -hakim tingkat pertama, hakim tingkat banding, dan hakim tingkat kasasi. Adapun jumlah hakim pengadilan tindak pidana korupsi dalam proses pemeriksaan berkas perkara di pengadilan sebanyak lima orang, yaitu terdiri atas dua orang hakim pada pengadilan tindak pidana korupsi yang bersangkutan dan tiga orang hakim *ad hoc*, baik

pada tingkat pengadilan banding, pengadilan negeri, maupun MA.

5. Mahkamah Konstitusi (MK)

Mahkamah Konstitusi adalah lembaga kekuasaan kehakiman yang baru dalam sistem ketatanegaraan Indonesia. Dari negara-negara di dunia, Indonesia menempati urutan ke-78 yang mempunyai lembaga sejenis. Kedudukan MK diatur dalam Pasal 24C Amandemen UUD 1945 dan lebih lanjut diatur dengan UU No. 24 tahun 2004. Hakim MK terdiri atas sembilan orang yang terdiri dari ketua, wakil ketua, dan anggota. Sesuai Undang-Undang Dasar 1945 yang selanjutnya disahkan menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2003, kewajiban dan wewenang MK sebagai berikut.

1. Kewajiban MK adalah memberikan putusan atas pendapat Dewan Perwakilan Rakyat mengenai dugaan pelanggaran hukum berupa pengkhianatan terhadap negara, korupsi, penyuapan, tindak pidana berat lainnya, atau perbuatan tercela yang dilakukan oleh presiden dan atau wakil presiden.
2. Wewenang MK adalah mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, memutus sengketa kewenangan lembaga negara yang kewenangannya diberikan oleh Undang-Undang Dasar 1945, memutus pembubaran partai politik, dan memutus perselisihan tentang hasil pemilihan umum.
3. Ketua Mahkamah Konstitusi dipilih dari dan oleh hakim konstitusi untuk masa jabatan tiga tahun. Mahkamah Konstitusi beranggotakan Sembilan hakim konstitusi yang ditetapkan oleh presiden. Hakim konstitusi diajukan masing masing tiga

orang oleh Mahkamah Agung, tiga orang oleh Dewan Perwakilan Rakyat, dan tiga orang oleh presiden. Masa jabatan hakim konstitusi adalah lima tahun dan dapat dipilih kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

b. Pengadilan militer

Pengadilan yang mengadili anggota-anggota TNI, meliputi angkatan darat, angkatan laut, dan angkatan udara disebut pengadilan militer.

Berdasarkan Undang-Undang No. 31 tahun 1987 tentang Pengadilan Militer, dinyatakan bahwa lingkup pengadilan militer meliputi:

1. pengadilan militer pertempuran;
2. pengadilan militer tingkat pertama yang mengadili kejahatan dan pelanggaran yang dilakukan oleh TNI yang berpangkat kapten ke bawah disebut pengadilan militer;
3. pengadilan militer utama;
4. pengadilan militer tinggi, sebagai berikut
 - a. pengadilan tingkat pertama yang mengadili kejahatan dan pelanggaran yang dilakukan oleh TNI yang berpangkat mayor ke atas,
 - b. pengadilan untuk memeriksa dan memutus pada tingkat banding perkara pidana yang telah diputus oleh pengadilan militer dalam daerah hukumnya yang dimintakan banding.
 - c. Pengadilan militer sekarang berpuncak pada Mahkamah Agung mengingat bahwa pengadilan tertinggi di Indonesia adalah Mahkamah Agung.

Di samping pengadilan tentara, terdapat juga kejaksaan tentara yang mempunyai daerah kekuasaan sama dengan daerah kekuasaan pengadilan militer yang bersangkutan.

2. Penegak Hukum

Walaupun definisi Lembaga Penegak Hukum tidak diatur dalam peraturan perundang-undangan, akan tetapi, istilah “penegak hukum” dapat kita temui dalam **Pasal 5 ayat (1)** UU No. 18 Tahun 2003 tentang Advokat dan penjelasannya yang berbunyi: *“Advokat berstatus sebagai penegak hukum, bebas dan mandiri yang dijamin oleh hukum dan peraturan perundang-undangan.”* Dalam penjelasan Pasal 5 ayat (1): *“Yang dimaksud dengan “Advokat berstatus sebagai penegak hukum” adalah Advokat sebagai salah satu perangkat dalam proses peradilan yang mempunyai kedudukan setara dengan penegak hukum lainnya dalam menegakkan hukum dan keadilan.”*

Selain frasa “penegak hukum” seperti dalam UU Advokat, terdapat pula istilah lain yang masih memiliki hubungan dengan istilah “penegak hukum” yang dapat ditemui dalam peraturan yang terpisah antara lain:

- a. Pasal 2 UU No. 2 Tahun 2002 tentang Kepolisian Negara Republik Indonesia:
“Fungsi kepolisian adalah salah satu fungsi pemerintahan negara di bidang pemeliharaan keamanan dan ketertiban masyarakat, penegakan hukum, perlindungan, pengayoman, dan pelayanan kepada masyarakat.”
- b. Pasal 101 ayat (6) UU No. 8 Tahun 1995 tentang Pasar Modal dan penjelasannya: Dalam rangka pelaksanaan kewenangan penyidikan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Bapepam (Badan Pengawas Pasar Modal) dapat meminta bantuan aparat penegak hukum lain. Dalam penjelasannya disebutkan: Yang dimaksud dengan “aparat penegak hukum lain” dalam ayat ini antara lain aparat penegak hukum dari Kepolisian Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Imigrasi, Departemen Kehakiman, dan Kejaksaan Agung.
- c. Pasal 49 ayat (2) huruf i UU No. 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan dan penjelasannya: Penyidik

Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Otoritas Jasa Keuangan berwenang meminta bantuan aparat penegak hukum lain. Dalam penjelasannya: Yang dimaksud dengan “penegak hukum lain” antara lain kejaksaan, kepolisian, dan pengadilan.

- d. Pasal 2 UU No. 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah dengan UU No. 8 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas UU No. 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi:

“Mahkamah Konstitusi merupakan salah satu lembaga negara yang melakukan kekuasaan kehakiman yang merdeka untuk menyelenggarakan peradilan guna menegakkan hukum dan keadilan.”

- e. Pasal 1 angka 8 PP No. 6 Tahun 2010 tentang Satuan Polisi Pamong Praja:

“Satuan Polisi Pamong Praja, yang selanjutnya disingkat Satpol PP, adalah bagian perangkat daerah dalam peneraksanaan Perda dan penyelenggaraan ketertiban umum dan ketenteraman masyarakat.”

Mengutip pemberitaan hukum online dalam artikel DPR Setujui Perubahan Anggaran Penegak Hukum, disebutkan contoh lembaga penegak hukum antara lain Advokat, Kepolisian, Kejaksaan, KPK, Mahkamah Agung, dan Komisi Yudisial.

Sebenarnya lembaga penegak hukum tidak hanya terbatas pada lembaga-lembaga yang telah disebutkan sebelumnya (Kepolisian, KPK, Mahkamah Agung, Komisi Yudisial, Otoritas Jasa Keuangan, Badan Pengawas Pasar Modal, Direktorat Jenderal Imigrasi, Kejaksaan, serta Satpol PP). Lembaga-lembaga tersebut dapat dikatakan sebagai penegak hukum bukan hanya karena memiliki kewenangan terkait proses Peradilan, tetapi juga karena memiliki kewenangan menangkap, memeriksa, mengawasi, atau menjalankan perintah undang-undang di bidangnya masing-masing.

Dalam artian luas, masih ada beberapa lembaga lain yang memiliki kewenangan untuk mengatur, mengawasi dan melaksanakan perintah peraturan, antara lain:

- a. Kementerian Keuangan melalui Direktorat Jenderal Bea dan Cukai (lihat Pasal 74 sampai Pasal 92 UU No.10 Tahun 1995 tentang Kepabeanan sebagaimana telah diubah dengan UU No. 17 Tahun 2006 tentang Perubahan Atas UU No. 10 Tahun 1995 tentang Kepabeanan lihat pula Pasal 33 sampai Pasal 40 UU No. 11 Tahun 1995 tentang Cukai sebagaimana telah diubah dengan UU No.39 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas UU No. 11 Tahun 1995 tentang Cukai).
- b. Komisi Pengawas Persaingan Usaha (lihat Pasal 35 sampai Pasal 47 UU No. 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktik Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat).
- c. Badan Pertanahan Nasional (lihat Pasal 3 Peraturan Kepala BPN No. 3 Tahun 2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Pertanahan Nasional Republik Indonesia).

Jadi, walaupun di dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia tidak disebutkan definisi dari Lembaga Penegak Hukum maupun Penegak Hukum, tetapi dalam peraturan perundang-undangan yang telah disebutkan sebelumnya, terdapat beberapa aparat dan lembaga yang dapat dikategorikan sebagai Lembaga Penegak Hukum.

Mengenai lembaga penegak hukum harus diatur melalui Undang-undang, dalam **Pasal 10 UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan** (“UU 12/2011”), materi muatan yang harus diatur dengan undang-undang berisi:

- a. pengaturan lebih lanjut mengenai ketentuan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. perintah suatu Undang-Undang untuk diatur dengan Undang-Undang;

- c. pengesahan perjanjian internasional tertentu;
- d. tindak lanjut atas putusan Mahkamah Konstitusi; dan/ atau
- e. pemenuhan kebutuhan hukum dalam masyarakat

Keharusan suatu lembaga penegak hukum harus diatur dengan UU memang tidak secara jelas disebutkan. Namun, dari alasan-alasan yang disebutkan dalam **Pasal 10 UU 12/2011**, alasan “pemenuhan kebutuhan hukum dalam masyarakat” dapat saja menjadi dasar dibentuknya suatu Lembaga Penegak Hukum.

Dasar hukum:

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1995 tentang Pasar Modal;
2. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1995 tentang Kepabeanan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2006 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1995 tentang Kepabeanan;
3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai;
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktik Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat;
5. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2002 tentang Kepolisian Negara republik Indonesia;
6. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2003 tentang Advokat;
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan;
8. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 2010 tentang Satuan Polisi Pamong Praja;

10. Peraturan Kepala Badan Pertanahan Nasional Nomor 3 Tahun 2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Pertanahan Nasional Republik Indonesia.

3. Klasifikasi Penegakan Hukum

Penegakan hukum dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Ditinjau dari sudut subyeknya
Dalam arti luas, proses penegakan hukum melibatkan semua subjek hukum dalam setiap hubungan hukum. Siapa saja yang menjalankan aturan normatif atau melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu dengan mendasarkan diri pada norma aturan hukum yang berlaku, berarti dia menjalankan atau menegakkan aturan hukum. Dalam arti sempit, penegakan hukum hanya diartikan sebagai upaya aparaturnya penegakan hukum tertentu untuk menjamin dan memastikan bahwa suatu aturan hukum berjalan sebagaimana seharusnya.
- b. Ditinjau dari sudut objeknya
Dalam arti luas, penegakan hukum dari segi hukum itu sendiri yang mencakup pada nilai-nilai keadilan yang di dalamnya terkandung bunyi aturan formal maupun nilai-nilai keadilan yang ada dalam bermasyarakat. Dalam arti sempit, penegakan hukum itu hanya menyangkut penegakkan peraturan yang formal dan tertulis.

Joseph Goldstein membedakan penegakan hukum pidana menjadi 3 bagian yaitu:

1. *Tota lenforcement*, yakni ruang lingkup penegakan hukum pidana sebagaimana yang dirumuskan oleh hukum pidana substantif (*substantivelawofcrime*). Penegakan hukum pidana secara total ini tidak mungkin dilakukan sebab para penegak hukum dibatasi secara ketat oleh hukum acara pidana yang antara lain mencakup aturan aturan penangkapan, penahanan, penggeledahan, penyitaan dan pemeriksaan pendahuluan. Di samping itu, mungkin terjadi

hukum pidana substantif sendiri memberikan batasan-batasan. Misalnya dibutuhkan aduan terlebih dahulu sebagai syarat penuntutan pada delik-delik aduan (*klacht delicten*). Ruang lingkup yang dibatasi ini disebut sebagai *area of no enforcement*.

2. *Full enforcement*, setelah ruang lingkup penegakan hukum pidana yang bersifat total tersebut dikurangi *area of no enforcement* dalam penegakan hukum ini para penegak hukum diharapkan penegakan hukum secara maksimal.
3. *Actual enforcement*, menurut Joseph Goldstein *full enforcement* ini dianggap *not a realistic expectation*, sebab adanya keterbatasan keterbatasan dalam bentuk waktu, personil, alat-alat investigasi, dana dan sebagainya, yang kesemuanya mengakibatkan keharusan dilakukannya *discretion* dan sisanya inilah yang disebut dengan *actual enforcement*.

Sebagai suatu proses yang bersifat sistemik, maka penegakan hukum pidana menampakkan diri sebagai penerapan hukum pidana (*criminallaw application*) yang melibatkan pelbagai sub sistem struktural berupa aparat kepolisian, kejaksaan, pengadilan dan masyarakat. Termasuk didalamnya tentu saja lembaga penasihat hukum. Dalam hal ini penerapan hukum haruslah dipandang dari 3 dimensi:

- a. Penerapan hukum dipandang sebagai system normative (*normative system*) yaitu penerapan keseluruhan aturan hukum yang menggambarkan nilai-nilai sosial yang didukung oleh sanksi pidana.
- b. Penerapan hukum dipandang sebagai sistem administratif (*administrative system*) yang mencakup interaksi antara pelbagai aparat penegak hukum yang merupakan sub sistem peradilan di atas.
- c. Penerapan hukum pidana merupakan sistem sosial (*social system*), dalam arti bahwa dalam mendefinisikan tindak pidana harus pula diperhitungkan pelbagai perspektif pemikiran yang ada dalam lapisan masyarakat.

4. Faktor Memengaruhi Penegakan Hukum

Faktor yang memengaruhi penegakan hukum menurut Soerjono Soekanto adalah:

a. Faktor Hukum

Praktik penyelenggaraan hukum di lapangan adakalanya terjadi pertentangan antara kepastian hukum dan keadilan, hal ini disebabkan oleh konsepsi keadilan merupakan suatu rumusan yang bersifat abstrak, sedangkan kepastian hukum merupakan suatu prosedur yang telah ditentukan secara normatif. Justru itu, suatu kebijakan atau tindakan yang tidak sepenuhnya berdasar hukum merupakan sesuatu yang dapat di benarkan sepanjang kebijakan atau tindakan itu tidak bertentangan dengan hukum. Maka pada hakikatnya penyelenggaraan hukum bukan hanya mencakup *law enforcement*, namun juga *peace maintenance*, karena penyelenggaraan hukum sesungguhnya merupakan proses penyerasian antara nilai kaidah dan pola perilaku nyata yang bertujuan untuk mencapai kedamaian.

b. Faktor Penegak Hukum

Fungsi hukum, mentalitas atau kepribadian petugas penegak hukum memainkan peranan penting, kalau peraturan sudah baik, tetapi kualitas petugas kurang baik, ada masalah. Karena itu, salah satu kunci keberhasilan dalam penegakan hukum adalah mentalitas atau kepribadian penegak hukum.

c. Faktor Sarana atau Fasilitas Pendukung

Faktor sarana atau fasilitas pendukung mencakup perangkat lunak dan perangkat keras, salah satu contoh perangkat lunak adalah pendidikan. Pendidikan yang diterima oleh Polisi dewasa ini cenderung pada hal-hal yang praktis konvensional, sehingga dalam banyak hal polisi mengalami hambatan didalam tujuannya, diantaranya adalah pengetahuan tentang kejahatan computer, dalam tindak pidana

khusus yang selama ini masih diberikan wewenang kepada jaksa, hal tersebut karena secara teknis yuridis polisi dianggap belum mampu dan belum siap. Walaupun disadari pula bahwa tugas yang harus diemban oleh polisi begitu luas dan banyak.

d. Faktor Masyarakat

Penegak hukum berasal dari masyarakat dan bertujuan untuk mencapai kedamaian di dalam masyarakat. Setiap warga masyarakat atau kelompok sedikit banyaknya mempunyai kesadaran hukum, persoalan yang timbul adalah taraf kepatuhan hukum, yaitu kepatuhan hukum yang tinggi, sedang, atau kurang. Adanya derajat kepatuhan hukum masyarakat terhadap hukum, merupakan salah satu indikator berfungsinya hukum yang bersangkutan.

e. Faktor Kebudayaan

Berdasarkan konsep kebudayaan sehari-hari, orang begitu sering membicarakan soal kebudayaan. Kebudayaan menurut Soerjono Soekanto, mempunyai fungsi yang sangat besar bagi manusia dan masyarakat, yaitu mengatur agar manusia dapat mengerti bagaimana seharusnya bertindak, berbuat, dan menentukan sikapnya kalau mereka berhubungan dengan orang lain. Dengan demikian, kebudayaan adalah suatu garis pokok tentang perikelakuan yang menetapkan peraturan mengenai apa yang harus dilakukan, dan apa yang dilarang.

BAB V

FRAUD DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Fraud atau kecurangan/Pelayanan Kesehatan adalah kesengajaan melakukan kesalahan atau memberikan keterangan yang salah (misrepresentasi) oleh seseorang atau entitas yang mengetahui hal itu dan dapat menghasilkan sejumlah manfaat yang tidak legal kepada individu, entitas atau pihak lain dari definisi operasional yang dikembangkan oleh Dewan Gubernur National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA). Bentuk dari fraud adalah pernyataan yang salah, keterangan yang salah atau dengan sengaja menghilangkan fakta.

Kasus fraud yang diproses apabila sudah menyangkut sejumlah uang yang cukup besar. Beban berat ini menjadi tanggung jawab perusahaan asuransi untuk mendeteksi, investigasi dan aktif melobi untuk proses fraud atau penegakan hukum terhadap tindakan fraud atau kecurangan pelayanan kesehatan.

Istilah kriminal kerah putih memang kerap kita dengar, label yang sering “disematkan” bagi pelaku tindak kriminal yang biasanya bekerja di sektor formal. Istilah tersebut dipergunakan

pula bagi pelaku tindak kecurangan (*fraud*) dalam pelayanan kesehatan, khususnya bagi tenaga kesehatan yang tentu saja dengan sengaja melakukan tindakan tersebut.

Meskipun *fraud* dapat terjadi dengan kesengajaan, namun faktor kurangnya pemahaman serta batasan-batasan yang tidak boleh dilakukan oleh pihak-pihak yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan juga dapat menimbulkan terjadinya *fraud*. Untuk itu, perlu terus disebarluaskan informasi-informasi terkait apa yang termasuk dalam *fraud* serta berbagai dampak maupun konsekuensi yang dapat ditimbulkannya. Dengan demikian, setidaknya dapat dilakukan pencegahan atau setidaknya meminimalkan terjadinya *fraud* beserta dampak yang dapat ditimbulkan.

B. Definisi Fraud

Menurut Merriam dalam Webster Online Dictionary *Fraud* adalah sebuah tindakan kriminal menggunakan metode-metode yang tidak jujur untuk mengambil keuntungan dari orang lain. *Fraud* adalah kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain. Upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi.

Segala bentuk kecurangan dan ketidak wajaran yang dilakukan oleh para klinisi (dokter dan perawat) untuk memperoleh keuntungan sendiri yang (jauh) melampaui keuntungan yang diperoleh dari praktik normal. Kemungkinan terjadi lebih besar pada pelayanan di tingkat primer di mana umumnya klinisi sendiri yang langsung mengendalikan pelayanan yang diberikan

Fraud secara khusus dalam era Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS adalah suatu tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk mencurangi atau mendapat manfaat dari program layanan kesehatan dengan cara yang tidak sepatasnya sehingga merugikan negara sebagai

penyelenggara dan penyandang dana sistem JKN. Fraud bisa terjat dan dilakukan di berbagai bidang seperti perbankan, pajak juga dalam bidang pelayanan kesehatan.

Dalam pelayanan kesehatan juga dikenal yang disebut sebagai abuse yaitu bentuk lain yang dapat merugikan dalam pelayanan kesehatan. Namun istilah ini lebih banyak digunakan dalam asuransi kesehatan yang diartikan sebagai kegiatan atau tindakan yang merugikan dalam pelayanan kesehatan tetapi tidak termasuk dalam kategori fraud. Abuse dapat berupa mal-praktik atau overutilization.

Beberapa penyimpangan hal di bawah ini termasuk dalam kategori 'Fraud' dalam pelayanan kesehatan adalah

1. *Upcoding* berarti berusaha membuat kode diagnosis dan tindakan dari pelayanan yang ada lebih tinggi atau lebih kompleks dari yang sebenarnya dikerjakan di institusi pelayanan kesehatan atau sebaliknya. Contoh: Pasien dengan DM tipe 2 dengan komplikasi neuropati, di coding dengan DM tipe 2 dengan berbagai komplikasi.
2. *Phantom Billing* berarti bagian penagihan dari institusi RS membuat suatu tagihan ke pihak penyelenggara JKN dari suatu tagihan yang tidak ada pelayanannya.
3. *Inflated Bills* adalah suatu tindakan membuat tagihan dari suatu pelayanan di RS menjadi lebih tinggi dari yang seharusnya.
4. *Service unbundling or fragmentation* adalah suatu tindakan yang sengaja melakukan pelayanan tidak langsung secara keseluruhan tetapi dibuat beberapa kali pelayanan. Contoh: Pasien dengan patah tulang femur dan memerlukan pemasangan tiga buah 'pen', tetapi insitusi pelayanan kesehatan melakukan pemasangan dua pen pada rawat inap pertama dan pen yang lain dipasang kemudian pada periode perawatan berikutnya.
5. *Standart of Care* berarti suatu tindakan yang berusaha untuk memberikan pelayanan dengan menyesuaikan

dari tarif INA CBG yang ada, sehingga dikhawatirkan cenderung menurunkan kualitas dan standar pelayanan yang diberikan. Contoh: Pasien rawat jalan memerlukan pemeriksaan penunjang namun karena tarif rawat jalannya tidak mencukupi maka tidak dilakukan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

6. *Cancelled Service* adalah melakukan pembatalan pelayanan yang rencananya diberikan dan tetap ditagihkan pada sistem. Contoh: Pasien yang direncanakan untuk dilakukan operasi kemudian karena beberapa hal tidak jadi dilakukan namun tindakan operasi tersebut tetap ditagihkan .
7. *No Medical Value* adalah melakukan suatu layanan kesehatan yang tidak memberikan manfaat untuk pemeriksaan dan penatalaksanaan pasien. Contoh: Pasien dilakukan pemeriksaan penunjang yang tidak diperlukan.
8. *Unnecessary Treatment*, melakukan suatu pengobatan atau pemberian layanan kesehatan yang tidak dibutuhkan dan tidak diperlukan oleh pasien. Contoh: Pasien dilakukan operasi appendectomy padahal tidak memerlukan operasi tersebut.
9. *Length of Stay*, melakukan perpanjangan masa rawat inap di institusi pelayanan kesehatan untuk mencapai tarif penggantian yang lebih tinggi. Contoh: Pasien di ICU yang memerlukan ventilator kurang dari 36 jam tetapi masa rawat inapnya dibuat lebih lama lebih dari 72 jam agar mendapatkan tarif yang lebih tinggi.
10. *Keystroke mistake* adalah kesalahan yang dilakukan dengan sengaja dalam penginputan penagihan pasien dalam sistem tarif untuk mencapai penggantian tarif yang lebih tinggi. Contoh: Pasien rawat jalan diinput dengan rawat inap agar mendapatkan penggantian yang lebih tinggi.

Berbagai bentuk Fraud yang mungkin terjadi di atas dikhawatirkan akan menimbulkan kerugian pemerintah dan negara yang cukup besar. Bila dibandingkan dengan data di Amerika

Serikat kerugian yang ditimbulkan mencapai 3-10% dari dana jaminan kesehatan. Dengan mengetahui hal di atas diharapkan kita dapat menghindari praktik-praktik fraud dan dengan demikian kita tidak ikut terlibat membuat negara yang kita cintai ini merugi.

Ada tiga hal yang menyebabkan orang melakukan fraud, yaitu:

1. adanya kesempatan di mana institusi keuangan mengalami penurunan yang berdampak pada kontrol internal
2. adanya motivasi, misalnya takut bangkrut, faktor penurunan ekonomi maupun kompetisi yang semakin ketat
3. adanya justifikasi di mana orang akan menciptakan rasionalisasi untuk membenarkan tindakan salah mereka.

Berdasarkan pengalaman di Amerika Serikat, jenis fraud yang paling sering dilakukan oleh provider adalah memalsukan diagnosis dan tanggal pelayanan yang mencapai 43 % dari kasus. Di samping itu fraud yang dilakukan untuk meningkatkan tagihan klaim dengan membuat tagihan terhadap pelayanan yang tidak diberikan mencapai 34 %.

Pada prinsipnya bisnis asuransi adalah bisnis yang berbasiskan kepercayaan. Adapun kepercayaan tersebut adalah antara peserta asuransi atau konsumen terhadap dokter atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (provider) sehingga sering kali hubungan antara pasien dan dokter menjadi hubungan asimetri karena pasien sangat pasrah terhadap dokter atau PPK yang menentukan semua jenis tindakan yang akan diberikan kepada peserta. Kepercayaan antara peserta terhadap perusahaan asuransi bahwa manfaat yang sudah diperjanjikan akan benar-benar diperoleh peserta asuransi. Hal ini sering kali juga menimbulkan ketidakseimbangan karena perusahaan asuransi yang menentukan semua ketentuan yang harus diikuti oleh peserta. Kepercayaan juga antara perusahaan asuransi

terhadap Pemberi Pelayanan Kesehatan dengan harapan bahwa pelayanan yang diberikan dapat memuaskan peserta sehingga akan memberi dampak positif baik terhadap Pemberi Pelayanan Kesehatan maupun perusahaan asuransi. Dengan dasar ini maka sebenarnya persoalan fraud dapat diatasi apabila kepercayaan ini tetap terjaga antar ketiga pihak tersebut.

Karena fraud ini merupakan suatu kegiatan atau tindakan yang dapat memberi dampak yang sangat besar dalam pembiayaan pelayanan kesehatan maka perlu dilakukan upaya-upaya untuk mencegah terjadinya fraud. Berdasarkan pengalaman berbagai negara maju, fraud dapat dicegah antara lain melalui peran semua pihak terkait Pemerintah:

1. Menetapkan ketentuan hukum atau undang-undang tentang fraud yang mencantumkan tentang hukuman yang dapat dikenakan kepada yang melakukan fraud tersebut.
2. Di samping itu, Pemerintah perlu menetapkan standar pelayanan, standar terapi, standar obat dan alat kesehatan yang dapat menjadi acuan dalam semua tindakan pelayanan kesehatan. Dengan demikian maka adanya fraud dapat ditelusuri berdasarkan ketentuan yang sudah ditetapkan.

C. Bentuk Fraud Dalam Pelayanan Kesehatan

Fraud dalam pelayanan kesehatan disebut sebagai suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain. Menurut National Health Care Anti-Fraud Association's (NHCAA) menyatakan bahwa *"Health care fraud is an intentional deception or misrepresentation that the individual or entity makes knowing that the misrepresentation could result in some unauthorized benefit to the individual, or the entity or to some other party."* Fraud dalam pelayanan kesehatan dilakukan

terhadap hal-hal atau keadaan dan situasi yang berhubungan dengan proses pelayanan kesehatan, cakupan atau manfaat pelayanan kesehatan dan pembiayaannya.

Segala bentuk kecurangan dan ketidakwajaran yang dilakukan berbagai pihak dalam mata rantai pelayanan kesehatan untuk memperoleh keuntungan sendiri yang melampaui keuntungan yang diperoleh dari praktik normal.

Fraud dari Pemberi Pelayanan Kesehatan (provider) dapat dilakukan baik oleh individu dalam institusi tersebut misalnya dokter, perawat, dan lain-lain, maupun secara institusi yang secara sengaja melakukan fraud. Bentuk fraud oleh individu dilakukan secara sengaja untuk meningkatkan insentif bagi yang bersangkutan. Sementara, fraud yang dilakukan oleh institusi memang dilakukan untuk meningkatkan tagihan klaim yang berarti meningkatkan pendapatan institusi tersebut.

Bentuk fraud yang biasa dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan antara lain:

1. Pengajuan klaim dengan mencantumkan pelayanan atau tindakan yang tidak diberikan, misalnya pemeriksaan laboratorium yang dilakukan terhadap 2 jenis pemeriksaan tetapi diajukan sebagai 3 jenis pemeriksaan atau lebih.
2. Melakukan manipulasi terhadap diagnosis dengan menaikkan tingkatan jenis tindakan misalnya *appendectomy* ditagihkan sebagai *appendectomy* dengan komplikasi yang memerlukan operasi besar sehingga menagihkan dengan tarif lebih tinggi.
3. Memalsukan tanggal dan lama hari perawatan. Hal ini biasanya terjadi dengan menambahkan jumlah hari rawat dengan cara menambahkan tanggal perawatan padahal pasien sudah pulang ke rumah.
4. Melakukan penagihan klaim dengan tarif yang lebih besar dari yang seharusnya, misalnya tagihan alat kesehatan yang lebih besar dari harga reguler.

5. Melakukan klaim obat dengan nama dagang padahal yang diberikan adalah obat dengan nama generik.

Berdasarkan Health Insurance Association of America (HIAA), fraud dalam pelayanan kesehatan atau asuransi kesehatan dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Fraud oleh peserta asuransi kesehatan sebagai konsumen
2. Fraud oleh pemberi pelayanan kesehatan (provider)
3. Fraud oleh perusahaan asuransi

Dengan demikian, maka fraud dapat dilakukan oleh para pihak yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan sehingga perlu ditelusuri dari pihak mana saja yang telah melakukan fraud tersebut. Fraud yang biasa dilakukan oleh konsumen atau peserta asuransi kesehatan antara lain:

1. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam pengajuan klaim
2. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas untuk memperoleh pelayanan kesehatan atau pada waktu mengajukan klaim.

Fraud oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (provider) dapat dilakukan baik oleh individu dalam institusi tersebut misalnya dokter, perawat, dan lain-lain, maupun secara institusi yang secara sengaja melakukan fraud. Bentuk fraud oleh individu dilakukan secara sengaja untuk meningkatkan insentif bagi yang bersangkutan. Sementara fraud yang dilakukan oleh institusi memang dilakukan untuk meningkatkan tagihan klaim yang berarti meningkatkan pendapatan institusi tersebut.

Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) melakukan survei kepada perusahaan asuransi swasta dan pembayar pihak ketiga untuk menentukan kecurangan pelayanan kesehatan melalui program anti-fraud. Perusahaan-perusahaan tersebut dikategorisasikan ke dalam dua kelompok yaitu tipe pelaku yang melakukan fraud dan bentuk fraud. Sebagai hasil survei, AAKA mengelompokkan tipe utama pelaku fraud sebagai berikut:

1. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Bentuk utama dari kecurangan PPK yang terdeteksi sebagai berikut:

- a. Penagihan jasa yang tidak diberikan. Misalnya: pemberian bermacam-macam obat ke pasien rawat inap, tetapi sebenarnya tidak semuanya diberikan kepada pasien. Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen, misalnya untuk tindakan pemeriksaan laboratorium dan radiologi.
- b. Kecurangan diagnosis atau tanggal. Tanggal dicurangi sehingga tidak sesuai lagi dengan fakta dan kronologi kasus. Obat nama dagang untuk obat generik biasanya terjadi di rumah sakit atau apotek.
- c. Menghilangkan co-payment dan deductibles.
- d. Kesalahan klaim berhubungan dengan pemeriksaan laboratorium.
- e. Unbundling (tidak dibundel) Suatu tindakan tidak dijadikan satu, misalnya, setiap gigi pasien dicabut selalu dilakukan tindakan incisi (pengirisan), baru giginya dicabut, jadi keduanya merupakan satu tindakan. Biasanya kecurangan PPK adalah melakukan penagihan yang berbeda untuk dua tindakan ini.
- f. Pemalsuan diagnosis untuk mengesahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan dan tarif yang mahal. Tanggal services, prosedur dan supply yang telah disampaikan tidak sesuai dengan fakta dan kronologi kasus. PPK tidak qualified, tetapi memiliki izin sebagai PPK dan spesialis. Seorang pasien misalnya pergi ke rumah sakit bersalin untuk berobat Thipus atau yang ekstrem sakit gigi. Tindakan kecurangan klaim PPK, adalah tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen seperti Sinar X atau hasil laboratorium. Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan.

2. Pasien dan atau Keluarga

Bentuk utama fraud yang terdeteksi dilakukan pasien dan atau keluarga sebagai berikut:

- a. Kecurangan dengan memberikan keterangan palsu pada aplikasi asuransi. Kecurangan pelamar dilakukan oleh pelamar asuransi, agennya atau orang yang bertindak atas nama pelamar. Kecurangan ini dilakukan bila fakta pemberian informasi bohong dibuat dengan rencana untuk:
 1. Meyakinkan bahwa lamaran diterima oleh perusahaan asuransi dan tidak ada limitasi kondisi atau pengecualian tercantum pada jaminan yang diterbitkan untuk pelamar.
 2. Memperluas jaminan kepada individu yang sebenarnya tidak ada atau individu tersebut sebenarnya tidak legal sebagai anggota keluarga atau pegawai perusahaan
- b. Kesalahan pencatatan pekerjaan atau eligibilitas. Kecurangan eligibilitas adalah usaha curang untuk mendapatkan jaminan asuransi yang sebenarnya bukan haknya. Bentuk kecurangan dapat berupa tindakan penipuan, misrepresentasi atau menyembunyikan informasi pada formulir aplikasi asuransi. Beberapa contoh dari fraud eligibilitas adalah:
 1. Sejumlah orang melakukan kolusi dengan membentuk perusahaan palsu untuk maksud semata-mata membeli produk asuransi.
 2. Perusahaan menambahkan daftar anggota yang berhak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan pegawai, tetapi anggota tersebut bukanlah pegawai.
 3. Karyawan menambahkan daftar anggota keluarga untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan pegawai, tetapi anggota keluarga tersebut sebenarnya tidak berhak dengan status tersebut, sesuai dengan terminologi asuransi kontrak (contoh, anak angkat yang tidak disahkan oleh hukum yang berlaku.

- c. Kecurangan eligibilitas dapat dilakukan oleh agen, perusahaan, karyawan, orang yang dijamin dan pelamar asuransi. Kecurangan klaim bisa berupa pemalsuan tagihan rekening, penyampaian klaim untuk anggota keluarga yang tidak berhak dan misrepresentasi respons pada pertanyaan spesifik dalam formulir klaim. Contoh, bila pasangan karyawan keduanya bekerja dan dijamin oleh kedua perusahaan, namun ketika mengisi pertanyaan pada formulir klaim manfaat, mereka tidak menjawab dengan benar bahwa mereka memiliki dua jaminan kesehatan. Pemegang polis mungkin mengambil manfaat klaim dua kali. Padahal, kedua perusahaan asuransi seharusnya dapat berkoordinasi tentang pembayaran manfaat. Contoh lain, bila orang yang dijamin menghapus besaran jumlah dolar untuk tarif jasa dokter dan menggantinya dengan nilai yang lebih tinggi pada formulir klaim.

3. Agen/lainnya

Bentuk utama fraud yang terdeteksi dilakukan agen atau internal fraud sebagai berikut:

- a. Agen menerima pembayaran dari karyawan, tetapi tidak menyampaikan laporan calon peserta kepada perusahaan, sedangkan uangnya dikantongi.
- b. Agen memberikan informasi salah tentang cakupan polis untuk mendorong konsumen menukar polis agar meningkatkan komisi untuk agen.
- c. Karyawan menciptakan peserta fiktif ke dalam catatan jaminan kepesertaan, menyampaikan klaim palsu dan uangnya dikantongi.

D. Kasus Tindakan Fraud Pengelola Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan

Penelitian Muhammad Ayyub Ibrahim (2019) menunjukkan bahwa secara umum *fraud* terjadi karena sistem kesehatan yang

berjalan menggunakan jaminan dalam bentuk klaim. Dalam program JKN/KIS, BPJS Kesehatan membayar pelayanan yang telah diberikan fasilitas kesehatan seperti RS ke peserta dengan berbasis klaim. Klaim yang disusun itu berdasarkan berbagai kode tindakan. Kode tindakan itu dapat dimanipulasi sehingga menguntungkan oknum di RS.

Akibat *fraud* tersebut BPJS Kesehatan membayar klaim lebih besar dari yang seharusnya. Perilaku *fraud* itu merupakan tindakan yang bisa menular. Jika ada pelaku *fraud* yang tidak terdeteksi dan tidak ditindak, itu akan menjadi contoh bagi pihak lain untuk melakukan *fraud*. Tanpa pencegahan dan penindakan maka kerugian yang timbul akibat *fraud* akan terus menumpuk dan membesar.

Fraud berpotensi terjadi dalam program JKN/KIS disebabkan ada yang beranggapan tindakan itu sebagai bentuk kompensasi karena persepsi pemberi layanan terhadap besaran tarif yang ada di INA-CBGs di nilai rendah. Sehingga kecurangan dilakukan untuk menutupi

kekurangan besaran tarif INA-CBGs itu. Motivasi mencari 'keuntungan ekonomi' merupakan naluri dasar manusia. Selain itu belum berjalannya penindakan juga berpotensi memunculkan *fraud* dalam JKN.

Ada beberapa teori terjadinya tindakan *fraud*, antara lain: ada beberapa teori terjadinya tindakan *fraud*, antara lain: teori "GONE", yang menjelaskan tindakan *fraud* terjadi karena keserakahan (*greedy*) untuk mendapat keuntungan sebesar-besarnya, adanya peluang (*opportunity*) untuk melakukan tindakan *fraud*, adanya kebutuhan (*need*) untuk menghindari kerugian dan pengaruh lingkungan (*exposure*) yang juga banyak melakukan *fraud*.

Pendekatan yang lain adalah, *fraud* terjadi karena adanya faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu alasan untuk melakukan tindakan *fraud*, faktor pemungkin (*enabling factors*), yaitu kondisi yang memungkinkan dilakukannya *fraud*, dan

faktor penguat (*reinforcing factors*) yang meyakinkan pelaku untuk melakukan tindakan *fraud*.

Salah satu titik paling rawan potensi *fraud* dalam program JKN/KIS itu ada di tingkat fasilitas kesehatan (faskes). Kalau BPJS Kesehatan sendiri relatif baik pengawasannya karena yang mengawasi itu internal dan eksternal (DJSN, OJK). Untuk faskes seperti fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) paling rawan melakukan penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*). Potensi rawan *fraud* juga terjadi dalam hal klaim yang dibayar BPJS Kesehatan ke RS. Sebab klaim yang dibayar BPJS Kesehatan mengacu paket tarif INA- CBGs tanpa batas atas. Ini terjadi karena aturan utamanya belum jelas, JKN/KIS ini program besar tetapi regulasinya minim.

BAB VI

MALPRAKTIK PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Pada saat ini kesadaran hukum masyarakat semakin meningkat di mana masyarakat akan lebih menyadari akan haknya, dan di sisi lain baik dokter maupun perawat tenaga kesehatan lainnya dituntut untuk melaksanakan kewajiban 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 keperawatan bekerja secara profesional, dan bila terjadi pelanggaran akan berdampak negatif bagi kliennya, maka perawat diperhadapkan pada tuntutan pidana atau gugatan ganti rugi.

Ada dua istilah yang sering dikaitkan secara bersamaan dalam pengertian malpraktik yaitu kelalaian dan malpraktik itu sendiri. Kelalaian merupakan suatu tindakan di bawah standar yang ditetapkan oleh hukum guna melindungi orang lain yang bertentangan dengan tindakan-tindakan yang tidak

beralasan dan berisiko melakukan kesalahan (Keeton, 1984 dalam Leahy dan Kizilay, 1998). Tindakan malpraktik dalam pelayanan kesehatan merupakan salah satu cabang kesalahan yang mungkin merupakan kesengajaan atau kelalaian di dalam bidang profesional. Tindakan malpraktik pelayanan kesehatan dapat melibatkan para dokter dan tenaga kesehatan lainnya banyak terdapat jenis dan bentuknya, misalnya kesilapan melakukan diagnosis, salah melakukan tindakan perawatan yang sesuai dengan pasien atau gagal melaksanakan perawatan terhadap pasien dengan teliti dan cermat.

Di beberapa negara maju seperti United Kingdom, Australia dan Amerika Serikat, kasus malpraktik medik banyak terjadi bahkan setiap tahun jumlahnya meningkat. Misalnya, di negara Amerika Serikat pada 1970-an jumlah kasus malpraktik medik meningkat tiga kali lipat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dan keadaan ini terus meningkat hingga pada 1990-an. Keadaan di atas tidak jauh berbeda dengan negara Indonesia, dalam beberapa tahun terakhir ini kasus penuntutan terhadap dokter atas dugaan adanya malpraktik medik meningkat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Sejak 2006 hingga 2012, tercatat ada 183 kasus kelalaian medik –atau bahasa awamnya malpraktik– yang terbukti dilakukan dokter di seluruh Indonesia. Malpraktik ini terbukti dilakukan dokter setelah melalui sidang yang dilakukan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Akibat dari malpraktik yang terjadi selama ini, sudah ada 29 dokter yang izin praktiknya dicabut sementara. Ada yang tiga bulan, ada yang enam bulan.

B. Pengertian Malpraktik

Referensi internasional tahun 1956 (Guwandi, 1994) merumuskan malpraktik sebagai kelalaian dari seorang dokter atau perawat untuk menerapkan tingkat keterampilan dan pengetahuannya dalam pemberian pelayanan pengobatan dan

perawatan terhadap seorang pasien yang lazim diterapkan dalam mengobati dan merawat orang sakit atau terluka di lingkungan wilayah yang sama (*Malpractice is the neglect of a physician or nurse to apply that degree of skill and learning on treating and nursing a patient which is customarily applied in treating and caring for the sick or wounded similarly in the same community*).

Ellis dan Hartley (1998) mengungkapkan bahwa malpraktik merupakan batasan yang spesifik dari kelalaian (*negligence*) yang ditujukan kepada seseorang yang telah terlatih atau berpendidikan yang menunjukkan kinerjanya sesuai bidang tugas dan pekejaannya. Terhadap malpraktik dalam keperawatan maka malpraktik adalah suatu batasan yang digunakan untuk menggambarkan kelalaian perawat dalam melakukan kewajibannya.

Menurut Hanafiah dan Amir (1999) kelalaian adalah sikap yang kurang hati-hati, yaitu tidak melakukan apa yang seseorang dengan sikap hati-hati melakukannya dengan wajar, atau sebaliknya melakukan apa yang seseorang dengan sikap hati-hati tidak akan melakukannya dalam situasi tersebut. Guwandi (1994) menyatakan bahwa kelalaian adalah kegagalan untuk bersikap hati-hati yang umumnya seorang yang wajar dan hati-hati akan melakukan di dalam keadaan tersebut, ia merupakan suatu tindakan yang seorang dengan hati-hati yang wajar tidak akan melakukan di dalam keadaan yang sama atau kegagalan untuk melakukan apa yang seorang lain dengan hati-hati yang wajar justru akan melakukan di dalam keadaan yang sama.

Dari pengertian di atas dapat dikatakan bahwa kelalaian lebih bersifat ketidaksengajaan, kurang teliti, kurang hati-hati, acuh tak acuh, sembrono, tidak peduli terhadap kepentingan orang lain, namun akibat yang ditimbulkan memang bukanlah menjadi tujuannya. Kelalaian bukanlah suatu pelanggaran hukum atau kejahatan, jika kelalaian itu tidak sampai membawa kerugian atau cedera kepada orang lain dan orang itu dapat

menerimanya (Hanafiah & Amir, 1999). Tetapi jika kelalaian itu mengakibatkan kerugian materi, mencelakakan bahkan merenggut nyawa orang lain, maka ini diklasifikasikan sebagai kelalaian berat (*culpa lata*), serius dan kriminal.

Pada prinsipnya malpraktik tidak sama dengan kelalaian. Malpraktik lebih spesifik dan terkait dengan status profesional dari pemberi pelayanan dan standar pelayanan profesional. Malpraktik adalah kegagalan seorang profesional (misalnya dokter dan perawat) melakukan sesuai dengan standar profesi yang berlaku bagi seseorang yang karena memiliki keterampilan dan pendidikan (Vestal, K.W, 1995). Hal ini lebih dipertegas oleh Ellis & Hartley (1998) bahwa malpraktik adalah suatu batasan spesifik dari kelalaian. Ini ditujukan pada kelalaian yang dilakukan oleh yang telah terlatih secara khusus atau seseorang yang berpendidikan yang ditampilkan dalam pekerjaannya. Oleh karena itu, batasan malpraktik ditujukan untuk menggambarkan kelalaian oleh dokter maupun perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam melakukan kewajibannya sebagai tenaga pelayanan kesehatan. Kelalaian memang termasuk dalam arti malpraktik, tetapi di dalam malpraktik tidak selalu harus ada unsur kelalaian.

Dengan demikian, malpraktik lebih luas lingkupnya daripada *negligence*. Karena selain mencakup arti kelalaian, istilah malpraktik pun mencakup tindakan-tindakan yang dilakukan dengan sengaja (*criminal malpractice*) dan melanggar undang-undang. Di dalam arti kesengajaan tersirat ada motifnya (*guilty mind*) sehingga tuntutan dapat bersifat perdata atau pidana. Dapat ditarik kesimpulan bahwa yang dimaksud dengan malpraktik adalah melakukan suatu hal yang seharusnya tidak boleh dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan atau tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan atau melalaikan kewajibannya (*negligence*) Melanggar suatu ketentuan menurut atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Menurut Vestal, K.W. (1995) mengatakan bahwa untuk mengatakan secara pasti malpraktik, apabila penggugat dapat menunjukkan di bawah ini:

1. **Duty**-bermakna bahwa pada saat terjadinya cedera, terkait dengan kewajibannya yaitu kewajiban untuk mempergunakan segala ilmu dan keahliannya untuk menyembuhkan atau setidaknya-tidaknya meringankan beban penderitaan pasiennya berdasarkan standar profesi. Hubungan perawat-klien menunjukkan bahwa melakukan kewajiban berdasarkan standar keperawatan.
2. **Derelection of the duty** menunjukkan bahwa pelanggaran terjadi sehubungan dengan kewajibannya artinya menyimpang dari apa yang seharusnya dilakukan menurut standar profesinya. Pelanggaran yang terjadi terhadap pasien (misalnya kegagalan dalam memenuhi standar keperawatan yang ditetapkan sebagai kebijakan rumah sakit).
3. **Damage** berarti bahwa seseorang mengalami *injury* atau kerusakan yang berakibat pada kerugian (*damage*) yang dapat dituntut secara hukum, misalnya pasien mengalami cedera sebagai akibat pelanggaran. Keluhan nyeri, atau adanya penderitaan atau stres emosi dapat dipertimbangkan sebagai akibat cedera hanya jika terkait dengan cedera fisik.
4. **Direct Causation** menunjukkan bahwa pelanggaran terhadap kewajibannya menyebabkan/terkait dengan *injury* yang dialami (misalnya cedera yang terjadi secara langsung berhubungan dengan pelanggaran terhadap kewajiban perawat terhadap pasien).

Sebagai penggugat, harus mampu menunjukkan bukti pada setiap elemen dari keempat elemen di atas. Jika semua elemen itu dapat dibuktikan hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi malpraktik, dan perawat berada pada tuntutan malpraktik.

C. Jenis Malpraktik

Untuk malpraktik hukum dibagi dalam 3 kategori sesuai bidang hukum yang dilanggar, yakni Criminal malpractice, Civil malpractice dan Administrative malpractice.

1. Malpraktik Hukum Pidana (*Criminal Malpractice*)

Perbuatan seseorang dapat dimasukkan dalam kategori *criminal malpractice* manakala perbuatan tersebut merupakan kesengajaan, kelalaian, kecerobohan. *Criminal malpractice* yang bersifat sengaja misalnya melakukan euthanasia (pasal 344 KUHP), melakukan aborsi tanpa indikasi medis pasal 299 KUHP). *Criminal malpractice* yang bersifat ceroboh (*recklessness*) misalnya melakukan tindakan medis tanpa persetujuan pasien *informed consent*. *Criminal malpractice* yang bersifat lalai misalnya kurang hati-hati mengakibatkan luka, cacat (pasal 360 KUHP) atau meninggalnya pasien (pasal 359 KUHP), ketinggalan klem dalam perut pasien saat melakukan operasi. Pertanggungjawaban di depan hukum pada *criminal malpractice* adalah bersifat individual/personal dan oleh sebab itu tidak dapat dialihkan kepada orang lain atau kepada rumah sakit/sarana kesehatan.

2. Malpraktik Hukum Perdata (*Civil Malpractice*).

Seorang tenaga kesehatan akan disebut melakukan *civil malpractice* apabila tidak melaksanakan kewajiban atau tidak memberikan prestasinya sebagaimana yang telah disepakati (ingkar janji). Tindakan tenaga kesehatan yang dapat dikategorikan *civil malpractice* antara lain:

- a. Tidak melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan.
- b. Melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan tetapi terlambat melakukannya.
- c. Melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan tetapi tidak sempurna.

- d. Melakukan apa yang menurut kesepakatannya tidak seharusnya dilakukan.

Selain bentuk pertanggungjawaban berdasarkan perjanjian sebagaimana dikemukakan di atas, tuntutan malpraktik dapat dilakukan berdasarkan Pasal 1365 KUH Perdata yang menyatakan

“Tiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu mengganti kerugian tersebut”, Pasal 1366 KUHPer yang berbunyi “Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hati”, maupun Pasal 1371 KUHPer yaitu “Penyebab luka atau cacat anggota badan atau kurang hati-hati”.

Pertanggungjawaban Malpraktik Hukum Perdata (*Civil Malpractice*) dapat bersifat individual atau korporasi dan dapat pula dialihkan pihak lain berdasarkan *principle of vicarius liability*. Dengan prinsip ini maka rumah sakit/ sarana kesehatan dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan karyawannya (tenaga kesehatan) selama tenaga kesehatan tersebut dalam rangka melaksanakan tugas kewajibannya.

3. Malpraktik Hukum Administrasi Negara (*Administrative Malpractice*).

Dokter, perawat, atau tenaga kesehatan lainnya dikatakan telah melakukan Malpraktik Hukum Administrasi (*administrative malpractice*) manakala ia telah melanggar hukum administrasi. ketentuan di bidang kesehatan, misalnya tentang persyaratan bagi tenaga kesehatan untuk menjalankan profesinya (Surat Izin Kerja, Surat Izin Praktik), batas kewenangan serta kewajibannya. Apabila aturan tersebut dilanggar maka tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat dipersalahkan melanggar hukum administrasi. Pasal 188

ayat (3) UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan sebagai berikut “Tenaga Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan yang diatur dalam undang-undang kesehatan dapat diambil tindakan administratif berupa:

- a. Peringatan secara tertulis;
- b. Pencabutan izin sementara atau izin tetap.

Pasal 33 ayat (2) UU No. 32 Tahun 1996. Tindakan disiplin dapat berupa:

- a. Teguran (lisan atau tertulis)
- b. Pencabutan izin untuk melakukan upaya kesehatan.

D. Pencegahan Malpraktik Pelayanan Kesehatan

Vestal, K.W (1995) memberikan pedoman guna mencegah terjadinya malpraktik, sebagai berikut:

- a. Berikan kasih sayang kepada pasien sebagaimana anda mengasihi diri sendiri.
- b. Layani pasien dan keluarganya dengan jujur dan penuh rasa hormat.
- c. Gunakan pengetahuan keperawatan untuk menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat dan laksanakan intervensi keperawatan yang diperlukan. Perawat mempunyai kewajiban untuk menyusun pengkajian dan melaksanakan pengkajian dengan benar.
- d. Utamakan kepentingan pasien. Jika tim kesehatan lainnya ragu-ragu terhadap tindakan yang akan dilakukan atau kurang merespons terhadap perubahan kondisi pasien, diskusikan bersama dengan tim keperawatan guna memberikan masukan yang diperlukan bagi tim kesehatan lainnya.
- e. Tanyakan saran/order yang diberikan oleh dokter jika: Perintah tidak jelas, masalah itu ditanyakan oleh pasien atau pasien menolak, tindakan yang meragukan atau tidak tepat sehubungan dengan perubahan dari

kondisi kesehatan pasien. Terima perintah dengan jelas dan tertulis.

- f. Tingkatkan kemampuan anda secara terus menerus, sehingga pengetahuan/kemampuan yang dimiliki senantiasa *up-to-date*.
- g. Ikuti perkembangan yang terbaru yang terjadi di lapangan pekerjaan dan bekerjalah berdasarkan pedoman yang berlaku. Jangan melakukan tindakan di mana tindakan itu belum anda kuasai.
- h. Laksanakan asuhan keperawatan berdasarkan model proses keperawatan.
- i. Hindari kekuranghati-hatian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- j. Catatlah rencana keperawatan dan respons pasien selama dalam asuhan keperawatan. Nyatakanlah secara jelas dan lengkap. Catatlah sesegera mungkin fakta yang anda observasi secara jelas.
- k. Lakukan konsultasi dengan anggota tim lainnya. Biasakan bekerja berdasarkan kebijakan organisasi/rumah sakit dan prosedur tindakan yang berlaku.
- l. Pelimpahan tugas secara bijaksana, dan ketahui lingkup tugas masing-masing. Jangan pernah menerima atau meminta orang lain menerima tanggung jawab yang tidak dapat anda tangani.

BAB VII

KONFLIK DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Konflik mengacu pada keadaan ketidaksepakatan atau ketidakharmonisan. Keadaan ketidakharmonisan atau pertentangan ini umumnya antara orang, kepentingan, gagasan, prinsip, atau nilai. Mungkin definisi yang diajukan oleh sarjana John Burton akan mengklarifikasi hal ini lebih jauh. Burton mendefinisikan konflik sebagai sebuah pertentangan jangka panjang sebuah masalah yang berjalan begitu dalam sehingga permasalahannya pada umumnya **“tidak dapat dinegosiasikan”**.

Hal itu juga menunjukkan bahwa kemungkinan penyelesaian masalah semacam itu jauh atau sulit. Isu yang dianggap mendalam atau sangat serius mencakup perbedaan pendapat, moral atau nilai, isu yang berkaitan dengan keamanan, wewenang, kekuasaan, dan lainnya. Konflik dengan isu semacam itu, jika tidak terselesaikan, cenderung berubah menjadi kekerasan fisik dan setelah perang. Kunci untuk mengidentifikasi perbedaan antara Konflik dan Sengketa adalah dengan memikirkan Kon-

flik sebagai mewakili keseluruhan isu yang luas di mana sejumlah Sengketa mungkin muncul. Pikirkan Konflik sebagai perselisihan antara orang-orang yang memiliki eksistensi yang berkepanjangan dan lebih serius. Ini bukan ketidaksepakatan yang spesifik dan dengan demikian dapat mencakup sejumlah masalah. Ini adalah keadaan ketidakharmonisan yang terus berlanjut. Konflik timbul karena perbedaan kepentingan, gagasan, prinsip atau nilai

Konflik merupakan kondisi yang terjadi ketika dua pihak ataupun lebih yang menganggap ada perbedaan posisi yang tidak selaras atau sebanding, tidak cukup sumber dan tindakan salah satu pihak menghalangi, mencampuri atau dalam beberapa hal membuat tujuan di pihak lain kurang berhasil.

Konflik berasal dari kata kerja Latin *configere* yang berarti saling memukul. Secara sosiologis, konflik diartikan sebagai suatu proses sosial antara dua orang atau lebih (bisa juga kelompok) di mana salah satu pihak berusaha menyingkirkan pihak lain dengan menghancurkannya atau membuatnya tidak berdaya. Tidak satu masyarakat pun yang tidak pernah mengalami konflik antar anggotanya atau dengan kelompok masyarakat lainnya, konflik hanya akan hilang bersamaan dengan hilangnya masyarakat itu sendiri.

Konflik dilatarbelakangi oleh perbedaan ciri-ciri yang dibawa individu dalam suatu interaksi. Perbedaan-perbedaan tersebut diantaranya adalah menyangkut ciri fisik, kepandaian, pengetahuan, adat istiadat, keyakinan, dan lain sebagainya. Dengan dibawa sertanya ciri-ciri individual dalam interaksi sosial, konflik merupakan situasi yang wajar dalam setiap masyarakat dan tidak satu masyarakat pun yang tidak pernah mengalami konflik antar anggotanya atau dengan kelompok masyarakat lainnya, konflik hanya akan hilang bersamaan dengan hilangnya masyarakat itu sendiri. Konflik bertentangan dengan integrasi. Konflik dan Integrasi berjalan sebagai sebuah siklus di masyarakat. Konflik yang terkontrol akan menghasilkan

integrasi. Sebaliknya, integrasi yang tidak sempurna dapat menciptakan konflik.

B. Pengertian Konflik

Ada beberapa pengertian konflik menurut beberapa ahli.

1. Menurut Taquiri dalam Newstorm dan Davis (1977), konflik merupakan warisan kehidupan sosial yang boleh berlaku dalam berbagai keadaan akibat daripada berbangkitnya keadaan ketidaksetujuan, kontroversi dan pertentangan di antara dua pihak atau lebih pihak secara berterusan.
2. Menurut Gibson, et al (1997: 437), hubungan selain dapat menciptakan kerja sama, hubungan saling tergantung dapat pula melahirkan konflik. Hal ini terjadi jika masing-masing komponen organisasi memiliki kepentingan atau tujuan sendiri-sendiri dan tidak bekerja sama satu sama lain.
3. Menurut Robbin (1996), keberadaan konflik dalam organisasi ditentukan oleh persepsi individu atau kelompok. Jika mereka tidak menyadari adanya konflik di dalam organisasi maka secara umum konflik tersebut dianggap tidak ada. Sebaliknya, jika mereka memersepsikan bahwa di dalam organisasi telah ada konflik maka konflik tersebut telah menjadi kenyataan.
4. Dipandang sebagai perilaku, konflik merupakan bentuk interaktif yang terjadi pada tingkatan individual, interpersonal, kelompok atau pada tingkatan organisasi (Muchlas, 1999). Konflik ini terutama pada tingkatan individual yang sangat dekat hubungannya dengan stres.
5. Menurut Minnery (1985), Konflik organisasi merupakan interaksi antara dua atau lebih pihak yang satu sama lain berhubungan dan saling tergantung, namun terpisahkan oleh perbedaan tujuan.
6. Konflik dalam organisasi sering terjadi tidak simetris terjadi hanya satu pihak yang sadar dan memberikan respons

terhadap konflik tersebut. Atau, satu pihak memersepsikan adanya pihak lain yang telah atau akan menyerang secara negatif (Robbins, 1993).

7. Konflik merupakan ekspresi pertikaian antara individu dengan individu lain, kelompok dengan kelompok lain karena beberapa alasan. Dalam pandangan ini, pertikaian menunjukkan adanya perbedaan antara dua atau lebih individu yang diekspresikan, diingat, dan dialami (Pace & Faules, 1994: 249).
8. Konflik dapat dirasakan, diketahui, diekspresikan melalui perilaku komunikasi (Folger & Poole: 1984).
9. Konflik senantiasa berpusat pada beberapa penyebab utama, yakni tujuan yang ingin dicapai, alokasi sumber-sumber yang dibagikan, keputusan yang diambil, maupun perilaku setiap pihak yang terlibat (Myers, 1982: 234-237; Kreps, 1986: 185; Stewart, 1993: 341).
10. Interaksi yang disebut komunikasi antara individu yang satu dengan yang lainnya, tak dapat disangkal akan menimbulkan konflik dalam level yang berbeda-beda (Devito, 1995: 381)

Robbin (1996: 431) mengatakan konflik dalam organisasi disebut sebagai *The Conflict Paradoks*, yaitu pandangan bahwa di sisi konflik dianggap dapat meningkatkan kinerja kelompok, tetapi di sisi lain kebanyakan kelompok dan organisasi berusaha untuk meminimalisasikan konflik. Pandangan ini dibagi menjadi tiga bagian, antara lain:

1. Pandangan tradisional (*The Traditional View*). Pandangan ini menyatakan bahwa konflik itu hal yang buruk, sesuatu yang negatif, merugikan, dan harus dihindari. Konflik disinonimkan dengan istilah *violence*, *destruction*, dan *irrationality*. Konflik ini merupakan suatu hasil disfungsional akibat komunikasi yang buruk, kurang kepercayaan, keterbukaan di antara orang-orang, dan kegagalan manajer untuk tanggap terhadap kebutuhan dan aspirasi karyawan.

2. Pandangan hubungan manusia (*The Human Relation View*). Pandangan ini menyatakan bahwa konflik dianggap sebagai suatu peristiwa yang wajar terjadi di dalam kelompok atau organisasi. Konflik dianggap sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari karena di dalam kelompok atau organisasi pasti terjadi perbedaan pandangan atau pendapat antar anggota. Oleh karena itu, konflik harus dijadikan sebagai suatu hal yang bermanfaat guna mendorong peningkatan kinerja organisasi. Dengan kata lain, konflik harus dijadikan sebagai motivasi untuk melakukan inovasi atau perubahan di dalam tubuh kelompok atau organisasi.
3. Pandangan interaksionis (*The Interactionist View*). Pandangan ini cenderung mendorong suatu kelompok atau organisasi terjadinya konflik. Hal ini disebabkan suatu organisasi yang kooperatif, tenang, damai, dan serasi cenderung menjadi statis, apatis, tidak aspiratif, dan tidak inovatif. Oleh karena itu, menurut pandangan ini, konflik perlu dipertahankan pada tingkat minimum secara berkelanjutan sehingga tiap anggota di dalam kelompok tersebut tetap semangat, kritis-diri, dan kreatif.

Stoner dan Freeman (1989: 392) membagi menjadi dua bagian, yaitu:

1. Pandangan tradisional. Pandangan tradisional menganggap bahwa konflik dapat dihindari. Hal ini disebabkan konflik dapat mengacaukan organisasi dan mencegah pencapaian tujuan yang optimal. Oleh karena itu, untuk mencapai tujuan yang optimal, konflik harus dihilangkan. Konflik biasanya disebabkan oleh kesalahan manajer dalam merancang dan memimpin organisasi. Dikarenakan kesalahan ini, manajer sebagai pihak manajemen bertugas meminimalisasikan konflik.
2. Pandangan modern. Konflik tidak dapat dihindari. Hal ini disebabkan banyak faktor, antara lain struktur organisasi, perbedaan tujuan, persepsi, nilai-nilai, dan sebagainya.

Konflik dapat mengurangi kinerja organisasi dalam berbagai tingkatan. Jika terjadi konflik, manajer sebagai pihak manajemen bertugas mengelola konflik sehingga tercipta kinerja yang optimal untuk mencapai tujuan bersama.

Konflik dapat juga dipahami berdasarkan dua sudut pandang, yaitu: tradisional dan kontemporer (Myers, 1993: 234)

1. Dalam pandangan tradisional, konflik dianggap sebagai sesuatu yang buruk yang harus dihindari. Pandangan ini sangat menghindari adanya konflik karena dinilai sebagai faktor penyebab pecahnya suatu kelompok atau organisasi. Bahkan, sering kali konflik dikaitkan dengan kemarahan, agresivitas, dan pertentangan baik secara fisik maupun dengan kata-kata kasar. Apabila telah terjadi konflik, pasti akan menimbulkan sikap emosi dari tiap orang di kelompok atau organisasi itu sehingga akan menimbulkan konflik yang lebih besar. Oleh karena itu, menurut pandangan tradisional, konflik haruslah dihindari.
2. Pandangan kontemporer mengenai konflik didasarkan pada anggapan bahwa konflik merupakan sesuatu yang tidak dapat dielakkan sebagai konsekuensi logis interaksi manusia. Namun, yang menjadi persoalan adalah bukan bagaimana meredam konflik, tetapi bagaimana menanganinya secara tepat sehingga tidak merusak hubungan antar pribadi bahkan merusak tujuan organisasi. Konflik dianggap sebagai suatu hal yang wajar di dalam organisasi. Konflik bukan dijadikan suatu hal yang destruktif, melainkan harus dijadikan suatu hal konstruktif untuk membangun organisasi tersebut, misalnya bagaimana cara peningkatan kinerja organisasi.

Konflik terjadi karena adanya interaksi yang disebut komunikasi. Hal ini dimaksudkan apabila kita ingin mengetahui konflik berarti kita harus mengetahui kemampuan dan perilaku komunikasi. Semua konflik mengandung komunikasi, tetapi tidak semua konflik berakar pada komunikasi yang buruk.

Menurut Myers, Jika komunikasi adalah suatu proses transaksi yang berupaya mempertemukan perbedaan individu secara bersama-sama untuk mencari kesamaan makna, maka dalam proses itu, pasti ada konflik (1982: 234).

Konflik pun tidak hanya diungkapkan secara verbal tetapi juga diungkapkan secara nonverbal seperti dalam bentuk raut muka, gerak badan, yang mengekspresikan pertentangan (Stewart & Logan, 1993: 341). Konflik tidak selalu diidentifikasi sebagai terjadinya saling baku hantam antara dua pihak yang berseteru, tetapi juga diidentifikasi sebagai 'perang dingin' antara dua pihak karena tidak diekspresikan langsung melalui kata-kata yang mengandung amarah.

Konflik tidak selamanya berkonotasi buruk, tetapi bisa menjadi sumber pengalaman positif (Stewart & Logan, 1993: 342). Hal ini dimaksudkan bahwa konflik dapat menjadi sarana pembelajaran dalam manajemen suatu kelompok atau organisasi. Konflik tidak selamanya membawa dampak buruk, tetapi juga memberikan pelajaran dan hikmah di balik adanya perseteruan pihak-pihak yang terkait. Pelajaran itu dapat berupa bagaimana cara menghindari konflik yang sama supaya tidak terulang kembali pada masa yang akan datang dan bagaimana cara mengatasi konflik yang sama apabila sewaktu-waktu terjadi kembali.

C. Sebab Timbulnya Konflik

1. Perbedaan individu, yang meliputi perbedaan pendirian dan perasaan.

Setiap manusia adalah individu yang unik. Artinya, setiap orang memiliki pendirian dan perasaan yang berbeda-beda satu dengan lainnya. Perbedaan pendirian dan perasaan akan sesuatu hal atau lingkungan yang nyata ini dapat menjadi faktor penyebab konflik sosial, sebab dalam menjalani hubungan sosial, seseorang tidak selalu sejalan dengan kelompoknya. Misalnya,

ketika berlangsung pentas musik di lingkungan pemukiman, tentu perasaan setiap warganya akan berbeda-beda. Ada yang merasa terganggu karena berisik, tetapi ada pula yang merasa terhibur.

2. Perbedaan latar belakang kebudayaan sehingga membentuk pribadi-pribadi yang berbeda.

Seseorang sedikit banyak akan terpengaruh dengan pola-pola pemikiran dan pendirian kelompoknya. Pemikiran dan pendirian yang berbeda itu pada akhirnya akan menghasilkan perbedaan individu yang dapat memicu konflik.

3. Perbedaan kepentingan antara individu atau kelompok.

Manusia memiliki perasaan, pendirian maupun latar belakang kebudayaan yang berbeda. Oleh sebab itu, dalam waktu yang bersamaan, masing-masing orang atau kelompok memiliki kepentingan yang berbeda-beda. Kadang-kadang orang dapat melakukan hal yang sama, tetapi untuk tujuan yang berbeda-beda. Sebagai contoh, misalnya perbedaan kepentingan dalam hal pemanfaatan hutan. Para tokoh masyarakat menanggapi hutan sebagai kekayaan budaya yang menjadi bagian dari kebudayaan mereka sehingga harus dijaga dan tidak boleh ditebang.

Para petani menebang pohon-pohon karena dianggap sebagai penghalang bagi mereka untuk membuat kebun atau ladang. Bagi para pengusaha kayu, pohon-pohon ditebang dan kemudian kayunya diekspor guna mendapatkan uang dan membuka pekerjaan. Sedangkan bagi pecinta lingkungan, hutan adalah bagian dari lingkungan sehingga harus dilestarikan. Di sini jelas terlihat ada perbedaan kepentingan antara satu kelompok dengan kelompok lainnya sehingga akan mendatangkan konflik sosial di masyarakat.

Konflik akibat perbedaan kepentingan ini dapat pula menyangkut bidang politik, ekonomi, sosial, dan budaya. Begitu

pula dapat terjadi antar kelompok atau antara kelompok dengan individu, misalnya konflik antara kelompok buruh dengan pengusaha yang terjadi karena perbedaan kepentingan di antara keduanya. Para buruh menginginkan upah yang memadai, sedangkan pengusaha menginginkan pendapatan yang besar untuk dinikmati sendiri dan memperbesar bidang serta volume usaha mereka.

4. Perubahan-perubahan nilai yang cepat dan mendadak dalam masyarakat.

Perubahan adalah sesuatu yang lazim dan wajar terjadi, tetapi jika perubahan itu berlangsung cepat atau bahkan mendadak, perubahan tersebut dapat memicu terjadinya konflik sosial. Misalnya, pada masyarakat pedesaan yang mengalami proses industrialisasi yang mendadak akan memunculkan konflik sosial sebab nilai-nilai lama pada masyarakat tradisional yang biasanya bercorak pertanian secara cepat berubah menjadi nilai-nilai masyarakat industri. Nilai-nilai yang berubah itu seperti nilai kegotongroyongan berganti menjadi nilai kontrak kerja dengan upah yang disesuaikan menurut jenis pekerjaannya.

Hubungan kekerabatan bergeser menjadi hubungan struktural yang disusun dalam organisasi formal perusahaan. Nilai-nilai kebersamaan berubah menjadi individualis dan nilai-nilai tentang pemanfaatan waktu yang cenderung tidak ketat berubah menjadi pembagian waktu yang tegas seperti jadwal kerja dan istirahat dalam dunia industri. Perubahan-perubahan ini, jika terjadi secara cepat atau mendadak, akan membuat keguncangan proses-proses sosial di masyarakat, bahkan akan terjadi upaya penolakan terhadap semua bentuk perubahan karena dianggap mengacaukan tatanan kehidupan masyarakat yang telah ada.

Menurut Robbins (1996), konflik muncul karena ada kondisi yang melatar-belakanginya (*antecedent conditions*). Kondisi tersebut, yang disebut juga sebagai sumber terjadinya konflik,

terdiri dari tiga kategori, yaitu: komunikasi, struktur, dan variabel pribadi

a. Komunikasi.

Komunikasi yang buruk, dalam arti komunikasi yang menimbulkan kesalahpahaman antara pihak-pihak yang terlibat, dapat menjadi sumber konflik. Suatu hasil penelitian menunjukkan bahwa kesulitan semantik, pertukaran informasi yang tidak cukup, dan gangguan dalam saluran komunikasi merupakan penghalang terhadap komunikasi dan menjadi kondisi anteseden untuk terciptanya konflik.

b. Struktur.

Istilah struktur dalam konteks ini digunakan dalam artian yang mencakup: ukuran (kelompok), derajat spesialisasi yang diberikan kepada anggota kelompok, kejelasan yurisdiksi (wilayah kerja), kecocokan antara tujuan anggota dengan tujuan kelompok, gaya kepemimpinan, sistem imbalan, dan derajat ketergantungan antara kelompok. Penelitian menunjukkan bahwa ukuran kelompok dan derajat spesialisasi merupakan variabel yang mendorong terjadinya konflik. Makin besar kelompok, dan makin terspesialisasi kegiatannya, maka semakin besar pula kemungkinan terjadinya konflik.

c. Variabel Pribadi.

Sumber konflik lainnya yang potensial adalah faktor pribadi, yang meliputi: sistem nilai yang dimiliki tiap-tiap individu, karakteristik kepribadian yang menyebabkan individu memiliki keunikan (*idiosyncrasies*) dan berbeda dengan individu yang lain. Kenyataan menunjukkan bahwa tipe kepribadian tertentu, misalnya, individu yang sangat otoriter, dogmatik, dan menghargai rendah orang lain, merupakan sumber konflik yang potensial.

Jika salah satu dari kondisi tersebut terjadi dalam kelompok, dan para karyawan menyadari akan hal tersebut, maka muncullah persepsi bahwa di dalam kelompok terjadi konflik.

Keadaan ini disebut dengan konflik yang dipersepsikan (*perceived conflict*).

Kemudian jika individu terlibat secara emosional, dan mereka merasa cemas, tegang, frustrasi, atau muncul sikap bermusuhan, maka konflik berubah menjadi konflik yang dirasakan (*felt conflict*). Selanjutnya, konflik yang telah disadari dan dirasakan keberadaannya itu akan berubah menjadi konflik yang nyata, jika pihak-pihak yang terlibat mewujudkannya dalam bentuk perilaku. Misalnya, serangan secara verbal, ancaman terhadap pihak lain, serangan fisik, huru-hara, pemogokan, dan sebagainya.

D. Jenis Konflik

Menurut Dahrendorf, konflik dibedakan menjadi 7 macam: Macam-macam konflik berdasarkan pihak yang terlibat di dalamnya;

1. Konflik antara atau dalam peran sosial (intrapribadi), misalnya antara peranan-peranan dalam keluarga atau profesi (konflik peran (role)).
2. Konflik antara kelompok-kelompok sosial (antar keluarga, antar geng).
3. Konflik kelompok terorganisir dan tidak terorganisir (polisi melawan massa).
4. Konflik antar satuan nasional (kampanye, perang saudara)
5. Konflik antar atau tidak antar agama.
6. Konflik antar politik.
7. konflik individu dengan kelompok.

1. **Konflik berdasarkan pihak yang terlibat di dalamnya**

- a. Konflik dalam diri individu (*conflict within the individual*), adalah konflik yang terjadi karena memilih tujuan yang saling bertentangan, atau karena tuntutan tugas yang terlampaui banyak untuk ditinggalkan.
- b. Konflik antar-individu (*conflict among individual*),

adalah konflik yang terjadi karena adanya perbedaan kepribadian antara individu yang satu dengan individu yang lainnya.

- c. Konflik antar individu dan kelompok (*conflict among individual and groups*), adalah konflik yang terjadi karena terdapat individu yang gagal beradaptasi dengan norma-norma kelompok di mana tempat ia bekerja.
- d. Konflik antar kelompok dalam organisasi yang sama (*conflict among groups in the same organization*) adalah konflik yang terjadi karena setiap kelompok memiliki tujuan tersendiri dan berbeda yang ingin dicapai.
- e. Konflik antar organisasi (*conflict among organization*), adalah konflik yang terjadi karena tindakan yang dilakukan oleh anggota organisasi yang menimbulkan dampak negatif bagi anggota organisasi lain.
- e. Konflik antar individu dalam organisasi yang berbeda (*conflict among individual in different organization*), adalah konflik yang terjadi karena sikap atau perilaku anggota organisasi yang berdampak negatif anggota organisasi lain.

2. Konflik berdasarkan fungsinya

- a. Konflik konstruktif, adalah konflik yang mempunyai nilai positif kepada pengembangan organisasi.
- b. Konflik destruktif, adalah konflik yang memiliki dampak negatif kepada pengembangan organisasi.

3. Konflik berdasarkan posisi seseorang dalam struktur organisasi

- a. Konflik vertikal, adalah konflik yang terjadi antara karyawan yang memiliki jabatan yang tidak sama dalam organisasi.
- b. Konflik horizontal, adalah konflik yang terjadi karena memiliki kedudukan/jabatan yang sama atau setingkat dalam organisasi.

- f. Konflik garis staf, adalah konflik yang terjadi karyawan yang memegang posisi komando, dengan pejabat staf sebagai penasihat dalam organisasi.
- g. Konflik peran, adalah konflik yang terjadi karena individu memiliki peran yang lebih dari satu.

4. Konflik berdasarkan dampak yang timbul

- a. Konflik fungsional, adalah konflik yang memberikan manfaat atau keuntungan bagi organisasi yang dapat dikelola dan dikendalikan dengan baik.
- b. Konflik Infungsional, adalah konflik yang dampaknya merugikan orang lain.

5. Konflik berdasarkan sumber konflik

- a. Konflik tujuan, adalah konflik yang terjadi karena adanya perbedaan individu, organisasi atau kelompok yang memunculkan konflik
- b. Konflik peranan, adalah konflik yang terjadi karena terdapat peran yang lebih dari satu.
- c. Konflik nilai, adalah konflik yang terjadi karena adanya perbedaan nilai yang dianut oleh seseorang berbeda dengan nilai yang dianut oleh organisasi atau kelompok.
- d. Konflik kebijakan, adalah konflik yang terjadi karena individu atau kelompok tidak sependapat dengan kebijakan yang diambil oleh organisasi.

6. Konflik berdasarkan bentuknya

- a. Konflik realistik, adalah konflik yang terjadi karena kekecewaan individu atau kelompok atas tuntutannya.
- b. Konflik nonrealistik, adalah konflik yang terjadi karena kebutuhan yang meredakan ketegangan.

7. Konflik berdasarkan tempat terjadinya

- a. Konflik in-group, adalah konflik yang terjadi dalam kelompok atau masyarakat sendiri

- b. Konflik out-group, adalah konflik yang terjadi antara suatu kelompok atau masyarakat dengan suatu kelompok atau masyarakat lain.

E. Akibat konflik

Hasil dari sebuah konflik adalah sebagai berikut:

1. meningkatkan solidaritas sesama anggota kelompok (*ingroup*) yang mengalami konflik dengan kelompok lain.
2. keretakan hubungan antar kelompok yang bertikai.
3. perubahan kepribadian pada individu, misalnya timbulnya rasa dendam, benci, saling curiga dan lain-lain.
4. kerusakan harta benda dan hilangnya jiwa manusia.
5. dominasi bahkan penaklukan salah satu pihak yang terlibat dalam konflik.

Para pakar teori telah mengklaim bahwa pihak-pihak yang berkonflik dapat menghasilkan respons terhadap konflik menurut sebuah skema dua-dimensi; pengertian terhadap hasil tujuan kita dan pengertian terhadap hasil tujuan pihak lainnya. Skema ini akan menghasilkan hipotesis sebagai berikut:

- a. Pengertian yang tinggi untuk hasil kedua belah pihak akan menghasilkan percobaan untuk mencari jalan keluar yang terbaik.
- b. Pengertian yang tinggi untuk hasil kita sendiri hanya akan menghasilkan percobaan untuk “memenangkan” konflik.
- c. Pengertian yang tinggi untuk hasil pihak lain hanya akan menghasilkan percobaan yang memberikan “kemenangan” konflik bagi pihak tersebut.
- d. Tiada pengertian untuk kedua belah pihak akan menghasilkan percobaan untuk menghindari konflik.

Contoh konflik, Konflik Vietnam berubah menjadi perang, Konflik Timur Tengah merupakan contoh konflik yang tidak terkontrol, sehingga timbul kekerasan. Hal ini dapat dilihat

dalam konflik Israel dan Palestina. Konflik Katolik-Protestan di Irlandia Utara memberikan contoh konflik pelayanan bersejarah lainnya. Konflik pelayanan kesehatan karena perbedaan kepentingan dalam pelayanan kesehatan.

F. Konflik Dalam Pelayanan Kesehatan

Konflik menurut Indra Bastian dan Suryono (2011), dalam dunia pengetahuan berkembang pengertian konflik. Namun demikian pengertian konflik mempunyai makna yang sama, hanya aktualisasinya yang berbeda.

1. Konflik sebagai Persepsi

Konflik sebagai persepsi muncul karena kebutuhan, kepentingan, keinginan, atau nilai-nilai dari seseorang yang berbeda atau tidak sama dengan orang lain. Konflik sebagai persepsi hanya membebani individu yang bersangkutan (internal) namun demikian tanpa disadari juga bisa teraktualisasi dalam berkomunikasi, pengambilan kebijakan atau pola hubungan walaupun tidak secara eksplisit diungkapkan sebagai penyebab utamanya. Ketidak senangan terhadap perilaku disimpan dalam benak pasien atau sebaliknya pasien yang selalu dinasihati tidak pernah menaati ada dalam tataran konflik sebagai persepsi.

2. Konflik sebagai Perasaan

Konflik sebagai reaksi emosional terhadap situasi atau interaksi yang memperlihatkan adanya ketidaksesuaian atau ketidakcocokan. Reaksi ini diwujudkan dengan rasa takut, sedih, pahit, marah, dan keputusasaan atau campuran perasaan-perasaan di atas. Rasa takut, sedih, keputusasaan sering melanda diri pasien atau keluarga terutama pada kondisi di mana penyaki yang diderita pasien merupakan penyakit yang mematikan atau belum ditemukan obatnya. Komunikasi yang tidak baik dalam pelaksanaan pemberian infrasi tentang terjadinya konflik perasaan. Perkembangan dari konflik sebagai

perasaan dapat mengarah pada konflik sebagai tindakan bila tidak terjadi proses netralisasi atau perasaan yang ada teraktualisasi.

3. Konflik sebagai Tindakan

Konflik sebagai tindakan merupakan ekspresi perasaan dan pengartikulasian dari persepsi ke dalam suatu tindakan untuk mendapat suatu kebutuhan (kebutuhan dasar kepentingan dan kebutuhan akan identitas) yang memasuki wilayah kebutuhan orang lain. Di sini telah jelas adanya pelanggaran terhadap hak orang lain secara eksplisit atau nyata, dalam dunia kesehatan terwujud melalui ekspresi ketidakpuasan pelayanan yang digambarkan dalam bentuk amarah, protes terhadap lembaga atau melaporkan lembaga tersebut ke Kepolisian, LSM dan sebagainya.

4. Konflik Laten dan Manifes

Konflik dapat muncul karena adanya faktor pencetus. Berdasarkan wujud pencetus tersebut dapat diklasifikasi menjadi dua yaitu konflik bersifat laten tidak tampak secara fisik walau kadang secara tidak disadari muncul dengan sendirinya. Konflik laten terjadi karena seseorang masih mampu mengendalikan dan memendam dalam diri individu atau bisa juga dipengaruhi oleh faktor eksternal misalnya karena sungkan, takut merusak hubungan (*relationship*) atau tekanan karena regulasi atau kekuasaan. Konflik laten sering ditemukan dalam hubungan dokter pasien, di mana pasien merasa direndahkan, tidak diberikan hak untuk bertanya, pembiayaan yang terasa mahal atau pengobatan yang dirasakan tak membuahkan hasil.

Sementara konflik manifes terjadi karena individu sudah tidak kuat lagi meredam dan menyimpan dalam diri. Hal ini ditandai dengan kemarahan, pernyataan tidak puas, ungkapan untuk menantang ataupun melakukan tindakan pertentangan melalui jalur formal misalnya mengadukan kepolisian atau lembaga peradilan. Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh

rumah sakit kadang berakhir dengan konflik manifes oleh pasien dan atau keluarga misalnya melakukan penulisan kasus dan media sosial atau dalam mass media dan media elektronik atau melaporkan LSM atau kepolisian. Konflik manifes memerlukan solusi penyelesaian agar hubungan para pihak menjadi baik kembali dan tak berlanjut pada permasalahan hukum maupun pencemaran nama baik ataupun pemutusan hubungan.

G. Sumber Konflik Dalam Pelayanan Kesehatan

Terdapat empat hal sebagai dasar identifikasi penyebab konflik dalam pelayanan kesehatan.

a. Permasalahan Hubungan

Konflik dalam pelayanan kesehatan yang terjadi pada proses hubungan tenaga kesehatan-pasien karena:

1. Emosi yang kuat, kondisi emosi ini terkadang muncul akibat adanya peristiwa yang tidak menyenangkan yang dialami sebelumnya, bahkan mungkin peristiwa tersebut tidak terkait dengan konflik yang terjadi. Seorang dokter misalnya patut mengetahui karakteristik psikologis, hormonal, maupun stres yang akan memengaruhi emosi pasien. Karena itu, pada tataran tertentu dokter dan tenaga kesehatan lainnya harus sabar dan terbuka untuk mendengarkan berbagai keluhan meskipun tidak terkait dengan penyakit yang dideritanya.
2. Mispersepsi atau Stereotipe, karakter, tingkat pendidikan, dan pembawaan seseorang berpengaruh terhadap penelaahan informasi yang diberikan. Informasi yang sama terkadang dipersepsi berbeda oleh individu yang berbeda. Keterampilan berkomunikasi tenaga kesehatan penting agar pesan yang disampaikan pada pasien dan atau keluarganya sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Penggunaan bahasa dan kata-kata yang berbau medis harus dikurangi atau diterjemahkan ke dalam bahasa yang mudah dipahami

oleh pasien dan atau keluarganya. Demikian juga dengan bahasa nonverbal seperti sikap, gerak-gerik, penggunaan alat bantu gambar akan memudahkan tercapainya tujuan komunikasi.

3. Komunikasi yang buruk atau keliru, pesan yang baik bila disampaikan dengan proses komunikasi yang buruk sering menimbulkan kesalahpahaman yang berakhir dengan konflik Dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang telah melayani banyak pasien kadang mengalami perasaan emosional yang cukup tinggi dan terkadang berbicara tanpa ekspresi senyum bahkan bernada kesal.
4. Perilaku negatif yang diulang-ulang, misalnya congkak, arogan, dan kadang sombong dari dokter dan tenaga kesehatan lainnya sangat berpengaruh terhadap hubungan dengan pasien yang akan berdampak citra negatif, bahkan terhadap fasilitas kesehatan tempat bekerja.

b. Permasalahan Data

Keakuratan data yang tersimpan dalam rekam medis, hasil pemeriksaan laboratorium atau kesalahan dalam memasukkan data ke dalam File penyimpanan sering menjadi pemicu timbulnya konflik. Permasalahan mendasar tentang data yang bisa muncul

1. Kurangnya informasi. Dokter dan tenaga kesehatan lainnya harus menyampaikan informasi semua hal yang terkait data pengobatan dan perawatan pasien, termasuk data hasil pemeriksaan lab. Sedapat mungkin pasien dan keluarganya paham agar tidak terjadi misinformasi yang berdampak buruk bagi proses pelayanan pasien dan atau keluarganya.
2. Perbedaan pandangan tentang apa yang dibutuhkan. Perbedaan pandangan tentang alternatif perawatan dan penggunaan alat diagnostik sering menimbulkan permasalahan di kemudian hari, khususnya yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan pasien.

3. Perbedaan interpretasi data. Penjelasan interpretasi data kepada pasien dan atau keluarga harus menggunakan standar yang ada, bukan atas pandangan subjektif masing dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Pandangan subjektif ini akan menimbulkan konflik di kemudian hari bila pelayanan kesehatan telah dilakukan mengalami kendala atau tidak bisa memenuhi harapan pasien dan atau keluarganya.

c. Permasalahan Struktural

1. Sumber Daya.

Keterbatasan SDM dalam pelayanan kesehatan menuntut keras tenaga kesehatan. Hal ini tampak pada rumah sakit pemerintah Tipe A atau Tipe B yang pada dikunjungi pasien. Kadang nuansa seperti ini member ikan ketidaknyamanan bagi para pihak yaitu dokter dan tenaga kesehatan lainnya dan pasien dan atau keluarganya bisa menjadi sumber konflik. Minimnya kuantitas dan kualitas di rumah sakit yang tak sebanding dengan jumlah pasien berdampak pada proses dan mutu pelayanan. Komunikasi yang lengkap, pelayanan yang tak ramah serta menunggu antrian yang panjang dan lama sering ditemukan di rumah sakit.

2. Waktu

Ketidaktepatan waktu pelayanan merupakan hal yang sering dijumpai di fasilitas pelayanan kesehatan. Dokter misalnya, belum hadir pada waktu yang sudah dijadwalkan, jam praktik dokter belum ada, tenaga ahli atau dokter spesialis datang tidak tepat waktu, hasil pemeriksaan lab yang lama, permintaan donor darah yang membeli-belit sering menjadi sumber konflik, walaupun sebatas konflik persepsi.

3. Faktor Geografis

Kondisi daerah terpencil atau pedesaan akan memiliki fasilitas fisik maupun yang kurang dibandingkan di daerah perkotaan. Permasalahan geografis tampaknya mempunyai sumbangan yang kecil dalam hal sebagai penyebab konflik

dalam sengketa pelayanan kesehatan karena sebagian besar mereka telah memahami bahwa situasi dan kondisi lapangan yang lebih mendominasi penyebab kegagalan dari pelayanan kesehatan.

4. Kewenangan

Birokrasi yang berbelit menyebabkan ketidakefisienan waktu, apalagi orang yang berwenang tidak selalu pada posisi di tempat kerja. Efisiensi untuk mencegah timbulnya konflik bisa dilakukan apabila tenaga kesehatan yang dianggap kompeten oleh pimpinan diberikan pelimpahan wewenang sehingga bisa bertindak lebih cepat sesuai dengan kewenangan yang dilimpahkan kepadanya.

5. Pengambilan Keputusan

Orang yang berwenang sebagai pengambilan keputusan harus lebih arif dalam meninjau suatu permasalahan atau pengambilan kebijakan. Kelambanan, ketidakbijakan maupun ketepatan dalam pengambilan keputusan bisa menjadi bibit perselisihan. Dokter dalam mengambil keputusan operasi harus didasarkan padadata hasil pemeriksaan yang akurat, tidak boleh hanya mendasarkan pada pengalaman semata.

d. Perbedaan Nilai

Penilaian terhadap suatu informasi atau pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya biasanya dipengaruhi oleh beberapa faktor nilai sehari-hari atau adat istiadat dan ideologi norma kesusilaan, agama, kesopanan dan kode etik profesi harus menjadi bagian yang ditaati dalam pelayanan terhadap pasien dan atau keluarganya.

Budaya lokal dan adat istiadat di wilayah tempat pelayanan kesehatan berada harus menjadi pertimbangan dalam hubungan komunikasi dengan pasien. Tata krama, kesopanan, norma agama sering menjadikan pelayanan kesehatan terkadang menjadi kendala, keterbukaan, dan kejujuran tenaga kesehatan

dalam memberikan penjelasan pada pasien sangat berperan dalam pencegahan terjadinya sengketa. Sebagai contoh pada penggunaan obat yang berbahan dasar ekstrak babi, bagi pasien beragama Islam harus diberikan penjelasan tentang hal tersebut agar tidak menimbulkan kesalahpahaman atau konflik.

BAB VIII

SENGKETA DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Sengketa bisa timbul kapan saja dan di mana saja pada saat dua buah kepentingan tidak dapat diakomodasi secara bersama-sama dan sudah pasti tidak akan mungkin menghasilkan keputusan kemenangan di kedua belah pihak. Salah satu pihak harus menurunkan tuntutan agar didapat suatu keseimbangan di antara kedua kepentingan dari pihak yang bersengketa.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berimplikasi juga pada perubahan pola hubungan antar anggota masyarakat yang mengubah ranah dan tatanan kehidupan serta pola interaksi sosial dalam berbagai sendi kehidupan masyarakat, juga berpengaruh terhadap pola hubungan antar manusia dalam upaya kesehatan.

Pada prinsipnya, hubungan antara pasien-tenaga kesehatan dan rumah sakit dikenal dengan apa yang dinamakan transaksi *terapeutik*, di mana terjadi suatu ikatan kontrak dalam hal pengobatan dan perawatan penyakitnya serta pelayanan

kesehatan yang sesuai standar.

Dalam menjalankan tugas, tenaga kesehatan terikat oleh norma-norma baik yang berasal dari norma kesusilaan yang di dalamnya terdapat kaidah-kaidah etik maupun dari norma hukum, yang berlaku dan mengikat setiap warga negara. Konsekuensi logis berlaku dan mengikatnya kaidah etika dan hukum terhadap setiap pelaku tugas profesional adalah setiap subjek pelaku tugas profesional selalu dapat diminta pertanggungjawaban baik secara etika profesi maupun peraturan perundang-undang yang berlaku.

Tanggung jawab etika profesi dikenal dengan tuntutan pertanggungjawaban melalui Majelis Kode Etik Profesi sebagaimana diharuskan oleh Undang-Undang No. 18 Tahun 2001 tentang Ilmu, Pengetahuan, dan Teknologi, di mana setiap profesi wajib memiliki Dewan Kehormatan Profesi.

Sedangkan tanggung jawab hukum dikenal dengan sebutan gugatan perdata, tuntutan pidana maupun administrasi negara. Namun tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya juga mendapatkan perlindungan hukum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 27 ayat (1) yang menegaskan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya, sehingga tenaga kesehatan merasa aman dan nyaman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara optimal.

Banyaknya kasus dugaan malpraktik dalam pelayanan kesehatan menjadi *warning* dan *become aware* bagi tenaga kesehatan untuk lebih memperbaiki kualitas dalam pelayanan kesehatan. Tidak jarang dijumpai keterlambatan penanganan terhadap pasien oleh tenaga kesehatan disebabkan kelalaian atau alasan-alasan lain seperti biaya perawatan yang seharusnya tidak terjadi.

Kelalaian atau hasil kerja dari tenaga kesehatan dapat berakibat timbulnya tuntutan dari pasien. Hal ini menandakan

semakin tumbuhnya kesadaran hukum masyarakat khususnya kesadaran pasien dan atau keluarganya terhadap hak-haknya yaitu antara lain untuk memperoleh pelayanan yang baik maupun ganti rugi apabila tenaga kesehatan terbukti melakukan malpraktik. Dengan kata lain, saat ini telah muncul fenomena pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak lagi bersikap pasif.

Sengketa dalam bidang kesehatan merupakan *inherent factor* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Dugaan malpraktik, ketidakpuasan pelayanan, pembiayaan kesehatan yang kurang terjangkau, pelanggaran disiplin dan pelanggaran etika profesi merupakan *cause effect issue* yang sering dipermasalahkan dalam sengketa pelayanan kesehatan. Penyelesaian sengketa yang dilakukan melalui lembaga peradilan bersifat terbuka dan mengadili dengan hasil akhir kalah (*lose*) dan menang (*win*) memberikan kerugian pada para pihak khususnya dalam hubungan antar para pihak pasca proses peradilan.

Kasus malpraktik yang menimpa Prita Mulyasari yang bersengketa dengan Rumah Sakit Omni Internasional Serpong-Tangerang, di mana Mahkamah Agung mengabulkan kasasi Jaksa Penuntut Umum Pengadilan Negeri Tangerang terhadap keputusan tuntutan pencemaran nama baik RS Omni Internasional. Pada tingkat Pengadilan Negeri Tangerang tuntutan pidana terhadap Prita Mulyasari dinyatakan bebas murni, sementara itu gugatan perdata terhadap Prita Mulyasari tidak dikabulkan.

Jika dicermati dapat terlihat bahwa asal-muasal kasus sengketa medik antara Prita Mulyasari itu berawal dari rasa ketidakpuasan seorang pasien yang mendapat perawatan tenaga medis dan pelayanan kesehatan rumah sakit. Sebagai seorang pasien yang tidak puas karena tidak ditanggapi atau tidak mendapat penjelasan yang tidak memadai dari pihak rumah sakit sehingga melampiaskan kekesalannya di dunia maya melalui penyebaran e-mail tentang perlakuan dokter dan

rumah sakit yang dianggap merugikan itu.

Dari peristiwa tersebut terlihat adanya suatu dugaan komunikasi yang buruk antara pihak dokter dan rumah sakit sebagai *health provider* dengan pasien sebagai *health receiver*. Bersumber dari rasa ketidakpuasan dalam pelayanan yang diterima menjadi suatu konflik yang berlanjut dengan apa yang disebut sebagai sengketa pelayanan kesehatan.

B. Pengertian Sengketa

1. Menurut Kamus Bahasa Indonesia sengketa adalah pertentangan atau konflik, Konflik berarti adanya oposisi atau pertentangan antara orang-orang, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi terhadap satu objek permasalahan.
2. Menurut Winardi sengketa adalah pertentangan atau konflik yang terjadi antara individu-individu atau kelompok-kelompok yang mempunyai hubungan atau kepentingan yang sama atas suatu objek kepemilikan, yang menimbulkan akibat hukum antara satu dengan yang lain.
3. Menurut Achmad Ali sengketa adalah pertentangan antara dua pihak atau lebih yang berawal dari persepsi yang berbeda tentang suatu kepentingan atau hak milik yang dapat menimbulkan akibat hukum bagi keduanya.

Dari berbagai pendapat di atas maka dapat dikatakan bahwa sengketa adalah masalah antara dua orang atau lebih di mana keduanya saling mempermasalahkan suatu objek tertentu, hal ini terjadi dikarenakan kesalahpahaman atau perbedaan pendapat atau persepsi antara keduanya yang kemudian menimbulkan akibat hukum bagi keduanya.

Sengketa dapat terjadi pada siapa saja dan di mana saja. Sengketa dapat terjadi antara individu dengan individu, antara individu dengan kelompok, antara kelompok dengan kelompok, antara perusahaan dengan perusahaan, antara perusahaan dengan negara, antara negara satu dengan yang lainnya, dan sebagainya. Dengan kata lain, sengketa dapat bersifat publik

maupun bersifat keperdataan dan dapat terjadi baik dalam lingkup lokal, nasional maupun internasional.

Sengketa adalah suatu situasi di mana ada pihak yang merasa dirugikan oleh pihak lain, yang kemudian pihak tersebut menyampaikan ketidakpuasan ini kepada pihak kedua. Jika situasi menunjukkan perbedaan pendapat, maka terjadi lah apa yang dinamakan dengan sengketa. Dalam konteks hukum khususnya hukum kontrak, yang dimaksud dengan sengketa adalah perselisihan yang terjadi antara para pihak karena adanya pelanggaran terhadap kesepakatan yang telah dituangkan dalam suatu kontrak, baik sebagian maupun keseluruhan. Dengan kata lain, telah terjadi wanprestasi oleh pihak-pihak atau salah satu pihak (Nurnaningsih Amriani, 2012: 12).

Menurut Nurnaningsih Amriani (2012: 13), yang dimaksud dengan sengketa adalah perselisihan yang terjadi antara pihak-pihak dalam perjanjian karena adanya wanprestasi yang dilakukan oleh salah satu pihak dalam perjanjian. Hal yang sama juga disampaikan oleh Takdir Rahmadi (2011: 1) yang mengartikan bahwa konflik atau sengketa merupakan situasi dan kondisi di mana orang-orang saling mengalami perselisihan yang bersifat faktual maupun perselisihan- perselisihan yang ada pada persepsi mereka saja.

Dengan demikian, yang dimaksud dengan sengketa ialah suatu perselisihan yang terjadi antara dua pihak atau lebih yang saling mempertahankan persepsinya masing-masing, di mana perselisihan tersebut dapat terjadi karena adanya suatu tindakan wanprestasi dari pihak-pihak atau salah satu pihak dalam perjanjian.

C. Sebab-sebab Timbulnya Sengketa

Berikut ini beberapa teori tentang sebab-sebab timbulnya sengketa, antara lain:

1. Teori hubungan masyarakat

Teori hubungan masyarakat, menitikberatkan adanya ketidakpercayaan dan rivalisasi kelompok dalam masyarakat. Para penganut teori ini memberikan solusi-solusi terhadap konflik-konflik yang timbul dengan cara peningkatan komunikasi dan saling pengertian antara kelompok-kelompok yang mengalami konflik, serta pengembangan toleransi agar masyarakat lebih bisa saling menerima keberagaman dalam masyarakat (Takdir Rahmadi, 2011: 8).

2. Teori negosiasi

Teori negosiasi menjelaskan bahwa konflik terjadi karena adanya perbedaan-perbedaan di antara para pihak. Para penganjur teori ini berpendapat bahwa agar sebuah konflik dapat diselesaikan, maka pelaku harus mampu memisahkan perasaan pribadinya dengan masalah-masalah dan mampu melakukan negosiasi berdasarkan kepentingan dan bukan pada posisi yang sudah tetap (Takdir Rahmadi, 2011: 8).

3. Teori identitas

Teori ini menjelaskan bahwa konflik terjadi karena sekelompok orang merasa identitasnya terancam oleh pihak lain. Penganut teori identitas mengusulkan penyelesaian konflik karena identitas yang terancam dilakukan melalui fasilitasi lokakarya dan dialog antara wakil-wakil kelompok yang mengalami konflik dengan tujuan mengidentifikasi ancaman-ancaman dan kekhawatiran yang mereka rasakan serta membangun empati dan rekonsiliasi. Tujuan akhirnya adalah pencapaian kesepakatan bersama yang mengakui identitas pokok semua pihak (Takdir Rahmadi, 2011: 9).

4. Teori kesalahpahaman antar budaya

Teori kesalahpahaman antar budaya menjelaskan bahwa konflik terjadi karena ketidakcocokan dalam berkomunikasi diantara orang-orang dari latar belakang budaya yang berbeda.

Untuk itu, diperlukan dialog antara orang-orang yang mengalami konflik guna mengenal dan memahami budaya masyarakat lainnya, mengurangi *stereotype* yang mereka miliki terhadap pihak lain (Takdir Rahmadi, 2011: 9).

5. Teori transformasi

Teori ini menjelaskan bahwa konflik dapat terjadi karena adanya masalah-masalah ketidaksetaraan dan ketidakadilan serta kesenjangan yang terwujud dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat baik sosial, ekonomi maupun politik. Penganut teori ini berpendapat bahwa penyelesaian konflik dapat dilakukan melalui beberapa upaya seperti perubahan struktur dan kerangka kerja yang menyebabkan ketidaksetaraan, peningkatan hubungan, dan sikap jangka panjang para pihak yang mengalami konflik, serta pengembangan proses-proses dan sistem untuk mewujudkan pemberdayaan, keadilan, rekonsiliasi dan pengakuan keberadaan masing-masing (Takdir Rahmadi, 2011: 9).

6. Teori kebutuhan atau kepentingan manusia

Pada intinya, teori ini mengungkapkan bahwa konflik dapat terjadi karena kebutuhan atau kepentingan manusia tidak dapat terpenuhi/terhalangi atau merasa dihalangi oleh orang/pihak lain. Kebutuhan dan kepentingan manusia dapat dibedakan menjadi tiga jenis yaitu substantif, prosedural, dan psikologis. Kepentingan substantif (*substantive*) berkaitan dengan kebutuhan manusia yang berhubungan dengan kebendaan seperti uang, sandang, pangan, papan/rumah, dan kekayaan. Kepentingan prosedural (*procedural*) berkaitan dengan tata dalam pergaulan masyarakat, sedangkan kepentingan psikologis (*psychological*) berhubungan dengan non-materiel atau bukan kebendaan seperti penghargaan dan empati (Takdir Rahmadi, 2011: 10).

D. Sengketa Pelayanan Kesehatan

Sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan timbul karena adanya pelanggaran etika profesi, disiplin tenaga kesehatan dan pelanggaran hukum dari tenaga kesehatan. Khusus untuk gugatan ganti rugi dan tindak kriminal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena termasuk dalam ranah sengketa pelayanan kesehatan penyelesaiannya dapat dilakukan melalui lembaga peradilan.

Pada kenyataannya, dalam penanganan pasien, sering terjadi perbedaan pandangan antara fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan pasien. Perbedaan sudut pandang ini yang pada gilirannya dapat berlanjut menjadi sengketa antara fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan pasien dengan gugatan atau tuntutan bahwa tenaga kesehatan telah melakukan kelalaian medik.

Dengan kata lain bahwa sengketa dalam pelayanan kesehatan terjadi karena adanya perasaan tidak puas dari salah satu pihak karena adanya pihak lain yang tidak memenuhi prestasi yang telah diperjanjikan (*wanprestasi*). Rasa tidak puas pasien terhadap pelayanan rumah sakit dapat menimbulkan keluhan ataupun protes yang apabila tidak tertangani dengan secara bijak oleh pihak rumah sakit sehingga dapat menimbulkan konflik yang berujung pada sengketa.

Tuntutan atau gugatan kelalaian medik yang dialamatkan ke dokter pada hakikatnya adalah proses hukum yang ingin meminta pertanggungjawaban atas kesalahan yang dibuatnya, baik yang berupa kelalaian maupun kesengajaan. Dengan kata lain tanggung jawab tenaga kesehatanlah yang menjadi objek tuntutan atau gugatan kelalaian medik, dengan wujud tanggung jawab yang dapat berbentuk ganti rugi atau hukuman lain sesuai keputusan hakim.

BAB IX

ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA

A. Teori Penyelesaian Sengketa

Dean G Pruitt dan Jeffrey Z. Rubin mengemukakan sebuah teori tentang penyelesaian sengketa. Ada 5 (lima), yaitu:

1. *Contending* (bertanding), Mencoba menerapkan suatu solusi yang lebih disukai oleh salah satu pihak atas pihak yang lainnya.
2. Kedua, *yielding* (mengalah), yaitu menurunkan aspirasi sendiri dan bersedia menerima kekurangan dari yang sebetulnya diinginkan.
3. Ketiga, *problem solving* (pemecahan masalah), yaitu mencari alternative yang memuaskan dari kedua belah pihak.
4. Keempat, *with drawing* (menarik diri), yaitu memilih meninggalkan situasi sengketa, baik secara fisik maupun psikologis.
5. Kelima *in action* (diam), yaitu tidak melakukan apa-apa.¹⁰

Para ahli antropologi hukum mengemukakan pendapatnya tentang cara penyelesaian sengketa yang terjadi dalam masya-

rakat, baik dalam masyarakat tradisional maupun modern. Laura Nader dan Harry F. Todd Jr menerangkan 7 (tujuh) cara penyelesaian sengketa dalam masyarakat,

a. *Lumping it* (membiarkan saja),

Pihak yang merasakan perlakuan tidak adil, gagal dalam mengupayakan tuntutannya. Dia mengambil keputusan untuk mengabaikan saja masalahnya atau isu-isu yang menimbulkan tuntutannya dan dia meneruskan hubungan-hubungannya dengan pihak yang dirasakan merugikannya. Ini dilakukan karena berbagai kemungkinan seperti kurangnya faktor informasi tentang bagaimana proses mengajukan keluhan ke peradilan, kurangnya akses ke lembaga peradilan atau sengaja tidak diproses ke pengadilan, karena diperkirakan bahwa kerugiannya lebih besar dari keuntungannya baik diprediksi dari sisi materi maupun psikologis.

b. *Avoidance* (mengelak),

Pihak yang merasa dirugikan, memilih untuk mengurangi hubungan-hubungan dengan pihak yang merugikannya atau untuk sama sekali menghentikan hubungan tersebut, misalkan dalam hubungan bisnis hal serupa bisa saja terjadi. Dengan mengelak, maka masalah yang menimbulkan keluhan dielakkan saja.

Berbeda dengan pemecahan pertama (*lumping it*), di mana hubungan-hubungan berlangsung terus, hanya isunya saja yang dianggap selesai. Sementara dalam hal bentuk kedua (*avoidance*), yaitu pihak yang merasa dirugikan mengelakkannya. Pada bentuk penyelesaian pertama hubungan pihak yang besengketa tetap diteruskan, namun pada bentuk kedua hubungan kedua belah pihak yang bersengketa dapat dihentikan untuk sebagian atau untuk keseluruhan.

c. *Coercion* (paksaan),

Pihak yang satu memaksakan pemecahan kepada pihak lain,

ini bersifat unilateral. Tindakan yang bersifat memaksakan atau ancaman untuk menggunakan kekerasan, pada umumnya mengurangi kemungkinan penyelesaian secara damai.

d. *Negotiation* (perundingan),

Kedua belah pihak yang berhadapan merupakan para pengambil keputusan. Pemecahan masalah yang dihadapi dilakukan oleh mereka berdua, mereka sepakat tanpa adanya pihak yang ketiga yang mencampurnya. Kedua belah pihak berupaya untuk saling meyakinkan, jadi mereka membuat aturan mereka sendiri dan tidak memecahkannya dengan bertitik tolak dari aturan-aturan yang ada.

e. *Mediation* (mediasi),

Pihak ketiga yang membantu kedua belah pihak yang berselisih pendapat untuk menemukan kesepakatan. Pihak ketiga ini dapat ditentukan oleh kedua belah pihak yang bersengketa, atau ditunjukkan oleh pihak yang berwenang untuk itu. Apakah mediator hasil pilihan kedua belah pihak, atau karena ditunjuk oleh orang yang mempunyai kekuasaan, kedua belah pihak yang bersengketa harus setuju bahwa jasa-jasa seorang mediator akan digunakan dalam upaya mencari pemecahan. Dalam masyarakat kecil (paguyuban) bisa saja tokoh-tokoh yang berperan sebagai mediator juga berperan sebagai arbitrator dan sebagai hakim.

f. *Arbitration* (Arbitrase),

Dua belah pihak yang bersengketa sepakat untuk meminta perantara kepada pihak ketiga, arbitrator dan sejak semula telah setuju bahwa mereka akan menerima keputusan dari arbitrator tersebut.

g. *Adjudication* (peradilan),

Pihak ketiga yang mempunyai wewenang untuk mencampuri pemecahan masalah, lepas dari keinginan para pihak yang bersengketa. Pihak ketiga itu juga berhak membuat

keputusan dan menegakkan keputusan itu artinya pihak ketiga berupaya bahwa keputusan itu dilaksanakan.

Ketujuh cara ini dapat dibagi menjadi tiga cara penyelesaian sengketa yaitu tradisional, *alternative dispute resolution* (ADR) dan pengadilan. Cara tradisional adalah *lumping it* (membiarkan saja), *avoidance* (mengelak) dan *coercion* (paksaan). Ketiga cara tersebut tidak dapat ditemukan dalam peraturan perundang-undangan

B. Alternatif Penyelesaian Sengketa

Dalam Pasal 24 UUD 1945 bahwa kekuasaan kehakiman dilakukan oleh sebuah Mahkamah Agung dan Badan peradilan yang berada dibawahnya dalam lingkungan peradilan umum, lingkungan peradilan agama, lingkungan peradilan militer, lingkungan peradilan tata usaha negara, dan oleh Mahkamah Konstitusi. Ketentuan Pasal 24 mengisyaratkan bahwa penyelesaian sengketa yang terjadi dikalangan masyarakat dilakukan melalui jalur pengadilan (*litigasi*). Badan peradilan adalah pemegang kekuasaan kehakiman yang mewujudkan hukum dan keadilan.

Meskipun demikian, sistem hukum Indonesia juga membuka peluang menyelesaikan sengketa di luar pengadilan (*nonlitigasi*). Green menyebutkan dua model penyelesaian sengketa dalam bentuk formal dan bentuk informal. Dalam pasal 58 Undang Undang No. 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman disebutkan bahwa upaya penyelesaian sengketa perdata dapat dilakukan di luar pengadilan negara melalui arbitrase atau alternatif penyelesaian sengketa. *Alternative Dispute Solution* (ADS) atau di Indonesia dikenal dengan istilah Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS). APS adalah salah satu solusi dalam menyelesaikan permasalahan hukum dalam pelayanan kesehatan dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di Pengadilan Negeri.

Litigasi adalah penyelesaian sengketa atau perkara melalui jalur pengadilan dan sebaliknya non litigasi adalah penyelesaian sengketa atau perkara di luar pengadilan dengan cara penyelesaian sengketa alternatif. Sengketa hukum yang akan diselesaikan melalui upaya hukum (*recht midellen*) proses litigasi di pengadilan dalam rangka mempertahankan suatu hak disebut perkara.

Alternatif penyelesaian sengketa adalah lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yaitu penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsultasi, negosiasi, konsiliasi, atau penilaian ahli. (Pasal 1 angka 1 Undang-Undang No 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa).

Pengertian masing-masing lembaga penyelesaian sengketa di atas sebagai berikut:

1. **Konsultasi:** suatu tindakan yang bersifat “personal” antara suatu pihak tertentu (klien) dengan pihak lain yang merupakan pihak konsultan, di mana pihak konsultan memberikan pendapatnya kepada klien sesuai dengan keperluan dan kebutuhan kliennya.
2. **Negosiasi:** suatu upaya penyelesaian sengketa para pihak tanpa melalui proses pengadilan dengan tujuan mencapai kesepakatan bersama atas dasar kerja sama yang lebih harmonis dan kreatif.
3. **Mediasi:** cara penyelesaian sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu oleh mediator.
4. **Konsiliasi:** penengah akan bertindak menjadi konsiliator dengan kesepakatan para pihak dengan mengusahakan solusi yang dapat diterima.
5. **Penilaian Ahli:** pendapat para ahli untuk suatu hal yang bersifat teknis dan sesuai dengan bidang keahliannya Arbitrase adalah cara penyelesaian suatu sengketa perdata di luar peradilan umum yang didasarkan pada perjanjian

arbitrase yang dibuat secara tertulis oleh pihak yang bersengketa.

Cara penyelesaian sengketa menurut dalam Pasal 6 Undang-Undang No. 30 Tahun 1999 Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa yaitu Sengketa atau beda pendapat perdata dapat diselesaikan oleh para pihak melalui alternatif penyelesaian sengketa yang didasarkan pada itikad baik dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di pengadilan negeri.

Dalam pasal 2 kembali ditegaskan bahwa undang-undang ini mengatur penyelesaian sengketa atau beda pendapat antar para pihak dalam suatu hubungan hukum tertentu yang telah mengadakan perjanjian arbitrase yang secara tegas menyatakan bahwa semua sengketa atau beda pendapat yang timbul atau yang mungkin timbul dari hubungan hukum tersebut akan diselesaikan dengan cara arbitrase atau melalui alternatif penyelesaian sengketa.

Penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui alternatif penyelesaian sengketa diselesaikan dalam pertemuan langsung oleh para pihak dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari dan hasilnya dituangkan dalam suatu kesepakatan tertulis. Dalam hal sengketa atau beda pendapat tidak dapat diselesaikan, maka atas kesepakatan tertulis para pihak, sengketa atau beda pendapat diselesaikan melalui bantuan seseorang atau lebih penasihat ahli maupun melalui seorang mediator.

Apabila para pihak tersebut dalam waktu paling lama 14 hari dengan bantuan seseorang atau lebih penasihat ahli maupun melalui seorang mediator tidak berhasil mencapai kata sepakat, atau mediator tidak berhasil mempertemukan kedua belah pihak, maka para pihak dapat menghubungi sebuah lembaga arbitrase atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa untuk menunjuk seorang mediator. Setelah penunjukan mediator oleh lembaga alternatif penyelesaian sengketa, dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari usaha mediasi harus dapat dimulai.

Usaha penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui mediator dengan memegang teguh kerahasiaan, dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari harus tercapai kesepakatan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh semua pihak yang terkait. Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat secara tertulis adalah final dan mengikat para pihak untuk dilaksanakan dengan itikad baik serta wajib didaftarkan di Pengadilan Negeri dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak penandatanganan.

Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat wajib selesai dilaksanakan dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak penandatanganan. Apabila usaha perdamaian tidak dapat dicapai, maka para pihak berdasarkan kesepakatan secara tertulis dapat mengajukan usaha penyelesaian melalui lembaga arbitrase atau arbitrase ad-hoc.

Sangat sulit untuk membuktikan suatu tindakan dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan benar atau salah, Hal ini disebabkan sengketa yang terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien merupakan permasalahan yang timbul akibat adanya hubungan dalam rangka melakukan upaya penyembuhan. Timbulnya ketidakpuasan pasien yang umumnya disebabkan oleh karena dugaan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan kewajiban dalam upaya penyembuhan tersebut.

Berdasarkan kondisi yang terjadi pada sengketa dalam pelayanan kesehatan, peluang untuk penyelesaian sengketa sangat diperlukan suatu alternatif untuk penyelesaian masalah yang terukur dan memiliki kredibilitas yang mampu mengakomodasi sengketa dalam pelayanan kesehatan dengan tetap mengutamakan kesepakatan atau mufakat yang menguntungkan kedua belah pihak.

Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) Nomor 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwasanya semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses

persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Dikarenakan permasalahan hukum dalam pelayanan kesehatan bersifat khusus (*lex specialis*), ketentuan mengenai penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan diamanahkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tepatnya pada pasal 29 yang berbunyi bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Selain itu, dalam Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan diatur pula mengenai penyelesaian perselisihan, di mana dalam pasal 78 dikatakan bahwa dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Mediasi sebagai bentuk alternatif penyelesaian sengketa merupakan pendekatan yang tepat. Dijustificasi dan dilegalkan oleh sistem hukum di Indonesia. Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) Nomor 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwasanya semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Dalam hal sengketa pelayanan kesehatan ketentuan mengenai mediasi dalam penyelesaian sengketa medik kesehatan diamanahkan dalam pasal 29 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

BAB X

PENYELESAIAN SENGKETA DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. Pendahuluan

JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah program pelayanan kesehatan dari pemerintah yang berwujud BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan dan sistemnya menggunakan sistem asuransi. Dengan adanya JKN ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik. Dengan hanya menyisihkan sebagian kecil uangnya, maka mereka pun akan mampu menjadi peserta dan memperoleh manfaatnya. Bagaimana dengan masyarakat tidak mampu? Untuk mereka juga tidak perlu khawatir, karena semua rakyat miskin atau PBI (Penerima Bantuan Iuran) akan ditanggung kesehatannya oleh pemerintah. Dari sini maka tidak ada alasan lagi bagi rakyat miskin untuk memeriksa penyakitnya ke fasilitas kesehatan.

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) sendiri adalah badan atau perusahaan asuransi yang sebelumnya bernama

PT Askes yang menyelenggarakan perlindungan kesehatan bagi para pesertanya. Perlindungan kesehatan ini juga bisa didapat dari BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja). Dari masing-masing definisi ini maka bisa disimpulkan bahwa perbedaan di antara keduanya ini adalah bahwa JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).

Pelaksanaan program jaminan sosial dapat saja menimbulkan sengketa antara pihak-pihak yang berhubungan dengan kegiatan ini, yakni antara peserta, pemberi kerja, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan pemerintah. Oleh karena itu diperlukan upaya hukum untuk mencegah terjadinya sengketa dan juga upaya hukum untuk menyelesaikan apabila sengketa terjadi. Hal ini perlu dilakukan agar peserta jaminan sosial dapat melaksanakan kewajibannya dan mendapatkan hak-hak yang perlu diberikan sepenuhnya oleh BPJS sebagaimana diatur dalam undang-undang, seperti jaminan sosial kesehatan dan ketenagakerjaan.

B. Jaminan Kesehatan Nasional

Di dalam Naskah Akademik UU SJSN tahun 2004 disebutkan bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional, disingkat Program JKN, adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) tidak menetapkan definisi atau pengertian JKN dalam salah satu ayat atau pasalnya. Dengan merangkai beberapa pasal dan ayat yang mengatur tentang program jaminan sosial, manfaat, tujuan dan tatalaksananya, dapat dirumuskan pengertian Program Jaminan Kesehatan Nasional

sebagai berikut:

“Program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba - BPJS Kesehatan.”

Dua Peraturan Pelaksanaan UU SJSN, yaitu Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Pasal 1 angka 12 dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 1 angka 10 menetapkan bahwa yang dimaksud dengan:

“Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.”

Manfaat yang dijamin oleh Program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (managed care).

Program JKN hadir dalam pelayanan kesehatan karena perintah peraturan perundang-undangan. Peraturan perundang-undangan mengatur dengan rinci tujuan, prinsip, para pelaku, dan tata kelola JKN dalam satu kesatuan sistem penyelenggaraan program jaminan sosial, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional. Penetapan hal-hal tersebut melalui proses penetapan kebijakan publik.

Hal ini berbeda dengan penyelenggaraan program jaminan/asuransi kesehatan privat/komersial. Asuransi kesehatan komersial berlangsung berdasarkan kesepakatan jual beli antara perusahaan asuransi dengan pembeli produk asuransi. Peraturan perundang-undangan hanya mengatur hal-hal berkaitan dengan perizinan usaha perasuransian dan tata cara perjanjian jual-beli. Manfaat, besar iuran, dan tata cara pengelolaan diatur oleh masing-masing perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi dan peserta menegosiasikan hal-hal tersebut dan melaksanakannya sesuai dengan perjanjian dan kesepakatan yang tercantum dalam polis asuransi.

Mencermati karakteristik JKN tersebut di atas, seluruh pemangku kepentingan JKN perlu memahami dasar hukum JKN, peraturan perundang-undangan yang terkait JKN, kebijakan pemerintah, serta rujukan internasional. Dari pemahaman yang benar diharapkan akan tercipta dukungan publik secara berkelanjutan dan berorientasi peningkatan kualitas.

C. Dasar Hukum Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan perundang-undangan yang memerintahkan dan memberi kewenangan penyelenggaraan JKN terbentang luas, mulai dari UUD NRI 1945 hingga Peraturan Menteri dan Lembaga. Pemerintah telah mengundang 22 (dua puluh dua) Peraturan Perundang-undangan yang menjadi dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan.

Hingga akhir Februari 2014, dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan diatur dalam 2 (dua) Pasal UUD NRI 1945, 2 (dua) buah UU, 6 (enam) Peraturan Pemerintah, 5 (lima) Peraturan Presiden, 4 (empat) Peraturan Menteri, dan 1 (satu) Peraturan BPJS Kesehatan.

1. UUD NRI 1945

Pasal 28H dan Pasal 34 UUD NRI 1945 adalah dasar hukum tertinggi yang menjamin hak konstitusional warga negara

atas pelayanan kesehatan dan mewajibkan Pemerintah untuk membangun sistem dan tata kelola penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dengan penyelenggaraan program jaminan sosial.

Pasal 28H

Ayat (1): Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Ayat (2): Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.

Ayat (3): Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

Pasal 34

Ayat (1): Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.

Ayat (2): Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Ayat (3): Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

2. UU NO. 40 TAHUN 2004 TENTANG SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (UU SJSN)

UU SJSN menetapkan program JKN sebagai salah satu program jaminan sosial dalam sistem jaminan sosial nasional. Di dalam UU ini diatur asas, tujuan, prinsip, organisasi, dan tata cara penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional.

UU SJSN menetapkan asuransi sosial dan ekuitas sebagai prinsip penyelenggaraan JKN. Kedua prinsip dilaksanakan dengan menetapkan kepesertaan wajib dan penahapan implementasinya, iuran sesuai dengan besaran pendapatan, manfaat JKN sesuai dengan kebutuhan medis, serta tata kelola dana amanah Peserta oleh badan penyelenggara nirlaba dengan mengedepankan kehati-hatian, akuntabilitas efisiensi dan efektivitas.

UU SJSN membentuk dua organ yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan program jaminan sosial nasional, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU ini mengatur secara umum fungsi, tugas, dan kewenangan kedua organ tersebut.

UU SJSN mengintegrasikan program bantuan sosial dengan program jaminan sosial. Integrasi kedua program perlindungan sosial tersebut diwujudkan dengan mewajibkan Pemerintah untuk menyubsidi iuran JKN dan keempat program jaminan sosial lainnya bagi orang miskin dan orang tidak mampu. Kewajiban ini dilaksanakan secara bertahap dan dimulai dari program JKN.

UU SJSN menetapkan dasar hukum bagi transformasi PT Askes (Persero) 1 dan ketiga Persero lainnya menjadi BPJS.

3. UU NO. 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (UU BPJS)

UU BPJS adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN. UU BPJS melaksanakan Pasal 5 UU SJSN pasca putusan Mahkamah Konstitusi dalam perkara No. 007/PUU-III/2005.

UU BPJS menetapkan pembentukan BPJS Kesehatan untuk penyelenggaraan program JKN dan BPJS Ketenagakerjaan untuk penyelenggaraan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

UU BPJS mengatur proses transformasi badan penyelenggara jaminan sosial dari badan usaha milik negara (BUMN)

ke badan hukum publik otonom nirlaba (BPJS). Perubahan-perubahan kelembagaan tersebut mencakup perubahan dasar hukum, bentuk badan hukum, organ, tata kerja, lingkungan, tanggung jawab, hubungan kelembagaan, serta mekanisme pengawasan dan pertanggungjawaban. UU BPJS menetapkan bahwa BPJS berhubungan langsung dan bertanggung jawab kepada Presiden.

4. PERATURAN PEMERINTAH NO. 101 TENTANG PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN (PP PBIJK)

PP Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP PBIJK) adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN. PP PBIJK melaksanakan ketentuan pasal 14 ayat (3) dan Pasal 17 ayat (6) UU SJSN.

PP PBIJK mengatur tata cara pengelolaan subsidi iuran jaminan kesehatan bagi Penerima Bantuan Iuran. PP PBIJK memuat ketentuan-ketentuan yang mengatur penetapan kriteria dan tata cara pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu, penetapan PBIJK, pendaftaran PBIJK, pendanaannya, pengelolaan data PBI, serta peran serta masyarakat.

5. PERATURAN PEMERINTAH NO. 86 TAHUN 2013

PP No. 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial adalah peraturan pelaksanaan UU No. 24 Tahun 2011 (UU BPJS). PP 86/2013 melaksanakan ketentuan UU BPJS Pasal 17 ayat (5). Peraturan ini mengatur ruang lingkup sanksi administratif, tata cara pengenaannya kepada pemberi kerja dan perorangan, serta tata cara pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan peserta dalam penyelenggaraan program jaminan sosial.

6. PERATURAN PRESIDEN NO. 12 TAHUN 2013 TENTANG JAMINAN KESEHATAN (PERPRES JK)

PerPres JK adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS. PerPres JK melaksanakan ketentuan Pasal 13 ayat (2), Pasal 21 ayat (4), Pasal 22 ayat (3), Pasal 23 ayat (5), Pasal 26, Pasal 27 ayat (5), dan Pasal 28 ayat (2) UU SJSN.

PerPres JK juga melaksanakan ketentuan Pasal 15 ayat (3) dan Pasal 19 ayat (5) huruf a UU BPJS. PerPres JK mengatur peserta dan kepesertaan JKN, pendaftaran, iuran dan tata kelola iuran, manfaat JKN, koordinasi manfaat, penyelenggaraan pelayanan, fasilitas kesehatan, kendali mutu dan kendali biaya, penanganan keluhan, dan penanganan sengketa.

7. PERATURAN PRESIDEN NO. 111 TAHUN 2013 TENTANG PERUBAHAN PERATURAN PRESIDEN NO. 12 TAHUN 2013 (PERPRES PERUBAHAN PERPRES JK)

Menjelang penyelenggaraan JKN pada 1 Januari 2014, ditemukan beberapa ketentuan dalam PerPres JK yang perlu disesuaikan dengan kebutuhan penyelenggaraan JKN. Materi muatan Perpres Perubahan Perpres Jaminan Kesehatan adalah untuk:

- (1) mengubah ketentuan tentang peserta JKN dan penerima manfaat JKN;
- (2) mengatur lebih rinci penahapan kepesertaan wajib JKN;
- (3) menambahkan ketentuan tentang iuran JKN. Besaran iuran diatur rinci untuk masing-masing kelompok peserta dan diatur pula tata cara pengelolaan iuran JKN;
- (4) mengubah batasan hak ruang perawatan inap di rumah sakit.
- (5) menambahkan dua manfaat yang tidak dijamin oleh JKN, yaitu pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan

- lalu lintas dan biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
- (6) menambahkan ketentuan tentang koordinasi manfaat antara JKN dan program jaminan kecelakaan kerja dan program jaminan kecelakaan lalu lintas wajib;
 - (7) mengubah ketentuan pelayanan obat, alat medis habis pakai dan alat kesehatan;
 - (8) mengubah ketentuan tentang pemberian kompensasi; (9) mengubah prosedur pembayaran fasilitas kesehatan; (10) mengubah ketentuan kendali mutu dan kendali biaya.

8. PERATURAN PRESIDEN NO. 107 TAHUN 2013 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN

Peraturan Presiden No. 107 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, Dan Kepolisian Negara Republik Indonesia adalah peraturan pelaksanaan UU BPJS. Prepres No. 107/2013 melaksanakan ketentuan Pasal 57 dan Pasal 60 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011.

PerPres ini mengatur jenis pelayanan kesehatan bagi Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia yang tidak didanai oleh JKN. Pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan di fasilitas kesehatan milik Kementerian Pertahanan dan Kepolisian RI, serta didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

9. PERATURAN MENTERI KESEHATAN NO. 59 TAHUN 2014

Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan) adalah peraturan pelaksanaan PerPres No. 12 Tahun 2013.

Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan melaksanakan ketentuan Pasal 37 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013. Standar tarif yang diatur dalam peraturan ini mencakup tarif bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Standar tarif memuat tarif INA-CBGs, tarif kapitasi, dan tarif non-kapitasi.

10. PERATURAN MENTERI KESEHATAN NO. 71 TAHUN 2013

Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Permenkes Pelayanan Kesehatan JKN) adalah peraturan pelaksanaan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013. Permenkes Pelayanan Kesehatan JKN melaksanakan ketentuan Pasal 21 ayat (7), Pasal 22 ayat (1) huruf c, Pasal 26 ayat (2), Pasal 29 ayat (6), Pasal 31, Pasal 34 ayat (4), Pasal 36 ayat (5), Pasal 37 ayat (3), dan Pasal 44 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013.

Permenkes ini mengatur tata cara penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh program JKN, tata cara kerja sama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan, sistem pembayaran fasilitas kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, pelaporan dan kajian pemanfaatan pelayanan (*utilization review*), serta peraturan peralihan bagi pemberlakuan ketentuan-ketentuan wajib di fasilitas kesehatan.

11. PERATURAN BPJS KESEHATAN NO. 1 TAHUN 2014

Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (PerBPJS Penyelenggaraan JK) adalah peraturan pelaksanaan PerPres No. 12 Tahun 2013 dan PerPres No. 111 Tahun 2013.

PerBPJS Penyelenggaraan JK melaksanakan ketentuan PerPres No. 12 Tahun 2013 Pasal 15, Pasal 17 ayat (7), Pasal 26 ayat (3), Pasal 31, Pasal 40 ayat (5), dan Pasal 42 ayat (3) dan PerPres No. 111 Tahun 2013 Pasal 17 A ayat (6).

Peraturan BPJS Kesehatan tersebut mengatur tata cara pendaftaran dan pemutakhiran data Peserta JKN, identitas Peserta JKN, tata cara pembayaran iuran, tata cara pengenaan sanksi administratif, tata cara penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan, prosedur pelayanan kesehatan, prosedur pelayanan gawat darurat, tata cara penerapan sistem kendali mutu pelayanan JKN.

12. PERATURAN MENTERI KEUANGAN NO. 205 TAHUN 2013

Peraturan Menteri Keuangan No. 205 Tahun 2013 (Permenkeu 205/2013) mengatur tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana iuran jaminan kesehatan penerima penghasilan dari pemerintah.

13. PERATURAN MENTERI KEUANGAN NO. 206 TAHUN 2013

Peraturan Menteri Keuangan No. 205 Tahun 2013 (Permenkeu 206/2013) mengatur tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana iuran jaminan kesehatan penerima bantuan iuran.

14. PERATURAN PELAKSANAAN UU SJSN DAN UU BPJS YANG MENGATUR TATA KELOLA BPJS KESEHATAN

UU SJSN dan UU BPJS mendelegasikan berbagai ketentuan kelembagaan BPJS untuk diatur dalam Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden. Peraturan tersebut adalah:

- (1) Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2013 Tentang Modal Awal BPJS Kesehatan.
- (2) Peraturan Pemerintah No. 85 Tahun 2013 Tentang Hubungan Antar Lembaga BPJS.
- (3) Peraturan Pemerintah No. 87 Tahun 2013 Tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.
- (4) Peraturan Pemerintah No. 88 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Anggota Dewan

Pengawas Dan Anggota Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

- (5) Peraturan Presiden No. 108 Tahun 2013 Tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.
- (6) Peraturan Presiden No. 110 Tahun 2013 Tentang Gaji Atau Upah Dan Manfaat Tambahan Lainnya Serta Insentif Bagi Anggota Dewan Pengawas Dan Anggota Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Keenam peraturan tersebut diulas dalam buku “Paham BPJS.”

15. PERATURAN TERKAIT

Terdapat berbagai ayat, pasal atau bagian dari peraturan perundang-undangan lain yang memiliki keterkaitan materi dengan peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan SJSN dan JKN.

a. UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan) mengatur pembangunan kesehatan dan tata kelola penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Keterkaitan UU Kesehatan dengan penyelenggaraan program JKN diatur dalam ketentuan antara lain sebagai berikut:

- (1) Kewajiban setiap orang untuk turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial (Pasal 13 ayat (1) dan (2)).
- (2) Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan program jaminan kesehatan sosial bagi pelayanan kesehatan perorangan (Pasal 20).
- (3) Sistem jaminan sosial nasional berfungsi untuk memobilisasi dana masyarakat bagi pembiayaan kesehatan bersumber dana masyarakat (Pasal 173).
- (4) Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan, dan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.

b. UU No. 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

c. UU No. 51 Tahun 2009 TENTANG PERUBAHAN KEDUA ATAS UNDANG-UNDANG NOMOR 5 TAHUN 1986 TENTANG PERADILAN TATA USAHA NEGARA

Pasal 144C (1) Setiap orang yang tersangkut perkara berhak memperoleh bantuan hukum. (2) Negara menanggung biaya perkara bagi pencari keadilan yang tidak mampu.

d. UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara

Pasal 25 (1) Menteri Keuangan melakukan pembinaan dan pengawasan kepada badan pengelola dana masyarakat yang mendapat fasilitas dari Pemerintah Pusat.

e. UU No. 1 Tahun 2004 tentang PERBENDAHARAAN NEGARA

Pasal 3 ayat (4) Semua pengeluaran negara, termasuk subsidi dan bantuan lainnya yang sesuai dengan program pemerintah pusat, dibiayai dengan APBN.

f. UU No. 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara. Pasal 17 Ayat (3) rangkaian akhir dari proses pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara,

g. UU No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Negara

D. Sumber Sengketa Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional

Saat ini, bidang kesehatan dihadapkan pada era perkembangan teknologi dan keterbukaan informasi di mana membuat masyarakat semakin kritis terhadap segala hal, termasuk terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebagai bidang yang bergerak di jasa pelayanan, RS dituntut untuk

mampu melakukan pelayanan kesehatan dengan baik kepada masyarakat.

Dalam bidang pelayanan kesehatan, konflik dan sengketa dapat terjadi jika kepentingan pasien dirugikan oleh tindakan dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran. Bahwa pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan dengan dokter atau dokter gigi sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan masuk dalam kondisi di mana terjadi perselisihan atau persengketaan dalam praktik kedokteran. Sebuah konflik akan berubah menjadi sengketa apabila konflik tersebut tidak dapat terselesaikan. Konflik diartikan sebagai pertentangan di antara para pihak untuk menyelesaikan masalah yang jika tidak diselesaikan dengan baik dapat mengganggu hubungan mereka.

Menurut Hariyani S (2005), konflik adalah sebuah situasi di mana dua pihak atau lebih dihadapkan pada perbedaan kepentingan. Sebuah konflik berubah atau berkembang menjadi sengketa apabila pihak yang merasa dirugikan telah menyatakan rasa tidak puasnya atau keprihatinannya baik secara langsung kepada pihak yang dianggap sebagai penyebab kerugian atau kepada pihak lain. Jadi konflik dapat berubah atau berlanjut menjadi sengketa, yang berarti pula bahwa sebuah konflik yang tidak terselesaikan akan berubah menjadi sengketa.

Pada kenyataannya, dalam penanganan pasien, sering terjadi beda sudut pandang antara pasien dan dokter. Perbedaan sudut pandang ini dapat berlanjut menjadi sengketa antara pasien dan dokter dengan gugatan atau tuntutan dokter telah melakukan kelalaian medik. Dalam Pasal 66: Undang-undang Nomor Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Ayat (1): Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Pasal 66 ayat (1) tersebut, secara implisit dikatakan bahwa sengketa medik adalah sengketa yang

terjadi karena kepentingan pasien dirugikan oleh tindakan dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran.

Dalam hal pelayanan medis yang berlaku di rumah sakit tentunya tidak lepas dari standar prosedur yang berlaku di masing-masing rumah sakit sehingga dokter atau tenaga kesehatan dituntut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak boleh lepas dari standar yang telah ditetapkan, namun dalam kenyataan di lapangan sering kali dokter atau tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya lalai dan tidak jarang mengakibatkan kondisi pasien bisa berubah menjadi lebih sakit ataupun meninggal karena kelalaian tersebut yang berbuntut pada tuntutan hukum. Karena itu, dalam beberapa kasus yang sering terjadi telah memberikan suatu peringatan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya harus lebih berhati-hati dan bertanggung jawab agar tidak terjadi kesalahan, kelalaian ataupun pembiaran, yang berakibat pada tuntutan hukum.

Dengan demikian, sengketa medik merupakan sengketa yang terjadi antara pengguna pelayanan medik dengan pelaku pelayanan medik dalam hal ini antara pasien dan dokter berikut sarana kesehatan. Sering kali respons yang individualistik dari tubuh pasien dan komplikasi yang tidak terduga setelah dilakukannya tindakan medik merupakan faktor yang menyebabkan timbulnya kejadian yang tidak diinginkan, walaupun tindakan medik dan pemeriksaan penunjang sudah dilakukan sesuai prosedur standar, disiplin, dan melanggar hukum. Hal ini berbeda dengan sistem hukum di Indonesia yang menempatkan perkara dugaan kelalaian medik sebagai pelanggaran etika profesi, disiplin profesi ataupun hukum pada umumnya baik perdata maupun pidana, sebagaimana Agus Purwadianto mengatakan bahwa „Risiko pengobatan yang tidak diinginkan dalam proses pengobatan dapat terjadi karena empat hal, yaitu: Dokter yang mengobati melakukan praktik di bawah standar profesi, melanggar etik, melanggar.

E. Sengketa Bersumber Pengaduan

Pelayanan yang dapat diadukan dalam penyelenggaraan JKN meliputi pelayanan administratif, pelayanan medis, pelayanan non-medis, biaya di luar ketentuan dan pelayanan obat (Idris, 2015). Jenis pelayanan yang dapat diadukan Peserta kepada BPJS Kesehatan termasuk pelayanan yang diberikan Fasilitas Kesehatan. Dalam penyelesaian pengaduan tersebut UU No. 24 Tahun 2011 Pasal 48 telah memberikan kewenangan atribusi kepada BPJS Kesehatan yang selanjutnya diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta oleh BPJS Kesehatan.

UU No. 24 Tahun 2011 hanya mengatur penyelesaian sengketa antara Peserta dengan BPJS Kesehatan yang didahului dengan penyelesaian pengaduan. Namun, dalam Perpres No. 12 Tahun 2013 sebagai peraturan pelaksana UU No. 24 Tahun 2011 mekanisme penyelesaian sengketa dapat dilaksanakan tanpa melalui proses pengaduan dan memberikan ruang untuk tidak memilih mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa. Pilihan penyelesaian sengketa didasarkan apabila musyawarah tidak memberikan kata sepakat maka dapat dilanjutkan di pengadilan.

Permenkes No. 28 Tahun 2014 telah memfasilitasi penyelesaian sengketa melalui mediasi oleh Tim Monitoring-Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan JKN (Tim Monev), yang berada dan dilakukan secara berjenjang mulai tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, hingga Pusat. Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan oleh Tim Monev Pusat maka Menteri Kesehatan dapat menjadi mediator dalam proses mediasi tersebut. Tim Monev tingkat Kabupaten/Kota dan provinsi ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi, sedangkan Tim Monev tingkat Pusat ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Ada pendapat bahwa mediator dari Pemerintah

akan tidak jelas dan dapat dimainkan untuk kepentingan pribadi (Astor, 2007: 3), untuk itu dalam penyelesaian sengketa JKN mediator Pemerintah diperlukan sifat independensi dari Pemerintah sendiri yang bertujuan melindungi kepentingan masyarakat.

Pada dasarnya penyelesaian sengketa alternatif melalui mediasi oleh Tim Monev dan Menteri Kesehatan tersebut telah mendekati hakikat independensi. Namun memaknai 'independensi' tidak dapat disamakan dengan prinsip netralitas dari mediasi. Joseph B. Stulberg (2005: 266) menyebutkan bahwa *being neutral is not synonymous with being indifferent; most mediators care—and care deeply— about how the process and outcomes develop.* Netralitas dalam mediasi memiliki sejumlah makna (Astor, 2007: 2). *Pertama*, mediator tidak memengaruhi isi atau hasil mediasi. Tugas mediator adalah mengontrol proses mediasi, memberikan kerangka kerja prosedural di mana para pihak dapat memutuskan atas perselisihan mereka yaitu tentang dan bagaimana mengatasinya. Netralitas dalam pengertian ini berhubungan erat dengan pengambilan keputusan secara konsensus oleh para pihak yang berselisih. Netralitas juga memiliki makna *kedua* yaitu mediator bukan seorang partisan namun dia akan memperlakukan para pihak dengan sama, tidak memihak salah satu dari yang lainnya. Makna *ketiga* dari netralitas adalah bahwa mediator tidak harus dipengaruhi oleh hubungan keuangan atau urusan pribadi dengan pihak yang bersengketa, atau informasi merugikan dari para pihak. Unsur keempat netralitas adalah kebebasan dari pengaruh pemerintah. Penekanan unsur *keempat* tersebut yaitu pada proses mediasi yang dilaksanakan oleh pengadilan.

F Sengketa Bersumber di Luar Pengadilan

Sengketa yang bersumber dari luar pengadilan yaitu sengketa yang dilakukan tanpa melalui mekanisme penanganan pengadilan seperti yang dilakukan Peserta kepada unit peng-

aduan di BPJS Kesehatan. Penyelesaian sengketa yang disebabkan oleh beda pendapat tentang penetapan tindak kecurangan dalam JKN tidak dapat dilaksanakan melalui unit pengaduan karena tugas Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta tidak termasuk menyelesaikan beda pendapat tentang penetapan tindak kecurangan dalam JKN. Tindak kecurangan dapat dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan penyedia obat dan alat kesehatan. Diidentifikasi lebih lanjut terhadap badan/ lembaga/institusi terkait dapat dimungkinkan terjadi potensi kecurangan JKN seperti pemberian ijin Fasilitas Kesehatan yang tidak memenuhi karena faktor diperolehnya keuntungan tertentu oleh pemberi izin, pemberian Surat Izin Praktik bagi PNS dalam jam kerja di Puskesmas/Rumah Sakit, dan lain sebagainya.

Dalam kaitannya dengan upaya penyelesaian sengketa yang bersumber dari luar pengaduan, secara tegas disebutkan bahwa tugas yang diemban Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKTP adalah menyelesaikan perselisihan kecurangan JKN, sedangkan tugas pada Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL tidak ditentukan secara tegas. Namun, melihat salah satu unsur pembentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL, yaitu Komite Medik, sehingga dapat sekaligus menangani penyelesaian perselisihan kecurangan JKN pada tingkat FKRTL. Dalam rangka upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN, Permenkes No. 36 Tahun 2015 memberikan ruang untuk melakukan penyelesaian sengketa perselisihan dalam hal terjadi penetapan kecurangan berdasarkan hasil investigasi Tim Pencegahan Kecurangan JKN melalui tahapan pengaduan yang dilakukan secara tertulis yang disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/ atau Dinas Kesehatan Provinsi.

Sengketa lain yang tidak dapat diselesaikan melalui mekanisme pengaduan yaitu sengketa yang bersumber dari

hubungan kontraktual. Dalam perjanjian kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan secara tegas telah ditentukan dalam salah satu pasalnya bahwa bentuk penyelesaian sengketa dibagi dalam dua tahap, yaitu melalui upaya musyawarah untuk mufakat dan diselesaikan di pengadilan.

G. Lembaga Penyelesaian Sengketa JKN

Keberadaan lembaga penyelesaian sengketa dalam JKN terletak pada adanya peran atau intervensi negara dalam penyelenggaraannya. Menurut Jimly Asshiddiqie dalam Siahaan (2005: 18), dalam konsep negara kesejahteraan terdapat tanggung jawab negara untuk mengembangkan kebijakan di berbagai bidang kesejahteraan sebagai wujud pelaksana fungsi pelayanan umum melalui penyediaan intervensi - intervensi Pemerintah. Spicker (2000: 3-6) memaknai negara kesejahteraan (*welfare state*) sebagai sarana untuk mempromosikan dan memelihara kesejahteraan masyarakat yang dicapai melalui tindakan kolektif (*collective action*), saling menguntungkan (*mutualism*) dan solidaritas (*solidarity*).

Menurut pandangan Spicker sebenarnya konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) dapat digali dari nilai-nilai Pancasila. Dalam disertasi Roberia (2013: 17), secara konseptual pengembangan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia harus dikonstruksi dari idealisme negara kesejahteraan sesuai dengan UUD 1945 serta memperhatikan dan menjunjung tinggi konsep negara hukum. Pada intinya hukum harus dijadikan panglima dalam dinamika kehidupan kenegaraan (Asshiddiqie, 2016). Namun, dalam proses penegakan hukum berdasarkan konsep negara hukum tidak selamanya harus dilakukan dengan menggunakan metode keadilan formal yang dilanjutkan tindakan *formal legality* karena dapat juga timbul suatu ketidakpastian hukum dalam pelaksanaannya (Termoshuizen, 2004).

Nilai-nilai Pancasila inilah yang diadopsi dalam penyelesaian sengketa JKN, yang diawali dengan musyawarah dan mediasi secara berjenjang mulai dari tingkat kabupaten/kota, provinsi, Pusat dan berujung penyelesaian sengketa oleh Dewan Pertimbangan Klinis (DPK). Disebutkan dalam Pasal 26 ayat (3) Permenkes No. 71 Tahun 2013 bahwa dalam hal terdapat sengketa indikasi medis antara Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh Dewan Pertimbangan Klinis yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan. Pembentukan DPK bertujuan agar pelayanan kesehatan yang kepada pasien efektif dan sesuai kebutuhan yang terdiri atas unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran.

Selanjutnya, dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 penyelesaian sengketa secara berjenjang dilakukan oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) yang terdiri dari organisasi profesi, pakar klinis dan akademisi. Sebelumnya, jika terjadi sengketa maka tim Komite Medik yang memfasilitasi penyelesaian antara pihak dokter, rumah sakit dan pengadu.

Pada 23 Juni 2015, Kementerian Kesehatan menerbitkan Surat Edaran (SE) Nomor 03.03/X/1185/2015 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA - CBG dalam Penyelenggaraan JKN untuk memberikan solusi penyelesaian beberapa klaim kasus yang mengalami penundaan. Pantauan Ardyanto (2016), penerbitan SE tersebut karena melaporkan BPJS Kesehatan tentang 500 kasus yang belum jelas aturan kodingnya. Kemudian kasus-kasus tersebut dibahas oleh Kementerian Kesehatan dengan menghadirkan Organisasi Profesi termasuk Perhimpunan Dokter Spesialis terkait. Inti SE tersebut membahas kesepakatan solusi terhadap tiga puluh enam (36) poin perbedaan pendapat sehingga klaim yang *pending* dapat diselesaikan. Namun, terdapat kesalahpahaman dalam implementasinya sehingga belum semua, dari 500 kasus tersebut terselesaikan melalui SE di atas. Verifikator BPJS Kesehatan berpendapat, masih adanya beberapa pertanyaan

yang belum terjawab dengan SE tersebut mengakibatkan perbedaan pendapat dengan penyedia layanan (Ardyanto, 2016). Untuk mengatasinya Menteri Kesehatan menerbitkan SE Nomor 03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan JKN.

Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013, Pasal 43A sebenarnya memerintahkan pemerintah pusat dan daerah melakukan monitoring serta evaluasi pelaksanaan JKN, diantaranya penilaian teknologi kesehatan dan pertimbangan klinis. Sedangkan TKMKB dan Dewan Pertimbangan Medik (DPM) merupakan tim pembedah penyelesaian masalah yang berafiliasi dengan BPJS Kesehatan yang juga menjalankan fungsi DPK secara berjenjang dari tingkat Kabupaten/Kota sampai ke Provinsi.

Sehingga terdapat beberapa tim penyelesaian masalah yang telah dibentuk untuk menyelesaikan permasalahan JKN. Dan untuk memudahkan Pemerintah menjalankan tugas dalam fungsi pengaturan dan pengawasan maka perlu suatu lembaga penyelesaian masalah yang menaungi seluruh penyelesaian permasalahan JKN, sekaligus sebagai lembaga yang berfungsi sebagai wasit dalam sengketa JKN. Lembaga ini penting untuk mengawasi pelaksanaan JKN di lapangan, seperti keterlambatan pembayaran klaim, pemberian kode diagnosis atau *coding*, peserta mandiri yang tidak bisa naik kelas perawatan, kontrak kerja sama dengan BPJS Kesehatan, dan masalah lainnya. Fungsi independensi dalam lembaga ini nantinya tentu tidak utuh dan tidak netral artinya sifat independensi dibatasi yang harus berpihak kepada kepentingan rakyat, sebagaimana dijamin dalam konstitusi yang menyatakan bahwa kedaulatan berada di tangan rakyat (Ali, 2009: 63). Pembatasan independensi ini dengan melegalisasi unsur Pemerintah ke dalam lembaga independen yang memfokuskan konsepnya pada pelayanan publik yang maksimal baik dari sisi politis, sosial, budaya dan ekonomi (Sibuea, 2010: 41).

H. Jenis Sengketa JKN dan Alternatif Penyelesaian

Setelah dari awal 2014 BPJS Kesehatan telah dimulai di Indonesia. Ternyata ada banyak sekali keluhan yang terjadi di masyarakat. Baik itu dalam segi pelayanan, maupun dalam hal migrasi dari pengguna Askes menjadi menggunakan BPJS Kesehatan. Walaupun penggunaan BPJS lebih bersifat universal atau menyeluruh bagi semua kalangan. Namun, ternyata kemudahan-kemudahan yang “dijanji” sepertinya belum bisa dinikmati oleh seluruh kalangan masyarakat. Baik itu kalangan yang sebelumnya menggunakan Askes dan Jamsostek, maupun kalangan masyarakat yang menggunakan Jamkesmas serta masyarakat biasa. Beberapa permasalahan terkait dengan pelayanan BPJS dapat diuraikan sesuai pelayanan pada masing-masing jenjang berikut ini, Peserta dengan Faskes; Peserta dengan BPJS Kesehatan; BPJS Kesehatan dengan Faskes; dan BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Faskes.

Menurut Undang-Undang No. 24 Tahun 2019 tentang BPJS Pasal 48 ayat (1) penyelesaian sengketa melalui penyelesaian pengaduan di mana BPJS wajib membentuk unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta.. Ayat (2) Pasal ini menyatakan BPJS (2) BPJS wajib menangani pengaduan paling lama 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya pengaduan.

Pasal 49 Undang-Undang No.24 Tahun 2014 menyebutkan Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi di mana: (1) Pihak yang merasa dirugikan yang pengaduannya belum dapat diselesaikan oleh unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (1), penyelesaian sengketa dapat dilakukan melalui mekanisme mediasi. Ayat (2) pada pasal ini menyatakan (2) Mekanisme mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui bantuan mediator yang disepakati oleh kedua belah pihak secara tertulis, kemudian ayat (3) pada pasal ini menyebutkan bahwa Penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penanda tangan kesepakatan

sebagaimana dimaksud pada ayat (2) oleh kedua belah pihak. Sedangkan ayat (4) Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi, setelah ada kesepakatan kedua belah pihak secara tertulis, bersifat final dan mengikat.

Bentuk penyelesaian yang kedua bagian dapat dilakukan melalui Penyelesaian Sengketa Melalui Pengadilan. Bentuk penyelesaian dapat ditempuh bilamana disebutkan Pasal 50 Dalam hal pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta melalui mekanisme mediasi tidak dapat terlaksana, penyelesaiannya dapat diajukan ke pengadilan negeri di wilayah tempat tinggal pemohon. Pasal 51(1) Dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program Jaminan Sosial, BPJS bekerja sama dengan lembaga Pemerintah. (2) Dalam menjalankan tugasnya, BPJS dapat bekerja sama dengan organisasi atau lembaga lain di dalam negeri atau di luar negeri.(3) BPJS dapat bertindak mewakili Negara Republik Indonesia sebagai anggota organisasi atau anggota lembaga internasional apabila terdapat ketentuan bahwa anggota dari organisasi atau lembaga internasional tersebut mengharuskan atas nama negara.

Penyelesaian sengketa dalam penyelenggaraan JKN diatur dalam:

1. UU No. 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

Pasal 6

1. Sengketa atau beda pendapat perdata dapat diselesaikan oleh para pihak melalui alternatif penyelesaian sengketa yang didasarkan pada itikad baik dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi di Pengadilan Negeri.
2. Penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui alternatif penyelesaian sengketa sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diselesaikan dalam pertemuan langsung

oleh para pihak dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari dan hasilnya dituangkan dalam suatu kesepakatan tertulis.

3. Dalam hal sengketa atau beda pendapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) tidak dapat diselesaikan, maka atas kesepakatan tertulis para pihak, sengketa atau beda pendapat diselesaikan melalui bantuan seorang atau lebih penasihat ahli maupun melalui seorang mediator.
4. Apabila para pihak tersebut dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari dengan bantuan seorang atau lebih penasihat ahli maupun melalui seorang mediator tidak berhasil mencapai kata sepakat, atau mediator tidak berhasil mempertemukan kedua belah pihak, maka para pihak dapat menghubungi sebuah lembaga arbitrase atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa untuk menunjuk seorang mediator.
5. Setelah penunjukan mediator oleh lembaga arbitrase atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa, dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari usaha mediasi harus sudah dapat dimulai.
6. Usaha penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui media for sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) dengan memegang teguh kerahasiaan, dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari harus tercapai kesepakatan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh semua pihak yang terkait.
7. Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat secara tertulis adalah final dan mengikat para pihak untuk dilaksanakan dengan itikad baik serta wajib didaftarkan di Pengadilan Negeri dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak penandatanganan.
8. Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (7) wajib

selesai dilaksanakan dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak pendaftaran.

9. Apabila usaha perdamaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) sampai dengan ayat (6) tidak dapat dicapai, maka para pihak berdasarkan kesepakatan secara tertulis dapat mengajukan usaha penyelesaiannya melalui lembaga arbitrase atau arbitrase ad hoc.

2. UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS pasal 49, 50 menetapkan Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi

Pasal 49

- 1) Pihak yang merasa dirugikan yang pengaduannya belum dapat diselesaikan oleh unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (1), penyelesaian sengketanya dapat dilakukan melalui mekanisme
- 2) Mekanisme mediasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui bantuan mediator yang disepakati oleh kedua belah pihak secara tertulis.
- 3) Penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja sejak penandatanganan kesepakatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) oleh kedua belah pihak.
- 4) Penyelesaian sengketa melalui mekanisme mediasi, setelah ada kesepakatan kedua belah pihak secara tertulis, bersifat final dan mengikat.
- 5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyelesaian sengketa melalui mediasi dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelesaian Sengketa Melalui Pengadilan

Pasal 50

Dalam hal pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh unit pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan Peserta melalui mekanisme mediasi tidak dapat terlaksana, penyelesaiannya dapat diajukan ke pengadilan negeri di

wilayah tempat tinggal pemohon.

3. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menetapkan

Pasal 46 (1) Sengketa antara:

- a. Peserta dengan Fasilitas Kesehatan;
- b. Peserta dengan BPJS Kesehatan;
- c. BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan; atau
- d. BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan; diselesaikan dengan cara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa.

(1) Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui pengadilan.

(2) Cara penyelesaian sengketa melalui mediasi atau melalui pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN.1

Pasal 26 ayat (3)

Dalam hal terdapat sengketa indikasi medis antara Peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan, diselesaikan oleh dewan pertimbangan klinis yang dibentuk oleh Menteri.

BAB XI

PENYELESAIAN SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN MELALUI MEDIASI

A. Latar Belakang

Pola pikir dan bentuk hubunga antar manusia (*human relationship*) sebagai suatu bentuk peradaban sekarang ini telah berubah dan bergeser dari manusia sebagai makhluk sosial ke arah manusia sebagai makhluk individual. Ini terlihat dengan jelas pada pola-pola kehidupan masyarakat perkotaan. Sifat individualistis ini bahkan dapat menjadi faktor pencetus terjadinya sengketa dalam masyarakat termasuk di dalamnya sengketa dalam pelayanan kesehatan (*health service disputes*). Sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan timbul akibat karena adanya pelanggaran etika profesi, disiplin, dan tindak kriminal dari tenaga kesehatan. Khusus untuk tindak kriminal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena termasuk dalam ranah tindak pidana penyelesaiannya dilakukan melalui lembaga peradilan.

Tuntutan globalisasi saat ini adalah “meniscayakan” suatu sistem yang fleksibel, cepat, aman, dan mudah dalam segala aspek kehidupan manusia termasuk dalam penyelesaian sengketa dalam bidang kesehatan yang selalu timbul dan berkembang dalam kehidupan masyarakat. Kesehatan merupakan kebutuhan pokok dalam kehidupan manusia, di sisi lain pengetahuan dan keterampilan masyarakat awam terbatas. Masyarakat cenderung untuk meminta bantuan kepada petugas kesehatan sebagai “*the owner of body of knowledge*” dari pengejawantahan upaya kesehatan. Sehingga dalam hal ini, pasien sebenarnya merupakan faktor *liveware* yang harus dipandang sebagai subjek yang memiliki pengaruh besar atas hasil akhir layanan kesehatan bukan sekadar objek. Hak-hak pasien harus dipenuhi mengingat pasien menjadi salah satu tolok ukur mutu pelayanan kesehatan sementara ketidakpuasan pasien dapat menjadi pemicu lahirnya tuntutan hukum.

Dalam menjalankan tugas, tenaga kesehatan terikat oleh norma-norma baik yang berasal dari etika profesi maupun dari norma hukum, yang berlaku dan mengikat setiap warga negara. Konsekuensi logis berlaku dan mengikatnya etika profesi dan hukum terhadap setiap pelaku tugas profesional maka setiap subjek pelaku tugas profesional selalu dapat diminta pertanggungjawaban baik secara etika profesi maupun peraturan perundang-undang yang berlaku.

Tanggung jawab etika profesi dikenal dengan tuntutan pertanggungjawaban melalui Majelis Kode Etik Profesi sebagaimana diharuskan oleh Undang-Undang No. 18 Tahun 2001 tentang Ilmu, Pengatahuan, dan Teknologi. Bahwa setiap profesi wajib memiliki Dewan Kehormatan Profesi. Sedangkan tanggung jawab hukum dikenal dengan sebutan gugatan perdata, tuntutan pidana maupun administrasi negara. Namun tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya juga mendapatkan perlindungan hukum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 27 ayat (1) yang menegaskan bahwa tenaga

kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya, sehingga tenaga kesehatan merasa aman dan nyaman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara optimal.

Banyaknya kasus dugaan malpraktik dalam pelayanan kesehatan menjadi *warning* dan *become aware* bagi tenaga kesehatan untuk lebih memperbaiki kualitas dalam pelayanan kesehatan. Tidak jarang dijumpai keterlambatan penanganan terhadap pasien oleh tenaga kesehatan disebabkan kelalaian atau alasan-alasan lain seperti biaya perawatan yang seharusnya tidak terjadi. Kelalaian atau hasil kerja dari tenaga kesehatan dapat berakibat timbulnya tuntutan dari pasien. Hal ini menandakan semakin tumbuhnya kesadaran hukum masyarakat khususnya kesadaran pasien dan atau keluarganya terhadap hak-haknya yaitu antara lain untuk memperoleh pelayanan yang baik maupun ganti rugi apabila tenaga kesehatan terbukti melakukan malpraktik. Dengan kata lain, saat ini telah muncul fenomena pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak lagi bersikap pasif.

Dengan banyaknya kasus yang diakibatkan ketidakpuasan konsumen maka pemerintah pun mengeluarkan Undang-Undang tentang Perlindungan Konsumen Nomor 8 Tahun 1999 yang salah satu ketentuannya adalah bahwa konsumen pelayanan jasa berhak atas keamanan, kenyamanan dan keselamatan, informasi yang benar, jelas dan jujur serta menuntut ganti rugi apabila tenaga kesehatan lainnya selama melakukan pelayanan kesehatan melakukan kesalahan atau kelalaian yang merugikan pasien. Ketentuan ini dalam hal tertentu secara analogis dapat diterapkan kepada pasien di pelayanan kesehatan mengingat bahwa konsumen maupun pasien sama-sama memiliki "*customer satisfaction*".

Sengketa dalam bidang kesehatan merupakan *inherent factor* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Dugaan malpraktik, ketidakpuasan pelayanan, pembiayaan kesehatan yang kurang

terjangkau, pelanggaran disiplin dan pelanggaran etika profesi merupakan *cause effect issue* yang sering dipermasalahkan dalam sengketa pelayanan kesehatan. Penyelesaian sengketa yang dilakukan melalui lembaga peradilan bersifat terbuka dan mengadili dengan hasil akhir kalah (*lose*) dan menang (*win*) memberikan kerugian pada para pihak khususnya dalam hubungan antar para pihak pasca proses peradilan.

Mediasi sebagai bentuk alternatif penyelesaian sengketa merupakan pendekatan yang tepat. Dijustificasi dan dilegalkan oleh sistem hukum di Indonesia. Peraturan Mahkamah Agung RI (Perma) No. 1 Tahun 2008 memberikan pengaturan pada lembaga peradilan bahwasanya semua sengketa perdata sebelum dilakukan proses persidangan terlebih dahulu wajib dilakukan mediasi dan bila tidak dilakukan maka putusannya batal demi hukum. Dalam hal sengketa pelayanan kesehatan ketentuan mengenai mediasi dalam penyelesaian sengketa medik kesehatan diamanahkan dalam pasal 29 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Cara penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan yang timbul karena tidak harmonisnya hubungan tenaga kesehatan atau Rumah Sakit dengan pihak pasien selama ini paling sering digunakan masyarakat saat ini adalah melalui jalur litigasi yaitu melalui proses beracara di Pengadilan Tingkat I, Pengadilan Tinggi hingga ke Mahkamah Agung. Suatu hal yang tampak jelas dalam proses penyelesaian sengketa melalui jalur litigasi adalah sifat terbuka, adanya pihak yang menang dan pihak yang kalah bila ditinjau dari aspek budaya dan hubungan antarmanusia dalam sosial kemasyarakatan dipandang tidak menguntungkan karena hasil putusan tersebut bisa menjadi sumber bibit perpecahan dan ketidakharmonisan hubungan para pihak.

Secara alami pihak yang merasa dikalahkan oleh putusan pengadilan tidak dapat begitu saja menerima terhadap putusan yang dijatuhkan. Oleh karena itu, dapat dikatakan permasalahan sesungguhnya belum selesai secara hukum

tetapi masih menyisakan sengketa relasi antar pihak (*human relationship-conflict*). Adanya konflik relasi tersebut tentu tidak menguntungkan apalagi bila melibatkan ranah yang lebih besar misalnya kelompok, institusi, perusahaan atau negara dalam segala bidang termasuk di dalamnya bidang pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan didasarkan atas motivasi untuk memberikan pertolongan kepada pihak pasien untuk meringankan penderitaan dan membantu proses penyembuhan berdasarkan ilmu kedokteran dan kesehatan bukan motivasi untuk mencelakakan, menganiaya, membuat kecacatan atau menderita pasien. Hasil perawatan yang muncul kadang tidak sesuai dengan harapan pasien dan tenaga kesehatan yang pada dasarnya bukan suatu tindakan yang didasari oleh niat tindak pidana sebagaimana sering dijadikan dasar penuntutan oleh keluarga pasien melalui Perbuatan Melanggar Hukum.

Berdasarkan fenomena tersebut diperlukan suatu upaya yang lebih arif dalam penanganan sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan sehingga bisa menguntungkan para pihak yang bersengketa. Sebelum ada putusan dari pengadilan profesi maka ketidaksesuaian logika antara pasien dan dokter atau rumah sakit disebut sebagai sengketa medik, bukan malpraktik kedokteran. Harus dianalisis terlebih dahulu setiap peristiwa buruk (*adverse event*), sebab tidak semua *adverse event* identik dengan malpraktik kedokteran. Setelah dianalisis baru dapat diketahui apakah masuk dalam kategori pidana ataukah kecelakaan (*misadventure*).

Secara garis besar penyelesaian sengketa dapat diselesaikan melalui proses peradilan (*litigation*) dan di luar proses peradilan (*non litigation*). Penyelesaian sengketa di luar proses peradilan (*non litigation*) dapat diselesaikan melalui mekanisme *Alternative Dispute Resolution* (ADR) diantaranya melalui proses mediasi, konsiliasi maupun arbitrase sebagai alternatif penyelesaian

sengketa yaitu *win-win solution* yang sama-sama menguntungkan para pihak dan hasil putusannya dapat diterima para pihak.

Upaya penyelesaian sengketa tersebut terlebih dahulu diselesaikan melalui mekanisme mediasi sebagaimana diatur dalam pasal 29 Undang-Undang Kesehatan yang menegaskan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

B. Pelayanan Kesehatan Berbasis Upaya Maksimal (*Inspanning Verbintennis*)

Ilmu kesehatan dan kedokteran bukanlah ilmu pasti yang bisa memberikan jaminan hasil, pasien atau keluarga pasien datang ke institusi pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan dari tenaga kesehatan dengan harapan sembuh dari penyakitnya. Di sisi lain, tenaga kesehatan hanya dapat mengusahakan berdasarkan ilmu kesehatan dan kedokteran untuk meringankan dan mengupayakan penyembuhan bukan memberikan jaminan kesembuhan.

Ketidakpastian ilmu kesehatan dan kedokteran pada dasarnya dipengaruhi oleh banyak faktor terutama terkait dengan variasi biologi masing-masing pasien. Variasi biologis yang fluktuatif dari waktu ke waktu dari individu yang sama akan memberikan respons pengobatan dengan hasil yang berbeda dan hasil pengobatan akan menjadi lebih sulit diprediksi lagi bila individunya berbeda. Dengan kata lain, hasil dari proses pengobatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tidak dapat dipastikan. Namun demikian bukan berarti pengobatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tanpa dasar tetapi didasarkan oleh keilmuan medis. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan ikatan profesi dalam upaya menjamin kualitas layanan membuat berbagai standar yang dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

Kesalahan yang sering muncul dilakukan tenaga kesehatan yang berpraktik adalah kadang memberikan tawaran kepada pasien dengan berbagai fasilitas pelayanan seolah-olah akan memberikan jaminan hasil atau kepastian terhadap pengobatan yang dilakukan. Sudah tentu akan menimbulkan sengketa di kala akhirnya tidak sesuai dengan yang ditawarkan. Memang benar tidak selamanya pelayanan kesehatan bernuansa upaya maksimal, namun akhir-akhir ini ada juga yang bernuansa hasil terutama pada pasien tanpa indikasi medis seperti pelayanan kosmetika atau estetika.

Perikatan-perikatan yang timbul dari suatu perjanjian dibagi dalam perikatan hasil dan perikatan usaha. Perbedaan antara perikatan hasil dan perikatan usaha (*resultaat s eninspanning verbintenis*) dimulai dari tulisan Ph. A.N. Houwing “*De inhoud van de verbintenis en de overmacht*”, yang terbit pada 1953 di WNPR 4316-4324 (*Bunga Rampai Medical Malpractice*, MARI, 1992: 3-4). Suatu perikatan disebut perikatan hasil apabila debitur berkewajiban menghasilkan suatu hasil atau akibat, misalnya dokter gigi menambal gigi yang berlubang, hasilnya adalah gigi tidak berlubang lagi dan penyakit giginya menjadi sembuh. Berbeda dengan perikatan usaha, pengertiannya adalah suatu perikatan di mana debitur berkewajiban dengan suatu usaha (pemeliharaan, perawatan dan pengabdian) guna mencapai suatu tujuan tertentu, misalnya seorang ahli bedah dalam melakukan operasi katup jantung. Hasilnya tidak selalu dapat dipastikan dapat menyembuhkan penyakit yang diderita pasiennya. Perbedaan ini sangat penting dalam hubungannya dengan beban pembuktian. Pada suatu perikatan hasil (*resultaatsverbintenis*) kreditur cukup menyatakan bahwa debitur tidak memenuhi kewajibannya.

Pada umumnya pelayanan kesehatan merupakan upaya dengan niat baik untuk memberikan pertolongan, meringankan penderitaan dan mengupayakan kesembuhan berdasarkan standar kompetensi dan standar operating prosedur. Karena itu

bila terjadi efek samping atau hasil yang tidak sesuai dengan harapan bukanlah suatu tindak pidana sehingga bila terjadi sengketa dapat diselesaikan melalui proses mediasi.

Konflik pelayanan kesehatan yang dikarenakan pasien atau keluarga pasien menganggap dirugikan atau mengalami risiko medis maka penyelesaiannya bukan melalui tuntutan pidana atau gugatan perdata melainkan diproses sebagai “sengketa medis” yang diselesaikan melalui “mediasi medis” atau peradilan khusus kesehatan yang bersifat “*ad hoc*” tanpa campur tangan peradilan umum dari aparat penegak hukum umum.

C. Mediasi dan Budaya Luhur Bangsa Indonesia

Bangsa Indonesia sangat dikenal dengan budaya ketimurannya yang santun, ramah, kegotong-royongan dan selalu mengedepankan musyawarah untuk menyelesaikan perbedaan pendapat. Nilai-nilai positif ini perlu kita budayakan lagi dalam setiap aspek kehidupan, khususnya dalam mencari solusi terhadap penyelesaian sengketa yang muncul baik antar individu, kelompok maupun institusi. Perbedaan pendapat diantara individu dalam hidup bermasyarakat dan bernegara akan selalu ada. Fenomena ini mempunyai dua sisi yaitu baik dan buruk, bila pendapat ini dapat dikelola dengan baik maka akan berdampak positif terhadap proses kemajuan tetapi apabila tidak berkembang menjadi konflik atau sengketa.

Penyelesaian sengketa yang ada saat ini sering mengesampingkan nilai-nilai luhur yang dimiliki bangsa Indonesia. Ada kecenderungan setiap konflik selalu dibawa pada proses peradilan di pengadilan (litigasi). Nilai-nilai yang telah kita miliki sudah saatnya untuk disosialisasikan kembali ke masyarakat bahwasanya semua sengketa itu dapat diselesaikan dengan jalan musyawarah untuk mufakat dan tidak mengharuskan untuk dibawa ke lembaga peradilan untuk hasil akhir menang atau kalah, cara lain tersebut adalah proses mediasi. Mediasi adalah penyelesaian sengketa antara para pihak dengan

bantuan pihak ketiga netral yang disebut dengan mediator. Proses mediasi mengedepankan *win-win solution* melalui perundingan, musyawarah untuk mencapai persetujuan damai guna mengakhiri sengketa yang ada dengan mengedepankan untuk tetap menjaga hubungan baik para pihak.

Proses mediasi pada dasarnya telah ada sejak Bangsa Indonesia ini ada. Sebagai contoh sengketa suami istri, pembagian warisan, batas tanah, kepemilikan tanah dan sebagainya bisa didamaikan oleh orangtua/sesepuh/tokoh masyarakat yang berperan sebagai pihak ketiga yang netral (mediator). Tetapi dengan globalisasi, peran mediasi mengalami kemunduran kalau tidak dapat dikatakan ditinggalkan paling sering dikedepankan. Ironisnya, bangsa dan Negara Indonesia yang dikenal dengan dengan budaya ketimurannya, jika dibandingkan dengan Negara Jepang dan Singapura yang dikenal sebagai negara modern tetapi masih mempertahankan tradisi budaya untuk menyelesaikan sengketa dengan jalan damai melalui *Chotei/Wakai* di Jepang dan *Mediation Center* di Singapura.

D. Mediasi Sebagai Penyelesaian Sengketa Kesehatan

Mediasi di Indonesia perlu dipupuk kembali dengan menghidupkan tradisi lama yang telah dimiliki dengan keharusan memberlakukan sistem hukum yang berlaku di Indonesia. Hal ini mempunyai dasar hukum diantaranya pasal 6 Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif penyelesaian sengketa, pasal 130 HIR/ 154 Rbg dan Peraturan Mahkamah Agung (Perma) Nomor 2 Tahun 2003 yang disempurnakan dengan Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008. Mediasi dalam bidang kesehatan merupakan suatu pendekatan baru yang bisa ditempuh sebagai alternatif penyelesaian sengketa yang diwajibkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 yang secara tegas dalam pasal 29 yang mengatur: **“Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya,**

kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi”.

Mediasi pada dasarnya bersifat universal berlaku lintas suku, lintas agama dan lintas negara asal pemasalahan tersebut tidak termasuk dalam permasalahan pidana serta tidak bertentangan dengan sistem hukum suatu negara. Berdasarkan ketentuan dalam Perma Nomor 1 tahun 2008 bahwa perkara yang masuk di pengadilan tingkat pertama meliputi pengadilan umum dan Pengadilan Agama, Pengadilan Tinggi maupun Mahkamah Agung dapat dilakukan mediasi. Mediasi dapat dilakukan di dalam pengadilan maupun di luar pengadilan, baik oleh hakim mediasi maupun mediator bersertifikat yang disetujui oleh para pihak. Pada Pengadilan Tingkat pertama, semua perkara perdata wajib untuk lebih dahulu diselesaikan melalui perdamaian dengan bantuan mediator. Adanya ketentuan tersebut hendaknya dapat direspons secara lebih baik dan disosialisasikan pada masyarakat karena prosedur penyelesaian dengan jalan mediasi di samping menghasilkan hasil akhir yang saling menguntungkan kedua belah pihak yang mampu menjaga hubungan baik para pihak juga tidak memerlukan waktu yang lama maupun biaya yang mahal. Di samping itu, dapat membantu beban kerja lembaga peradilan untuk mengurangi penumpukan perkara di lembaga tersebut. Proses mediasi dalam pelayanan kesehatan tidak berlaku pada tindak pidana, misalnya melakukan tindakan aborsi tanpa indikasi medis, menghilangkan nyawa orang (*euthanasia*), memperjualbelikan organ manusia dan sebagainya.

Mediasi dapat dilakukan di dalam pengadilan maupun di luar pengadilan. Perkara atau sengketa kesehatan yang telah masuk dalam pengadilan biasanya pada persidangan pertama akan ditawarkan oleh hakim untuk melakukan mediasi terlebih dahulu. Para pihak dapat memilih mediator yang disepakatinya untuk selanjutnya diberi kesempatan melakukan mediasi selama 40 hari dan dapat diperpanjang 14 hari atas permintaan para

pihak, sebagaimana ada dalam ketentuan Perma Nomor 1 Tahun 2008. Perkara atau sengketa yang belum masuk di lembaga peradilan, para pihak bisa memilih mediator bersertifikat yang berpraktik swasta untuk membantu menyelesaikan sengketa yang dihadapinya.

Pada keadaan ini proses mediasi tidak dibatasi oleh waktu sebagaimana bermediasi di pengadilan. Mediasi dijalankan dengan sifat tertutup dan tidak mengikuti kaidah beracara di pengadilan, penjadwalan, memilih narasumber ahli dan poin kesepakatan perdamaian dibuat oleh para pihak. Sedangkan mediator yang bersifat netral hanya membantu dalam merumuskan titik tengah kesepakatan yang menguntungkan kedua belah pihak. Hasil kesepakatan perdamaian dapat dimintakan penetapan dari pengadilan untuk mendapatkan akta perdamaian agar bersifat *Final* dan *Binding* serta dapat dilakukan eksekusi bila di kemudian hari dijumpai wanprestasi dari salah satu pihak.

E. Mediasi Sebagai bagian Upaya Menuju Masyarakat Sejahtera.

Menghukum, memenangkan gugatan dalam suatu putusan lembaga peradilan merupakan istilah yang bermakna negatif bagi pihak yang menerimanya dan bagi orang yang mencari keadilan. Suatu kasus gugatan keluarga pasien misalnya terhadap rumah sakit dengan landasan Perbuatan Melawan Hukum karena anggota keluarganya meninggal akibat dugaan malpraktik. Dalam persidangan, karena tidak terbukti melakukan Perbuatan Melawan Hukum maka putusan pengadilan menolak gugatan penggugat dan menghukum penggugat membayar biaya perkara. Ini menunjukkan bahwa pihak pencari keadilanpun dapat dihukum dan dapat dituntut balik dengan dalih pencemaran nama baik.

Permasalahan tersebut sebenarnya dapat diselesaikan melalui proses mediasi dan masing-masing pihak sadar akan

manfaat serta kepentingannya tentu akan mendapatkan hasil akhir yang lebih baik yaitu hubungan antara pihak dapat terjaga, kedua belah pihak mendapatkan keuntungan yang seimbang, akan meningkatkan harmonisasi dalam kehidupan bermasyarakat untuk menuju masyarakat yang damai, jauh dari rasa dendam dan tidak mengutamakan konflik.

Dalam ilmu pengetahuan hukum dapat diartikan dalam 3 (tiga) hal yaitu *pertama*, hukum dalam artinya sebagai adil (keadilan). Arti yang *kedua*, hukum dalam artinya sebagai undang-undang dan/atau peraturan mengenai tingkah laku (tertulis) yang dibuat oleh penguasa. Dan ketiga, hukum dalam arti sebagai hak. Hukum dalam arti yang kedua inilah yang lazimnya disebut sebagai hukum objektif yaitu yang berupa rangkaian peraturan yang mengatur tentang macam-macam perbuatan yang boleh dilakukan dan dilarang, siapa yang melakukannya serta sanksi apa yang dijatuhkan atas pelanggaran peraturan tersebut. Dokter atau dokter gigi sebagai suatu profesi memiliki tanggung jawab profesi atas pelayanan medisnya. Terhadap pelanggaran hukum tersebut yang dilakukan oleh profesi dokter ini dapat dilakukan tindakan atau dengan kata lain dilakukan penegakan hukum.

F. Prosedur dan Tata Cara Mediasi

Peraturan Mahkamah Agung RI No. 1 Tahun 2016 tentang **Prosedur Mediasi di Pengadilan** yang merupakan hasil revisi dari **Peraturan Mahkamah Agung No. 2 Tahun 2003 (PERMA No. 2 Th. 2003)**, di mana dalam PERMA No. 2 Tahun 2003 masih terdapat banyak kelemahan Normatif yang membuat PERMA tersebut tidak mencapai sasaran maksimal yang diinginkan, dan juga berbagai masukan dari kalangan hakim tentang permasalahan-permasalahan dalam PERMA tersebut.

Mahkamah Agung RI (MA-RI) mewajibkan para pihak menempuh mediasi sebelum perkara diputus oleh hakim diuraikan di bawah ini. Kebijakan MA-RI memberlakukan

mediasi ke dalam proses perkara di Pengadilan didasari atas beberapa alasan sebagai berikut:

1. Proses mediasi diharapkan dapat mengatasi masalah penumpukan perkara. Jika para pihak dapat menyelesaikan sendiri sengketa tanpa harus diadili oleh hakim, jumlah perkara yang harus diperiksa oleh hakim akan berkurang pula. Jika sengketa dapat diselesaikan melalui perdamaian, para pihak tidak akan menempuh upaya hukum kasasi, karena perdamaian merupakan hasil dari kehendak bersama para pihak, sehingga mereka tidak akan mengajukan upaya hukum. Sebaliknya, jika perkara diputus oleh hakim, maka putusan merupakan hasil dari pandangan dan penilaian hakim terhadap fakta dan kedudukan hukum para pihak. Pandangan dan penilaian hakim belum tentu sejalan dengan pandangan para pihak, terutama pihak yang kalah, sehingga pihak yang kalah selalu menempuh upaya hukum banding dan kasasi. Pada akhirnya, semua perkara bermuara ke Mahkamah Agung yang mengakibatkan terjadinya penumpukan perkara.
2. Proses mediasi dipandang sebagai cara penyelesaian sengketa yang lebih cepat dan murah dibandingkan dengan proses **litigasi**. Di Indonesia memang belum ada penelitian yang membuktikan asumsi bahwa mediasi merupakan proses yang cepat dan murah dibandingkan proses **litigasi**. Akan tetapi, jika didasarkan pada logika seperti yang telah diuraikan pada alasan pertama bahwa jika perkara diputus, pihak yang kalah sering kali mengajukan upaya hukum, banding maupun kasasi, sehingga membuat penyelesaian atas perkara yang bersangkutan dapat memakan waktu bertahun-tahun, dari sejak pemeriksaan di Pengadilan tingkat pertama hingga pemeriksaan tingkat kasasi Mahkamah Agung. Sebaliknya, jika perkara dapat diselesaikan dengan perdamaian, maka para pihak dengan sendirinya dapat menerima hasil akhir karena merupakan

hasil kerja mereka yang mencerminkan kehendak bersama para pihak. Selain logika seperti yang telah diuraikan sebelumnya, literatur memang sering menyebutkan bahwa penggunaan mediasi atau bentuk-bentuk penyelesaian yang termasuk ke dalam pengertian *alternative dispute resolution* (ADR) merupakan proses penyelesaian sengketa yang lebih cepat dan murah dibandingkan proses **litigasi**.

3. Pemberlakuan mediasi diharapkan dapat memperluas akses bagi para pihak untuk memperoleh rasa keadilan. Rasa keadilan tidak hanya dapat diperoleh melalui proses litigasi, tetapi juga melalui proses musyawarah mufakat oleh para pihak. Dengan diberlakukannya mediasi ke dalam sistem peradilan formal, masyarakat pencari keadilan pada umumnya dan para pihak yang bersengketa pada khususnya dapat terlebih dahulu mengupayakan penyelesaian atas sengketa mereka melalui pendekatan musyawarah mufakat yang dibantu oleh seorang penengah yang disebut **mediator**. Meskipun jika pada kenyataannya mereka telah menempuh proses musyawarah mufakat sebelum salah satu pihak membawa sengketa ke Pengadilan, Mahkamah Agung tetap menganggap perlu untuk mewajibkan para pihak menempuh upaya perdamaian yang dibantu oleh **mediator**, tidak saja karena ketentuan hukum acara yang berlaku, yaitu HIR dan Rbg, mewajibkan hakim untuk terlebih dahulu mendamaikan para pihak sebelum proses memutus dimulai, tetapi juga karena pandangan, bahwa penyelesaian yang lebih baik dan memuaskan adalah proses penyelesaian yang memberikan peluang bagi para pihak untuk bersama-sama mencari dan menemukan hasil akhir.
4. Institusionalisasi proses mediasi ke dalam sistem peradilan dapat memperkuat dan memaksimalkan fungsi lembaga pengadilan dalam penyelesaian sengketa. Jika pada masa-masa lalu fungsi lembaga pengadilan yang lebih menonjol

adalah fungsi memutus, dengan diberlakukannya PERMA tentang Mediasi diharapkan fungsi mendamaikan atau memediasi dapat berjalan seiring dan seimbang dengan fungsi memutus. PERMA tentang Mediasi diharapkan dapat mendorong perubahan cara pandang para pelaku dalam proses peradilan perdata, yaitu hakim dan advokat, bahwa lembaga pengadilan tidak hanya memutus, tetapi juga mendamaikan. PERMA tentang Mediasi memberikan panduan untuk dicapainya perdamaian.

Prosedur Untuk Mediasi

1. Setelah perkara dinomori, dan telah ditunjuk majelis hakim oleh ketua, kemudian majelis hakim membuat penetapan untuk mediator supaya dilaksanakan mediasi.
2. Setelah pihak-pihak hadir, majelis menyerahkan penetapan mediasi kepada mediator berikut pihak-pihak yang berperkara tersebut.
3. Selanjutnya mediator menyarankan kepada pihak-pihak yang berperkara supaya perkara ini diakhiri dengan jalan damai dengan berusaha mengurangi kerugian masing-masing pihak yang berperkara.
4. Mediator bertugas selama 21 hari kalender, berhasil perdamaian atau tidak pada hari ke 22 harus menyerahkan kembali kepada majelis yang memberikan penetapan.

a. Mediator

Mediator adalah pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian. Ciri-ciri penting dari mediator adalah;

1. Netral
2. Membantu para pihak

3. Tanpa menggunakan cara memutuskan atau memaksakan sebuah penyelesaian.

Jadi, peran mediator hanyalah membantu para pihak dengan cara tidak memutuskan atau memaksakan pandangan atau penilaiannya atas masalah-masalah selama proses mediasi berlangsung kepada para pihak.

b. Tugas-tugas Mediator

1. Mediator wajib mempersiapkan usulan jadwal pertemuan mediasi kepada para pihak untuk dibahas dan disepakati.
2. Mediator wajib mendorong para pihak untuk secara langsung berperan dalam proses mediasi.
3. Apabila dianggap perlu, mediator dapat melakukan kaukus atau pertemuan terpisah selama proses mediasi berlangsung.
4. Mediator wajib mendorong para pihak untuk menelusuri dan menggali kepentingan mereka dan mencari berbagai pilihan penyelesaian yang terbaik bagi para pihak.

c. Daftar Mediator

Demi kenyamanan para pihak dalam menempuh proses mediasi, mereka berhak untuk memilih mediator yang akan membantu menyelesaikan sengketa.

1. Untuk memudahkan para pihak memilih mediator, Ketua Pengadilan menyediakan daftar mediator yang sekurang-kurangnya memuat 5 (lima) nama dan disertai dengan latar belakang pendidikan atau pengalaman dari para mediator.
2. Ketua Pengadilan menempatkan nama-nama hakim yang telah memiliki sertifikat dalam daftar mediator.
3. Jika dalam wilayah pengadilan yang bersangkutan tidak ada hakim dan bukan hakim yang bersertifikat, semua hakim pada pengadilan yang bersangkutan dapat ditempatkan dalam daftar mediator.

4. Kalangan bukan hakim yang bersertifikat dapat mengajukan permohonan kepada ketua pengadilan agar namanya ditempatkan dalam daftar mediator pada pengadilan yang bersangkutan
5. Setelah memeriksa dan memastikan keabsahan sertifikat, Ketua Pengadilan menempatkan nama pemohon dalam daftar mediator.
6. Ketua Pengadilan setiap tahun mengevaluasi dan memperbarui daftar mediator.
7. Ketua Pengadilan berwenang mengeluarkan nama mediator dari daftar mediator berdasarkan alasan-alasan objektif, antara lain karena mutasi tugas, berhalangan tetap, ketidakaktifan setelah penugasan dan pelanggaran atas pedoman perilaku.

BAB XII

Dewan Pertimbangan Klinis BPJS

A. Pendahuluan

Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mempunyai tujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak berupa manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada keselamatan pasien, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

Penyelenggaraan JKN merupakan interaksi antara unsur peserta, fasilitas pelayanan kesehatan dan badan penyelenggara, yang merupakan perubahan mendasar, menyeluruh, serentak, dan terus-menerus yang senantiasa memerlukan penguatan bertahap. Pada penyelenggaraannya dapat terjadi permasalahan yang menyebabkan sengketa antara unsur-unsur yang berinteraksi tersebut. Dengan demikian, dalam penyelenggaraan

JKN memerlukan sistem dan mekanisme dalam memberi pertimbangan dalam penyelesaian sengketa, pendapat medik (*medical judgement*) serta wadah konsultasi untuk pertimbangan klinis (*clinical advisory*). Pertimbangan klinis dimaksudkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien efektif dan sesuai kebutuhan.

Sesuai dengan amanat Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 43, Menteri bertanggung jawab menjamin kendali mutu dan kendali biaya dalam JKN, khususnya dalam menyelesaikan sengketa sebagai bentuk musyawarah para pihak sebelum dilakukannya mediasi atau peradilan agar pelaksanaan JKN berlangsung secara efektif dan efisien. Peraturan Presiden tersebut diterjemahkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional yang memperjelas pelaksanaan pertimbangan klinis. Berdasarkan hal tersebut, perlu dibentuk Dewan Pertimbangan Klinis oleh Menteri Kesehatan.

Dewan pertimbangan klinis dibentuk di tingkat pusat sedangkan di provinsi dibentuk Tim Pertimbangan Klinis. Baik Dewan Pertimbangan Klinis maupun Tim Pertimbangan Klinis terdiri atas unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran.

Untuk memberikan panduan dalam penyelenggaraan pertimbangan klinis oleh Dewan Pertimbangan Klinis dan Tim Pertimbangan Klinis Provinsi perlu disusun Pedoman Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*).

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai awal 2015. JKN yang secara bertahap dikembangkan dan diperkuat satu sistem pelayanan kesehatan dengan tekad pada 2019 seluruh penduduk Indonesia akan dicakup program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) selain memiliki dimensi kemanfaatan dan kebaikan, tidak terbebas dari dimensi kejahatan. Implementasi program nasional ini berdasarkan UU No. 40 Tahun 2009 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang ditindaklanjuti oleh Pemerintah tidak terbebas dari potensi kejahatan sebagai faktor penyerta dari para aktor yang terlibat.

Demikian pula, pelaksanaan JKN yang didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Menteri Kesehatan sebagai penjamin kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan JKN berupaya untuk mewujudkan Indonesia sebagai negara kesejahteraan dalam bidang kesehatan. Konstelasi pelayanan kesehatan era JKN pada dasarnya terdiri atas interaksi tiga pihak, yakni: (1) BPJS, (2) pemberi pelayanan kesehatan yang mencakup fasilitas pelayanan kesehatan beserta tenaga kesehatannya dan (3) pasien sebagai bagian dari masyarakat. Konstelasi “tripartit”/ tiga pihak dan dinamika interaksi para pihak sebagai “bangunan baru” tak bebas dari potensi kejahatan yang menyertainya. Bentuk dan jenis kejahatan yang menyertainya merupakan suatu penerapan pengabdian baru bagi dokter spesialis ilmu kedokteran forensik dan medikolegal yang selama ini memiliki kemampuan analisis mediko-etikolegal dan ekspertis/pendapat ahli dalam pembuktian forensik dari kasus kejahatan yang mengenai tubuh manusia.

B. Dasar Hukum Dewan Pertimbangan Klinis

Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui program Jaminan Kesehatan mempunyai tujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak berupa manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada keselamatan pasien, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan merupakan interaksi antara unsur peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, yang merupakan perubahan mendasar, menyeluruh, serentak, dan terus menerus yang senantiasa memerlukan penguatan bertahap. Pada penyelenggaraannya dapat terjadi permasalahan yang menyebabkan sengketa antara unsur-unsur yang berinteraksi tersebut. Dengan demikian, dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan memerlukan sistem dan mekanisme pemberian pertimbangan dalam penyelesaian sengketa, pendapat medik (*medical judgement*) serta wadah konsultasi untuk pertimbangan klinis (*clinical advisory*). Pertimbangan klinis dimaksudkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta/pasien efektif dan sesuai kebutuhan.

Pelaksanaan pemberian pertimbangan klinis telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraa Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*), namun dalam perkembangannya perlu penyesuaian terutama dengan ditetapkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 82 menyatakan “Dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan, Menteri menetapkan kebijakan penyelenggaraan: a. penilaian teknologi kesehatan; b. pertimbangan klinis; c. penghitungan standar tarif; dan d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan”. Khususnya pertimbangan klinis, berdasarkan Pasal 91 ayat (4) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, dibentuk DPK untuk menyelesaikan sengketa yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah oleh para pihak. Selanjutnya berdasarkan amanah Pasal 91 ayat (6) Menteri mengatur pembentukan, tugas, fungsi dan kewenangan Dewan Pertimbangan Klinis (DPK), serta tata cara penyelesaian Sengketa Klinis dalam program Jaminan Kesehatan.

1. Dewan Pertimbangan Klinis adalah dewan yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan yang terdiri dari unsur kementerian kesehatan, organisasi profesi dan akademisi kedokteran untuk memberikan pertimbangan klinis dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Tim Pertimbangan Klinis Provinsi yang selanjutnya disebut Tim Pertimbangan Klinis adalah tim yang dibentuk oleh Gubernur terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Provinsi, organisasi profesi dan akademisi kedokteran sebagai perwakilan Dewan Pertimbangan Klinis dalam membantu menyelesaikan permasalahan klinis yang menjadi sengketa di tingkat provinsi.
3. Pengadu adalah peserta Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas pelayanan kesehatan, dan/atau BPJS Kesehatan, yang melaporkan sengketa kepada Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah Provinsi.
4. Permasalahan Klinis adalah masalah yang menyangkut dan/atau berdampak terhadap paket manfaat dan/atau pembayaran klaim yang terjadi dalam pelayanan kesehatan pada penyelenggaraan JKN.
5. Sengketa adalah ketidaksepahaman yang terkait permasalahan klinis antar pihak pengadu pada saat atau sesudah pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan JKN yang berwujud diadukannya satu pihak oleh pihak lainnya kepada Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah Provinsi yang membidangi urusan kesehatan yang bersifat pramediasi dan tidak merupakan perkara perdata dan/atau pidana.

C. Tujuan Dewan Pertimbangan Klinis

1. Sebagai pedoman dalam memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan terkait dengan penyempurnaan pertimbangan klinis berkelanjutan sebagai upaya penguatan sistem dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

2. Sebagai pedoman dalam memberikan kepastian penyelesaian permasalahan klinis yang terjadi dalam pelayanan kesehatan pada penyelenggaraan JKN, khususnya yang menjadi sengketa antara peserta, fasilitas pelayanan kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya.

D. ORGANISASI DAN KEANGGOTAAN

1. Struktur Organisasi

Organisasi Pertimbangan Klinis (*Clinical Advisory*) dilakukan secara berjenjang di tingkat Provinsi dan Pusat. Pertimbangan Klinis di tingkat provinsi dilaksanakan oleh Tim Pertimbangan Klinis, di tingkat pusat dilaksanakan oleh Dewan Pertimbangan Klinis. Bagan struktur organisasi Pertimbangan Klinis.

Dewan Pertimbangan Klinis berkedudukan di Pusat beranggotakan 13 (tiga belas) orang yang terdiri dari unsur kementerian kesehatan sebagai *ex officio*, unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran dan yang 1 (satu) diantaranya di luar unsur Kementerian Kesehatan ditunjuk sebagai ketua. Dewan Pertimbangan Klinis ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

Masa Jabatan Dewan Masa jabatan anggota Dewan adalah 3 (tiga) tahun sejak ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Dewan Pertimbangan Klinis dan akan ditinjau ulang setiap akhir masa jabatan. Untuk pertama kali masa jabatan Dewan Pertimbangan Klinis ditetapkan selama 3 (tiga) tahun, namun 3 (tiga) dari 13 (tiga belas) orang anggota Dewan Pertimbangan Klinis dapat diperpanjang masa jabatannya selama 1 (satu) tahun. Jabatan Anggota Dewan berakhir apabila:

1. masa jabatannya berakhir;
2. mengundurkan diri;
3. meninggal dunia; atau
4. diberhentikan berdasarkan Keputusan Menteri

Anggota Dewan tidak boleh merangkap jabatan lain yang dapat menimbulkan benturan kepentingan dan/atau mengganggu kinerja Dewan Pertimbangan Klinis. Benturan Kepentingan Anggota Dewan yang memiliki kepentingan dengan kasus yang sedang disengketakan wajib mengundurkan diri dalam menangani penyelesaian sengketa kasus tersebut.

Syarat Keanggotaan Calon Dewan Pertimbangan Klinis harus memenuhi persyaratan:

- a. warga negara Indonesia;
- b. sehat fisik dan mental;
- c. cakap, jujur, memiliki moral, etika, integritas yang tinggi, memiliki reputasi yang baik, dan memahami masalah yang berkaitan dengan penyelenggaraan;
- d. berusia paling rendah 40 (empat puluh) tahun;
- e. tidak menjadi anggota salah satu partai politik;
- f. berasal dari profesi kedokteran; dan
- g. tidak pernah dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana yang diancam dengan pidana penjara 5 (lima) tahun atau lebih.

2. Tim Pertimbangan Klinis

Tim Pertimbangan Klinis berkedudukan di Provinsi, beranggotakan ganjil 3 (tiga) atau 5 (lima) orang yang terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Provinsi, organisasi profesi dan akademisi kedokteran. Tim Pertimbangan Klinis ditetapkan dengan Keputusan Gubernur. Tim Pertimbangan Klinis dibentuk paling lambat Januari 2017 belum Tim Pertimbangan Klinis yang bersifat tetap dibentuk, tugas penyelesaian permasalahan Klinis tingkat provinsi dilakukan oleh Tim Monev dan Pertimbangan Klinis JKN tingkat Provinsi bidang Pertimbangan Klinis. Keanggotaan pengelola bidang pertimbangan klinis dalam Tim Monev dan Pertimbangan Klinis JKN tingkat Provinsi terdiri dari Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan sebagai ketua, 1

(satu) tenaga dokter di dinas kesehatan provinsi, 1 (satu) tenaga dokter dari MKEK IDI wilayah. Dalam Melakukan tugasnya Tim Monev dan Pertimbangan Klinis JKN tingkat Provinsi dibantu oleh 1 (satu) orang tenaga administratif.

3. Sekretariat Dewan Pertimbangan Klinis

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pertimbangan Klinis dibantu oleh sekretariat yang berkedudukan di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Sekretariat sebagaimana dimaksud dipimpin oleh sekretaris yang secara *ex officio* dijabat oleh pejabat struktural yang membidangi Jaminan Kesehatan.

4. Sekretariat Tim Pertimbangan Klinis

Dalam melaksanakan tugasnya, Tim Pertimbangan Klinis dibantu oleh sekretariat yang berkedudukan di Dinas Kesehatan Provinsi yang memiliki tugas dan fungsi di bidang jaminan kesehatan.

E. Tugas dan Wewenang Dewan Pertimbangan Klinis

Dewan Pertimbangan Klinis bersifat independen dalam pengambilan keputusannya dan berdiri sebagai pihak imparisial dan bekerja secara objektif. Dalam Pelaksanaan tugasnya, Dewan dapat meminta pendapat/masukan dari para ahli yang sesuai atau relevan dengan masalah klinis yang menjadi sengketa. Dewan Pertimbangan Klinis dalam melakukan penyelesaian sengketa secara mandiri atau dalam keadaan tertentu dapat memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan. Keputusan penyelesaian sengketa ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dewan bertanggung jawab dan menyampaikan laporan hasil kegiatan secara berkala sekurang-kurangnya setiap 6 (enam) bulan sekali kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan.

Dewan Pertimbangan Klinis mempunyai tugas sebagai berikut:

1. Memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan dalam upaya meningkatkan atau memperbaiki mutu dan efisiensi pelayanan kesehatan pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, termasuk berdasarkan hasil penyelesaian sengketa.
2. Bersama BPJS Kesehatan memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan untuk obat atau alat kesehatan yang dapat diklaim terpisah di luar paket *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) dalam hal terdapat kondisi khusus untuk keselamatan pasien.
3. Memantau dan mendorong dibentuknya dan/atau dimutakhirkannya alur klinis (*clinical pathway*) pelayanan medik setiap penyakit/kondisi pasien/klien yang dibuat oleh organisasi profesi dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan sebagai unsur/acuan utama pertimbangan klinis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Melakukan penyelesaian sengketa klinis yang bersifat nasional dan penyelesaian sengketa klinis yang tidak dapat diselesaikan oleh Tim Pertimbangan Klinis.
5. Melakukan pendampingan terhadap Tim Pertimbangan Klinis untuk penyelesaian sengketa di tingkat Provinsi.
6. Melakukan telaah kritis terhadap dan pembuatan dokumentasi data/informasi dari hasil penyelesaian sengketa oleh Tim Pertimbangan Klinis Provinsi dan Dewan Pertimbangan Klinis secara berkala sekurang-kurangnya setiap 6 (enam) bulan.

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pertimbangan Klinis mempunyai wewenang sebagai berikut:

1. Berkoordinasi dengan Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*), Tim Tarif JKN, Tim Monitoring dan Evaluasi, Tim Pencegahan Fraud dalam pemberian rekomendasi, umpan balik, dan usulan prioritas kepada Menteri Kesehatan sebagai

- upaya mendukung terlaksananya kendali mutu dan kendali biaya dalam JKN.
2. Memfasilitasi koordinasi kebijakan penyelenggaraan JKN yang dihasilkan unit/lembaga terkait yang dapat menimbulkan sengketa, permasalahan klinis dan/atau perbedaan pelaksanaan JKN di daerah.
 3. Memberikan umpan balik termasuk analisis kebijakan tentang sengketa kepada seluruh pihak terkait.
 4. Melakukan penapisan kasus sengketa yang tidak harus diselesaikan oleh Dewan Pertimbangan Klinis/ Tim Pertimbangan Klinis.
 5. Menghentikan dan/atau melanjutkan proses pemeriksaan kasus sengketa.
 6. Menyusun jadwal pemeriksaan dan penyidangan kasus sengketa.
 7. Memanggil dan memeriksa saksi/ahli.
 8. Memeriksa dokumen/surat-menyurat, data informasi elektronik (digital) dari para pihak dan rekam medis kesehatan terkait.
 9. Mendapatkan data klaim atau data dari upaya kendali mutu/biaya yang diajukan fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan.
 10. Memanggil dan meminta keterangan saksi/ahli dari serta mengoordinasikan Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assesment*), Tim Tarif JKN, Tim Monitoring dan Evaluasi, Tim Pencegahan Fraud, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Badan Pengawas Rumah Sakit, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Pusat dan Tim/Lembaga lain terkait sebagai upaya mendukung terlaksananya kendali mutu dan kendali biaya dalam JKN.
 11. Membuat keputusan penyelesaian sengketa dan mengusulkan penetapannya oleh Menteri Kesehatan untuk kasus yang baru selambat-lambatnya 1 (satu) bulan.

12. Membuat keputusan penyelesaian sengketa kasus sejenis yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, termasuk pendelegasiannya kepada Tim Pertimbangan Klinis selambat-lambatnya 2 (dua) minggu.
13. Mendokumentasikan keputusan penyelesaian sengketa.
14. Membuat tata laksana penyelesaian sengketa termasuk ketentuan pelaporan penyelesaian sengketa yang dilakukan oleh Tim Pertimbangan Klinis dan Dewan Pertimbangan Klinis.

F. Tugas Sekretariat Dewan Pertimbangan Klinis

Sekretariat mempunyai tugas untuk membantu pelaksanaan tugas Dewan Pertimbangan Klinis yang terdiri dari unit terkait di Kementerian Kesehatan. Tugas sekretariat adalah:

1. Melakukan kegiatan administrasi dalam rangka mendukung kegiatan Dewan Pertimbangan Klinis dalam menjalankan tugas dan wewenangnya termasuk penyusunan anggaran kegiatan operasional.
2. Menginventarisasi dan mengompilasi sengketa terkait JKN baik yang telah, sedang dan/atau belum diselesaikan, yang dilaporkan oleh Tim Pertimbangan Klinis.
3. Menyusun daftar sengketa klinis yang akan diselesaikan oleh Dewan Pertimbangan Klinis.
4. Menginventarisasi dan mengompilasi keputusan penyelesaian sengketa yang dihasilkan oleh Dewan Pertimbangan Klinis dan Tim Pertimbangan Klinis sebagai bahan pembinaan.
5. Melaksanakan pendokumentasian kegiatan Dewan Pertimbangan Klinis.

G. Fungsi Dewan Pertimbangan Klinis

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pasal 43 ayat (1) huruf a ditindaklanjuti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pertimbangan Klinis dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/151/2016. Ketentuan perundang-undangan tersebut menegaskan fungsi Dewan Pertimbangan Klinis (DPK atau clinical advisory board) yang dijalankan para anggotanya di tingkat nasional. Dua fungsi utama DPK ialah upaya penguatan sistem dalam penyelenggaraan JKN dan penyelesaian sengketa klinis “tripartit” sebagaimana dimaksud pasal 26 ayat 3 Perpres tersebut.

Dalam penguatan sistem, DPK bersama BPJS dapat merekomendasikan suatu kondisi khusus obat/alat kesehatan maupun jalur klaim terpisah di luar skema INA-CBG’s dalam pengaturan tersendiri dalam rangka upaya kendali mutu-kendali biaya, sepanjang dalam rangka keselamatan pasien JKN.

Dalam fungsi penyelesaian sengketa klinis, DPK memberikan rekomendasi hasil putusan kasus kepada Menteri Kesehatan untuk ditindaklanjuti sesuai kewenangannya, terutama bila kasus tersebut berdampak nasional khususnya yang tinggi biaya. Fungsi lain DPK ialah mendorong dibentuk dan digunakannya Clinical Pathway (CP) oleh dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan sumberdaya yang telah dipakai dalam penanganan pasien sesuai kebutuhannya. CP didasarkan pada Panduan Praktik Klinis (PPK) yang wajib dibuat pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang dibuat organisasi profesi. CP, sebagai “rekam medik plus”, artinya sebagai barang bukti, secara mediko-etikolegal merupakan sumber acuan utama penyelesaian sengketa yang sifatnya teknis dan operasional berdasarkan keputusan klinis yang tepat pada penanganan pasien di klinik/rumah sakit.

CP merupakan hasil interaksi khas antara turunan PPK yang utamanya berasaskan evidence-based medicine (EBM) dengan keunikan konteks pasien dari interpretasi dinamika “kebutuhan pasien-kepentingan terbaik pasien” berbasis *value-based medicine* (VBM), yang dimungkinkan diterapkannya wewanti (*disclaimer*) dokter klinisi. Kekurangpahaman klinisi terhadap kaidah dasar bioetika (KDB) dengan keterampilan penerapan prinsip *prima facie*-nya yang sering menjadi penentu keputusan klinis membuat mereka enggan membuat CP dengan baik, tepat dan rapi. CP yang dilandasi keputusan klinis mengandung KDB akan memudahkan klinisi mengatasi dilema kendali mutu-kendali biaya kasus yang ditanganinya. CP demikian dengan sendirinya memperkecil kejadian “lintasan menuju fraud” yang merupakan kejahatan terorganisasikan antara profesional dan korporasi, suatu varian dari bentuk dan jenis kejahatan kerah putih. Lintasan menuju fraud bila ditinjau dari kadar penyimpangan perilaku pemberi pelayanan kesehatan yang terdiri dari rantai alur yang dimulai dari tahap error, waste, abuse dan fraud.

Error sebagai pangkal penyimpangan awal terjadi karena ketidaktahuan penulisan keliru koding tanpa disertai niat jahat. Khususnya oleh interpretasi koder yang bukan dokter, menafsirkan diagnosis dokter yang tidak sesuai dengan ICD-10.

Waste terjadi inefisiensi (awal gagalnya kendali biaya) karena pemberian pelayanan yang tidak perlu/tidak sesuai dengan ICD-9 CM, karena koding sebelumnya salah. Sedangkan abuse, ada aktor yang melihat kesempatan untuk menyimpangi aturan (misalnya beda tarif antara rawat jalan dengan rawat inap) sehingga melakukan tindakan upcoding. Juga memulangkan pasien sebelum waktunya karena paket manfaat masa perawatannya tidak akan dibayar pihak BPJS kemudian (bloody discharge).¹ Selain itu juga rumah sakit hanya akan menerima pasien JKN yang kaya dengan perlakuan lebih nyaman setelah membayar premi tambahan atau tidak memberi insentif kepada

pasien JKN penerima bantuan iuran (dikenal sebagai cream skimming).

Abuse dalam bentuk ketidaktepatan tagihan pada umumnya dilakukan secara bersama-sama beberapa aktor pemberi pelayanan kesehatan masih berdasarkan pelayanan sesungguhnya. Sedangkan fraud merupakan tahapan akhir yang dilakukan bersama-sama secara sengaja untuk mengelabui pihak lainnya. Fraud dapat dikategorikan sebagai tindak pidana korupsi. Klinisi sebagai dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) beserta tenaga kesehatan lain sebagai mitranya dalam penanganan medis yang berpusat ke diri pasien. Klinisi yang profesional membingkai suatu kemampuan interkolaborasi, bertekad semaksimal mungkin membuat CP setiap pasien JKN yang ditanganinya sebagai wujud perilaku trias tanggung jawab profesi yakni *responsibilitas*, *akuntabilitas* dan *liabilitas*. Trias tanggung jawab disebut juga tanggung jawab etikolegal karena mencakup sekaligus alur dengan urutan tanggung jawab etis, disiplin dan hukum. Pertimbangan Klinis merupakan salah satu bentuk upaya menjamin kendali mutu dan kendali biaya melalui penyelesaian sengketa dan juga sebagai upaya penguatan sistem JKN. Pada pelaksanaannya untuk skala provinsi diselenggarakan oleh Tim Pertimbangan Klinis serta ditetapkan oleh Gubernur, sedangkan pada skala pusat diselenggarakan oleh Dewan Pertimbangan Klinis yang ditetapkan oleh Menteri. Demikian disampaikan oleh Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dalam pertemuan Koordinasi dan Sosialisasi Penyelenggaraan Pertimbangan Klinis dalam Penyelenggaraan JKN di Bekasi dengan tujuan untuk melakukan koordinasi dan sosialisasi pelaksanaan pertimbangan klinis di antara para pemangku kepentingan penyelenggaraan JKN.

Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan membuka secara resmi, dan dalam arahannya drg. Oscar Primadi, MPH, menyampaikan bahwa ke depan pemerintah akan berupaya dalam meminimalisir dan mengurangi kecurangan baik dari

sisi peserta maupun dari fasilitas kesehatan. Bentuk upaya penanganan kecurangan diantaranya, melalui pembentukan Pokja serta penyempurnaan Permenkes.

Selama berlangsung terdapat antusiasme dari peserta yang hadir dan sepakat bahwa fungsi pertimbangan klinis dikembangkan dan dimantapkan sebagaimana Perpres 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan antara lain sebagai penyelesaian sengketa klinis yang belum dapat diselesaikan oleh Dinas Kesehatan ataupun BPRS secara mediasi atau pengadilan. Sejalan dengan itu, TPK provinsi diharapkan ditetapkan oleh SK Gubernur. Selanjutnya akan dibangun jejaring komunikasi TPK dan DPK terutama terkait penyelesaian sengketa dan usulan-usulan untuk berkoordinasi dari para pemangku kepentingan dalam rangka penguatan sistem ditampung dan ditindaklanjuti dalam bentuk revisi Permenkes Nomor 5 tahun 2016 tentang penyelenggaraan pertimbangan klinis.

H. Mekanisme Kerja Pertimbangan Klinis

1. Alur Kerja Mendukung Penguatan Sistem

Berdasarkan analisis kebijakan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional atau dari kompilasi data dan informasi sengketa seluruh kabupaten/kota dan/atau provinsi yang berasal dari sekretariat Tim Pertimbangan Klinis setelah dilakukan telaah kritis, Dewan Pertimbangan Klinis memberikan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan. Telaah kritis dilakukan untuk lebih mengerti/memahami pola/pokok permasalahan klinis dan/atau sengketa klinis yang timbul.

Dewan Pertimbangan Klinis juga dapat memberikan umpan balik berkenaan dengan analisis kebijakan kepada:

- a. Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assesment*), Tim Tarif JKN, Tim Monitoring dan Evaluasi, Tim Pencegahan Fraud, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran pusat dan Badan Pengawas Rumah Sakit

- b. Peserta, organisasi pasien, asosiasi faskes, organisasi profesi, pemerintah daerah dan pemangku kepentingan lain.

Dewan Pertimbangan Klinis bersama BPJS Kesehatan juga melakukan analisis kebijakan terhadap Alat Kesehatan/Obat yang dapat diklaim terpisah dari Paket Indonesian Case Based Group (INA CBG's) dalam kondisi khusus untuk keselamatan pasien berdasarkan kompilasi data dan informasi sengketa tentang Alat Kesehatan/obat tersebut dari seluruh kabupaten/kota yang berasal dari sekretariat Tim Pertimbangan Klinis. Alat Kesehatan/obat dimaksud antara lain:

- a. Alat kesehatan yang fungsinya membantu alat kesehatan utama yang menjadi syarat mutlak atau komponen penting/esensial yang terpisah dari alat kesehatan utama/obat yang dibutuhkan pasien.
- b. Alat kesehatan yang jumlahnya secara minimum diperlukan untuk melaksanakan tindakan sesuai indikasi medis pasien.

2. Alur Kerja Penyelesaian Sengketa

Sengketa klinis dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat terjadi antara:

- a. Sengketa antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan;
- b. Sengketa antara Fasilitas Kesehatan dengan peserta JKN;
- c. Sengketa antara BPJS Kesehatan dengan peserta JKN.

Penyelesaian sengketa dalam JKN dilakukan secara berjenjang dari tingkat provinsi sampai dengan pusat. Namun dalam hal tidak terdapat kompetensi Tim Pertimbangan klinis pada kasus yang disengketakan, maka Dewan Pertimbangan Klinis dapat mengambil alih penyelesaian sengketa tersebut.

Penyelesaian sengketa diselesaikan dengan prinsip keadilan, asas manfaat, efektif, dan efisien. Apabila para pihak yang bersengketa di tingkat kabupaten/kota sudah dapat diselesai-

kan oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya dan/atau Dewan Pertimbangan Medis, Tim Pertimbangan Klinis Provinsi setempat langsung mengompilasi sengketa tersebut melalui sekretariat Tim Pertimbangan Klinis untuk diteruskan kepada Dewan Pertimbangan Klinis melalui sekretariat Dewan Pertimbangan Klinis.

Penyelesaian Sengketa dimulai dari diterimanya aduan resmi para pihak yang masuk ke sekretariat Tim Pertimbangan Klinis (Formulir Permohonan Penyelesaian Sengketa Terlampir). Seluruh proses pemeriksaan dan persidangan wajib dihadiri para pihak, namun Tim atau Dewan Pertimbangan Klinis dapat melanjutkan proses secara *in absentia*.

Keputusan yang bersifat final dan tetap dapat dibuat oleh Tim Pertimbangan Klinis setelah para pihak menyatakan menerima dan tidak melakukan upaya banding (apabila salah satu pihak tidak menerima hasil putusan). Apabila terdapat upaya banding, putusan yang bersifat final dan tetap harus dibuat oleh Dewan Pertimbangan Klinis.

Pembacaan keputusan sengketa wajib dihadiri para pihak, namun Tim atau Dewan Pertimbangan Klinis dapat membacakan keputusan secara *in absentia*.

Dewan Pertimbangan Klinis melakukan pembinaan dan evaluasi dari hasil kompilasi dari sekretariat Tim Pertimbangan Klinis dan sekretariat Dewan Pertimbangan Klinis untuk pembuatan kebijakan baru sebagai antisipasi dini jenis-jenis kasus penyelesaian sengketa sebelumnya.

3. Mekanisme Pengaduan

Pengaduan tingkat pertama ditujukan kepada TPK tempat kejadian. Pengaduan dimulai dari diterimanya surat pengaduan dari para pihak yang bersengketa kepada TPK melalui sekretariat. TPK memutuskan apakah pengaduan dapat diterima atau tidak dapat diterima. Apabila dapat diterima, pengaduan dilanjutkan dengan persidangan oleh TPK.

- a. Pihak yang Bersengketa
Pihak yang bersengketa dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis kepada TPK yang sekurang-kurangnya memuat informasi antara lain:
 - 1. Identitas pengadu dan teradu
 - 2. Kasus sengketa dan kronologisnya
 - 3. Data pendukung lainnya
- b. Pengaduan yang dapat diterima untuk diselesaikan oleh TPK, sekurang-kurangnya memuat informasi antara lain:
 - 1) Identitas pengadu dan teradu
 - 2) Ringkasan kronologis peristiwa yang menimbulkan sengketa dan pokok permasalahan yang menimbulkan ketidaksepakatan atas rekomendasi/keputusan Tim Pertimbangan Klinis Provinsi
 - 3) Bukti dan saksi serta data pendukung lain.

4. Mekanisme Penghentian Aduan

Tim Pertimbangan Klinis dapat menghentikan aduan apabila:

- 1) Surat tanpa identitas yang jelas
- 2) Keliru wilayah
- 3) Keliru orang/lembaga
- 4) Keliru waktu (melewati batas waktu 2 tahun setelah kejadian)
- 5) Keliru objek (tidak terkait para pihak dan/atau pertimbangan klinis atas dasar kendali mutu kendali biaya dalam rangka JKN)
- 6) Kasus sama yang sudah pernah diperiksa atau diputuskan oleh Tim Pertimbangan Klinis dan/atau Dewan Pertimbangan Klinis

5. Mekanisme Pemeriksaan

- a. Tingkat Pertama di Tim Pertimbangan Klinis
 - 1) Ketua Tim Pertimbangan Klinis dibantu sekretariat

- memeriksa keabsahan para pihak
- 2) Ketua Tim Pertimbangan Klinis bersama anggota memeriksa pihak pengadu terlebih dahulu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak pengadu.
 - 3) Ketua Tim Pertimbangan Klinis bersama anggota memeriksa pihak teradu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak teradu.
 - 4) Ketua Tim Pertimbangan Klinis bersama anggota apabila diperlukan meminta keterangan pihak-pihak terkait, seperti: Tim Monitoring dan Evaluasi, Tim Pencegahan Fraud, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Dewan Pertimbangan Medik, Badan Pengawas Rumah Sakit, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Wilayah dan BPJS Kesehatan cabang dan Divisi Regional, untuk dijadikan bahan pertimbangan.
 - 5) Ketua Tim Pertimbangan Klinis bersama anggota melakukan sidang-sidang untuk membuat keputusan. Kuorum pengambilan keputusan adalah setengah ditambah satu dari keseluruhan anggota Tim Pertimbangan Klinis. Pendapat yang berbeda (*dissenting opinion*) dicatat secara khusus.
 - 6) Hasil keputusan dibacakan dalam sidang yang dihadiri para pihak.
 - 7) Apabila diperlukan proses pemeriksaan dari butir 1 (satu) sampai butir 5 (lima) dapat didampingi oleh anggota Dewan Pertimbangan Klinis yang ditunjuk khusus oleh ketua Dewan Pertimbangan Klinis.
 - 8) Seluruh proses persidangan dan hasil keputusan didokumentasikan oleh sekretariat Tim Pertimbangan Klinis dan dilaporkan oleh ketua Tim Pertimbangan Klinis kepada ketua Dewan Pertimbangan Klinis melalui sekretariat.
 - 9) Proses pemeriksaan dilakukan dalam sidang tertutup.
 - 10) Seluruh proses persidangan sengketa tidak boleh

melibatkan pengacara yang mewakili para pihak.

- 11) Hasil keputusan tidak dapat dijadikan sebagai alat bukti dalam proses peradilan.
 - 12) Para pihak diberi kesempatan secara tertulis untuk mengajukan keberatan terhadap hasil keputusan.
 - 13) Keputusan bersifat final dan mengikat apabila dalam waktu selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari setelah dibacakan tidak dilakukan upaya banding oleh para pihak.
 - 14) Keputusan sebagaimana butir 12 (dua belas) dapat dijadikan pedoman oleh Tim Pertimbangan Klinis wilayah lain untuk kasus yang sama setelah dinyatakan oleh ketetapan Menteri Kesehatan yang khusus untuk itu (asas preseden).
 - 15) Dalam melaksanakan ketetapan sebagaimana butir 13, Menteri Kesehatan dapat mendelegasikan kepada pejabat yang ditunjuk.
- b. Tingkat Banding di Dewan Pertimbangan Klinis
- 1) Ketua Dewan Pertimbangan Klinis dibantu sekretariat memeriksa keabsahan para pihak.
 - 2) Ketua Dewan Pertimbangan Klinis bersama anggota memeriksa pihak pengadu terlebih dahulu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak pengadu.
 - 3) Ketua Dewan Pertimbangan Klinis bersama anggota memeriksa pihak teradu disertai dengan bukti, saksi, dokumen yang diajukan pihak teradu.
 - 4) Ketua Dewan Pertimbangan Klinis bersama anggota apabila diperlukan memeriksa pihak-pihak terkait, seperti: Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (Health Technology Assesment), Tim Tarif JKN, Tim Monitoring dan Evaluasi, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran pusat, Tim Pencegahan Fraud, dan Badan Pengawas Rumah Sakit.

- 5) Ketua Dewan Pertimbangan Klinis bersama anggota melakukan sidang untuk membuat keputusan yang susunan dan bentuknya dibakukan oleh Dewan Pertimbangan Klinis. Kuorum pengambilan keputusan adalah setengah ditambah satu dari keseluruhan anggota Dewan Pertimbangan Klinis. Pendapat yang berbeda (*dissenting opinion*) dicatat secara khusus.
- 6) Keputusan didokumentasikan oleh sekretariat dan dilaporkan oleh ketua Dewan Pertimbangan Klinis kepada Menteri Kesehatan dengan tembusan pihak terkait.
- 7) Keputusan Dewan Pertimbangan Klinis yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan atau yang di delegasikan disampaikan pada para pihak dan menjadi acuan bagi Dewan Pertimbangan Klinis dan Tim Pertimbangan Klinis untuk menyelesaikan sengketa yang serupa/sejenis.
- 8) Para pihak dilarang didampingi oleh pengacara profesional.
- 9) Proses pemeriksaan dilakukan dalam sidang tertutup.
- 10) Hasil keputusan tidak dapat dijadikan sebagai alat bukti dalam proses peradilan.
- 11) Keputusan sebagaimana angka 5 dapat dijadikan pedoman oleh Tim Pertimbangan Klinis wilayah lain untuk kasus yang sama setelah dinyatakan oleh ketetapan Dewan Pertimbangan Klinis yang khusus untuk itu (*asas preseden*).

6. Pelaporan

Dewan Pertimbangan Klinis membuat susunan dan bentuk laporan administratif kinerja secara baku yang menggambarkan intisari dari sistem penyelenggaraan pertimbangan klinis setelah mendengarkan saran-saran seluruh Tim Pertimbangan Klinis.

a. Tim Pertimbangan Klinis

Tim Pertimbangan Klinis menyusun laporan kepada Dewan Pertimbangan Klinis yang terdiri dari:

- 1) Laporan sengketa yang akan diselesaikan
 - 2) Laporan proses penyelesaian yang sedang diselesaikan
 - 3) Laporan sengketa yang telah diselesaikan
 - 4) Laporan sengketa yang tidak dapat diselesaikan
- b. Dewan Pertimbangan Klinis
- 1) Laporan keputusan penyelesaian sengketa untuk ditetapkan Menteri
 - 2) Laporan umpan balik penyelesaian sengketa pada Tim Pertimbangan Klinis

I. Pendanaan

Dana yang diperlukan untuk pelaksanaan pertimbangan klinis baik di Pusat maupun di Provinsi dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Pendanaan untuk kegiatan Pertimbangan Klinis di tingkat pusat berasal dari DIPA Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Sebelum dana tersebut dialokasikan secara tetap, untuk kegiatan pertimbangan klinis di tingkat provinsi, pembiayaan bersumber dari dana Dekonsentrasi Operasional Tim Monev dan Pertimbangan Klinis JKN Provinsi. Mekanisme pembiayaan pelaksanaan Pertimbangan Klinis pada Provinsi mengacu pada Petunjuk Teknis Dana Dekonsentrasi Program Penguatan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

BAB XIII.

PERADILAN BIDANG KESEHATAN

A. Pendahuluan

Dalam menjalankan tugas profesi kemungkinan terjadinya penyimpangan terhadap pengamalan profesi. Untuk hal ini maka diperlukan suatu lembaga yang bertugas menyelesaikan setiap masalah yang berkaitan dengan pengamalan profesi. Profesi dokter misalnya, memiliki dua lembaga yaitu MKEK sebagai badan khusus organisasi profesi IDI, dan Panitia Pertimbangan dan Pembinaan Etika kedokteran (P3EK) sebagai badan ekstra struktural dari Departemen Kesehatan RI. Kedua lembaga ini bertugas menyelesaikan setiap masalah yang berkaitan dengan pengamalan profesi dokter.

Secara historis penyelesaian perkara medik, Jaksa Agung RI. telah mengeluarkan surat No. B006/A-3/1/1982 dan R-00/A-3/1/1982 kepada Kepala Kejaksaan Tinggi dan Kepala Kejaksaan Negeri seluruh Indoensia yang isinya menekankan bahwa untuk keseragaman penyelesaian masalah pelanggaran yang dilakukan oleh para dokter, dokter gigi, ahli farmasi, tenaga

medis serta bidan apabila terdapat yang menyangkut profesi dokteran, dengan tetap segera melaporkannya kepada kami, **tidak langsung melakukan penuntutan ke sidang pengadilan, akan tetapi terlebih dahulu melakukan penilaian yang saksama atas perbuatan tertuduh**, antara lain mengadakan konsultasi dengan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setempat, guna mendapatkan tambahan informasi yang berguna bagi penyelesaian kasus setempat.

Di samping SK Jaksa Agung RI di atas terdapat Surat Keputusan Bersama (SKB) antara Menteri Kesehatan RI, Menteri Kehakiman RI, dan Menteri jaksa Agung RI tahun 1982 yang memberikan tanggung jawab pemerintah bila terjadi pelanggaran di bidang kesehatan., dengan mendahulukan pemeriksaan etiknya oleh organisasi profesi baru diteruskan ke pemeriksaan hukumnya bila memang ternyata tidak saja melanggar etik tetapi juga melanggar hukum.

Majelis Etika Profesi (MKEP) sesungguhnya menggunakan Undang-Undang No. 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan IPTEK sebagai landasan hukum dalam melakukan pemeriksaan dan memberikan sanksi etik dan disiplin profesi kepada anggotanya yang dinilainya telah melanggar etik atau standar profesinya. Pasal 25 ayat (3) Undang-Undang IPTEK No.18 Tahun 2002 menegaskan: “Setiap organisasi profesi wajib membentuk dewan kehormatan kode etik sesuai dengan ketentuan pasal 12 ayat (2)”

Penjelasan pasal ini dikatakan bahwa Dewan kehormatan kode etik dibentuk oleh organisasi profesi untuk menegakkan etika pelaksanaan kegiatan profesi serta menilai pelanggaran profesi yang dapat merugikan masyarakat atau kehidupan profesionalisme di lingkungannya. Ketentuan dalam ayat ini dimaksudkan untuk memberikan landasan hukum bagi organisasi profesi untuk melaksanakan fungsi kepengawasan di bidang profesi yang diperlukan untuk menjamin perlindungan masyarakat atas penyimpangannya pelaksanaan profesi.

Pemberi pelayanan kesehatan memiliki komitmen untuk semaksimal mungkin mengurangi penderitaan pasien dalam proses penyembuhan penyakit. Tetapi, hasil yang diperoleh sering kali tidak diinginkan (*unwanted result*) baik oleh pasien, keluarga, maupun oleh tenaga kesehatan. Kasus cukup besar di tahun 2013 adalah perkara dr. Dewa Ayu Sasiary yang disebabkan gugatan atau tuntutan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan rumah sakit. Bila dunia kesehatan dihadapkan pada permasalahan hukum, sangatlah bijak bila mekanisme pendekatannya disamakan dengan peradilan pada umumnya. Hal tersebut dikarenakan tenaga kesehatan yang diadili juga termasuk pengemban profesi kesehatan yang rawan terhadap pembunuhan karakter. Sifat terbuka pada peradilan litigasi menjadikan sanksi moral/ sosial terhadap profesi telah berjalan sebelum putusan hakim menyatakan bersalah atau tidaknya seorang tenaga kesehatan.

B. Peradilan Etik

Peradilan dan etika adalah dua kata yang bisa dibedakan, tetapi tidak bisa dipisahkan. Peradilan dalam istilah Inggris disebut *judiciary* dan *rechtspraak* dalam bahasa Belanda yang maksudnya adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan tugas negara dalam menegakkan hukum dan keadilan.

Sementara etika atau lazim disebut etik adalah norma, nilai, kaidah dan ukuran perilaku manusia yang baik. Etika memberi manusia orientasi bagaimana ia menjalani hidupnya melalui rangkaian tindakan sehari-hari. Etika menuntun manusia mengambil sikap dan bertindak tepat dalam menjalani hidup ini; menuntun manusia mengambil keputusan tentang tindakan apa yang perlu dan baik untuk dilakukan.

Peradilan sebagai forum dan mekanisme menegakkan hukum dan keadilan terkadang tercemar oleh tindakan aktor peradilan yang mengabaikan etika dan etiket dalam penegakan hukum dengan pelbagai bentuk perilaku menyimpang sehingga

penegakan hukum terasa kering dan gersang.

Penegakan hukum seolah dilakukan di ruang hampa terhadap bukan manusia dengan kaca mata kuda. Lembaga peradilan menjelma menjadi semacam mesin hukum yang mengolah peristiwa hukum menjadi peristiwa hukum baru tanpa melahirkan kemaslahatan.

Pada sisi lain, institusi pengawas eksternal yang dibuat untuk menjaga dan menegakkan etika aktor peradilan dalam menjalankan kewenangannya, belum dapat bekerja optimal karena kendala dasar hukum yang lemah, kemandirian struktural yang menggantung serta kultur institusi peradilan yang belum banyak berubah.

Kepastian hukum dalam memberikan perlindungan kepada pasien, serta mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan telah ditetapkan oleh berbagai peraturan seperti Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2004, Undang-Undang Praktik Keperawatan No. 38 tahun 2014, Undang-Undang Tenaga Kesehatan No. 36 Tahun 2014, Undang-Undang Kebidanan No. 4 Tahun 2019, serta Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1989 tentang Perlindungan Konsumen, serta Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata serta peraturan pelaksanaan terkait lainnya.

Setiap pelanggaran baik merupakan pelanggaran etika profesi, disiplin profesi, maupun hukum dapat dilakukan penegakan hukum (law enforcement). Namun, pada praktiknya lembaga yang berwenang untuk melakukan penegakan hukum di bidang hukum kedokteran tidak berada di dalam satu lembaga, melainkan ada beberapa lembaga yang berbeda. Untuk itu, dalam peradilan bidang kesehatan dikenal dibatasi pada lembaga profesi dan Non Profesi. Untuk lembaga Non Profesi dibatasi penyelesaian di luar pengadilan (Non-Litigasi)

dan dalam pengadilan (Litigasi). Kasus-kasus hukum dalam pelayanan kesehatan sering terjadi, untuk itu perlu dijabarkan cara dan lembaga yang menangani kasus dalam pelayanan kesehatan. Secara lengkap dapat kita lihat di bawah ini:

C. Peradilan Lembaga Profesi

Peradilan di bidang kesehatan yang merupakan lembaga profesi antara lain

1. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK)

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

a. Dasar hukum

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

b. Susunan anggota

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

c. Fungsi

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

d. Proses penanganan pengaduan

Tahapan proses penanganan pengaduan adalah sebagai berikut:

1. MKEK menerima surat aduan yang berasal dari: Langsung oleh pengadu ke MKEK Wilayah, Pelimpahan dari MKEK pusat atau PB IDI, Pengurus IDI Wilayah; atau Departemen

- Kesehatan. Apabila pengaduan diberikan secara lisan, pengadu diharuskan mengubah pengaduan secara tertulis.
2. Ketua MKEK mengundang anggota tetap MKEK untuk mengadakan rapat persidangan internal. Surat pengaduan dianalisis pada sidang MKEK apakah memenuhi syarat antara lain; ada surat pengaduan dengan nama jelas disertai tanda tangan; alamat pengadu jelas; ada dokter yang diadukan dengan nama dan alamat yang jelas serta jelas tertulis bahwa pengaduan diajukan ke IDI baik melalui pengurus besar, pengurus wilayah maupun langsung ke MKEK.
 3. Bila memenuhi syarat, ketua MKEK memutuskan bahwa pengaduan itu sah kemudian dituangkan dalam surat penetapan ketua MKEK dan dibuat surat pemberitahuan kepada pengadu bahwa pengaduannya sudah diterima oleh MKEK. Tembusan surat dikirimkan kepada pengurus IDI wilayah, PB IDI, Ketua MKEK Pusat, dan Ketua MKEK mengirimkan kembali ke pengadu dengan permintaan melengkapi persyaratan.
 4. MKEK menunjuk dua orang anggota tidak tetap dengan cara; langsung menunjuk seseorang (person) oleh MKEK dan melalui organisasi profesi (perhimpunan spesialis) yang sama dengan dokter yang diadukan.
 5. MKEK memanggil dokter yang diadukan dan diminta untuk: mempelajari surat aduan; mempelajari pedoman pelaksanaan KODEKI 1993; menyerahkan rekam medik serta membuat kronologis tentang kasus tersebut sebagai pembelaan.
 6. MKEK memanggil pengadu dan/atau keluarganya apabila dipandang perlu. Kehadiran pengacara pengadu (bila ada) akan dipertimbangkan secara tersendiri.
 7. Sidang MKEK membahas surat pengaduan dan pembelaan dengan memanggil saksi bila perlu. Untuk kasus-kasus yang melibatkan lembaga-lembaga di luar IDI, dibuat

sidang secara bertahap untuk mendengarkan keterangan dari semua pihak yang terlibat.

8. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran harus dapat memutuskan salah atau tidaknya yang bersangkutan dalam setiap tuduhan pelanggaran etik yang diarahkan kepadanya secara mufakat atau berdasarkan suara terbanyak.
9. Dengan memperhatikan lima hal sebagai berikut: akibat tindakan tersebut terhadap kehormatan profesi, akibat bagi kebaikan pasien, akibat bagi kepentingan umum dan faktor luar termasuk faktor pasien yang ikut mendorong terjadinya pelanggaran serta tujuan yang ingin dicapai oleh pelaku, digolongkan kasus menurut pelanggaran, yaitu: ringan, sedang, atau berat.
10. Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran bersifat final dan mengikat.
11. Sidang MKEK tahap akhir membuat keputusan tentang: ada tidaknya pelanggaran etik; identifikasi pasal KODEKI yang dilanggar; perumusan kualitas pelanggaran ringan, sedang, atau berat. Sesuai jenis pelanggaran, MKEK membuat saran tertulis kepada Pejabat Pemerintah yang berwenang untuk mencabut izin praktik selama 3 bulan (pelanggaran ringan), 6 bulan (pelanggaran sedang), atau 12 bulan (pelanggaran berat).
12. Ketua MKEK membuat laporan kepada ketua IDI wilayah berisi jenis kasus, inisial dokter yang diadukan, tanggal awal penyidangan dan pembuatan keputusan dan singkatan pelanggaran KODEKI (bila ada). Bila kasus telah selesai, masalah dinyatakan selesai (dianggap bukan masalah etik) kecuali bila ada proses banding.
13. Keputusan MKEK atas pengaduan tersebut diproses (diberi nomor, diagendakan, berkas di lak tertutup untuk menjamin kerahasiaan, arsip disimpan selama 5 tahun) oleh sekretariat untuk disampaikan kepada Ketua IDI wilayah dengan tembusan kepada: Ketua MKEK Pusat; Ketua PB

IDI dan Ketua MP2A Wilayah.

14. Jika terdapat ketidakpuasan, baik pengadu maupun dokter yang diadukan, keduanya dapat mengajukan banding kepada Majelis Kehormatan Etik Kedokteran setingkat lebih tinggi

2. Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK)

a. Dasar hukum

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

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

b. Tugas

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

c. Keanggotan dan organisasi MDTK terdiri dari:

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

- f. Asosiasi Sarana Kesehatan
- g. Ahli Agama
- h. Ahli Psikologi
- i. Ahli Sosiologi
- j. Anggota tidak tetap atau wakil masyarakat.

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

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

3. Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI)

a. Dasar Hukum

Tahun 2011 dikeluarkan Permenkes Nomor 1796 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan yang menjamin tenaga kesehatan ini mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) setelah lulus ujian kompetensi. STR dikeluarkan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). MTKI ini juga memiliki Komite disiplin Tenaga Kesehatan.

b. Tugas

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

Komite Disiplin Kesehatan mempunyai tugas:

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

c. Keanggotaan

Pimpinan MTKI terdiri atas seorang ketua dan 3 (tiga) orang ketua divisi merangkap anggota dilaksanakan secara kolektif, ketua divisi profesi, divisi standarisasi dan divisi evaluasi dibantu oleh Komite Disiplin Tenaga Kesehatan dan komite lainnya yang dibutuhkan secara ad hoc. MTKI mempunyai sekurang-kurangnya 23 anggota, yang terdiri dari 4 orang Kementrian Kesehatan, 1 orang dari perwakilan organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan serta 1 orang perwakilan dari unsur pendidikan. MTKI dibentuk dan diangkat oleh Menteri Kesehatan dan dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan.

4. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)

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

a. Dasar Hukum

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

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, yang selanjutnya disingkat MKDKI sebagai lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi, dan menetapkan sanksi. Tujuan penegakan disiplin antara lain memberikan perlindungan kepada pasien, menjaga mutu pelayanan dokter/dokter gigi serta kehormatan profesi dokter dan dokter gigi.

b. Tugas

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

c. Keanggotaan

MKDKI terdiri atas 3 (tiga) orang dokter dan 3 (tiga) orang dokter gigi dari organisasi profesi masing-masing, seorang

dokter dan dokter gigi mewakili asosiasi rumah sakit, dan 3 (tiga) orang sarjana hukum. Keanggotaan MKDKI diangkat untuk 1 (satu) kali masa jabatan selama 5 (lima) tahun. Dalam masa jabatan 2006-2011 berakhir, belum dilakukan pengangkatan dan pelantikan anggota MKDKI periode 2006-2011 tersebut diperpanjang sampai dengan diangkatnya anggota MKDKI periode 2011-2016 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 150 Tahun 2011 tentang Keanggotaan MKDKI.

d. Proses Penanganan Pasien

Penanganan pasien diatur dalam bentuk Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Tata Cara Penanganan Kasus Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh Majelis Kehormatan Cara-cara melakukan pengaduan kepada MKDKI dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pengaduan dilakukan oleh setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran secara tertulis.
2. Apabila pengaduan dilakukan secara lisan, sekretariat MKDKI atau MKDKP (MKDK Provinsi) dapat membantu pembuatan permohonan pengaduan tertulis dan ditandatangani oleh pengadu dan kuasanya.
3. Pengaduan hanya dapat dilakukan dalam tenggang waktu paling lama 3 (tiga) tahun terhitung sejak tindakan dokter/dokter gigi yang diadukan.
4. Selambat-lambatnya dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sesudah pengaduan diterima dan lengkap dicatat dan benar sesuai hasil verifikasi MKDKI atau MKDKP segera dibentuk Majelis Pemeriksa.
5. Majelis Pemeriksa berjumlah 3 (tiga) orang atau sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang yang terdiri dari dokter, dokter gigi, dan sarjana hukum non medis.
6. Majelis Pemeriksa menetapkan hari pemeriksaan

selambat-lambatnya 14 hari sejak penetapan Majelis Pemeriksa atau selambat-lambatnya 28 (dua puluh delapan) hari bila tempat tinggal dokter atau dokter gigi jauh.

7. Majelis Pemeriksa bersifat independen yang dalam menjalankan tugasnya tidak terpengaruh oleh siapa pun atau lembaga lainnya.
8. Majelis pemeriksa hanya memeriksa dokter atau dokter gigi yang diadukan, sedangkan penanganan atas setiap tuntutan ganti rugi pasien tidak menjadi pemeriksaan dalam kompetensi MKDKI atau MKDKP.
9. Bilamana dipandang perlu, Majelis Pemeriksa dapat meminta pasien untuk hadir dalam sidang.
10. Dalam memeriksa, Majelis Pemeriksa tidak melakukan mediasi, rekonsolidasi dan negosiasi antara dokter dan pasien atau kuasaannya.
11. Sidang Majelis Pemeriksa dilakukan secara tertutup.
12. Keputusan sidang dapat berupa: tidak bersalah, atau bebas dari pelanggaran disiplin kedokteran; bersalah dan pemberian saksi disiplin; atau ditemukan pelanggaran etika.
13. Sanksi disiplin dapat berupa: pemberian peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Izin Praktik (SIP), dan/ atau kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.
14. Keputusan Majelis Pemeriksa dilakukan dengan cara musyawarah, apabila tidak tercapai kesepakatan Ketua Majelis Pemeriksa dapat mengambil keputusan dengan suara terbanyak. Keputusan Majelis Pemeriksa harus diucapkan/dibacakan dalam sidang Majelis Pemeriksa yang dinyatakan terbuka untuk umum.
15. Keputusan sidang majelis harus memuat:
 - a. Kepala Putusan berbunyi: “Demi keadilan berdasar-

kan Ketuhanan Yang Maha Esa.”

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

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

5. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI)

Dengan pertimbangan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Pasal 52 ayat (3) Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, pada 14 September 2017, Presiden Joko Widodo telah menandatangani Peraturan Presiden (Perpres) No. 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia

Menurut Perpres ini, Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia adalah lembaga yang melaksanakan tugas secara independen yang terdiri atas konsil masing-masing tenaga kesehatan.

KTKI merupakan lembaga nonstruktural dan berkedudukan di ibu kota negara Republik Indonesia, yang bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri Kesehatan Pasal 2 ayat (1, 2) Perpres ini. KTKI mempunyai fungsi sebagai koordinator konsil masing-masing tenaga kesehatan.

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud, KTKI mempunyai tugas sebagai berikut: a. memfasilitasi dukungan pelaksanaan tugas konsil masing-masing tenaga kesehatan; b. melakukan evaluasi tugas konsil masing-masing tenaga kesehatan; dan c. membina dan mengawasi konsil masing-masing tenaga kesehatan. Pasal 3 ayat (4) Perpres ini tugas sebagaimana dimaksud, KTKI bersifat independen

KTKI terdiri atas: a. ketua dan wakil ketua merangkap anggota; dan b. anggota. Ketua dan wakil ketua KTKI sebagaimana dimaksud, menurut Perpres ini, dipilih oleh dan dari anggota KTKI. Sementara anggota KTKI sebagaimana dimaksud berasal dari pimpinan konsil masing-masing tenaga kesehatan. Konsil masing-masing tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud, menurut Perpres ini, terdiri atas: a. Konsil Keperawatan; b. Konsil Kefarmasian; dan c. Konsil Gabungan Tenaga Kesehatan.

Dalam Perpres ini, disebutkan bahwa Konsil Keperawatan menaungi berbagai jenis perawat. Sementara Konsil Kefarmasian menaungi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian, dan Konsil Gabungan Tenaga Kesehatan menaungi semua jenis Tenaga Kesehatan selain yang tergabung dalam Konsil Keperawatan maupun Konsil Kefarmasian. Pasal 7 ayat 1 Perpres ini. Disebutkan dalam hal diperlukan, Menteri dapat membentuk konsil tersendiri di lingkungan KTKI bagi jenis Tenaga Kesehatan tertentu yang tergabung dalam Konsil Gabungan Tenaga Kesehatan.

Menurut Perpres ini, Konsil masing-masing tenaga kesehatan mempunyai fungsi pengaturan, penetapan dan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan

bidang tugasnya. Dalam menjalankan fungsi menurut Perpres ini, konsil masing-masing tenaga kesehatan memiliki tugas:

- a. melakukan registrasi Tenaga Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya;
- b. melakukan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan;
- c. menyusun Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan;
- d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Tenaga Kesehatan; dan e. menegakkan disiplin praktik Tenaga Kesehatan.

Susunan organisasi konsil masing-masing tenaga kesehatan, terdiri atas:

- a. divisi yang menangani bidang tugas registrasi;
- b. divisi yang menangani bidang tugas standarisasi; dan
- c. divisi yang menangani bidang tugas keprofesian.

Adapun pimpinan konsil masing-masing tenaga kesehatan terdiri atas: a. 1 (satu) orang ketua merangkap anggota; dan b. 1 (satu) orang wakil ketua merangkap anggota. "Pimpinan sebagaimana dimaksud, secara *ex-officio* menjabat sebagai anggota KTKI," bunyi Pasal 10 ayat (2) Perpres ini.

Dalam melaksanakan fungsi, tugas, dan wewenang, menurut Perpres ini, KTKI dibantu oleh Sekretariat, yang berkedudukan di unit kerja di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Menurut Perpres ini, Anggota Konsil Keperawatan terdiri atas unsur: a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang; c. organisasi profesi keperawatan sebanyak 2 (dua) orang; d. kolegium keperawatan sebanyak 2 (dua) orang; e. asosiasi institusi pendidikan keperawatan sebanyak 1 (satu) orang; f. asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; dan g. tokoh

masyarakat sebanyak 1 (satu) orang.

Sedangkan Anggota Konsil Kefarmasian terdiri atas unsur:

- a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang;
- b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang;
- c. organisasi profesi sebanyak 2 (dua) orang;
- d. kolegium sebanyak 2 (dua) orang;
- e. asosiasi institusi pendidikan sebanyak 1 (satu) orang;
- f. asosiasi fasilitas pelayanan (satu) orang; dan
- tokoh masyarakat sebanyak kesehatan sebanyak 1 (satu) orang.

Anggota Konsil Gabungan Tenaga Kesehatan, menurut Perpres ini, terdiri atas unsur:

- a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang;
- b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang;
- c. organisasi profesi sebanyak 1 (satu) orang untuk masing-masing jenis Tenaga Kesehatan;
- d. kolegium sebanyak 1 (satu) orang untuk masing-masing jenis Tenaga Kesehatan;
- e. asosiasi institusi pendidikan sebanyak 3 (tiga) orang;
- f. asosiasi fasilitas peizinan kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; dan
- g. tokoh masyarakat sebanyak 1 (satu) orang.

Masa bakti keanggotaan KTKI dan konsil masing-masing tenaga kesehatan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk a (satu) kali masa jabatan berikutnya sepanjang memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, bunyi Pasal 17 Perpres ini. Menurut Perpres ini, anggota konsil masing-masing tenaga kesehatan diangkat oleh Presiden atas usul Menteri. Dan sebelum melaksanakan tugasnya, anggota konsil masing-masing tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud mengucapkan sumpah di hadapan Menteri.

KTKI menyampaikan laporan hasil pelaksanaan tugas kepada Presiden melalui Menteri secara berkala paling sedikit 6 (enam) bulan sekali, atau sewaktu-waktu apabila diperlukan. Sedangkan pendanaan untuk pelaksanaan kegiatan KTKI, menurut Perpres ini, dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Pasal 44 Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017, yang telah diundangkan oleh Menteri Hukum dan HAM Yasonna H. Laoly pada 15 September 2017 itu.

Ditegaskan dalam Perpres ini, Konsil masing-masing tenaga kesehatan mempunyai fungsi pengaturan, penetapan dan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya. Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud, menurut Perpres ini, konsil masing-masing tenaga kesehatan memiliki tugas:

- a. melakukan registrasi Tenaga Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya;
- b. melakukan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan;
- c. menyusun Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan;
- d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Tenaga Kesehatan; dan e. menegakkan disiplin praktik Tenaga Kesehatan.
- e. Dalam Perpres ini disebutkan, susunan organisasi konsil masing-masing tenaga kesehatan, terdiri atas: a. divisi yang menangani bidang tugas registrasi; b. divisi yang menangani bidang tugas standardisasi; dan c. divisi yang menangani bidang tugas keprofesian.

Adapun pimpinan konsil masing-masing tenaga kesehatan terdiri atas: a. 1 (satu) orang ketua merangkap anggota; dan b. 1 (satu) orang wakil ketua merangkap anggota. "Pimpinan sebagaimana dimaksud, secara *ex-officio* menjabat sebagai anggota

KTKI, ” bunyi Pasal 10 ayat (2) Perpres ini.

Dalam melaksanakan fungsi, tugas, dan wewenang, menurut Perpres ini, KTKI dibantu oleh Sekretariat, yang berkedudukan di unit kerja di kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Menurut Perpres ini, Anggota Konsil Keperawatan terdiri atas unsur: a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang; c. organisasi profesi keperawatan sebanyak 2 (dua) orang; d. kolegium keperawatan sebanyak 2 (dua) orang; e. asosiasi institusi pendidikan keperawatan sebanyak 1 (satu) orang; f. asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; dan g. tokoh masyarakat sebanyak 1 (satu) orang.

Sedangkan Anggota Konsil Kefarmasian terdiri atas unsur: a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang; c. organisasi profesi sebanyak 2 (dua) orang; d. kolegium sebanyak 2 (dua) orang; e. asosiasi institusi pendidikan sebanyak 1 (satu) orang; f. asosiasi fasilitas pelayanan (satu) orang; dan tokoh masyarakat sebanyak 1 (satu) orang.

Anggota Konsil Gabungan Tenaga Kesehatan, menurut Perpres ini, terdiri atas unsur: a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; b. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang; c. organisasi profesi sebanyak 1 (satu) orang untuk masing-masing jenis Tenaga Kesehatan; d. kolegium sebanyak 1 (satu) orang untuk masing-masing jenis Tenaga Kesehatan; e. asosiasi institusi pendidikan sebanyak 3 (tiga) orang; f. asosiasi fasilitas perizinan kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; dan g.

tokoh masyarakat sebanyak 1 (satu) orang.

“Masa bakti keanggotaan KTKI dan konsil masing-masing tenaga kesehatan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sepanjang memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, ” bunyi Pasal 17 Perpres ini.

Menurut Perpres ini, anggota konsil masing-masing tenaga kesehatan diangkat oleh Presiden atas usul Menteri. Dan sebelum melaksanakan tugasnya, anggota konsil masing-masing tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud mengucapkan sumpah di hadapan Menteri.

Menurut Perpres ini, KTKI menyampaikan laporan hasil pelaksanaan tugas kepada Presiden melalui Menteri secara berkala paling sedikit 6 (enam) bulan sekali, atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Sedangkan pendanaan untuk pelaksanaan kegiatan KTKI, menurut Perpres ini, dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

“Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan,” bunyi Pasal 44 Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017, yang telah diundangkan oleh Menteri Hukum dan HAM Yasonna H. Laoly pada 15 September 2017 itu. **(Pusdatin/ES)**

D. Peradilan Lembaga Non Profesi

Untuk lembaga Non Profesi dibatasi penyelesaian di luar pengadilan (Non Litigasi) dan dalam pengadilan (Litigasi).

1. Penyelesaian di luar pengadilan (Non-Litigasi)

a. Badan Perlindungan Sengketa Konsumen (BPSK)

1. Dasar hukum

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

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

1. Kenyamanan, keamanan, dan keselamatan
 2. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur
 3. Didengar pendapat dan keluhannya
 4. Mendapatkan advokasi, pendidikan dan perlindungan konsumen
 5. Dilayani secara benar, jujur, tidak diskriminatif
 6. Memperoleh kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian
2. Tugas
BPSK mempunyai serangkaian tugas, namun tugas pokok BPSK adalah menangani dan menyelesaikan sengketa antara pelaku usaha dan konsumen.
 3. Keanggotaan
Anggota BPSK terdiri atas unsur pemerintah, unsur konsumen, dan unsur pelaku usaha, masing-masing unsur berjumlah sedikit-dikitnya 3 (tiga) orang, dan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
 4. Proses penanganan kasus
Konsumen mengajukan permohonan penyelesaian sengketa ke sekretariat BPSK dengan disertai bukti-bukti. permohonan diteruskan kepada Ketua BPSK dan dibahas dalam rapat anggota BPSK.
 1. Apabila permohonan ditolak, BPSK menyampaikan penolakan karena tidak memenuhi ketentuan atau bukan kewenangan BPSK. Apabila permohonan di-

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

b. Mediasi

1. Dasar hukum

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

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

Mediasi merupakan salah satu metode yang berkembang dengan cepat dalam menyelesaikan masalah, lebih efektif, kurang kerugian dalam menyelesaikan masalah, lebih efektif, kurang kerugian dalam menyelesaikan perselisihan.

Dalam Asas hukum selalu ada “ praduga tidak bersalah ” sampai yang bersangkutan benar-benar terbukti bersalah dan keputusan bersifat tetap (litigasi) sering kali berdampak buruk terhadap tenaga kesehatan, karena di samping masa depan tenaga kesehatan tersebut sudah langsung telanjur jelek, padahal dia belum tentu bersalah. Kedepan tentu dia akan kehilangan pasien, malu baik diri dan keluarga serta beban moral yang berkepanjangan. Saat ini sudah banyak kita temukan kantor-kantor mediator yang dipanjang untuk bisa dimanfaatkan masyarakat yang membutuhkannya. Adanya amanah dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, apabila adanya dugaan kelalaian harus diselesaikan melalui jalur mediasi sangat merupakan suatu perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan yang berpraktik. Lengkapnya dijelaskan mengenai bagaimana mediasi tersebut dilakukan:

2. Tahap mediasi, terdiri dari,
Memulai proses mediasi dengan cara sebagai berikut.
 1. Mediator memperkenalkan diri dan para pihak.
 2. Menekankan adanya kemauan para pihak untuk menyelesaikan masalah melalui mediasi.
 3. Menjelaskan pengertian mediasi dan peran mediator.
 4. Menjelaskan prosedur mediasi.
 5. Menjelaskan pengertian kasus.
 6. Menjelaskan parameter kerahasiaan.
 7. Menguraikan jadwal dan lama proses mediasi.
 8. Menjelaskan aturan perilaku dalam proses perundingan.
 9. Mengidentifikasi topik-topik umum permasalahan, menyepakati subtopik permasalahan yang akan dibahas dan menentukan urutan subtopik yang akan dibahas dalam proses perundingan serta menyusun agenda perundingan.
 10. Mengungkapkan kepentingan tersembunyi yang dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara langsung

dengan mengumumkan pernyataan langsung kepada para pihak, atau cara tidak langsung dengan mendengar atau merumuskan kembali pernyataan-pernyataan yang dikemukakan para pihak.

11. Membangkitkan pilihan penyelesaian sengketa, di mana mediator mendorong para pihak untuk tidak bertahan pada pola pikiran yang posisional, tetapi harus bersikap terbuka dan mencari alternatif penyelesaian pemecahan masalah secara bersamaan.
 12. Menganalisis pilihan penyelesaian sengketa, di mana mediator membantu para pihak menentukan untung dan ruginya jika menerima atau menolak suatu penyelesaian masalah. Mediator juga mengingatkan para pihak agar bersikap realistis dan tidak mengajukan tuntutan atau tawaran yang tidak masuk akal.
 13. Proses tawar-menawar akhir, di mana pada tahap ini para pihak telah melihat titik temu kepentingan mereka dan bersedia memberi konsesi satu sama lainnya. Mediator juga membantu para pihak agar mengembangkan tawaran yang dapat dipergunakan untuk menguji dapat atau tidak tercapainya penyelesaian masalah.
 14. Mencapai kesepakatan formal, para pihak menyusun kesepakatan dan prosedur atau pelaksanaan kesepakatan yang mengacu kepada langkah-langkah yang akan ditempuh para pihak untuk melaksanakan bunyi kesepakatan dan mengakhiri sengketa.
3. Proses penanganan kasus:
- Pasien yang mengadukan adanya kasus dugaan kelalaian medik memperoleh penjelasan mengenai berbagai cara penanganan kasusnya dan dipersilakan memilih mekanisme mana yang paling sesuai untuknya. Apabila ia memilih proses mediasi, maka seorang mediator akan segera melakukan langkah-langkah persiapan mediasi. Petugas mediasi akan menjembatani pihak pasien dengan pihak

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

2. Penyelesaian di pengadilan (Litigasi)

Sedang lembaga peradilan melalui Litigasi (di dalam pengadilan) yang terdiri atas: Peradilan Pidana dan Peradilan Tata Usaha Negara

a. Peradilan Perdata

Ketentuan hukum dari gugatan perdata terdapat dalam berbagai undang-undang, Dasar hukum:

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

melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau, menggugat kerugian perdata ke pengadilan.

3. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Pasien yang merasa dirugikan akibat perbuatan dokter dapat menyelesaikan melalui peradilan secara perdata dengan cara mengajukan gugatan. Tata cara penyelesaian sengketa medik melalui peradilan perdata diatur menurut hukum acara perdata. Prof. Wirjono Prodikoro mengemukakan bahwa hukum secara perdata adalah: “rangkaiannya peraturan-peraturan yang menguat cara bagaimana orang harus bertindak terhadap dan dimuka pengadilan dan cara bagaimana pengadilan harus bertindak satu sama lain untuk melaksanakan berjalannya peraturan- peraturan hukum perdata.”

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

4. HIR (Het Heziene Indonesich Reglement)

Ketentuan HIR berlaku untuk daerah Jawa dan Madura sebagaimana disebutkan dalam Surat Edaran Mahkamah Agung No. 19 Tahun 1964.

5. RBg (Reglement Buitengewesten)

Berlaku untuk luar Jawa dan Madura sebagaimana diatur dalam Surat Edaran Mahkamah Agung No. 3 Tahun 1965.

6. Rv . (Reglement op de Burgelijke Rechtsvordering)

Rv merupakan ketentuan hukum acara perdata yang berlaku khusus bagi golongan Eropa dan bagi mereka yang dipersamakan dengan mereka yang bepekara di muka Raad van Justitie Residentiegerecht.

Praktik peradilan dewasa ini tetap menggunakan dan mempertahankan ketentuan Rv. meliputi Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Undang-undang, Yurisprudensi, Surat Edaran Mahkamah Agung, adat kebiasaan dan doktrin tentang hukum acara perdata.

Gugatan perdata dimulai dengan pembuatan surat gugatan. Selanjutnya, surat gugatan tersebut didaftarkan kepada Pengadilan Negeri yang berwenang. Penggugat kemudian harus memenuhi berbagai prosedur administrasi lainnya sebelum akhirnya dilakukan persiapan sidang. Persiapan sidang di Pengadilan Negeri meliputi hal-hal berikut ini:

Penetapan hari sidang berdasarkan pasal 121 HIR/145 RBg, oleh Ketua Majelis Hakim yang akan menangani perkara perdata tersebut. Pemanggilan pihak yang berperkara, yang akan dilakukan oleh Jurusita dan disampaikan kepada para pihak dengan membuat berita acara dan harus ditandatangani Juru sita dan para pihak.

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

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

1. Persidangan pertama, dengan pembacaan surat gugatan apabila para pihak hadir dalam persidangan.
2. Persidangan kedua, di mana tergugat memberikan tanggapan terhadap gugatan atau yang dikenal dengan jawaban terhadap gugatan, yang terdiri dari jawaban terhadap pokok perkara dan jawaban yang tidak langsung mengenai pokok perkara. Yang terakhir ini disebut

esepsi atau tangkisan.

3. Persidangan ketiga, dengan menyampaikan replik (tangkisan kembali) bagi pihak penggugat terhadap jawaban dari pihak tergugat sebelumnya pada sidang kedua.
4. Persidangan keempat, adalah tahap menyampaikan duplik, yaitu Duplik jawaban tergugat atas replik penggugat.
5. Persidangan kelima, dikenal dengan tahap pembuktian. Penggugat akan diberikan kesempatan lebih dulu untuk mengajukan alat-alat bukti. Pada kesempatan ini, tergugat diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan penyangkalan atas alat bukti penggugat. Adalah suatu prinsip hukum bahwa penggugatlah yang harus mengajukan pembuktiannya. Namun, di dalam hal-hal khusus seperti perkara perdata dalam pelayanan kesehatan dibuka peluang kepada hakim untuk mengalihkan beban pembuktian kepada dokternya/tergugat (*shifting the burden of proof*).
6. Persidangan keenam, kesempatan tergugat untuk mengajukan alat-alat buktinya dengan memberi kesempatan kepada penggugat untuk bertanya dan menyangkal bukti-bukti tergugat.
7. Persidangan ketujuh, adalah tahap kesimpulan (*conclutie*) dari hasil-hasil selama persidangan berlangsung. Pada dasarnya kesimpulan berisi hal-hal yang menguntungkan para pihak dan merugikan pihak lainnya.
8. Persidangan kedelapan, merupakan tahap terakhir dari persidangan di Pengadilan Negeri. Pada tahap ini Majelis Hakim akan memberikan putusan dan apabila pada pihak tidak puas dengan putusan tersebut, dapat mengajukan banding kepada Pengadilan Tinggi.

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

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

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

1. Menyatakan bahwa permohonan banding tidak dapat diterima
2. menguatkan putusan pengadilan Negeri
3. Membatalkan putusan Pengadilan Negeri
4. Memperbaiki putusan Pengadilan Negeri

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

masalah hukumnya dan penerapan hukumnya.

Putusan pada tingkat kasasi ada tiga macam:

1. Pemohonan kasasi tidak dapat diterima
2. Permohonan kasasi ditolak
3. Permohonan kasasi dikabulkan.

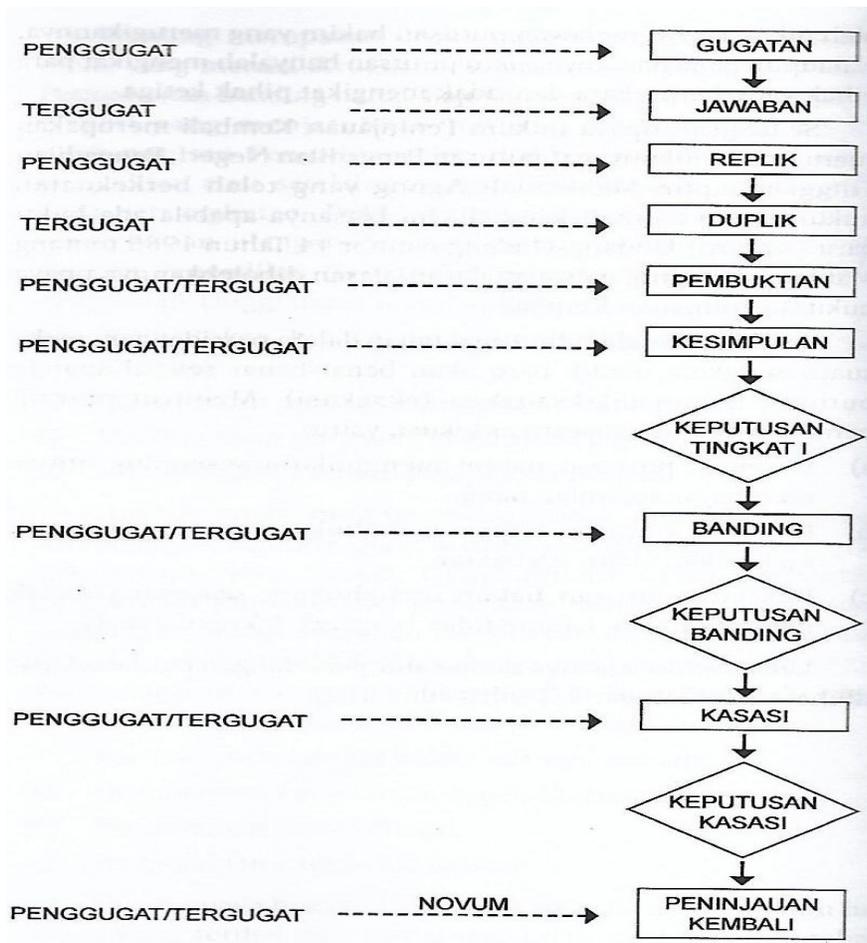
Selain upaya hukum biasa, juga tersedia upaya hukum luar biasa yang terdiri dari *derden verzet* dan peninjauan kembali. *Derden verzet* adalah upaha huku. Luar biasa yang dilakukannya. oleh pihak ketiga melawan putusan hakim yang merugikan, walaupun pada dasarnya suatu putusan hanyalah mengikat para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

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

1. Eksekusi putusan hakim menghukum seseorang untuk membayar sejumlah uang.
2. Eksekusi putusan hakim menghukum untuk seseorang untuk melakukan suatu perbuatan
3. Eksekusi putusan hakim menghukum seseorang untuk mengosongkan barang tidak bergerak. (*eksekusi real*)

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

Gambar. Tata cara penanganan kasus hukum litigasi



b. Peradilan Pidana

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

pidana dalam undang-undang tersebut di atas. Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mencakup semua profesi yang dikenal dengan sebutan Tenaga Kesehatan. Sedangkan berbagai contoh untuk tenaga kesehatan dokter yang diuraikan di bawah ini, dapat antara lain dalam berbagai pasal Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, serta pasal-pasal dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

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

Masalah timbul sehubungan dengan unsur kealpaan (culpa) apabila dikaitkan dengan tanggung jawab seorang (dokter). "Culpa" sendiri mempunyai arti kesalahan pada umumnya, tetapi di dalam ilmu pengetahuan hukum, mempunyai arti teknis yaitu: suatu macam kesalahan sebagai akibat kurang berhati-hati, sehingga secara tidak sengaja sesuatu terjadi. KUH Pidana tidak memberikan arti daripada kealpaan tetapi untuk gambaran tentang itu, Vos dan Van Hamel memberikan unsur-unsur: Kemungkinan pendugaan terhadap akibat, tidak berhati-hati mengenai apa yang diperbuat atau tidak diperbuat.

Andi Hamzah (1986) mengatakan dalam bukunya sarjana asing seperti Van Hamel menyatakan bahwa culpa mempunyai dua syarat, yakni: Kurangnya pendugaan yang

diperlukan, serta kurangnya keberhati-hatian yang diperlukan.

Kemudian dalam menentukan jenis kealpaan mana yang dapat menimbulkan tanggung jawab pidana bagi seorang dokter, Hoger Rood tertanggal 14 Maret 1929 menunjuk kepada kealpaan berat (*culpa lata*), bukan *culpa levissima*. Tanggung jawab hukun di bidang pidana bagi dokter akan timbul setelah dapat membuktikan terjadinya malpraktik, yang dalam hal ini dasar timbulnya tanggung jawab tersebut adalah karena kesalahan yang berupa kealpaan berat. Karena hal ini terjadi di kalangan para dokter, maka kriteria kealpaan di sini tentu saja diukur atas dasar bagaimana pada umumnya secara normal para dokter itu bersikap tindak dalam melaksanakan tugasnya dengan fasilitas yang ada.

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

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

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

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

kejahatan dengan pasal-pasal sebagai berikut.

- a. Pasal 322 KUHP, tentang Pelanggaran Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
- b. Pasal 344 KUHP, tentang Euthanasia.
- c. Pasal 346 KUHP sampai dengan pasal 349 KUHP, tentang Abortus Provokatus.
- d. Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan.
- e. Pasal-pasal 359 sampai dengan 361 KUHP, tentang kelalaian yang mengakibatkan mati atau luka-luka berat.

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

- a. Pasal 75 Undang-undang No.29 Tahun 2004 tentang surat Tanda Registrasi.
- b. Pasal 76 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Surat Izin Praktik.
- c. Pasal 77, 78 Undang-undang No.29 Tahun 2004 tentang Penipuan dan Pemalsuan Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik.
- d. Pasal 79 UU No.29 Tahun 2004 tentang tidak memasang papan nama, tidak membuat rekam medis dan tidak memenuhi kewajibannya sesuai dengan UU ini.
- e. Pasal 80 UU No. 29 Tahun 2004 tentang mempekerjakan dokter atau dokter gigi yang tidak memiliki surat izin praktik

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

Salah seorang anggota Tim Pengkajian Hukum Kesehatan dr. Budi Sampurna bekerja sama dengan BPHN dalam

salah satu pembahasannya, adanya ketentuan-ketentuan pidana ini di dalam UU No. 29 Tahun 2004 merupakan salah satu hal yang bisa dibilang tidak sesuai dengan kenyataan yang sedang berlaku di lingkungan medis. Karena menurutnya, hal-hal ini merupakan pelanggaran-pelanggaran yang tidak perlu diberi sanksi pidana, namun cukup dengan sanksi yang lebih ringan, seperti sanksi yang diberikan oleh MKDKI. Saat ini UU Nomor 36 Tahun 2009 apabila terjadi kasus, diupayakan melalui jalur mediasi. Dalam praktik peradilan, sumber dasar penerapan hukum acara pidana adalah UU No. 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP). Jika ada laporan atau pengaduan tentang adanya tindakan suatu tindakan pidana yang dilakukan oleh seorang dokter atau tenaga kesehatan, maka dokter atau tenaga kesehatan tersebut dapat melewati tahap-tahap dalam penyelesaian kasus pidana. Sebelumnya dilakukan proses penyelidikan, yang dimulai dengan klarifikasi dugaan tindakan pidana, pemanggilan pihak-pihak untuk didengar keterangannya dan pembuatan berita acara klarifikasi. Selanjutnya dengan adanya keterangan ini dapat dipanggil saksi-saksi apakah dugaan tindakan ini benar adanya. Apabila dari proses penyelidikan dapat disimpulkan memang ada dugaan tindakan pidana, maka berlanjut pada proses penyelidikan (di Kepolisian), Penuntutan (di Kejaksaan), serta Persidangan (di Pengadilan).

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

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

- a. Laporan Polisi, Kepala Kepolisian Sektor memerintahkan kepada Penyidik Pembantu untuk mengadakan pengecekan di TKP (Tempat Kejadian

- Perkara).
- b. Membuat laporan mengenai apa yang terjadi di TKP.
 - c. Selanjutnya Kepala Kepolisian Sektor membuat pemberitahuan kepada Kepala Kejaksaan Negeri setempat tentang dimulainya penyidikan dengan memberitahukan dimulainya tanggal penyidikan tersebut.
 - d. Selanjutnya Kepala Kepolisian Sektor menerbitkan surat perintah penyidikan dan Surat Perintah Tugas. Kemudian polisi mengadakan pemeriksaan terhadap saksi-saksi dan tersangka.
 - e. Dibuat berita acara pemeriksaan tersangka dan saksi-saksi. Apabila terdapat tersangka perlu dilakukan penangkapan, maka kepada Kepolisian Sektor menerbitkan Surat Perintah Penangkapan.
 - f. Apabila terdapat alasan untuk melakukan penahanan terhadap tersangka, maka Kepala Kepolisian Sektor menerbitkan: Surat Perintah Penahanan. Atas penahanan tersebut dibuat Berita Acara Penahanan, serta dibuat pemberitahuan penahanan tersangka kepada Kepala Kejaksaan Negeri setempat.
 - g. Penahanan yang dilakukan oleh penyidik hanya dapat diberikan paling lama 20 (dua puluh) hari. Apabila pemeriksaan oleh penyidik belum selesai, maka Kepala Kepolisian Sektor dapat mengajukan permintaan perpanjangan penahanan terhadap tersangka kepada Kepala Kejaksaan Negeri setempat. Perpanjangan penahanan yang diberikan Kepala Kejaksaan Negeri hanya diberikan untuk paling lama 40 (empat puluh) hari.
 - h. Atas perpanjangan tersebut, dibuat Berita Acara Penahanan. Apabila untuk kepentingan

penyidikan diperlukan penyitaan barang bukti, maka Kepala Kepolisian Sektor mengirimkan Laporan, permohonan dan persetujuan atas penyitaan barang bukti kepada Ketua Pengadilan Negeri setempat. Atas laporan dan permohonan tersebut, Ketua Pengadilan Negeri menerbitkan: penetapan yang memberi persetujuan terhadap penyitaan tersebut.

- i. Kepala Kepolisian Sektor mengeluarkan surat permintaan penyitaan. Apabila telah dilakukan penyitaan, maka dibuatkan Berita Acara Penyitaan.
 - j. Kemudian berkas perkara tersebut dikirim ke Kejaksaan Negeri Setempat.
2. Proses Penyelesaian Perkara Pidana Terhadap Kedua Bagi Dokter Dan Tenaga Kesehatan lainnya (di Kejaksaan)

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

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

Apabila masih belum sempurna maka berkas perkara dikirim kembali ke Kepolisian untuk disempurnakan.

Selanjutnya Jaksa Penuntut Umum membuat Surat Dakwaan dan dengan surat pelimpahan acara pemeriksaan berkas perkara dilimpahkan ke Pengadilan Negeri.

3. Proses Penyelesaian Perkara Pidana Tahap Ketiga bagi dokter dan tenaga lesehatan lainnya (Di pengadilan) Sebagai mana diatur dalam UU Nomor 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana atau (KUHP). Proses penyelesaian perkara pidana dengan acara pemeriksaan biasa di pengadilan. Setelah menerima berkas dari Kejaksaan, berdasarkan atas pasal 152 KUHP, maka jikalau pengadilan negerimenerima surat pelimpahan perkara dan berpendapat bahwa perkara itu termasuk wewenangnya, ketua Pengadilan Negeri membuat penetapan tentang penunjukan Hakim Majelis untuk menyidangkan perkara tersebut. Berkas perkara diserahkan kepada Hakim Ketua Majelis di mana selanjutnya Hakim Ketua Majelis mengeluarkan penetapan perintah penahanan dan surat penetapan harus sidang. Sidang ini melalui tahap-tahap persidangan sebagai berikut:

- a. Sidang pertama,

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

umum untuk membacakan surat dakwaan.

Surat dakwaan harus memenuhi syarat formal dan matriel. Yang merupakan syarat formil: nama, umur, tempat dan tanggal lahir, tempat tinggal, pekerjaan, agama, dan kebangsaan terdakwa. Yang merupakan syarat matriel adalah, Waktu dan tempat pidana dilakukan, Unsur-unsur tindak pidana yang didakwakan, Keterangan mengenai keadaan, terutama yang dapat memberatkan atau meringankan terdakwa, Pasal-pasal undang-undang yang dilanggar.

- b. Sidang kedua Eksepsi (jika ada) dalam hal ini pasal 156 KUHAP memberikan wewenang kepada terdakwa atau penasihat hukum untuk mengajukan keberatan atas Surat Dakwaan
- c. Sidang ketiga Tanggapan Jaksa Penuntut Umum (replik)
- d. Sidang keempat Tanggapan Penasihat Hukum atas Tanggapan Penuntut Umum (duplik).
- e. Sidang kelima Putusan Sela oleh Hakim Ketua Majelis. Apabila hakim menyatakan bahwa keberatan tersebut beralasan dan diterima, maka perkara itu tidak diperiksa lebih lanjut. Sebaliknya apabila keberatan dari terdakwa itu tidak beralasan dan tidak diterima, atau hakim berpendapat hal tersebut baru dapat diputus setelah selesai pemeriksaan, maka jalannya sidang dilanjutkan.
- f. Sidang keenam: Pembuktian (Pemeriksaan saksi/saksi ahli). Di dalam sidang ini, hakim ketua sidang sesuai dengan ketentuan dalam pasal 181 KUHAP juga karena memperlihatkan kepada dokter sebagai terdakwa segala barang bukti dan menanyakan padanya apakah ia mengenal barang tersebut.

- g. Sidang ketujuh: Pembacaan Tuntutan (*requisitor*)
 - h. Sidang kedelapan: Pembacaan Pembelaan (*pledoi*)
 - i. Sidang kesembilan: Pembacaan Replik (Tanggapan dari JPU atas pledoi Penasihat Hukum).
 - j. Sidang kesepuluh: Pembacaan duplik (tanggapan dari Penasihat Hukum atas Replik dari Jaksa Penuntut Umum).
 - k. Sidang kesebelas: Pembacaan Putusan. Putusan pengadilan itu ada tiga macam, yaitu putusan pengadilan yang mengandung:
 - Pembebasan terdakwa
 - Pelepasan terdakwa dari segala tuntutan
 - Suatu pemidanaan terdakwa
4. Pelaksanaan Putusan Pengadilan
- Pasal 14 huruf J menyatakan, penuntut umum berwenang melaksanakan penetapan hakim. Sejalan dengan itu sesuai ketentuan pasal 270, Jaksa melaksanakan keputusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap dan untuk melaksanakan putusan panitera mengirimkan surat putusan yang dilaksanakan dengan segera pasal 197 ayat (3).
5. Upaya Hukum
- Hak terdakwa atau Penuntut Umum untuk tidak menerima putusan pengadilan disalurkan melalui adanya upaya hukum. Kegunaannya adalah:
- a. Untuk memperbaiki kesalahan yang dibuat oleh instansi yang sebelumnya.
 - b. Untuk kesatuan dalam peradilan.
- Dengan adanya upaya hukum ini ada jaminan baik bagi terdakwa maupun masyarakat atau tenaga kesehatan bahwa peradilan baik menurut fakta dan hukum adalah benar dan sejauh mungkin seragam. Upaya hukum bisa terdiri dari dua bagian, bagian pertama tentang pemeriksaan banding dan bagian kedua tentang

pemeriksaan kasasi.

Upaya hukum luar biasa tercantum dalam bab XVIII KUHAP, yang terdiri atas dua bagian, bagian pertama Pemeriksaan Tingkat Kasasi Demi kepentingan Hukum dan bagian kedua Tinjauan Kembali Putusan Pengadilan yang telah memperoleh hukum tetap. Seperti telah dijelaskan Peninjauan Kembali (PK). Biasanya dikabulkan jika adanya bukti baru (novum). Seperti dijelaskan di atas proses penyelesaian perkara pidana tidak terbatas hanya untuk dokter, juga bisa untuk tenaga kesehatan lainnya bidan, perawat, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya. Yang khusus biasanya memang tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien.

c. Peradilan Tata Usaha Negara

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

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

Dari hasil proses tata usaha negara dikeluarkan Keputusan

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

BAB XIV

MENGAGAS PERADILAN ETIK DI INDONESIA

Prof. Dr. Jimly Asshiddiqie, S.H.***

A. Perkembangan Lembaga Peradilan dalam Sejarah

Kebiasaan menyelenggarakan proses peradilan berdasarkan hukum adat tidak tertulis terjadi di mana-mana, baik di Eropa Kontinental, Inggris, maupun Indonesia. Tradisi hukum yang tidak tertulis itu hidup dalam praktik kehidupan semua masyarakat yang masih sederhana. Namun makin meluasnya kesadaran mengenai pentingnya budaya tulis baca, kebiasaan menjadikan hukum adat yang tidak tertulis tersebut melahirkan dua tradisi yang berbeda-beda di pelbagai negara. Ada yang mengembangkan tradisi hukum tertulis, seperti yang berkembang di lingkungan negara-negara dengan tradisi '*civil law*'. Tetapi ada negara yang tetap bertahan dengan sistem tidak tertulis dengan menerapkan prinsip-prinsip preseden, seperti di Inggris.

*** BUNGA RAMPAI KOMISI YUDISIAL. 201A5. SEKRETARIAT JENDERAL KOMISI YUDISIAL REPUBLIK INDONESIA.

Dengan berkembangnya tradisi baca tulis, kesadaran mengembangkan sistem hukum yang norma-norma hukumnya diberlakukan dengan dukungan otoritas kekuasaan negara membawa umat manusia pada sistem hukum tertulis. Perkembangan itu seiring dengan gerakan liberalisasi dan demokratisasi yang melahirkan terbentuknya lembaga-lembaga perwakilan rakyat.

Karena itu, pada sekitar abad ke-15, 16 dan 17, berkembang dua tradisi hukum. Pertama, mengembangkan peran hakim sebagai pembentuk hukum (*judge-made law*). Kedua, mengembangkan peran lembaga perwakilan rakyat sebagai pembuat undang-undang (*parliamentary law*). Sistem '*judge-made law*' kemudian dinamakan '*common law*' yang bertumpu pada hukum kebiasaan sebagai kelanjutan logis dari tradisi hukum adat yang tidak tertulis. Sedangkan sistem '*parliamentary law*' disebut sebagai tradisi hukum sipil (*civil law*).

Sebelum berkembangnya tradisi '*civil law*' yang tertulis, ada pula tradisi lain yang bertumpu pada tradisi kitab-kitab pemikiran ilmiah hukum dari para ahli yang dipandang memiliki otoritas ilmiah. Pandangan-pandangan itu dijadikan sumber rujukan dalam mengambil keputusan-keputusan hukum oleh lembaga pengadilan.

Kedua tradisi peradilan inilah yang disebut Profesor Djoko Soetono sebagai tradisi "*rechtsspraak naar rechtsboeken*" atau peradilan berdasar atas buku hukum, yang dibedakan dari tradisi "*rechtsspraak naar wetboeken*" atau peradilan berdasar atas kitab undang-undang yang berkembang setelahnya. Tradisi '*rechtsspraak naar rechtsboeken*', sebagai contoh, dapat dilihat dalam perkembangan peradilan agama di dunia Islam. Bahkan, sampai sekarang pengadilan agama di Indonesia masih mendasarkan pada kitab-kitab hukum karya para ulama fiqh dalam sejarah.

Pada akhir Orde Baru, pelbagai rumusan norma hukum karya para ulama ataupun rumusan norma yang pernah

diputuskan oleh para hakim pengadilan agama sebelumnya dikumpulkan dan dibukukan dalam bentuk kompilasi hukum Islam yang selanjutnya dijadikan acuan oleh para hakim. Kompilasi Hukum Islam itu sendiri tidak dituangkan dalam bentuk undang-undang secara resmi, melainkan hanya dituangkan dalam bentuk Instruksi Presiden (Inpres) untuk sosialisasi praktik peradilan agama.

Di dunia Islam, sebelum dikenal adanya sistem hukum positif dalam bentuk undang-undang, proses peradilan hanya bekerja atas dasar kitab-kitab fiqh tulisan para ulama fiqh. Hal itu tidak hanya di Indonesia, tetapi di hampir semua negeri Muslim. Padahal, status hukum dari buku-buku atau kitab-kitab fiqh dimaksud hanyalah merupakan karya-karya yang bersifat pribadi yang kekuatan mengikatnya tidak ditopang atau dikukuhkan oleh otoritas kekuasaan negara.

Orang tunduk pada kitab-kitab fiqh tersebut hanya didasarkan atas kepercayaan bahwa para ulama fiqh tersebut pasti benar dalam menafsirkan syari'at ajaran agama Islam yang diyakininya. Tradisi peradilan yang didasarkan pada kitab-kitab hukum dinamakan "*rechtsspraak naar rechtsboeken*", yang dipraktikkan sebelum berkembang tradisi peradilan berdasar atas peraturan perundang-undangan disebut "*rechtsspraak naar wetboeken*".

Dalam kuliah yang diberikannya di Fakultas Hukum Universitas Indonesia di masa hidupnya, Djoko Soetono sering menggambarkan adanya empat bentuk dan tahap perkembangan pengadilan dalam sejarah. Keempat bentuk peradilan itu di satu pihak dapat dilihat secara kategoris, tetapi sekaligus dapat pula dipandang sebagai suatu proses tahapan perkembangan dari waktu ke waktu sesuai dengan pengalaman sejarah masing-masing bangsa dan negara

Keempat bentuk atau tahap perkembangan itu adalah:

1. *Rechtsspraak naar ongeschreven recht*, yaitu pengadilan yang bekerja atas dasar ketentuan-ketentuan hukum yang

tidak tertulis. Dalam sejarah Indonesia, disebut sebagai pengadilan adat yang didasarkan atas hukum adat yang tidak tertulis.

2. *Rechtsspraak naar precedenten*, yaitu pengadilan yang bekerja atas dasar preseden atau atas dasar putusan-putusan pengadilan terdahulu.
3. *Rechtsspraak naar rechtsboeken*, yaitu pengadilan yang bekerja atas dasar rujukan kitab-kitab hukum dari para ahli hukum.
4. *Rechtsspraak naar wetboeken*, yaitu pengadilan yang bekerja atas dasar peraturan perundang-undang tertulis.

Dalam keempat lingkungan peradilan tersebut, dapat dikatakan bahwa sumber hukum yang dijadikan dasar oleh pengadilan dalam membuat putusan dapat dibedakan dalam empat jenis hukum, yaitu (i) *the people's law*, (ii) *the lawyers' law*, (iii) *the professor's law*, dan (iv) *the state's law*.

“*The people's law*” adalah hukum yang hidup dalam masyarakat sendiri. “*The lawyers' law*” merupakan hukum yang hidup dan dijadikan rujukan oleh kalangan para praktisi hukum, khususnya yang bekerja sebagai hakim. Sementara itu, “*The professor's law*” adalah hukum sebagaimana yang dikembangkan dalam pemikiran para ahli hukum. “*The state's law*” adalah hukum yang dibuat dan diberlakukan oleh negara, terutama oleh lembaga perwakilan rakyat dalam bentuk undang-undang.

Tidak semua bangsa dan negara mempunyai pengalaman yang sama mengenai tahap-tahap perkembangan ‘*rechtsspraak naar rechtsboeken*’, ‘*rechtsspraak naar wetboeken*’, dan ‘*rechtsspraak naar precedenten*’ tersebut. Dalam pengalaman sejarah tradisi hukum Islam, dari tradisi “*rechtsspraak naar rechtsboeken*” dapat pula tumbuh menjadi “*rechtsspraak naar precedenten*”, seperti dalam tradisi “*common law*”. Karena itu, perkembangan dari “*rechtsboeken*” menjadi “*wetboeken*” seperti dalam tradisi “*civil law*” atau menjadi “*rechtsprecedenten*” seperti

dalam tradisi “*common law*”, sangat tergantung kepada latar belakang sejarah masing-masing negara.

Di lingkungan negara-negara yang menganut ajaran mazhab Syi’ah seperti Iran, peran “*wilayat al-faqih*” yang terdiri atas para Ayatollah yang diakui otoritasnya lebih dominan daripada lembaga perwakilan rakyat yang membuat undang-undang tertulis. Peranan hakim menjadi penting dalam menciptakan preseden hukum seperti dalam sistem “*common law*”.

Di sini, paham kedaulatan hukum dipandang lebih utama daripada kedaulatan rakyat. Namun, di negara-negara yang **tidak mengenal doktrin mengenai “*wilayat al-faqih*”, paham kedaulatan rakyat lebih dominan.** Peranan undang-undang tertulis yang disusun dan ditetapkan oleh lembaga perwakilan rakyat menjadi utama seperti yang berkembang dalam tradisi “*civil law*”.

Terlepas dari variasi dan perbedaan mengenai bentuk ataupun tahap perkembangan peradilan itu dalam sejarah, keempat bentuk pengadilan tersebut dapat dikatakan merupakan sesuatu yang bersifat alamiah dan universal. Sistem peradilan berkembang dalam proses sejarah yang sangat panjang. Dimulai dari bentuknya yang paling sederhana sampai ke tahap perkembangan yang sangat kompleks dan modern seperti yang tecermin dalam dua tradisi utama di zaman sekarang, yaitu “*civil law*” dan “*common law*” yang saling memengaruhi satu sama lain.

Dalam perkembangan peradilan di Indonesia, hal-hal tersebut juga terjadi. Sistem peradilan yang paling sederhana tumbuh dari tradisi hukum adat tidak tertulis (*rechtsspraak naar ongeschreven recht*). Lalu, ketika pengaruh hukum Islam datang dan memengaruhi kehidupan masyarakat Nusantara, sistem peradilan adat tidak tertulis berubah menjadi peradilan berdasarkan kitab hukum (*rechtsspraak naar rechtsboeken*).

Selanjutnya, karena Indonesia berkenalan dengan sistem hukum Barat melalui penjajahan oleh bangsa Belanda yang

mempunyai tradisi ‘*civil law*’, maka tahap perkembangan peradilan di Indonesia meloncat langsung ke tahap perkembangan “*rechtsspraak naar wetboeken*”. Kita tidak mengenal sistem peradilan berdasar atas asas preseden, seperti negara-negara tetangga Indonesia yang pernah dijajah oleh Inggris seperti Malaysia, Singapura, Brunei Darussalam, Hongkong, dan Filipina yang banyak dipengaruhi oleh sistem hukum Amerika Serikat.

Bahkan, badan-badan peradilan Indonesia pasca kemerdekaan dapat dikatakan merupakan kelanjutan saja dari badan-badan yang sudah ada sebelumnya sejak zaman Hindia Belanda. Indonesia merdeka mewarisi dan meneruskan saja struktur peradilan yang ada sebelumnya, seperti ‘*Landraad*’ dan ‘*Priesterraad*’ yang diterjemahkan menjadi pengadilan negeri dan pengadilan agama.

“*Land-raad*”, “*Raad van Justitie*”, dan “*Hogeraad*” diterjemahkan menjadi pengadilan negeri, pengadilan tinggi, dan Mahkamah Agung.

“*Landraad*” dan “*Raad van Justitie*” menjalankan fungsi peradilan umum. Sedangkan peradilan agama diorganisasikan ke dalam lingkungan Departemen Agama yang baru sejak akhir masa Orde Baru menjelang reformasi dijadikan satu atap di bawah Mahkamah Agung dengan empat lingkungan peradilan, yaitu peradilan umum, peradilan agama, peradilan militer, dan peradilan tata usaha negara.

Konsepsi mengenai keempat lingkungan peradilan itu dikukuhkan mulai tahun 1970 melalui Undang-Undang Nomor XIV Tahun 1970 tentang Pokok-Pokok Kekuasaan Kehakiman. Pada 2001, ketentuan mengenai keempat lingkungan peradilan tersebut diperkuat lagi melalui Perubahan Ketiga UUD 1945, seperti tecermin dalam rumusan Pasal 24 ayat (2) UUD 1945 yang berbunyi, “Kekuasaan kehakiman dilakukan oleh sebuah Mahkamah Agung dan badan peradilan yang berada di bawahnya dalam lingkungan peradilan umum, lingkungan peradilan

agama, lingkungan peradilan militer, lingkungan peradilan tata usaha negara, dan oleh sebuah Mahkamah Konstitusi”.

Ide pembentukan peradilan administrasi negara atau peradilan tata usaha negara pertama kali dirumuskan dalam Undang-Undang Nomor XIV Tahun 1970. Namun baru sungguh-sungguh dibentuk pada 1986 berdasarkan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1986 tentang Pengadilan Tata Usaha Negara. Pembentukan peradilan administrasi ini penting karena keberadaannya menandai bahwa Indonesia memang merupakan negara hukum atau “rechtsstaat” menurut tradisi hukum sipil.

Di lingkungan negara-negara dengan tradisi hukum ‘*common law*’, tidak dikenal adanya lembaga peradilan tata usaha negara tersendiri, seperti yang berkembang di Eropa Kontinental. Di AS dan Inggris, berkembang lembaga-lembaga quasi atau semi peradilan administrasi yang biasa dinamakan dengan ‘*agencies*’ atau komisi-komisi negara yang menjalankan fungsi-fungsi campuran. Misalnya, di AS ada Federal Communication Commission (FCC), Federal Trade Commission (FTC), dan sebagainya.

Dewasa ini, institusi atau komisi-komisi negara semacam ini sangat banyak jumlahnya dan turut memengaruhi berkembangnya ide mengenai pembentukan komisi-komisi negara serupa di banyak negara, termasuk di Indonesia.¹

Pada awal abad ke-20, terutama karena pengaruh putusan Mahkamah Agung Amerika Serikat dalam kasus *Marbury versus Madison* pada 1803, muncul perkembangan baru di Eropa Kontinental, yaitu kesadaran mengenai pentingnya menerapkan praktik *judicial review* di lingkungan negara-negara ‘*civil law*’.

Salah seorang sarjana hukum yang bersemangat mengembangkan ide ini adalah George Jellineck (guru Hans Kelsen) yang mengusulkan agar Mahkamah Agung dapat ditambahkan

¹ Jimly Asshiddiqie, *Perkembangan dan Konsolidasi Lembaga-Lembaga Negara Pasca Reformasi*, Jakarta, Sekretariat Jenderal MK RI, 2006, hal. 111.

kewenangannya untuk menjalankan fungsi *judicial review*. Ide George Jellineck ini menginspirasi Mr. Muhammad Yamin yang mengusulkan dalam sidang-sidang BPUPKI agar Balai Agung² (nama awal Mahkamah Agung) diberi kewenangan untuk ‘membanding undang-undang’.³

Namun, usul Yamin ini tidak mendapat persetujuan bersama, terutama ditentang oleh Soepomo. Alasannya, jumlah sarjana hukum belum banyak. Selain itu, sistem kekuasaan yang disepakati tidak didasarkan atas doktrin ‘*trias-politica*’ Montesquieu yang mengidealkan pemisahan kekuasaan (*separation of power*), melainkan yang berpuncak pada doktrin lembaga tertinggi negara sebagai penjelamaan seluruh rakyat.

Di Eropa Barat Kontinental, diskusi mengenai pentingnya mekanisme ‘judicial review’ itu berkembang jauh lebih luas dan mendalam, termasuk di Austria, Italia, **Cekoslovakia**, Jerman dan Prancis. Yang dipersoalkan bukan saja perlu tidaknya mekanisme ‘judicial review’ tersebut diadopsi, tetapi mengenai pelembagaannya menjadi lembaga yang tersendiri. Karena itu, Hans Kelsen dapat dikatakan berpikir lebih maju selangkah dari George Jellineck. Hans Kelsen mengusulkan perlunya peradilan konstitusi dilembagakan secara tersendiri, terutama untuk menjalankan fungsi pengujian konstitusional (*judicial constitutional review*) atas produk undang-undang yang dibuat oleh lembaga perwakilan rakyat (parlemen).

Gagasan Hans Kelsen ini membangunkan kesadaran yang luas mengenai pentingnya melembagakan fungsi peradilan konstitusi di banyak negara di kemudian hari. Sebelum Perang Dunia Kedua, negara-negara lain yang juga mendirikan Mahkamah Konstitusi, selain Austria. Antara lain adalah Italia

² Istilah ‘Balai Agung’ digunakan oleh Mr. Muhammad Yamin untuk maksud Mahkamah Agung, sebelum sebutan ‘Mahkamah Agung’ disepakati secara final.

³ Istilah ‘membanding undang-undang’ ini dipakai oleh Mr. Muhammad Yamin dalam sidang-sidang BPUPKI untuk pengertian ‘menguji undang-undang’ sebagaimana dipahami secara sistem pembagian kekuasaan

dan Cekoslovakia.

Sesudah Perang Dunia Kedua, ide pelembagaan itu juga diikuti oleh Jerman Barat dengan membentuk 'Bundes Verfassungsgericht'. Bahkan, Prancis juga membentuk badan peradilan konstitusi dengan nama berbeda yaitu Dewan Konstitusi (*Conseil d'Constitutionnel*).⁴ Sekarang sudah lebih dari 80 negara di dunia membentuk Mahkamah Konstitusi tersendiri di luar Mahkamah Agung.⁵

Di lingkungan negara-negara Eropa Barat yang menganut tradisi hukum 'civil law', negara pertama yang membentuk Mahkamah Konstitusi (*Verfassungsgericht shoft*) adalah Austria pada 1920. Ide pembentukan lembaga peradilan konstitusi ini berasal dari Profesor Hans Kelsen, guru besar ilmu hukum Universitas Wina (Vienna).⁶

⁴ Jimly Asshiddiqie, Model-Model Pengujian Konstitusional di Berbagai Negara, Jakarta, Konstitusi Press, 2005, hlm. 131.

⁵ Indonesia adalah negara pertama yang mendirikan Mahkamah Konstitusi pada abad ke-21 atau negara ke-79 pada abad ke-20, sedangkan Thailand adalah negara ke-78 atau negara terakhir yang membentuk Mahkamah Konstitusi pada abad ke 20.

⁶ Hans Kelsen lahir dari keluarga yang berdarah Yahudi pada 1881 di Praha. Pada 1884, keluarganya pindah dan untuk selanjutnya menetap di Wina, Austria. Di samping sebagai konseptor, Hans Kelsen juga dipercaya sebagai Hakim Konstitusi Austria (*Verfassungsgerichtshoft*) sampai tahun 1930, ketika muncul gerakan anti-semit di kalangan sosialis Kristen Austria -- meski Kelsen sendiri resminya menganut agama Katolik -- ia diberhentikan dari Mahkamah Konstitusi. Sejak itu, ia pindah menjadi guru besar di Cologne, Jerman. Saat Nazi berkuasa situasi berubah cepat dan pada 1933, ia dikeluarkan lagi dari Cologne University dan bersama keluarganya ia pindah ke Jenewa. Sesudah pecah Perang Dunia Kedua, ia pindah lagi menetap di Amerika Serikat, mengajar di Harvard University, California University, dan lain-lain, dan terus menjadi guru besar di pelbagai universitas di Eropa sampai akhir hayatnya pada 1973. Ilmuwan yang oleh Roscoe Pound diakui sebagai ahli hukum dunia ini, meninggal di Berkeley, Amerika Serikat, pada 19 April 1973 dalam usia 92 tahun dengan mewariskan lebih dari 400 karya ilmiah, 300-an diantaranya, berupa buku dalam tiga bahasa. Lihat Ian Stewart, "The Critical Legal Science of Hans Kelsen", *Journal of Law and Society*, 17 (3), 1990, hlm. 273-308, dalam Jimly Asshiddiqie dan M. Ali Safa'at, Teori Hans Kelsen tentang Hukum, Konpress, 2012, hlm. 1-3

Dengan terbentuknya ‘Verfassungsgerichtshoft’ atau Mahkamah Konstitusi pada 1920, menyusul pembentukan mahkamah tata usaha negara (*verwaltungsgesichtshoft*) pada abad ke-19, maka puncak kelembagaan fungsi peradilan di Austria berkembang menjadi tiga, yaitu Mahkamah Agung, Mahkamah Administrasi Negara, dan Mahkamah Konstitusi.

Di Prancis juga terdapat tiga puncak peradilan. Di bidang hukum pidana dan hukum perdata, puncak peradilan ada di “Cour d’Cassation” atau mahkamah agung. Di bidang hukum administrasi negara, peradilan berpuncak di “Conseil d’Etat” atau Dewan Negara.

Sedangkan di bidang peradilan konstitusi ditangani oleh lembaga yang dinamakan “Conseil Constitutionnel” atau dewan konstitusi. Namun, di Prancis dikenal ada pula “Cour d’Comptes” atau Mahkamah Akuntansi Keuangan Negara yang di Indonesia dapat dipadankan dengan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Namun dalam sistem Konstitusi Prancis dipandang sebagai pengadilan.

Di Jerman, struktur peradilan berpuncak di enam mahkamah, yaitu di lingkungan peradilan umum, peradilan tata usaha, dan peradilan konstitusi seperti di Austria. Ada pula lembaga peradilan industrial, lembaga peradilan fiskal, dan lembaga peradilan sosial. Keenamnya sama-sama berkedudukan di kota kecil Karlsruhe, bukan di pusat kegiatan politik Berlin sebagai ibukota negara ataupun di kota Frankfurt atau Munchen yang merupakan pusat kegiatan ekonomi dan bisnis.

Pendek kata, baik sistem maupun struktur kelembagaan fungsi-fungsi peradilan terus berkembang sangat dinamis. Dalam teori maupun praktik, sudah harus diterima kenyataan munculnya pengertian baru mengenai aneka cara penyelesaian sengketa atau konflik yang terjadi dalam masyarakat dalam rangka menjamin terwujudnya keadilan dalam masyarakat.

Setelah era reformasi, organisasi peradilan di Indonesia dapat dikatakan terus berkembang dan mengalami restruk-

turisasi dan diferensiasi struktural secara mendasar. Dibentuknya Mahkamah Konstitusi tersendiri dan terpisah dari Mahkamah Agung, lalu Komisi Yudisial yang terkait dengan fungsi Mahkamah Agung.

Mahkamah Agung sendiri meliputi empat lingkungan peradilan, yaitu peradilan umum, peradilan agama, peradilan tata usaha negara, dan peradilan militer. Di samping itu, muncul pula banyak lembaga peradilan khusus yang dikelompokkan dalam salah satu dari keempat lingkungan peradilan itu, seperti pengadilan tipikor, pengadilan hak asasi manusia, pengadilan niaga, pengadilan pajak, pengadilan perikanan, pengadilan anak, peradilan industrial, pengadilan adat, dan lain sebagainya. Juga muncul banyak sekali ide pembentukan komisi-komisi negara yang berfungsi sebagai lembaga quasi atau semi-yudisial. Semua ini menggambarkan telah terjadinya perubahan struktural dan fungsional yang sangat mendasar dalam sistem dan struktur peradilan Indonesia pascareformasi. Perubahan-perubahan pascareformasi merupakan kelanjutan logis dari dinamika perkembangan sejarah sistem peradilan hukum dalam jangka panjang.

B. Tahap Perkembangan Etika

Untuk menggambarkan perkembangan tahap demi tahap etika, saya sengaja meminjam istilah-istilah yang dipakai Auguste Comte maupun Van Peursen melalui teorinya tentang tahap-tahap perkembangan budaya dan peradaban manusia. Auguste Comte menggunakan istilah tahap ‘theologische’, ‘metaphysics’, dan ‘positieve’. Sedangkan C.A. Van Peursen menggunakan istilah tahap ‘mystic-religious’, ‘ontologis’, dan ‘fungsional’. Istilah-istilah yang dipakai oleh kedua filsuf ini saya pinjam untuk pengertian yang sama sekali berbeda untuk menggambarkan tahap-tahap perkembangan sistem etika, yaitu (i) tahap teologis, (ii) tahap ontologis, (iii) tahap positivist, dan

(iv) tahap fungsional tertutup, serta (v) tahap fungsional terbuka atau tahap peradilan etika.

1. Etika Teologis

Semula yang dipahami sebagai etika terkait erat dengan agama dan berada dalam konteks ajaran agama. Inilah tahap perkembangan yang saya namakan etika teologis. Dalam sistem norma hukum, tidak semua agama mengandung ajaran-ajaran tentang hukum.

Agama yang sangat eksoteris dan dapat dikatakan banyak mengajarkan sistem norma hukum adalah agama Islam, Yahudi, dan Hindu. Sedangkan agama yang lain tidak banyak mengajarkan kaidah-kaidah hukum yang bersifat konkret seperti Islam, Yahudi, dan Hindu.

Akan tetapi, dalam urusan sistem etika semua agama mengajarkan tentang nilai-nilai baik buruk, benar-salah, dan nilai-nilai etika kehidupan lainnya dalam rangka menuntun para penganutnya untuk senantiasa berperilaku terpuji. Dapat dikatakan, tidak ada agama mana pun juga yang tidak mengajarkan sistem etika dan standar-standar perilaku mulia dalam kehidupan.

Kualitas perilaku mulia (*akhlaq al-karimah*) umat justru merupakan tugas utama kenabian dan tujuan pokok semua ajaran agama. Istilah etika tidak dapat diidentikkan dengan istilah akhlak dalam ajaran agama Islam. Akhlak jauh lebih luas kandungan maknanya daripada etika.

Tetapi kenyataannya, istilah akhlak dalam Islam merupakan konsepsi yang tidak dapat dipisahkan dari Islam sebagai agama. Pengertian akhlak dipahami sebagai suatu konsepsi yang sangat luas. Pastilah jauh lebih luas dari apa yang dipahami oleh ilmuwan dan para filsuf tentang 'ethics' atau etika.

Akan tetapi, apa yang dimaksud dengan etika di zaman sekarang juga tercakup pengertiannya dalam istilah akhlak dalam bahasa Arab yang dimaksud dalam ajaran Islam. Akhlak

mencakup perilaku manusia dalam berhubungan dengan Tuhan, antar sesama manusia, dan dalam hubungan dengan sesama makhluk Tuhan, seperti hewan, tumbuh-tumbuhan, dan lingkungan alam.

Sedangkan etika tidak berkaitan dengan hubungan antara manusia dengan Tuhan, melainkan hanya berkaitan dengan perilaku manusia dalam hubungan antar sesamanya, dan juga dalam hubungan dengan hewan, tumbuh-tumbuhan, dan alam semesta lainnya, seperti konsepsi etika lingkungan hidup.

Dalam tahap perkembangan pertama, pengertian etika semata-mata terkait erat dengan ajaran agama. Karena itu, saya namakan tahap perkembangan pertama ini sebagai tahap etika teologis, yaitu etika dalam konteks ketuhanan dan keagamaan.

2. Etika Ontologis

Istilah tahap perkembangan ontologis kita pinjam dari Van Peursen dalam buku Strategi Kebudayaan, ketika menguraikan pendapatnya mengenai tahap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang menyebabkan manusia berhasil keluar dari kungkungan alam yang penuh dengan mitos-mitos seperti pada tahap yang ia namakan mistis-religius.

Manusia hidup terkungkung dan tergantung kepada alam. Tetapi setelah ilmu pengetahuan dan teknologi berkembang, manusia keluar dari kungkungan alam dan bahkan berubah menjadi penguasa alam. Dengan bantuan ilmu pengetahuan dan teknologi, semakin banyak fenomena alam di udara, darat, maupun air yang diketahui dan dapat dikuasai oleh manusia. Inilah yang oleh Van Peursen, dalam hubungan antara manusia dengan alam, disebutnya sebagai tahap perkembangan ontologis.

Pada tahap perkembangan kedua ini, etika tumbuh dan berkembang di dunia ilmu pengetahuan sebagai bagian dari filsafat. Karena itu, ethics dan etika menjadi mata kuliah tersendiri, terlepas dari konteks pendidikan agama. Gereja sangat berperan dalam mengembangkan studi tentang etika ini menjadi

bagian dari kajian filsafat.

Sekolah teologia dan sekolah filsafat berkembang di seluruh dunia, tidak hanya diikuti oleh para pendeta dan penganut agama Kristen dan Katolik, tetapi juga semua orang yang ingin memahami dan mendalami ilmu pengetahuan tentang perilaku manusia dengan pendekatan filsafat. Inilah yang saya namakan tahap etika ontologis sebagai tahap kedua dari perkembangan pengertian umat manusia tentang etika.

3. Etika Positivis

Perkembangan ide penulisan kode etik dimulai pertama kali berdasarkan gagasan al-Ruhawi tentang etika kedokteran dalam bukunya, “The Conduct of a Physician” (Adab al-Tabib) pada abad ke-9H atau awal abad ke-13M.⁷

Sejak berkembangnya ide penulisan standar perilaku profesional, yang dimulai dengan etika di bidang kedokteran (*medical ethics*), maka muncullah pengertian baru tentang kode etik dan kode perilaku di pelbagai bidang profesi.

Seperti telah diuraikan di atas, sesudah Thomas Percival merancang ‘code of medical ethics’ yang pertama pada 1794, American Medical Association (AMA) didirikan pada 1846 dan ‘Code of Medical Ethics’ atau ‘Code of (Professional) Ethics’ pertama dalam sejarah modern disahkan pada 1847.

Sesudah itu, American Association of Public Accountant (AAPA) didirikan pada 1887, dan kode etik pertamanya disahkan pada 1905. Sekarang organisasi ini berubah nama menjadi American Institute of Certified Public Accountants (AICPA). Organisasi profesi ketiga menyusun kode etik adalah American Bar Association (ABA) yang didirikan pada 1854, dan mengesahkan berlakunya kode etik pertama pada 1908 dengan sebutan “Canons of Professional Ethics”. Selama abad ke-20, kebiasaan menyusun kode etik dan kode perilaku ini terus

⁷ Bashir Ahmed Zikria, Ringkasan “Adab al-Tabib” dari Transactions, American Philosophical Society, Vol 57, Part 3, 1967.

berkembang pesat, sehingga hampir semua organisasi profesi, kemasyarakatan, dan dunia usaha melakukannya. Inilah yang saya namakan sebagai tahap positivisasi etika, di mana sistem etik itu disusun secara konkret dalam bentuk kode etik dan kode perilaku.

Etika yang semula tidak tertulis dan diberlakukan secara resmi, selama abad ke-20 dikembangkan menjadi sesuatu sistem aturan yang resmi seperti halnya hukum positif. Karena itu, pada perkembangan tahap ketiga ini, dengan belajar dan mencontoh dari perkembangan sistem norma hukum, sistem etik juga dapat mengambil bentuk sebagai etika positif yang sepadan dengan pengertian hukum positif. Sayangnya, gelombang positivisasi etika ini tidak segera diikuti oleh efektivitas penegakannya secara konkret dalam praktik. Karena, muncullah kebutuhan baru untuk mengupayakan agar sistem kode etik dan kode perilaku itu benar-benar ditegakkan dalam praktik.

4. Etika Fungsional Tertutup

Pada tahap keempat, orang tidak puas hanya dengan adanya kode etik dan kode perilaku secara formal tetapi tidak sungguh-sungguh ditegakkan dalam praktik. Di Indonesia, misalnya, organisasi profesi yang dapat dikatakan menjadi pelopor pertama mengembangkan sistem kode etik ini adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI).

Sejak sebelum kemerdekaan, para dokter sudah biasa dengan pengertian etika kedokteran. Namun, sejak berdirinya sampai dengan sekarang, belum terdengar adanya dokter yang diberhentikan karena pelanggaran kode etik profesi. Padahal, dalam praktik sejak dahulu sampai dengan sekarang sering terdengar banyaknya kasus malpraktik di mana-mana.

Mengapa belum pernah banyak yang terkena sanksi etika profesi? Jawabannya terletak pada kenyataan bahwa sistem kode etik yang dikembangkan dan dipraktikkan selama ini hanya bersifat formal, dan belum sungguh-sungguh ditegakkan dalam

praktik nyata. Kode etik baru diperlakukan sebagai pedoman kerja dan tuntunan perilaku ideal yang belum dilengkapi dengan infrastruktur kelembagaan yang secara independen dapat menegakkan kode etik itu dengan efektif.

Di bidang-bidang lain, keadaannya juga sama. Kode etik ada dan diberlakukan, tetapi penegakannya secara konkret tidak terjadi karena mekanisme penegakannya belum didukung oleh sistem kelembagaan yang tersendiri. Misalnya, semua organisasi kemasyarakatan, keagamaan, wanita, pemuda, pelajar dan mahasiswa biasanya memiliki kode etik organisasi. Demikian pula, partai politik sejak dulu sampai sekarang selalu memiliki kode etik anggota. Namun, kode etik dan kode perilaku organisasi tersebut biasanya hanya dibaca pada saat organisasi itu hendak mengadakan kongres, muktamar, atau musyawarah nasional (MUNAS). Setelah itu, kode etik dimaksud bukan saja tidak tersedia mekanisme untuk menegakkannya, tetapi juga sama sekali dilupakan sampai diadakannya kegiatan kongres atau MUNAS pada periode berikutnya.

Di lingkungan pegawai negeri sipil, juga dikenal adanya kode etik dan kode disiplin kepegawaian. Namun, sekali lagi berapa banyak pegawai negeri yang dinilai melanggar kode etik selama ini?

Demikian pula, di lingkungan wartawan atau jurnalis. Pers bebas merupakan dambaan semua orang, tetapi bersamaan dengan itu etika profesional wartawan tentu perlu dikembangkan untuk melindungi konsumen informasi dari tindakan wartawan yang tidak profesional dengan melanggar kode etik. Namun, dalam praktik selama ini sudah berapakah jumlah wartawan yang dihukum karena melanggar kode etik? Organisasi wartawan dan bahkan Dewan Pers sebagai lembaga yang diharapkan menegakkan kode etik jurnalistik, tidak banyak berperan dalam proses penegakan kode etik profesi wartawan dimaksud.

Semua gejala demikian itu terjadi karena sebagian besar pengertian tentang etika dan sistem kode etik baru bersifat

formal. Kode etik diharapkan dapat berfungsi mendidik dan membimbing kesadaran volunter yang bersifat sukarela atas dasar kesadaran sendiri, tanpa harus benar-benar ditegakkan dengan paksa.

Pada akhir abad ke-20 muncul kesadaran baru mengenai pentingnya pelembagaan institusi penegak kode etik untuk menjamin berfungsinya sistem infrastruktur etik itu dengan efektif. Sistem norma etika tidak cukup hanya dipositivisasikan dalam bentuk pemberlakuan kode etik dan kode perilaku. Sistem kode etik dan kode perilaku haruslah benar-benar ditegakkan secara fungsional dengan dukungan kelembagaan yang efektif.

Karena itu, mulai akhir abad ke-20 muncul ide untuk membangun infrastruktur kelembagaan penegak kode etik, terutama di lingkungan jabatan-jabatan publik yang memerlukan kepercayaan (*trust* atau amanah). Di Amerika Serikat, banyak komisi etika (*ethics commission*) yang dibentuk untuk menegakkan kode etik di lingkungan jabatan-jabatan eksekutif, legislatif, dan yudikatif. Bahkan, dari 50 negara bagian, sudah ada 42 negara bagian Amerika Serikat yang berhasil membangun sistem infrastruktur yang lengkap, mencakup kode etik dan pelembagaan komisi etik (*Ethics Commission*) untuk penegakannya.

Hal ini sejalan dengan anjuran Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang dalam Sidang Umumnya pada 1996 merekomendasikan agar negara-negara anggota PBB mengembangkan apa yang disebut sebagai “ethics infra-structures in public offices”. Infrastruktur yang dimaksud mencakup pengertian kode etik dan lembaga penegak kode etik.

Dibentuknya lembaga-lembaga penegak kode etik dimaksudkan agar sistem kode etik dan kode perilaku yang disusun dan diberlakukan sungguh-sungguh dijalankan dan ditegakkan dengan sistem sanksi yang efektif bagi para pelanggarnya. Inilah era baru yang saya namakan sebagai tahap perkembangan etika yang bersifat fungsional.

Lembaga-lembaga penegak kode etik ini ada yang disebut komisi etika, dewan kehormatan, ataupun komite etika, semuanya difungsikan untuk memeriksa laporan-laporan ataupun pengaduan-pengaduan dan menegakkan kode etik bagi para pelanggar dengan menjatuhkan sanksi yang tegas.

Dalam perkembangan pada tahap ini, mekanisme penegakan kode etik dilakukan secara tertutup. Karena pertimbangan yang logis bahwa sistem etika pada dasarnya menyangkut hubungan-hubungan yang bersifat pribadi atau privat. Karena itu, proses pemeriksaan dugaan pelanggaran kode etik biasanya dilakukan secara tertutup.

Pendek kata, sistem penegakan kode etik dan kode perilaku pada tahap ini sama sekali belum dikaitkan dengan pengertian peradilan. Penegakan kode etik belum dikonstruksikan sebagai proses peradilan, seperti yang dikenal di dunia peradilan modern yang harus bersifat transparan dan terbuka. Lembaga penegak kode etik pun belum dipahami atau disebut sebagai badan peradilan, khususnya pengadilan etika yang sepadan dengan pengertian pengadilan di bidang hukum. Pada tahap keempat ini, perkembangan sistem etika saya namakan sebagai tahap perkembangan etika fungsional tertutup. Sistem penegakan etikanya masih bersifat tertutup dan belum menerapkan prinsip-prinsip modern tentang peradilan sebagaimana dipahami dalam bidang hukum.

5. Etika Fungsional Terbuka

Tahap perkembangan etika fungsional yang bersifat tertutup terus berkembang di dunia sampai sekarang. Di Indonesia pun, berkembang terus menjadi kebiasaan. Akibatnya, penegakan kode etik tidak dapat dipertanggungjawabkan secara independen dan terbuka kepada publik yang menuntut keterbukaan, transparansi, dan akuntabilitas publik demi terwujudnya prinsip *'good governance'*. Tanpa transparansi dan akuntabilitas publik, jaminan kendali mutu terhadap proses penegakan etika yang

bersifat independen, jujur, dan adil tidak mungkin terpenuhi. Jika proses pemeriksaan dan peradilan dilakukan secara tertutup, derajat objektivitas, integritas, dan independensinya tidak dapat dipertanggungjawabkan.

Selama proses penegakan kode etik tidak terbuka, tidak dapat diharapkan adanya akuntabilitas publik yang memberikan jaminan objektivitas, imparialitas, profesionalitas, integritas, dan kredibilitas. Pada gilirannya, siapa yang dapat diyakinkan bahwa proses penegakan kode etik itu sungguh-sungguh tepercaya? Jika prosesnya tidak dapat dipercaya, bagaimana mungkin hasilnya akan dapat dipercaya oleh masyarakat.

Selama ini, semua kasus dugaan pelanggaran kode etik di pelbagai organisasi profesi, lembaga-lembaga kenegaraan, instansi pemerintahan, dan organisasi kemasyarakatan cenderung bersifat melindungi, tidak sungguh-sungguh menegakkan kode etik. Yang berlaku adalah kultur ewuh-pekuwu.

Misalnya, Majelis Kehormatan Dokter cenderung melindungi dan membela kepentingan para dokter sendiri dibandingkan dengan memenuhi tuntutan pasien. Begitu juga organisasi akuntan dan advokat biasanya hanya melindungi teman-temannya sendiri daripada klien. Akibatnya, penegakan etika menjadi tidak efektif.

Etika profesi tidak tumbuh dan berkembang sesuai dengan perkembangan kebutuhan zaman. Sementara tuntutan akan pelayanan profesional yang semakin baik, serta kesadaran konsumen dan klien akan hak-haknya tumbuh menjadi lebih kritis dan terbuka. Hal ini menyebabkan munculnya tuntutan kriminalisasi terhadap kasus-kasus mal-praktik dalam pelayanan profesional.

Munculnya kriminalisasi karena tidak bekerjanya sistem etika profesi itu sendiri. Jika etika profesi berjalan efektif dan mekanisme penegakan kode etik berfungsi dengan baik dan tepercaya, maka niscaya upaya kriminalisasi itu sama sekali tidak diperlukan.

Hingga saat ini, jumlah anggota DPR yang diberhentikan karena melanggar kode etik baru 1 orang. Kasus-kasus dugaan pelanggaran kode etik lainnya kandas karena mekanisme di lingkungan internal Badan Kehormatan DPR sendiri. H. Azidin dari Fraksi Partai Demokrat Periode 2004-2009 merupakan anggota DPR pertama dan satu-satunya yang pernah dipecat dalam sejarah keanggotaan DPR. Sesudah itu tidak pernah lagi ada sanksi yang dijatuhkan kepada anggota DPR yang dilaporkan melakukan dugaan pelanggaran kode etik DPR.

Kasus dibentuknya Majelis Kehormatan Hakim (MKH) Mahkamah Konstitusi (MK) atas dugaan pelanggaran kode etik oleh Hakim Arsyad Sanusi dan MKH Mahkamah Agung (MA) atas dugaan pelanggaran kode etik oleh Hakim Agung Ahmad Yamani juga dapat dipakai untuk menjelaskan buruknya sistem tertutup itu.

Ketika menyidangkan Hakim Arsyad Sanusi, MKH MK bersidang secara tertutup dan hasilnya Arsyad Sanusi diminta mengundurkan diri untuk pensiun dini. Hal ini persis sama dengan Hakim Agung Ahmad Yamani beberapa bulan kemudian yang juga diberi kesempatan untuk mengajukan permohonan pensiun dini, tanpa kejelasan apakah terbukti melanggar kode etik atau tidak.

Padahal untuk kasus Arsyad Sanusi di MK, Dewan Kehormatan Komisi Pemilihan Umum (DK-KPU) memeriksa salah seorang anggota KPU Andi Nurpati atas pengaduan dugaan pelanggaran kode etik yang melibatkan peran Hakim Konstitusi Arsyad Sanusi dan Calon Anggota Legislatif 2009 Dewi Yasin Limpo. Hasil pemeriksaan DK-KPU dalam persidangan terbuka membuktikan, Andi Nurpati terlibat pelanggaran di beberapa tempat, termasuk dalam kaitan dengan kasus Arsyad Sanusi dan Dewi Yasin Limpo.

Andi Nurpati diberhentikan dari keanggotaan Komisi Pemilihan Umum, sedangkan MKH MK tidak menyatakan bahwa Hakim Arsyad Sanusi melanggar kode etik, melainkan hanya

menerima niat baik Hakim Arsyad Sanusi untuk mengajukan permohonan pensiun dini dari jabatan hakim konstitusi. Putusan MKH MA atas dugaan pelanggaran kode etik Hakim Agung Ahmad Yamani juga demikian. Putusan melalui persidangan tertutup memberi kesempatan kepadanya untuk mengajukan permohonan pensiun dini. Putusan demikian dinilai bukan sebagai sanksi atau hukuman bagi Ahmad Yamani, melainkan kemudahan untuk melepaskan diri dari sorotan masyarakat.

Muncul reaksi keras dari masyarakat yang menuntut agar hakim agung disidangkan lagi melalui pemeriksaan terbuka dengan melibatkan peran Komisi Yudisial (KY). Atas dasar kesepakatan bersama antara MA dan KY, akhirnya berhasil ditempuh sesuatu mekanisme persidangan MKH secara terbuka, sebagaimana yang dipraktikkan oleh Dewan Kehormatan KPU dan kemudian diteruskan oleh Dewan Kehormatan Penyelenggara Pemilu (DKPP).

Saat kasus Ahmad Yamani disidangkan kembali melalui persidangan yang terbuka untuk umum, baru diketahui secara luas bahwa Ahmad Yamani memang telah secara nyata terbukti melanggar kode etik dengan kategori yang berat dengan sanksi berupa pemberhentian dengan tidak hormat.

Peradilan etik yang diselenggarakan secara terbuka di Indonesia baru pertama kali dilakukan oleh Dewan Kehormatan Komisi Pemilihan Umum (DK-KPU). Lembaga ini dibentuk berdasarkan Undang-Undang (UU) Nomor 22 Tahun 2007 tentang Penyelenggara Pemilu dengan sifatnya yang *ad hoc*. DK-KPU menerapkan persidangan kode etik secara terbuka. Dalam pemahaman sistem demokrasi prosedural, hal ini dianggap sebagai sesuatu yang tidak wajar. Kasus seperti ini pernah terjadi ketika DK-KPU memberhentikan 4 anggota KPU Provinsi Sumatera Selatan pada 30 Desember 2008. Keempat anggota KPU tersebut Syafitri Irwan sebagai ketua dan Mismiwati, Helmi Ibrahim, dan Ahmad Bakri yang merupakan anggota. Keputusan pemberhentian ini dicantumkan dalam Putusan Nomor 01/M/

DK-KPU/12/2008 yang dibacakan oleh Ketua Majelis Sidang Kode Etik Penyelenggara Pemilu sekaligus Ketua DK KPU. Keempat anggota KPU Provinsi Sumatera Selatan tersebut terbukti melanggar ketentuan Pasal 11 ayat (1) dan Pasal 9 ayat (2) UU No. 22 Tahun 2007 tentang Penyelenggara Pemilu.

Keempat anggota KPU Provinsi Sumatera Selatan ini kemudian merasa tidak puas dengan alasan sidang kode etik DK-KPU yang diselenggarakan secara terbuka ini telah memperlakukan mereka di depan publik. Mereka melaporkan ketua dan anggota DK-KPU ke Bareskrim Polri.

Namun, tindakan ini tidak mendapat jawaban pihak berwenang karena tidak ada ketentuan UU yang mengaturnya. Padahal putusan DK-KPU bersifat final, sehingga keempat anggota KPU tersebut sebenarnya tidak memiliki hak untuk melakukan gugatan ulang.

Satu yang menjadi catatan adalah DK-KPU telah merintis dan memelopori suatu model atau bentuk baru dari sebuah peradilan etik yang terbuka. Sidang kode etik DK-KPU merupakan tonggak sejarah dalam pelaksanaan pemilu, sejak pemilu pertama tahun 1955. Saya namakan tahap perkembangan terakhir ini sebagai tahap perkembangan etika fungsional terbuka.

C. Sistem Norma Agama, Etika, dan Hukum

Norma berasal dari kata bahasa Inggris yaitu istilah ‘norm’, istilah Yunani ‘nomoi’, atau ‘nomos’ yang berarti hukum atau kaidah dalam bahasa Arab. Judul buku Plato ‘Nomoi’ juga biasa diterjemahkan dengan kata “*The Laws*” dalam bahasa Inggris. Istilah kaidah atau ‘qaidah’ dalam bahasa Arab juga biasa dikonotasikan pengertiannya dengan hukum (singular) atau al-ahkam (jamak).

Karena itu, lima kaidah yang dikenal dalam ajaran agama Islam, yaitu kaidah wajib, haram, sunnah, makruh, dan mubah biasa juga disebut sebagai “al-ahkam al-khamsah” atau kaidah yang lima.

Kaidah atau norma merupakan suatu pelembagaan atau institusionalisasi nilai-nilai yang diidealkan sebagai kebaikan, keluhuran, dan bahkan kemuliaan berhadapan dengan nilai-nilai yang dipandang buruk, tidak luhur, atau tidak mulia. Nilai-nilai baik dan buruk itu berisi keinginan dan harapan yang tecermin dalam perilaku setiap manusia.

Nilai baik dan buruk itulah yang dilembagakan atau dikonkretisasikan dalam bentuk norma atau kaidah perilaku dalam kehidupan bersama. Kaidah-kaidah perilaku itu dapat dibedakan dalam lima norma, yaitu wajib atau 'obligattere', haram atau 'prohibere', sunnah atau anjuran untuk melakukan, makruh atau anjuran untuk jangan melakukan, dan mubah atau kebolehan atau 'permittere'.

Kelima norma tersebut, menurut Profesor Hazairin dapat dibedakan dalam tiga jenis sistem norma, yaitu norma agama, hukum, dan kesusilaan. Norma agama mencakup kelima kaidah itu sekaligus. Tetapi norma hukum hanya mencakup tiga kaidah saja, yaitu kaidah kewajiban (*obligattere*), kaidah larangan (haram), dan kaidah kebolehan atau (mubah, *ibahah*). Sebaliknya, norma kesusilaan berisi tiga kaidah, yaitu kaidah kebolehan (mubah), kaidah anjuran untuk melakukan (sunnah), dan kaidah anjuran untuk tidak melakukan (makruh). Pengelompokan jenis kaidah yang lima (*al-ahkam al-khamsah*) menurut Profesor Hazairin tersebut dapat kita elaborasi lebih rinci dengan mengaitkannya dengan sistem norma yang dikembangkan dalam filsafat hukum dan politik yang selalu dinisbatkan dari warisan tradisi Yunani kuno. Ada tiga macam kaidah, meliputi *obligattere* (kewajiban), *permittere* (kebolehan), dan *prohibe* (larangan).

Jika digambarkan dalam bagan, ketiga sistem norma agama, hukum, dan kesusilaan (etika) tersebut adalah sebagai berikut.

	Agama	Hukum	Etika
Wajib	X	X	-
Sunnah (anjuran +)	X	-	X
Mubah kebolehan)	X	X	X
Makruh (anjuran -)	X	-	X
Haram (larangan)	X	X	-

Norma Agama

Dalam sistem norma agama, semua kaidah yang lima yaitu wajib, sunnah, mubah, makruh dan haram berlaku secara keseluruhan dan simultan. Ada kaidah yang bersifat kewajiban, ada pula yang merupakan larangan dan kebolehan seperti dalam norma hukum. Ada pula kaidah anjuran untuk melakukan (sunnah) dan anjuran untuk tidak melakukan sesuatu (makruh) seperti dalam sistem norma etika yang hanya dikaitkan dengan konsepsi pahala dan surga yang diyakini ada dalam semua agama.

Dalam agama, kelima sistem kaidah tersebut sebagai sarana pengendalian diri agar orang yang beriman dapat terpelihara tingkah lakunya sebagai umat untuk menjalankan ajaran agamanya dengan baik. Kaidah wajib (kewajiban) dan haram (larangan) berkaitan erat dengan keyakinan orang akan ajaran agamanya.

Sistem 'reward and punishment' dalam keyakinan beragama berkaitan dengan kepercayaan mengenai adanya surga dan neraka di hari kemudian atau hari akhirat. Tentu tidak semua agama mempunyai konsep-konsep yang sama mengenai ide tentang surga dan neraka, dan ide tentang hari akhirat atau hari sesudah kematian.

Dalam paham deisme yang tidak percaya mengenai adanya hari akhirat, konsep tentang surga dan neraka boleh jadi dipahami hanya sebagai gejala kehidupan di dunia. Karena itu,

ide tentang neraka dan surga itu tetap diterima dalam kerangka sistem penghargaan yang diidealkan dalam keyakinan paham deisme yang percaya kepada adanya Tuhan Yang Maha Kuasa.

Di luar ajaran tentang kewajiban dan larangan, ada hal-hal lain sebagai kebolehan atau dianjurkan untuk dikerjakan (sunnah), ataupun hal-hal yang dianjurkan untuk tidak dilakukan (makruh). Dalam pemahaman ajaran Islam, kaidah kebolehan dianggap sebagai kaidah asal dalam hubungan horizontal antar sesama manusia dan sesama makhluk Tuhan (urusan mu'amalat). Sedangkan dalam hubungan dengan Tuhan (urusan ibadah) kaidah asalnya adalah larangan (haram).

Dalam urusan ibadah, semua hal diperbolehkan kecuali yang secara tegas dinyatakan sebagai larangan. Sedangkan dalam urusan mu'amalah, semua hal dilarang kecuali yang secara tegas dinyatakan sebagai kewajiban.

Semua hal yang diperbolehkan (mubah) dapat berkembang menjadi anjuran positif atau anjuran negatif. Anjuran disebut positif apabila berisi dorongan agar sesuatu dikerjakan (sunnah). Sedangkan anjuran negatif berisi dorongan agar hal dimaksud tidak dilakukan (makruh).

Artinya, hal-hal yang diperbolehkan dalam ajaran agama dapat saja berubah menjadi anjuran positif ataupun menjadi anjuran negatif, yang dikaitkan semata-mata dengan sistem insentif pahala. Dalam kaidah anjuran positif (sunnah), apabila dilakukan tersedia ganjaran pahala. Tetapi apabila anjuran itu tidak diikuti, maka hal itu tidak menyebabkan yang bersangkutan mendapatkan dosa.

Sebaliknya, kaidah anjuran negatif (makruh) juga menyediakan pahala bagi orang yang mengikutinya, yaitu tidak melakukan hal-hal dimaksud, tetapi tidak diancam dengan dosa jika anjuran itu tidak diikuti, yaitu dengan tetap melakukan hal-hal yang diharapkan tidak dilakukan. Pendek kata, dalam konsepsi anjuran, baik positif ataupun negatif, selalu terkait konsepsi pahala dan surga.

Norma Hukum

Dari kelima kaidah wajib, haram, mubah, sunnah, dan makruh tersebut di atas, hanya tiga kaidah saja yang dapat kita sebut sebagai kaidah hukum, yaitu wajib, haram (larangan), dan mubah (boleh).

Tujuan hukum menurut para filsuf hukum mencakup tujuan keadilan, kepastian, dan kemanfaatan. Kaidah hukum di samping berguna dan berkeadilan, juga harus bersifat pasti, formal, jelas, dan tidak boleh abu-abu. Semua itu hanya ada pada kaidah wajib, haram, dan boleh.

Menurut ajaran liberal, pada asal mulanya, semua hal merupakan kebolehan, kecuali oleh hukum tegas dinyatakan sebagai larangan atau kewajiban. Jika larangan dilanggar dan kewajiban tidak dijalankan sebagaimana mestinya, norma hukum menyediakan sistem sanksi yang tegas. Namun dalam implementasinya, sistem norma hukum tidak selalu diikuti oleh sistem sanksi. Itu sebabnya kita mendapati banyak undang-undang yang tidak menentukan sistem sanksi sama sekali.

Misalnya, undang-undang yang mengatur mengenai pemerintahan daerah, seperti UU tentang Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Di dalamnya tidak ditentukan ada sanksi karena sifat norma yang dituangkan di dalam undang-undang ini hanya bersifat mengatur dan membimbing pelaksanaan pemerintahan di Ibukota Jakarta.

Substansi norma hukum, di samping ada yang bersifat memaksa (*imperative*) ada pula norma hukum yang hanya bersifat mengatur dan membimbing saja (*directive*). Dalam perumusan norma yang bersifat memaksa selalu ada sistem sanksi, baik berupa sanksi pidana, perdata, ataupun administrasi, dan bentuk-bentuk lainnya.

Dalam perumusan norma yang bersifat mengatur dan membimbing, kadang-kadang tidak disediakan ancaman sanksi sama sekali. Namun, hal itu tidak mengurangi makna normatif hukum yang berisi tiga jenis kaidah, yaitu wajib (*obligatere*),

boleh (*permittere*), dan haram (*prohibere*) sebagaimana dimaksudkan di atas.

Menurut pendapat saya, pendapat Profesor Hazairin mengenai doktrin 'al-ahkam al-khamsah' perlu kita evaluasi kembali. Bahkan doktrin mengenai tiga kaidah 'obligattere' (kewajiban), 'permittere' (kebolehan), dan 'prohibere' (larangan) yang kita warisi dari filsafat Yunani dan diterima luas dalam pemikiran filsafat hukum kontemporer dapat kita diskusikan kembali.

Perumusan norma hukum sebagaimana tecermin dalam naskah-naskah undang-undang dasar, undang-undang, dan pelbagai peraturan perundang-undangan sebagai dokumen hukum yang bersifat mengikat untuk umum tidak selalu berisi sistem sanksi yang bersifat memaksa. Ketegasan sifat memaksa yang terdapat dalam kaidah kewajiban dan kaidah larangan tidak selalu diikuti dengan sanksi yang konkret.

Sementara kaidah kebolehan (*permittere*) yang terdapat dalam norma hukum, dalam implementasinya juga bersifat sangat dinamis. Sehingga tidak dapat dipastikan secara mutlak tentang kebolehannya. Dalam norma hukum juga dapat termuat adanya nilai-nilai kaidah anjuran, seperti dalam sistem norma agama atau norma etika. Dalam rumusan norma hukum sering ditemukan unsur-unsur nilai kaidah anjuran positif ataupun anjuran negatif. Substansi sifat kaidah anjuran ini semakin banyak ditemukan dalam pelbagai rumusan undang-undang, terutama dalam perumusan-perumusan norma yang menyangkut prinsip-prinsip mengarahkan (*directive principles*) atau prinsip-prinsip yang membimbing (*guiding principles*) yang bersifat abstrak.

Anjuran-anjuran konstitusional dapat kita namakan sebagai etika konstitusi atau 'constitutional ethics' yang dapat melengkapi pengertian konvensional yang biasa kita pahami selama ini tentang hukum konstitusi 'constitutional law' atau hukum konstitusi. Dengan demikian, undang-undang dasar

modern dapat dipahami bukan saja sebagai sumber hukum konstitusi atau ‘constitutional law’. Namun merupakan sumber etika konstitusi atau ‘*Constitutional Ethics*’.

Sebagai suatu pengertian baru, tentu belum banyak sarjana yang memahaminya. Saya sependapat dengan pandangan ahli konstitusi Amerika Serikat Keith E. Whittington yang merekomendasikan pentingnya mengembangkan teori tentang ‘*Constitutional Ethics*’ ini⁸

Sistem norma etika juga mengalami perubahan yang sangat mendasar. Seperti pernah dialami oleh sistem norma hukum mulai abad ke-10 dalam sejarah Islam ataupun mulai sekitar abad ke-17 di Eropa di mana sistem norma hukum mengalami proses positivisasi. Begitupun dengan sistem norma etika mengalami positivisasi.

Proses positivisasi hukum terjadi karena sistem norma hukum pada saatnya memerlukan proses pelembagaan yang lebih konkret melalui proses penuangan secara tertulis disertai dengan pelembagaan infrastruktur penegaknya. Sejarah Islam memunculkan pengertian-pengertian mengenai ‘qanun’ (perundang-undangan) sebagai pelengkap terhadap sistem norma hukum, yang sebelumnya hanya tertuang dalam bentuk pemahaman fiqh yang bersifat ilmiah.

Norma Etika

Isi norma etik atau kesusilaan itu hanya kebolehan, anjuran untuk melakukan, atau anjuran untuk jangan melakukan sesuatu. Jika seseorang terbiasa melakukan suatu perbuatan yang tidak dianjurkan, tetapi secara berulang-ulang terus saja melakukannya dan menjadi kebiasaan, maka dengan mudah menjadi lahan empuk pelanggaran hukum. Sebaliknya, jika seseorang terbiasa melakukan hal-hal yang memang dianjurkan, maka ia akan mendapatkan penilaian baik dari sesama warga

⁸ Keith E. Whittington, “On the Need for a Theory of Constitutional Ethics”, dalam *Constitutional Corner*, Volume 9, Number 3, hal. 60-66

dan memelihara dirinya dari perbuatan yang dilarang oleh hukum.

Kedudukan dan peran etika sangat penting dalam rangka penopang terhadap efektivitas sistem norma hukum. Tentu norma etika tidak boleh dicampuradukkan dengan norma agama dan norma hukum. Ketiganya harus dibedakan dengan jelas satu sama lain, tetapi pandangan yang berusaha memisahkan dan bahkan menjauhkan sistem etika dari sistem norma hukum tidak dapat dibenarkan.

D. Pelembagaan Sistem Norma Etika

Etika atau 'ethics' merupakan satu cabang filsafat yang memperbincangkan tentang perilaku benar (*right*) dan baik (*good*) dalam hidup manusia. Filsafat etik tidak hanya menaruh perhatian pada soal benar dan salah seperti dalam filsafat hukum, tetapi lebih dari itu juga persoalan baik dan buruk.

Tujuan utamanya adalah kehidupan yang baik, "*the good life*", bukan sekadar kehidupan yang selalu benar dan tidak pernah salah. Namun dalam praktik, keduanya menyangkut substansi yang menjadi esensi pokok persoalan etika, yaitu benar dan salah (*right and wrong*), serta baik dan buruknya (*good and bad*) perilaku manusia dalam kehidupan bersama.

Pada umumnya para ahli menggambarkan sistem filsafat etik itu dalam 4 cabang, yaitu:

1. Descriptive ethics: Etika yang berkenaan dengan perilaku yang benar dan baik sebagaimana yang dipikirkan orang;
2. Normative ethics atau *prescriptive ethics*: Etika yang berkenaan dengan perilaku yang dinilai sudah seharusnya dilakukan;
3. Applied ethics: Etika yang berkenaan dengan pengetahuan tentang moral dan bagaimana pengetahuan itu diwujudkan dalam praktik;
4. Meta ethics: Etika yang membahas mengenai apa yang dimaksud dengan benar dan baik itu sendiri.

Dapat dikatakan bahwa etika deskriptif (*Descriptive Ethics*) pada pokoknya berkaitan dengan pelbagai bidang kajian yaitu etika keagamaan, teori-teori nilai, filsafat ekonomi, filsafat politik, filsafat hukum, logika deontik, teori aksi, penalaran praktis (*practical reasoning*), moralitas, etika visual (*visual ethics*), etika kepercayaan (*ethics of belief*). Sedangkan etika preskriptif atau normatif (*normative or prescriptive ethics*) berkenaan dengan apa yang orang harus percaya sebagai benar dan salah, atau baik dan buruk.

E. Menuju Terbentuknya Peradilan Etika Modern

Jika kita membicarakan sistem norma hukum, maka akan ada perbedaan prinsipiell yang dibungkus oleh sikap mutlak dalam keyakinan keagamaan di antara para pemeluk ajaran agama yang berbeda-beda yang sulit dipertemukan. Namun, jika kita membicarakan etika, maka pada pokoknya semua agama selalu mengajarkan perilaku mulia dalam kehidupan bersama.

Yang berbeda hanya formulasi dan bungkusannya bahasanya saja, sedangkan esensi kemuliaan yang terkandung di dalamnya serupa saja satu dengan yang lain. Universalitas sistem nilai etika ini dapat dengan mudah dijadikan sarana untuk mempersatukan umat manusia yang bergolong-golongan dalam satu kesatuan sistem nilai luhur yang dapat membangun integritas kehidupan bersama.

Kode etik dapat dirumuskan beraneka ragam sesuai dengan tuntutan kebutuhan masing-masing sektor dan bidang kehidupan profesional di atas tradisi budaya yang beraneka ragam di dunia. Sebaliknya, corak perumusan norma etika justru diidealkan tidak seragam.

Di tengah keanekaragaman sistem norma etika yang dirumuskan dan diberlakukan sebagai kode etik dan pedoman perilaku ideal tersebut di atas, maka di dalamnya tetap terkandung nilai-nilai universal yang sama-sama mengarahkan perikehidupan bersama menuju kemuliaan kemanusiaan.

1. Memahami dan Menerapkan Sistem Norma Konstitusi

Sistem kaidah atau norma yang menuntun dan mengendalikan perilaku ideal manusia dapat berupa norma-norma agama (religious norms), etika (ethical norms), dan/ataupun hukum (legal norms). Ketiga sistem norma atau kaidah itu tumbuh alamiah dalam kenyataan hidup manusia secara universal. Pada mulanya, ketiganya bersifat saling melengkapi secara komplementer dan sinergis satu sama lain. Tetapi, timbul perbenturan di antara ketiga sistem norma itu dalam praktik. Gejala perbenturan antar sistem norma itulah yang direspons secara berbeda-beda oleh aliran-aliran pemikiran yang berkembang alam sejarah.

Aliran positivisme Comte yang berpengaruh besar dalam sejarah pemikiran hukum berusaha dan berhasil memisahkan sistem norma hukum dari pengaruh-pengaruh sistem agama, dan bahkan dari sistem etika. Bahkan, dalam 'Stufenbau theorie des recht' (*Pure Theory of Law*)-nya Hans Kelsen, ditegaskan bahwa norma hukum harus dibersihkan atau dimurnikan dari aneka pengaruh sosial, politik, ekonomi, dan apalagi dari pengaruh etika dan agama.

Norma etika ataupun norma agama sekalipun harus tetap tunduk kepada hukum, karena kedudukannya tidak di atas hukum melainkan berada di bawah norma hukum. Sebaliknya, cara pandang demikian itulah yang tidak dapat diterima oleh para agamawan dan para rohaniawan, yang tentu saja selalu akan menganggap norma agamalah yang paling tinggi. Hukum tidak boleh bertentangan dengan etika, dan etika juga tidak boleh bertentangan dengan keimanan yang bersifat mutlak dalam beragama. Pendek kata, etika dan apalagi hukum duniawi mana boleh bertentangan dengan agama.

Dalam tulisan ini, saya menawarkan perspektif baru bahwa hubungan antara hukum dan etika bukan lagi bersifat vertikal atas-bawah. Masalah kita bukanlah mana yang lebih tinggi dan mana yang lebih rendah antara norma hukum itu dengan norma

etika, dan agama. Hubungan yang tepat di antara ketiganya justru bersifat ‘luar-dalam’, bukan ‘atas-bawah’.

Dalam pola hubungan pertama ini, yaitu hubungan ‘luar-dalam’ dapat diibaratkan laksana nasi bungkus. Hukum itu adalah bungkusnya, sedangkan nasi beserta lauk-pauk yang ada di dalamnya adalah etika, tetapi segala zat protein, vitamin, dan sebagainya yang terkandung di dalam makanan berbungkus itu adalah intinya, yaitu agama. Ini dapat disebut sebagai pola hubungan pertama. Hukum adalah jasad, tubuh, atau struktur. Sedangkan rohnya, jiwanya, isinya adalah etika. Tetapi roh itu pada akhirnya akan kembali kepada Tuhan, dan karena itu inti dari segala esensinya adalah norma agama.

Dalam pola hubungan kedua antara ketiga sistem norma itu adalah hubungan luas-sempit. Etika itu lebih luas daripada hukum yang lebih sempit. Setiap pelanggaran hukum dapat dikatakan juga merupakan pelanggaran etika, tetapi sesuatu yang melanggar etika belum tentu melanggar hukum.

Etika itu lebih luas, bahkan dapat dipahami sebagai basis sosial bagi bekerjanya sistem hukum. Jika etika diibaratkan sebagai samudera, maka kapalnya adalah hukum. Itu sebabnya Ketua Mahkamah Agung Earl Warren (1953–1969)⁹ pernah menyatakan, “Law floats in a sea of ethics”, hukum mengapung di atas samudra etika. Hukum tidak mungkin tegak dengan keadilan, jika air samudra etika tidak mengalir atau tidak berfungsi dengan baik.

Untuk mengharapakan hukum dan keadilan itu tegak, kita harus membangun masyarakat yang beretika dengan baik, dan masyarakat yang beretika atau ber-‘akhlaqulkarimah’ itulah

⁹ Lahir pada 19 Maret, 1891 dan meninggal pada 9 Juli, 1974. habis atau tidak lagi mempan (*exhausted*).

Secara keseluruhan hukum pun seharusnya dilihat sebagai upaya terakhir. Sebelum hukum, etika harus diberi kesempatan untuk lebih dulu difungsikan. Apalagi, sistem sanksi yang diancamkan oleh hukum tidak mengenal upaya pembinaan yang bersifat mendidik seperti sistem sanksi etika.

cermin dari masyarakat yang sungguh-sungguh menjalankan ajaran-ajaran agama yang diyakininya. Masyarakat yang beragama dengan baik itu adalah masyarakat yang perilakunya dalam kehidupan bersama sesuai dengan standar-standar etika dan perilaku yang diidealkan dalam kehidupan bersama.

Di samping itu, sistem norma etika juga dapat difungsikan sebagai filter dan sekaligus penyanggah serta penopang bagi bekerja-efektifnya sistem norma hukum. Setiap kali terjadi perilaku menyimpang (*deviant behavior*), sebelum memasuki ranah hukum, maka sudah tersedia sistem etika yang melakukan koreksi.

Dengan demikian, tidak semua perbuatan menyimpang dari norma ideal harus langsung ditangani melalui mekanisme hukum yang dapat berakibat terlalu besarnya beban sistem hukum untuk mengatasi semua jenis penyimpangan perilaku manusia dalam kehidupan bersama. Seperti doktrin dalam ilmu hukum bahwa hukum pidana harus dilihat sebagai 'ultimum remedium', sebagai upaya terakhir, sesudah upaya- lain

Jika suatu perbuatan terbukti tetapi tidak terlalu serius sebagai pelanggaran, maka sistem sanksi etika dapat memberikan teguran atau peringatan dengan maksud untuk mendidik, bukan menyakiti yang bersangkutan. Jika pelanggaran tergolong serius, maka yang bersangkutan dapat diberhentikan dari jabatannya, dengan maksud bukan sebagai bentuk pembalasan terhadap kesalahan, melainkan dimaksudkan untuk menjaga kepercayaan publik terhadap institusi jabatan, profesi, atau organisasi tempat yang bersangkutan bekerja.

2. Peradilan Etik dan Etika Konstitusi

Jika perilaku etik dikaitkan dengan para pemangku jabatan-jabatan publik dan profesional yang sangat mengandalkan kepercayaan publik (*public trust*), maka harus pula disadari bahwa pendekatan hukum sering kali terbukti kontraproduktif dalam menjaga kepercayaan publik itu. Cara bekerjanya sistem

penegakan hukum yang ribet dan bertele-tele sering kali berdampak buruk kepada citra dan kepercayaan publik itu.

Sebelum suatu tuduhan pelanggaran hukum dapat dibuktikan secara tuntas di pengadilan, citra institusi publik tempat yang bersangkutan bekejra sudah hancur lebih dulu di mata publik. Karena itu, pembinaan dan pengendalian perilaku ideal terhadap orang-orang yang duduk dalam jabatan-jabatan publik dipandang lebih baik dilakukan melalui sistem etika terlebih dahulu, baru dengan menggunakan sistem hukum.

Semangat inilah yang melandasi dikeluarkannya Resolusi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada Desember 1996 tentang “*Action Against Corruption*” dengan lampiran naskah “*International Code of Conduct for Public Officials*”.¹⁰ PBB merekomendasikan agar semua negara anggota PBB membangun infrastruktur etika di lingkungan jabatan-jabatan publik (*ethics infra-structure for public offices*).

Hal ini pula yang mendorong makin berkembangnya praktik pembangunan infrastruktur kode etik disertai pembentukan institusi-institusi penegak kode etik itu secara konkret di seluruh dunia, dan di semua bidang dan sektor kehidupan profesional dan keorganisasian serta lingkungan jabatan-jabatan organisasi kenegaraan.

Selain di lingkungan lembaga pemerintahan di tingkat federal, di lingkungan organisasi profesi dan dunia usaha, 50 negara bagian Amerika Serikat telah membentuk sistem kode etik bagi para pejabat di lingkungan eksekutif, legislatif, maupun di lingkungan cabang yudikatif negara bagian masing-masing.

Dari 50 negara bagian itu, di 42 negara diantaranya telah terbentuk “*Ethics Commission*” yang bekerja secara independen dan efektif dalam mengawal dan menegakkan kode etik bagi

¹⁰ Lihat Resolusi UN-General Assembly, A/RES/51/59, 28 January 1997. Pada 12 Desember 1996, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) mengadakan Sidang Umum ke-82 dan mengesahkan Resolusi PBB tentang “*Actin Against Corruption*” dengan naskah “*International Code of Conduct for Public Officials*” sebagai Annex.

para pejabat publik masing-masing. Fenomena yang sama juga terjadi di negara-negara lain di Eropa, Australia, Kanada, dan Amerika Latin, dan bahkan di Afrika dan Asia.

Perkembangan-perkembangan baru inilah yang saya namakan sebagai tahap perkembangan etika fungsional (*functional ethics*), di mana sistem etika yang sejak awal abad ke-20 mulai dipositivisasikan atau dikodifikasikan dalam bentuk kode etik.

Namun, cara kerja lembaga-lembaga penegak kode etik ini masih bersifat tertutup dengan kewenangan yang terbatas.

Lembaga-lembaga penegak kode etik ini ada yang masih bersifat *ad hoc* dan bekerja secara internal di lingkungan organisasi yang bersangkutan. Sebagian disebut sebagai 'Committee' atau komite yang berarti panitia, ada pula yang bersifat permanen disebut komisi atau 'Commission'. Bahkan, di Indonesia biasa pula disebut dengan istilah 'Majelis Kehormatan' atau 'Dewan Kehormatan'. Ada majelis kehormatan yang bersifat *ad hoc*, seperti Majelis Kehormatan Komisi Pemberantasan Korupsi, Majelis Kehormatan Hakim Mahkamah Agung, dan sebagainya, tetapi ada pula yang bersifat permanen, seperti Majelis Kehormatan PERADI, Majelis Kehormatan Kedokteran Indonesia, dan lain-lain.

Dewan Kehormatan, juga ada yang bersifat *ad hoc* dan permanen. Sebagai contoh, Dewan Kehormatan Penyelenggara Pemilu (DKPP) bersifat permanen untuk masa kerja 5 tahun. Dewan Kehormatan Komisi Pemilihan Umum (DK-KPU, 2010-2011) bersifat *ad hoc* tetapi untuk masa kerja 1 tahun.

Ada pula yang disebut sebagai badan, misalnya Badan Kehormatan Dewan Perwakilan Rakyat (BK-DPR) yang terlembagakan secara tetap atau permanen dalam struktur Dewan Perwakilan Rakyat. Bahkan sekarang, berdasarkan UU MD3 yang baru, Badan Kehormatan (BK-DPR) ini telah berganti nama menjadi Mahkamah Kehormatan (MKD). Dengan penyebutan istilah Mahkamah ini berarti telah resmilah konsep di penegakan kode etik dikonstruksikan sebagai proses peradilan.

Semua lembaga penegak kode etik pada umumnya memang masih bekerja secara konvensional dan belum dikonstruksikan sebagai lembaga peradilan sebagaimana dipahami di dunia hukum. Keadilan dan peradilan seakan-akan hanya terkait dengan dunia hukum, bukan etika, sehingga tidak terbayangkan bahwa sistem norma etika pun berfungsi dalam rangka menegakkan kemuliaan nilai-nilai keadilan.

Di samping itu, pengaitan ide positivisasi dan fungsionalisasi etika dengan fungsi peradilan juga terkait dengan kesetaraan dan kemitraan antara kedua sistem norma hukum dan etika. Dalam sistem hukum dikenal adanya prinsip 'rule of law' yang terdiri atas perangkat 'code of law' (kitab undang-undang) dan 'court of law' (pengadilan hukum). Karena itu, dalam sistem etika juga perlu kita perkenalkan adanya pengertian tentang 'rule of ethics' yang terdiri atas perangkat 'code of ethics' (kode etik) dan 'court of ethics' (pengadilan etik).

Dalam bernegara, kita mengkonstruksikan adanya undang-undang dasar sebagai konstitusi tertulis yang dipandang sebagai naskah hukum tertinggi di tiap-tiap negara. Di dalam naskah-naskah konstitusi itu, kita dapat menemukan sistem nilai dan norma yang tidak hanya bersifat hukum, tetapi juga etika.

Kita juga harus mengembangkan perspektif baru dalam studi hukum tata negara dan khusus studi konstitusi, yaitu di samping hukum konstitusi (*constitutional law*), ada pula etika konstitusi (*constitutional ethics*) dengan kedudukan yang setara. Inilah perkembangan paling baru dari tahap perkembangan etika fungsional (*functional ethics*) yang sudah digambarkan di atas.

Hukum dan etika harus sama-sama dikembangkan secara paralel, simultan, komplementer, dan terpadu, serta dilengkapi dengan sistem infrastruktur kelembagaan penegakannya dalam bentuk lembaga peradilan etik yang terbuka dan menerapkan semua prinsip universal sistem peradilan modern.

Karena itu, jika perkembangan di semua negara dewasa ini sudah sampai kepada tahap perkembangan etika fungsional, fungsionalisasi etik yang dimaksud masih bersifat tertutup, tidak terbuka, maka kita harus memelopori suatu era masa depan. Sistem penegakan kode etik itu dilakukan secara terbuka melalui proses peradilan etik, seperti yang dipraktikkan di dunia peradilan hukum. Inilah yang dipraktikkan oleh DK-KPU 2010-2011 dan Dewan Kehormatan Penyelenggara Pemilihan Umum (DKPP-RI2012-2017) yang bekerja secara permanen untuk waktu lima tahun, mengadili dan menegakkan kode etik.

Cara kerja dewan ini persis seperti biasanya lembaga peradilan yang dikenal di dunia hukum, mulai dari proses penerimaan pengaduan sampai ke pembacaan putusan dan eksekusi putusan berdasarkan standar-standar yang bersifat universal. Karena itu, dikatakan bahwa DK-KPU sebagai cikal bakal awalnya, dan DKPP merupakan lembaga peradilan etika pertama di Indonesia, dan juga di dunia.

Semoga ini dapat menjadi sumbangan bangsa Indonesia bagi perkembangan teori dan praktik di bidang hukum dan etika di Indonesia dan di dunia yang terus bergerak, berubah, dan berkembang pesat tiada hentinya, di masa-masa kini dan masa datang.

Tulisan yang memuat ide mengenai pentingnya negara kita membangun infrastruktur etika tidak hanya berhenti pada tataran teori dan konsep, tetapi sekaligus pada tahap praktik nyata dalam upaya kita membenahi sistem etika kehidupan berbangsa berdasarkan amanat TAP MPR Nomor VI Tahun 2001 tentang Etika Kehidupan Berbangsa.

Kita tentu menaruh perhatian khusus kepada pemerintah dan DPR periode 2014-2019 untuk melanjutkan visi mulia ini dalam wujud yang lebih kongkret. Saya sebagai Ketua DKPP berharap kepada perguruan tinggi dan kaum intelektual agar bisa turut berpartisipasi dalam pengembangan studi dan praktik lebih lanjut di dunia hukum dan etika.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbing, H.D.C. R. J. 1990. **Pertanggungugatan Perdata Rumah Sakit**. *Pro Yustitia*, 3: 3-15. Bandung.
- Abdurrahman, H. 1995. **Ilmu Hukum, Teori Hukum dan Ilmu Perundang-undangan**. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Achdiat, C.M. 1993a. **Hak dan Kewajiban Dalam Profesi Kedokteran**. *M. Medika*. 2: 56-62, Jakarta.
- , 1993b. **Aspek-Aspek Hukum Malpraktik dan Kelalaian Medik**. *M.Medik*. 3: 7-14, Jakarta.
- Adi, K. 1986. **Peranan Hukum Dalam Menciptakan Disiplin Sosial Masyarakat**. *M.Arena Hukum*. 1: 42-56, Malang.
- Adji, O. S. 1984. **Hukum Kedokteran, Aspek Hukum Pidana dan Hukum Perdata**. *M.Hukum dan Pembangunan*, 4: 362-395, Jakarta
- Ali, A. 1999a. **Pengadilan dan Masyarakat**. Hasanuddin University Press, Makassar.
- , 1999b. **Sistem Hukum**. Saduran, FH Universitas Hasanuddin Makassar.
- Ameln, F. 1991. **Kapita Selektta Hukum Kedokteran**. Grafikatama Jaya, Jakarta
- Amri, A.1997. **Bunga Rampai Hukum Kesehatan**. Widya

- Medika, Jakarta.
- Aubert, V. 1973. ***Sociology of Law***, Penguin Education. Penguin Books Ltd, Baltimore, USA.
- Azwar. Azrul. 1996. ***Pengantar Administrasi Kesehatan***. Edisi Kedua. PT Binarupa. Jakarta.
- Bastian, Indra dan Suryono .2011. ***Penyelesaian Sengketa Kesehatan***. Salemba Medika, Jakarta.
- Cassette, A. 1993. ***Hak Asasi Manusia Di Dunia Yang Berubah***. Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Dept Kesehatan RI. 2014. ***Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2019***.
- Gautama, S. 1983. ***Pengertian Tentang Negara Hukum***. Alumni, Bandung.
- Gostin, L.O...2000. ***A Public Health Approach to Reducing Error: Medical Malpractice as a Barrier***. J. American Medical Association.
- Gostim Lawrence O. 2007. ***Law In Public Health***, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.
- Grad, F.P. 1990. ***The Public Health Law***. American Public Health Association, Washington.
- HS, Salim .1993. ***Bayi Tabung, Tinjauan Aspek Hukum***. Sinar Grafika, Jakarta.
- Hendrojono Soewono, 2007, ***Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Dokter Dalam Transaksi Terapeutik***, Jakarta, Srikandi. Halaman 150.
- Iskandar, H. D. 1998. ***Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, dan Pasien***. Sinar Grafika, Jakarta.
- Indar, 2010, ***Etika dan Hukum Kesehatan***, Penerbit Laphas. Makassar.
- , 2014. ***Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat***, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- , 2014. ***Dimensi Etik dan Hukum Keperawatan***. Masagena. Makassar
- , 2017. ***Etikolegaa Dalam Pelayanan Kesehatan***.

- Pustaka Pelajar, Yogyakarta..
- , 2019. **Hukum dan Bioetik**. Deepublish. Yogyakarta.
- Koeswadji, Hermin H, 2003. **Hukum Untuk Perumahsakit**, PT Cipta Aditya, Bandung.
- , 2014. **Konsep Kebidanan**. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Kusnali, Asep. Dkk. **Fungsi Kelembagaan Independen Dalam Penguatan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Jaminan Kesehatan Nasional** Jurnal Vol 19 No. 4 Oktober 2016. **Buletin Penelitian Sistem Kesehatan** (Bulletin of Health System Research, by Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Mertokusumo, Sudikno, 2000. **Mengenal Hukum**, Liberty, Yogyakarta.
- Michael, Kenneth.R, & Terence J.Lovat, 1993. **Bioethics For Medical and Health Profesional**, Soc.Science Press, Mario Street, Redlem, NSW.
- Monage, John.F, 1998. **Health Care Ethics**, Aspen Publisher, Gaithersburg, Maryland., Jakarta.
- Nusyie Kl Jayanti, 2009, **Penyelesaian Hukum Dalam Malapraktik Kedokteran**, Cetakan Pertama, Yogyakarta, Penerbit Pustaka Yustisia, halaman 106.
- Putri Asih Eka. 2014 **Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional** CV Komunitas Pejaten Mediatama. Jakarta.
- Putri, Filu Marwat Santoso. 2014, **Gambaran Model Penyelesaian Ketidakpuasan Pelayanan Kesehatan BPJS (Studi Kasus Pelayanan BPJS Rumah Sakit Umum Yogyakarta**.
- Sampurno, Budi. 2011 **Laporan Akhir Tim Penyusunan Kompendium Hukum Kesehatan** Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem Hukum Nasional Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan HAM RI
- Soekanto, Soerjono dan Herkutanto, 1987. **Pengantar Hukum Kesehatan**, Remadja Karja, Bandung.
- Sulastomo.1997. **Asuransi Kesehatan dan Managed Care**. PT

- (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Suryono, 2010. ***Hukum Kesehatan Penyelesaian Dugaan Mal Praktik Pada Pelayanan Kesehatan***, Yogyakarta, PD IBI Yogyakarta.
- Susilo, R. 1976. ***Kitab Undang-Undang Hukum Pidana***, Politea, Bogor
- Thabrani, Hasbullah.2016. ***Jaminan Kesehatan Nasional***, Rajawali Pers. Jakarta.
- Worotitjan, Moriane. E. ***Penyelesaian Sengketa Peserta Program Jaminan Nasional Melalui Pengadilan***. Lex Privatum, Jurnal Vol.1 No. 3 Juli 2013. Univeritas Sam Ratulangi..
- UU No. 8 Tahun 1999 tentang **Perlindungan Konsumen**.
- UU No. 30 Tahun 1999 tentang **Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa**
- UU No. 10 Tahun 1992 tentang **Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera**
- UU No. 29 Tahun 2004 tentang **Praktik Kedokteran**
- UU No. 5 Tahun 2004 **Kekuasaan Kehakiman**
- UU No. 23 Tahun 2014 tentang **Otonomi Daerah**
- UU No. 36 Tahun 2009 tentang **Kesehatan**
- UU No. 13 Tahun 2003 tentang **Ketenagakerjaan**
- UU No. 44 Tahun 2009 tentang **Rumah Sakit**
- UU No. 24 Tahun 2011 tentang **BPIS**
- UU No. 36 Tahun 2014 tentang **Tenaga Kesehatan**
- UU No. 38 Tahun 2014 tentang **Praktik Keperawatan**
- UU No. 4 tahun 2019 tentang **Kebidanan**
- Undang Undang No. 30 Tahun 1999 tentang **Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa**
- Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang **Jaminan Kesehatan**
- Perpres No. 74 Tahun 2014 tentang **Pedoman Penyusunan Peta Jalan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan dan Bidang Ketenagakerjaa**.
- Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang **Rekam Medik**

Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang ***Persetujuan Tindakan Kedokteran***

Permenkes No. 1464 tahun 2010. tentang ***Registrasi dan Praktik Kebidanan.***

Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang ***Pencegahan dan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan***

Peraturan Mahkamah Agung (Perma) No. 2 Tahun 2003 tentang ***Mediasi***

Peraturan Mahkamah Agung No. 1 Tahun 2008. tentang ***Mediasi Dalam Bidang Kesehatan.***

INDEKS

A

Achmad Ali 150
Actual enforcement 101
Administrative malpractice 122
al-Ruhawi 283
Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) x, 64, 65, 158
Alternative Dispute Solution (ADS) 65, 158
American Association of Public Accountant (AAPA) 283
American Bar Association (ABA) 283
American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) 283
American Medical Association (AMA) 283
Amir 119, 120
Andi Hamzah 259

Applied ethics 298
Ardyanto 182, 183
area of no enforcement 101
Asas itikad baik 19
Asas kehati-hatian 19
Asas kejujuran 19
Asas keseimbangan 19
Asas keterbukaan 19
Asas legalitas 19
Asas tepat waktu 19
Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) 111
Asuransi Kesehatan (Askes) 43
Auguste Comte 280
Azwar 6, 10, 308

B

Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) 33, 279
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) vii

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) v, 32, 37, 38, 164, 168, 208
- Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) 247
- Bpjs (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) 163
- BPJS ketenagakerjaan (BPJS TK) 38
- Bryan G. Garth 33
- C**
- Casio 2
- C. Berkhouwer 260
- Contending 155
- corporate liability* 50
- Criminal malpractice, Civil malpractice* 122
- D**
- Dahrendorf 136
- Davis 128
- Dean G Pruitt 155
- Descriptive ethics 298
- Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) 168
- Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) 182, 209
- Diar 80
- Djoko Soetono 271
- DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) 164
- E**
- Ellis 119, 120
- empati 152
- etika 281, 283
- etika konstitusi 296, 297, 305
- etika teologis 281
- F**
- Federal Communication Commission (FCC) 276
- Federal Trade Commission (FTC) 276
- Filu Marwat Santoso Putri 57
- Freeman 130
- Full enforcement* 101
- G**
- George Jellineck 276, 277
- Gibson 128
- Green 158
- Guwandi 118, 119
- H**
- hak asasi negatif 17
- hak asasi positif 17, 18
- Hanafiah 119, 120
- Hans Kelsen 276, 277, 278, 300
- Hariyani S 176
- Harry F. Todd Jr 156
- Hartley 119, 120
- Heath Insurance Association of America (HIAA) 111

Hetty Hasanah 69
Hodgetts 2
Hoger Rood 260
hospital liability 50
hukum konstitusi 296
hukum positif 284

I

Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
232, 235, 284
in action 155
Indra Bastian 140

J

Jaminan Hari Tua atau JHT 45
jaminan hari tua (JHT) 38
jaminan kecelakaan kerja
(JKK) 38
Jaminan Kecelakaan Kerja
(JKK) 40, 45
jaminan kematian (JKM) 38
Jaminan Kesehatan Masya-
rakat (Jamkesmas) 43
Jaminan Kesehatan Nasional
(JKN) 32, 34, 37, 43, 206,
207
Jaminan Pemeliharaan Kese-
hatan (JPK) 45
Jaminan Pemeliharaan Kese-
hatan Tenaga Kerja
(JPKTK) 46
jaminan pensiun (JP) 38
Jamsostek (Jaminan Sosial
Tenaga Kerja) 164

Jeffrey Z. Rubin 155
Jimly Asshiddiqie 181, 270,
276, 278
John Burton 126
Joseph B. Stulberg 179
Joseph Goldstein 100, 101

K

Keith E. Whittington 297
Kepentingan prosedural 153
kepentingan psikologis 153
Kepentingan substantif 153
Kitab Undang-Undang Hukum
Acara Pidana (KUHP) 262
Konflik destruktif 137
Konflik konstruktif 137

L

Laura Nader 156
L.D. Vosrtsman 260
Leenen 20
Lemaire 16, 18

M

Majelis Kehormatan Disiplin
Kedokteran Indonesia
(MKDKI) 118, 238
Majelis Kehormatan Etika
Kedokteran (MKEK) 232
Majelis Tenaga Kesehatan
Indonesia (MTKI) 236
mahluk individual 189
mahluk sosial 189
Mentesquieu 277

Merriam 105
Meta ethics 298
Minnery 128
Muchsin 69
Muhammad Ayyub Ibrahim
114
Myers 129, 131, 132

N

National Health Care Anti-
Fraud Association's
(NHCAA) 109
National Health Care Anti-
Fraud Association
(NHCAA) 104
negara hukum 15
Newstorm 128
Normative ethics 298
Nurnaningsih Amriani 151

P

Pemeliharaan kesejahteraan
umum 16
peradilan umum 85
perlindungan hukum preventif
71
Perserikatan Bangsa- Bangsa
(PBB) 286
Ph. A.N. Houwing 195
Plato 291
Pozgar 24, 25
problem solving 155
Profesor Hazairin 292, 296
Purnadi Purbacaraka 17

R

rekonsiliasi 152
Robbin 128, 129
Robbins 129, 134
Roberia 181

S

Satjipto Rahardjo 69, 84
sengketa 151
sengketa pelayanan kesehatan
63, 150
Setiono 69
Siahaan 181
Sistem Jaminan Sosial
Nasional (SJSN) 38, 44,
207
Soerjono Soekanto 17, 84, 102,
103
Spicker 181
Stoner 130
Subekti 48, 50
Suryono 140, 308, 310

T

Takdir Rahmadi 151, 152, 153
Taquiri 128
Teori hubungan masyarakat
152
teori identitas 152
Teori kebutuhan 153
Teori kesalahpahaman antar
budaya 152
Teori negosiasi 152
Teori transformasi 153

Thomas Percival 283
Tota lenforcement 100
transaksi terapeutik 62, 147

V

Van Hamel 259
Van Peursen 280, 282
Verbene 17
Vestal, K.W. 121
vicarious liability 50
Vos 259

W

Winardi 150
Wirjono Prodikoro 253
with drawing 155

Y

Yahya Harahap 51
yielding 155

TENTANG PENULIS



PROF. DR. H. INDAR, S.H., M.P.H., lahir di Makassar 10 November 1953. Guru Besar Etika dan Hukum Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin, Makassar. Pendidikan S-1 pada Fakultas Hukum Unhas Tahun 1984, Pendidikan S-2 pada Univ. of Hawaii at Manoa USA Tahun 1990. Gelar Doktor di bidang Hukum Kesehatan Program Pascasarjana Univ. Hasanuddin Tahun 2003 dengan judul

Disertasi “Perspektif Hak-Hak Atas Pemeliharaan Kesehatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Makassar dan Parepare”. Anggota Pusat Pemberi Pelayanan Bantuan Hukum Indonesia (P3BHI) Makassar . Dosen Luar Biasa FKM Univ. Panca Sakti Makassar, FKM Univ. Indonesia Timur Makassar, STIK Tamalate Makassar, STIK Makassar, STIK Baramuli Kabupaten Pinrang, STIKES Nani Hasanuddin Makassar, Akademi Hiperkes Penyusun Hospital Bylaws RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo. Ketua STIK Tamalatea 2014-2015. Saat

ini Ketua Senat FKM UH dan Sekretaris Dewan Kehormatan Universitas Hasanuddin.



Dr.H.Muh.AlwyArifin,M.Kes lahir di Ujung Pandang 8 Juli 1964 adalah staf Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin Makassar, menempuh pendidikan awal di Univ. Hasanuddin Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Administrasi Negara lulusan Tahun 1988 di Makassar, melanjutkan Program Magister di Univ. Airlangga Jurusan Manajemen Kesehatan Tahun 1995 di Surabaya dan Program Doktor di Univ. Hasanuddin Fakultas Kedokteran lulusan Tahun 2016 di Makassar. Saat ini menjabat sebagai Ketua Dept. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin Makassar dan sebagai Ketua STIKES Baramuli Pinrang. Saat ini aktif di Organisasi Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (APTISI) Pusat sebagai Ketua Dept. Bid. Kerja sama.



DR. Darmawansyah, SE., M.Si. Lahir di Makassar 24 April 1964 adalah Staf FKM Unhas Pendidikan S1 di Fekon Unhas tahun 1988 jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan, S2 Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan tahun 1993 di Universitas Hasanuddin, S3 Ekonomi Kesehatan di Universitas Hasanuddin tahun 2004. Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Hasanuddin tahun

2006 - 2016. Sekretaris Jurusan AKK 2002 - 2006. Mengajar di berbagai perguruan tinggi swasta dalam MK. Manajemen Sumber Daya Manusia, Ekonomi Kesehatan, Manajemen dan Kebijakan Kesehatan. Tahun 1999 – 2003 Pembantu Dekan I Fakultas Ekonomi UVRI Makassar. Tahun 2004 – 2005 Dekan Fakultas Ekonomi UVRI Makassar. Tahun 2002 – 2011 Sekretaris Unit Penelitian Dinamika Otonomi Daerah LP Unhas. Berpengalaman sebagai peneliti pada Unit Penelitian Dinamika Otonomi Daerah Lembaga Penelitian Universitas Hasanuddin sejak 1992. Mengikuti berbagai Short Course di dalam dan luar negeri, di Mahidol University Thailand; University of the Philippines Manila; Shenzhen University China; Kebangsaan University Malaysia. Di samping itu, juga menulis beberapa jurnal nasional maupun internasional.



Ir. Nurhayani M. Kes lahir di Makassar 29 Juli 1961 sebagai staf pengajar peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Pendidikan S-1 pada Fakultas Pertanian UNHAS tahun 1985. Pendidikan S-2 pada Universitas Airlangga Surabaya tahun

1992, Dosen luar biasa pada Fakultas Kesehatan Masyarakat di UMI Makassar, STIK Tamalate Makassar, dan STIK Baramuli di Kabupaten Pinrang pada mata kuliah Organisasi dan Manajemen Kesehatan perencanaan & Evaluasi Kesehatan, dan Manajemen Mutu. Sekretaris Jurusan AKK II periode tahun 1908-1912, dan Pengelolah S-2 AKK Non Reguler UNHAS tahun 2007. Wakil Dekan II FKM UNHAS tahun 2002, dan sebagai pengelola KKN Profesi FKM UNHAS.