

**Konsep dan Perspektif  
Etika dan Hukum  
Kesehatan Masyarakat**



**Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH**

# **Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat**



PUSTAKA PELAJAR

# **Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat**

## **Penulis**

Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH

## **Desain Cover**

Agha Mumtaz

## **Tata Letak**

Diah K K

Cetakan I, **Maret 2014**

## **Penerbit**

PUSTAKAPELAJAR

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. (0274) 381542, Fax. (0274) 383083

E-mail: [pustakapelajar@yahoo.com](mailto:pustakapelajar@yahoo.com)

Website: [pustakapelajar.co.id](http://pustakapelajar.co.id)

**ISBN: 978-602-229-323-1**

# Kata Pengantar

**Dengan** Rahmat Allah SWT, Buku Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat ini telah rampung dan diterbitkan sebagai salah satu upaya membantu mahasiswa terutama bagi mereka yang mengambil Mata Kuliah Filsafat dan Hukum Kesehatan Masyarakat, Hukum dan Undang-Undang Kesehatan, serta Etika dan Kode Etik Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Buku ini dapat pula menjadi acuan mahasiswa kesehatan masyarakat pada Perguruan Tinggi Swasta khususnya mahasiswa pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan, Akademi Keperawatan dan Akademi Kebidanan dalam Mata Kuliah Etika dan Hukum Profesi Keperawatan dan Etika dan Hukum Profesi Kebidanan serta mahasiswa Perguruan Tinggi Kesehatan lainnya.

Sesungguhnya buku ini juga dapat digunakan oleh kalangan tenaga kesehatan terutama bagi dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya sebagai rujukan dalam menjalankan tugasnya di bidang pelayanan kesehatan. Sebagai suatu rujukan buku ini memuat sebagian besar bahasan pokok dari Etika, Hukum Positif Indonesia, Hukum Kesehatan dan Hukum Kesehatan Masyarakat

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa kehadiran buku ini masih memerlukan penyempurnaan. Karena itu, diupayakan dalam setiap edisi penerbitannya dapat direvisi sesuai dengan perkembangan

## **Kata Pengantar**

Etika dan Hukum Kesehatan serta Hukum Kesehatan masyarakat. Bertolak dari hal tersebut dengan segala kerendahan hati penyusun mengharapkan kritik dan saran yang tentunya bersifat konstruktif demi kesempurnaan buku ini. Harapan penulis semoga dengan kehadiran buku ini dapat bermanfaat dalam menambah khazanah perpustakaan.

Akhirnya, penyusun menghaturkan banyak terima kasih kepada semua pihak terutama kepada istri dan anak-anakku yang telah membantu baik moril maupun materiel mulai dari penyusunan sampai ke penerbitan buku ini. semoga Allah Subhanahu Wataala memberikan imbalan yang setimpal. Amin ! ♦

Makassar, Desember 2013

**Penyusun**

# Kata Pengantar

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin, Makassar

**Puji syukur** kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan karunia nikmatNya sehingga dapat terselesaikannya penerbitan buku yang ada di hadapan para pembaca yang budiman. Kami merasa bangga secara khusus kepada Prof. Dr. Indar, SH, MPH, yang memberikan dedikasinya sepenuh hati terhadap dunia pendidikan dengan menulis buku terkait dengan masalah etika dan hukum kesehatan. Perjalanan panjang beliau sebagai akademisi dan guru besar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin dituangkan dalam sebuah buku yang sangat layak dibaca dan dipahami oleh semua pihak yang berkecimpung dalam bidang kesehatan masyarakat.

Perkembangan ilmu hukum dan praktiknya dewasa ini memberikan pengaruh yang sangat penting untuk pengelolaan kesehatan. Perkembangan tersebut menjadi tantangan yang harus disikapi dengan membuat dan menetapkan paradigma baru dalam konsep dan perspektif etika dan hukum kesehatan masyarakat. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi setiap orang, maka harus secara terus-menerus dilakukan perhatian yang sungguh-sungguh bagi penyelenggaraan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan, adanya jaminan atas pemeliharaan kesehatan,

ditingkatkannya profesionalisme dan dilakukannya desentralisasi bidang kesehatan. Kegiatan-kegiatan tersebut sudah barang tentu memerlukan perangkat hukum kesehatan yang memadai. Perangkat hukum kesehatan yang memadai dimaksudkan agar adanya kepastian hukum dan perlindungan yang menyeluruh baik bagi penyelenggara upaya kesehatan maupun masyarakat penerima pelayanan kesehatan. Pertanyaan yang muncul kemudian adalah apakah yang dimaksud dengan hukum kesehatan, apa yang menjadi landasan hukum kesehatan, materi muatan peraturan perundang-undangan bidang kesehatan, dan hukum kesehatan di masa mendatang.

Adapun buku di hadapan pembaca dengan judul” **Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat**” diharapkan dapat memberikan jawaban atas pertanyaan seputar etika dan hukum kesehatan serta memberikan sumbangan pemikiran, baik secara teoretikal maupun praktikal terhadap keberadaan hukum kesehatan. Oleh karena itu, dalam hal memahami peraturan-peraturan hukum tentang kegiatan pelayanan kesehatan, akan dirasakan lebih serasi dengan mengkaji dari perspektif etika dan hukum kesehatan. Akhirnya, semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan Allah memberikan kebaikan yang banyak kepada semua pihak yang terkait dengan terbitnya buku ini serta kepada pembaca sekalian yang budiman. Akhir kata saya sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (FKM Unhas) mengucapkan “selamat” atas terbitnya buku ini, semoga dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemaslahatan seluruh *provider* kesehatan dan terwujudnya pelayanan kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat Indonesia. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin. ♦

**Makassar, Desember 2013**

**Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat**

Universitas Hasanuddin

Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH



# Sambutan

## Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar

**Dengan** rahmat Allah Ta'ala, Buku Etika dan Hukum Kesehatan yang disusun oleh penulis yang mengasuh Mata Kuliah Etika dan Hukum Kesehatan, Hukum dan Undang-Undang Kesehatan, serta Etika dan Kode Etik Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat telah rampung. Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan karunia nikmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya penerbitan buku yang ada di hadapan para pembaca yang budiman. Kami merasa bangga secara khusus kepada Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH, yang memberikan dedikasinya sepenuh hati terhadap dunia pendidikan dengan menulis buku terkait dengan masalah etika dan hukum kesehatan. Perjalanan panjang beliau sebagai akademisi dan guru besar Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin dituangkan dalam sebuah buku yang sangat layak dibaca dan dipahami oleh semua pihak yang berkecimpung dalam bidang kesehatan masyarakat.

Perkembangan ilmu hukum dan praktiknya dewasa ini memberikan pengaruh yang sangat penting untuk pengelolaan kesehatan. Perkembangan tersebut menjadi tantangan yang harus disikapi dengan membuat dan menetapkan paradigma baru dalam konsep dan perspektif etika dan hukum kesehatan masyarakat. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi setiap orang,

maka harus secara terus-menerus dilakukan perhatian yang sungguh-sungguh bagi penyelenggaraan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan, adanya jaminan atas pemeliharaan kesehatan, ditingkatkannya profesionalisme dan dilakukannya desentralisasi bidang kesehatan. Kegiatan-kegiatan tersebut sudah barang tentu memerlukan perangkat hukum kesehatan yang memadai. Perangkat hukum kesehatan yang memadai dimaksudkan agar adanya kepastian hukum dan perlindungan yang menyeluruh baik bagi penyelenggara upaya kesehatan maupun masyarakat penerima pelayanan kesehatan. Pertanyaan yang muncul kemudian adalah apakah yang dimaksud dengan hukum kesehatan, apa yang menjadi landasan hukum kesehatan, materi muatan peraturan perundang-undangan bidang kesehatan, dan hukum kesehatan di masa mendatang.

Adapun buku di hadapan pembaca dengan judul "Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat" diharapkan dapat memberikan jawaban atas pertanyaan seputar etika dan hukum kesehatan serta memberikan sumbangan pemikiran, baik secara teoretikal maupun praktikal terhadap keberadaan hukum kesehatan. Oleh karena itu, dalam hal memahami peraturan-peraturan hukum tentang kegiatan pelayanan kesehatan, akan dirasakan lebih serasi dengan mengkaji dari perspektif etika dan hukum kesehatan. Akhirnya, semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan Allah memberikan kebaikan yang banyak kepada semua pihak yang terkait dengan terbitnya buku ini serta kepada pembaca sekalian yang budiman. Akhir kata saya sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (FKM Unhas) mengucapkan "selamat" atas terbitnya buku ini, semoga dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemaslahatan seluruh *provider* kesehatan dan terwujudnya pelayanan kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat Indonesia. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin. ♦

Penerbitan buku ini sangat dibutuhkan bukan saja oleh mahasiswa kesehatan, tetapi juga kalangan tenaga kesehatan lainnya baik yang bertugas di bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit dan Puskesmas, maupun yang berpraktik swasta. Dengan demikian buku Etika dan Hukum Kesehatan ini dapat menjadi tambahan referensi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran, Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Sekolah Tinggi Kesehatan, bahkan mahasiswa Fakultas Hukum dan pemerhati masalah hukum kesehatan.

Penyusun buku ini memiliki pengalaman yang cukup panjang dalam memberikan kuliah Etika dan Hukum Kesehatan bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, baik pada strata satu (S1) maupun pada Program Pascasarjana di Universitas Hasanuddin, serta beberapa perguruan tinggi lainnya di Makassar.

Buku ini disusun sesuai dengan Kurikulum Inti Pendidikan Kesehatan di Indonesia. Karena itu, kehadiran buku ini diharapkan dapat menambah khazanah perpustakaan di bidang hukum, khususnya di bidang hukum kesehatan. Di samping itu, dengan terbitnya buku ini akan memberi arti bukan saja menunjang proses belajar mengajar, tetapi sekaligus dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di berbagai sarana pelayanan kesehatan.

Bertolak dari hal tersebut di atas, kami sampaikan penghargaan sebesar-besarnya kepada penyusun atas kerja kerasnya mewujudkan penerbitan buku ini. Harapan kami kiranya buku ini dapat bermanfaat terutama dalam mengisi kebutuhan kepustakaan Etika dan Hukum Kesehatan. ♦

Makassar, 11 Nopember 2008

Dekan FKM Unhas.

Ttd

**Prof.dr. Veny Hadju, Ph.D**



# Daftar Isi

Kata Pengantar — v

Kata Pengantar Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas  
Hasanuddin, Makassar — vii

Sambutan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas  
Hasanuddin Makassar — ix

Daftar Isi — xiii

**Bab I. Etika, Hukum, dan Pelayanan Kesehatan — 1**

**Bab II. Konsep Etika Dasar — 5**

A. Pengertian — 5

1. Etika — 5

2. Etiket — 10

B. Sistematika dan Jenis Etika — 11

**Bab III. Aspek Etik dan Moral Pelayanan Kesehatan — 14**

A. Pendekatan Etik — 14

1. Dasar Pengambilan Keputusan — 14

2. Prinsip Etik Pengambilan Keputusan Pelayanan  
Kesehatan — 17

B. Pendekatan Moral Pelayanan Kesehatan — 25

C. Ukuran Baik dan Buruk — 30

**Bab IV. Profesi dan Kode Etik Kesehatan — 35**

- A. Pengertian — 35
- B. Kode Etik — 46
- C. Standar Pelayanan Kesehatan — 50

**Bab V. Etika dan Kode Etik Kesehatan Masyarakat — 55**

- A. Etika Kesehatan — 55
- B. Profil Kesehatan Masyarakat — 58
- C. Value Kesehatan Masyarakat — 61
- D. Etika Kesehatan Masyarakat — 63
- E. Kode Etik Kesehatan Masyarakat — 69

**Bab VI. Tata Hukum Positif Indonesia — 81**

- A. Hukum dan Kaidah Sosial — 81
- B. Tujuan dan Sumber Hukum — 84
- C. Pembagian Hukum — 90

**Bab VII. Hukum Kesehatan Masyarakat — 95**

- A. Pendahuluan — 95
- B. Pengertian Kesehatan — 97
- C. Pengertian Kesehatan Masyarakat — 98
- D. Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Peraturan Perundang-undangan — 99
- E. Hukum Kesehatan Masyarakat — 100
  - 1. Latar Belakang — 100
  - 2. Implikasi Hukum pada Kesehatan Masyarakat — 104
  - 3. Implikasi Kesehatan Masyarakat pada Hukum — 110
  - 4. Definisi Hukum Kesehatan Masyarakat — 111

**Bab VIII. Hukum dan Penyakit Menular — 114**

- A. Pendahuluan — 114
- B. Pengertian Wabah — 114
- C. Urgensi Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan — 115

1. Penanggulangan Wabah Penyakit Menular — 115
  2. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan — 117
- D. Analisis Tanggung jawab Hukum Tenaga Kesehatan — 119

**Bab IX. Hukum untuk Kesehatan Reproduksi — 124**

- A. Pendahuluan — 124
- B. Hukum Perkawinan — 125
- C. Hukum Keluarga Sejahtera — 130
- D. Hukum Keluarga Berencana — 131
- E. Aspek Hukum Pengguguran Kandungan — 141
  1. *Abortus Provocatus Therapeutis* — 144
  2. *Abortus Provocatus Criminalis* — 146

**Bab X. Hukum dan Ketenagakerjaan — 152**

- A. Pendahuluan — 152
- B. Pengertian Tenaga Kerja — 153
- C. Tenaga Kerja Perempuan — 156
- D. Tenaga Kerja Anak — 160
- E. Perundang-undangan Kesehatan dan Keselamatan Kerja — 162
- F. Sebab-Sebab Kecelakaan Kerja — 165
- G. Dasar Hukum Kesehatan dan Keselamatan Kerja — 166
- H. Hak dan Kewajiban Tenaga Kerja dan Pengusaha — 169
- I. Pengawas Kesehatan dan Keselamatan Kerja — 170
- J. Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja (P2K3) dan Dewan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (DK3) — 172
- K. Syarat Kesehatan, Kebersihan dan Penerangan dalam Tempat Kerja — 173
- L. Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja — 174
- M. Kewajiban Melaporkan Penyakit Akibat Kerja — 176
- O. Pelayanan Kesehatan Kerja — 177

**Bab XI. Tanggung Jawab Produk (*Product Liability*) — 181**

- A. Pendahuluan — 181

**Daftar Isi**

- B. Definisi — 185
- C. *Strict Liability Principle* — 186
- D. Tanggung Jawab Produk Undang-Undang Pangan No. 7 Tahun 1996 — 190
  - 1. Pendahuluan — 190
  - 2. Tanggung Jawab — 191

**Bab XII. Perlindungan Konsumen dan Pelayanan Kesehatan — 195**

- A. Pendahuluan — 195
- B. Bisnis dan Pelayanan Kesehatan — 196
- C. Pasien dan Konsumen — 197
- D. Pembuktian Terbalik Dalam Undang-Undang Perlindungan Konsumen — 200
- E. Gugatan *Class Action* — 202

**Bab XIII. Hukum Kesehatan Internasional — 203**

- A. Peraturan Kesehatan Tentang Penyakit Karantina — 203
- B. Hukum Lingkungan Internasional — 205
  - 1. Deklarasi Stockholom 1972 — 206
  - 2. Konvensi Wina 1985 — 207
  - 3. Protokol Montreal 1987 — 208
- C. Hukum Lingkungan Nusantara — 208

**Bab XIV. Etika Penelitian — 216**

- A. Pendahuluan — 216
- B. Deklarasi Helsinki 1964 — 219
- C. Persetujuan Mengikuti Penelitian (*Informed Consent*) — 225
- D. Etika dalam Penulisan Ilmiah — 226
  - 1. Judul — 226
  - 2. Nama penulis — 227
  - 3. Nama institusi/tempat penelitian — 227
  - 4. Abstrak — 227



5. Pendahuluan — 227
6. Bahan/pasien dan cara kerja — 227
7. Hasil — 228
8. Diskusi — 228
9. Ringkasan — 228
10. Kesimpulan — 228
11. Ucapan terima kasih — 229
12. Daftar rujukan — 229

**Bab XV. Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan — 231**

- A. Pengaturan Tentang Tenaga Kesehatan pada Umumnya — 231
- B. Kewenangan dan Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan — 233
  1. Kewenangan Tenaga Kesehatan — 233
  2. Tanggung Jawab Etik Tenaga Kesehatan — 233
  3. Tanggung jawab Profesi Tenaga Kesehatan — 234
  4. Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan — 238
- C. Hubungan antara Pasien dan Tenaga Kesehatan — 251

**Bab XVI. Kesehatan dan Hak Asasi Manusia — 256**

- A. Pendahuluan — 256
- B. Definisi Hak Asasi Manusia — 259
- C. Pendekatan Hukum Kesehatan dalam Pemeliharaan Kesehatan — 259
- D. Hukum dan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Law*) — 262
- E. Hak untuk Sehat dalam Era Globalisasi Hak Asasi Manusia — 266
- F. Hak Asasi Manusia dalam Perspektif Hukum Kesehatan Indonesia — 269

**Bab XVII. Malpraktik dalam Pelayanan Kesehatan — 274**

- A. Pendahuluan — 274
- B. Pengertian Malpraktik — 277
  1. Malpraktik Etik (*Ethical Malpractice*) — 280

**Daftar Isi**

2.	Malpraktik Hukum Pidana ( <i>Criminal Malpractice</i> )	— 282
3.	Malpraktik Hukum Perdata ( <i>Civil Malpractice</i> )	— 282
4.	Malpraktik Hukum Administrasi Negara ( <i>Administrative Malpractice</i> )	— 283
C.	Tanggung Jawab Perdata Dokter	— 285
D.	Tanggung Jawab Pidana Dokter	— 287
E.	Malpraktik Keperawatan	— 290
F.	Penanggulangan Malpraktik	— 292
Daftar Pustaka		— 293
Indeks		— 303
Biodata Penulis		— 310

---

# Etika, Hukum, dan Pelayanan Kesehatan

**Perkembangan** ilmu pengetahuan semakin pesat seiring dengan penerapannya yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan. Berbagai penelitian telah dilakukan pada pelayanan kesehatan, menyelidiki mulai dari persoalan dasar dan asas hidup manusia sampai kepada kualitas kehidupan, bahkan sudah lebih jauh ke hal bagaimana manusia memperoleh dampak dari perubahan itu.

Dibalik kemajuan dan perkembangan teknologi tampaknya kalangan kesehatan khususnya tenaga kesehatan belum mampu untuk menangani masalah tersebut, baik secara psikologi maupun secara etik. Bahkan, penanganan masalah yang timbul cenderung tidak sesuai dan tertinggal jauh dibanding majunya perkembangan ilmu pengetahuan.

Diakui bahwa kalangan kesehatan telah berupaya dan menguasai berbagai cara untuk melakukan manipulasi terhadap kehidupan manusia, namun ia belum sampai memikirkan akibat-akibat yang akan muncul. Ternyata kemajuan ilmu pengetahuan bidang kesehatan yang semakin pesat itu menuntut perubahan-perubahan tingkat kepekaan terhadap nilai-nilai etik yang semakin halus dan kritis.

Profesi kesehatan Indonesia secara faktual berhadapan dengan sejumlah masalah, sebab yang penentuan keputusan tentang jenis pelayanan kesehatan yang akan diberikan adalah pasien dan atau keluarganya. Tenaga kesehatan hanya berperan sebagai pembina atau narasumber pengambilan keputusan tersebut.

Sementara itu dalam masyarakat terjadi perubahan nilai-nilai etik dan sikap moral dari kehidupan. Realitas kehidupan masa kini terasa lebih keras dan sulit dibanding dengan kehidupan masa lalu. Apa yang dianggap penting beberapa dasawarsa yang lalu, sekarang telah berubah menjadi suatu hal yang tidak penting. Selain itu di bidang pelayanan kesehatan timbul masalah lain yakni konflik yang timbul karena perbedaan nilai antara pemberi pelayanan kesehatan dengan penerima pelayanan kesehatan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa sistem pelayanan kesehatan tampaknya harus dilihat sebagai "Science Oriented" dan bukan sebagai "Art". Ia memusatkan perhatiannya pada masalah-masalah penyakit bukan terhadap manusia dan lebih banyak berpegang pada mesin-mesin teknologi kedokteran daripada jiwa. Para ahli kesehatan terlena dengan segala kemajuan ilmu dan teknologi dan kurang membuka diri untuk melakukan introspeksi secara etik. Keadaan ini semakin rumit bila kurikulum pendidikan kesehatan lebih menekankan kepada kemajuan ilmu pengetahuan dan keterampilan, sedang masalah etik dan falsafah tidak tersentuh (*untouchable*).

Dalam menghadapi kondisi seperti di atas, maka diskusi dan telaah mengenai etika pasti akan sangat bermanfaat. Jika timbul ketidaksepakatan dan terbentur pada apa yang harus dilakukan maka telaah etik perlu dikedepankan.

Implikasi dari kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan adalah terjadinya perubahan tata nilai dalam masyarakat. Apa yang dulu dianggap wajar, sekarang dikatakan tidak wajar, demikian pula sebaliknya. Masyarakat kini menuntut agar pelayanan kesehatan

baik yang diberikan oleh dokter maupun instansi kesehatan lainnya lebih baik.

Tenaga kesehatan berhubungan dengan klien atau pasien. Hubungan dengan klien atau pasien itu baik dalam bentuk khusus hubungan antar manusia maupun dalam hubungan profesional. Pada pelayanan kesehatan hubungan profesional dikenal dengan hubungan dokter pasien, hubungan perawat pasien, dan hubungan pasien atau klien dengan tenaga kesehatan lainnya. Pada praktiknya hubungan klien atau pasien dilakukan berdasarkan prinsip moralitas, berbuat baik dan tidak merugikan orang yang dilayani tersebut.

Prinsip berbuat baik dan tidak merugikan sebagai pertimbangan dalam interaksi, tetapi dalam kenyataan masyarakat masih tidak puas terhadap pelayanan yang diterima yang pada akhirnya menimbulkan sikap tidak percaya terhadap petugas kesehatan. Keputusan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip moral, tanpa pertimbangan ini akan terjadi konflik moral. Dengan demikian keputusan moral merupakan kebutuhan yang harus dijadikan pertimbangan dalam menetapkan tindakan yang tepat. Jadi dalam memberikan pelayanan, profesi kesehatan harus memperhatikan prinsip-prinsip moral.

Tidak jarang masyarakat merasa tidak puas atas pelayanan kesehatan yang ada dan tidak tertutup kemungkinan seorang dokter atau tenaga kesehatan lainnya bahkan rumah sakit akan diseret dan dituntut di depan pengadilan pada hal tanggung jawab tenaga kesehatan itu bukan hanya tanggung jawab hukum, tetapi juga tanggung jawab etik dan profesi.

Untuk menghadapi hal-hal tersebut di atas, di bidang etika dan profesi tentu diperlukan suatu wadah yang bertugas untuk memeriksa, mengadili, dan memutuskan apakah tenaga kesehatan yang tersangka melakukan pelanggaran etika, jelaslah bahwa profesi kesehatan membutuhkan pedoman dan sikap perilaku dalam memberikan pelayanan Kesehatan. Pedoman yang demikian dikenal dengan Kode etik Kesehatan.

Etika mempunyai sanksi moral, profesi mempunyai sanksi disiplin profesi, sementara sekarang para ahli hukum menganggap bahwa standar prosedur dan pelayanan kesehatan dianggap sebagai ranah hukum. Profesi kesehatan bahwa tindakan yang memenuhi standar profesi adalah bagian dari sikap etis dan profesional. Sehingga penafsiran ahli hukum: pelanggaran standar profesi dapat diartikan melanggar hukum. Karena itu, hal ini perlu diinformasikan kepada profesi kesehatan dan profesi hukum.

Pelaksana kesehatan masyarakat berhubungan dengan masalah penderita penyakit dan penyakit itu sendiri di masyarakat, dan dengan demikian menyentuh beberapa masalah etika yang unik. Secara umum, pelaksana dan kebijakan kesehatan masyarakat berusaha untuk meningkatkan kesehatan seluruh masyarakat, di mana hal ini kadang-kadang bertentangan dengan hak pribadi perorangan. Konflik ini mungkin klinis, misalnya dalam kasus imunisasi, atau hukum, seperti dalam kasus kewajiban pelaporan medis dan pengobatan penyakit menular. ♦

---

# Konsep Etika Dasar

## A. Pengertian

---

### 1. Etika

**Etika** adalah usaha manusia dalam memakai akal budi dan daya pikirnya untuk memecahkan masalah hidup atau untuk suatu upaya agar menjadi baik. Terdapat 4 alasan pada saat sekarang ini etika diperlukan yaitu (Soejitno, 2.000):

- a. Masyarakat semakin pluralistik termasuk dalam hal moralitas. Norma moral sendiri sering diperdebatkan, misalnya dalam bidang etika seksual, hubungan anak dan orang tua, kewajiban terhadap negara, etika santun dalam pergaulan dan penilaian terhadap harga nyawa manusia.
- b. Dalam masa transformasi masyarakat yang tanpa tanding di bawah gelombang modernisasi. Dalam situasi seperti ini, etika dapat membantu kita agar tidak kehilangan orientasi, serta dapat membedakan antara apa yang hakiki dan apa saja berubah. Dengan demikian diharapkan kita tetap sanggup untuk mengambil sikap yang dapat kita pertanggungjawabkan.

- c. Proses perubahan sosial budaya dan moral yang tengah di alami ini, dimanfaatkan oleh berbagai pihak untuk memancing dalam air keruh. Mereka menawarkan berbagai ideologinya sebagai obat penyelamat. Etika dapat membuat kita sanggup untuk menghadapi ideologi-ideologi tersebut dengan kritis dan objektif untuk membentuk penilaian sendiri, agar tidak mudah terpancing. Etika juga membantu agar kita tidak naif dan ekstrem: tidak terlalu cepat memeluk segala pandangan yang baru, tetapi juga tidak menolak nilai-nilai hanya karena baru dan belum terbiasa.
- d. Etika juga diperlukan oleh kaum agama, yang satu pihak menemukan dasar kemantapan mereka dalam iman kepercayaan mereka, serta ingin sekaligus berpartisipasi tanpa rasa takut, dan dengan tidak menutup diri dalam semua dimensi kehidupan masyarakat yang sedang berubah itu.

Saat ini etika semakin diperlukan dalam menyongsong paradigma pelayanan kesehatan yang bernuansa pengobatan (*curing*) dan perawatan (*caring*) kesehatan. Transisi epidemiologis maupun demografi penyakit menuntut peran kaidah etis guna mendasari interaksi antara profesi kesehatan dengan pasien dalam pelayanan kesehatan.

Etika (*Ethics*) adalah istilah yang muncul dari Aristoteles, berasal dari kata Yunani *ethos* yang berarti adat, budi pekerti. Dalam filsafat, pengertian etika adalah telaah dan penilaian kelakuan manusia ditinjau dari kesusilaannya. Kesusilaan yang baik merupakan ukuran kesusilaan yang disusun bagi diri seseorang atau merupakan kumpulan keharusan, kumpulan kewajiban yang dibutuhkan oleh masyarakat atau golongan masyarakat tertentu dari anggota-anggotanya. Kesusilaan biasanya didasarkan pada hal tertentu, misalnya pada agama atau kesejahteraan atau kemakmuran negara (Gunawan, 1992).



Etika sebagai ilmu menurut Socrates meliputi asas dan prinsip yang mengandung validitas yang sifatnya universal. Ini berarti bahwa apa yang baik menurut seseorang adalah baik untuk semua orang dan apa yang merupakan kewajiban bagi seseorang juga merupakan kewajiban setiap orang. Persoalan dalam etika kemudian muncul karena ada adanya pertentangan nilai dalam diri, antardiri, maupun antarkelompok dalam masyarakat. Nilai merupakan gambaran abstrak dalam pemikiran yang menjadi acuan perilaku yang baik. Karena itu suatu nilai dalam implementasinya melalui tindakan mesti mendapat dukungan dari masyarakat di mana nilai itu berlaku.

Menurut Websters New Collegiate Dictionary, etika didefinisikan sebagai “1. ....the discipline dealing with what is good and bad and with moral duty and obligation; 2a. a set of moral principles and value; 2b. a theory or system of moral values; 2c. the principles of conduct governing an individual or a group”.

K. Bertens (Wiradharma, 1999) membedakan etika dalam tiga arti. *Pertama*, dalam arti nilai-nilai atau norma-norma moral yang menjadi pegangan bagi seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya misalnya etika agama Budha, etika Protestan. Arti etika di sini sebagai “sistem nilai” yang dapat berfungsi dalam kehidupan seseorang atau masyarakat. *Kedua*, etika berarti kumpulan asas atau nilai moral, dalam artian ini etika dimaksudkan sebagai “kode etik”. *Ketiga*, etika berarti ilmu tentang yang baik atau yang buruk, dalam hal ini etika baru menjadi ilmu bila kemungkinan-kemungkinan etis (asas-asas atau nilai-nilai tentang yang dianggap baik dan buruk) yang begitu saja diterima dalam masyarakat sering kali tanpa disadari menjadi bahan refleksi bagi suatu penelitian sistematis dan metodis

Kebenaran etika atas tindakan yang dilakukan oleh profesi kesehatan ditentukan oleh faktor internal dan faktor eksternal (Dewi, 2008). Faktor internal meliputi:

- a. Kepercayaan atau keimanan seseorang  
Kepercayaan atau keimanan seseorang demikian kuatnya maka ada kecenderungan untuk bersikap fanatik sehingga tidak jarang menutup perspektif nilai dari sumber yang lain. Contoh masalah *Fertilisasi in vitro* dilihat dari aspek agama Islam dan Katolik. Agama Islam menerima *Fertilisasi in vitro* selama unsur yang digunakan di dalam proses *in vitro* berasal dari pasangan suami istri yang sah. Namun, dalam pandangan agama Katolik ini dilarang, karena dianggap mencampuri kuasa Tuhan di dalam penyelenggaraan proses penciptaan.
- b. Pendidikan  
Dasar pendidikan seseorang sangat menentukan perilaku moralitasnya. Contoh: dua orang anak ditanya mengapa tidak boleh mengambil uang milik ibunya. Anak pertama mengatakan bahwa tidak boleh mengambil karena kalau mengambil dia akan dihukum oleh ibunya. Sedangkan anak yang kedua mengatakan bahwa ia harus menghormati hak milik orang lain.
- c. Kepribadian dan aspek psikologisnya  
Struktur kepribadian seseorang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan pengkajian setiap nilai yang terdapat di sekelilingnya. Struktur kepribadian manusia dari Freud yaitu Id, Ego, dan Superego memengaruhi setiap keputusan yang dibuat seseorang. Prinsip Id adalah prinsip kesenangan dan tujuannya memuaskan manusia, sedangkan Superego adalah suatu sistem yang merupakan kebalikan dari Ego. Dorongan-dorongan yang berasal dari Superego akan berusaha menekan dorongan yang timbul dari Id karena tidak sesuai atau tidak bisa diterima oleh Id. Fungsi Ego adalah menjaga keseimbangan antara prinsip Id dan Superego. Contoh seorang anak yang dididik dengan disiplin yang keras akan menahan diri untuk tidak melakukan hal-hal yang sembrono misalnya. Namun seorang anak yang dididik dengan pola lebih bebas dan kendor me-

memiliki kecenderungan lebih santai dalam menghadapi berbagai bidang di bawah tanggung jawabnya.

Adapun faktor eksternal yang memengaruhi kebenaran etika yaitu:

a. Situasi dan kondisi

Situasi dan kondisi yang dihadapi memungkinkan seseorang mengambil keputusan yang berbeda terhadap kasus yang sama. Seorang dokter Ginekologi yang telah memiliki jam terbang yang tinggi yang telah melihat banyak kasus kehamilan dan persalinan serta mempunyai pengalaman akan berbeda dengan dokter sangat muda dan belum berpengalaman untuk melakukan operasi cesar pada pasien, apabila kelahiran normal masih dapat diusahakan, di mana tidak ada kelainan pada kehamilan.

b. Aspek Politik

Situasi politik biasanya menjadi pertimbangan yang sangat penting di dalam memutuskan suatu permasalahan etis. Meninggalnya seorang tokoh politik misalnya karena suatu peristiwa sabotase atau kudeta terkadang sulit bagi tenaga kesehatan mengeluarkan pernyataan secara faktual di depan masyarakat luas karena tekanan politik atau karena kewajiban perintah jabatan.

c. Aspek Ekonomi

Persoalan ekonomi terutama yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan menjadi hal yang dilematis di dalam setiap pertimbangan etika. Karena pada dasarnya bidang kesehatan termasuk dalam domain sosial kemanusiaan sehingga agak sulit jika kemudian dikaitkan dengan aspek ekonomi. Suatu tindakan operasi misalnya memerlukan setidaknya beberapa dokter, di mana tim ini tidak akan memberikan pelayanan tanpa imbalan yang “ layak ” dengan yang mereka miliki.

- d. Aspek ilmu pengetahuan dan teknologi  
Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa dampak di bidang kesehatan. Namun, penggunaan ilmu pengetahuan dan teknologi seyogianya diusahakan untuk kepentingan umat manusia bukan dijadikan sebagai pertimbangan kepentingan industri dan ekonomi. Transplantasi organ misalnya benar-benar digunakan untuk kemanusiaan bukan kepentingan bisnis.
- e. Aspek hukum dan adat istiadat  
Pertimbangan hukum menjadi salah satu aspek yang sangat penting dalam membuat suatu keputusan. Walaupun di negara Belanda dan Belgia misalnya masalah euthanasia sudah diterima dan bahkan sudah dimasukkan ke dalam undang-undang dasarnya. Namun di Indonesia masalah euthanasia masih merupakan tindakan yang dilarang baik berdasarkan hukum pidana (Pasal 344 KUHP dan pasal 345 KUHP) juga berdasarkan Kode Etik Kedokteran Indonesia, bahkan fatwa Majelis Ulama Indonesia mengharamkan tindakan euthanasia tersebut.

## **2. Etiket**

Berkaitan dengan istilah etika ini dalam kamus besar tersebut juga terdapat istilah etiket, Etiket adalah tata cara dalam masyarakat beradab dalam memelihara hubungan antara sesama manusia. Etiket merupakan suatu norma terutama mengatur aspek kehidupan antar pribadi. Dengan tujuan etiket adalah demi kesempurnaan hubungan antar pribadi. Dasar keberlakuan etiket dalam masyarakat adalah kepantasan, kebiasaan, kepatutan yang berlaku dalam pergaulan.

Terdapat beberapa perbedaan antara etika dan etiket yakni:

- a. Etika
  - 1. Tidak terbatas pada perbuatan tetapi juga menilai perbuatan sendiri

2. Tidak bergantung pada hadir atau tidaknya orang yang melakukan perbuatan.
  3. Bersifat absolut diterima secara universal
  4. Memandang manusia dari batin
- b. Etiket
1. Menyangkut suatu perbuatan yang harus dilakukan
  2. Hanya berlaku dalam pergaulan yang mengharuskan kehadiran orang yang melakukan perbuatan
  3. Bersifat relatif, suatu perbuatan sopan pada suatu kebudayaan tetapi tidak sopan dalam kebudayaan lain
  4. Memandang manusia dari segi lahir

## **B. Sistematika dan Jenis Etika**

---

Etika secara umum dapat dibagi menjadi etika deskriptif dan etika normatif. Etika deskriptif membahas mengenai fakta apa adanya mengenai nilai dan pola perilaku manusia sebagai suatu fakta yang terkait dengan situasi dan realitas konkret yang membudaya. Jadi etika deskriptif berbicara tentang sikap orang dalam menghadapi hidup ini, dan tentang kondisi-kondisi yang memungkinkan bertindak secara etis.

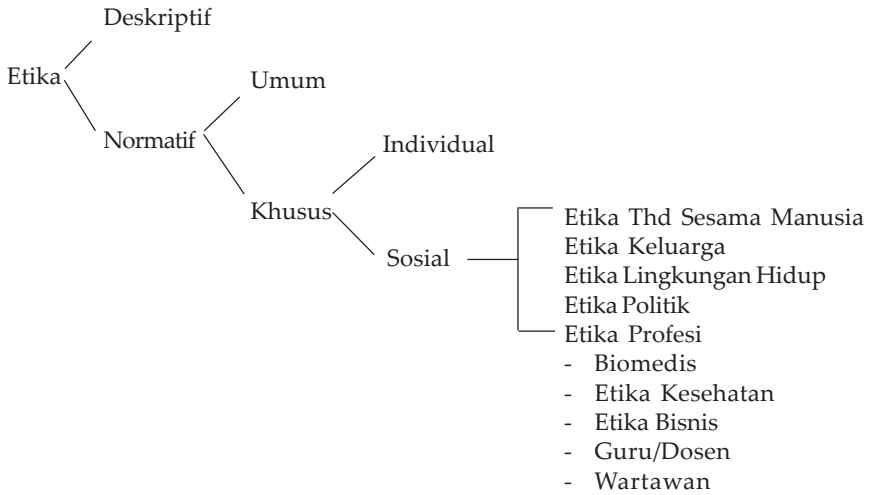
Etika normatif berusaha menetapkan berbagai sikap dan pola perilaku yang seharusnya dimiliki oleh manusia, atau apa yang seharusnya dijalankan oleh manusia, dan tindakan apa yang diambil untuk mencapai apa yang bernilai dalam hidup ini. Etika normatif berbicara mengenai norma-norma yang menuntun tingkah laku manusia, serta memberi penilaian dan himbauan kepada manusia untuk bertindak sebagaimana seharusnya berdasarkan norma-norma. Ia menghimbau manusia untuk bertindak yang baik dan menghindari yang jelek umum dan etika khusus.

Etika normatif terbagi atas etika umum dan etika khusus. Etika umum berbicara mengenai kondisi-kondisi dasar bagaimana manusia bertindak secara etis, teori-teori etika dan prinsip-prinsip moral

dasar yang menjadi pegangan bagi manusia dalam bertindak serta tolok ukur dalam menilai baik atau buruknya suatu tindakan tercermin kebebasan dan tanggung jawab, hati nurani, hak kewajiban, beberapa keutamaan seperti kejujuran, berbuat baik, keadilan, dan hormat terhadap diri sendiri. Etika umum dapat dianalogikan dengan ilmu pengetahuan, yang membahas mengenai pengertian umum dan teori-teori, karena itu biasanya disebut etika teoretis.

Etika khusus adalah penerapan prinsip-prinsip moral dasar dalam bidang kehidupan yang khusus. Penerapan ini bisa berwujud bagaimana seseorang mengambil keputusan dan bertindak dalam bidang kehidupan dan kegiatan khusus yang dilakukannya, yang didasari oleh cara, teori dan prinsip-prinsip moral dasar. Namun, penerapan itu dapat juga berwujud seseorang menilai pribadinya sendiri dan orang lain dalam bidang kegiatan dan kehidupan khusus yang dilatarbelakangi oleh kondisi yang memungkinkan manusia bertindak etis. Apabila etika umum disebut sebagai etika teoretis maka etika khusus disebut juga etika terapan.

Etika khusus dapat dibagi dua yaitu etika individual dan etika sosial. Etika individual menyangkut kewajiban dan sikap manusia terhadap dirinya sendiri. Etika sosial berbicara mengenai kewajiban, sikap dan pola perilaku manusia sebagai anggota masyarakat. Etika sosial menyangkut hubungan manusia dengan manusia baik secara perseorangan dan langsung maupun secara bersama-sama dan dalam bentuk kelembagaan (keluarga, masyarakat, dan negara), sikap kritis terhadap pandangan dunia dan ideologi, sikap dan pola perilaku dalam bidang kegiatan masing-masing. Maupun tanggung jawab manusia terhadap makhluk hidup lainnya. Etika sosial meliputi etika keluarga, etika gender, etika profesi, etika politik, etika lingkungan dan lain-lain. Sistematika etika dikemukakan sebagai berikut.



Dari sistematika di atas Banning membagi etika atas etika individual dan etika sosial, sedang Langeveld membedakan etika atas etika deskriptif dan etika normatif.

Pandangan De Graaf (1972) tentang etika sebagai kesadaran yang sistematis terhadap perilaku yang dapat dipertanggungjawabkan. Sementara Spoken (1977) memberikan rumusan etika sebagai kesadaran yang sistematis terhadap masalah dan norma yang sudah ada atau yang dirasakan baru. Yang menarik rumusan yang dikemukakan oleh Helen Dupuis (1988) bahwa etika itu ilmu tentang moral. ♦

---

# Aspek Etik dan Moral Pelayanan Kesehatan

## A. Pendekatan Etik

---

### 1. Dasar Pengambilan Keputusan

**Dalam** falsafah etika, pada umumnya terdapat dua aliran utama yaitu aliran deontologis (*non-consequentialist*) dan aliran teleologis (*consequentialist*). Secara deontologik, penilaian benar tidaknya suatu perbuatan atau baik tidaknya seseorang, bukan dengan melihat apa hasil akhir perbuatannya. Yang dinilai adalah perbuatan itu sendiri, bukan tujuan atau hasil perbuatan. Motif seseorang untuk melakukan tindakan didasarkan pada kewajiban untuk melakukan tindakan. Seorang pengusaha misalnya memberitahukan bahaya di lingkungan kerjanya kepada tenaga kerja bukan karena ia takut dituntut, melainkan karena ia harus menyampaikan sesuatu yang benar (*truth telling*). Immanuel Kant (1734-1804, penganjur teori deontologis mengatakan bahwa suatu tindakan etik hanya dilakukan atas dasar keinginan baik (*goodwill*). Seseorang mempunyai keinginan baik jika didasarkan pada nilai universal sebagai motif dari tindakan. Jadi baik buruknya suatu perbuatan terletak pada perbuatan itu sendiri *an sich*.



Aliran teleologis (Utilitarian theory) bermula dari United Kingdom yang oleh Jeremy Bentham (1748-1832) dimaksudkan sebagai dasar etis pembaruan hukum Inggris, terutama hukum pidana. Pada aliran Teleologis atau konsekuensialis, baik buruknya seseorang atau benar salahnya suatu perbuatan, dinilai dari tujuan yang hendak dicapai. Bagi aliran teleologis motif suatu perbuatan tidak penting, tetapi hasil perbuatan yang perlu diperhitungkan. Motif manusia tidak bisa dilihat atau diukur, akan tetapi konsekuensi tindakan bisa diperhitungkan (Wiradharma, 1999). Menurut aliran ini, setiap manusia wajib berbuat sesuatu untuk tujuan yang baik. Dari aspek ini euthanasia dapat dibenarkan oleh aliran teleologis, sedang bagi aliran deontologis apa pun alasannya euthanasia dapat dikategorikan pembunuhan.

John Stuart Mill seorang pendukung aliran teleologis di dalam bukunya "Utilitarianism" menyatakan suatu tindakan, baik jika tindakan itu cenderung untuk kepentingan orang banyak, salah jika cenderung tidak menghasilkan kebaikan untuk orang banyak (*the greatest happiness for the greatest numbers*).

Secara prinsipiell terdapat empat pokok dalam aliran Utilitarian yaitu:

1. Memaksimalkan kebaikan (*maximize the good*) yaitu selalu tindakan bermanfaat untuk orang banyak.
2. Ukuran kebaikan (*Standard of goodness*) yaitu konsekuensi kebaikan atau keburukan adalah diutamakan pada pengutamaan kepentingan orang banyak atau kemanfaatan.
3. Konsekuensi (*consequentialism*) semua tindakan didasarkan pada konsekuensi kebaikan atau kemanfaatan.
4. Universalitas (*Universalism*) semua tindakan didasarkan pada pertimbangan semua pihak menerima persamaan dan universal.

Dalam aliran teleologis terdapat dua sub-aliran yang berbeda yakni egoisme dan utilitarianisme. Egoisme terdiri atas egoisme etis dan egoisme psikologis (Salam, 1997). Egoisme etis menekankan

bahwa setiap tindakan yang mengenakan dan mendatangkan kebahagiaan bagi diri sendiri selalu dinilai sebagai tindakan yang baik dan pantas dilakukan. Sebaliknya tindakan yang tidak mengenakan dan tidak mendatangkan kebahagiaan bagi diri pribadi harus dihindari. Egisme psikologis menyatakan semua orang dimotivasi oleh tindakan, demi kepentingan dirinya belaka. Jadi egoisme psikologis terutama mau mengungkapkan bahwa motivasi satu-satunya dari manusia dalam melakukan tindakan apa saja untuk mengejar kepentingannya sendiri.

Utilitarianisme menilai baik atau tidaknya, susila atau tidak susilanya sesuatu, ditinjau dari segi kegunaan atau faedah yang ditimbulkannya. Utilitarianisme terbagi atas dua bagian yaitu utilisme individual dan utilisme sosial. Yang pertama menganggap bahwa seseorang itu boleh bersikap sesuai dengan situasi yang menguntungkan dirinya. Jika menguntungkan dirinya maka mungkin seseorang pura-pura berlaku hormat bahkan kalau perlu dengan sanjungan dan pujian yang berlebihan asal membawa keuntungan bagi dirinya. Utilisme sosial pada prinsipnya tidak berbeda dengan utilisme individual, hanya saja utilisme sosial lebih menekankan pada aspek kepentingan umum.

Hampir sama dengan aliran utilisme sosial, dikenal pula universalisme yakni suatu ajaran etika menyatakan bahwa sesuatu itu dapat dinilai baik jika dapat mendatangkan kebaikan pada orang banyak. Paham ini sesungguhnya mirip dengan prinsip altruisme yang mengutamakan kepentingan orang lain sebagai lawan dari kepentingan diri sendiri. Selain utilitarianisme dan universalisme terdapat prinsip intuisiisme yang berpandangan bahwa penilaian atas baik buruk, susila dan tidak susila itu dapat diketahui melalui intuisi yang merupakan suatu pertimbangan rasa yang bersumber dari bisikan kalbu. Jadi intuisiisme diperoleh melalui perenungan, semedi atau secara tiba-tiba tanpa dipikirkan, bukan dengan cara memeras otak dan pikiran.

Aliran etika hedonisme menyatakan bahwa sesuatu itu dianggap baik jika sesuai dengan kesenangan yang ditimbulkannya. Sesuatu yang mendatangkan kesusahan atau hanya mendatangkan penderitaan atau tidak menyenangkan dengan sendiri itu dinilai tidak baik. Prinsip ini sama dengan eudemonisme yang menilai baik atau tidaknya sesuatu itu tergantung dari ada tidaknya kebahagiaan yang ditimbulkannya. Terakhir, tradisionalisme sebagai aliran dalam etika yang mendasarkan baik tidaknya sesuatu pada kebiasaan atau adat istiadat yang berlaku dalam masyarakat.

## 2. Prinsip Etik Pengambilan Keputusan Pelayanan Kesehatan

Dalam melaksanakan pelayanan, profesi kesehatan berpegang teguh pada prinsip-prinsip etik agar dapat menyeleksi dan menentukan tindakan mana yang baik dan mana yang buruk, mana yang benar mana yang salah. Dengan kata lain profesi kesehatan menerapkan nilai-nilai dan atau norma-norma moral dasar dalam menjalankan tugas profesionalnya.

Sebenarnya prinsip-prinsip etik ini berkembang dari telaah sumpah Hipocrates (460 SM-377 SM) yang berbunyi sebagai berikut: “Saya bersumpah demi Apollo dewa penyembuh dan Aescpalius dan Hygea, dan Panacea dan semua dewa sebagai saksi bahwa sesuai dengan kemampuan dan pikiran saya, akan mematuhi janji-janji sebagai berikut:

1. Saya akan memperlakukan guru yang telah mengajarkan ilmu ini dengan penuh kasih sayang sebagaimana terhadap orangtua saya sendiri, jika perlu saya akan bagikan harta saya untuk dinikmati bersamanya.
2. Saya akan memperlakukan anak-anaknya sebagai saudara kandung saya dan saya akan mengajarkan ilmu yang telah peroleh dari ayahnya kalau mereka mau mempelajarinya tanpa imbalan apa pun.

3. Saya akan meneruskan ilmu pengetahuan ini kepada anak-anaknya saya sendiri dan kepada anak-anak guru saya dan kepada mereka yang telah mengikatkan diri dengan dan sumpah untuk mengabdikan kepada ilmu pengobatan, dan tidak kepada hal-hal yang lainnya.
4. Saya akan mengikuti cara pengobatan yang menurut pengetahuan dan kemampuan saya akan membawa kebaikan bagi penderita dan tidak akan merugikan siapa pun.
5. Saya tidak akan memberikan obat yang mematikan kepada siapa pun meskipun diminta atau menganjurkan kepada mereka untuk tujuan itu. Atas dasar yang sama, saya tidak akan memberikan obat untuk menggugurkan kandungan.
6. Saya ingin menempuh hidup yang saya baktikan kepada ilmu saya ini dengan tetap suci dan bersih.
7. Saya tidak akan melakukan pembedahan terhadap seseorang walaupun ia menderita penyakit batu, tetapi akan menyerahkannya kepada mereka yang berpengalaman dalam pekerjaan ini.
8. Rumah siapa pun yang saya masuki, kedatangan saya itu saya tujukan untuk kesembuhan yang sakit dan tanpa niat buruk atau mencelakakan dan lebih jauh lagi tanpa niat berbuat cabul terhadap perempuan ataupun pria baik merdeka maupun hamba sahaya.
9. Apapun yang saya dengar atau lihat tentang kehidupan seseorang yang tidak patut disebar luaskan tidak akan saya ungkapkan karena saya harus merahasiakannya.
10. Selama saya tetap mematuhi sumpah saya ini, izinkanlah saya menikmati hidup dalam mempraktikkan ilmu saya ini, dihormati oleh semua orang di sepanjang waktu. Tetapi jika sampai saya mengkhianati sumpah ini balikkanlah nasib saya.

Dari sumpah Hipocrates di atas maka secara umum terdapat beberapa prinsip etika yaitu:

- a. Prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*) ditujukan kepada kerugian fisik maupun kepentingan lain. Ini merupakan prinsip dasar menurut tradisi Hipocrates yakni tindakan dan pengobatan harus berpedoman “*Primum non nocere*” yang paling utama adalah jangan merugikan. Tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera pada orang lain. Risiko fisik, psikologis maupun sosial akibat tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan hendaknya seminimal mungkin. Dalam praktik prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*) dapat terjadi bahwa mungkin cara yang menurut pengetahuan dan pendapat dokter dalam memberikan pelayanan misalnya tidak dapat diterima oleh pasien dan atau keluarganya, sehingga kalau dipaksakan akan merugikan pasien dan atau keluarganya.

Ada empat syarat yang harus dipenuhi untuk melakukan tindakan yang demikian (Wiradharma, 1999) yaitu:

1. Yang baik tidak boleh dicapai dengan perantaraan yang buruk. Jadi yang dilakukan tidak boleh bersifat buruk dari segi moral. Menunjukkan kesalahan seseorang hendaknya tidak dengan cara yang salah pula.
2. Alasan untuk memungkinkan terjadinya akibat buruk harus cukup berat, alasan tersebut harus proporsional di mana harus dipastikan bahwa akibat baik yang akan terjadi lebih banyak, lebih penting, lebih bernilai daripada efek samping buruk yang dapat terjadi. Di samping itu pertimbangan ini diambil karena tiada cara lain untuk mencapai akibat yang baik tersebut.
3. Kerugian yang sedang dipertimbangkan tidak boleh menjadi sarana untuk mencapai efek yang lebih baik. Jadi untuk mencapai tujuan yang baik jangan menghalalkan segala cara.
4. Alasan yang buruk atau yang merugikan itu tidak sebagai maksud. Jadi akibat buruk, meskipun diketahui akan terjadi, itu tidak diinginkan.

Prinsip tidak merugikan ini didasarkan pada sumpah Hipocrates “ I will use treatment for the benefit of the sick according to my ability and judgement., but I will never use it to injure or wrong them”

- b. Prinsip membawa kebaikan (*beneficence*) sesungguhnya merupakan sisi positif dari prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*). Dalam bidang pelayanan kesehatan hal ini berarti bahwa apa pun yang akan diberikan kepada pasien sepanjang itu membawa kebaikan kepada pasien yang bersangkutan. Prinsip ini selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik, bermanfaat untuk dan tidak merugikan dan menolong pasien/klien . Risiko yang mungkin timbul dikurangi sampai seminimal mungkin dan memaksimalkan manfaat bagi pasien. Dalam praktik etika kedokteran, dikenal ada dua prinsip yaitu prinsip berbuat baik (*doing good*) dan prinsip bertujuan untuk tidak mencederai pasien (*primun non nocere* atau *do no harm*).

Harus diakui bahwa adakalanya kedua prinsip tersebut di atas berjalan tidak seiring. Untuk menyembuhkan seseorang misalnya (*doing good*) melalui pengobatan yang diketahui sangat besar efek sampingnya pengobatan kanker misalnya (Muhammad: 1992). Pemberian obat ini betapapun juga diketahui dapat menimbulkan bahaya lain pada diri pasien. Jadi tidak sejalan dengan prinsip *primun non nocere*. Di sini, diperlukan keputusan dokter yang dipertimbangkan secara cermat antara “kebaikan” yang akan dicapai dan “risiko” yang dihadapi. Keputusan yang harus disetujui pasien, karena pasien sebagai manusia mempunyai hak untuk memilih yang dianggapnya terbaik untuk dirinya. Dari sinilah antara lain muncul gagasan tentang perlunya ada “*informed consent*” .

Ada empat langkah sebagai proses untuk menilai risiko kerugian sehingga kita dapat memperkirakan sejauh mana suatu kewajiban bersifat mengikat (Wiradharma, 1999) yaitu:

1. Orang yang perlu bantuan itu mengalami suatu bahaya besar atau risiko kehilangan sesuatu yang penting.
  2. Penolong sanggup melakukan sesuatu untuk mencegah terjadinya bahaya atau kehilangan itu.
  3. Tindakan penolong agaknya dapat mencegah terjadinya kerugian itu.
  4. Manfaat yang diterima orang tersebut melampaui kerugian bagi penolong dan membawa risiko minimal.
- c. Pada prinsip menjaga kerahasiaan (*confidentiality*) dimaksudkan dalam penyampaian informasi dalam pelayanan kesehatan tenaga kesehatan mau menyimpan rahasia pasien yang berkaitan dengan sakit dan penyakitnya. Sebab, tanpa jaminan penyimpanan rahasia, pasien kemungkinan tidak akan menyampaikan semua informasi yang diperlukan untuk kesembuhan penyakitnya. Akibatnya, akan memengaruhi proses penyembuhan penyakit tersebut. Prinsip ini didasarkan pada Sumpah Hipocrates “ *Whatever, in connection with my professional practice, or not in connection with it, I see or learn, in the life of man, which ought not to be spoken abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret*”. Dokter dan perawat misalnya harus menghormati “*privacy*” dan kerahasiaan pasien meskipun pasien tersebut telah meninggal dunia.
- d. Otonomi pasien (*autonomy of patient*) dimaksudkan bahwa setiap pribadi manusia mempunyai “otonomi moral. Artinya, ia mempunyai hak dan kewajiban untuk menentukan sendiri tindakan-tindakannya dan mempertanggungjawabkannya di hadapan Tuhan. Menghargai otonomi berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya. Dengan demikian otonomi memberikan kebebasan, kebebasan yang bertanggung jawab. Hanya karena seseorang memiliki kebebasan maka ia dibebani dengan kewajiban. Jadi moralitas

manusia hanya ada karena manusia itu bebas (Soejitno, dkk, 2000).

Kebebasan pada prinsipnya dapat dibagi atas:

1. Kebebasan ekstensial yakni kebebasan yang berkaitan dengan kemampuan manusia untuk menentukan dirinya sendiri. Kebebasan ini berakar pada kebebasan rohani dalam penguasaan dirinya terhadap batinnya, terhadap pikirannya dan kehendaknya. Dalam kebebasan ini manusia tidak dibatasi oleh manusia lain atau masyarakat.
  2. Kebebasan sosial adalah kebebasan yang kita terima dari orang lain. Kebebasan sosial ada tiga macam yaitu kebebasan jasmani, kebebasan rohani, dan kebebasan normatif. Kebebasan sosial bertitik tolak dari pandangan bahwa manusia itu makhluk sosial yang bermakna bahwa ia tidak hanya bergantung kepada dirinya sendiri, kebebasannya sendiri. Karena itu, kebebasan manusia untuk bertindak dengan sendirinya. Kemungkinan tindakan manusia itu dalam kaitannya dengan orang lain kemungkinannya akan dibatasi melalui paksaan fisik, tekanan psikologis dan melalui larangan dan kewajiban. Pembatasan terakhir biasanya disebut dengan pembatasan normatif.
- e. Berkata benar (*truth telling*) dimaksudkan bahwa tenaga kesehatan maupun pasien harus menyampaikan informasi yang benar tanpa kebohongan maupun penipuan. Tanpa informasi yang benar, maka proses pelayanan kesehatan tidak akan berjalan dengan baik. Akan tetapi, walaupun secara umum pasien mempunyai hak atas kebenaran, terutama tentang keadaan kesehatan mereka, namun tenaga kesehatan tidak selalu harus menyampaikan semua kebenaran kepada pasien. Dalam keadaan tertentu, tenaga kesehatan hanya akan menyampaikan kepada orang yang dapat mewakili keluarganya, yang cukup dewasa dan siap menerima kebenaran.



- f. Prinsip berlaku adil (*justice*) dimaksudkan dalam pemberian pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan bertindak tidak diskriminatif dalam arti segala tindakan mereka tidak didasarkan pada pertimbangan kemampuan finansial maupun pertimbangan suku, agama, ras, dan antar golongan.

Berkenaan dengan kewajiban untuk adil kepada semua orang. Semua pasien harus mendapatkan pelayanan yang sama sesuai dengan kebutuhannya. Aristoteles membagi dua jenis keadilan yaitu:

1. Keadilan distributif (*justitia distributiva*) bahwa setiap orang mendapatkan apa yang menjadi haknya atau jatahnya. Dalam kasus-kasus keadilan distributif keputusan didasarkan pada prinsip-prinsip tertentu yaitu prinsip formal dan prinsip material. Prinsip formal adalah kasus-kasus yang sama harus diperlakukan dengan cara yang sama dan kasus-kasus yang berbeda diperlakukan dengan cara yang tidak sama. Memperlakukan satu kelas pasien secara berbeda dari yang lain dengan alasan perbedaan usia, tempat tinggal, penghasilan tidak dapat diterima karena tidak relevan dan melanggar prinsip keadilan. Prinsip material menunjuk kepada salah satu aspek terbaik yang dapat dijadikan dasar untuk membagi dengan adil misalnya suatu pelayanan kesehatan. T.L. Beuschamp dan JF. Childress menyebut enam prinsip material yaitu:
  - a. Bagian yang sama
  - b. Sesuai dengan kebutuhannya
  - c. Sesuai dengan usahanya
  - d. Sesuai dengan kontribusinya kepada masyarakat
  - e. Sesuai dengan jasa atau kesalahannya
  - f. Sesuai dengan prinsip tukar-menukar yang berlaku.
2. Keadilan kommutatif (*justitia commutiva*) atau keadilan proporsional yaitu memberikan kepada setiap orang sama banyaknya.

3. Keadilan legal bermakna semua orang atau kelompok diperlakukan sama oleh Negara. Semua orang dilindungi oleh hukum, tidak ada orang diperlakukan secara istimewa oleh hukum atau Negara. Keadilan legal mengajarkan pemerintah tidak boleh mengeluarkan hukum atau produk hukum yang secara khusus dimaksudkan demi kepentingan kelompok atau orang tertentu. Semua orang tanpa perbedaan harus tunduk dan taat kepada hukum yang berlaku.
- g. Prinsip menghormati privasi (*privacy*) dimaksudkan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya tidak sampai menyinggung masalah pribadi pasien, demikian pula pasien menerima semua bentuk pelayanan tanpa melakukan suatu perbuatan yang sensitif dan menyentuh persoalan pribadi dari tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Sehubungan dengan profesi ini perlu dikemukakan cara dan dasar pengambilan keputusan etik yang ditentukan melalui pertimbangan berbagai hal seperti prinsip, nilai, hak, kewajiban serta kepentingan yang paling terkenal (Wiradharma, 1999). Keputusan etik memiliki beberapa ciri yang membedakan dengan keputusan non-etik yaitu:

1. Semua pertimbangan etik menyangkut pertimbangan tentang apa yang benar dan apa yang salah.
2. Pengambilan keputusan etik sering berkaitan dengan pilihan yang sukar. Dalam hal ini pertimbangan etis perlu dibedakan dengan kemauan etis. Kemauan mengambil keputusan yang benar tidak sama dengan kemampuan untuk memutuskan. Kemauan untuk berbuat baik harus kuat dan pasti.
3. Keputusan etis tidak mungkin dielakkan. Keputusan untuk tidak mengambil keputusan atau menunda keputusan merupakan semacam keputusan yang membawa konsekuensi.

Jadi harus secara aktif mengambil keputusan dengan memikul tanggung jawabnya atau secara pasif mengambil keputusan dengan membiarkan orang-orang dan peristiwa-peristiwa berjalan terus tanpa campur tangan kita.

4. Keputusan etis tidak hanya dipengaruhi oleh berbagai norma yang dipertimbangkan dan pemahaman akan situasi, tetapi juga oleh keyakinan, kepribadian, dan lingkungan sosial.

## **B. Pendekatan Moral Pelayanan Kesehatan**

---

Moral berasal dari bahasa Latin *Mores* berarti kesusilaan, tabiat atau kelakuan. Dengan demikian moral dapat dikatakan sebagai ajaran kesusilaan. Morality harus memenuhi syarat (Koeswadji, 2002):

1. Conformity with recognized rules of current conduct.
2. In fact the term *ethics* and *morals* are no longer interchangeable
3. A system of duties

Menurut Magnis (Dewi, 2008) pengertian moral secara umum dapat diartikan sebagai wejangan, ajaran, patokan, kumpulan peraturan dan ketetapan baik lisan maupun tertulis mengenai bagaimana manusia bertindak. Moral sendiri mendasari berbagai pandangan manusia sehingga menetapkan sekelompok pola tingkah laku yang nantinya akan berkaitan dengan nilai.

Moral adalah nilai di dalam diri seseorang yang mewarnai perilakunya, yang didukung oleh masyarakat. Moralitas (Salam, 1997) adalah sistem nilai tentang bagaimana kita harus hidup secara baik sebagai manusia. Sistem nilai terkandung dalam ajaran berbentuk petunjuk-petuah, nasihat, wejangan, peraturan, perintah dan sebagainya yang diwariskan secara turun temurun melalui agama atau kebudayaan tertentu tentang bagaimana manusia harus hidup secara baik agar ia benar-benar menjadi manusia yang baik. Moralitas adalah tradisi kepercayaan, dalam agama atau kebudayaan tentang perilaku yang baik dan buruk.

Mitchel dan Lovat (1993) menyatakan etika sebagai sebuah kata sering dipergunakan dan disalahdigunakan dalam kehidupan sehari-hari. Kadang-kadang ia digunakan ketika dikaitkan dengan tingkah laku, misalnya dengan mengatakan “tingkah lakunya tidak etik” tetapi juga digunakan untuk menilai status moral dari beberapa fenomena sosial misalnya dengan menyatakan “ aspek etika dari euthanasia masih dipertanyakan”.. Dalam Oxford Dictionary kata etika dirumuskan sebagai “relating to morals, treating of moral questions”

Moral dan pernyataan moral dapat dilihat dari beberapa perspektif. Sebagai prinsip-prinsip moral dan nilai universal dan paling fundamental yang berkaitan dengan semua kebaikan dan keburukan. Moral dan etika sering sebagai istilah saling bergantian dengan makna yang sama. Etika adalah the formal study of morality, while “morals” is used to described specific values, attitudes, beliefs, codes and actions which characterize different cultures, societies, groups and individuals”. “Morals” very simply, is the word for those phenomena which are studied by ethics”. Dalam praktiknya dibedakan pengertian imoral dengan amoral. Tindakan imoral adalah tindakan yang bertentangan dengan perilaku masyarakat misalnya perbuatan mencuri, sedangkan amoral adalah tindakan yang konotasinya lebih berat dari imoral sebab tanpa dapat dibenarkan dari segala aspek norma maupun moralitas masyarakat.

Pengertian moralitas (*morality*) secara prinsipiell sama buat semua orang Jadi ia bersifat universal sebab terdiri dari kaidah-kaidah etis yang fundamental. Pengertian ini disebut sebagai moralitas dalam arti sempit (*morality in the narrow sense*). Banyak upaya telah dilakukan baik secara filosofis, politik maupun agar moralitas ini tidak terpengaruh masalah kebiasaan dan hukum positif pada kondisi setempat. Hugo Grotius misalnya menyatakan “ Basic moral rules are obligatory and binding on everyone, king not excepted” (Coughlin and Beauchamp, 1990).

Moralitas menurut Immanuel Kant (Dewi, 2008) terdiri atas:

a. Heteronom

Moralitas yang ditentukan oleh penilaian yang datangnya dari luar diri manusia. Seseorang tunduk pada sesuatu kekuatan dari luar dirinya untuk berbuat atau tidak berbuat. Misalnya, ketaatan seseorang untuk tidak membuang sampah karena takut di denda. Ketaatan yang dilakukan bukanlah murni karena kesadaran yang timbul dari dalam dirinya, tetapi lebih karena daya paksa yang datangnya dari luar dirinya. Tindakan heteronom biasanya lebih dominan muncul pada pribadi seseorang yang pendidikan moralnya ditekankan pada harga diri dan hukuman. Sehingga kesadaran yang muncul pun akan lebih ditentukan oleh aturan-aturan, kode etik, norma atau kaidah. Apabila norma atau kaidah yang dianut ini kemudian bergeser akan membawa kecenderungan lebih destruktif pada sikap moral heteronom. Dalam perspektif budaya juga demikian. Sikap moral yang heteronom ini memunculkan apa yang disebut dengan *Shame Culture*. Tekan *Shame Culture* terletak pada harga diri, reputasi, nama baik, status, dan gengsi yang kesemuanya bersumber dari norma atau kode yang ditetapkan oleh masyarakat. Sehingga baik buruk tidak dinilai dari sikap yang timbul dari hati, perasaan dan pemikiran, tetapi tidak lebih dari asal saya tidak dihukum atau asal saya dianggap baik.

b. Otonom

Moralitas yang penilaiannya didasarkan atas kesadaran pribadi. Kesadaran pribadi yang dimaksudkan di sini adalah bahwa setiap sikap atau tindakan yang diambil adalah suatu hasil dari proses pemikiran dan pertimbangan pribadi terlepas dari faktor norma yang memiliki sanksi tertentu. Meskipun aspek dari luar menjadi referensi namun sikap yang diambil tetap didasarkan atas kesadaran pribadi akibat kristalisasi nilai dan wawasan yang

cukup untuk mengelola nilai-nilai yang dihasilkan pada proses internalisasi. Misalnya X membuang sampah pada tempatnya bukan karena takut pada sanksi yang mengancam, namun ia merasa bahwa jika tidak membuang sampah pada tempatnya maka tindakan tersebut menjadi masalah tidak hanya untuk dirinya tetapi juga untuk orang lain..

Beauchamp (Coughlin et al, 1996) menyebutkan beberapa tindakan yang tergolong sebagai moralitas umum yakni:

1. Berkata benar (*truth telling*)
2. Penghormatan terhadap privasi orang lain (*respect the privacy of others*)
3. Jaminan kerahasiaan informasi (*protect confidential information*)
4. Permintaan persetujuan setiap tindakan pada orang lain (*obtain consent before invading another person's body*).
5. Dedikasi terhadap teman sejawat (*be loyal to friends who return the loyalty*)
6. Dilarang membunuh (*do not kill*)
7. Jangan menyakiti (*do not cause pain*)
8. Jangan melakukan kekerasan (*do not cause offense*)
9. Jangan memandang rendah orang lain (*do not incapacitate*)
10. Jangan menghambur-hamburkan harta benda (*do not deprive of goods*)
11. Perlindungan dan mempertahankan hak-hak orang lain (*protect and defend the rights of others*).
12. Tidak menimbulkan kerugian orang lain (*prevent harm from occurring to others*).
13. Cegah kondisi yang merugikan orang lain (*remove conditions that will cause harm to others*).
14. Menolong orang yang tidak mampu (*help person with disabilities*)
15. Menyelamatkan orang dari bahaya

Selain itu, terdapat pengertian moralitas secara luas (*a broad sense of morality*) yang dapat berbeda dilihat dari budaya, falsafah, agama, dan perbedaan lainnya. Pembagian lain dari moralitas ini yakni masih dikenal moralitas profesional (*professional morality*) yakni moralitas yang dimiliki oleh tiap profesi yang sekarang ini dituangkan ke dalam suatu kumpulan peraturan profesi yang disebut “Kode Etik “profesi.

Menurut Thiroux moralitas menyatakan bagaimana manusia memperlakukan manusia atau makhluk lain untuk tujuan kesejahteraan dan perkembangan bersama, serta meningkatkan kreativitas untuk menegakkan kebenaran dan kebaikan bersama. Dari batasan ini ternyata bahwa dalam menetapkan nilai baik atau buruk secara moral, penilaian itu haruslah dibebaskan dari kepentingan pribadi (*self interest*) si penilai, serta harus ada kepentingan bersama di dalamnya.

Frans Magnis Soeseno memberikan tamsil bahwa moral dapat disamakan dengan petunjuk bagaimana memperlakukan sepeda motor kita dengan baik, sedangkan etika adalah pengetahuan tentang struktur dan teknologi sepeda motor itu. Dalam contoh lain etika adalah tukang kebun, perawat bunga; moral adalah bunga di dalam kebun.

Untuk menilai suatu kebaikan diperlukan suatu standar moral. Setidaknya ada lima ciri yang membedakan standar moral yaitu:

1. Standar moral pada sebuah persoalan yang akan merugikan secara serius atau akan menguntungkan seseorang. Pencurian, penipuan, pelanggaran hukum adalah hal yang serius merugikan, dan juga menguntungkan seseorang, sehingga menjadi persoalan moral.
2. Standar moral yang ditetapkan atau diubah oleh sebuah lembaga otoritas misalnya Mahkamah Konstitusi. Keputusannya bukan atas dasar kekuasaan atau mayoritas, tetapi pada daya kekuatan daya nalarnya yang logis.

3. Standar moral harus diutamakan daripada nilai yang lain termasuk kepentingan diri sendiri. Misalnya, kejujuran selayaknya lebih dipilih ketimbang nilai moral pada pekerjaan yang bergaji tinggi tetapi tidak jujur.
4. Standar moral berdasarkan pertimbangan yang tidak memihak yaitu pada sudut pandang moral itu sendiri. Jadi bukan pertimbangan membela kepentingan individu atau kelompok tertentu. Pijakannya universal, tiap orang mempunyai kedudukan yang sama.
5. Standar moral yang diasosiasikan dengan emosi tertentu dan kosakata tertentu seperti malu, rasa tidak bersalah, menyesal. Misalnya perbuatan korupsi, KKN adalah perbuatan yang inmoral (amoral) sehingga patut malu, menyesal, jijik, dan tidak berharga.

### **C. Ukuran Baik dan Buruk**

---

Moral juga dapat berarti berkenaan dengan apa yang dianggap baik atau buruk dalam masyarakat dalam kurun waktu tertentu sesuai perkembangan atau perubahan norma atau nilai. Di dalam Ensiklopedia Indonesia (Lubis, 2006) sesuatu hal dikatakan baik bila ia mendatangkan rakhmat dan memberikan perasaan senang atau bahagia, jadi sesuatu yang dikatakan baik bila ia dihargai secara positif. Sedangkan pengertian buruk adalah segala yang tercela, lawan baik, pantas, bagus dan sebagainya. Perbuatan buruk berarti perbuatan yang bertentangan dengan norma-norma masyarakat yang berlaku. Berbagai ukuran tentang baik buruknya tindakan dapat dikemukakan dari berbagai sudut pandang antara lain:

#### **1. Pandangan Islam**

Sesuatu perbuatan itu baik atau buruk dapat dipegang berdasarkan sebuah hadis “Sesungguhnya sesuatu perbuatan itu tergantung kepada niatnya dan perbuatan itu dinilai berdasarkan niatnya (HR. Bukhari Muslim)”.



## 2. Adat Kebiasaan

Kepatuhan seseorang kepada adat istiadatnya, maka orang tersebut dapat dipandang sebaliknya bagi siapa yang melanggar adat istiadat tersebut, yang bersangkutan dipandang telah berbuat buruk.

## 3. Kebahagiaan (Hedonisme)

Menurut pandangan paham ini tingkah laku dan perbuatan yang baik adalah tingkah atau perbuatan yang mendatangkan kebahagiaan dan kenikmatan.

### a. Hedonisme Individualistis

Kebahagiaan yang individualistis didasarkan pada pandangan bahwa manusia itu hendaknya selalu mencari kebahagiaan diri sepuas-puasnya dan mengorientasikan seluruh sikap dan perilakunya untuk mencapai kebahagiaan itu.

### b. Kebahagiaan Rasional (Rasioalistik Hedonisme)

Pandangan melihat bahwa kebahagiaan dan kelezatan individu itu haruslah berdasarkan pada pertimbangan akal yang sehat.

### c. Kebahagiaan Universal (*Universalistic Hedonisme*)

Paham ini melihat bahwa yang menjadi tolok ukur sesuatu perbuatan itu baik dan buruk adalah mengacu kepada akibat perbuatan itu melahirkan kesenangan atau kebahagiaan seluruh makhluk.

## 4. Bisikan hati

Pandangan ini melihat bahwa kekuatan batinlah yang dapat mengidentifikasi.

## 5. Evolusi

Paham ini berpendapat bahwa segala sesuatu yang ada di alam ini selalu secara perlahan-lahan mengalami perubahan yakni berkembang ke arah kesempurnaan. Cita-cita utama manusia adalah kesenangan dan kebahagiaan yang akan selalu berkembang

sesuai dengan situasi dan kondisi sosial. Karena itu kesenangan dan kebahagiaan berkembang sesuai dengan perkembangan masyarakat.

6. Utilitarian

Ukuran baik dan buruk menurut paham ini didasarkan pada manfaat dan kegunaan suatu perbuatan. Stuart Mill (1806-1973) seorang berkebangsaan Inggris menegaskan bahwa yang terbaik adalah *"The desire to be in unity with our fellowmen"*.

7. Eudaemonisme

Diambil dari istilah Gerika *"Eudamonia"* yang bermakna "kebahagiaan untuk bahagia". Prinsip utama paham ini adalah kebahagiaan diri sendiri dan kebahagiaan orang lain. Keuntungan yang telah diperoleh maupun yang masih akan diperoleh menjadi objek dari bidang dan kehidupan manusia. Menurut Aristoteles untuk mencapai *Eudamonia* diperlukan:

- a. Kesehatan, kebebasan, kemerdekaan, kekayaan, dan kekuasaan
- b. Kemauan
- c. Perbuatan baik
- d. Pengetahuan batiniah

8. Aliran Pragmatisme

Aliran ini menitikberatkan pada hal-hal yang berguna bagi diri sendiri, baik yang bersifat moril maupun materiel. Penganut paham tidak peduli kepada diri orang lain dan berpedoman pada hal-hal empiris. Karena itu, aliran ini tidak mengenal istilah kebenaran, karena kebenaran sifatnya abstrak dan tidak akan diperoleh pada alam dunia empiris.

9. Aliran Positivisme

Aliran ini mengutamakan hal-hal yang bersifat positif terhadap etika mereka. Tolok ukurnya adalah keadaan positif yakni sesuatu yang dapat diraba dan dirasakan oleh pancaindra. Agama adalah relatif bagi aliran ini, sebab apa yang menjadi tujuan

agama tidak dapat dirasakan oleh pancaindra manusia. August Comte tokoh utama aliran ini, ukuran baik buruk adalah ada tidaknya persesuaian kepentingan individu dengan kepentingan masyarakat.

#### 10. Aliran Naturalisme

Ukuran baik dan buruk aliran ini adalah apakah sesuai dengan keadaan alam. J.J. Rousseau menyatakan bahwa kemajuan, pengetahuan, dan kebudayaan menjadi perusak alam yang utama.

#### 11. Aliran Vitalisme

Aliran ini berseberangan dengan aliran Naturalisme menyatakan ukuran baik dan buruk itu bukanlah alam melainkan "*vitae*" atau hidup, yang sangat diperlukan untuk hidup. Aliran ini dikelompokkan atas:

##### a. Vitalise Pessimisti (*Negatif Vitalistis*)

Menurut aliran ini manusia dilahirkan adalah "celaka" karena ia dilahirkan dan hidup. Lahir dan hidup tidak ada gunanya karena "*Homo Homini Lupus*" manusia yang satu merupakan serigala bagi yang lainnya.

##### b. Vitalisme Optimisme

Aliran ini berpendapat hidup atau kehidupan adalah pengorbanan diri. Karena itu hidup yang sejati adalah kesediaan dan kerelaan untuk melibatkan diri dalam setiap kesusahan. Yang paling baik adalah segala sesuatu yang menempa keinginan manusia untuk menjadi berkuasa.

#### 12. Aliran Gessangnungs Ethik

Aliran ini diprakarsai Albert Shweitzer seorang teolog, musikus, filosof, etikus. Penghormatan akan kehidupan merupakan prinsip utama aliran ini yaitu sedapat mungkin setiap makhluk harus saling menolong dan berlaku baik. Ukuran kebbaikannya adalah pemeliharaan akan kehidupan dan yang buruk

adalah setiap usaha yang berakibat kebinasaan dan menghalang-halangi hidup.

13. Aliran Idealisme

Idealisme berasal dari kata *Idea* (Yunani) berarti akal, pikiran, atau sesuatu yang hadir dalam pikiran atau sesuatu bentuk yang masih dalam pikiran manusia. Hal-hal yang penting dari aliran ini adalah:

- a. Akal pikiran merupakan yang paling fundamental dan lebih tinggi kedudukannya.
- b. Menolak pendapat yang menyatakan akal pikiran yang bersumber dari materi dan berpendapat akal pikiran yang bersumber dari materi.

14. Aliran Sosialisme

Aliran ini menyatakan bahwa masyarakat yang menentukan baik dan buruk tindakan manusia yang menjadi anggotanya. Apa yang dianggap oleh masyarakat tertentu baik, maka bila dilakukan oleh anggota masyarakatnya juga dianggap baik. Masalahnya timbul apabila terdapat perbedaan adat istiadat dengan masyarakat lain atau perbedaan kepentingan dalam masyarakat.

15. Aliran Religiosisme

Aliran ini menyatakan bahwa apa yang difirmankan Tuhan adalah baik. Karena itu, tindakan manusia yang melaksanakan perintah Tuhan dan menghindari larangan Tuhan adalah perbuatan baik.

16. Aliran Humanisme

Aliran ini menyatakan bahwa yang baik adalah yang sesuai dengan kodrat atau derajat dan hak asasi manusia yaitu tidak mengurangi atau menentang kemanusiaan dan sesuai dengan kata hati manusia yang bertindak. ♦

---

# Profesi dan Kode Etik Kesehatan

## A. Pengertian

---

**Roscoe Pound** seorang filosof hukum Amerika Serikat mengatakan bahwa perkataan profesi “refers to a group of men pursuing a learned art as a common calling in the spirit of public service no less a public service because it may incidentally be a means of livelihood” (Sidharta, 1990). Berdasarkan pandangan ini dapat dikatakan profesi adalah pekerjaan tetap dalam semangat pengabdian terhadap kepentingan umum (sesama manusia) yang dihayati sebagai suatu panggilan hidup dengan menerapkan keahlian yang diperoleh dengan jalan mempelajari dan latihan sistematis. Jadi hakikat profesi dalam arti ini adalah panggilan hidup untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan. Setiap panggilan hidup adalah mulia jika diwujudkan dengan cara bermartabat, yakni dengan penuh kesungguhan, saksama dan tanggung jawab.

Pada umumnya beberapa ciri yang ada pada suatu profesi adalah adanya suatu:

1. Pelayanan (*service*) pada orang secara langsung (yang umumnya bersifat *confidential*).
2. Pendidikan tertentu dengan melalui ujian tertentu sebelum melakukan pelayanan
3. Anggota yang relatif homogen
4. Standar pelayanan tertentu
5. Etik profesi yang ditegakkan oleh suatu organisasi profesi

W.B. van der Mijn (Soekanto dan Herkutanto, 1986) mengemukakan ciri-ciri pokok profesi sebagai berikut:

1. Anyone who asks for profesional help is generally in a dependent position, that is, he has to ask for this kind of help with a specific aim in mind, for instance improvement of his health, conducting a law suit or making his will.
2. Anyone who asks for help from another person who has a confidential profession, can not be judge the profesional expertise, again speaking in general.
3. The relationship between anyone asking for help and another person lending assistance is of a confidential nature, in the sense that the first is prepared to provide information which he should not be inclined to reveal to others.
4. Anyone who practising a confidential profession has nearly an independent position, even when he is not selfemployed. Even in that case there is professional autonomy and there are few possibilities for corrective measures from the part of the employer.
5. The nature of the work entails that a certain result can not always be quaranted. This obligation can not easily be tested.

Apabila pengertian hakikat etika dikaitkan dengan pengertian profesi, maka etika profesi merupakan sekelompok prinsip-prinsip etika yang dirumuskan oleh kelompok-kelompok itu sendiri khususnya dalam fungsi sebagai pedoman, penuntun dalam berperilaku.

Dengan demikian sebagai suatu profesi maka adanya etika profesi mutlak dipersyaratkan. Talcott Persons (Sidharta, 1990) mengemukakan pengertian profesi sebagai berikut. Batas lingkup profesi sebagai institusi sosial tidaklah jelas dan tidak selalu tegas. Walaupun demikian, kriteria inti untuk mengkualifikasikan suatu okupasi sebagai suatu profesi cukup jelas.

1. Mensyaratkan pendidikan teknis yang formal lengkap dengan cara pengujian yang terinstitusionalisasikan, baik mengenai adekuasi pendidikannya maupun mengenai kompetensi orang-orang hasil didikannya. Pengujian calon pengemban profesi terutama terarah pada aspek intelektual. Jadi sangat mengutamakan valuasi rasionalitas kognitif yang diterapkan pada bidang tertentu.
2. Penguasaan tradisi kultural dalam menggunakan keahlian tertentu serta keterampilan dalam penggunaan tradisi tersebut.
3. Kompleks okupasi tersebut memiliki sejumlah sarana institusional untuk menjamin bahwa kompetensi yang dimiliki itu akan digunakan secara bertanggung jawab. Wujudnya adalah organisasi profesi, dengan prosedur penegakannya, serta cara rekrutasi pengemban profesi.

Dari kriteria di atas dapat dikemukakan bahwa profesi adalah aplikasi dari (praksis) ilmu tertentu pada bidang kehidupan tertentu yang perwujudannya akan terjamin lebih baik jika dilakukan dengan menerapkan ilmu tersebut. Karena itu, pengembangan profesi menuntut menguasai ilmu yang bersangkutan. Dalam lingkungan suatu profesi berlaku suatu sistem nilai yang berfungsi sebagai patokan normatif yang menjadi kerangka acuan dalam mengemban profesi yang bersangkutan. Dengan kata lain bahwa profesi itu menunjuk pada kompleks okupasional yang terorganisasikan seputar disiplin-disiplin intelektual (humaniora, ilmu-ilmu alam, dan ilmu-ilmu sosial), dan sistem-sistem kultural (nilai-nilai) yang diolah oleh dan di dalam kompleks okupasional tersebut.

Selanjutnya Talcott Parsons mengemukakan ciri-ciri khusus profesi sebagai berikut.

1. Disinterestedness atau tidak mengacu pada pamrih
2. Rasionalitas, karena profesi merupakan suatu sistem okupasi yang perwujudannya dilaksanakan dengan menerapkan ilmu tertentu.
3. Spesifitas fungsional, para profesional itu memiliki kewibawaan (otoritas). Otoritas profesional bertumpu pada “kompetensi teknikal” yang terbatas pada satu pengetahuan dan keahlian tertentu.
4. Universalisme dalam pengertian objektivitas sebagai lawan dari subjektivitas, maksudnya adalah bahwa landasan pertimbangan profesional dalam pengambilan keputusan didasarkan pada “*apa yang menjadi masalahnya*” dan tidak pada “*siapanya*” atau “*keuntungan pribadi apa yang diperolehnya*”.

Dari uraian di atas dapatlah dirumuskan pengertian profesi sebagai pekerjaan tetap yang pelaksanaannya dijalankan dengan menerapkan pengetahuan ilmiah dalam bidang tertentu yang pengembanannya dihayati sebagai suatu panggilan hidup yang terikat pada etika umum dan etika khusus yang bersumber pada semangat pengabdian terhadap sesama manusia demi kepentingan umum, serta berakar dalam penghormatan terhadap martabat manusia. Dalam kaitan ini maka profesi adalah suatu fungsi kemasyarakatan tertentu yang perwujudannya mensyaratkan penerapan disiplin ilmu tertentu.

Kieser dalam “Etika Profesi” (Sidharta, 1990) mengatakan bahwa etika profesi sebagai sikap hidup adalah kesanggupan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan profesional dari pasien atau klien dengan keterlibatan dan keahlian sebagai pelayanan dalam rangka kewajiban masyarakat sebagai keseluruhan terhadap para anggota masyarakat yang membutuhkannya disertai dengan refleksi yang saksama.



Berdasarkan pengertian di atas, terdapat kaidah-kaidah pokok profesi sebagai berikut.

1. Profesi harus dipandang (dan dihayati) sebagai suatu pelayanan, sehingga karena itu, maka sifat tanpa pamrih menjadi ciri khas dalam mengemban profesi. Artinya, pertimbangan yang menentukan dalam pengambilan keputusan adalah kepentingan pasien atau klien serta kepentingan umum, dan bukan kepentingan pengemban profesi sendiri.
2. Pelayanan profesional dalam mendahulukan kepentingan pasien atau klien mengacu pada kepentingan atau nilai-nilai luhur sebagai norma kritik yang memotivasi sikap dan tindakan.
3. Pengembanan profesi harus selalu mengacu pada masyarakat sebagai keseluruhan.
4. Agar persaingan dalam pelayanan berlangsung secara sehat sehingga dapat menjamin mutu dan peningkatan mutu pengembanan profesi harus bersemangatkan solidaritas antar sesama rekan seprofesi.

Dalam kaitannya dengan etika, maka syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh suatu kelompok masyarakat untuk disebut profesi (Koeswadji, 2003) adalah:

1. Penguasaan sistem pengetahuan tentang keahlian (*a mastery of a systemic body of knowledge*).
2. Menerapkan keahlian yang tinggi, yang memerlukan pendidikan khusus dan lama.
3. Pekerjaan *full time* dan seumur hidup.
4. Menunjukkan dedikasi tinggi yang ideal terhadap pelayanan kepada masyarakat.
5. Mempunyai monopoli tentang pengetahuannya.
6. Adanya kolegialitas.
7. Mengatur dan mengontrol diri sendiri.

Dari ciri dan kaidah profesi tersebut di atas, maka dapat dikatakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan suatu pelayanan profesional. Dalam menjalankan pelayanan profesionalnya, hanya pengemban profesi yang bersangkutan sendiri yang dapat atau paling mengetahui tentang apakah perilakunya dalam mengemban profesi sudah memenuhi tuntutan etika profesinya atau tidak. Karena tidak memiliki kompetensi teknikal, maka awam (pasien atau klien) tidak dapat menilai hal itu. Ini berarti, kepatuhan pada etika profesi akan sangat bergantung pada akhlak pengemban profesi yang bersangkutan.

### 1. Peradilan Profesi

Dalam menjalankan tugas profesi kemungkinan terjadinya penyimpangan terhadap pengamalan profesi. Anggota profesi yang melanggar tersebut ditertibkan atau dihukum atau dikeluarkan dari profesi itu oleh para anggota profesi itu sendiri. Proses ini biasanya melalui suatu dewan atau majelis yang dipilih atau ditunjuk khusus untuk itu oleh dan dari anggota profesi tersebut. Dengan kata lain yang wajib menjatuhkan sanksi terhadap mereka yang melanggar adalah kelompok profesi itu sendiri, meskipun banyak yang beranggapan bahwa seharusnya pemerintahlah yang menghukum pelanggar itu.

Untuk hal ini maka diperlukan suatu lembaga yang bertugas menyelesaikan setiap masalah yang berkaitan dengan pengamalan profesi. Atas dasar ini maka setiap profesi harus memiliki Majelis Kehormatan Etika Profesi (MKEP).

Tugas dan wewenang MKEP meliputi sebagai berikut:

1. Melakukan tugas bimbingan, pengawasan dan penilaian dalam pelaksanaan etik profesi kesehatan.
2. Memperjuangkan etik profesi kesehatan agar dapat ditegakkan di Indonesia.

3. Memberikan usul dan saran, diminta dan tidak diminta kepada Dewan Pertimbangan dalam hubungan dengan masalah etik profesi kesehatan.
4. Membina hubungan baik dengan aparat etik yang ada baik pemerintah maupun organisasi profesi lain dengan sepengetahuan Dewan Pertimbangan.
5. Bertanggung jawab kepada Mukhtamar/rapat pembentukan wilayah melalui Dewan Pertimbangan.

Melihat tugas dan wewenang di atas, maka dapat dikatakan bahwa efektif tidaknya pelaksanaan tugas MKEP, haruslah diukur dengan penyelesaian tugas dan wewenang yang digariskan.

Dengan demikian jika timbul perselisihan, pertama-tama harus diselesaikan secara damai atau diajukan ke pengadilan sebagai perkara perdata oleh yang bersangkutan. Ini berarti kasus yang bersifat pidana akan langsung ditangani oleh aparat kepolisian maupun kejaksaan untuk dilimpahkan ke pengadilan.

Sehubungan dengan penyelesaian perkara medik, Jaksa Agung R.I. 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 kepada 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, guna mendapatkan tambahan informasi yang berguna bagi penyelesaian kasus setempat.

Di samping SK Jaksa Agung R.I di atas terdapat Surat Keputusan Bersama (SKB) antara Menteri Kesehatan R.I, Menteri Kehakiman R.I, dan Menteri Jaksa Agung R.I tahun 1982 yang memberikan

tanggung jawab pemerintah bila terjadi pelanggaran di bidang kesehatan. dengan mendahulukan pemeriksaan etikanya 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.

Sedangkan pasal 12 ayat (2) Undang-Undang No .18 tahun 2002 tentang Ipte: untuk menjamin tanggung jawab dan akuntabilitas profesionalisme, organisasi profesi wajib menentukan standar, persyaratan, dan sertifikasi keahlian, serta kode etik profesi. Anggota profesi yang melanggar kode etik tersebut ditertibkan atau dihukum atau dikeluarkan dari profesi itu oleh para anggota profesi itu sendiri, biasanya oleh suatu dewan atau majelis yang dipilih atau ditunjuk khusus untuk itu oleh dan dari anggota profesi tersebut. Dengan kata lain yang wajib menjatuhkan sanksi terhadap mereka yang melanggar adalah kelompok profesi itu sendiri, meskipun

banyak yang beranggapan bahwa seharusnya pemerintahlah yang menghukum pelaku pelanggaran itu.

Tentang majelis yang berkaitan dengan Kode Etik ini dikenal Majelis Kehormatan Etik Profesi misalnya dalam bidang kedokteran dikenal Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) yang bertugas untuk memeriksa dan menentukan, serta menjatuhkan sanksi terhadap pelanggaran kode etik Juga telah diatur dalam Keputusan Presiden No. 56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan. Keanggotaan MDTK ini terdiri atas sarjana hukum, ahli kesehatan yang mewakili organisasi profesional di bidang kesehatan, ahli agama, ahli psikologi, dan ahli sosiologi, ketua dijabat oleh Sarjana Hukum yang mempunyai pengetahuan di bidang hukum kesehatan. Majelis ini bertugas untuk menentukan ada tidaknya kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam menjalankan tugasnya.

Keberatan terhadap adanya peradilan profesi kesehatan sudah tentu adalah bahwa pengadilan profesi hanya akan membuat suatu kelas khusus. Kedua, jika setiap profesi akan memiliki peradilan tersendiri sudah tentu akan menambah jenis peradilan yang sudah ada yaitu peradilan umum. Peradilan militer, peradilan agama, peradilan tata usaha negara (pasal 10 ayat (2) Undang-Undang No. 4 Tahun 2004 tentang Kekuasaan Kehakiman. Keberadaan suatu peradilan profesi kedokteran misalnya, dapat dimungkinkan jika sudah ada kodifikasi hukum kesehatan khususnya hukum kedokteran baik yang tidak tertulis maupun yang tertulis, sebagaimana keberadaan mahkamah pelayaran, karena sudah memiliki kodifikasi hukum laut dan hukum pelayaran., keberadaan peradilan militer, karena adanya kodifikasi hukum militer tersendiri yang tidak termasuk dalam hukum yang berlaku bagi orang-orang sipil. Ketentuan hukum kesehatan (*ius constituendum*) ini harus dapat dipergunakan untuk menilai, apakah profesi sudah dijalankan sesuai dengan standar pelayanan profesi, sudah sesuai dengan nilai-nilai yang terkandung dalam etika profesi. Dengan kata lain jika

peradilan profesi ini diinginkan seyogianya mengacu kepada pendapat Lawrence M. Friedman tentang sistem hukum yaitu dengan memperhatikan semua unsur dari suatu sistem hukum.

Hal lain yang perlu menjadi fokus perhatian adalah kode etik kesehatan. Kode etik adalah aturan kesopanan dan aturan kelakuan dan sikap antara para anggotanya. Karena itu, kode etik dapat berfungsi melakukan pengawasan terhadap tingkah laku para anggota profesi dari kode etik tersebut. Untuk melakukan pengawasan harus ada sanksi bagi pelanggarnya, sedangkan pada kode etik kesehatan tidak terdapat ketentuan sanksi hukum.

Meskipun dalam kode etik kesehatan tidak tercantum secara tegas sanksi terhadap pelanggaran etik profesi kesehatan, tidaklah berarti bahwa pelanggaran terhadap kode etik tidak menimbulkan efek hukum. Setiap pelanggaran terhadap etika profesi akan dikaitkan dengan peraturan organik dari profesi yang bersangkutan. Sebagai contoh pelanggaran terhadap etika kedokteran akan melahirkan sanksi hukum sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UUPK). Secara eksplisit mengenai sanksi hukum ini disebutkan sebagai berikut:

1. Pasal 55 UUPK yang menetapkan sebagai berikut:
  - (1) Untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran dibentuk Majelis kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.
  - (2) Majelis kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia merupakan lembaga otonom dari Konsil Kedokteran Indonesia.
  - (3) Majelis kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dalam rangka menjalankan tugasnya bersifat independen
2. Pasal 64 UUPK yang menetapkan sebagai berikut:

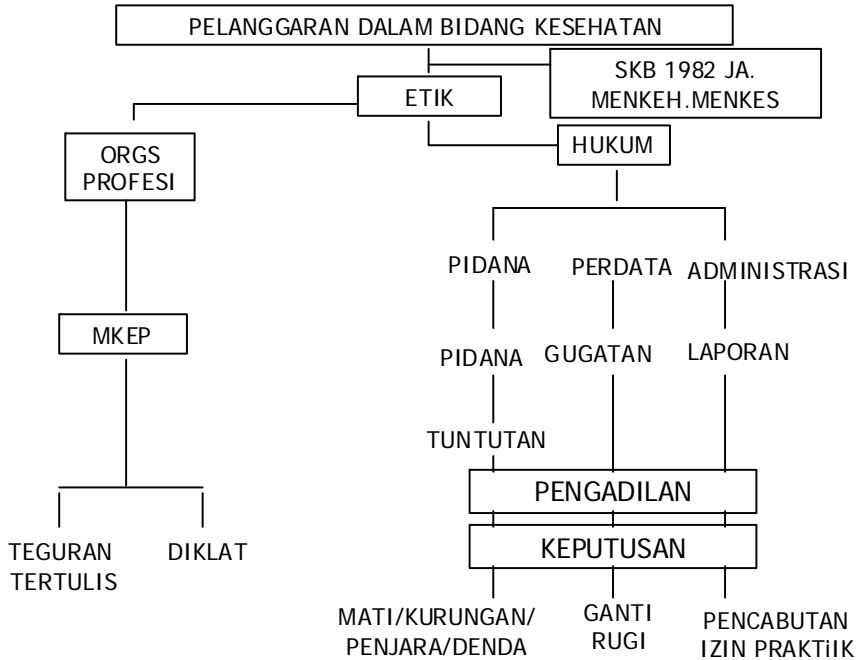
Majelis kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia bertugas.

  - (1) Menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan; dan

- (2) Menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter atau dokter gigi.

Setiap orang atau badan yang merasa kepentingannya dirugikan atas tindakan medis dalam menyelenggarakan praktik kedokteran menurut Pasal 66 UUPK:

- (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.
- (2) Pengaduan sekurang-kurangnya harus memuat;
  - a. identitas pribadi
  - b. nama dan alamat tempat praktik dokter atau dokter gigi dan waktu tindakan dan
  - c. alasan pengaduan
- (3) 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. Secara skematis penyelesaian pelanggaran di bidang kesehatan dikemukakan sebagai berikut:



## B. Kode Etik

Pengemban profesi sering dihadapkan pada situasi yang menimbulkan masalah pelik untuk menentukan perilaku apa yang memenuhi tuntutan etika profesi. Sedangkan perilaku pengemban profesi dapat membawa akibat negatif yang jauh terhadap pasien atau klien dan keluarganya. Karena itu, dari dalam lingkungan para pengemban profesi itu sendiri dimunculkan seperangkat kaidah perilaku sebagai pedoman yang harus dipatuhi dalam mengemban profesi yang disebut Kode Etik Profesi disingkat Kode Etik.

Kode etik berarti himpunan norma yang disepakati dan ditetapkan oleh dan untuk pengemban profesi. Kode etik adalah kumpulan asas dan nilai yang berkenaan dengan moral, sehingga ia bersifat normatif tidak empiris seperti halnya pada "behavioral science". Penilaian sesuatu dari segi etika selalu membutuhkan norma dan



nilai tentang apa yang dianggap “the oughts and shoulds of society”. Tiap profesi mengenal pendidikan/latihan yang khusus. Tiap profesi harus mengabdikan kepada masyarakat. Tiap profesi memiliki suatu kode moral, suatu kode etik tersendiri. Kode etik itu pada umumnya berbentuk tertulis yang diterapkan secara formal oleh organisasi yang bersangkutan. Pada dasarnya, kode etik bertujuan untuk di satu pihak menjaga martabat profesi yang bersangkutan, dan di lain pihak untuk melindungi penerima pelayanan profesi apakah ia pasien atau klien dari penyalahgunaan keahlian dan/atau otoritas yang profesional.

Pengembangan kode etik profesi untuk dipatuhi dan dilaksanakan oleh pendukungnya mengandung 3 nilai yaitu:

1. Suatu kode etik profesi memudahkan dalam pengambilan keputusan secara efisien. Dalam hal ini kode etik berfungsi sebagai arahan (*guide lines*) khususnya dalam menyelesaikan masalah dalam pelayanan Kesehatan.
2. Secara individual para pengemban profesi itu sering kali membutuhkan arahan dalam menjalankan tugas profesionalnya.
3. Kode etik profesi menciptakan suatu pola perilaku yang diharapkan oleh klien/pasiennya secara profesional.

Kode etik suatu profesi adalah berupa norma-norma yang harus dipatuhi oleh setiap anggota profesi yang bersangkutan dalam melaksanakan tugas profesinya dan dalam hidupnya di masyarakat. Pada dasarnya perumusan suatu kode etik dimaksudkan untuk kepentingan anggota profesi dan organisasi profesi. Secara umum tujuan kode etik adalah:

- a. Untuk menjunjung tinggi martabat dan citra profesi.

Demi menjaga citra serta mencegah pihak luar untuk meremehkan atau melecehkan profesi. Melalui kode etiknya tiap profesi melarang para anggotanya dari sikap dan tindakan yang akan mencemarkan nama profesi.

- b. Untuk menjaga dan memelihara kesejahteraan para anggotanya. Kode etik profesi menetapkan larangan-larangan bagi anggota untuk melakukan perbuatan yang merugikan kesejahteraan, menetapkan pembatasan tingkah laku yang tidak pantas atau tidak jujur para anggota profesi dalam interaksinya sesama anggota profesi.
- c. Untuk meningkatkan pengabdian para anggota profesi. Kode etik profesi menetapkan tujuan pengabdian para anggotanya terutama tugas dan tanggung jawab pengabdian profesi.
- d. Untuk meningkatkan mutu profesi.

Adapun yang menjadikan tujuan pokok dari rumusan etika yang dituangkan ke dalam kode etik profesi (Lubis, 1993) adalah:

- 1. Standar-standar etika menjelaskan dan menetapkan tanggung jawab klien, lembaga (*institution*), dan masyarakat pada umumnya.
- 2. Standar-standar etika membantu tenaga ahli profesi dalam menentukan apa yang harus mereka perbuat kalau mereka menghadapi dilema-dilema etis dalam pekerjaannya.
- 3. Standar-standar etika membiarkan profesi menjaga reputasi atau nama dan fungsi profesi dalam masyarakat melawan kelakuan-kelakuan yang jahat dari anggota-anggota tertentu.
- 4. Standar-standar etika mencerminkan/membayangkan pengharapan moral-moral dari komunitas. Dengan demikian standar-standar etika menjamin bahwa para anggota profesi akan menaati kode etik profesi dalam pelayanannya.
- 5. Standar-standar etika merupakan dasar untuk menjaga kelakuan dan integritas atau kejujuran dari tenaga ahli profesi.

Melalui kode etiknya, profesi menetapkan norma-norma dan anjuran-anjuran agar profesi selalu berusaha meningkatkan mutu sesuai dengan bidang pengabdianya. Kode etik pada umumnya

memberikan petunjuk-petunjuk kepada para anggotanya untuk berpraktik profesi, khususnya menyangkut bidang-bidang berikut (Lubis, 1993):

1. Hubungan antara klien dan tenaga ahli dalam profesi
2. Pengukuran dan standar-standar evaluasi yang dipakai dalam profesi.
3. Penelitian dan publikasi/penerbitan profesi
4. Konsultasi dan praktik pribadi
5. Tingkat kemampuan/kompetensi yang umum
6. Administrasi dan personalia
7. Standar-standar untuk pelatihan

Kode etik suatu profesi biasanya ditetapkan oleh profesi yang bersangkutan dalam suatu kongres, supaya mempunyai kekuatan mengikat dan pemberian sanksi yang tegas bagi setiap anggota profesi yang melakukan pelanggaran terhadap kode etik, kode etik keberlakuannya ditetapkan melalui suatu peraturan perundang-undangan. Dengan demikian kode etik profesi dapat dikatakan hukum khusus profesi.

Sebagai suatu pedoman dalam bertindak bagi profesi maka kode etik harus memiliki sifat-sifat antara lain: (1) Kode etik harus rasional, tetapi tidak kering dari emosi, (2) Kode etik harus konsisten, tetapi tidak kaku, (3) Kode etik harus bersifat universal. Berbagai kode etik profesi, di bidang kedokteran di Indonesia yang biasa disebut dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dikeluarkan SK Menteri Kesehatan No.434/Menkes/SK/X/1983. KODEKI ini disusun dengan mempertimbangkan International Code of Medical Ethics dengan landasan idiel Pancasila dan landasan struktural UUD 1945. KODEKI ini mengatur hubungan antarmanusia yang mencakup kewajiban umum seorang dokter, kewajiban dokter terhadap pasien, kewajiban dokter terhadap sejawatnya dan kewajiban dokter terhadap dirinya sendiri.

Kode etik di bidang ke perawatan diatur dalam Kpts Munas IV PPNI BO. 09/MUNAS IV/PPNI/1989 tentang Pemberlakuan Etik Keperawatan. Dalam Kode Etik ini ditetapkan tanggung jawab perawat terhadap individu, keluarga, dan masyarakat, tanggung jawab terhadap petugas, tanggung jawab terhadap sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, tanggung jawab terhadap profesi keperawatan, tanggung jawab terhadap pemerintah, bangsa, dan tanah air.

Kode Etik Rumah Sakit Indonesia diatur dalam Kepmen. Kesehatan No. 924/Menkes/SK/XII/1986 tentang Berlakunya Kode Etik Rumah sakit Indonesia. Dalam Kode Etik ini ditetapkan kewajiban rumah sakit yaitu kewajiban umum rumah sakit yaitu mengawasi dan bertanggung jawab terhadap semua kejadian (*Corporate liability*), memberikan pelayanan yang baik (*duty of due care*), memberikan pertolongan *emergency* tanpa mengharuskan pembiayaan uang muka, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap pasien, kewajiban rumah sakit terhadap staf, kewajiban lain-lain yakni harus selalu berusaha meningkatkan mutu pelayanan, mengikuti perkembangan perumahsakitannya, memelihara hubungan yang baik antarrumah sakit dan sebagainya.

### C. Standar Pelayanan Kesehatan

---

Selain kode etik, profesi kesehatan dalam menjalankan tugasnya mendasarkan pada suatu standar. Pelaksanaan tugas profesi tanpa berpatokan atau menyimpang dari standar akan melahirkan tuntutan dari orang yang menerima pelayanan profesi. Beberapa pengertian standar antara lain:

1. 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.

2. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
3. Ukuran atau patokan yang dipakai untuk mengukur kualitas, berat, nilai atau mutu.
4. 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:

1. Menjelaskan apa yang harus dicapai
2. Menjelaskan tingkat yang harus dicapai
3. Mencakup kegiatan-kegiatan atau persyaratan tertentu yang harus dipenuhi agar dapat disebut mutu.

Standar harus memenuhi beberapa hal penting yaitu:

1. Dapat diukur (*measurable*)
2. Dapat dipercaya (*realistic*)
3. Semestinya (*appropriate*)
4. Sesuai keinginan dan dapat diterima (*desirable and acceptable*)

Standar dokumentasi menunjukkan tanggung jawab profesi dalam menjalankan tugas profesionalnya. Sedang manfaat standar adalah untuk memudahkan dalam melaksanakan tugas, meningkatkan keterampilan, perlindungan hukum, penilaian, dan keseragaman. 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*) yaitu 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:
  1. Garis besar kebijakan (*policy*) yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya.
  2. Struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan.
  3. 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:
  1. Tindakan medik (*Medical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan.
  2. 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 diharapkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu.

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 menimbulkan 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*).

Leenen (1991) merumuskan standar profesi medis sebagai berikut:

1. Tindakan yang teliti dan hati-hati. Setiap anggota masyarakat, termasuk dokter harus menaati norma ketelitian dan keberhati hatian yang wajar dianut di dalam masyarakat. Sebab secara umum seseorang yang karena telah bertindak tidak teliti atau hati-hati merugikan orang lain dianggap telah berbuat kesalahan.
2. Standar medis. Standar medis adalah cara bertindak secara medis dalam suatu peristiwa yang nyata yakni berdasarkan ilmu kedokteran dan pengalamannya sebagai dokter. Dengan demi-

kian dokter mempunyai kebebasan di dalam lingkungan standar medis, sebagai suatu tindakan yang bersifat profesional. Karena itu pula dokter mempunyai kebebasan untuk bertindak

3. Kemampuan rata-rata dalam bidang keahlian yang sama. Secara yuridis penentuan kemampuan rata-rata didasarkan atas pendapat para saksi ahli dari kelompok keahlian yang sama.
4. Situasi dan kondisi yang sama. Keadaan yang sama didasarkan pada keadaan di mana pengobatan dan perawatan itu dilakukan dengan melihat pada fasilitas dan sarana yang digunakan dalam melakukan tindakan tersebut.
5. Asas proporsionalitas. Dilihat dari keseimbangan antara sarana upaya yang dilakukan dengan tujuan konkret yang ingin dicapai. Sehingga tidak timbul suatu upaya yang dilakukan terkesan sebagai suatu bentuk dari *defensive medicine* dalam arti negatif maupun positif.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa standar pelayanan sangat berperan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada pasien, karena merupakan pedoman bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya secara baik. Ia menjadi tolok ukur bagi tenaga kesehatan dan menjadi salah satu dasar pertanggungjawaban kepada para tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya. ♦



---

# Etika dan Kode Etik Kesehatan Masyarakat

## A. Etika Kesehatan

---

Perkembangan etika kesehatan pada dasarnya dapat dilihat pada tiga fase yaitu etika kesehatan pada masa Hipokrates (*Ancient medicine*), pada abad pertengahan (*Middle ages*) dan kedokteran modern (*Modern medicine*).

Etika kesehatan (*Gezondheidsethiek*) menurut Leenen suatu etika khusus dengan menerapkan nilai-nilai dalam bidang pemeliharaan/pelayanan kesehatan. Sedang menurut Soerjono Soekanto (1987), etika kesehatan jelas mencakup penilaian terhadap gejala kesehatan yang disetujui, dan juga mencakup suatu rekomendasi bagaimana bersikap bertindak secara pantas dalam bidang kesehatan.

Menurut Thirouze, 1977 (Soekanto: 1987) etika kesehatan meliputi: *“treatment of dying patients, allowing someone to die mercy death, and mercy killing; behavior control; human experimentation and informed consent; genetics, fertilization, and birth; health care delivery and its cost; population and birth control, abortion, sterilization; allotment of scarce medical resources, organ transplantation, and hemodialysis; and truth telling and confidentiality in medicine. In short ... (it) really concerned with the establishment between the sick and the dying on the*

*one hand, and the healthy and the medical professionals on the other*". Dengan demikian etika kesehatan mencakup:

1. Penanganan pasien yang tidak tertolong misalnya pemberian O2 diteruskan atau tidak
2. Dengan sengaja mengizinkan pengakhiran penderitaan dan hidup pasien atas permintaan pasien sendiri, pembatasan perilaku, dan persetujuan tindakan setelah pemberian informasi misalnya pasien terminal
3. Bioetika, fertilisasi dan kelahiran
4. Pelayanan kesehatan dan pembiayaannya
5. Kependudukan dan pengendalian kelahiran, aborsi, sterilisasi, dan pemanfaatan sumber daya kesehatan yang langka
6. Transplantasi organ dan hemodialisa
7. Pengungkapan dan kerahasiaan informasi kesehatan

Bandman dan Bandman (Dewi, 2008) menjelaskan permasalahan etika dalam bidang kesehatan secara umum sebagai berikut:

a. Kuantitas dan melawan kualitas hidup

Kemampuan teknologi dalam mendeteksi kondisi kesehatan manusia. Melalui teknologi seorang dapat menciptakan manusia yang unggul secara fisik, kemampuan berpikir serta ketahanan terhadap penyakit. Permasalahan etik dan moral adalah jika suatu penyakit menimpa janin misalnya retardasi mental berdasarkan hasil deteksi teknologi secara dini. Apakah kehidupan janin ini harus diakhiri dengan pertimbangan agar kelak cacatnya tidak akan menimbulkan penderitaan lebih lanjut? Apakah manusia di luar diri si janin berhak untuk memutuskan mengakhiri masa depan janin? Atas dasar hak apa pula seseorang memutuskan bahwa bakal anak yang membawa cacat bawaan tidak punya hak untuk dilahirkan sebagaimana anak yang lainnya?

- b. Kebenaran melawan penanganan dan pencegahan penyakit  
 Jika seseorang terkena virus suatu penyakit menular yang mematikan, tentunya diperlukan tindakan guna menghindari penularan lebih lanjut melalui isolasi dan tidak diperbolehkan bertemu dengan siapa pun. Tindakan itu diambil demi untuk kepentingan orang banyak, walaupun mengurangi kebebasan pasien untuk bersosialisasi.
- c. Berkata jujur melawan kebohongan  
 Kaidah moral yang utama dalam semua sendi kehidupan adalah berkata jujur. Namun kejujuran yang diharapkan di dalam menyelesaikan permasalahan etik menuntut kedewasaan serta pertimbangan yang bijaksana di mana setiap keputusan untuk berkata jujur sepenuhnya harus dipikirkan dampaknya. Contoh rahasia kedokteran. Dalam perspektif etik rahasia ini wajib disimpan. Jika seorang dokter tidak selalu mengatakan kondisi pasien secara terbuka kepada siapa pun, kecuali untuk alasan tertentu yang dibenarkan oleh hukum atau karena alasan lain seseorang berhak diberitahukan.
- d. Ilmu pengetahuan terhadap agama dan ideologi  
 Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran sering bersentuhan dengan agama/kepercayaan pasien dan atau keluarganya. *Fertilisasi in vitro* misalnya pada satu sisi memberikan jalan keluar bagi pasangan yang ingin mendapatkan keturunan dengan cara mempertemukan sel telur dengan sperma di luar hubungan suami istri sebagaimana lazimnya dan ketika menjadi zigot kemudian ditanamkan kembali ke rahim ibunya. Pada ajaran agama tertentu fertilisasi in vitro ini dianggap sebagai campur tangan manusia terhadap hubungan sakral perkawinan antara manusia yang disaksikan Tuhan. Sehingga anak yang dihasilkan dengan cara *fertilisasi in vitro* dianggap menyalahi hukum kodrat dan mendahului kuasa Tuhan.

- e. Pengobatan ilmiah melawan pengobatan tradisional  
Pengobatan tradisional ini terkadang menggunakan unsur-unsur magis dalam penerapannya yang secara ilmiah sulit sekali diterima. Dalam perspektif etik permasalahan akan muncul jika pengobatan tradisional ternyata mampu menghindarkan pasien dari dampak rasa sakit yang berlebihan akibat kimia atau tindakan medik seperti operasi.

## **B. Profil Kesehatan Masyarakat**

Profil kesehatan masyarakat disebut dengan singkatan sebagai MIRACLE di mana terdiri dari :

1. Manager adalah seseorang yang bekerja melalui orang lain dengan mengoordinasikan kegiatan-kegiatan mereka guna mencapai sasaran organisasi. Manager adalah seseorang yang mengarahkan oranglain dan bertanggung jawab atas pekerjaan tersebut. (Robert Tanenbaum-).
2. Inovator adalah orang yang membuat perubahan, orang yang memperkenalkan metode baru atau prosedur, inovator adalah orang yang kreatif. Karakter seorang inovator antara lain:
  - a. Selalu berpikir ada cara yang lebih baik
  - b. Mengetahui tanpa kegairahan tidak akan ada inovasi
  - c. Merangkul perubahan untuk suatu kesalahan.
  - d. Memiliki titik kuat pandang tapi tahu bahwa mereka kehilangan sesuatu
  - e. Inovator tahu inovasi adalah olahraga tim.
  - f. Merangkul ken/b
  - g. dala sebagai peluang
  - h. Merayakan kerentanan mereka
  - i. Keterbukaan berbagi ide dan gairah mengharapkan untuk ditantang

- j. Mengetahui ide-ide terbaik berada didaerah abu-abu dan silau
  - k. Mengetahui cerita yang baik dapat mengubah dunia.
3. Role Model: Menurut Britannica Encyclopedia pengertian role model adalah “ a person whose behavior in a particular role is imitated by others”. Dengan demikian Role Model adalah pejabat atau pegawai yang selalu mempromosikan dan menjalankan keteladanan berperilaku atas peran tertentu dalam setiap kesempatan yang memungkinkan di lingkungan organisasi bersangkutan dan dijadikan contoh oleh bawahannya dan pegawai lainnya.
  4. *Apprentice* adalah seseorang yang melakukan latihan untuk memperluas pengetahuan tentang pekerjaan, meskipun telah lama bekerja. Dia sengaja berlatih untuk pekerjaan yang berbeda dengan apa yang dilakukan setiap hari dan pada bagian atau departemen yang berbeda. Mungkin ditempatnya sendiri dia seorang yang senior tetapi dibagian lain dia menjadi junior yang masih perlu mendalami mekanisme kerja bagian itu sebagai bekal untuk karir selanjutnya.
  5. *Communitarian* adalah tendensi antropologis biasa, yaitu suatu orientasi cultural bahwa setiap orang terikat pada suatu komunitas. Tidak ada identitas di luar komunitas. Komunitarianisme mendasarkan hidupnya pada suatu transcendent belief, yaitu bahwa suatu masyarakat hanya langgeng bila memelihara dan terikat pada suatu tujuan final. Sampai di sini tidak ada soal dengan demokrasi. Soal baru muncul bila ide komunitarianisme ini hendak dijadikan paradigma bagi kehidupan politik publik. Artinya demokrasi tidak akan mungkin bekerja di bawah arahan suatu definisi final dan absolut tentang hidup.
  6. Leader dalam bahasa Indonesia bersumber dari akar kata “PIMPIN” kemudian dikenal kata “Pemimpin” dan “ Kepemimpinan”. Dalam *ensiklopedi umum*, kata “Kepemimpinan” ditafsirkan sebagai hubungan yang erat antara seorang dan sekelompok manusia karena adanya kepentingan bersama; hu-

bungan itu ditandai oleh tingkah laku yang tertuju dan terbimbing dari manusia yang seorang itu. Manusia atau orang ini biasanya disebut yang memimpin atau pemimpin, sedangkan kelompok manusia yang mengikutinya disebut yang dipimpin. Henri Pratt Faiechild (Kartini Kartono, 1994: 33), pemimpin adalah seorang yang dengan jalan memprakarsai tingkah laku sosial dengan mengatur, mengarahkan, mengorganisir, atau mengontrol usaha atau upaya orang lain atau melalui prestise, kekuasaan dan posisi. Dalam pengertian yang terbatas, pemimpin ialah seorang yang membimbing, memimpin dengan bantuan kualitas-kualitas persuasifnya dan akseptansi/penerimaan secara sukarela oleh para pengikutnya.

7. Edukator atau Pendidik adalah orang yang memberikan ilmu pengetahuan kepada anak didik, sednagkan dalam pandangan masyarakat adalah orang yang melaksanakan pendidikan di tempat-tempat tertentu, tidak mesti dilembaga pendidikan formal, tetapi bisa juga di masjid, di surau/mushallah, di rumah, dan sebagainya. Edukator adalah orang yang memajukan dan meningkatkan mental, moral, psikis, dan pengetahuan seseorang melalui proses belajar dan mengajar, oleh karena itu *education* ditegaskan sebagai proses menanamkan sebagai *educator* harus mampu menanamkan, memajukan meningkatkan paling tidak 4 macam nilai yaitu:
  - a. Mental, hal-hal yang berkaitan dengan sikap batin dan watak manusia.
  - b. Moral, hal-hal yang berkaitan dengan ajaran baik buruk mengenai perbuatan, sikap dan kewajiban atau moral yang diartikan sebagai akhlak, budi pekerti dan kesusilaan.
  - c. Fisik, hal-hal yang berkaitan dengan kondisi jasmani atau badan, kesehatan dan penampilan manusia secara lahiriah
  - d. Artistik, hal-hal yang berkaitan kepekaan manusia terhadap seni dan keindahan.

### C. Value Kesehatan Masyarakat

---

Value Kesehatan Masyarakat terdiri dari:

- a. Justice atau keadilan pada hakikatnya adalah memperlakukan seseorang atau pihak lain sesuai dengan haknya. Yang menjadi hak setiap orang adalah diakui dan diperlakukan sesuai dengan harkat dan martabatnya, yang sama derajatnya, yang sama hak dan kewajibannya, tanpa membedakan suku, keturunan, dan agamanya. Keadilan menurut John Raws (Priono, 1993: 35), adalah ukuran yang harus diberikan untuk mencapai keseimbangan antara kepentingan pribadi dan kepentingan bersama. Ada tiga prinsip keadilan yaitu : (1) Kebebasan yang sama yang sebesar-besarnya, (2) Perbedaan, (3) Persamaan yang adil atas kesempatan. Pada kenyataannya, ketiga prinsip itu tidak dapat diwujudkan secara bersama-sama karena dapat terjadi prinsip yang satu berbenturan dengan prinsip yang lain. John Raws memprioritaskan bahwa prinsip kebebasan yang sama sebesar-besarnya secara leksikal berlaku terlebih dahulu daripada prinsip kedua dan ketiga.
- b. *LOW PROFILE*: *Low profile* merupakan sifat-sifat yang tidak menonjolkan diri, rendah hati, dan tidak mendominasi relasi dengan sesama di sekitarnya. Sikap ini biasa ditunjukkan oleh mereka yang ingin selalu tampil sebagai orang biasa, meski sesungguhnya memiliki kapasitas unggul di bidang-bidang tertentu.
- c. *Role Model*, menurut *Britannica Encyclopedia* pengertian Role Model adalah “a person whose behavior in a particular role is imitated by others”. Dengan demikian Role Model adalah pejabat atau pegawai yang selalu mempromosikan dan menjalankan keteladanan berperilaku atas peran tertentu dalam setiap kesempatan yang memungkinkan di lingkungan organisasi bersangkutan dan dijadikan contoh oleh bawahannya dan pegawai lainnya.

- d. *Apprentice* adalah seseorang yang melakukan latihan untuk memperluas pengetahuan tentang pekerjaan, meskipun telah lama bekerja. Dia sengaja berlatih untuk pekerjaan yang berbeda dengan apa yang dilakukan setiap hari dan pada bagian atau departemen hotel yang berbeda. Mungkin ditempatnya sendiri dia seorang yang senior, tetapi dibagian lain dia menjadi junior yang masih perlu mendalami mekanisme kerja bagian itu sebagai bekal untuk karier selanjutnya.
- e. *Communitarian* adalah tendensi antropologis biasa, yaitu suatu orientasi cultural bahwa setiap orang terikat pada suatu komunitas. Tidak ada identitas di luar komunitas. Komunitarianisme mendasarkan hidupnya pada suatu *transcendent belief*, yaitu bahwa suatu masyarakat hanya langgeng bila memelihara dan terikat pada suatu tujuan final. Sampai di sini tidak ada soal dengan demokrasi. Soal baru muncul bila ide komunitarianisme ini hendak dijadikan paradigma bagi kehidupan politik publik. Artinya demokrasi tidak akan mungkin bekerja di bawah arahan suatu definisi final dan absolut tentang hidup.
- f. *Leader* dalam bahasa Indonesia bersumber dari akar kata "PIMPIN" kemudian dikenal kata "Pemimpin" dan "Kepemimpinan". Dalam *ensiklopedi umum*, kata "Kepemimpinan" ditafsirkan sebagai hubungan yang erat antara seorang dan sekelompok manusia karena adanya kepentingan bersama; hubungan itu ditandai oleh tingkah laku yang tertuju dan terbimbing dari manusia yang seorang itu. Manusia atau orang ini biasanya disebut yang memimpin atau pemimpin, sedangkan kelompok manusia yang mengikutinya disebut yang dipimpin. Henri Pratt Faiechild (Kartini Kartono, 1994: 33), pemimpin adalah seorang yang dengan jalan memprakarsai tingkah laku sosial dengan mengatur, mengarahkan, mengorganisir, atau mengontrol usaha atau upaya orang lain atau melalui prestise, kekuasaan dan posisi. Dalam pengertian yang terbatas, pemimpin ialah seorang yang membimbing, memimpin dengan



bantuan kualitas-kualitas persuasifnya dan akseptansi/ penerimaan secara sukarela oleh para pengikutnya.

- g. *Edukator* atau Pendidik adalah orang yang memberikan ilmu pengetahuan kepada anak didik, sedangkan dalam pandangan masyarakat adalah orang yang melaksanakan pendidikan di tempat-tempat tertentu, tidak mesti di lembaga pendidikan formal, tetapi bisa juga di masjid, di surau/mushalla, di rumah, dan sebagainya. Edukator adalah orang yang memajukan dan meningkatkan mental, moral, psikis, dan pengetahuan seseorang melalui proses belajar dan mengajar, oleh karena itu, *education* ditegaskan sebagai proses menanamkan sebagai edukator harus mampu menanamkan, memajukan meningkatkan paling tidak 4 macam nilai yaitu:
- a. Mental, hal-hal yang berkaitan dengan sikap batin dan watak manusia.
  - b. Moral, hal-hal yang berkaitan dengan ajaran baik buruk mengenai perbuatan, sikap dan kewajiban atau moral yang diartikan sebagai akhlak, budi pekerti dan kesusilaan.
  - c. Fisik, hal-hal yang berkaitan dengan kondisi jasmani atau badan, kesehatan dan penampilan manusia secara lahiriah.
  - d. Artistik, hal-hal yang berkaitan kepekaan manusia terhadap seni dan keindahan.

#### **D. Etika Kesehatan Masyarakat**

---

Etika kesehatan (*medical ethics*) melalui sumpah Hipokrates berfokus pada kewajiban dokter pada tindakan yang bermanfaat (*beneficence, doing good*) dan perlindungan bagi pasien (*non male ficense, do no harm*). Jadi sumpah Hipocrates bertujuan untuk kemanfaatan dan mencegah terjadinya cedera dan ketidakadilan pada pasien. Meskipun hal ini juga menyangkut beberapa persyaratan moral yang saat ini dikenal sebagai “konfidensialitas tetapi tidak menyinggung etika

kesehatan masyarakat misalnya masalah otonomi pasien dan keadilan sosial untuk promosi kesehatan masyarakat.

Demikian juga pada masa Yunani kuno Aristoteles dan Galen mengarahkan tindakan higienes dan pendidikan kesehatan hanya kepada golongan elite (*the have*) ketimbang pada masyarakat golongan kelas bawah (*the have not*), orang asing maupun para budak pada waktu itu. Kesehatan masyarakat agak berkembang pada abad pertengahan melalui tindakan isolasi dan karantina bagi penyakit penyakit menular.

Pada abad pertengahan di Eropa Thomas More (1478-1535) menulis tentang perlunya perlindungan hygiene dan jaminan asuransi kesehatan bagi penderita penyakit dan orang yang mengangur. J.J. Rousseau (1712-1778) secara tegas menyatakan bahwa penyakit berkembang dari kondisi sosial dan dipengaruhi berbagai faktor dan ini semuanya luput dari perhatian kedokteran klinis.

Di Amerika Serikat Benjamin Rush (1745-1813) dan Jon Gregory (1724-1773) mengemukakan pandangan moralnya mengenai perlunya dokter mendidik masyarakat dan keterbukaan kepada pasien. Baik Rush maupun Gregory melihat pentingnya informasi kesehatan, namun *Informed Consent* belum dikemukakan pada tulisan-tulisannya.

Perlindungan kesehatan masyarakat belum diorganisir secara sistemik sampai pada abad pertengahan di Inggris, kecuali melalui usaha Edwin Chadwick (1800-1890) mengenai peraturan penanganan kesehatan orang-orang miskin dan mencegah larangan kerja bagi anak-anak usia di bawah sembilan tahun dan peningkatan kesehatan dan kesejahteraan tenaga kerja di perusahaan. Pada 1948 atas usaha keras dari Chadwick Public Health act diundangkan berkaitan dengan peningkatan sanitasi lingkungan dan sistem drainase sebagai upaya pencegahan penyebaran penyakit tipoid kolera dan penyakit lainnya.

Sebagai asisten dari Jeremy Bentham penganut aliran Utilitarisme, Chadwick menyatakan bahwa kemiskinan sering disebabkan

oleh penyakit. Bersama dengan John Stuart Mill (1806-1873). Di Massachusetts Lemuel Shattuck (1793-1859) menggarisbawahi pentingnya pengorganisasian Sistem Kesehatan Masyarakat.

Pada abad kedua puluh Etika dan Kesehatan Masyarakat berkembang di Amerika Serikat di mana Greenwood sebagai seorang anggota dari The Socialist Medical Association dan memberikan advokasi aspek sosial kedokteran. Greenwood sangat peduli dengan aspek sosial dari penyebab penyakit dan kesehatan kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat ( Beauchamp dan Coughlin, 1996).

Sebagaimana etika profesi kesehatan lainnya dalam Praktik Kesehatan Masyarakat terdapat Prinsip-prinsip Etika sebagai berikut:

- a. Kesehatan masyarakat secara prinsip harus ditunjukkan bagi penyebab-penyebab fundamental dari penyakit dan semua kebutuhan bagi kesehatan bagi kesehatan, ditargetkan untuk mencegah terjadinya penyakit lanjutan.
- b. Kesehatan masyarakat harus mendapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan menghormati hak-hak asasi manusia dan individual dalam masyarakat.
- c. Kebijakan kesehatan masyarakat, dan prioritasnya harus dikembangkan dan dievaluasi melalui proses yang dapat memastikan adanya kesempatan untuk memasukkan dari para anggota masyarakat.
- d. Kesehatan masyarakat harus dapat mengadvokasi dan bekerja keras untuk memberdayakan para anggota masyarakat, dengan tujuan untuk memastikan bahwa sumber-sumber daya dasar dan kondisi yang dibutuhkan untuk kesehatan dapat diakses oleh semua orang.
- e. Kesehatan masyarakat harus selalu mencari informasi yang dibutuhkan untuk mengimplementasikan kebijakan yang efektif dan program-program yang melindungi dan mempromosikan kesehatan.

- f. Institusi kesehatan masyarakat harus memberikan dan menyediakan bagi masyarakat informasi-informasi yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan bagi kebijakan atau program dan harus selalu memasukkan kepentingan masyarakat dalam implementasinya.
- g. Institusi kesehatan masyarakat harus tepat waktu dan tanggap terhadap informasi yang mereka miliki dalam sumber-sumber daya yang dimandatkan bagi mereka oleh masyarakat.
- h. Program-program kesehatan masyarakat dan kebijakannya harus berhubungan dengan berbagai macam pendekatan yang dapat mengantisipasi dan mengatasi berbagai variasi masalah nilai-nilai, kepercayaan, dan kebudayaan dalam masyarakat.
- i. Institusi kesehatan masyarakat harus melindungi semua informasi rahasia yang mungkin akan membahayakan individu atau komunitas jika dipublikasikan. Terkecuali harus didasarkan pada kemiripan yang signifikan dan bahaya individu dan masyarakat.
- j. Program-program kesehatan masyarakat dan kebijakan harus diimplementasikan dengan cara yang paling dapat meningkatkan lingkungan fisik dan sosial.
- k. Institusi kesehatan masyarakat harus menjamin kompetensi profesional dan para pekerjanya.
- l. Institusi kesehatan masyarakat dan pekerjanya harus melakukan kolaborasi dan afiliasi yang akan dapat membangun kepercayaan masyarakat dan efektivitas institusi.

Di samping prinsip etik yang ditujukan kesehatan masyarakat, terdapat Prinsip-prinsip Etika Individual

- a. Prinsip-prinsip ini akan memberikan prioritas bukan hanya untuk mencegah penyakit dan mempromosikan kesehatan, tetapi juga merupakan tingkatan yang paling dasar dan kemanusiaan, Karena itu, prinsip seperti itu akan memberikan panduan bagi individu bagaimana bertindak dan apa perannya dalam masyarakat.

Sebagai contoh, perawatan yang dilakukan kepada kejadian infeksi sangat penting dilakukan untuk pencegahan persebaran kepada orang lain. Istilah “kesehatan masyarakat” dapat digunakan di sini dan di tempat lain di mana kode etik ini dipergunakan yang mana akan memperlihatkan semua bidang lingkup dan kesehatan masyarakat, termasuk juga tidak terbatas pada insititusi pemerintahan dan sekolah-sekolah kesehatan masyarakat.

- b. Prinsip-prinsip ini mengidentifikasi kebutuhan yang seragam dan masyarakat sehat untuk dapat menangani masalah yang muncul secara individual atau secara komunitas. Tidak ada etika prinsipiell yang akan dapat menyediakan solusi dan tekanan seperti itu dalam kesehatan masyarakat. Tetapi, kami akan dapat menjelaskan, bahwa, semua hal yang berhubungan dengan masyarakat menjadi perhatian kami, dan merupakan titik tolak semua tindakan dan pekerja kesehatan masyarakat. Karena itu, tetap ada perhatian terhadap kebebasan dan hak azasi manusia ketika harus meminta bantuan pihak kepolisian dalam menangani masalah kesehatan masyarakat.
- c. Sebuah proses untuk input dapat diarahkan langsung atau dapat diwakilkan. Dalam setiap keadaan di atas, akan melibatkan proses yang akan bekerja sebagai konsensus. Sementara proses demokratis dapat terhenti, ketika sebuah kebijakan diterapkan, institusi kesehatan masyarakat memiliki tanggung jawab dan mandat untuk cepat merespons semua situasi mendesak yang ada input dan masyarakat tidak boleh berakhir ketika kebijakan atau program telah diterapkan. Evaluasi dan masyarakat tetap diperlukan untuk melihat apakah program telah berjalan sesuai dengan yang direncanakan dan apakah memiliki efek yang diinginkan. Kemampuan dan masyarakat untuk memberikan input semacam ini dan kemauan untuk mendengarkan input sangat penting dalam pengembangan dan pemeliharaan kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan.

- d. Prinsip-prinsip ini membicarakan dua isu: menjamin bahwa semua bagian masyarakat memiliki hak suara dan memastikan bahwa institusi kesehatan masyarakat memiliki perhatian yang sama dan seimbang bagi semua anggota masyarakat yang terpinggirkan atau yang tidak diperhatikan dalam hal ini masyarakat tertindas. Sementara masyarakat sendiri tidak dapat memberikan sumber daya yang dibutuhkan bagi kesehatan dan kesejahteraan, maka institusi harus memastikan adanya ketersediaan paling tidak tingkat minimum untuk sumber-sumber yang diperlukan.
- e. Prinsip-prinsip ini memberi mandat untuk mencari informasi yang dapat mendukung tindakan. Pentingnya informasi untuk mengevaluasi program juga harus diterapkan.
- f. Prinsip ini juga berhubungan dengan prinsip ketiga tentang proses demokratis. Proses seperti itu tergantung pada masyarakat merupakan informasi yang dikumpulkan oleh institusi kesehatan masyarakat merupakan milik masyarakat dan harus tersedia bagi masyarakat. Pernyataan tersebut juga berlaku pada tingkat masyarakat individu yang mana harus bisa memberikan informasi yang dibutuhkan. Jika sebuah program tidak dapat berkembang penuh, maka masyarakat harus diberi tahu tentang risiko dan potensi keuntungan yang didapatkan dan program, dan penerapan program harus menjadi premis dan perhatian masyarakat.
- g. Kesehatan masyarakat harus aktif dan tidak pasif, dan informasi yang dikumpulkan harus selalu tersedia. Karena itu, kemampuan untuk bertindak selalu dikondisikan dengan sumber daya yang tersedia dan kesempatan. Lebih jauh lagi kemampuan untuk merespons situasi yang mendesak tergantung dan telah diberikannya mandat oleh masyarakat bagi institusi untuk melakukannya melalui proses demokratis dengan prinsip-prinsip etika.

- h. Program-program kesehatan masyarakat harus dibangun berdasarkan fleksibilitas yang akan dapat mengantisipasi diversitas kebutuhan dan perspektif yang memiliki dampak yang signifikan terhadap efektivitas program. Tipe-tipe diversitas, seperti budaya dan gender, secara internasional tidak disebutkan.
- i. Prinsip-prinsip harus menjadi tubuh dan asumsi saling ketergantungan ini di antara manusia, dan antara manusia dan lingkungannya. Tampaknya prinsip-prinsip etik berasal dan prinsip-prinsip etika kedokteran, “tidak boleh membahayakan” adalah kalimat yang harus diterjemahkan dalam cara yang positif.
- j. Pernyataan ini membutuhkan informasi yang dibutuhkan untuk melakukan proteksi dan kriteria yang dipakai dalam membentuk informasi bagi masyarakat. Tujuan dan pernyataan ini adalah: untuk membentuk secara eksplisit tanggung jawab untuk “mengumpulkan” informasi. Hal tersebut sesuai dengan poin ke-6 dan ke-7 dan prinsip-prinsip etika yang berbicara tentang bertindak dan berbagi.
- k. Untuk kriteria kompetensi profesional harus dispesifikasikan oleh profesi individual, seperti epidemiologi dan pendidikan kesehatan.

Pernyataan ini menitikberatkan pada sifat-sifat kolaboratif dan kesehatan masyarakat, sementara itu juga memberikan pernyataan tentang cara yang positif yang dibutuhkan untuk menghindari semua konflik kepentingan yang mungkin akan muncul dan merusak kepercayaan atau efektivitas program.

## **E. Kode Etik Kesehatan Masyarakat**

---

Sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya, pembentukan suatu bidang pekerjaan menjadi profesi memiliki beberapa persyaratan tertentu. Bagi tenaga kesehatan masyarakat untuk menjadi suatu profesi diperlukan beberapa tahapan sebagai berikut (Bustan, 2000) yaitu:

1. Kejelasan tubuh keilmuan kesehatan masyarakat (*Body of Knowledge*) ini dimaksudkan bahwa ilmu kesehatan masyarakat bersumber dari filsafat kesehatan yang murni. Badan keilmuan kesehatan masyarakat menjadi masukan dalam proses pendidikan akademik, sarjana, dan profesi kesehatan masyarakat. Selain itu perumusan kurikulum dan institusi pendidikan kesehatan masyarakat disesuaikan dengan sistem pendidikan nasional. Dengan demikian badan keilmuan kesehatan masyarakat menjadi utuh dan dengan batas yang jelas dengan ilmu lainnya.
2. Terbinanya keterampilan khusus (*Specific Competence Skill*). Untuk itu tenaga kesehatan masyarakat untuk menjadi profesi diperlukan sistem pendidikan profesi yang terencana dan sistematis, jelas arahnya, jelas ilmunya, jelas batasan kompetensinya, dan bersifat profesionalis. Dengan demikian profesi pelayanan kesehatan terjalin dari tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan, dan masyarakat. Tenaga kesehatan masyarakat dibutuhkan karena pelayanan kesehatan yang makin rancu, masyarakat semakin sadar akan haknya. Karena itu, tenaga kesehatan masyarakat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dengan kewenangannya, kemampuan (*competence*) yang memadai (*competitive*) yang berlandaskan etia profesi.
3. Berkembangnya suatu suasana kesejawatan dan organisasinya (*professional Culture*). Dimaksudkan di sini bahwa tenaga kesehatan masyarakat memberikan bentuk pelayanan yang jelas kepada “ pasiennya”, tidak bertumpang tindih dengan pelayanan kesehatan dari profesi kesehatan lainnya. Karena itu masyarakat tidak akan menjadi sasaran empuk dari para tenaga kesehatan lainnya. Di sinilah peran kode etik sangat diperlukan, jika terjadi “konflik” antar sesama tenaga kesehatan, maupun untuk memenuhi kepuasan pasien atas pelayanan profesi yang diberikan sekaligus untuk menjaga otonomi dan independensi profesi diperlukan guna mengembangkan kesejawatan profesi.



Terbentuknya kode etik profesi kesehatan masyarakat yang memberi nilai moral terhadap interaksi tenaga kesehatan profesional, pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab dan memuaskan masyarakat pengguna pelayanan.

Kode etik kesehatan masyarakat seyogianya berisi prinsip-prinsip utama dalam praktik kesehatan masyarakat. Ia merupakan sebuah panduan dari nilai-nilai penting dan keyakinan yang dipakai dan diterima dalam perspektif kesehatan masyarakat berdasarkan prinsip-prinsip etik tersebut.

Kesehatan hendaknya dipahami dalam tatanan kode etik tersebut, sebagai dari masyarakat ilmu, secara kolektif menjamin kondisi masyarakat agar tetap sehat. Karena itu pemahaman tentang kesehatan dari WHO sebagai dasar dari standar tingkatan kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial, dan bukan hanya di standarkan sebagai tidak adanya penyakit yang terlihat.

Kode etik kesehatan masyarakat pada dasarnya dapat berupa kode etik baru atau kode etik lama yang diperbarui dari etika kesehatan. Bahkan kode etik tersebut mempunyai prinsip-prinsip etika yang diakui dari karakteristik kesehatan masyarakat. Keyakinan utama seperti itu patut untuk digarisbawahi, yang mana selalu menjadi dasar dari beberapa prinsip etika kesehatan, yaitu, kesejahteraan dan saling ketergantungan antarmanusia.

Sesungguhnya inti dari masyarakat adalah saling ketergantungan antara individu. Kesehatan masyarakat bukan hanya untuk menyehatkan masyarakat secara keseluruhan, tetapi juga untuk menjelaskan bahwa kesehatan individu sangat terikat dengan kehidupan dalam bermasyarakat.

Kode etik pada prinsipnya ditujukan kepada masyarakat dan institusi lainnya yang juga memiliki ketertarikan kepada misi kesehatan masyarakat. Dengan demikian institusi-institusi dan individual yang berada di luar kesehatan masyarakat tradisional, tetapi mengetahui tentang efek dari tugas kesehatan masyarakat bagi ma-

syarakat luas, juga akan menyadari bahwa kode etik tersebut juga relevan dan berguna bagi mereka.

Nilai dan Kepercayaan Kode Etik Kesehatan Masyarakat didasarkan pada hal-hal sebagai berikut

1. Kesehatan

Manusia memiliki hak untuk mendapatkan sumber-sumber yang mereka perlukan bagi kesehatan. Kode etik kesehatan masyarakat didasari oleh pasal 25 Deklarasi Universal Hak-hak Asasi Manusia, yang berbunyi “Semua orang berhak mendapatkan standar hidup yang memadai bagi kesehatan dan kesejahteraan dan keluarganya.

2. Masyarakat

a. Manusia secara intern merupakan makhluk sosial dan saling bergantung. Manusia selalu mencari kawan untuk pertemanan, membentuk keluarga, dan bermasyarakat dan saling ketergantungan satu sama lain untuk keselamatan dan bertahan hidup. Hubungan positif antar individu dan kolaborasi positif antar institusi merupakan tanda-tanda sehatnya sebuah masyarakat. Hak penuh tersebut dalam kesehatan fisik individual dan hak untuk membuat keputusan individual karena itu harus selalu seimbang dengan fakta bahwa tindakan seseorang akan selalu berdampak pada orang lain.

b. Efektivitas dan sebuah institusi sangat tergantung pada kepercayaan masyarakat. Faktor yang dapat membentuk kepercayaan tersebut terhadap institusi termasuk semua tindakan sebagai bagian dan institusi: komunikasi; mengatakan yang sebenarnya; transparansi (tidak menutup-nutupi informasi); akuntabilitas; keterendahan; dan hubungan timbal balik. Salah satu bentuk penting dan timbal balik

dan komunikasi adalah mendengarkan dan juga berbicara-dengan benar.

- c. Kolaborasi adalah unsur penting bagi kesehatan masyarakat. Infrastruktur kesehatan masyarakat dan sebuah masyarakat adalah disusun oleh sejumlah variasi dan dinas-dinas dan profesional bidang ilmu. Agar dapat efektif, mereka harus bekerja bersama dengan baik. Lebih jauh lagi, kolaborasi baru akan dibutuhkan untuk menghadapi tantangan-tantangan baru dalam kesehatan masyarakat.
- d. Orang-orang dan lingkungan fisik mereka saling bergantung satu sama lain Manusia bergantung pada sumber daya dan lingkungan alami yang mereka bangun sendiri dalam hidup mereka. Kerusakan atau ketidakseimbangan dan lingkungan alam, dan pembangunan lingkungan yang dirancang dengan buruk atau dalam kondisi yang buruk, akan memiliki efek balik pada kesehatan manusia. Intinya manusia akan mendapatkan efek yang langsung dan lingkungan alam mereka melalui konsumsi sumber daya dan pembuangan limbah yang dikelola dengan bagus.
- e. Setiap individu dalam masyarakat harus memiliki kesempatan untuk menyumbangkan arah tujuan dan masyarakat. Kontribusi tersebut dapat muncul dalam bentuk langsung atau perwakilan dengan sistem pemerintahan. Dalam proses pengembangan dan pengevaluasian kebijakan, sangat penting untuk melihat apakah semua orang akan dapat menyumbangkan ide dalam diskusi atau memiliki kesempatan untuk itu, walaupun pengekspresian mereka tidak harus langsung ditujukan menjadi kebijakan akhir.
- f. Mengidentifikasi dan mempromosikan kebutuhan dan syarat-syarat dasar untuk kesehatan masyarakat merupakan kepentingan utama dan kesehatan masyarakat. Cara-cara di mana masyarakat distrukturisasikan menjadi refleksi dan kesehatan masyarakat. Sementara beberapa program kese-

hatan masyarakat penting sangat bergantung pada lingkungan, karena itu secara keseluruhan tidak boleh bergeser dan memahami penyebab dan pencegahan kasus. Karena struktur sosial fundamental berdampak pada aspek kesehatan, dan ditujukan untuk mencari penyebab dasar dibanding mencari penyebab awal, yang mana akan lebih preventif.

- g. Pengetahuan sangat penting dan berpengaruh. Kami baru mencari cara untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan dan tujuan-tujuan untuk mempertahankan kesehatan tersebut melalui riset dan akumulasi pengetahuan yang telah dimiliki. Jika telah didapatkan, ada keharusan moral dalam beberapa keadaan untuk berbagi informasi tersebut. Sebagai contoh, partisipasi aktif dalam proses pembuatan kebijakan membutuhkan akses terhadap pengetahuan dan informasi yang dibutuhkan. Dalam situasi lainnya, informasi tersebut dapat diberikan secara rahasia, di mana ada kewajiban untuk melindungi kerahasiaan tersebut.

### 3. Tindakan

- a. Ilmu pengetahuan menjadi dasar dan kesehatan masyarakat. Karena itu metode-metode ilmu pengetahuan dapat memberikan tujuan objektif dalam mengidentifikasi faktor-faktor penting yang dibutuhkan untuk kesehatan sebuah populasi, dan untuk mengevaluasi kebijakan dan program untuk melakukan proteksi dan mempromosikan kesehatan. Kisaran penuh dan semua alat ilmiah termasuk metode kualitatif dan kuantitatif, dan kolaborasi di antara disiplin ilmu patut dibutuhkan.
- b. Masyarakat bertanggung jawab atas tindakan yang berdasarkan kepada apa yang mereka ketahui. Pengetahuan tidak netral secara moral dan sering kali membutuhkan

tindakan. Lebih jauh lagi, informasi tidak dapat dikumpulkan dengan sendirinya. Pekerja kesehatan masyarakat harus mencari cara untuk menerjemahkan semua informasi yang didapatkan sesuai dengan tepat waktu. Sering kali, tindakan yang dibutuhkan adalah melakukan riset untuk dapat mengisi ruang kosong pengetahuan yang belum diketahui.

- c. Tindakan tidak hanya didasari oleh informasi. Dalam banyak kasus, tindakan dibutuhkan jika semua informasi yang disyaratkan tidak ada. Dalam kasus lain, kebijakan selalu dibutuhkan oleh nilai-nilai fundamental dan martabat kemanusiaan, bahkan jika pengimplementasiannya tidak efisien secara optimal atau efektif secara finansial. Dalam situasi seperti itu, nilai-nilai akan membentuk penerapan dan informasi atau tindakan dalam ketidakhadiran informasi tersebut.

Di bawah ini dikutipkan Kode Etik Kesehatan Masyarakat  
( **Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia** )

### MUKADIMAH

Kesehatan dalam kehidupan manusia adalah salah satu komponen dari kesejahteraan masyarakat. Dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat upaya peningkatan kesehatan dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Kesehatan masyarakat sebagai ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang masa hidup dan meningkatkan kesehatan melalui upaya bersama masyarakat secara terorganisir untuk sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit, pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan sebagainya, mengandung makna bahwa aspek preventif dan promotif adalah lebih penting daripada kuratif dalam rangka peningkatan status kesehatan masyarakat. Pendekatan preventif-promotif yang melibat-

kan keikutsertaan masyarakat mempunyai implikasi bahwa klien profesi kesehatan masyarakat bukanlah individu, tetapi masyarakat. Dalam melaksanakan upaya kesehatan masyarakat perlu dilandasi oleh etika yang berasaskan Pancasila dan UUD 1945.

Dengan maksud yang mewujudkan pengabdian yang luhur, kami para Profesi Kesehatan Masyarakat Indonesia, dengan rahmat Tuhan yang Maha Esa, merumuskan KODE ETIK PROFESI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA yang diuraikan dalam Bab-Bab dan Pasal-Pasal sebagai berikut:

## **BAB I KEWAJIBAN UMUM**

### **Pasal 1**

Setiap Profesi Kesehatan Masyarakat Harus menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan etika profesi Kesehatan Masyarakat.

### **Pasal 2**

Dalam melaksanakan tugas dan Fungsinya profesi Kesehatan Masyarakat lebih mementingkan kepentingan umum daripada kepentingan pribadi.

### **Pasal 3**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, hendaknya menggunakan prinsip efektivitas-efisiensi dan mengutamakan penggunaan teknologi tepat guna.

### **Pasal 4**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, tidak boleh membeda-bedakan masyarakat atas pertimbangan-pertimbangan agama, suku, golongan, sosial politik dan sebagainya.

### **Pasal 5**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya hanya melaksanakan profesi atau keahliannya.

## **BAB II KEWAJIBAN TERHADAP MASYARAKAT**

### **Pasal 6**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, selalu berorientasi kepada masyarakat sebagai salah satu kesatuan yang tidak terlepas dari aspek sosial, ekonomi, politik, psikologis dan budaya.

### **Pasal 7**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, harus mengutamakan pembinaan kesehatan yang menyangkut orang banyak.

### **Pasal 8**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, harus mengutamakan pemerataan dan keadilan.

### **Pasal 9**

Dalam pembinaan kesehatan masyarakat harus mengutamakan pendekatan menyeluruh, multidisiplin dan lintas sektoral serta mementingkan usaha-usaha promotif, preventif, protektif dan pembinaan kesehatan.

### **Pasal 10**

Upaya pembinaan masyarakat, kesehatan masyarakat hendaknya didasarkan kepada fakta-fakta ilmiah yang diperoleh dari kajian-kajian dan penelitian-penelitian.

**Pasal 11**

Dalam pembinaan kesehatan masyarakat, hendaknya mendasarkan kepada prosedur dan langkah-langkah yang profesional yang telah diuji melalui kajian-kajian ilmiah.

**Pasal 12**

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya harus bertanggung jawab dalam melindungi, memelihara dan meningkatkan kesehatan penduduk.

**Pasal 13**

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya harus berdasarkanantisipasi ke depan, baik yang menyangkut masalah kesehatan maupun masalah lain yang berhubungan atau memengaruhi kesehatan penduduk.

**BAB III**

**KEWAJIBAN TERHADAP PROFESI KESEHATAN LAIN  
DAN PROFESI DI LUAR BIDANG KESEHATAN**

**Pasal 14**

Dalam melakukan tugas dan fungsinya, harus bekerja sama dan saling menghormati dengan anggota profesi lain, tanpa dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan keyakinan, agama, suku, golongan dan sebagainya.

**Pasal 15**

Dalam melakukan tugas dan fungsinya bersama-sama dengan profesi lain, hendaknya berpegang pada prinsip-prinsip: Kemitraan, Kepemimpinan, Pengambilan Prakarsa dan Kepeloporan.



## **BAB IV**

### **KEWAJIBAN TERHADAP PROFESINYA**

#### **Pasal 16**

Ahli kesehatan masyarakat hendaknya bersikap proaktif dan tidak menunggu dalam mengatasi masalah.

#### **Pasal 17**

Ahli kesehatan masyarakat hendaknya senantiasa memelihara dan meningkatkan profesi kesehatan masyarakat.

#### **Pasal 18**

Ahli kesehatan masyarakat hendaknya senantiasa berkomunikasi membagi pengalaman dan saling membantu di antara anggota profesi kesehatan masyarakat.

## **BAB V**

### **KEWAJIBAN TERHADAP DIRI SENDIRI**

#### **Pasal 19**

Profesi kesehatan masyarakat harus memelihara kesehatannya agar dapat melaksanakan tugas profesinya dengan baik.

#### **Pasal 20**

Ahli kesehatan masyarakat senantiasa berusaha untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

**BAB VI  
PENUTUP**

**Pasal 21**

Setiap anggota profesi kesehatan masyarakat dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari harus berusaha dengan sungguh-sungguh memegang teguh kode etik kesehatan masyarakat Indonesia.

---

# Tata Hukum Positif Indonesia

## A. Hukum dan Kaidah Sosial

---

**Pada** umumnya pertanyaan pertama yang muncul bagi orang yang mulai mempelajari hukum adalah apakah itu hukum? Upaya untuk memberikan arti yang memadai tentang hukum sesungguhnya telah dilakukan sejak beribu-ribu tahun yang lalu namun belum pernah terdapat sesuatu rumusan yang memuaskan. Para ahli hukum pun sebagian besar merumuskannya secara berlainan. Faktor ini disebabkan antara lain oleh karena hukum banyak seginya dan demikian luasnya sehingga seakan-akan tidak bertepi (Apeldoorn:1978, Rahardjo: 1986). Ia menjelajahi wilayah kebudayaan, ekonomi, sejarah, filsafat, manajemen, sosiologi dan lain-lain.

Hukum memang tidak lepas dari kehidupan manusia. Setiap manusia mempunyai kepentingan, ada yang bersamaan dan ada yang berbeda kepentingannya. Kepentingan adalah suatu tuntutan perorangan atau kelompok yang diharapkan untuk dipenuhi. Setiap manusia adalah pendukung atau penyandang kepentingan. Manusia menginginkan agar kepentingan-kepentingannya terlindung dari bahaya yang mengancamnya. Untuk itu ia memerlukan bantuan manusia lain. Dengan kerja sama dengan manusia lain akan lebih mudahlah keinginan tercapai atau kepentingan terlindungi.

Sudah menjadi sifat pembawaannya bahwa manusia hanya dapat hidup dalam masyarakat. Manusia adalah “zoon politicon” atau makhluk sosial. Jadi untuk menghadapi bahaya yang mengancam dirinya dan agar kepentingan-kepentingannya lebih terlindungi, maka manusia hidup berkelompok dalam masyarakat. Perlindungan kepentingan itu tercapai dengan terciptanya pedoman atau peraturan hidup yang menentukan bagaimana manusia harus bertingkah laku dalam masyarakat agar tidak merugikan orang lain dan dirinya sendirinya. Pedoman atau patokan atau ukuran untuk bertingkah laku atau bersikap dalam kehidupan bersama ini disebut norma atau kaidah sosial.

Untuk melindungi kepentingan manusia di dalam masyarakat terdapat beberapa kaidah sosial. Tata kaidah tersebut terdiri atas kaidah kepercayaan atau keagamaan, kaidah kesusilaan, kaidah sopan santun dan kaidah hukum.

Hukum menurut Robert R. Miller (1996): *as a system of principles and processes by which people who live in a society attempt to control human conduct to minimize the use of force in resolving conflicting interests*. Makna hukum Miller adalah suatu sistem yang mengandung prinsip-prinsip dan proses yang oleh orang-orang yang tinggal dalam suatu masyarakat guna mengontrol tingkah laku manusia untuk meminimalkan penggunaan pemaksaan di dalam memecahkan suatu konflik kepentingan.

J.G. Holland (Pozgar, 1996) mengemukakan batasan tentang hukum: *Law are the bulwarks of liberty: they define every man's right, and defend the individual liberties of all men*. Bagi Holland hukum merupakan basis dari kebebasan yang merumuskan hak-hak setiap orang dan melindungi kebebasan individu dari semua orang.

Seorang ahli antropologi hukum Leopold Pospisil (Munir: 1987) memberikan rumusan tentang hukum sebagai suatu aktivitas dalam rangka suatu kebudayaan yang mempunyai fungsi pengawasan sosial. Untuk membedakan suatu aktivitas itu dari aktivitas-aktivitas

kebudayaan lain yang mempunyai fungsi serupa dalam suatu masyarakat, seorang peneliti harus mencari akan adanya ciri dari hukum (*attribute of law*). Pospisil melihat hukum sebagai salah satu aktivitas kebudayaan dalam masyarakat yang berfungsi memberikan pengawasan sosial. Bedanya dengan aktivitas kebudayaan lain adalah ciri (atribut) dari hukum itu sendiri.

Ada empat atribut dari hukum yaitu:

1. *Attribute of authority* bahwa hukum itu adalah keputusan-keputusan melalui mekanisme yang diberi kuasa dan pengaruh di dalam masyarakat.
2. *Attribute of intention of universal application* bahwa bahwa keputusan-keputusan itu berjangka panjang dan yang harus dianggap berlaku terhadap peristiwa-peristiwa yang serupa dalam masa yang kandatang.
3. *Attribute of obligation* bahwa keputusan-keputusan dari pemegang kekuasaan itu harus mengandung perumusan kewajiban terhadap kedua belah pihak secara timbal balik.
4. *Attribute of sanction* bahwa keputusan-keputusan dari pihak berkuasa itu harus dikuatkan dengan sanksi dalam arti seluas-luasnya.

Isi kaidah hukum ditujukan kepada sikap lahir manusia, mengutamakan perbuatan lahir. Pada prinsipnya, sikap batin manusia tidak menjadi soal, asal lahirnya ia tidak melanggar hukum. Kaidah hukum berasal dari luar diri manusia (heteronom). Dalam hal ini masyarakat secara resmi diberi kuasa untuk membebaskan sanksi atau menjatuhkan hukuman. Perbedaan antara kaidah hukum dengan kaidah lainnya dapat dilihat pada gambar berikut:

	Kaidah Kepercayaan	Kaidah Kesusilaan	Kaidah Kesopanan	Kaidah Hukum
Tujuan	Penyemp. Mns jng sp jht	P e n y e m p . Mns jng smp jahat	Pembuatnya: K e t e r t i b . masy smp ada korban	Pembuatnya: K e t e r t i b . masy smp ada korban
Isi	Ditujukan kpd sikap batin	Ditujukan kpd sikap batin	Ditujukan kpd sikap lahir	Ditujukankpd sikap lahir
Asal usul	Dari Tuhan	Diri sendiri	Dr luar diri mns	Dr luar diri mns
Sanksi	Dari Tuhan	Diri sendiri	Masy tdk resmi	Dr masy tdk resmi
Daya Kerja	M e m b e b a n i kewajiban	Membebani kewajiban	Membebani kewajiban	Membebani hak & kewajib

Sumber : Sudikno Mertokusumo, 1991

## B. Tujuan dan Sumber Hukum

Dalam literatur hukum terdapat beberapa teori tentang tujuan hukum antara lain yaitu:

### 1. Teori Etis

Menurut teori ini hukum bertujuan untuk menciptakan keadilan. pendukung utama teori ini adalah Geny. Keadilan itu sendiri menurut Aristoteles adalah keadilan distributif (*justitia distributiva*) bahwa setiap orang mendapatkan apa yang menjadi haknya atau jatahnya, keadilan commutatif yaitu memberikan kepada setiap orang sama banyaknya.

### 2. Teori Utilitis, menurut teori ini hukum ingin menjamin kebahagiaan yang terbesar bagi manusia dalam jumlah yang sebanyak-banyaknya. Pada hakikatnya teori ini tujuan hukum adalah manfaat dalam menghasilkan kesenangan atau kebahagiaan

yang terbesar bagi jumlah orang terbanyak. Pendukung utama teori ini adalah Jeremy Bentham.

3. Teori campuran, van Apeldoorn mengatakan tujuan hukum adalah mengatur pergaulan hidup secara damai. Mochtar Kusumaatmadja menyatakan tujuan hukum adalah ketertiban.

Fungsi hukum adalah menetapkan pola hubungan antara anggota masyarakat menunjukkan jenis-jenis tingkah laku yang diperbolehkan dan yang dilarang, menentukan alokasi wewenang memerintah siapa yang boleh melakukan paksaan yang secara tepat dan efektif, serta menyelesaikan sengketa.

Sebagai tempat menemukan atau menggali hukum disebut sebagai sumber hukum. Apeldoorn membedakan 4 macam sumber hukum yaitu:

1. Dalam arti historis yaitu tempat menemukan hukum dalam sejarah, yang dapat dibagi atas:
  - a. Diketemukan atau dikenal hukum secara historis: dokumen-dokumen kuno, lontar dan sebagainya.
  - b. Tempat pembentuk undang-undang mengambil bahannya.
2. Dalam arti sosiologis.(teleologis) merupakan faktor-faktor yang menentukan sisi positif, misalnya keadaan agama, pandangan agama dan sebagainya.
3. Dalam arti filosofis yang terdiri atas
  - a. Sumber isi hukum menanyakan isi hukum itu asal dari mana. Terdapat tiga pandangan yang mencoba menjawab pertanyaan ini yaitu:
    1. Pandangan teokratis, isi hukum berasal dari Tuhan
    2. Pandangan hukum kodrat, isi hukum berasal dari akal manusia.
    3. Pandangan mazhab historis, isi hukum berasal dari kesadaran hukum masyarakat.

- b. Sumber kekuatan mengikat dari hukum, yakni bahwa kekuatan mengikat dari hukum bukan semata-mata didasarkan atas kekuatan yang bersifat memaksa, melainkan karena alasan kesesuaian atau kepercayaan.
4. Dalam arti formil yakni melihat sumber hukum dari cara terjadinya hukum positif yang merupakan fakta yang menimbulkan hukum yang berlaku dan mengikat hakim dan penduduk. Utrecht (1975) menyebut sumber hukum formal itu adalah:
- a. Undang-undang
  - b. Kebiasaan dan adaptasi
  - c. Traktat
  - d. Yurisprudensi
  - e. Pendapat ahli hukum yang terkenal (doktrin).

Mengenai sumber hukum formal ini, selanjutnya hanya akan dibahas mengenai undang-undang. Undang-undang dapat dibagi atas:

- a. Undang-undang dalam arti materiel yaitu undang-undang yang merupakan keputusan atau ketetapan penguasa, yang dilihat dari isinya disebut undang-undang dan mengikat setiap orang secara umum.
- b. Undang-undang dalam arti formal ialah keputusan penguasa yang dilihat dari bentuk dan cara terjadinya disebut undang-undang.

Beberapa asas yang dikenal dalam perundang-undangan yaitu:

- 1. Undang-undang tidak berlaku surut
- 2. Undang-undang yang lebih tinggi mempunyai kedudukan yang lebih tinggi pula. Hal ini membawa konsekuensi sebagai berikut:
  - a. Peraturan yang lebih tinggi tidak dapat diubah atau dihapuskan oleh peraturan yang lebih rendah tingkatannya, tetapi prosesnya sebaliknya dimungkinkan.



- b. Hal-hal yang wajib diatur oleh peraturan yang lebih tinggi tidak mungkin diatur oleh peraturan rendahan, sebaliknya dimungkinkan.
  - c. Isi peraturan rendahan tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi, sedangkan sebaliknya mungkin, dan kalau ini terjadi maka peraturan rendahan menjadi batal.
  - d. Peraturan yang lebih rendah dapat merupakan peraturan pelaksanaan dari peraturan yang lebih tinggi, sebaliknya tidak mungkin.
3. Undang-undang yang bersifat khusus mengesampingkan undang-undang yang bersifat umum.
  4. Undang-undang yang berlaku belakangan membatalkan undang-undang yang berlaku terdahulu. Maksudnya jika dua undang-undang mengatur hal yang sama, maka peraturan yang terakhir membatalkan peraturan terdahulu.
  5. Undang-undang tidak dapat diganggu gugat.
  6. Undang-undang berlaku pada saat ditempatkan di Lembaran Negara (LN) dan mengikat semua penduduk setelah 30 hari sejak pengundangan dan penempatannya di dalam Lembaran Negara.

Dalam Tap MPR No. III/MPR/2000 ditetapkan hierarki dan tata urutan peraturan perundangan-undangan yaitu:

1. UUD
2. Tap MPR
3. UU/Perpu
4. PP
5. Keputusan Presiden
6. Peraturan Daerah

Mengenai kekuatan berlakunya suatu undang-undang yaitu:

1. Berlaku secara yuridis, yaitu mempunyai kekuatan berlaku yuridis apabila persyaratan formal terbentuknya undang-undang itu telah terpenuhi.
2. Berlaku secara sosiologis yaitu kekuatan berlakunya suatu undang-undang yang didasarkan pada efektivitasnya atau hasil guna undang-undang itu dalam masyarakat. Kekuatan berlakunya undang-undang dalam masyarakat ada dua macam yaitu
  - a. Menurut teori kekuatan, hukum mempunyai kekuatan berlaku secara sosiologis apabila dipaksakan oleh penguasa, terlepas dari diterima atau tidak oleh masyarakat.
  - b. Menurut teori pengakuan, hukum mempunyai kekuatan berlaku sosiologis apabila diterima dan diakui oleh masyarakat.
3. Berlaku secara filosofis yakni bahwa hukum mempunyai kekuatan berlaku secara filosofis apabila kaidah hukum tersebut sesuai dengan cita-cita hukum sebagai nilai positif yang tertinggi.

Supaya berfungsi, maka perundang-undangan harus memenuhi ketiga landasan berlakunya hukum yaitu secara yuridis, sosiologis, dan filosofis. Sebab, apabila suatu kaidah hukum hanya mempunyai landasan yuridis belaka, maka norma tersebut mungkin merupakan kaidah mati. Kalau suatu kaidah hukum hanya mempunyai kelakuan sosiologis dalam arti teori kekuasaan, maka norma tadi menjadi aturan pemaksa. Akhirnya, apabila suatu kaidah hukum hanya mempunyai landasan filosofis, maka kaidah hukum itu hanya boleh disebut sebagai norma hukum yang diharapkan atau dicita-citakan.

Ruang lingkup berlakunya undang-undang dapat dibagi menurut waktu dan menurut tempat dan orang. Berdasarkan ruang lingkup menurut waktu pada dasarnya undang-undang hanya mengikat peristiwa yang kemudian terjadi setelah undang-undang itu diundangkan. Suatu undang-undang mulai berlaku dapat dilihat dalam undang-undang itu sendiri (Mertokusumo, 1991) yaitu:

- a. pada saat diundangkan
- b. pada tanggal tertentu
- c. ditentukan berlaku surut
- d. berlakunya ditentukan kemudian atau dengan peraturan lain.

Undang-undang berakhir dapat karena:

- a. ditentukan dalam undang-undang itu sendiri
- b. dicabut secara tegas
- c. undang-undang lama bertentangan dengan undang-undang baru
- d. timbulnya hukum kebiasaan yang bertentangan dengan undang-undang atau undang-undang tidak ditaati.

Mengenai ruang lingkup berlakunya undang-undang menurut tempat atau orang terdapat tiga kemungkinan yaitu:

1. Berdasarkan asas teritorial berlakunya undang-undang dibatasi oleh wilayah. Undang-undang berlaku bagi setiap orang dalam wilayah negara tanpa membedakan kewarganegaraan orang yang berada dalam wilayah negara tersebut. Tempat kedudukan kedutaan suatu negara dianggap termasuk wilayah negara yang bersangkutan.
2. Berdasarkan asas personal berlakunya undang-undang mengikuti orang dan tidak terbatas pada wilayah negara saja. Jadi undang-undang berlaku bagi orang yang berada baik di dalam suatu wilayah negara maupun di luarnya.
3. Berdasarkan asas universal berlakunya undang-undang tidak terbatas pada warga negara Indonesia saja tetapi juga tidak terbatas pada wilayah saja.

### C. Pembagian Hukum

---

Berdasarkan kriteria fungsi hukum di bagi atas:

1. Hukum Materiel, terdiri dari peraturan-peraturan yang memberi hak dan membebani kewajiban-kewajiban.
2. Hukum Formil yaitu hukum yang menentukan bagaimana caranya mewujudkan hak dan kewajiban dalam hal menegakkan hukum materiel, bagaimana caranya mewujudkan dalam hal ada pelanggaran hukum atau sengketa; bagaimana menuntut pelunasan utang, bagaimana menuntut penyerahan barang dan sebagainya.

Dari segi isinya hukum dapat dibagi atas Hukum Umum yang merupakan dasar umum serta Hukum Khusus yang menyimpang dari hukum umum. Pembagian lain dari hukum yaitu Hukum Publik dan Hukum Privat. Hukum publik adalah keseluruhan hukum yang mengatur kepentingan umum dan mengatur kepentingan penguasa dengan warga negaranya. Ada beberapa kriteria yang dapat digunakan dan merupakan dasar serta hukum khusus. Dalam hukum publik salah satu pihaknya adalah penguasa, sedangkan dalam hukum privat, kedua belah pihak adalah perorangan tanpa menutup kemungkinan bahwa dalam hukum privat pun penguasa pun dapat juga menjadi pihak. Peraturan hukum publik sifatnya memaksa, sedangkan peraturan hukum privat sifatnya mengatur meskipun ada yang sifatnya memaksa.

Yang termasuk hukum publik adalah hukum tata negara, hukum administrasi negara dan hukum pidana. Hukum tata negara adalah hukum yang mengatur bentuk, organisasi, tugas dan wewenang negara. Hukum tata negara melihat negara dalam keadaan statis, tidak bergerak. Hukum administrasi negara atau hukum tata usaha negara adalah hukum yang mengatur negara dalam keadaan bergerak. Hukum administrasi negara mengatur hubungan antar lembaga-lembaga negara, antara lembaga negara dengan masyarakat. Hukum pidana adalah hukum yang menentukan perbuatan-per-

buatan mana atau siapa sajakah yang dapat dipidana serta sanksi-sanksi apa yang tersedia.

Hukum privat atau hukum perdata itu mengatur hubungan dalam keluarga dan hubungan pergaulan di dalam masyarakat. Hubungan dalam keluarga menimbulkan hukum orang dan hukum keluarga, sedangkan pergaulan di dalam masyarakat menimbulkan hukum harta kekayaan yang dibagi lebih lanjut menjadi hukum benda dan hukum perikatan. Di samping hukum keluarga, hukum orang, hukum benda dan hukum perikatan, termasuk dalam hukum perdata juga hukum waris. Hukum dagang adalah hukum khusus di samping hukum perdata. Akan tetapi, hukum dagang tidaklah berdiri sendiri lepas dari hukum perdata, melainkan melengkapi hukum perdata. Meskipun ketentuan hukum dagang itu sering menyimpang dari ketentuan hukum perdata, namun hukum perdata tetap berlaku sebagai dasar umum bagi hukum dagang.

Dalam kaitan hukum dengan permasalahan kesehatan yaitu bagaimana hukum dapat berfungsi untuk menyelesaikan masalah kesehatan sesuai dengan tujuan hukum. Berfungsinya hukum dapat dilihat dari:

1. Sarana pengendalian sosial (*social control*)  
Sebagai suatu sarana pengendalian sosial yaitu dengan melihat hukum sebagai sarana untuk mempertahankan suatu tata tertib atau pola kehidupan yang telah ada. Hukum dalam posisi seperti ini sekadar menjaga agar setiap orang menjalankan peranannya sebagaimana diharapkan dari padanya.
2. Sarana untuk melakukan perubahan sosial (*social engineering*).  
Dengan fungsi hukum sebagai sarana untuk melakukan perubahan di dalam masyarakat, dari hukum diharapkan tidak hanya sekadar meneguhkan pola-pola yang memang telah ada di dalam masyarakat tetapi juga ia berusaha untuk menciptakan hal-hal atau hubungan-hubungan baru.

3. Fungsi hukum sebagai alat pemersatu (*social integration*) yaitu mengatur dan menciptakan tatanan. Adanya hukum di sini dimaksudkan untuk mengatur kehidupan bersama di dalam masyarakat.

Agar suatu kaidah hukum atau peraturan tertulis benar-benar berfungsi, senantiasa dapat dikembalikan pada paling sedikit empat faktor (Soekanto dan Abdullah, 1980) yaitu:

1. Kaidah hukum itu sendiri
2. Aparat penegak hukum
3. Fasilitas yang dapat mendukung penegakan hukum
4. Kesadaran hukum masyarakat yang terdiri dari:
  - a. Pengetahuan hukum masyarakat
  - b. Penghayatan terhadap fungsi hukum
  - c. Penerapan dari kaidah hukum itu sendiri.

Dalam ilmu hukum, diajarkan tiga ketaatan terhadap hukum yaitu:

1. Bersifat *compliance*, taat pada suatu ketentuan hukum hanya karena takut pada sanksi. Ini paling banyak di Indonesia. Ketaatan ini yang paling rendah kualitasnya.
2. Ketaatan yang bersifat *identification*, menaati ketentuan hukum karena takut hubungan baiknya dengan orang lain menjadi rusak.
3. Ketaatan yang bersifat *internalization* yaitu ketaatan terhadap ketentuan hukum bukan karena takut sanksi melainkan karena nilai intrinsik kita.

Persamaan antara etik dan hukum (Hanafiah dan Amir,1999) adalah:

1. Sama-sama merupakan alat untuk mengatur tertibnya hidup masyarakat.

2. Sama-sama objeknya adalah tingkah laku manusia.
3. Sama-sama mengandung hak dan kewajiban anggota masyarakat
4. Sama-sama menggugah kesadaran untuk bersikap manusiawi.
5. Sumbernya adalah hasil pemikiran para pakar dan pengalaman para senior

Etika baru mengandung hak dan kewajiban apabila sudah dituangkan dalam bentuk kode etik kedua, sumber hukum tidak mengenal keterikatan pada pemikiran senioritas melainkan merupakan pendapat dari para ahli hukum atas sesuatu kasus (doktrin).

Di samping persamaannya, antara etika dan hukum terdapat perbedaan-perbedaan yaitu:

1. Etik berlaku untuk lingkungan profesi, sementara hukum berlaku umum.
2. Etik disusun berdasarkan kesepakatan anggota profesi, sementara hukum disusun oleh badan pemerintahan.
3. Etik tidak selamanya tertulis, sementara hukum tercantum secara terinci dalam undang-undang maupun dalam lembaran/ berita negara.
4. Sanksi terhadap pelanggaran etik berupa tuntunan, sedang sanksi terhadap pelanggaran hukum berupa tuntutan.
5. Pelanggaran etik diselesaikan melalui Majelis Kehormatan Etik, pelanggaran hukum diselesaikan melalui pengadilan.
6. Penyelesaian pelanggaran etik tidak selalu disertai bukti fisik, penyelesaian pelanggaran hukum memerlukan bukti fisik.

Baik kaidah hukum maupun etik terdiri dari bentuk tertulis maupun tidak tertulis. Pelanggaran terhadap hukum tidak selalu harus diselesaikan melalui pengadilan. Penyelesaian suatu perkara apakah dibawa atau tidak itu dipengaruhi budaya masyarakat setempat.

Berkaitan dengan hubungan antara etik dan hukum, Smith dan Davids (Samil, 2001) mengemukakan dalam empat hal yaitu:

1. Sesuai dengan etik dan sesuai dengan hukum
2. Bertentangan dengan etik dan bertentangan dengan hukum
3. Sesuai dengan etik, tetapi bertentangan dengan hukum
4. Bertentangan dengan etik, tetapi sesuai dengan hukum.

Di antara keempat hal tersebut di atas, seorang tenaga kesehatan besar kemungkinan berhadapan dengan hal ketiga dan keempat. ♦



---

# Hukum Kesehatan Masyarakat

## A. Pendahuluan

---

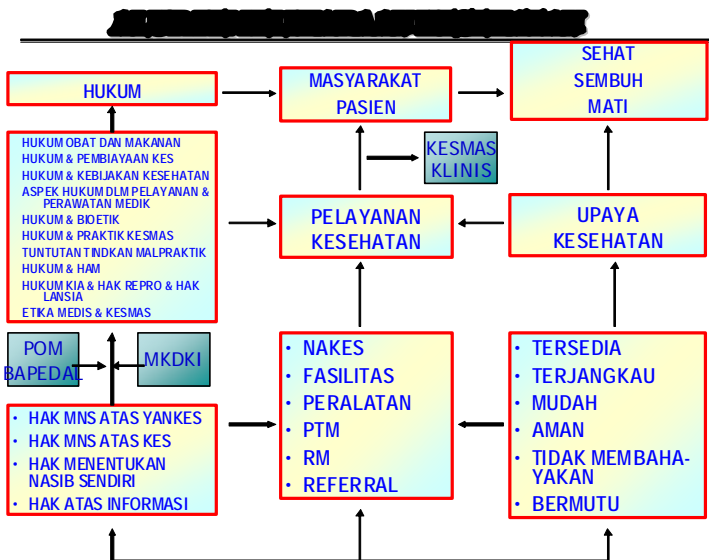
**Sekarang** ini, hampir tidak ada bidang kehidupan masyarakat yang tidak terjamah oleh hukum. Hal ini disebabkan oleh karena manusia mempunyai hasrat untuk hidup teratur. Hukum menjamah bidang kesehatan, oleh karena kesehatan pada dasarnya pun menghendaki keteraturan.

Himpunan dari berbagai peraturan mulai dari tertulis, di samping yurisprudensi, hukum kebiasaan, ilmu hukum dan literatur dipakai dalam menangani permasalahan hukum kesehatan. Dengan kata lain pendekatan permasalahan hukum kesehatan dilakukan dengan melalui pendekatan legislatif, yudisial dan ilmu hukum dan hukum tak tertulis lainnya. Karena itu, analisis terhadap pemeliharaan kesehatan dilakukan melalui pendekatan tersebut.

Pendekatan terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi, dalam hukum dilakukan dengan pertama-tama menetapkan fakta untuk kemudian mengadakan suatu usaha ke arah suatu "*yuridise diagnose*". Selanjutnya dicarikan suatu determinasi dari suatu persoalan, yang harus dipecahkan melalui suatu konstruksi hukum dengan mengambil sumbernya dari peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, kebiasaan dan lainnya.

Eksistensi dan penegakan hukum terhadap pelayanan kesehatan baik yang bertujuan untuk pengobatan (kuratif) maupun peningkatan derajat kesehatan (promotif), rehabilitasi (rehabilitatif) atau pencegahan (preventif) dilakukan dengan menetapkan fakta-fakta dalam pemeliharaan kesehatan yang didasarkan atas syarat suatu pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh tenaga kesehatan meliputi tersedia (*available*), aman (*secure*), mudah (*accessible*), terjangkau (*affordable*) dan berkualitas (*quality*).

Berdasar suatu diagnosis yuridis selanjutnya dicarikan suatu determinasi dari suatu persoalan, yang harus dipecahkan melalui suatu konstruksi hukum dengan berdasarkan kepada peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, kebiasaan dan lainnya. Dalam kasus penggunaan Formalin, tersangka S seorang penjual bakso di Bumi Tamalanrea Permai dilepaskan setelah melalui pemeriksaan laboratoium foreksi Polri (*science evidence*) tidak terbukti, meski laporan masyarakat bahwa bakso jualannya “dicampur” dengan Formalin (Harian Fajar, Februari 2006). Secara skematis alur pemeliharaan kesehatan dan aspek hukumnya kesehatan sebagai berikut.



Dengan demikian secara substansial ketentuan perundang-undangan kesehatan tersebut dipandang dan dijamin representatif mampu dapat melindungi pengguna pelayanan kesehatan untuk kebutuhan tindakan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan masyarakat.

## **B. Pengertian Kesehatan**

---

Untuk memberikan pengertian kesehatan masyarakat lebih dulu dikemukakan definisi kesehatan. Dalam kamus definisi kesehatan adalah bebas dari penyakit atau rasa. Konstitusi WHO 1946 merumuskan definisi sehat sebagai "Health Is State Of Physical, Mental, And Social Well Being Not Merely The Absence Of Diseases and Infirmary". Definisi ini diadopsi secara utuh oleh Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan. Undang-undang kesehatan pertama Indonesia menyebutkan Sehat sebagai keadaan sejahtera tentang fisik, mental, dan keadaan sosial bukan hanya dari penyakit dan kecacatan.

Lahirnya Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan sebagai pengganti Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan definisi sehat menjadi Keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif dan secara sosial ekonomi. Pengertian sehat mengalami perubahan sesuai dengan perkembangan dan dinamika kesehatan yaitu hidup produktif dan secara sosial ekonomi.

Perkembangan definisi sehat kemudian dapat dilihat pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan sehat sebagai Keadaan sehat dari fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif dan secara sosial ekonomi. Undang-Undang kesehatan ini sebagai pengganti undang-undang kesehatan sebelumnya menambahkan unsur spiritual sebagai suatu bagian dari kriteria sehat.

### C. Pengertian Kesehatan Masyarakat

---

Telah banyak upaya untuk mendefinisikan kesehatan masyarakat. Awalnya ada yang memberikan definisi kesehatan masyarakat terbatas pada tindakan sanitasi terhadap gangguan dan bahaya kesehatan yang belum mampu diatasi seseorang. Sanitasi yang buruk dan penularan penyakit menjadi kriteria utama untuk menentukan suatu masalah dapat dimasukkan ke dalam bidang kesehatan masyarakat

Seiring dengan perkembangan bakteriologis dan imunologis pada abad ke sembilan belas dan permulaan awal kedua puluh, diikuti dengan perkembangan teknik penerapannya, maka konsep pencegahan penyakit pada individu telah ditambahkan pada bidang kesehatan masyarakat.

Kesehatan masyarakat menurut Winslow adalah ilmu dan seni untuk

1. Mencegah penyakit
2. Memperpanjang hidup
3. Meningkatkan kesehatan dan efisiensi masyarakat melalui: Sanitasi lingkungan, pengendalian penyakit menular, pendidikan higiene perorangan, mengorganisir pelayanan medik dan perawatan agar dapat dilakukan diagnosis dini dan pengobatan tepat serta membangun mekanisme sosial sehingga setiap orang dapat menikmati standar kehidupan yang cukup baik untuk dapat memelihara kesehatan.

International of Medicine (IOM) merumuskan “ Public Health is what we, as society, do collectively to assure the conditions for people to be healthy”. Kesehatan masyarakat adalah apa yang kita sebagai masyarakat melakukan secara kolektif untuk menjamin kondisi setiap orang untuk menjadi sehat. Definisi ini menekankan kegiatan dan sifat sosial dari kesehatan masyarakat. Ini melihat kesehatan masyarakat sebagai suatu upaya keras dari masyarakat, pemerintah, dan organisasi. Ia terkandung apa yang telah banyak dilihat sebagai suatu karakteristik kesehatan masyarakat yaitu fokusnya

pada penduduk (masyarakat). Dengan demikian berarti bahwa kesehatan masyarakat secara sederhana bukanlah suatu upaya untuk membuat seseorang itu sehat, sebagaimana bidang melakukannya, tetapi sebagai suatu tujuan untuk menyetatkan suatu kelompok yang lebih luas sebagai suatu masyarakat atau badan negara.

#### **D. Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Peraturan Perundang-undangan**

---

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan dirinya dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Pasal 1 butir 3 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan). Menurut penjelasan pasal ini dokter dan perawat merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan tertentu, karena kedua jenis tenaga kesehatan tersebut yang paling dekat kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Undang-Undang No. 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan mengklasifikasi tenaga kesehatan atas tenaga kesehatan sarjana terdiri atas dokter, dokter gigi, apoteker dan sarjana-sarjana dalam bidang kesehatan. Kedua, tenaga kesehatan sarjana muda, menengah, dan rendah meliputi bidang farmasi seperti asisten apoteker dan sebagainya, bidang kebidanan seperti bidan dan sebagainya, bidang keperawatan seperti perawat, fisioterapis dan sebagainya.

Menurut Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, yang termasuk tenaga kesehatan terdiri atas:

- a. Tenaga medis; dokter dan dokter gigi
- b. Tenaga keperawatan; perawat dan bidan
- c. Tenaga kefarmasian; apoteker, analisis farmasi dan asisten apoteker
- d. Tenaga kesehatan masyarakat; epidemiologi kesehatan, entomologi kesehatan, mikrobiologi kesehatan, penyuluh kesehatan, administrasi kesehatan, dan sanitarian

- e. Tenaga gizi; nutrisisionis dan dietasen
- f. Tenaga keterampilan fisik, fisioterapis, radioterapis, teknisi gizi dan elektromedis, analisis kesehatan teknisi, transfusi dan perekam medis
- g. Tenaga keteknisan medik

Peraturan perundang-undangan di atas menurut penulis merupakan peraturan ketentuan hukum organik yang pertama menyebutkan secara eksplisit mengenai tenaga kesehatan masyarakat.

## **E. Hukum Kesehatan Masyarakat**

---

### **1. Latar Belakang**

Sebenarnya perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia disebutkan Soekidjo (Hapsara, 2004) dimulai sejak abad ke 16. Antara lain dengan upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti pada waktu itu. Selanjutnya berbagai perkembangan telah terjadi misalnya ditandai dengan adanya berbagai upaya pemberantasan penyakit, pembentukan Puskesmas, Posyandu, Pendidikan Kesehatan Masyarakat, Sistem Kesehatan Nasional 1982, Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009.

Secara histories hubungan antara hukum dan kesehatan masyarakat dikemukakan oleh seorang ahli hukum Inggris Edwin Chadwick tahun 1850an ketika pertama kali membuat kebijakan terhadap sanitasi lingkungan. Bersama dengan Hamlin, Chadwick menyatakan "Public health is every where and always contingent".

Selanjutnya di Amerika Serikat pemerintahan kota New York telah membuat peraturan mengenai keharusan adanya laporan mengenai dan monitoring kasus penyakit TBC pada 1890-an (Fox, 2001).

Suatu integritas hukum dan kesehatan masyarakat seyogianya merefleksikan 3 (tiga) prinsip yaitu menetapkan kewajiban (*duty*), kekuasaan (*power*), dan pembatasan (*restrain*). Ketentuan hukum

yang mengatur masalah kesehatan sudah semestinya membebankan kewajiban (*duty*) pada pemerintah untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat. Dalam hukum positif kita pasal 15 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Penciptaan ketentuan hukum yang demikian itu jelas akan mengkomodir pada perlindungan kesehatan dan keselamatan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Implikasi selanjutnya, menunjukkan komitmen pemerintah untuk menjamin infrastruktur kesehatan masyarakat seperti sistem jaminan sosial nasional, serta lebih memberikan ekspektasi dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Ketentuan hukum dan perundang-undangan kesehatan seyogianya memberikan kewenangan kepada pemerintah (*power*) guna mengatur individu dan usaha bisnis untuk keamanan dan kesejahteraan masyarakat seperti dalam masalah udara dan air bersih, keamanan produk, kesehatan dan keselamatan di tempat kerja, serta pengendalian penyakit menular. Adanya Badan Pengawas Dampak Lingkungan (Bapedal) dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

Bahkan, untuk kepentingan kesehatan masyarakat diberikan kewenangan kepada Negara untuk melakukan pembatasan (*restrictions*) hak asasi manusia seperti dalam keadaan darurat, terjadinya kejadian luar biasa (KLB) maupun dalam kondisi terjadinya wabah.

Dalam praktiknya, penerapan hukum (*law enforcement*) untuk kesehatan masyarakat terdapat beberapa permasalahan substansial. *Pertama*, ketentuan hukum ini masih tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan. Jadi belum terkodifikasi dengan sistematis. Peraturan tentang makanan dan minuman yang memenuhi syarat kesehatan terkait dengan beberapa departemen. Masalah formalin pada makanan dan boraks misalnya diatur dalam Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 pasal 21, Undang-Undang

Pangan No. 7 Tahun 1996 pasal 8, Peraturan Menteri Kesehatan No. 329 Tahun 1976 tentang Produksi dan Peredaran Bahan Makanan, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 722 Tahun 1988 tentang Bahan Tambahan Makanan Yang Diizinkan Untuk Makanan, peraturan menteri perdagangan, peraturan menteri perindustrian, serta peraturan menteri kesehatan. Akibatnya ketika timbul persoalan penyalahgunaan formalin misalnya, peraturan manakah yang tepat dijadikan rujukan dalam masalah tersebut?

Kedua, beberapa peraturan sudah saatnya ditinjau kembali karena tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan dinamika masyarakat. Kitab Undang-Undang Pidana (KUHP) dan Undang-Undang Wabah No. 4 Tahun 1984 sudah saatnya untuk ditinjau kembali berhubung akhir-akhir muncul berbagai sindrom penyakit seperti HIV/AIDS, SARS, SBS maupun Flu Burung (*Avian Flue*)

*Ketiga*, beberapa peraturan menyangkut kesehatan masyarakat kurang dapat lagi mengayomi dan memberikan jaminan kepastian hukum. Dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pasal 292 KUHP hanya menjerat pelaku homoseksual antara orang dewasa dan anak. Selain itu, jika terjadi kasus HIV/AIDS, SBS, flu burung, anthrax, SARS, benarkah undang-undang wabah No. 4 Tahun 1984 dapat diterapkan untuk kasus-kasus ini? Dalam praktik, departemen kesehatan mengintrodusir peraturan dalam bentuk Permenkes yang masih dipertanyakan keabsahannya dari segi hierarki dan tata urutan peraturan perundang-undang menurut Tap MPR No. III tahun 2000.

Dalam pembukaan Undang-Undang dasar 1945 tercantum cita-cita bangsa Indonesia yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mencapai cita-cita bangsa tersebut di atas, maka diselenggarakan pembangunan nasional di segala bidang kehidupan yang



berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Oleh sebab itu, penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumber dayanya.

Pembangunan upaya kesehatan sebaliknya meliputi upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Dalam rangka memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi dasar bagi pembangunan kesehatan, maka Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (UUK) diintrodusir sebagai suatu perangkat hukum kesehatan yang dinamis.

UUK ini lahir menggantikan UUK sebelumnya yaitu Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang menggantikan Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan yang dinilai telah ketinggalan dan tak dapat lagi mengikuti perkembangan masyarakat. Dalam UUK No. 36 Tahun 2009 mengandung beberapa asas dalam pelayanan kesehatan serta memuat hak-hak asasi manusia sebagai refleksi dari isu global kesehatan sebagai hak asasi manusia. UUK dilatar belakangi pertimbangan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) maupun penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*).

Beberapa pertimbangan kelahiran UUK sekarang ini: 1) kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia, 2) setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia

Indonesia serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional, 3) setiap hal yang mengganggu kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan juga berarti investasi bagi pembangunan negara, 4) setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat, 5) UUK No. 23 Tahun 1992 sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan, tuntutan, dan kebutuhan hukum dalam masyarakat antara lain pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global belum terakomodatif dalam UUK ini. Di samping itu kelahiran UUK No. 23 Tahun 1992 dipandang masih menitikberatkan pada pengobatan (kuratif). Hal itu akan menimbulkan dana yang lebih besar dibandingkan dengan upaya pencegahan, 6) dibutuhkan sebuah UU yang berwawasan sehat, bukan UU yang berwawasan sakit, 7) perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan lahirnya UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah terakhir dengan UU No. 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang No. 32 Tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah. UUK No. 23 Tahun 1992 perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah. Oleh karena itu, perlu dibentuk kebijakan umum kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan.

## **2. Implikasi Hukum pada Kesehatan Masyarakat**

Dalam menjalankan tugas profesionalnya tenaga kesehatan masyarakat akan selalu menerapkan hukum positif sebagai dasar pembenaran dari segala tindakannya. Bahkan, terkadang mereka me-

rancang dan kemudian menerapkan peraturan tersebut. Karena itu untuk pemberlakuan secara efektif peraturan perundang-undangan, mereka perlu tahu sesuatu tentang bagaimana hukum dibaca dan diterapkan. Mereka juga perlu memahami konteks hukum yang lebih luas termasuk menemukan sumbernya. Dengan demikian profesi kesehatan masyarakat bahkan hanya tahu peraturan yang berkaitan dengan profesi tetapi juga, idealnya, hukum hukum positif di bidang kesehatan (termasuk tentunya ketentuan konstitusional). Dia harus mampu mengantisipasi, setidaknya secara luas, bila tindakan mereka mendapat tantangan dari masyarakat dan ketika dia membutuhkan masukan maupun saran dari setiap tindakannya.

Sering kali tindakan pragmatis lebih dramatik. Sejak 2001, serangkaian ancaman kesehatan masyarakat yang tinggi, mulai dari SARS sampai ke serangan Anthrax terlihat peran penting hukum dalam keadaan darurat kesehatan masyarakat. Dalam situasi ini, hukum kesehatan masyarakat memberikan wewenang tindakan perlindungan kepada masyarakat. Hukum bagaimanapun juga dapat memaksakan tindakan tertentu sebagai suatu intervensi publik.

Meskipun hambatan ini, seperti kebutuhan untuk menyediakan proses karena ketika memberlakukan karantina, sekilas mungkin tampil sulit untuk beberapa profesional kesehatan masyarakat, ini kendala hukum juga dapat membantu mendamaikan nilai kesehatan masyarakat dengan nilai-nilai lain, seperti otonomi dan kesetaraan, yang banyak diadakan di masyarakat kita. Menariknya, nilai ini mungkin sendiri mendukung kesehatan masyarakat, bahkan ketika tampaknya membuat beban untuk mencapai tujuan-tujuan kesehatan masyarakat sistem kesehatan masyarakat.

Hubungan antara hukum dan kesehatan masyarakat bukan hanya pragmatis sebagaimana dikemukakan sebelumnya. Tenaga kesehatan masyarakat perlu mengetahui sistem hukum untuk mengatasi penghalang hukum dalam melakukan tugas mereka. Hal ini sangat mendasar, mengingat kesehatan masyarakat merupakan

upaya kolektif yang bertujuan agar penduduk tetap sehat, untuk itu hukum menyediakan struktur sosial dan norma-norma untuk mencapai kesehatan masyarakat. Karena itu tidak dapat dipungkiri bahwa hukum diperlukan oleh masyarakat untuk mencapai tujuan masyarakat dan membrikan landasan untuk pembenaran dari segala tindakannya.

A. Stephen L. Issac dan Steven A. Schroeder (Goodman, 2007) menunjukkan, hukum telah memainkan peran penting dalam banyak kemenangan kesehatan masyarakat yang utama pada abad lalu, termasuk menghapuskan timbal dari bensin dan pengurangan tingkat kematian dari kendaraan dan merokok. Dalam kasus ini dan banyak lagi, hukum telah menyediakan alat untuk melaksanakan rekomendasi kesehatan masyarakat. Pengakuan bahwa kesehatan masyarakat bergantung pada hukum bukan hal baru. Sejarah kesehatan masyarakat menunjukkan kepada kita bahwa awal, dikenal peradaban terlibat dalam kesehatan masyarakat kegiatan menegakkan kode sanitasi, mengatur pasokan makanan, dan menyediakan perawatan bagi orang sakit. Kegiatan ini, banyak yang memengaruhi kesejahteraan masyarakat apa masalah, yang lebih tepat untuk didirikan pada keyakinan religius bergabung daripada pemahaman ilmiah (melalui empirisme kasar pasti menginformasikan banyak praktik). Untuk ini praktisi kesehatan masyarakat awal, alat utama kesehatan masyarakat adalah hukum. Dalam dunia kuno, praktik kesehatan masyarakat tergantung pertama dan utama pada pembentukan sistem hukum yang dapat memastikan organisasi. Dan penggunaan otoritas sipil untuk mengharamkan praktik dianggap mengancam kesehatan dan praktik resep berpikir untuk dilengkapi. Lalu, seperti sekarang, pengetahuan tentang apa yang merugikan kesehatan masyarakat sangat membantu ketika itu bergabung dengan mekanisme, ditentukan oleh hukum untuk mengurangi ancaman tersebut.

Ketergantungan kesehatan masyarakat tentang hukum terutama terlihat saat krisis. Ketika wabah mengancam, hukum adalah

mekanisme utama untuk mendukung kesehatan masyarakat. Apakah mereka mengandalkan penegakan karantina laut atau mendirikan rumah hama, orang selalu bergantung pada kemampuan hukum untuk respons struktur dan menegakkan norma-norma dalam menanggapi ancaman terhadap kesehatan masyarakat. Memang di saat krisis, variabel yang paling ampuh membedakan masyarakat yang bertahan wabah dari yang bukan tingkatan pengetahuan ilmiah masyarakat melainkan respons hukum dan stabilitas.

Dengan demikian, pada akhir abad ke 19, kota di AS yang telah mendirikan badan kesehatan terorganisir dan telah memberikan mereka kewenangan hukum yang diperlukan jauh lebih mampu bertahan dari ancaman kolera dan penyakit epidemik lainnya dibanding dengan masyarakat yang tidak memiliki struktur untuk merespons.

Hari ini keberhasilan badan kesehatan masyarakat dan praktisi tetap tergantung pada undang-undang yang menetapkan kantor mereka, memberikan kewenangan, sesuai dana mereka. Sebagai bentukan negara, balai kesehatan tergantung sekali pada undang-undang negara untuk eksistensi, dukungan keuangan dan otoritas.

Hukum menentukan apakah mereka dapat memeriksa restoran, membunuh nyamuk, atau orang-orang karantina untuk penyakit menular. Hukum juga memberikan informasi bahwa balai kesehatan dan peneliti perlu menentukan prioritas dan kebijakan kesehatan masyarakat. Selama bertahun-tahun, pemahaman epidemiologi benar-benar tergantung pada undang-undang yang mewajibkan menjaga statistik vital dan pelaporan penyakit. Bahkan saat ini, ketika para peneliti sering mengandalkan sumber informasi lain, profesi kesehatan masyarakat mengandalkan hukum *surveillance* kesehatan masyarakat, serta hukum statistik vital untuk memberikan sentinel ancaman kesehatan baru dan muncul.

Tetapi itu terlalu mudah untuk percaya bahwa peran hukum dalam memfasilitasi kesehatan masyarakat terbatas pada diberlakukannya disebut hukum kesehatan masyarakat, yang berkaitan dengan penciptaan dan otorisasi dari dinas kesehatan, pelacakan

informasi kesehatan, dan peraturan langsung kegiatan yang berbahaya. Meskipun undang-undang yang berhubungan dengan apa yang disebut fungsi inti kesehatan masyarakat adalah sangat penting, mereka hanyalah puncak gunung es hukum yang terkait dengan kesehatan masyarakat.

Bahkan dengan rumah, dengan cara yang lebih ekstrem, hukum sebagai alat pemesanan sosial adalah *sine qua non* kesehatan masyarakat. Pertimbangan untuk contoh, kesehatan masyarakat, tujuan 2010 sebesar menghilangkan kesenjangan di bidang kesehatan. Apakah ini tantangan bagi ilmu pengetahuan atau untuk hukum? Penelitian ilmiah walaupun mungkin penting untuk penentuan faktor tertentu bertanggung jawab untuk kesenjangan, ilmu saja tidak dapat mengatasi mereka. Tidak ada pil ajaib yang dapat dikembangkan untuk mengakhiri ras, perbedaan dalam kesehatan. Juga tidak bisa pejabat kesehatan masyarakat, bertindak sendiri, menggunakan keterampilan kesehatan masyarakat untuk memecahkan masalah.

Sebaliknya, jika ada pendekatan berarti untuk menghilangkan perbedaan ras adalah ada, maka akan perlu muncul dari berbagai macam respons sosial yang akan diinformasikan oleh penelitian kesehatan masyarakat, tetapi akan bergantung pada atau digagalkan oleh hukum. Jadi, meskipun studi kesehatan masyarakat dan profesionalis akan mengajarkan kita di mana beberapa masalah berbohong dan apa yang perlu dilakukan, kita perlu beralih ke hukum terhadap alamat beberapa masalah ini. Mungkin beberapa dari hukum-hukum akan melibatkan fungsi kesehatan masyarakat inti (seperti hukum menyediakan untuk klinik kesehatan masyarakat di lingkungan tertentu), tetapi hukum yang lebih jauh mungkin diperlukan juga. Mungkin hukum yang berkaitan dengan perumahan yang terjangkau, zonasi, tempat kerja diskriminasi, pajak penghasilan, atau kepemilikan obat akan memainkan peran dalam bersekongkol atau memperlambat perbedaan ras. Dengan demikian, banyak masalah lain dan tanggapan dalam domain hukum yang

mungkin harus ditangani jika tujuan kesehatan di tahun 2010 sebagian dapat direalisasikan.

Sebagian besar inisiatif kesehatan masyarakat, oleh karena itu, selalu melibatkan hukum. Dan berkali-kali, hukum dipahami baik sebagai disiplin dan sebagai satu perangkat alat sosial dapat menyediakan mekanisme yang kuat untuk secara dramatis mengubah jalannya kesehatan masyarakat. Dampak bahwa litigasi telah di pemasaran, regulasi, pemahaman rokok di AS menunjukkan potensi satu perangkat hukum untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Hukum juga dapat membela kepentingan industri yang mengancam kesehatan masyarakat, mempertahankan status quo, dan menempatkan kepentingan ekonomi di atas kepentingan masyarakat. Sebagai contoh, di awal abad ke-20, hukum konstitusi AS ditafsirkan diterapkan sedemikian rupa untuk pembatasan besar pada kemampuan negara untuk mengatur kondisi berbahaya di tempat kerja. Hari ini Amandemen Pertama dapat menimbulkan hambatan yang tangguh untuk ketat (mungkin efektif) regulasi iklan rokok. Hukum demikian selalu pada kesehatan masyarakat, tetapi belum tentu sekutu.

Hambatan bahwa hukum dapat menciptakan untuk hasil kesehatan masyarakat dari lebih dari terjadi sikap. Mereka muncul, sebagian, dari pandangan dunia yang sangat berbeda dihargai oleh masing-masing disiplin. Dengan demikian, fokus profesi hukum pada tujuan-tujuan subjektif dapat menekankan hak-hak individu, termasuk hak milik, penyediaan prosedur yang adil, dan pengenaan pembatasan melampaui batas pemerintah.

Perlindungan individu ini mungkin di pabrik jangka panjang benih untuk masyarakat yang sehat, tetapi dalam jangka pendek, dapat mengganggu dan menghalangi inisiatif kesehatan masyarakat yang penting. Pejabat kesehatan masyarakat, oleh karena itu, mungkin dimaafkan untuk mengasumsikan bahwa hukum hanya melemahkan rintangan di jalan mereka. Hukum itu juga dapat digunakan secara positif untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan

bagaimana yang bisa dilakukan-telah lebih jarang dihargai baik pengacara atau praktisi kesehatan masyarakat.

Namun perkembangan, seperti penggunaan litigasi untuk menantang industri tembakau dan pekerjaan pengacara untuk menangani bahaya lingkungan, harus sebenarnya mengingatkan kita bahwa tidak hanya hukum menciptakan lingkungan pendukung yang diperlukan kesehatan masyarakat, juga mendukung afirmatif tertentu tujuan kesehatan masyarakat.

### 3. Implikasi Kesehatan Masyarakat pada Hukum

Jadi bagaimana kesehatan masyarakat memengaruhi hukum? Ketergantungan hukum terhadap kesehatan masyarakat, saya kira jauh lebih penting daripada ketergantungan kesehatan masyarakat terhadap hukum. Namun tetap kritis. Tanpa pertanyaan, tingkat minimal kesehatan masyarakat diperlukan untuk hukum untuk berfungsi dengan baik. Sama seperti kesehatan masyarakat terancam ketika pelanggaran hukum ada, hukum terancam ketika masyarakat adalah bahaya. Selama epidemi demam kuning tahun 1793 misalnya, otoritas sipil mogok di Philadelphia, mengancam tidak hanya hukum setempat, tetapi juga konstitusi yang masih muda, karena kota itu kemudian adalah ibukota AS. Dalam arti, hukum adalah sebuah kemewahan yang dimungkinkan hanya bila tingkat sederhana kesehatan masyarakat tercapai. Jika itu benar, maka pembentukan dan pemeliharaan kesehatan masyarakat mungkin menjadi yang pertama penting dan perlu usaha hukum.

Oleh karena itu, pepatah *common law salus populi suprema lex* merupakan pemahaman yang tidak hanya harus hukum melayani kesehatan masyarakat, tetapi juga bahwa kesehatan masyarakat adalah hadapan hukum. Ketergantungan hukum terhadap kesehatan masyarakat, namun tidak terbatas pada mencegah anarki yang menyertai epidemi. Kesehatan masyarakat telah hukum dan berkaitan dengan hukum di banyak cara yang halus lainnya. Sebagai contoh, salah satu tantangan berkelanjutan dalam Konstitusi AS telah



menemukan luas disepakati *on arbiter* dan prinsip-prinsip yang dapat digunakan untuk membantu membatasi batas-batas antara otoritas federal dan otoritas negara dan antara ruang publik dan otonomi individual.

Dalam dunia nilai diperebutkan dan bertentangan penilaian moral, masyarakat telah terbukti menjadi salah satu yang paling banyak diterima alasan-alasan untuk tindakan komunal. Dalam peran tersebut, kesehatan masyarakat memainkan penting, meskipun sering tidak diakui, peran dalam perkembangan hukum konstitusional AS. Dengan demikian, doktrin yang beragam seperti yang berkaitan dengan Klausul Perdagangan, hak privasi, dan Keempat amandemen semua telah dibangun dan diperkaya oleh pertimbangan kesehatan. Hukum konstitusi, oleh karena itu berutang budi terhadap kesehatan masyarakat yang belum diakui.

Disiplin dan keahlian kesehatan masyarakat juga terbukti penting untuk pengembangan organisasi birokrasi dan hukum administrasi. Di banyak tempat, polisi medis lama mendahului dan membentuk model untuk apa yang telah kita kenal sebagai polisi. Dengan demikian, pemerintah menggunakan alat-alat penegakan hukum, dan alat-alat yang digunakan untuk pengadilan meninjau dan membatasi penegakan itu, telah dikembangkan dalam pembibitan kesehatan masyarakat dan telah didirikan dengan cara yang tak terhitung pada pemahaman yang diperoleh dari perjuangan untuk meningkatkan kesehatan komunal.

#### **4. Definisi Hukum Kesehatan Masyarakat**

---

Hukum kesehatan masyarakat adalah suatu studi kekuasaan hukum dan kewajiban negara, bekerja sama dengan mitra-mitranya, untuk menjamin kondisi orang untuk sehat (seperti untuk mengidentifikasi, mencegah, dan meringankan risiko kesehatan penduduk) dan membatasi kekuasaan negara terhadap otonomi, privasi, kebebasan, kepemilikan, atau perlindungan kepentingan individu untuk kebaikan

bersamaeraannya. Tujuan utama hukum kesehatan masyarakat adalah mewujudkan tingkat tertinggi kesehatan fisik dan mental masyarakat sesuai dengan nilai keadilan sosial (Public health law is the study of the legal powers and duties of the state, in collaboration with its partners, to assure the conditions for people to be healthy (e.g. to identify, prevent, ameliorate risks to health in the populations) and the limitations on the power of the state to constrain the autonomy, privacy, liberty, proprietary, or other legally protected interests of individuals for the common good. The prime objective of public health law is to pursue the highest possible level of physical and mental health in the population, consistent with the value of social justice).

Dari definisi yang dikemukakan di atas menunjukkan ada 7 determinan esensial dari hukum kesehatan masyarakat yaitu:

1. Pemerintah (*government*) bahwa aktivitas kesehatan masyarakat menjadi tanggung jawab utama pemerintah.
2. Paksaan dan pembatasan kekuasaan (*coercion and the limits on power*) bahwa tenaga kesehatan masyarakat memiliki kekuasaan untuk memaksa individu dan urusan perdagangan untuk melindungi masyarakat. Jadi berdasarkan ketentuan hukum membatasi kekuasaan pemerintah ini.
3. Sistem Kesehatan Masyarakat (*Public Health System*). Lembaga kesehatan masyarakat adalah pusat sistem kesehatan multi sektoral. Lembaga kesehatan masyarakat dapat bertindak sebagai katalis untuk tindakan departemen pemerintah lainnya dan menstimulir, mengkoordinir, dan mengatur pelaku non pemerintah. Terdapat 5 pelaku yaitu institusi pelayanan kesehatan, masyarakat, perdagangan, media dan akademisi.
4. Kependudukan, kesehatan masyarakat berfokus pada kesehatan penduduk. Tentu saja, tenaga kesehatan masyarakat peduli terhadap akses dan kualitas perawatan medis, namun perhatian utama adalah menciptakan kondisi agar masyarakat menjadi sehat.

5. Masyarakat; entitas lokal seperti gereja, organisasi kemasyarakatan, dan kelompok advokasi kesehatan dapat memberikan kontribusi untuk kesehatan tetangga. Keterlibatan Masyarakat dapat secara efektif mempromosikan kegiatan kesehatan.
6. Pencegahan; Lapangan kesehatan masyarakat menekankan pencegahan penyakit dan cedera, seperti yang dibedakan, banyak kegiatan yang paling ampuh kesehatan masyarakat berorientasi pencegahan seperti vaksinasi, pendidikan kesehatan, peraturan seat belt.
7. Keadilan sosial, berpusat pada misi kesehatan masyarakat. “Keadilan” membutuhkan pemerintahan yang adil dan kepastian hukum dan memiliki 3 atribut penting yang relevan khusus untuk hukum kesehatan masyarakat: non-diskriminasi, prosedur yang adil, dan alokasi beban dan manfaat yang adil.

Rumusan ini menunjukkan hubungan antara negara dan warga negara dalam masyarakat atau publik adalah bahwa negara memiliki kekuatan memaksa (*coercive power*) untuk menciptakan kesehatan bagi masyarakat, negara memiliki kewajiban (*duties*) secara konstitusional untuk menciptakan, meningkatkan dan mempromosikan kesehatan bagi masyarakat, dan negara harus dibatasi (*restraint*) dari tindakan dalam menggunakan kekuasaan dan kekuatannya. Sudah tentu dalam pelaksanaan kekuasaan (*power*) negara ini cenderung mengancam hak individual seperti kebebasan atas pribadi, privasi, maupun pemilikan misalnya merokok, obesitas, konsumsi alkohol, pergaulan bebas.

Demikian pula dalam menjalankan kewajiban negara (*duties*) sering kali tidak mendapat dukungan kesadaran individu akan kepentingan kolektivitas mereka. Apalagi pembatasan (*restraint*) tindakan negara dalam aktivitas kesehatan masyarakat cenderung warga masyarakat kurang berpartisipasi kalau tidak mau dikatakan tidak berpartisipasi dalam melakukan pengawasan atas tindakan dan kebijakan negara di bidang kesehatan masyarakat. ♦

---

# Hukum dan Penyakit Menular

## A. Pendahuluan

---

**Tenaga** kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan dirinya pada bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan yang untuk jenis tertentu memiliki kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (PP No. 32 Thn 1996 pasal 1 ayat 1). Upaya kesehatan diselenggarakan melalui pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan empat doktrin pendekatan yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya terlibat dalam pelbagai jenis kegiatan dalam bidang kesehatan.

## B. Pengertian Wabah

---

Pasal 1 Undang-Undang No. 4 tahun 1984 tentang Wabah disebutkan bahwa Wabah adalah kejadian suatu penyakit menular yang jumlah penderitanya secara nyata meningkat melebihi daripada keadaan biasanya pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka.

Dalam PP No. 40 tahun 1991 tentang Pemberantasan dan Penanggulangan Wabah disebutkan bahwa Kejadian Luar Biasa (KLB)

adalah timbulnya/ meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah tertentu dalam waktu dan merupakan keadaan yang dapat menjurus kepada terjadinya wabah. Dari pengertian ini maka KLB merupakan kejadian sebelum terjadinya wabah. Adapun sumber penyakitnya yaitu manusia, hewan, tumbuhan dan benda-benda yang mengandung dan atau tercemar bibit penyakit serta yang dapat menimbulkan wabah. Yang termasuk penyakit wabah adalah kolera, demam kuning, demam balik-balik, tipus bercak wabah.

Undang-Undang wabah bertujuan melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah sedini mungkin untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.

### **C. Urgensi Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan**

Makna tanggung jawab adalah menerima dan menanggung segala konsekuensi logis dari tindakan dan akibat tindakan yang telah dilakukan. Istilah tanggung jawab di dalam bahasa asing dapat bermakna *responsibilitas* (*responsibility*) dan *liabilitas* (*liability*). Kedua istilah ini bila diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia memiliki pengertian yang tidak berbeda. Namun, dalam bahasa Inggris tampak dalam dua pengertian yang berlainan artinya. *Responsibilitas* mengarah kepada pengertian yang lebih luas misalnya dalam hubungan moral, politik, religius dan sebagainya. Sedang *liabilitas* (*liability*) pengertiannya lebih bersifat legalistik (N.H.T. Siahaan, 1987: 199).

#### **1. Penanggulangan Wabah Penyakit Menular**

Menurut PP No. 40 tahun 1991 tentang Pemberantasan dan Penanggulangan Wabah penetapan dan pencabutan daerah wabah ditetapkan antara lain dengan pertimbangan epidemiologis (Pasal 2 ayat 2). Selanjutnya upaya penanggulangan wabah penyakit menular meliputi penyelidikan epidemiologis, pemeriksaan, pengobatan,

perawatan, dan isolasi penderita termasuk tindakan karantina, pencegahan dan pengebalan, pemusnahan penyebab penyakit, penanganan jenazah akibat wabah, penyuluhan kepada masyarakat dan upaya penanggulangan lainnya

Tindakan pencegahan dan pengobatan dilakukan terhadap masyarakat yang mempunyai risiko terkena wabah penyakit menular. Tindakan ini dilakukan dengan persetujuan dari orang yang bersangkutan. Sedang tindakan penanganan jenazah dilakukan dengan memperhatikan norma agama atau kepercayaan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam kaitan inilah menurut penulis seorang tenaga kesehatan terlibat dalam menjalankan tugas pada penanggulangan wabah penyakit menular (UU No. 4 Tahun 1984 jo PP No. 40 tahun 1991). Kemudian adanya kewajiban orang-orang yang mempunyai tanggung jawab dalam lingkungannya melaporkan kepada Kepala Desa atau Lurah dan atau Kepala Unit Kesehatan yang terdekat dalam waktu secepatnya.

Dalam penjelasan undang-undang ini disebutkan bahwa yang dimaksud dengan orang-orang di sini, bukan dalam pengertian setiap orang, tetapi dalam pengertian terbatas seperti, kepala keluarga, ketua rukun tetangga, kepala sekolah, kepala asrama, direktur perusahaan dan lain-lain. Walaupun tidak tertulis kewajiban para tenaga kesehatan, para dokter dan petugas kesehatan juga termasuk orang-orang yang wajib lapor (M. Yusuf Hanafiah & Amri Amir, 1999: 140).

Dengan tegas disebutkan dalam Permenkes R.I. No. 560/ Menkes/ Per//VIII/1989 tentang Jenis Penyakit Tertentu yang dapat Menimbulkan wabah, Tata Cara Penyampaian Lapornya dan Tata Cara Penanggulangan seperlunya, bahwa yang diharuskan menyampaikan laporan kewaspadaan termasuk dokter, petugas kesehatan yang memeriksa penderita, dokter hewan yang memeriksa hewan tersangka penderita.

Dalam penanggulangan wabah penyakit menular ini ditentukan pula bahwa bagi mereka yang menderita kerugian sebagai

akibat pemusnahan harta benda dapat diberikan ganti rugi. Selain itu ancaman sanksi pidana dan denda bagi mereka yang dengan sengaja maupun karena kelalaiannya menghalangi atau mengakibatkan terhalangnya pelaksanaan penanggulangan wabah penyakit menular.

Dari uraian di atas dapat disimak beberapa hal yang berkaitan dengan tanggung jawab hukum tenaga kesehatan antara lain:

1. Kewajiban pelaporan wabah penyakit menular
2. Persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dalam melakukan pencegahan dan pengobatan.
3. Pemberian ganti rugi akibat pemusnahan harta benda dalam penanggulangan wabah penyakit menular.
4. Ancaman sanksi pidana dan denda bagi setiap pelanggaran terhadap pelaksanaan penanggulangan wabah penyakit menular.

## 2. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Bagi seorang peneliti epidemiologi nilai-nilai yang harus dipertimbangkan dalam melaksanakan penelitian adalah (Steven S. Coughlin, 1996: 98):

- a. Integritas secara fisik subjek penelitian
- b. Otonomi keputusan (*decisional autonomi*)
- c. Kebebasan dari kerugian yang dapat dihindarkan (*freedom from avoidable harm*).
- d. Martabat dan reputasi perseorangan (*personal reputation and dignity*)
- e. Harapan dari suatu perjanjian (*expectations about promise-keeping*)
- f. Privacy informasi perseorangan (*privacy of personal information*)
- g. Hak-hak kepemilikan (*rights to property*)

Atas dasar ini maka secara etis yuridis dalam suatu penelitian epidemiologi diperlukan:

- a. Pengawasan para profesi
- b. Perlindungan terhadap hak-hak privasi perseorangan

Hal yang pertama dengan pertimbangan meningkatnya kesadaran akan ketidakpastian dalam ilmu pengetahuan (*uncertainty of science*), perbedaaan pendapat di antara para profesi (*differencies of opinion among professionals*), pluralistik nilai-nilai yang relevan (*pluralism of relevant values*), dan adanya perbedaan kepentingan. Sedangkan hal yang kedua disebabkan oleh karena adanya intrusi privasi informasi di kalangan orang-orang tertentu (Steven S. Cough; in et al, 1996: 100).

Menurut UU No. 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan bahwa penelitian dan pengembangan kesehatan dapat dilakukan terhadap manusia atau mayat manusia, keluarga, masyarakat, hewan, tumbuh-tumbuhan, jasad renik, atau lingkungan. Pelaksanaan kegiatan ini dilakukan dengan memperhatikan norma yang berlaku dalam masyarakat serta upaya pelestarian lingkungan. Sebelum pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan maka manusia, keluarga, dan masyarakat berhak mendapat informasi tentang:

- a. Tujuan penelitian dan pengembangan kesehatan serta penggunaan hasilnya.
- b. Jaminan kerahasiaan tentang identitas dan data pribadi.
- c. Metode yang digunakan.
- d. Risiko yang mungkin timbul.
- e. Hal lain yang perlu diketahui oleh yang bersangkutan dalam rangka penelitian dan pengembangan kesehatan terlebih dahulu.

Penelitian dan pengembangan kesehatan ini hanya dilakukan dengan syarat dilaksanakan berdasarkan standar profesi penelitian



kesehatan serta atas dasar persetujuan tertulis dari manusia yang bersangkutan. Selanjutnya ditentukan bahwa kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan terhadap:

- a. Anak-anak hanya dapat dilakukan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Wanita hamil atau menyusui hanya dapat dilakukan dalam rangka pembenaran masalah kehamilan, persalinan, atau peningkatan derajat kesehatannya.
- c. Penderita penyakit jiwa atau lemah ingatan hanya dapat dilakukan dalam rangka mengetahui sebab terjadinya penyakit jiwa atau lemah ingatan, pengobatan, atau rehabilitasi sosialnya.

Terhadap kesalahan atau kelalaian yang dilakukan selama pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan, maka manusia, keluarga, atau masyarakat berhak melakukan tuntutan hukum. Demikian pula terhadap penelitian dan pengembangan kesehatan yang dilakukan tanpa memperhatikan norma yang berlaku dalam masyarakat serta keamanan dan keselamatan yang bersangkutan, tidak sesuai dengan standar profesi penelitian kesehatan, tanpa izin, persetujuan tertulis, dan pemberian informasi diancam dengan pidana penjara denda.

Berdasarkan uraian di atas dapat dicermati beberapa hal yang berkaitan dengan tanggung jawab hukum tenaga kesehatan antara lain:

- a. Kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan penelitian
- b. Izin pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan
- c. Persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dari subjek penelitian.

#### **D. Analisis Tanggung jawab Hukum Tenaga Kesehatan**

Rumusan Hukum Kesehatan dari Leneen ( Soerjono Soekanto dan Herkutanto, 1986: 29) menunjukkan adanya 3 jenis hukum dalam pelayanan kesehatan yaitu Hukum Perdata, Hukum Pidana, dan

Hukum Administrasi Negara. Hak dan kewajiban yang timbul dari hubungan pelayanan kesehatan, persetujuan tindakan medik, akibat kelalaian perdata serta tuntutanannya masuk dalam bagian perdata. Kesaksian, kebenaran isi surat keterangan kesehatan, menyimpan rahasia, pengguguran kandungan, resep obat keras atau narkotika, pertolongan orang sakit yang berakibat maut atau luka-luka masuk bagian hukum pidana. Persyaratan pendidikan keahlian, menjalankan profesi, tata cara membuka praktik, dan berbagai pembatasan serta pengawasan profesi masuk bagian hukum administrasi negara (H. Bambang Poernomo, 2000: 12).

Dari segi hukum perdata hampir semua hampir semua upaya kesehatan dapat menjadi objek perjanjian. Dalam ilmu hukum dikenal 2 jenis perjanjian yaitu;

1. Perjanjian hasil (*resultaatverbintennis*)
2. Perjanjian usaha (*Inspanningverbintennis*)

Dalam bidang kesehatan pada umumnya hubungan didasarkan pada perjanjian usaha yaitu bahwa tenaga kesehatan hanya berupaya untuk memberikan hasil yang maksimal. Jadi seorang dokter misalnya hanya berusaha semaksimal mungkin untuk menyembuhkan pasien berdasarkan kemampuan ilmu, pengetahuan, dan teknologi yang dimilikinya. Jadi dokter bukan menjanjikan jaminan kesembuhan terhadap pasiennya.

Pelanggaran terhadap perjanjian (*wanprestasi*) terjadi apabila:

- Tidak melakukan apa yang disanggupi untuk dilakukan
- Melakukan apa yang diajnjikan, tetapi terlambat
- Melaksanakan apa yang dijanjikan, tetapi tidak sebagaimana yang dijanjikan
- Melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukan.

Gugatan terhadap tenaga kesehatan berdasarkan *wanprestasi* semakin berkurang, hal ini disebabkan karena sangat sulit untuk membuktikan adanya penyimpangan dalam perjanjian. Karena itu

gugatan lebih banyak didasarkan atas perbuatan melanggar hukum (Pasal 1365 KUH Perdata) yang menyebutkan:

“Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kesalahan itu, mengganti kerugian tersebut” .

Di samping gugatan berdasarkan wanprestasi dan perbuatan melanggar hukum, gugatan dapat juga dilakukan berdasarkan kelalaian (Pasal 1366 KUH Perdata) “Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatinya”.

Dikaitkan dengan kegiatan dalam penanggulangan wabah penyakit maka tiap kesalahan atau kelalaian dalam memenuhi kewajiban pelaporan wabah penyakit menular, persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dalam melakukan pencegahan dan pengobatan, serta pemberian ganti rugi akibat pemusnahan harta benda dalam penanggulangan wabah penyakit menular oleh tenaga kesehatan yang menimbulkan kerugian bagi orang, keluarga maupun masyarakat dapat melahirkan tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan.

Demikian pula, bila dikaitkan dengan kegiatan penelitian dan pengembangan, maka terlihat bahwa adanya kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan penelitian, tanpa adanya persetujuan tindakan medik (*informed consent*) yang menimbulkan kerugian pada subjek penelitian, tenaga kesehatan akan mengalami tuntutan hukum baik secara perorangan maupun masyarakat pada umumnya.

Dari segi hukum pidana, tanggung jawab tenaga kesehatan tidak terlepas penerapan asas legalitas sebagaimana yang disebutkan dalam pasal 1 ayat 1 KUHP:

“Tiada suatu perbuatan yang boleh dihukum melainkan atas kekuatan ketentuan hukum pidana dalam undang-undang, yang terlebih dahulu dari perbuatan itu”. Asas ini juga terkait dengan

Dasar pemidanaan dalam pasal 6 ayat 2 UU No. 14 tahun 1970 tentang Kehakiman bahwa “ Tiada seorang pun dapat dijatuhi pidana, kecuali apabila pengadilan karena alat pembuktian yang sah menurut undang-undang, mendapatkan keyakinan, bahwa seseorang yang dianggap dapat bertanggung jawab, telah bersalah atas perbuatan yang dituduhkan atas dirinya.

Dengan kata lain syarat pemidanaan dalam hukum pidana adalah:

Dari segi perbuatan yaitu perbuatan yang dituduhkan mencocoki rumusan undang-undang, bersifat melawan hukum, serta tidak ada alasan pembenar.

Dari segi pelaku yaitu kemampuan mempertanggungjawabkan perbuatan yang dituduhkan, adanya kesalahan, serta tidak ada alasan pemaaf.

Adapun alasan pembenar adalah perbuatan tidak melawan hukum walaupun kesalahan pelaku tetap ada misalnya perbuatan untuk menjalankan undang-undang (pasal 50 KUHP), menjalankan perintah jabatan (pasal 51 KUHP). Sedang alasan pemaaf dimaksudkan adalah walaupun perbuatan tetap melawan hukum, tetapi pelaku tidak bersalah misalnya pelaku pidana yang mengalami sakit jiwa (pasal 44 KUHP).

Dalam kaitan dengan kegiatan dalam penanggulangan wabah penyakit, maka ancaman sanksi pidana dan denda bagi mereka yang dengan sengaja maupun karena kelalaiannya menghalangi atau mengakibatkan terhalangnya pelaksanaan penanggulangan wabah penyakit menular. Hal ini berlaku juga terhadap penelitian dan pengembangan kesehatan yang dilakukan tanpa memperhatikan norma yang berlaku dalam masyarakat serta keamanan dan keselamatan yang bersangkutan, tidak sesuai dengan standar profesi penelitian kesehatan, tanpa izin, persetujuan tertulis, dan pemberian informasi diancam dengan pidana penjara denda.

Dalam bidang kesehatan, ketentuan hukum administrasi ini ditegaskan baik dalam UU Kesehatan No. 36 tahun 2009 maupun

dalam PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Pasal 58 ayat 1 UU No. 36 Tahun 2009 disebut bahwa “ Terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dituntut.

“Sedang dalam PP No. 32 Tahun 1996 pasal 33 ditegaskan bahwa “Tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas tidak sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan, yang bersangkutan dapat dikenai tindakan disiplin. Tindakan disiplin dapat berupa teguran atau pencabutan izin untuk melakukan upaya kesehatan”.

Bila dicermati maka kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sehubungan dengan kewajiban pelaporan wabah penyakit menular, persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dalam melakukan pencegahan dan pengobatan, pemberian ganti rugi akibat pemusnahan harta benda dalam penanggulangan wabah penyakit menular, akan dikenai tindakan disiplin. Demikian pula dengan tenaga kesehatan yang dalam melakukan penelitian dan pengembangan kesehatan telah melakukan kesalahan atau kelalaian, tanpa persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dari subjek penelitian dan tanpa izin penelitian akan dikenai tindakan disiplin. ♦

---

# Hukum untuk Kesehatan Reproduksi

## A. Pendahuluan

---

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara utuh (*complete well being*) fisik, mental, dan sosial, yang berkaitan dengan reproduksi. Kesehatan reproduksi merupakan bagian integral dari kesehatan umum seseorang dan berkaitan erat dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku menyangkut alat-alat reproduksi dan fungsi-fungsinya serta gangguan yang mungkin timbul antara lain kehamilan yang tidak diinginkan, abortus, penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS.

Dalam kesehatan masyarakat modern berlaku paradigma kesehatan adalah hak setiap manusia, yang merupakan bagian dari harkat dan martabatnya sebagai manusia. Hak kesehatan reproduksi dan seksual (*reproductive and sexual rights*) mencakup hak-hak tertentu yang telah diakui dalam dokumen-dokumen internasional hak-hak asasi manusia maupun dokumen-dokumen “konsensus” dari pertemuan-pertemuan PBB seperti hasil International Conference on Population and Development (ICPD) Cairo 1994, Convention on the Rights of the Child 1979, dan Fourth World Conference on Women (1995) Beijing.

Di samping itu beberapa peraturan perundang-undangan nasional yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi seperti Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, Undang-Undang No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Beberapa permasalahan yang dihadapi berkaitan dengan kesehatan reproduksi antara lain tingginya angka usia kawin muda, kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*), serta banyaknya tindakan abortus sebagai “side effect” dari kehamilan yang tidak diinginkan.

## **B. Hukum Perkawinan**

---

Keabsahan perkawinan sebagai dasar terbentuknya suatu keluarga menurut Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan (UUP) pasal 2 apabila dilakukan sesuai dengan hukum masing-masing agamanya dan kepercayaannya. Perkawinan harus didasarkan pada persetujuan kedua belah pihak. Tanpa dilandasi dengan kesepakatan ini dapat dikategorikan sebagai pelanggaran hak asasi manusia, sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang No. 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia pasal 10.

Penegakan hak-hak kesehatan reproduksi dalam UUP dipengaruhi oleh faktor oleh usia pertama kawin, poligami, dan perceraian. Persyaratan persetujuan kedua calon mempelai sesungguhnya sangat menentukan dalam hubungan dengan kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga. Sebab dengan demikian dapat dihindarkan kawin paksa, yang biasanya terjadi pada perkawinan usia muda

Usia minimum calon mempelai, 16 tahun bagi perempuan dan 19 tahun bagi laki-laki (pasal 6 UUP) dimaksudkan bahwa calon suami istri harus telah masak jiwanya untuk melangsungkan perkawinan agar dapat mewujudkan perkawinan secara luhur tanpa berakhir dengan perceraian dan mendapatkan keturunan yang baik

dan sehat. Perbedaan usia kawin ini tentu berimplikasi yang berbeda pada kesehatan reproduksi.

Perbedaan usia kawin di atas jelas tidak menguntungkan bagi wanita karena secara psikologis mereka akan sangat tergantung kepada suaminya termasuk dalam masalah hak-hak kesehatan reproduksi dan seksualnya. Secara fisik dan mental perbedaan ini tentu mempunyai dampak tersendiri tidak saja secara sosial tetapi juga secara biologis. Dilihat dari Undang-Undang No. 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak, maka sebetulnya usia kawin dalam UUP adalah masih dalam masa usia anak-anak, karena menurut undang-undang tersebut anak adalah mereka yang berusia di bawah 21 tahun Atau jika dibandingkan dengan definisi WHO anak adalah mereka yang berusia 15 tahun-24 tahun.<sup>2</sup>

Penegakan hak-hak kesehatan reproduksi bagi suami istri ini, tentunya tidak terlepas dari hak dan kedudukan istri yang seimbang dengan hak dan kedudukan suami dalam rumah tangga dan pergaulan hidup bersama dalam masyarakat sebagai diatur dalam pasal 31 ayat (2) UUP. Istri sebagai ibu mempunyai peranan yang besar dalam merawat, mendidik, dan membesarkan anaknya. Sehingga adalah wajar jika kesehatan istri mulai dari masa prakehamilan, kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa di luar kehamilan, dan persalinan mendapat perhatian yang serius.

Peranan perempuan dan istri pada khususnya dalam menentukan jumlah anak dalam keluarga menuju keluarga kecil, bahagia, sehat, dan sejahtera banyak dipengaruhi oleh umur minimum untuk kawin, poligami, dan perceraian. Umur minimum untuk kawin termasuk dalam perkawinan yang diatur dalam pasal 6 - pasal 12 UUP. Syarat perkawinan harus didasarkan atas persetujuan kedua calon mempelai sangat menentukan dalam hubungan dengan kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga. Dengan demikian dapat dihindarkan kawin paksa yang biasanya juga merupakan kawin pada usia muda. Perkawinan tanpa persetujuan kedua belah pihak bertentangan hak asasi manusia. Pasal 19 ayat 2 Undang-Undang No. 39 Tahun 1999



tentang Hak Asasi Manusia menegaskan; perkawinan yang sah hanya dapat berlangsung atas kehendak bebas calon suami dan calon istri yang bersangkutan, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Persyaratan usia minimum bagi kedua calon mempelai 19 tahun bagi pria dan 16 tahun bagi perempuan dimaksudkan bahwa calon suami istri itu harus telah masak jiwanya untuk dapat melangsungkan perkawinan agar dapat mewujudkan perkawinan secara baik tanpa berakhir pada perceraian dan mendapat keturunan yang baik dan sehat. Karena itu, harus dicegah perkawinan di bawah umur.

Selain itu, dalam perspektif kependudukan, batas usia yang lebih rendah bagi seorang perempuan untuk kawin, mengakibatkan laju kelahiran yang tinggi. Dari segi kesehatan, hasil penelitian menunjukkan akibat perkawinan pada usia muda:

1. Salah satu faktor yang dapat menimbulkan kanker leher rahim.
2. Perempuan belum siap fisik dan mental untuk menjadi ibu rumah tangga.
3. Kawin pada usia muda (16 tahun) berarti bagi perempuan jenjang pendidikan tertinggi mereka hanya SMP dan sebagian besar putus sekolah setelah berumah tangga. Implikasi selanjutnya dapat memengaruhi pendidikan anak mereka dan keberhasilan program KB.
4. Dapat menimbulkan komplikasi pada ibu dan anak dibanding dengan golongan usia 20 tahun ke atas.
5. Kawin pada usia muda dapat memperpanjang usia reproduksi.

Hasil penelitian tersebut di atas mengisyaratkan untuk perlunya meninjau kembali undang-undang perkawinan terutama mengenai persyaratan usia minimum bagi kedua calon mempelai untuk dapat melangsungkan perkawinan. Dampak dari usia muda perkawinan tersebut di atas mengisyaratkan perlunya meninjau kembali UUP terutama yang berkaitan dengan batas usia minimum untuk me-

langsungkan perkawinan. Hendaknya pembuat undang-undang perkawinan kelak, menetapkan persyaratan kondisi fisik dan mental untuk menjadi calon ibu mendapat pertimbangan utama.

Sehubungan dengan perkawinan usia muda dalam KUHP 288 ditegaskan:

- (1) Barangsiapa bersetubuh dengan istrinya yang diketahuinya atau harus patut disangkanya, bahwa perempuan itu belum dewasa masanya dikawinkan, dihukum penjara selama-lamanya empat tahun kalau perbuatan itu berakibat badan perempuan itu mendapat luka.
- (2) Kalau perbuatan itu menyebabkan perempuan mendapat luka berat, dijatuhkan hukuman penjara selama-lamanya delapan tahun.
- (3) Jika perbuatan itu mengakibatkan kematian perempuan itu dijatuhkan hukuman penjara selama-lamanya dua belas tahun.

Persyaratan usia ideal untuk melahirkan yaitu 20 tahun-35 tahun menjadi perhatian serius. Poligami yang sewenang-wenang dapat mengganggu kesejahteraan dan kebahagiaan keluarga dan memengaruhi kedudukan perempuan dalam perkawinan. Terlepas dari perlakuan adil suami terhadap para istri pada perkawinan poligami, akibat poligami adalah akan meningkatkan pola pernikahan umum yaitu meningkatnya jumlah perempuan dalam usia reproduksi yang berstatus kawin, apalagi terdapat kecenderungan dalam praktik poligami, para suami lebih menginginkan “daun yang lebih segar”. Sehingga dapat dikatakan poligami merupakan salah satu faktor bagi meningkatnya pertambahan penduduk pada umumnya.

Bila kita simak alasan-alasan yang melegalisir suami untuk kawin lagi, terutama alasan istri tidak dapat melahirkan keturunan sesungguhnya sulit dibuktikan. Sebab, kemandulan dapat juga disebabkan oleh kelainan pada suami di samping kelainan pada istri atau keduanya mempunyai atau tidak mempunyai kelainan sehingga tidak ada kehamilan. Sudah tentu sangat tidak adil kalau hanya

istri yang dituding penyebab ketidakkehamilan, apalagi pihak suami tidak berani berkonsultasi atau memeriksakan dirinya kepada dokter ahli kandungan.

Salah satu persoalan gender dewasa ini adalah tuntutan supaya perceraian yang dalam praktiknya berbentuk talak sewenang-wenang. Alasan perceraian karena istri tidak dapat memberikan keturunan perlu ditinjau kembali, karena sesungguhnya sulit dibuktikan. Sebab, kemandulan dapat juga bersumber dari kelainan pada suami di samping kelainan yang terjadi pada istri atau keduanya mempunyai kelainan sehingga tidak terjadi kehamilan. Sudah tentu sangat tidak adil kalau hanya istri yang dituding penyebab ketidakkehamilan, apalagi jika suami tidak berani berkonsultasi atau memeriksakan dirinya kepada dokter kandungan.

Praktik talak sewenang-wenang sangat melecehkan kedudukan kaum perempuan dan mengganggu stabilitas perkawinan, walaupun talak dihalalkan oleh hukum Islam. Akibat perceraian dapat memengaruhi laju pertumbuhan penduduk. Karena dengan berkali-kali kawin cerai dapat timbul keinginan untuk menambah anak dalam setiap perkawinan yang baru, sehingga anak yang dilahirkan lebih banyak daripada perkawinan yang lestari. Pada kesehatan anak harus diupayakan sejak dia masih dalam kandungan, masa balita, usia prasekolah, dan usia sekolah.

Kondisi anak yang demikian jelas bertentangan dengan Deklarasi anak tahun 1959 bahwa anak harus mendapat jaminan. Mereka harus tumbuh dan berkembang dengan baik. Sebelum dan sesudah dilahirkan mereka harus mendapat perawatan dan perlindungan khusus termasuk ibunya. Ibu mempunyai peranan yang besar dalam merawat, mendidik, dan membesarkan anaknya. Sehingga adalah wajar jika kesehatan istri mulai dari masa pra kehamilan, persalinan, pasca persalinan, dan masa di luar kehamilan dan persalinan mendapat perhatian yang serius. Sedang anak-anak berhak mendapat gizi yang cukup, rekreasi dan pelayanan kesehatan. Dalam keadaan

apa pun anak-anak harus didahulukan dalam menerima pertolongan dan perlindungan.

### **C. Hukum Keluarga Sejahtera**

---

Undang-Undang No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera (UUPKPKS) pasal 16 menetapkan upaya pembentukan keluarga kecil sejahtera. Kriteria keluarga ini adalah:

1. Terbentuk berdasarkan perkawinan yang sah
2. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa
3. Memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antara anggota keluarga dengan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya.
4. Dengan jumlah anak yang ideal.

Hak-hak kesehatan reproduksi menurut undang-undang ditetapkan dalam merencanakan jumlah anak yang ideal, jarak kelahiran anak, usia ideal perkawinan, serta usia ideal untuk melahirkan anaknya agar dapat hidup sehat. Ini berarti bahwa tidak ada dominasi suami dalam keluarga untuk mengambil dan menetapkan keputusan yang berkaitan dengan upaya penyelenggaraan keluarga berencana.

Meskipun dalam UUPKPKS tidak ditemukan ketentuan tentang batas jumlah anak dalam keluarga, ini tidak berarti jumlah anak dalam keluarga tidak disinggung dalam UUPKPKS. Dijelaskan bahwa jumlah anak dalam keluarga dilihat bukan hanya dari kemampuan biologis, tetapi hendaknya dipertimbangkan dari segi kesehatan, agama dan kesejahteraan.

Mengenai hak-hak reproduksi kesehatan ini pasal 19 UUPKPKS menyatakan suami istri mempunyai hak dan kewajiban yang sama serta kedudukan yang sederajat dalam menentukan cara pengaturan kehamilan. Ini berarti bahwa suami dan istri harus sepakat mengenai pengaturan kelahiran dan cara yang akan dipakai agar tujuannya ter-

capai. Keputusan atau tindakan sepihak dapat menimbulkan kegagalan atau masalah di kemudian hari. Kewajiban yang sama juga berarti bahwa apabila istri tidak dapat memakai alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan, misalnya karena alasan kesehatan, maka suamilah yang mempergunakan alat, obat dan cara yang diperuntukkan bagi laki-laki.

Keputusan istri untuk ikut dalam program KB seyogianya tidak boleh ditampik hanya karena alasan “tradisional” yakni masalah kenikmatan dalam hubungan biologis suami istri. Malah suami seyogyanya mendukung inisiatif istri yang secara dini menentukan pilihannya dalam merencanakan dan mengatur jumlah anak dan jarak antar kelahiran anak dalam keluarga.

#### **D. Hukum Keluarga Berencana**

Salah satu masalah kependudukan yang cukup menarik dewasa ini adalah penambahan jumlah penduduk, terutama pada negara-negara berkembang yang tidak seimbang dengan pertumbuhan ekonomi. Hal ini mendorong negara-negara yang bersangkutan untuk mencari pemecahan masalah yang mereka anggap paling berdaya guna, sehingga sering kali tidak mengindahkan pertimbangan-pertimbangan etis. Secara etis, penyalahgunaan teknologi kedokteran sering kali mudah terjadi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai penyedia pelayanan kesehatan.

Dalam aplikasinya pemilihan alat kontrasepsi sebagai bentuk pencegahan kehamilan mulai dari sistem berkala sampai kepada sterilisasi, baik dengan pencegahan pertemuan sperma dengan telur yang dilaksanakan dengan kondom dan diafragma maupun dengan cara pencegahan ovulasi yang dilaksanakan dengan pil KB ataupun suntik KB. Pada pencegahan ovulasi mempunyai mekanisme kerja yakni memasukkan hormon ke dalam tubuh wanita sehingga ovulasi ditiadakan. Keberatan etis yang dapat diajukan bahwa cara ini mengubah bentuk tubuh wanita dewasa, yang sebenarnya mengalami ovulasi secara teratur setiap bulan. Hanya pertimbangan etis

keluarga berencana dapat dilihat dari pencegahan kehamilan. Selain itu, sterilisasi sebaiknya jangan digunakan sebagai cara untuk mencegah kehamilan bila tidak sungguh terpaksa.

Secara etis, ada beberapa hal penting berkaitan dengan masalah keluarga berencana berkaitan dengan metodenya adalah cara kerjanya mencegah kehamilan (antikonsepsi) atau menghentikan kehamilan (antinidasi). Sesungguhnya ada tiga fase awal dalam proses perkembangan menuju hidup manusia (Wiradharma, 1999) yaitu;

- a. fase sebelum fertilisasi (fekundasi) yaitu pembuahan ovum dengan sperma (penghamilan). Intervensinya disebut intervensi kontraseptif.
- b. fase antara fertilisasi dan nidasi (implantasi ovum yang sudah dibuahi ke dalam endometrium). Intervensinya disebut intervensi kontranidasi (antinidasi).
- c. fase sesudah nidasi. Intervensinya disebut intervensi abortif (pengguguran).

Masalah etis lainnya adalah persetujuan dari para akseptor (*informed consent*), cara maupun motivasi untuk pencegahan kehamilan. masalah informasi. Dalam hal persetujuan akseptor, hal yang sangat penting adalah informasi tentang cara yang digunakan apakah cara antikonseptif atau antinidatif. Antikonseptif suatu metode yang sungguh-sungguh mencegah pertemuan sperma dengan telur, sedang antinidatif lebih bersifat mencegah kelahiran pada tahap yang amat dini, sehingga ada keberatan etis yang sangat berat. Bahkan, masalah etis terbesar akan muncul dari tindakan yang jauh lebih mengerikan yakni pengguguran langsung.

Salah satu usaha pemerintah untuk mengatasi masalah kependudukan adalah dengan program keluarga berencana nasional. Pengakuan oleh suatu negara bahwa KB termasuk hak asasi manusia menimbulkan perhatian bagi negara yang bersangkutan untuk berusaha supaya segala peraturan hukum dan kebijaksanaan pemerintah yang bertentangan dengan hak tersebut, diubah dan diganti sehingga

membantu dalam pelaksanaan KB. Pemikiran inilah yang kemudian dijadikan dasar bagi pendekatan hukum KB.

Sejarah gerakan Keluarga Berencana (KB) di Indonesia secara formal diawali dengan keikutsertaan Presiden Soeharto menandatangani Deklarasi PBB tentang Kependudukan (*United Nations Declaration on Population*), yang diikuti dengan berdirinya Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) tahun 1969 dengan status lembaga semi pemerintah. Pada tahun 1970 LKBN berubah menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dengan status lembaga yang dikelola secara oleh pemerintah.

Garis-garis besar haluan negara (GBHN) tahun 1978 menegaskan program KB merupakan cara yang ditempuh untuk mengatur pertumbuhan jumlah penduduk. Disebutkan bahwa agar pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan rakyat dapat terlaksana dengan cepat, harus dibarengi dengan pengaturan pertumbuhan jumlah penduduk melalui KB yang mutlak harus dilaksanakan dengan berhasil, karena kegagalan pelaksanaan KB akan mengakibatkan hasil usaha pembangunan menjadi tidak berarti dan bahkan dapat membahayakan generasi yang akan datang.

Program KB dikaitkan dengan program kependudukan melalui Keputusan Presiden No. 38 tahun 1978. Dengan Keppres ini program kependudukan menjadi lebih luas lagi jangkauannya, oleh karena tidak saja menumbuhkan motivasi pemakaian alat kontrasepsi dalam rangka KB, melainkan juga berusaha mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Dengan keluarnya Keppres No. 64 Tahun 1983 yang memperbaharui struktur dan tugas BKKBN, maka disempurnakanlah Keppres No. 38 tahun 1978, antara lain ditetapkan, bahwa program KB secara operasional didukung oleh semua departemen dan instansi pemerintah. Dengan Keputusan Presiden No. 64 Tahun 1983 maka tujuan program KB di Indonesia bukan semata-mata untuk kepentingan pengendalian pertumbuhan penduduk saja, tetapi juga untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dan bangsa pada

umumnya, serta meningkatkan taraf kehidupan rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga penambahan penduduk tidak melebihi kemampuan kita untuk menaikkan produktivitas.

Program KB di Indonesia menggunakan metode kontrasepsi. Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” dan “konsepsi”. Kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (ovum) dari perempuan dengan sel mani (sperma) dari lelaki yang menyebabkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah penggunaan alat atau obat atau cara untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan sel telur dengan sel mani yang sudah matang. Cara kerja kontrasepsi yang digunakan adalah melumpuhkan sperma atau menghalangi pertemuan sel telur dengan sel mani. Kontrasepsi yang digunakan dalam program KB seperti:

1. Oral pill
2. Spiral (IUD)
3. Kondom, diaframa
4. Foam tablet, jelly, cream
5. Pantang berkala/sistem kalender.
6. Tubektomi dan vasektomi

Sistem yang dipakai dalam menentukan cara-cara mencegah kehamilan ialah dengan sistem kafetaria, yaitu diserahkan sepenuhnya kepada pasangan suami istri yang bersangkutan. Walaupun demikian dalam praktik mungkin saja para petugas KB mengarahkan pemakaian ke salah satu cara.

Peraturan mengenai kontrasepsi atau pencegahan kehamilan terdapat dalam pasal 283 KUHP dan pasal 534 KHUP. Pasal 283 KUHP menetapkan:

- (1) Diancam dengan pidana penjara paling lama 9 bulan atau denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barangsiapa menawarkan, memberikan untuk terus menerus maupun untuk sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan tulisan, gambar atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun alat untuk mencegah



atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa, dan yang diketahui atau sepatutnya harus diduga bahwa umurnya belum tujuh belas tahun, jika isi tulisan, gambar, benda atau alat itu telah diketahuinya.

- (2) Diancam dengan pidana yang sama, barangsiapa membacakan isi tulisan yang melanggar kesusilaan di muka orang yang belum dewasa sebagaimana dimaksud (1), jika isi tadi telah diketahuinya.
- (3) Diancam dengan pidana penjara paling lama empat bulan atau pidana kurungan paling lama tiga bulan atau denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barangsiapa menawarkan, memberikan untuk terus atau untuk sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan, tulisan, gambar atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa sebagaimana dimaksud ayat (1), jika ada alasan kuat baginya untuk menduga, bahwa tulisan, gambar atau benda melanggar kesusilaan atau alat itu adalah alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan.

Pasal 534 KUHP menetapkan:

“Barangsiapa secara terang-terangan mempertunjukkan semua sarana untuk mencegah kehamilan, maupun secara terang-terangan atau tanpa diminta menawarkan, ataupun secara terang-terangan atau dengan menyiarkan tulisan tanpa diminta, menunjuk sebagai bisa didapat, sarana atau perantaraan (diensten) yang demikian itu, diancam dengan kurungan paling lama dua bulan atau denda paling banyak dua ratus rupiah”.

Sehubungan dengan keberlakuan kedua pasal tersebut di atas terdapat dua pandangan. Pandangan yang pertama yaitu apakah pasal-pasal tersebut masih perlu dipertahankan dan oleh karena itu harus dilaksanakan. Jika pandangan ini diterima maka itu berarti bahwa dengan pelaksanaan kedua pasal di atas jelas akan meng-

hambat program KB. Oleh karena itu hendaknya kedua pasal itu dihapus saja demi suksesnya program KB. Pandangan yang kedua mengambil sikap bahwa kedua pasal tersebut jangan dihapuskan. Bila kedua pasal itu, yang berfungsi sebagai rem moral ditiadakan atau dihapuskan, maka sulit dibayangkan kemungkinan-kemungkinan akibat yang akan terjadi.

Sebab, selain norma-norma agama akan dicemoohkan, norma-norma moral akan kehilangan pengaruhnya sehingga kemungkinan pergeseran dan terjungkirbaliknya nilai-nilai yang sampai kini dianggap tabu dan sakral, dapat menjadi lemah dan hilang sama sekali. Di samping itu dalam era globalisasi seiring dengan perkembangan ilmu, pengetahuan dan teknologi yang begitu cepat dan dampaknya yang begitu besar dalam kehidupan muda-mudi, maka norma-norma agama akan sulit dibayangkan kekuatan presensinya. Sehingga demikian maka seyogianya kedua pasal itu tetap dipertahankan.

Bagi petugas KB di lapangan tidak perlu khawatir oleh karena masih ada jaminan asas oportunitas dan masih tersedianya pasal 50 KUHP dan pasal 51 KUHP. Pasal 50 KUHP menetapkan: "Barangsiapa melakukan perbuatan untuk melakukan ketentuan undang-undang, tidak dipidana". Selanjutnya pasal 51 KUHP menetapkan:

1. Barangsiapa melakukan perbuatan untuk melaksanakan perintah jabatan yang diberikan oleh penguasa yang berwenang, tidak dipidana.
2. Perintah jabatan tanpa wenang, tidak menyebabkan hapusnya pidana, kecuali jika yang diperintah, dengan itikad baik mengira bahwa perintah itu diberikan dengan wenang, dan pelaksanaannya termasuk dalam lingkungan pekerjaannya.

Di samping pasal 50 KUHP dan pasal 51 KUHP, terdapat asas hukum pidana bahwa meskipun suatu perbuatan mencocoki rumusan ketentuan undang-undang, akan tetapi perbuatan tersebut dipandang patut oleh masyarakat atau hukum tidak tertulis sehingga dikualifikasikan sebagai perbuatan yang tidak melawan hukum dan oleh karena itu tidak dipidana.

Para petugas KB di lapangan masih dilindungi oleh pasal 21 Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera (UUPKPKS) Pasal ini menetapkan: “mempertunjukkan dan atau memperagakan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan hanya dapat dilakukan oleh tenaga yang berwenang di bidang penyelenggaraan KB serta dilaksanakan di tempat dan dengan cara yang layak”. Jelas pasal ini dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari tindakan yang dapat menurunkan moral bangsa Indonesia. Dengan UUPKPKS perbuatan untuk mempertunjukkan dan atau memperagakan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan, tetap diperbolehkan namun hanya terbatas pada pelaksanaan keluarga berencana.

Mengenai tanggung jawab hukum para petugas KB dalam hal pemasangan alat kontrasepsi itu didasarkan pada hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dipandang segi hukum perdata, di mana dokter dan tenaga pelaksana KB lainnya berjanji akan berusaha semaksimal mungkin berdasarkan ilmu, pengetahuan, dan teknologi yang dimiliki. Sehingga tidak ada jaminan atas keberhasilan usaha tersebut. Oleh karena itu, masalah indikasi dan kontra indikasi pada tindakan kontrasepsi harus benar-benar diperhatikan. Sebab bila tidak, maka dokter atau tenaga pelaksana kontrasepsi lainnya dapat dianggap lalai dan harus bertanggung jawab atas kerugian yang timbul.

Apabila dokter misalnya, tidak cermat melakukan tindakan kontrasepsi sesuai indikasi yang ada dan tanpa didapati kontra indikasi, sedang pasien tetap hamil maka dokter tidak dapat dibebani tanggung jawab hukum. Sudah barang tentu bahwa tindakan medik di atas telah dilakukan dengan sebaik-baiknya dalam arti telah dilakukan dengan hati-hati dan akurat serta sesuai dengan persetujuan yang diberikan oleh pasien.

Jikalau dalam menghadapi adanya kehamilan akibat kegagalan kontrasepsi, pasien menghendaki dilakukan penghentian kehamilan, maka secara hukum dokter tidak boleh melakukannya sepanjang

tidak terdapat indikasi medik atau keadaan darurat untuk menyelamatkan jiwa ibu dan atau janinnya (pasal 15 UUK). Selain itu dalam tindakan pelayanan kontrasepsi, dokter atau tenaga pelaksana kontrasepsi lainnya harus memperhatikan aspek keagamaan dan kedewasaan akseptor, dan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dari akseptor.

Dari segi keagamaan, terutama akseptor muslim perlu diperhatikan fatwa MUI hasil Munas tahun 1983 (Kafrawi, 1987) bahwa:

“Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUD) dalam pelaksanaan Keluarga Berencana dapat dibenarkan jika pemasangan dan pengontrolan dilakukan oleh tenaga medis dan/atau paramedis perempuan, atau jika terpaksa dapat dilakukan oleh tenaga medis pria dengan didampingi oleh suami atau perempuan lain”.

Dalam perspektif kedewasaan, tindakan kontrasepsi menyangkut masalah pencegahan kehamilan yang dapat dikaitkan dengan masalah kesusilaan, terutama calon akseptor yang di bawah umur. Batasan usia dewasa yang digunakan di sini adalah 17 tahun sebagaimana yang tercantum dalam pasal 283 KUHP.

Pelayanan KB bukan merupakan tindakan darurat dan digolongkan tindakan efektif, sehingga pasien harus mempunyai kesempatan untuk mempertimbangkan apa yang akan dilakukan terhadap dirinya. Untuk itu diperlukan izin dari pasien sebelum melakukan tindakan kontrasepsi, sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Tindakan medik dalam pelayanan KB mempunyai kekhususan tersendiri, karena melibatkan kepentingan dua pihak yaitu suami dan istri, bahkan keluarganya. Oleh karena sesuai pasal 3 ayat 3 Permenkes No. 585/Men.Kes/Per/1989 di atas, bentuk persetujuan dapat diberikan baik secara diam-diam (*implied consent*) maupun secara tegas (*expressed consent*). Tetapi bila tindakan yang akan dilakukan mengandung risiko yang tinggi, misalnya dalam hal tindakan kontrasepsi mantap, diperlukan izin tertulis dari pihak yang berhak memberikannya yaitu suami dan istri.

Persetujuan yang diberikan oleh pasien itu hendaknya setelah pemberian informasi tentang tindakan medik yang akan dilakukan beserta kemungkinan risikonya, baik diminta maupun tidak diminta. Sehingga pasien dapat dengan bebas memilih metode kontrasepsi yang dikehendaknya, tentunya juga sesuai dengan alternatif yang telah dianjurkan oleh dokter. Bila menyangkut risiko yang tinggi, maka penyampaian informasi harus dilakukan oleh dokter sendiri, sedang bila tidak mengandung risiko tinggi, maka penyampaian informasi itu dapat didelegasikan oleh dokter pada tenaga kesehatan lainnya.

Dalam kaitan dengan risiko tinggi di dalam penggunaan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan hendaknya tetap mengacu kepada ketentuan pasal 20 UUPKPKS yang mengharuskan adanya petunjuk dan atau oleh tenaga kesehatan yang berwenang, dan dilakukan sesuai dengan standar profesi kesehatan.

Kesehatan pasangan suami istri ditujukan agar tercipta keluarga yang sehat dan harmonis. Pasangan suami istri ini memiliki hak-hak kesehatan reproduksi yang seimbang yang terkandung dalam pengaturan kelahiran sebagai salah satu upaya menciptakan keluarga yang sehat. Hak-hak kesehatan reproduksi suami istri untuk merencanakan jumlah anak ideal, jarak kelahiran anak, dan usia ideal perkawinan, serta usia ideal untuk melahirkan anaknya agar dapat hidup sehat. Ini berarti bahwa tidak ada dominasi suami dalam keluarga untuk mengambil dan menetapkan keputusan yang berkaitan upaya penyelenggaraan keluarga berencana.

Mengenai hak-hak kesehatan reproduksi ini secara eksplisit UUPKPKS pasal 19 dengan tegas menyatakan: “suami dan istri mempunyai hak kewajiban yang sama serta kedudukan yang sederajat dalam menentukan cara pengaturan kelahiran”. Ini berarti bahwa suami dan istri harus sepakat mengenai pengaturan kelahiran dan cara yang akan dipakai agar tujuannya tercapai. Keputusan atau tindakan sepihak dapat menimbulkan kegagalan atau masalah di kemudian hari. Kewajiban yang sama antara keduanya juga berarti

bahwa apabila istri tidak dapat memakai alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan, misalnya karena alasan kesehatan, maka suami seyogianya mempergunakan alat, obat, dan cara yang diperuntukkan bagi laki-laki.

Keputusan istri untuk ikut dalam program KB (akseptor) seyogianya tidak boleh ditampik hanya karena “alasan tradisional” yakni masalah kenikmatan dalam hubungan biologis suami istri. Malah sebaliknya si suami seyogianya mendukung inisiatif istri yang secara dini menentukan pilihannya dalam merencanakan dan mengatur jumlah dan jarak antara kelahiran anak dalam keluarga. Selain itu dalam perspektif kependudukan, batas umur yang lebih rendah bagi seorang perempuan untuk kawin, mengakibatkan laju kelahiran yang tinggi.

Di samping pengaturan kehamilan, kesehatan istri juga mencakup upaya kehamilan di luar cara alami. Upaya ini dapat dilaksanakan sebagai upaya terakhir untuk membantu suami istri mendapatkan keturunan yakni jikalau secara medis dapat dibuktikan bahwa pasangan suami istri yang sah tersebut benar-benar tidak dapat memperoleh keturunan. Pelaksanaan upaya tersebut harus dilakukan sesuai dengan norma hukum, norma agama, norma kesusilaan, dan norma kesopanan. Adapun syarat upaya kehamilan di luar cara alami adalah:

- a. Dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah.
- b. Hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan, ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal.
- c. Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang.
- d. Dilakukan pada sarana kesehatan tertentu yang memiliki tenaga dan peralatan yang telah memenuhi persyaratan untuk penyelenggaraan upaya kehamilan di luar cara alami.

Sehubungan dengan kehamilan di luar cara alami ini, perlu diperhatikan Surat Keputusan Majelis Ulama Indonesia No. Kep.-

952/MUI/XI/1990 tentang Inseminasi Buatan yang menetapkan (Salim, 1993) bahwa:

1. Inseminasi buatan atau bayi tabung dengan sperma dan ovum yang diambil dari pasangan suami istri yang sah secara muhtaram, dibenarkan oleh Islam, selama mereka masih dalam ikatan suami-istri yang sah.
2. Inseminasi buatan/bayi tabung dengan sperma dan ovum yang diambil secara muhtaram dari pasangan suami-istri untuk istri-isterinya yang lain hukumnya haram/tidak dibenarkan oleh Islam.
3. Inseminasi buatan/bayi tabung dengan sperma dan ovum yang diambil dari bukan suami istri hukumnya haram.

### **E. Aspek Hukum Pengguguran Kandungan**

---

Perempuan yang berkeinginan untuk menggugurkan kandungan atau abortus atau aborsi sudah ada sejak jaman dulu. Sejak lebih dari 5.000 tahun yang lalu konon di Cina kaum perempuan meminum air raksa jika ingin kehamilannya digugurkan. Di tahun 1.500 SM perempuan Mesir menggunakan tahi buaya yang dimasukkan ke vagina untuk menggugurkan kandungannya. Di Indonesia, di salah satu relief di Candi Borobudur, di deretan paling bawah digambarkan cara seorang dukun menggugurkan kandungan dengan memijat perut pasiennya. Cara pengguguran kandungan yang menggunakan jamu juga banyak dicoba orang sejak jaman dulu, sehingga ada jamu khusus yang disamar dengan pelantur yang nampak cukup laku.

Secara umum dikatakan bahwa pengguguran (*induced abortion*) adalah pengakhiran kehamilan sebelum janin dapat viable, yang pada umumnya disepakati terjadi pada usia 28 minggu. Setelah lewat 28 minggu, pengakhiran kehamilan tidak lagi dinamai abortus, tetapi pembunuhan janin (*infanticide*). International Medical Advisory Panel (IMAP) dari International Planned Parenthood

Federation (IPPF) beranggapan bahwa pengakhiran sejak awal gestasi (sejak sel telur yang sudah dibuahi terimplantasikan di dinding rahim) sebagai pengguguran kandungan.

Para penganut Katolik berpendapat bahwa pengguguran kandungan adalah pengakhiran kehamilan sejak saat pembuahan. Sebagian ulama Islam berpendapat bahwa pengguguran kandungan tidak diperbolehkan dari sejak pembuahan. Sebagian lain berpendapat bahwa pengakhiran kehamilan sebelum janin berusia 120 hari (saat roh ditiupkan oleh malaikat). Pendapat yang menyatakan bahwa kehidupan dimulai pada saat janin berusia 120 hari didasarkan pada hadis Nabi yang diriwayatkan oleh Buchari dan Muslim yang menyatakan “Tiap-tiap manusia terjadi di dalam perut ibunya dalam 40 hari, sesudah itu ia menjadi sesuatu yang melekat (janin) selama itu pula; kemudian disuruh Allah malaikat meniupkan roh”.

Abortus merupakan masalah kesehatan masyarakat karena memberikan dampak pada kesakitan dan kematian. Penyebab utama dari kemataian ibu hamil dan melahirkan adalah perdarahan, infeksi dan eklampsia. Komplikasi perdarahan dan sepsis juga merupakan penyebab kematian ibu hanya saja sering tidak muncul dalam laporan sebagai kematian, akan tetapi dilaporkan sebagai pendarahan atau sepsis. Secara statistik frekuensi terjadinya abortus di Indonesia sangat sulit dihitung secara akurat karena abortus buatan sangat sering terjadi, tanpa dilaporkan kecuali jika terjadi komplikasi. Berdasarkan perkiraan BKKBN ada sekitar 2.000.000 kasus abortus yang terjadi setiap tahunnya di Indonesia. Hal ini mengingat sampai saat ini abortus masih merupakan masalah kontroversial di masyarakat. Di satu pihak abortus dianggap ilegal dan dilarang oleh agama sehingga masyarakat cenderung menyembunyikan kejadian abortus. Di lain pihak abortus terjadi di masyarakat, terbukti dari berita baik dari media massa maupun media elektronik.

Menurut terjadinya pengguguran kandungan dapat dibagi atas:

1. Abortus spontan yaitu abortus yang terjadi dengan sendirinya tanpa pengaruh dari luar.



2. Abortus buatan (*abortus provocatus*) yaitu abortus yang dibuat dengan sengaja. Abortus golongan ini dapat dibagi dalam:
  - a. Abortus terapeutis yaitu abortus yang dilakukan atas pertimbangan medik semata.
  - b. Abortus kriminalis yaitu abortus yang dilakukan dengan sengaja, baik dilakukan sendiri maupun dilakukan oleh orang lain.

Pandangan mengenai pengguguran kandungan ini terdapat beberapa negara yang sudah melegalisasi pengguguran kandungan dengan alasan:

- a. Untuk mencegah terjadinya delik aborsi
- b. Melindungi hak wanita menentukan sendiri nasib kandungannya
- c. Untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk.

Sedangkan bagi negara-negara yang dengan ketat melarang pengguguran kandungan memberikan alasan sebagai berikut:

- a. Untuk melindungi mudigah atau janin yaitu hasil pembuahan sel telur oleh spermanya yang belum berumur 12 minggu; jadi belum berbentuk manusia
- b. Untuk melindungi nyawa dan kesehatan ibu, pengguguran kandungan lebih berat daripada persalinan biasa
- c. Untuk mencegah timbulnya delik kesusilaan.

Ada beberapa sebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) sehingga ingin digugurkan yaitu:

- a. Tidak mengetahui bahwa perilaku seks yang dilakukannya akan mengakibatkan kehamilan.
- b. Tidak menggunakan alat kontrasepsi.
- c. Menggunakan alat kontrasepsi tetapi gagal
- d. Hamil akibat perkosaan

- e. Ada cacat berat pada janin yang dikandungnya
- f. Kesehatan ibu yang tidak memungkinkan baginya untuk meneruskan kehamilan.

## 1. Abortus Provacatus Therapeutis

Di Indonesia, seorang dokter dalam bertindak menjalankan profesinya harus berpedoman pada Lafal sumpah Dokter Indonesia yang ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter dan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 434 / Menkes/SK/Per/X/1983 tentang Berlakunya KODEKI Bagi Para Dokter Indonesia yang kemudian direvisi melalui Muk-tamar IDI XXI tahun 1991 menetapkan KODEKI dan Pedoman Pelaksanaan KODEKI dan Mukernas Etika Kedokteran III Mei 2003.

Butir keenam Lafal Sumpah Dokter dan Pasal 7 KODEKI menyebutkan bahwa seorang dokter akan menghormati setiap makhluk insani mulai dari saat pembuahan. Pada penjelasan pasal ini disebutkan seorang dokter tidak diperbolehkan menggugurkan kandungan (*abortus provacatus*) dan mengakhiri hidup seorang pasien yang menurut ilmu dan pengetahuan kedokteran tidak akan sembuh lagi (*euthanasia*). Sebagai pengecualian, *abortus provacatus* hanya dapat dibenarkan sebagai tindakan pengobatan, apabila merupakan satu-satunya jalan untuk menolong jiwa ibu dari bahaya kematian (*abortus provacatus therapeuticus*).

Indikasi *abortus provacatus therapeuticus* ini dapat berubah-ubah sesuai perkembangan ilmu kedokteran. Beberapa penyakit ibu yang saat ini diperkenankan sebagai indikasi *abortus provacatus therapeuticus* adalah dekompensasi kordis, glomerulonefritis kronis, sindroma nefrotik, karsinoma rekti yang harus diradio terapi. Sedangkan hipertensi, tuberculosis tidak lagi dapat dijadikan indikasi untuk melakukan abortus (Mukti dan Sutomo, 1993). Keputusan atas tindakan ini harus dibuat oleh sekurang-kurangnya dua dokter

dengan persetujuan tertulis dari ibu hamil yang bersangkutan, suaminya dan atau keluarganya yang terdekat. Hendaknya dilakukan dalam suatu rumah sakit yang mempunyai cukup sarana untuk melakukannya.

Aborsi dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UUK) diatur dalam Ketentuan Kesehatan Reproduksi. Suatu reformasi hukum berkaitan dengan aborsi. UUK ini, menetapkan 2 alasan utama aborsi diperkenankan yang selama ini hanya dapat dilakukan berdasarkan alasan indikasi medik. Dalam kaitan UUK menyebutkan sebagai berikut. Pasal 72 UUK Setiap orang berhak:

- a. Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan atau kekerasan dengan paksaan yang sah.
- b. Menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.
- c. Menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- d. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pasal 75 UUK menyebutkan

- (1) Setiap orang dilarang melakukan aborsi
- (2) Larangan dikecualikan berdasarkan:
  - a. Indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam jiwa ibu dan atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan atau cacat bawaan, maupun yg tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan.

- b. Kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.
- (3) Tindakan ini hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling dan atau penasihatn pratindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan oleh konselor.

Pasal 76 Aborsi hanya dapat dilakukan:

- a. Sebelum kehamilan berusia 6 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis.
- b. Tenaga Kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan menteri.
- c. Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan.
- d. Dengan izin suami, kecuali korban perkosaan.
- e. Penyedia pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh menteri.

Pelanggaran terhadap ketentuan ini menurut pasal 194 UUK diancam dengan pidana penjara paling lama 10 tahun dan pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000.000 (satu miliar juta rupiah).

## 2. **Abortus Provacatus Criminalis**

*Abortus provacatus criminalis* dapat dilakukan sendiri misalnya dengan cara memakan obat-obatan yang dapat membahayakan janin atau dengan melakukan perbuatan-perbuatan yang dengan sengaja ingin menggugurkan kandungan. Sedangkan abortus provacatus criminalis yang dilakukan oleh orang lain bisa dilakukan oleh seorang dokter, bidan atau dukun beranak dengan berbagai cara misalnya menusuk atau meremukkan bayi di dalam kandungan, memotong-motong tubuh bayi dalam kandungan kemudian dikeluarkan satu persatu dalam kandungan. Untuk memastikan lengkap dan tidak tersisa potongan-potongan bayi tersebut disusun kembali kemudian dibuang ke tempat sampah/sungai, dikubur di tanah kosong atau dibakar pada tungku.

Perangkat hukum yang berkaitan dengan perlindungan abortus seyogianya tidak terlepas dari fungsi hukum sebagai “a tool of social control” untuk menciptakan ketertiban masyarakat dan “a tool of social engineering” untuk membawa masyarakat berkembang lebih maju. Peranan hukum dalam fungsi pertama untuk mencegah dan menanggulangi perbuatan melanggar hukum melalui ketaatan dan tunduk pada peraturan hukum yang berlaku, sedang fungsi hukum yang kedua untuk melakukan perubahan sesuai dengan dinamika masyarakat.

Dalam kaitan dengan fungsi hukum yang kedua ini maka peraturan hukum tentang abortus seharusnya semakin maju sesuai dengan perkembangan ilmu, pengetahuan, dan teknologi kedokteran. Tentunya perkembangan ini tetap dalam batas-batas norma yang hidup dalam masyarakat. Mengingat bahwa perangkat hukum pidana bukan satu-satunya alat untuk memecahkan problem sosial, walaupun hukum pidana “diserahi tugas” untuk menanggulangi kejahatan yang melanggar hukum. Sebab dalam masyarakat tidak jarang ditemui sifat-sifat perbuatan orang yang dikategorikan kejahatan, namun peraturan hukum pidana belum mampu mendeskripsikan dengan baik, karena itu akan lebih baik ditanggulangi secara sinergik dengan tatanan sosial lainnya.

Tidak dapat disangkal bahwa penyelesaian masalah abortus tidak akan tuntas jika hanya meletakkan kesalahan pada pihak laki-laki perempuan yang melakukan hubungan seksual di luar nikah. Sebab di luar mereka masih terdapat banyak faktor lain yang punya andil dalam praktik abortus. Dokter yang membuka bisnis abortus, orangtua yang membiarkan anaknya bergaul bebas dan tempat-tempat hiburan yang merangsang memberikan kontribusi terjadinya abortus. Dengan demikian, penyelesaian tindakan abortus diperlukan pendekatan religius, sosiologis, psikologi dan ekonomi.

Sesungguhnya untuk mencegah praktik abortus sudah ada peraturan hukum agama yang memberikan sanksi yang jelas yaitu dosa besar dan ancaman neraka kelak di kemudian hari. Dalam agama

Islam misalnya diajarkan agar umat Islam menjauhkan diri dari perbuatan zina (hubungan seksual di luar nikah). Tuhan akan memberikan dosa besar bagi mereka yang melakukan perbuatan zina. Persoalannya sekarang kalau orang banyak yang melakukan praktik aborsi karena hamil di luar nikah dan malu kepada masyarakat, maka sudah tentu bukanlah hukum agama dan sanksi sosial yang diringankan, melainkan peningkatan dakwah kepada masyarakat agar menjauhi perbuatan zina. Tetapi selain sanksi agama, tampaknya diperlukan aturan hukum yang berbentuk undang-undang dan sanksi yang tegas dan bisa dirasakan di dunia.

Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) terdapat beberapa pasal yang berhubungan dengan pengguguran kandungan yaitu:

1. Pasal 283 KUHP

- (1) Diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barangsiapa menawarkan, memberikan untuk terus atau maupun untuk sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan tulisan, gambaran atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa, dan yang diketahui atau sepatutnya harus diduga bahwa umurnya belum tujuh belas tahun, jika isi tulisan, gambar, benda atau alat itu telah diketahuinya.
- (2) Diancam dengan pidana yang sama, barangsiapa membacakan isi tulisan yang melanggar kesusilaan di muka orang banyak yang belum dewasa sebagaimana dimaksud dalam (1) jika isi tadi telah diketahuinya
- (3) Diancam dengan pidana penjara paling lama empat bulan atau pidana kurungan paling lama tiga bulan atau pidana denda paling banyak sembilan ribu rupiah, barangsiapa menawarkan, memberikan untuk terus atau maupun untuk

sementara waktu, menyerahkan atau memperlihatkan tulisan, gambaran atau benda yang melanggar kesusilaan, maupun alat untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan kepada seorang yang belum dewasa sebagaimana ayat (1), jika ada alasan kuat baginya menduga bahwa tulisan, gambar atau benda melanggar kesusilaan atau alat itu untuk mencegah atau menggugurkan kehamilan.

2. Pasal 299 KUHP

- (1) Barangsiapa dengan sengaja mengobati seorang perempuan atau menyuruhnya supaya diobati, dengan diberitahu atau ditimbulkan harapan bahwa karena pengobatan itu hamilnya dapat digugurkan, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun atau pidana denda paling banyak empat puluh lima ribu rupiah.
- (2) Jika yang bersalah berbuat demikian itu untuk mencari keuntungan atau menjadikan perbuatan tersebut sebagai pencaharian atau kebiasaan, atau jika dia seorang dokter, bidan atau juru obat, pidananya dapat ditambah sepertiga.
- (3) Jika yang bersalah melakukan kejahatan tersebut dalam menjalankan pencaharian, maka dapat dicabut haknya untuk melakukan pencaharian itu.

3. Pasal 346 KUHP

Seorang perempuan yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain untuk itu, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun.

4. Pasal 347 KUHP

- (1) Barang siapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang perempuan tanpa persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun.

(2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya perempuan tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama lima belas tahun.

5. Pasal 348 KUHP

(1) Barangsiapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang perempuan dengan persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama enam tahun.

(2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya perempuan tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.

6. Pasal 349 KUHP

Jika seorang dokter, bidan atau juru obat membantu melakukan kejahatan berdasarkan pasal 346 KUHP, ataupun melakukan atau membantu melakukan salah satu kejahatan yang diterangkan dalam pasal 347 KUHP dan pasal 348 KUHP, maka pidana yang ditentukan dalam pasal itu dapat ditambah dengan sepertiga dan dapat dicabut haknya untuk menjalankan pencaharian dalam mana kejahatan dilakukan.

7. Pasal 350 KUHP

Dalam hal pembedaan karena pembunuhan, karena pembunuhan berencana atau karena satu kejahatan berdasarkan pasal 344 KUHP, pasal 347 KUHP, dan pasal 348 KUHP, dapat dijatuhkan pencabutan hak berdasarkan pasal 350 KUHP No. 1-5.

Dari ketentuan hukum tersebut di atas walau telah dibuat aturan-aturan serta sanksi-sanksi terhadap tindakan abortus di luar tindakan medik. Namun, pencegahan dan penanggulangan tindakan abortus tetap mengalami kesulitan. Hal ini disebabkan beberapa faktor antara lain:



- a. Dokter yang menangani abortus terikat oleh rahasia jabatan.
- b. Perempuan yang menggugurkan atau menyuruh menggugurkan kandungan enggan bicara.
- c. Kesulitan membuktikan kandungan hidup sebelum ketika digugurkan.
- d. Kesulitan untuk membuktikan bahwa gugurnya kandungan betul-betul disebabkan oleh tindakan tersebut.

Di samping itu masih terdapat kelemahan lain dari aturan tersebut. *Pertama*, dalam UUK tidak dijelaskan lebih jauh tentang indikasi medis terutama yang berkaitan dengan jenis penyakit yang diderita baik oleh ibu maupun yang diderita oleh janinnya. *Kedua*, ketentuan-ketentuan KUHP lebih menitikberatkan pada pelaku abortus yakni perempuan ataupun pelaku lainnya misalnya oknum dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tidak pernah dipersoalkan pelaku yang menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan. Dengan dasar ini maka sudah perlu dipikirkan peninjauan kembali ketentuan-ketentuan hukum yang berkaitan dengan abortus, terutama merumuskan ketentuan hukum yang berkaitan dengan indikasi medis serta ketentuan hukum yang dapat menjerat pelaku yang tidak bertanggung jawab dari kehamilan yang tidak diinginkan sebagai akibat pergaulan bebas. ♦

---

# Hukum dan Ketenagakerjaan

## A. Pendahuluan

---

**Pembangunan** ketenagakerjaan sebagian bagian integral dan pembangunan nasional berdasarkan Pancasila dan Undang-undang negara Republik Indonesia tahun 1945, dilaksanakan dalam rangka pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan masyarakat Indonesia seluruhnya, untuk meningkatkan harkat, martabat dan harga diri tenaga kerja dan mewujudkan masyarakat sejahtera, adil, makmur, dan merata baik material maupun spiritual. Pembangunan ketenagakerjaan harus diatur sedemikian rupa sehingga terpenuhi hak-hak dan perlindungannya.

Beberapa peraturan perundang-undangan tentang ketenagakerjaan yang berlaku selama ini, termasuk sebagian yang merupakan produk kolonial, menempatkan pekerja pada posisi yang kurang menguntungkan dalam pelayanan dan penempatan tenaga kerja dan sistem hubungan industrial yang menonjolkan perbedaan kedudukan dan kepentingan sehingga dipandang sudah tidak sesuai lagi dengan kebutuhan masa kini dan tuntutan masa yang akan datang.

Masalah ketenagakerjaan di Indonesia adalah masalah yang kompleks yang tidak hanya biasa diselesaikan dengan dikeluarkannya undang-undang ketenagakerjaan, apalagi jika undang-undang

tersebut hanya peraturan tanpa realisasi. Masalah ketenagakerjaan terjadi diakibatkan oleh beberapa faktor sebagai berikut:

1. Masalah penganggur dan setengah penganggur
2. Jumlah penganggur terbuka tahun 2003: 9,5 juta orang (6,57% dari angkatan kerja), dan 6,2 juta orang di antaranya (65%) pengangguran tenaga kerja tidak terdidik.
3. Setengah penganggur (bekerja kurang dari 35 jam perminggu) pada 2003 berjumlah 30,9 juta orang atau 30,8% dari angkatan kerja.
4. Masalah pengiriman TK ke luar negeri.
5. Masalah pelatihan kerja.
6. Masalah pembina hubungan industrial dan serikat pekerja.
7. Masalah peraturan perundang-undangan ketenagakerjaan dan ketidakpastian aparaturnya Negara.

Terdapat beberapa kelebihan dan kekurangan dari adanya peraturan/undang-undang mengenai ketenagakerjaan. Tenaga kerja mendapat perlindungan hukum, sebagai aturan yang mengikat pengusaha dan pekerja, serta unsur-unsur yang terkait lainnya yang disebutkan dalam undang-undang ketenagakerjaan, pemerintah telah berusaha melakukan perlindungan terhadap Tenaga Kerja Indonesia (TKI) dengan diberlakukannya undang-undang keimigrasian dapat mengubah berkah bagi para TKI.

Adapun kekurangan undang-undang yang ada yaitu hanya peraturan tertulis yang tidak dapat diterapkan sepenuhnya, pasal-pasal dari peraturan ketenagakerjaan tersebut bersifat umum sehingga susah dimengerti, masih banyaknya TKI yang belum terlindungi. Serta masih kurangnya perhatian pemerintah terhadap TKI.

## **B. Pengertian Tenaga Kerja**

---

Menurut Pasal 1 UU No. 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan tenaga kerja adalah tiap orang laki-laki atau perempuan yang sedang dalam dan atau akan melakukan pekerjaan, baik di dalam maupun

di luar hubungan kerja guna menghasilkan barang atau jasa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Pekerja/buruh adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima upah atau imbalan dalam bentuk lain.

Tenaga kerja terdiri dari angkatan kerja dan bukan angkatan kerja. Angkatan kerja (*labor force*) terdiri atas:

1. Golongan yang bekerja yang terdiri dari bekerja penuh dan menganggur
2. Golongan yang setengah menganggur yang terdiri atas menganggur kentara dan tidak kentara

Angkatan kerja (*labor force*) adalah

- a. Mereka yang selama sebulan yang lalu sebelum waktu pencacahan penduduk, mempunyai pekerjaan.
- b. Punya pekerjaan, tetapi sementara tidak bekerja, karena sesuatu sebab seperti cuti, menunggu panen dan lain-lain.
- c. Penganggur terbuka

Penganggur terbuka (*open unemployment*) adalah:

- a. Yang belum mempunyai pekerjaan tetapi sedang mencari pekerjaan.
- b. Yang pernah bekerja tetapi karena sesuatu hal berhenti atau diberhentikan dan sedang berusaha mendapatkan pekerjaan.
- c. Yang dibebaskan tugas baik akan dipanggil atau tidak, tetapi sedang berusaha mendapatkan pekerjaan.

Setengah menganggur kentara adalah orang yang bekerja dengan jumlah kerja di bawah jam kerja normal. Setengah menganggur tidak kentara adalah orang yang bekerja memenuhi jam kerja normal, namun ia bekerja pada posisi yang sebetulnya membutuhkan kualifikasi/kapasitas di bawah ia miliki.

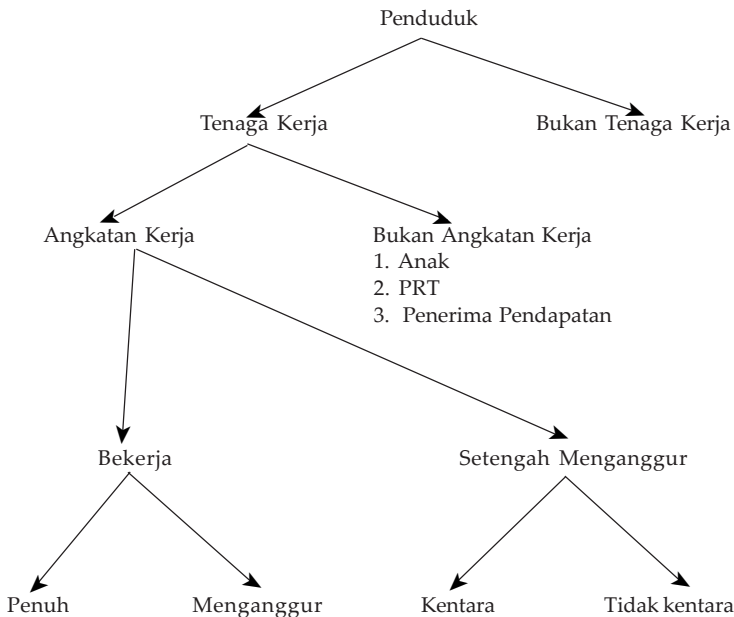
Adapun setengah menganggur potensial adalah orang yang bekerja memenuhi jam kerja normal dengan kapasitas kerja normal,

namun menghasilkan out put yang rendah yang disebabkan faktor-faktor organisasi, teknis dan ketidak cukupan lain pada tempat/ perusahaan di mana ia bekerja.

Kelompok bukan angkatan kerja terdiri atas :

1. Golongan yang bersekolah
2. Golongan yang mengurus rumah tangga
3. Golongan lain-lain yaitu
  - a. Penerima pendapatan yakni mereka yang tidak melakukan suatu kegiatan ekonomi tetapi memperoleh pendapatan seperti tunjangan pensiun, bunga atas simpanan uang atau sewa atas milik.
  - b. Mereka yang hidupnya tergantung dari orang lain misalnya karena lanjut usia, cacat atau sakit kronis.

Golongan pertama dan kedua dari kelompok bukan angkat kerja sewaktu-waktu dapat menawarkan jasanya untuk bekerja. Oleh sebab itu, golongan ini sering juga disebut sebagai golongan angkatan kerja potensial (*potential labor*).



Waktu kerja yang harus diterapkan oleh pengusaha menurut undang-undang ketenagakerjaan yaitu:

- a. 7 (tujuh) jam 1 (satu) hari dan 40 (empat puluh) jam 1 (satu) minggu untuk 6 (enam) hari kerja dalam 1 (satu) minggu.
- b. 8 (delapan) jam 1 (satu) hari dan 40 (empat puluh) jam 1 (satu) minggu untuk 5 (lima) hari kerja dalam 1 (satu) minggu.

Adapun waktu istirahat diatur sebagai berikut:

- a. Istirahat antara jam kerja, sekurang-kurangnya setengah jam setelah bekerja selama 4 (empat) jam terus menerus.
- b. Istirahat mingguan, 1 (satu) hari untuk 6 (enam) hari kerja dalam 1 (satu) minggu atau 2 (dua) hari untuk 5 (lima) hari kerja dalam 1 (satu) minggu.
- c. Cuti tahunan sekurang-kurangnya 12 (dua belas) hari kerja setelah pekerja/buruh yang bersangkutan bekerja selama 12 (dua belas) bulan secara terus-menerus.

Istirahat panjang sekurang-kurangnya 2 (dua) bulan dan dilaksanakan pada tahun ketujuh dan kedelapan masing-masing 1 (satu) bulan bagi pekerja/buruh yang telah bekerja selama 6 (enam) tahun secara terus-menerus.

### **C. Tenaga Kerja Perempuan**

---

Intervensi pemerintah dalam bidang perburuhan/ketenagakerjaan dimaksudkan untuk tercapainya keadilan di bidang perburuhan/ketenagakerjaan karena jika hubungan antara pekerja dengan pengusaha diserahkan kepada para pihak saja (keperdataan), maka pengusaha sebagai pihak yang lebih kuat akan menekan pekerja sebagai pihak yang lebih lemah secara sosial ekonomi.

Dengan adanya campur tangan dari pemerintah berakibat pada ruang lingkup kajiannya yang tidak hanya terbatas pada aspek hukum dalam hubungan kerja saja, tetapi meliputi aspek hukum sebelum hubungan kerja (*praemployment*), dan sesudah hubungan

kerja (*post employment*) karena itu sangat tepat jika istilah hukumnya disebut dengan hukum ketenagakerjaan.

Para pengusaha yang mempekerjakan *tenaga kerja perempuan* dalam bidang usahanya, hendaknya dalam pemberian tugas atau penempatannya dalam jenis-jenis pekerjaan tertentu selalu memakai pertimbangan yang sebijaksana mungkin, mengingat:

1. Para perempuan umumnya bertenaga lemah, halus tetapi tekun;
2. Norma-norma susila harus diutamakan, agar tenaga kerja tersebut tidak terpengaruh oleh perbuatan negatif dari tenaga kerja lawan jenisnya, terutama kalau dipekerjakan pada malam hari;
3. Para tenaga kerja perempuan itu umumnya mengerjakan pekerjaan halus yang sesuai dengan tenaganya;
4. Para tenaga kerja perempuan itu ada yang masih gadis dan ada pula yang telah bersuami yang dengan sendirinya mempunyai beban rumah tangga yang harus dilaksanakannya pula.

Perbedaan-perbedaan di antara tenaga kerja pria dan perempuan meliputi segi-segi sebagai berikut:

1. Fisik, yaitu ukuran tubuh dan kekuatan
2. Biologis, adanya haid, kehamilan, menapouisme pada wanita
3. Sosial kultur, yaitu akibatnya kedudukan wanita sebagai ibu rumah tangga dan tradisi-tradisi sebagai pencerminan kebudayaan.

Organisasi buruh Internasional (ILO) menetapkan beberapa dalil mengenai pekerja perempuan yaitu:

1. Adanya kesempatan yang sama di bidang pendidikan dan latihan serta kesempatan kerja
2. Upah yang sama untuk pekerjaan yang sama nilainya
3. Syarat-syarat kerja yang sama
4. Perlindungan untuk kehamilan
5. Kesehatan kerja, keselamatan kerja, dan kesejahteraan bagi buruh perempuan.

Perlindungan hukum yang diberikan kepada tenaga kerja perempuan tetap menjamin tidak akan merugikan tenaga kerja perempuan dalam menjalankan aktivitasnya di perusahaan sehubungan dengan fungsi kodratnya seperti ukuran dan kekuatan fisiknya, adanya haid, kehamilan, dan menopause yang dialaminya.

Begitu pula masalah sosial kultur yang melekat pada diri tenaga kerja perempuan seperti kedudukannya sebagai ibu rumah tangga maupun kedudukannya sebagai tokoh masyarakat dan berbagai tradisi kebudayaan.

Berbagai hal yang berhubungan dengan fungsi kodrat tenaga kerja perempuan di atas berimplikasi pada kemungkinan frekuensi tidak masuk kerja (*absenteeism*) karean hambatan fisik, biologis, sosial kultural lebih tinggi dibanding pria. Karena itu, sudah seyogianya jika perlindungan yang diberikan secara substantif mencakup lingkup yang cukup luas seperti pembatasan kerja pada waktu-waktu tertentu serta jenis pekerja yang tertentu pula yang mungkin secara sepintas berbeda dengan perlindungan yang diberikan kepada tenaga kerja pria.

Beberapa ketentuan yang memberikan perlindungan kepada tenaga kerja perempuan yaitu:

1. Undang-Undang No. 1 tahun 1951 tentang Berlakunya Undang-Undang Kerja No. 12 Tahun 1948.

Pasal 7 berbunyi: "Orang wanita tidak boleh menjalankan pekerjaan pada malam hari, kecuali jikalau pekerjaan itu menurut sifat, tempat dan keadaan seharusnya dijalankan oleh perempuan". Dapat dikecualikan dari larangan termaksud pada ayat (1) hal-hal di mana pekerjaan perempuan pada malam hari itu tidak dapat dihindarkan berhubung dengan kepentingan atau kesejahteraan umum.

Pasal 8 undang-undang di atas berbunyi : "Orang wanita tidak boleh menjalankan pekerjaan di dalam tambang, lubang di dalam tanah atau tempat lain untuk mengambil logam dan bahan dari



dalam tanah” Larangan tersebut dalam ayat (1) tidak berlaku terhadap orang wanita yang berhubungan dengan pekerjaannya kadangkadangkang harus turun di bagian tambang di bawah tanah dan menjalankan pekerjaan tangan. Dalam peraturan pemerintah akan ditetapkan hal-hal yang dikecualikan termaksud dalam ayat (2) beserta syarat untuk menjaga kesehatan dan kesusilaan buruh wanita itu.

Pada prinsipnya wanita dilarang dipekerjakan malam hari antara jam 10 malam dan jam 5 pagi di tempat-tempat tertentu kecuali ada izin pengusaha kepada kepala bagian perburuhan untuk:

- ◆ mempekerjakan wanita di malam hari
- ◆ menetapkan jumlah yang diizinkan
- ◆ lamanya izin berlaku
- ◆ syarat-syarat yang diperlukan bagi tenaga kerja malam yang dimaksudkan

2. Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan Pasal 76 yaitu:

- 1) Pekerja/buruh perempuan yang berumur kurang dari 18 (delapan belas) tahun dilarang dipekerjakan antara pukul 23.00 sampai dengan pukul 07.00.
- 2) Pengusaha dilarang mempekerjakan pekerja/buruh perempuan hamil yang menurut keterangan dokter berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan kandungannya maupun dirinya apabila bekerja antara pukul 23.00 sampai dengan 07.00.
- 3) Pengusaha yang mempekerjakan pekerja/buruh perempuan antara pukul 23.00 sampai dengan pukul 7.00 wajib:
  - a. memberikan makanan dan minuman yang bergizi.
  - b. menjaga kesusilaan dan keamanan selama di tempat kerja.

- 4) Pengusaha wajib menyediakan angkutan antar jemput bagi pekerja/buruh perempuan yang berangkat dan pulang bekerja antara pukul 23.00 sampai dengan pukul 5.00.

Pasal 81 undang-undang ketenagakerjaan menetapkan

- 1) Pekerja/buruh perempuan yang dalam masa haid merasakan sakit dan memberitahukan kepada pengusaha tidak wajib bekerja.

Pasal 82 undang-undang ketenagakerjaan menetapkan:

- 1) Pekerja/buruh perempuan berhak memperoleh istirahat selama 1.5 (satu setengah) bulan sebelum saat melahirkan anak dan 1.5 (satu setengah) bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan.
- 2) Pekerja/buruh perempuan yang mengalami keguguran kandungan berhak memperoleh istirahat 1.5 (satu setengah) bulan atau sesuai dengan surat keterangan dokter kandungan atau bidan.

Pasal 83 undang-undang ketenagakerjaan menyatakan bahwa pekerja/buruh perempuan yang anaknya masih menyusui harus diberi kesempatan sepatutnya untuk menyusui anaknya jika hal ini harus dilakukan selama waktu kecil.

#### **D. Tenaga Kerja Anak**

---

Pelaksanaan pembangunan nasional sesungguhnya merupakan amanah UUD 1945 pasal 27 ayat 2 yang berbunyi:

“Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”.

Pasal ini mengisyaratkan kepada seluruh rakyat Indonesia bahwa setiap orang yang ingin bekerja dapat memperoleh pekerjaan yang sesuai, dan tiap orang yang bekerja dapat memperoleh penghasilan yang cukup bagi diri sendiri dan keluarganya.

Di sini tergambar dengan jelas bahwa yang penting bukan hanya penyediaan kesempatan kerja akan tetapi lapangan kerja yang produktif yang memberikan tingkat kehidupan yang layak bagi pekerja dan keluarganya tanpa memandang suku, agama, ras, pendidikan dan lain-lain.

Undang-Undang No. 1 Tahun 1951 tentang Berlakunya Undang-Undang Kerja No. 12 Tahun 1948 yang mengatur tentang jam kerja, cuti tahunan, cuti haid, cuti hamil, cuti bersalin bagi tenaga kerja perempuan, peraturan tentang tenaga kerja anak, dewasa, persyaratan tempat kerja.

Menurut Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan Anak adalah setiap orang yang berumur di bawah 18 (delapan belas) tahun. Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun termasuk anak yang masih dalam kandungan.

Pada prinsipnya menurut undang-undang ketenagakerjaan dilarang mempekerjakan anak. Larangan bekerja bagi anak dapat dikecualikan bagi anak yang berumur antara 13 (tiga belas) tahun sampai dengan 15 (lima belas) tahun melakukan pekerjaan ringan sepanjang tidak mengganggu perkembangan dan kesehatan fisik, normal, dan sosial.

Pengusaha yang mempekerjakan anak pada pekerjaan ringan harus memenuhi persyaratan:

- a. Izin tertulis dari orangtua atau wali
- b. Perjanjian kerja antara pengusaha dengan orangtua/wali
- c. Waktu kerja maksimum 3 (tiga) jam per hari.
- d. Dilakukan pada siang hari dan tidak mengganggu waktu sekolah
- e. Keselamatan dan kesehatan kerja
- f. Adanya hubungan kerja yang jelas, dan
- g. Menerima upah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 72 Undang-Undang Ketenagakerjaan menyatakan dalam hal anak dipekerjakan bersama dengan pekerja/buruh dewasa, maka tempat kerja anak harus dipisahkan dari tempat kerja pekerja/buruh dewasa. Sedang anak dianggap bekerja bilamana berada di tempat kerja kecuali dapat dibuktikan sebaliknya (pasal 73).

Terdapat beberapa alasan bekerja pada anak yaitu kondisi kemiskinan baik kemiskinan alamiah dan terpaksa karena sumber daya alam dan lingkungan tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup penduduk setempat yang semakin berkembang dan kemiskinan struktural yaitu kemiskinan yang disebabkan oleh sistem dan struktur masyarakat serta lingkungan sosial ekonomi yang tidak mendukung.

Kecenderungan para pengusaha mempekerjakan anak karena mereka dianggap lebih telaten dalam pekerjaan yang membutuhkan ketelitian seperti membungkus dan menjahit. Anak-anak rajin, tak banyak menuntut, mudah diatur sehingga kontinuitas, kualitas dan kuantitas produksi lebih terjamin dibanding dengan mempekerjakan tenaga kerja dewasa.

### **E. Perundang-undangan Kesehatan dan Keselamatan Kerja**

Peraturan perundang-undangan kesehatan kerja merupakan salah satu cara pencegahan kecelakaan kerja. Cara lain untuk mencegah kecelakaan kerja adalah standardisasi, pengawasan, penelitian ber-sifat teknik, riset medis, penelitian psikologis, penelitian secara statistik, pendidikan, pengkairahan, asuransi, dan usaha keselamatan tingkat perusahaan. Kecelakaan adalah kejadian tak terduga dan tidak diharapkan. Kecelakaan kerja adalah kecelakaan berhubungan dengan hubungan kerja di perusahaan.

Perhatian terhadap pencegahan kecelakaan sebenarnya telah diberikan sejak dahulu kala, bahkan telah dituangkan dalam UU suatu negara. Hammurabi, raja Babilonia pada abad ke 17 sebelum masehi yang terkenal dengan *code of Hammurabi* telah meng-

gariskan suatu hukuman mati bagi ahli bangunan yang telah membangun rumah dan rumahnya telah mendatangkan malapetaka pada pemilik bangunan dan keluarganya. Aturan ini lima abad kemudian diterapkan dan menjadi tanggung jawab para ahli bangunan terhadap keselamatan para pelaksana dan pekerja-pekerja bangunan.

Usaha pencegahan kecelakaan kerja pada awalnya bersifat inisiatif perseorangan. Gerakan tentang pencegahan kecelakaan kerja secara besar-besaran dimulai pada abad ke-18 yakni ketika timbul Revolusi Industri di Inggris. Usaha ini pun masih terbatas pada pengurangan jam kerja anak-anak di pabrik dengan pertimbangan bahwa jam kerja yang tidak terbatas dan kondisi-kondisi pekerjaan yang mengakibatkan penderitaan bagi tenaga kerja pada waktu itu bertentangan dengan hak asasi manusia.

Pemikiran tentang upaya pencegahan kecelakaan kerja yang mengarah kepada keselamatan kerja baru kemudian muncul setelah terlihat adanya pergeseran sentra-sentra industri dari rumah ke pabrik sebagai akibat penemuan-penemuan teknologi baru hasil revolusi industri. Penemuan-penemuan ini selain berdampak positif berupa penggunaan mesin-mesin besar dan canggih juga menyajikan dampak negatif berupa bahaya-bahaya potensial menimbulkan kecelakaan kerja yang bersumber dari penggunaan peralatan tersebut.

Dampak negatif ini antara lain diuraikan dalam buku “*De morbis Artificum Diatriba*” oleh Bernardo Ramazzini pada 1700. Buku ini menguraikan penyakit akibat kerja yang disebabkan oleh penimbunan debu dalam paru-paru yang berasal dari silika. Terkenal sekali pertanyaan pertama yang diajukan oleh Ramazzini terhadap pasien “*Apa pekerjaan saudara (of what trade are you)?*”

Untuk mengantisipasi hal demikian itu, maka pada 1802 di Inggris lahir undang-undang yang melindungi kesehatan yang sekaligus memberikan kesempatan kepada tenaga kerja yang bekerja di pabrik tekstil maupun pabrik-pabrik lainnya untuk mengikuti

latihan. Pengawasan terhadap pelaksanaan oleh penegak hukum setempat. Undang-Undang ini kemudian direvisi pada tahun 1833 di mana pengawasannya dibebankan kepada aparat pemerintah. Pada 1844 dilakukan lagi perbaikan dengan penambahan kewajiban pengawasan mesin, penyediaan alat pengaman dan kewajiban kecelakaan akibat kerja.

Di Perancis, Undang-Undang perusahaan mulai berlaku pada tahun 1841 tentang pekerja anak-anak dalam industri yang memergunakan tenaga mekanik atau bekerja pada proses yang kontinu dan pada perusahaan-perusahaan dengan jumlah buruh lebih dari 20 orang. UU ini juga dilengkapi dengan pengaturan sistem pengawasan. Namun, Undang-Undang keselamatan kerja sebenarnya muncul pada 1893.

Pada abad ke 19, pemakaian mesin meningkat pesat di industri pengolahan, yang menyebabkan timbulnya bahaya baru bagi para pekerja. Setelah Indonesia merdeka, pada 1961 dikeluarkan UU tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti UU No. 1 tahun 1961 tentang Barang, disusul dengan peraturan khusus Direktur Pekerja Umum (Peraturan Pelaksanaan Pasal 2 dari s. No. 906 tahun 1910), menyangkut banyak hal mulai pertolongan pertama pada kecelakaan sampai ketentuan umum tentang jalan kereta api dan trem. Pada 1964 dikeluarkan Peraturan Menteri No. 7/PMP/1964, tentang syarat-syarat Kesehatan, Kebersihan dan penerangan tempat kerja, dan pada 1969 dikeluarkan Peraturan Menteri tenaga Kerja RI No. 65 tahun 1969 tentang penyelenggaraan kursus/latihan Kader Keselamatan Kerja.

*Veilighed Reglement (VR)*, yang merupakan peraturan keselamatan kerja yang berlaku mulai 1910 sampai 12 Januari 1970 dalam pelaksanaannya telah mengalami perubahan. Namun, ternyata perubahan itu kurang berarti. Pelaksanaan dan pengawasan *Veiligheid Reglement* bersifat represif, sehingga untuk mengantisipasi insiden maupun kecelakaan yang menyangkut ketenteraman pekerja dalam bekerja belum dapat dipertanggungjawabkan.

Menyadari akan hal itu, diupayakan perbaikan sesuai dengan perkembangan zaman. Pada 12 Januari 1970 diundangkan UU No. 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja yang sekaligus mencabut Veilighhed reglement.

Pada 1984 pemerintah melaksanakan Kampanye Nasional Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Pada 12 Januari 1987 ditetapkan sebagai Hari Keselamatan Kerja dan Kesehatan Kerja Nasional. Pada 1989 diselenggarakan Konvensi Nasional K3 yang pertama dan dibuka oleh Presiden Soeharto di Istana negara. Pada 1992, dicanangkan Gerakan Membudayakan K3 oleh Presiden Soeharto pada acara pembukaan Konvensi Nasional K3 kedua di Jakarta.

## **F. Sebab-Sebab Kecelakaan Kerja**

---

Pada prinsipnya terdapat pemikiran bahwa sebab-sebab terjadinya kecelakaan sesungguhnya melalui beberapa tahapan:

1. pada mulanya kecelakaan kerja semata-mata disebabkan oleh nasib manusia. Jadi kecelakaan kerja secara serta merta harus diterima sebagai nasib belaka tanpa melihat sebab musbah terjadinya dari kewajiban yang diletakkan oleh pengusaha.
2. kecelakan kerja kemudian disebabkan oleh faktor lingkungan kerja yang tidak aman (Unsafe condition of work environment)
3. kecelakaan kerja di samping disebabkan oleh faktor lingkungan kerja yang tidak aman juga oleh faktor manusia (Unsafe act). Pandangan ini muncul sekitar tahun 1930 dan dipelopori oleh H.W. Heinrich dalam "Industrial Accident Prevention" selanjutnya teori ini dikenal sebagai "Teori Domino". Prinsip utama teori utama ini adalah:
  - a. Kecelakaan kerja sebagian besar diakibatkan perbuatan tidak aman.
  - b. Pada setiap kejadian kecelakaan yang menimbulkan cedera terdapat 5 faktor yang secara berurutan yang digambarkan sebagai kartu domino sebagai berikut:

1. kebiasaan-lingkungan sosial
2. kesalahan seseorang
3. perbuatan dan kondisi yang tidak aman (*Hazard*)
4. kecelakaan (*Accident*)
5. cedera

Kunci utama pencegahan kecelakaan menurut teori ini adalah pada domino yang ketiga. Artinya, dengan mengambil (menghilangkan) domino yang ketiga, maka rangkaian sebab akibat dapat diputuskan, sehingga tidak akan terjadi kecelakaan.

4. Teori ini dikembangkan oleh F.E. Birds, Jr pada 1974 dengan mengoreksi penerapan teori domino yang hanya bertumpu pada domino sebagai seolah-olah penyebab utama kecelakaan, tetapi lupa menelusuri sumber penyebab yang mengakibatkan terjadinya hazard. Dengan dasar ini Birds mengadakan modifikasi dengan teori manajemen yang intinya sebagai berikut:

1. manajemen-kurang kontrol
  2. sumber-penyebab dasar
  3. gejala-penyebab langsung
  4. kontak-insiden
  5. kerugian-gangguan
- 
- praktik di bawah standar  
kondisi di bawah standar
- 
- tubuh  
harta  
proses produksi

## G. Dasar Hukum Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Landasan hukum perlunya upaya kesehatan dan keselamatan kerja ini antara lain disebutkan antara lain disebutkan dalam pasal 9 UU No. 9 Tahun 1969 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Tenaga Kerja “Setiap Tenaga Kerja berhak mendapat perlindungan atas keselamatan, kesehatan, pemeliharaan moral kerja serta perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat moral agama”.



Atas dasar itu maka dikeluarkanlah UU No. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja sebagai pengganti peraturan perundang-undangan di bidang keselamatan kerja yang telah ada sebelumnya yaitu *Veiligheids Reglement* Stbl. No. 406 Tahun 1910, yang dinilai sudah tidak sesuai lagi dengan kemajuan dan perkembangan masalah ketenagakerjaan. Meskipun namanya UU Keselamatan Kerja namun cakupan materinya termasuk pula masalah kesehatan kerja.

Ditinjau dari segi keilmuan, kesehatan dan keselamatan kerja dapat diartikan sebagai ilmu pengetahuan dan penerapannya dalam usaha mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja di tempat kerja. Kesehatan dan Keselamatan kerja harus diterapkan dan dilaksanakan di setiap perusahaan. Tempat kerja adalah setiap tempat yang di dalamnya terdapat 3 unsur yaitu:

1. adanya suatu, baik itu usaha yang bersifat ekonomis maupun usaha sosial.
2. adanya sumber bahaya.
3. adanya tenaga yang bekerja di dalamnya, baik secara terus-menerus maupun hanya sewaktu-waktu.

Kecelakaan kerja adalah suatu kejadian yang tidak diduga dan tidak dikehendaki yang mengacaukan proses yang telah diatur dari suatu aktivitas. Kecelakaan kerja pada umumnya dapat disebabkan oleh empat faktor yaitu:

1. Manusia, kurangnya keterampilan atau pengetahuan, salah penempatan dari tenaga kerja.
2. Material/bahan/peralatan, bahan yang seharusnya terbuat dari besi misalnya, akan tetapi supaya lebih murah dibuat dari bahan lainnya.
3. Bahaya/sumber bahaya yaitu:
  - a. perbuatan berbahaya
  - b. kondisi/keadaan lingkungan kerja yang berbahaya
4. aktor yang dihadapi, kurangnya pemeliharaan/perawatan peralatan yang digunakan dalam melakukan pekerjaan.

Kesehatan kerja adalah bagian dari ilmu kesehatan yang bertujuan agar tenaga kerja memperoleh keadaan kesehatan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial sehingga memungkinkan dapat bekerja secara optimal.

Tujuan kesehatan kerja adalah:

- a. Meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan tenaga kerja yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, maupun sosial.
- b. Mencegah dan melindungi tenaga kerja dari gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi lingkungan kerja.
- c. Menyesuaikan tenaga kerja dengan pekerjaan atau pekerjaan dengan tenaga kerja.
- d. Meningkatkan produktivitas kerja.

Sumber-sumber bahaya bagi kesehatan tenaga kerja adalah sebagai berikut:

1. Faktor fisik yang berupa bising, suhu, penerangan, ventilasi, radiasi, getaran mekanis, tekanan udara, bau-bauan, kelembapan udara di tempat kerja.
2. Faktor kimia yaitu gas/uap, cairan, debu-debuan, bahan-bahan kimia termasuk bahan beracun berabahaya (B3).
3. Faktor biologis, dapat berupa bakteri, virus, jamur dan sebagainya dan tumbuh-tumbuhan lain yang hidup dan timbul serta membahayakan kesehatan tenaga kerja.
4. Faktor faal, dapat berupa sikap badan yang tidak baik pada waktu kerja, peralatan yang tidak sesuai atau tidak cocok dengan tenaga kerja dan lain-lainnya.
5. Faktor psikologis yang dapat berupa suasana kerja yang tidak menyenangkan.

## H. Hak dan Kewajiban Tenaga Kerja dan Pengusaha

---

1. Hak-hak tenaga kerja meliputi:
  - a. Meminta kepada pimpinan atau pengurus perusahaan agar dilaksanakan semua syarat keselamatan dan kesehatan kerja yang diwajibkan di tempat kerja.
  - b. Menyatakan keberatan melakukan pekerjaan bila syarat kesehatan dan keselamatan kerja serta alat perlindungan diri yang diwajibkan tidak memenuhi persyaratan.
  - c. Mendapat informasi tentang jenis, sifat pekerjaan yang akan dilakukan (*the right to know*).
  - d. Menolak pekerjaan yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan tenaga kerja yang bersangkutan (*The right to refuse the hazardous work*).

Sedangkan kewajiban tenaga kerja meliputi:

- a. Memberikan keterangan yang benar bila dimintai oleh pegawai pengawas atau ahli kesehatan dan keselamatan kerja.
  - b. Memakai alat perlindungan diri yang diwajibkan
  - c. Memenuhi dan menaati persyaratan kesehatan dan keselamatan kerja yang berlaku di tempat kerja atau di perusahaan.
2. Kewajiban Pengusaha atau Pimpinan Perusahaan
    - a. Terhadap tenaga kerja yang baru bekerja
      1. Menunjukkan dan menjelaskan tentang kondisi dan bahaya yang dapat timbul di tempat kerja, semua alat pengamanan dan pelindung diri yang diharuskan oleh perusahaan dan cara dan sikap dalam melakukan pekerjaan.
      2. Memeriksa kesehatan baik fisik maupun mental terhadap tenaga kerja yang bersangkutan.

- b. Terhadap tenaga kerja yang telah/sedang dipekerjakan
  1. Melakukan pembinaan dalam hal pencegahan kecelakaan, penanggulangan kebakaran, pemberian Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) dan peningkatan usaha keselamatan dan kesehatan kerja pada umumnya.
  2. Memeriksa kesehatan baik fisik maupun mental secara berkala.
  3. Menyediakan secara cuma-cuma semua alat perlindungan diri yang diwajibkan bagi seluruh tenaga kerja.
  4. Memasang gambar dan UU keselamatan dan kesehatan kerja serta bahan pembinaan lainnya sesuai dengan petunjuk pegawai pengawas atau ahli keselamatan dan kesehatan kerja.
  5. Melaporkan setiap peristiwa kecelakaan termasuk peledakan, kebakaran dan penyakit akibat kerja yang diakibatkan kerja yang terjadi di tempat kerja kepada kantor Dep. Tenaga Kerja setempat.
  6. Membayar biaya pengawasan kesehatan dan keselamatan kerja ke kantor Perbendaharaan negara setempat setelah mendapat penetapan besarnya biaya oleh Kantor Wilayah Departemen Tenaga Kerja setempat.
  7. Menaati semua persyaratan kesehatan dan keselamatan kerja baik yang diatur dalam peraturan perundang-undangan maupun yang ditetapkan oleh pegawai pengawas.

## **I. Pengawas Kesehatan dan Keselamatan Kerja**

Pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja di tempat kerja perusahaan dilakukan secara bersama-sama oleh pimpinan atau pengurus perusahaan dan seluruh tenaga kerja. Dalam pelaksanaan-

nya pimpinan atau pengurus dapat dibantu oleh petugas keselamatan dan kesehatan kerja dari tempat kerja atau perusahaan yang bersangkutan. Petugas keselamatan dan kesehatan kerja adalah karyawan yang mempunyai pengetahuan atau keahlian di bidang keselamatan dan kesehatan kerja dan ditunjuk oleh pimpinan atau pengurus tempat kerja/perusahaan untuk membantu pelaksanaan perusahaan.

Yang bertugas mengawasi atas ditaati atau tidak peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan keselamatan kerja ini ialah:

- a. Pegawai pengawas keselamatan dan kesehatan kerja yaitu pegawai teknis berkeahlian khusus dari Departemen Kerja yang ditunjuk oleh Menteri Tenaga Kerja.
- b. Ahli keselamatan dan kesehatan kerja yaitu tenaga teknis berkeahlian khusus dari luar Departemen Tenaga Kerja yang ditunjuk oleh Menteri Kerja.

Adapun yang bertanggung jawab atas keselamatan dan kesehatan tenaga kerja adalah pimpinan atau pengurus tempat kerja/perusahaan atau pengusaha.

Pelaksanaan pengawasan ditujukan kepada:

1. Tempat kerja terutama mengenai kebersihan dan perawatan, serta kondisi lingkungan kerja.
2. Proses kerja meliputi bagaimana proses kerja dimulai dari gudang bahan baku, persiapan pengolahan, pengepakan sampai ke pendistribusian.
3. Tenaga kerja meliputi pemakaian alat pelindung, sikap kerja, jenis kelamin, usia, beban kerja, dan gizi tenaga kerja
4. Pelayanan kesehatan.
5. Fasilitas kesehatan.

## **J. Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja (P2K3) dan Dewan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (DK3)**

---

P2K3 adalah suatu wadah bagi unsur pimpinan perusahaan dan unsur tenaga kerja yang berfungsi dan tugasnya berkaitan dengan pembinaan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja/perusahaan.

Manfaat dari P2K3 ini adalah:

1. Mengembangkan kerja sama antara unsur-unsur pimpinan perusahaan dan tenaga kerja dalam melaksanakan keselamatan dan kesehatan kerja serta melancarkan proses produksi pada umumnya
2. Memberikan pengertian dan kesadaran kepada semua tenaga kerja tentang kehendak pimpinan atau pengurus perusahaan dalam melaksanakan pencegahan kecelakaan, kebakaran, peledakan, dan penyakit akibat kerja di tempat kerja
3. Mengembangkan pendapat dan sebagai forum pembahasan masalah di bidang keselamatan dan kesehatan kerja kepada pimpinan perusahaan
4. Membantu meringankan beban tanggung jawab semua pihak dalam rangka peningkatan usaha pencegahan kecelakaan kerja.

DK3 dimaksudkan untuk memupuk dan meningkatkan kerja sama dan tanggung jawab bersama terhadap keselamatan dan kesehatan kerja dalam pelaksanaan proses produksi.

Fungsi dan tugas DK3 adalah:

1. Menghimpun permasalahan-permasalahan keselamatan dan kesehatan kerja dari wilayah-wilayah.
2. Memberikan pertimbangan dan saran kepada pemerintah mengenai usaha-usaha keselamatan dan kesehatan kerja.

DK3 terdiri dari:

1. Dewan keselamatan dan kesehatan kerja nasional (DK3N) yang berkedudukan di pusat.
2. Dewan keselamatan dan kesehatan kerja tingkat wilayah berkedudukan di daerah tingkat I/propinsi.

Keanggotaan D3KN dan DK3 daerah ini terdiri dari unsur tri partai yaitu unsur pemerintah, pengusaha dan serikat pekerja

### **K. Syarat Kesehatan, Kebersihan dan Penerangan Dalam Tempat Kerja**

---

Peraturan yang mengatur tentang syarat kesehatan, kebersihan serta penerangan dalam tempat kerja adalah peraturan Menteri Perburuahan No. 7 Tahun 1964. Peraturan ini mengatur tentang:

a. Tempat kerja

Tempat kerja adalah setiap tempat terbuka atau tertutup yang lazim dipergunakan atau dapat dipergunakan untuk melakukan pekerjaan baik tetap maupun sementara.

Tidak termasuk tempat kerja

1. Kapal terbang, kereta api, dan angkutan lain
2. Rumah sakit, sanatorium dan lain-lain di bawah Departemen Kesehatan
3. Tempat kerja bangunan di bawah Departemen Hankam
4. Tempat-tempat lain bilamana dianggap perlu untuk dikecualikan

b. Syarat-syarat bangunan tempat kerja

1. Terhindar dari kemungkinan bahaya kebakaran dan kecelakaan
2. Terhindar dari kemungkinan bahaya keracunan, bahaya keracunan penularan penyakit atau tumbuhnya penyakit jabatan

3. Menjaga kebersihan dan ketaatan
  4. Penerangan yang cukup
  5. Ventilasi udara yang cukup
  6. Terhindar dari gangguan debu, gas, uap dan bau-bau yang tidak menyenangkan
- c. Penyediaan kamar kecil
1. Terbuat dari bahan yang kuat terpisah untuk laki-laki dan perempuan.
  2. Harus dijaga.
  3. Jumlah kamar yang tersedia:
    - a. untuk 1-15 tenaga kerja = 1 kamar kecil
    - b. untuk 16-30 tenaga kerja = 2 kamar kecil
    - c. untuk 31-45 tenaga kerja = kamar kecil

Dalam tempat kerja yang dianggap perlu harus disediakan tempat mandi, tempat cuci dan cuci muka dan tangan, tempat meludah dan ganti pakaian. Air yang disediakan untuk makan dan minum harus memenuhi syarat-syarat kebersihan dan kesehatan.

Kadar penerangan diukur dengan lux meter:

1. Pekerjaan yang membedakan barang-barang kasar < 50 lux
2. Pekerjaan yang membedakan barang-barang kecil secara pintas lalu < 100 lux
3. Pekerjaan yang membedakan barang-barang kecil secara agak teliti < 200 lux
4. Pekerjaan halus < 300 lux
5. Pekerjaan yang sangat halus < 500 lux
6. Pekerjaan yang halus dalam waktu lama < 1000 lux

## **L. Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja**

Pemeriksaan kesehatan tenaga kerja diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No.: Per 02/MEN/1980. Pemeriksaan tenaga kerja sebagaimana tercantum dalam peraturan ini terdiri dari:



a. Pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja

Pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja merupakan pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter sebelum seorang tenaga kerja diterima melakukan pekerjaan. Pemeriksaan ini dimaksudkan agar tenaga kerja yang diterima berada dalam kondisi kesehatan yang setinggi-tingginya, tidak menderita penyakit menular yang dapat ditularkan kepada tenaga kerja lainnya.

Di samping itu dengan pemeriksaan kesehatan ini diharapkan akan sesuai pekerjaan yang akan dilakukannya sehingga kesehatan dan keselamatan tenaga kerja yang bersangkutan dan tenaga kerja lainnya juga terjamin.

Pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja dihadirkan bagi semua tenaga kerja meliputi pemeriksaan fisik, jasmani, rontgen paru dan laboratorium rutin serta pemeriksaan lainnya yang dianggap perlu.

b. Pemeriksaan Kesehatan Berkala

Pemeriksaan kesehatan ini merupakan pemeriksaan kesehatan pada waktu tertentu terhadap tenaga kerja yang dilakukan oleh dokter. Pemeriksaan kesehatan berkala dimaksudkan untuk mempertahankan derajat kesehatan tenaga kerja sesudah berada dalam pekerjaannya, serta menilai kemungkinan adanya pengaruh-pengaruh dari pekerjaan sedini mungkin dan karena itu perlu dikendalikan dengan upaya pencegahan.

Semua perusahaan diharuskan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan berkala bagi tenaga kerja sekurang-kurangnya sekali dalam setahun. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan lengkap, kesegaran jasmani, rontgen paru-paru (bila mungkin) dan laboratorium rutin serta pemeriksaan lain yang dianggap perlu.

Bilamana dalam pemeriksaan ditemukan kelainan-kelainan atau gangguan-gangguan, maka pengurus/pengusaha wajib mengadakan tindak lanjut untuk memperbaiki kelainan-kelainan

tersebut dan sebab-sebabnya untuk menjamin terselenggaranya keselamatan dan kerja.

Sedangkan jika dalam pemeriksaan penyakit akibat kerja, maka kejadian ini harus dilaporkan kepada Dirjen Hubungan Perburuhan dan Perlindungan Tenaga Kerja melalui Kantor Wilayah Dirjen Bina Lindung Tenaga kerja.

c. **Pemeriksaan Kesehatan Khusus**

Pemeriksaan kesehatan khusus adalah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh dokter secara khusus terhadap tenaga kerja tertentu. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk menilai adanya pengaruh-pengaruh dari pekerjaan tertentu terhadap tenaga kerja atau golongan-golongan kerja tertentu.

Pemeriksaan kesehatan khusus juga dilakukan terhadap:

- a. Tenaga kerja yang mengalami kecelakaan atau penyakit akibat kerja yang memerlukan perawatan lebih dari 2 minggu.
- b. Tenaga kerja yang berusia di atas 40 tahun atau tenaga kerja perempuan dan tenaga kerja cacat, serta tenaga kerja muda yang melakukan pekerjaan tertentu.
- c. Tenaga kerja yang terdapat dugaan-dugaan tertentu mengenai gangguan-gangguan kesehatannya perlu dilakukan pemeriksaan khusus sesuai dengan kebutuhan.

Pemeriksaan kesehatan khusus diadakan pula apabila terdapat keluhan-keluhan di antara tenaga kerja atau atas pengamatan pegawai pengawas kesehatan dan keselamatan kerja atau atas penilaian Balai Hipekers atau pendapat umum masyarakat.

## **M. Kewajiban Melaporkan Penyakit Akibat Kerja**

Kewajiban melapor penyakit akibat kerja diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. Per-01/MEN/1981. Dalam peraturan ini dinyatakan secara eksplisit tentang penyakit akibat

kerja yaitu setiap penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan atau lingkungan kerja.

Penyakit akibat kerja yang terjadi di perusahaan wajibkan oleh pengurus atau badan yang ditunjuk ke Kantor Direktorat Jenderal Tenaga Kerja Pembinaan Perburuhan dan Perlindungan Tenaga Kerja setempat. Kewajiban melapor penyakit akibat kerja harus dilakukan dalam waktu paling lama 2 x 24 jam setelah penyakit tersebut dibuat diagnosis.

Di samping itu pengusaha atau orang yang mempunyai tugas memimpin langsung suatu tempat kerja atau bagiannya yang berdiri sendiri wajib segera melakukan tindakan-tindakan preventif agar penyakit akibat kerja yang sama tidak terulang kembali diderita oleh tenaga kerja. Bentuk tindakan preventif dilaksanakan dengan penyediaan secara cuma-cuma alat perlindungan diri yang diwajibkan penggunaannya oleh tenaga kerja.

Tenaga kerja harus memberikan keterangan-keterangan yang benar bila diperiksa oleh dokter atau pegawai pengawas kesehatan dan keselamatan kerja serta diwajibkan memakai alat-alat perlindungan diri untuk pencegahan penyakit akibat kerja.

## **O. Pelayanan Kesehatan Kerja**

---

Pelayanan kesehatan kerja diatur dalam Peraturan menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor: 03 Tahun 1982. Dalam diatur tentang tugas pokok pelayanan kesehatan kerja dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kerja.

Tugas pokok pelayanan kesehatan kerja meliputi:

- a. Pemeriksaan kesehatan kerja sebelum bekerja, pemeriksaan berkala dan pemeriksaan khusus.
- b. Pembinaan dan pengawasan atas penyesuaian pekerjaan terhadap tenaga kerja.
- c. Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja.
- d. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan sanitair.

- e. Pembinaan dan pengawasan pelengkapan untuk kesehatan tenaga kerja.
- f. Pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit akibat umum dan penyakit akibat kerja.
- g. Pertolongan pertama pada kecelakaan.
- h. Pendidikan kesehatan untuk tenaga kerja dan latihan untuk petugas Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan.
- i. Memberikan nasihat mengenai perencanaan dan pembuatan tempat tenaga kerja, pemilihan alat pelindung yang diperlukan dan serta penyelenggaraan makanan di tempat kerja.
- j. Membantu usaha rehabilitasi akibat kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja.
- k. Pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga kerja yang mempunyai kelainan tertentu dalam kesehatannya.
- l. Memberikan laporan berkala tentang pelayanan kesehatan kerja kepada pengurus.

Sedangkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kerja sebagai berikut:

1. Setiap tenaga kerja wajib mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Pengurus wajib memberikan pelayanan kesehatan kerja sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.
3. Pelayanan dapat dilaksanakan sendiri oleh pengurus.
4. Diselenggarakan sendiri oleh pengurus dengan mengadakan ikatan dokter atau pelayanan kesehatan lain.
5. Pengurus dari beberapa perusahaan secara bersama-sama menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan kerja.

Sehubungan dengan jaminan kecelakaan atau penyakit akibat kerja, maka masalah tanggung jawab menjadi sangat penting artinya. Secara teoretis persoalan tanggung jawab terbagi atas tanggung jawab berdasarkan kesalahan (*Fault system liability*) dan tanggung jawab tanpa kesalahan (*no-fault system liability*). Sistem pertama

menegaskan bahwa tenaga kerja baru akan mendapat kompensasi setelah terlebih dahulu harus membuktikan bahwa kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja yang menimpanya semata-mata karena kesalahan pengusaha. Tenaga kerja dibebani pembuktian dan harus menunjukkan adanya hubungan antara kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja dengan kesalahan pengusaha. Untuk menghadapi tuntutan semacam itu, pengusaha biasanya berlindung pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Doktrin pendukung kelalaian (*Doctrine of contributory negligence*) yakni terjadinya kecelakaan atau penyakit akibat kerja adalah kelalaian karena kelalaian pekerja sendiri.
2. Kesalahan teman sekerja (*fellow servant role*) yaitu terjadinya kecelakaan kerja karena kelalaian teman pekerja.
3. Praduga risiko (*assumption of risk*) yaitu terjadinya kecelakaan sebenarnya telah diperkirakan sebelumnya oleh tenaga kerja. Peraturan perundang-undangan tentang Jamsostek juga menganut *no-fault system*. Penjelasan PP No. 14 tahun 1993 dikatakan bahwa pembiayaan jaminan kecelakaan ditanggung oleh pengusaha, karena kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang timbul dalam hubungan pekerjaan merupakan tanggung jawab yang penuh dari pemberi kerja.

Bagi seorang tenaga kerja, guna mendapatkan jaminan kecelakaan kerja cukup mengemukakan fakta:

1. Adanya kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja.
2. Adanya hubungan antar pekerjaan dengan kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja.
3. Kecelakaan tersebut memerlukan biaya pengobatan, perawatan maupun rehabilitasi.

Dari uraian di atas dapatlah kiranya diajukan beberapa saran maupun rekomendasi sebagai berikut:

1. Perlunya peraturan tentang penetapan batas usia minimum tenaga kerja anak-anak dalam bentuk undang-undang sehingga selain terciptanya kepastian hukum juga sekaligus penempatan supremasi hukum khususnya yang berkaitan dengan bentuk dan hierarki peraturan perundang-undangan.
2. Perlunya peninjauan kembali beberapa peraturan perundang-undangan kesehatan kerja agar dapat disesuaikan dengan dinamika masyarakat.
3. Perlunya memperhatikan bentuk dan hierarki perundang-undangan dalam membuat aturan-aturan yang berkaitan dengan kesehatan kerja.
4. Diperlukan suatu perangkat hukum yang dapat melindungi para tenaga kerja wanita khususnya para pramuwisma. ♦

---

# Tanggung jawab Produk (*Product Liability*)

## A. Pendahuluan

---

**Guidelines** for Consumer Protection of 1985 yang dikeluarkan oleh Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) menyatakan: “Konsumen di mana pun mereka berada, dari segala bangsa, mempunyai hak-hak dasar sosialnya”. Yang dimaksud hak-hak dasar tersebut adalah hak untuk mendapatkan informasi yang jelas, benar, dan jujur; hak untuk mendapatkan ganti rugi; hak untuk mendapatkan lingkungan yang baik dan bersih serta kewajiban untuk menjaga lingkungan; dan hak untuk mendapatkan pendidikan dasar. PBB menghimbau seluruh anggotanya untuk memberlakukan hak-hak konsumen tersebut di negaranya masing-masing.

Permasalahan yang dihadapi konsumen Indonesia, seperti juga yang dialami konsumen di negara-negara berkembang lainnya, tidak hanya sekadar bagaimana memilih barang, tetapi jauh lebih kompleks dari itu yaitu menyangkut pada penyadaran semua pihak, baik itu pengusaha, pemerintah maupun konsumen sendiri tentang pentingnya perlindungan konsumen. Pengusaha menyadari bahwa mereka harus menghargai hak-hak konsumen, memproduksi barang dan jasa yang berkualitas, aman dimakan/digunakan, meng-

ikuti standar yang berlaku, dengan harga yang sesuai (reasonable). Pemerintah menyadari bahwa diperlakukan Undang-Undang serta peraturan-peraturan di segala sektor yang berkaitan dengan berpindahnya barang dan jasa dari pengusaha ke konsumen. Pemerintah juga bertugas untuk mengawasi berjalannya peran serta UU tersebut dengan baik.

Konsumen harus sadar akan hak-hak yang mereka punyai sebagai seorang konsumen sehingga dapat melakukan sosial kontrol terhadap perbuatan dan perilaku pengusaha dan pemerintah.

Dengan lahirnya UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, maka diharapkan upaya perlindungan konsumen di Indonesia yang selama ini dianggap kurang diperhatikan, bisa menjadi lebih diperhatikan.

Tujuan penyelenggaraan, pengembangan dan pengaturan perlindungan konsumen yang direncanakan adalah untuk meningkatkan martabat dan kesadaran konsumen dan secara tidak langsung mendorong pelaku usaha di dalam menyelenggarakan kegiatan usahanya dengan penuh rasa tanggung jawab.

Pengaturan perlindungan konsumen dilakukan dengan:

- a. Menciptakan sistem perlindungan konsumen yang mengandung akses dan informasi, serta menjamin kepastian hukum.
- b. Melindungi kepentingan konsumen pada khususnya dan kepentingan seluruh pelaku usaha
- c. Meningkatkan kualitas barang dan pelayanan jasa
- d. Memberikan perlindungan kepada konsumen dari praktik usaha yang menipu dan menyesatkan
- e. Memadukan penyelenggaraan, pengembangan dan peraturan perlindungan dengan bidang-bidang perlindungan pada bidang-bidang lainnya.

Menurut Natalie O'Connor; *“Product Liability, these were designed to protect the consumer from faulty or defective goods by imposing strict liability upon manufactures”*



Dari pendapat yang dikemukakan oleh Natalie di atas dapat kita lihat secara umum bahwa tanggung jawab produk adalah suatu konsepsi hukum yang intinya dimaksudkan untuk memberi perlindungan kepada konsumen.

Tanggung jawab produk cacat berbeda dengan tanggung jawab terhadap hal-hal yang sudah kita kenal selama ini. Tanggung jawab produk, barang dan jasa meletakkan beban tanggung jawab pembuktian produk itu kepada pelaku usaha pembuat produk (produsen) itu. Hal ini dapat kita lihat dalam ketentuan Pasal 22 UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan konsumen yang mengatur bahwa pembuktian terhadap ada tidaknya unsur kesalahan dalam perkara ini, menjadi beban dan tanggung jawab pelaku usaha.

Kerugian yang diderita oleh seorang pemakai produk yang cacat atau membahayakan, bahkan juga pemakai yang turut menjadi korban, merupakan tanggung jawab mutlak pelaku usaha pembuat produk itu sebagaimana diatur dalam pasal 19 UU Perlindungan Konsumen.

Dengan penerapan tanggung jawab produk ini, secara umum tidak jauh berbeda dengan konsepsi tanggung jawab sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 1365 (dan 1865) KUHPerdara. Perbedaannya adalah bahwa tanggung jawab produsen untuk memberikan ganti rugi diperoleh, setelah pihak yang menderita kerugian dapat membuktikan bahwa cacatnya produk tersebut serta kerugian yang timbul merupakan akibat kesalahan yang dilakukan oleh produsen.

Apakah yang dimaksud cacat produk? Di Indonesia cacat produk atau produk yang cacat didenifikasikan sebagai berikut:

“Setiap produk yang tidak dapat memenuhi tujuan pembuatannya baik karena kesengajaan atau kealpaan dalam proses maupun disebabkan hal-hal lain yang terjadi dalam peredarannya, atau tidak menyediakan syarat-syarat keamanan bagi manusia atau harta benda mereka dalam penggunaannya, sebagaimana diharapkan orang.”

Dari batasan ini dapat dilihat bahwa pihak yang bertanggung jawab adalah pelaku usaha pembuat produk tersebut. Perkembangan ini dipicu oleh tujuan yang ingin dicapai doktrin ini yaitu:

- a. Menekan lebih rendah tingkat kecelakaan karena produk cacat tersebut
- b. Menyediakan sarana hukum ganti rugi bagi korban produk cacat yang tidak dapat dihindari.

Sesuatu produk dapat disebut cacat (tidak dapat memenuhi tujuan pembuatannya) karena:

1. Cacat produk atau manufaktur
2. Cacat desain
3. Cacat peringatan atau cacat industri.

Cacat produk atau manufaktur adalah keadaan produk yang umumnya berada di bawah tingkat harapan konsumen. Atau dapat pula cacat itu demikian rupa sehingga dapat membahayakan harta benda, kesehatan tubuh atau jiwa konsumen. Cacat seperti tersebut di atas termasuk cacat desain, sebab kalau desain produk itu dipenuhi sebagaimana mestinya, tidaklah kejadian merugikan konsumen tersebut dapat terjadi.

Cacat peringatan atau instruksi adalah cacat produk karena tidak dilengkapi dengan peringatan-peringatan tertentu atau instruksi penggunaan tertentu

Hukum tentang tanggung jawab produk ini termasuk dalam perbuatan melanggar hukum tetapi diimbuh dengan tanggung jawab mutlak (*strict liability*), tanpa melihat apakah ada unsur kesalahan pada pihak pelaku. Dalam kondisi demikian terlihat bahwa *adagium Caveat Emptor* (*konsumen bertanggung jawab*) telah ditinggalkan, dan kini berlaku *Caveat Venditor* (*pelaku usaha bertanggung jawab*).

Ketentuan yang mengatur hal tersebut, yaitu perbuatan-perbuatan pelaku usaha yang berakibat menimbulkan kerugian dan atau membahayakan konsumen diatur dalam pasal 4,5,7-17, 19-

21 dan pasal 24 sampai dengan pasal 28 UU No. 8 Tahun 1999 tentang perlindungan Konsumen.

## B. Definisi

---

Istilah *Product Liability* baru dikenal sekitar 60 tahun yang lalu dalam dunia perasuransian di Amerika Serikat, sehubungan dengan dimulainya produksi bahan makanan secara besar-besaran.

Produk secara umum diartikan sebagai barang yang secara nyata dapat dilihat, dipegang, baik yang bergerak maupun yang tidak bergerak. Selanjutnya, termasuk dalam pengertian produk tersebut tidak semata-mata suatu produk yang sudah jadi secara keseluruhan, tetapi juga termasuk komponen suku cadang.

Berkenaan dengan masalah cacat dalam pengertian produk yang cacat yang menyebabkan produsen harus bertanggung jawab.

Tentang pengertian product Liability dapat dikemukakan definisi sebagai berikut:

Menurut Hursh: Product liability is the liability of manufacturer, processor or non-manufacturing seller for injury to the person or property of a buyer or third party, caused by product which has been sold.

Perkins Cole menyatakan product liability is the liability of the manufacturer or others in the chain of distribution of a product to a person injured by the use of product.

Sedangkan dalam Convention on the law applicable to products liability (The Hague Convention) article 3 menyatakan "this convention shall apply to the liability of the following persons:

1. Manufacturers of afinished product or of a component part
2. Producers of natural product
3. Suppliers of a product
4. Others persons including repairs and warehousemen in the commercial chain of preparation or distribution of a product.

It also apply to the liability on the agents or employees of the person specified above.

Dengan demikian, yang dimaksud dengan *product liability* adalah suatu tanggung jawab secara hukum dari orang atau badan yang menghasilkan suatu *product* (*producer, manufacturer*) atau dari orang atau badan yang bergerak dalam suatu proses untuk menghasilkan suatu produk (*processor, assembler*) atau orang atau badan yang menjual atau mendistribusikan produk tersebut. Bahkan dilihat dari konvensi tentang *product liability* di atas, berlakunya konvensi tersebut diperluas terhadap orang/badan yang terlibat dalam rangkaian komersial tentang persiapan atau penyebaran dari produk, termasuk para pengusaha bengkel dan pergudangan. Demikian juga dengan para agen dan pekerja dari badan-badan usaha di atas.

Tanggung jawab tersebut sehubungan dengan prosuk yang cacat sehingga menyebabkan atau turut menyebabkan kerugian bagi pihak lain (konsumen) baik kerugian badaniah, kematian maupun harta benda.

### C. *Strict Liability Principle*

---

Seorang konsumen yang menderita kerugian yang kemudian ingin menuntut pihak produsen termasuk pedagang, grosir, distributor dan agen, maka pihak korban tersebut akan menghadapi beberapa kendala yang kan menyulitkannya untuk memperoleh ganti rugi. Sebab pihak konsumen diharuskan membuktikan adanya unsur kesalahan yang dilakukan oleh pihak produsen (*liability based on fault*). Jika konsumen tidak berhasil membuktikan kesalahan produsen maka gugatan konsumen akan gagal.

Karena kesulitan yang dihadapi oleh konsumen tersebut, maka sejak 1960 an, di AS diberlakukan prinsip tanggung jawab mutlak (*strict liability principle*). Dengan diterapkannya prinsip tanggung jawab mutlak ini, maka setiap konsumen yang merasa dirugikan akibat produk atau barang yang cacat atau tidak aman dapat me-

nuntut kompensasi tanpa harus mempermasalahkan ada atau tidaknya unsur kesalahan di pihak produsen.

Terdapat beberapa alasan penggunaan prinsip tanggung jawab mutlak dalam tanggung jawab produk yaitu:

1. Diantara korban/konsumen di satu pihak dan produsen di lain pihak, beban kerugian (risiko) seharusnya ditanggung oleh pihak yang memproduksi atau yang mengeluarkan barang-barang cacat atau berbahaya tersebut di pasaran.
2. Dengan mengedarkan barang-barang di pasaran berarti bahwa produsen menjamin bahwa barang-barang tersebut aman dan pantas untuk dipergunakan, dan bilamana terbukti tidak demikian, dia harus bertanggung jawab.
3. Sebenarnya tanpa menerapkan prinsip tanggung jawab mutlak pun produsen yang melakukan kesalahan tersebut dapat dituntut melalui proses penuntutan beruntun (**tanggung jawab renteng**) yaitu konsumen kepada pedagang eceran (*etailer*), pengecer kepada Grosir. Grosir kepada distributor, distributor kepada agen, dan agen kepada produsen. Penerapan prinsip *strict liability* ini dimaksudkan untuk menghilangkan proses yang panjang ini.

Selain alasan tersebut di atas, terdapat beberapa alasan lain yang memperkuat penerapan prinsip *strict liability* yang disebut dengan *Social Climate Principle* yaitu:

1. *Manufacturer* adalah pihak yang berada dalam posisi keuangan yang lebih baik untuk menanggung beban kerugian, dan pada setiap kasus yang mengharuskannya mengganti kerugian dia akan meneruskan kerugian tersebut dan membagi risikonya kepada banyak pihak dengan cara menutup asuransi yang preminya dimasukkan ke dalam perhitungan harga dari barang hasil produksinya. Hal ini dikenal dengan *Deep Pockets Theory*.
2. Terdapat kesulitan dalam membuktikan adanya unsur kesalahan dalam suatu proses manufacturing yang demikian kompleks

pada perusahaan besar (*industry*) bagi setiap konsumen/korban/penggugat secara individual.

Dalam tanggung jawab produk, pihak konsumen sebagai korban diharuskan menunjukkan:

1. Produk telah cacat pada waktu diserahkan oleh produsen.
2. Adanya kerugian yang dialami oleh konsumen
3. Kerugian disebabkan oleh adanya dari produk

Pihak produsen oleh hukum diberikan kesempatan untuk membela diri dengan mengemukakan bahwa pada waktu terjadinya kerugian, produk tersebut pada prinsipnya berada dalam keadaan seperti waktu diserahkan oleh produsen (tanpa modifikasi).

Selain itu terdapat beberapa hal yang dapat membebaskan produsen dari prinsip tanggung jawab mutlak yaitu:

1. Jika produsen tidak mengedarkan produknya (*put into circulation*)
2. Cacat yang menyebabkan kerugian tidak ada pada saat produk diedarkan oleh produsen atau terjadinya cacat tersebut baru timbul kemudian.
3. Bahwa produk tersebut tidak dibuat oleh produsen baik untuk dijual atau diedarkan untuk tujuan ekonomis maupun dibuat atau diedarkan dalam rangka bisnis.
4. Bahwa terjadinya cacat pada produk tersebut akibat keharusan memenuhi kewajiban yang ditentukan dalam peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah.
5. Bahwa secara ilmiah dan teknis (*state of scientific and technical knowledge, state of art defense*) pada saat produk tersebut diedarkan tidak mungkin cacat.
6. Dalam hal produsen dari suatu komponen, bahwa cacat tersebut disebabkan oleh desain dari produk itu sendiri di mana komponen telah dicocokkan atau disebabkan kesalahan pada petunjuk yang diberikan oleh pihak produsen tersebut.

7. Bila pihak yang menderita kerugian atau pihak ketiga turut menyebabkan terjadinya kerugian tersebut (*contributory negligence*).
8. Kerugian yang terjadi diakibatkan oleh Acts of God atau Force Majeur.

Menurut Finz (Abbas, 2001) terdapat 5 (lima) syarat agar tanggung jawab mutlak dapat diterapkan pada suatu kasus yaitu:

1. Hanya diterapkan terhadap kerugian yang diderita konsumen akhir (*end consumer*), sedang bagi konsumen antara (*derived/intermediate consumer*) tidak dapat diterapkan. Konsumen antara adalah mereka yang membeli suatu produk untuk dijual kembali.
2. Hanya diterapkan untuk penjual profesional (*professional seller*). Bagi yang bukan penjual profesional misalnya orang yang menjual hadiah barang yang telah dimenangkannya dalam suatu undian tidak dapat dikenal dalam tanggung jawab mutlak. Dalam pengertian penjual profesional ini adalah semua yang termasuk dalam mata rantai perdagangan dan distribusi produk yang bersangkutan yaitu produsen, importir, pengangkut, grosir, pengecer.
3. Produk tiba di tangan konsumen tanpa mengalami perubahan substansial. Perubahan kecil pada produk yang tidak menyebabkan produk itu lebih berbahaya daripada sebelumnya, tidak menghilangkan beban tanggung jawab mutlak dari produsen.
4. Keadaan produk itu memang cacat, karena mengandung bahan yang berbahaya atau benda-benda asing atau keadaannya menjadi rusak sebelum dijual atau karena desainnya atau cara penyajiannya atau karena tidak ada/tidak memadai petunjuk pemakaian yang diberikan atau karena cara pengepakan yang salah.
5. Kondisi produk berbahaya secara tidak wajar/ tidak beralasan (*unreasonably dangerous condition*) misalnya orang menjadi sakit karena memakan mentega yang terbuat dari lemak ikan, yang ternyata mengandung racun.

## D. Tanggung Jawab Produk Undang-Undang Pangan No. 7 Tahun 1996

---

### 1. Pendahuluan

Sampai akhir abad ke-19 prinsip “*Caveat Emptor*” masih dianut dalam hubungan produsen-konsumen. Prinsip ini menekan produsenlah yang menentukan sepenuhnya atas sesuatu produk terutama mengenai apa yang akan diproduksi, desainnya, kapan dilakukan, dan bagaimana produksi akan dijalankan. Konsumen rak berdaya karena mereka tidak memiliki kebebasan untuk memilih, membeli, dan mengonsumsi barang yang dibutuhkan.

Ungkapan “*Caveat Emptor*” yang artinya “waspadalah konsumen” yang dimaksudkan untuk mengingatkan agar konsumen berhati-hati ketika memilih, membeli dan kemudian segala macam yang ada di pasaran.

Sikap waspada konsumen disertai meningkatnya kesadaran konsumen akan hak-haknya pada awal ke 20, menyebabkan produsen tidak dapat lagi ‘mendikte’ konsumen.

Konsumen jadi semakin kritis dalam menentukan barang apa yang dibutuhkan, bagaimana desain yang aman dan cocok dengan kebutuhannya, kualitas barang yang ditawarkan, jarak ke tempat penjualan dan jarak ke tempat layanan purnajual, akan diperolehnya dibandingkan dengan uang yang telah dikeluarkannya.

Produsen mau tidak mau atau suka tidak suka harus waspada dan harus senantiasa berusaha memenuhi segala keinginan konsumen di dalam proses produksi (*market-in policy*). Dengan risiko bahwa barang yang diproduksinya tidak laku di pasaran. Keadaan ini yang menyebabkan munculnya ungkapan *Caveat Venditor*, yang berarti: “waspadalah produsen!”

Lalu, bagaimana perkembangan *Caveat Emptor* ke arah *Caveat Venditor* di Indonesia, khususnya dengan dikeluarkannya UU No. 7 Tahun 1996, yang dikenal sebagai Undang-Undang Pangan (UUP)?



## 2. Tanggung Jawab

Masih segar dalam ingatan peristiwa biskuit beracun, mie instan terkontaminasi, pangan olahan mengandung lemak babi, dan air mineral yang tidak higienis ini menimbulkan pertanyaan, apa dan bagaimana tanggung jawab industri pangan dalam berbagai peristiwa tersebut.

Sebelum UU tentang Pangan ditetapkan, industri pangan (produsen) dapat dibebani tanggung jawab berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPdt), khususnya Pasal 1365 tentang Perbuatan Melanggar Hukum, dan pelbagai peraturan perundang-undangan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan cq Ditjen pengawasan Obat dan Makanan

Berdasarkan pasal 1365 KUHPdt, produsen yang memproduksi pangan secara melanggar hukum (misalnya melanggar SK Dirjen POM, atau produksinya tidak aman dikonsumsi karena mengandung racun) dan ternyata setelah pangan tersebut dikonsumsi menimbulkan kerugian (material maupun imaterial) di pihak konsumen karena kesalahan dalam proses produksinya (menurut standar produksi dan pengetahuan produsen), maka produsen tersebut adalah bertanggung jawab untuk memberikan ganti rugi (berupa biaya, rugi, bunga).

Produsen adalah pemilik atau direksi dari perusahaan yang menjalankan industri pangan, tidak termasuk pekerja industri pangan yang secara langsung melakukan kesalahan sehingga produk tersebut tidak aman dikonsumsi.

Pekerja industri pangan, sejauh melakukan kesalahannya di dalam waktu kerja, dilindungi oleh pasal 1367 KUHPdt yang pada prinsipnya menyatakan bahwa kesalahan pekerja merupakan tanggung jawab majikannya. Sedangkan pihak-pihak yang dapat meminta ganti rugi adalah konsumen yang mengalami kerugian, atau ahli warisnya jika konsumen sampai meninggal dunia.

Dalam hal permintaan ganti rugi ini dilakukan melalui gugatan di pengadilan, maka konsumen atau ahli warisnya dibebani kewajiban membuktikan empat hal, yaitu:

- a. Produsen telah melanggar hukum
- b. Produsen telah melakukan kesalahan
- c. Telah timbul kerugian pada konsumen
- d. Kerugian tersebut merupakan akibat langsung dari perbuatan melanggar hukum yang dilakukan produsen.

Tampak bahwa konsumen atau ahli warisnya, yang telah menjadi korban dari produknya si produsen justru dibebani kewajiban yang luar biasa beratnya untuk membuktikan keempat hal di atas, terlebih lagi dalam hal konsumen berasal dari konsumen golongan lemah.

Karena itu, konsumen harus sungguh waspada. Bila tidak atau kurang waspada, maka berlaku peribahasa sudah jatuh (karena menjadi korban produk yang tidak aman), tertimpa tangga pula (harus membuktikan keempat hal di atas jika akan meminta ganti rugi). Tanpa banyak diketahui oleh masyarakat terutama masyarakat produsen sejak dikeluarkannya UUP pada 1996 keadaan di atas telah mengalami perubahan yang pada gilirannya akan menguntungkan konsumen.

Pasal 41 ayat 1 UUP secara tegas menyatakan bahwa pihak yang bertanggung jawab atas produk pangan olahan industri adalah:

- a. Badan usaha yang memproduksi pangan olahan untuk diedarkan, baik berbentuk badan hukum atau bukan hukum dan atau,
- b. Orang perseorangan dalam badan usaha yang diberi tanggung jawab terhadap jalannya usaha tersebut, berdasarkan kontrak kerja. Pasal ini menentukan bahwa selain produsen pangan olahan, maka yang dapat dimintai tanggung jawab secara langsung adalah pekerja industri pangan olahan.

Pihak yang berhak mengajukan gugatan ganti rugi sebagai akibat langsung karena mengonsumsi pangan olahan adalah konsumen atau ahli warisnya dalam hal konsumen meninggal dunia (Pasal 41 ayat 2 UUP). Persyaratan utama yang harus dibuktikan oleh penggugat (konsumen atau ahli warisnya) adalah 3 (tiga) hal kecuali kesalahan tergugat (produsen/pekerja industri) yaitu:

- a. Produsen dan atau pekerja industri telah melanggar hukum (pangan olahan yang diedarkan dan dikonsumsi mengandung bahan yang dapat merugikan atau membahayakan kesehatan manusia atau bahan lain yang dilarang) sebagaimana diatur dalam pasal 41 ayat 3 UUP.
- b. Konsumen telah mengalami kerugian kesehatan atau mengalami musibah kematian (penjelasan pasal 41 ayat 2 UUP)
- c. Kerugian kesehatan atau musibah kematian tersebut merupakan akibat langsung dari mengonsumsi pangan olahan yang diproduksi oleh produsen (Pasal 41 ayat 2 UUP beserta penjelasannya).

Sedangkan tergugat (produsen/pekerja industri) dinyatakan bersalah dan karena itu memiliki hak untuk membuktikan bahwa pangan olahan yang diedarkan dan dikonsumsi tersebut mengandung bahan yang dapat merugikan dan atau membahayakan kesehatan manusia atau bahan lain yang dilarang bukan diakibatkan oleh kesalahan atau kelalaiannya (Pasal 41 ayat 4 UUP beserta penjelasannya).

Pengaturan tentang tanggung jawab industri pangan sebagaimana dimuat dalam Pasal 41 ayat 4 UUP ini telah menyebabkan produsen dan pekerja industri juga harus waspada (*caveat venditor*) karena jika penggugat (konsumen atau ahli warisnya) telah berhasil membuktikan ketiga hal di atas yang relatif mudah pembuktiannya, maka tibalah giliran tergugat (produsen/pekerja industri) membuktikan bahwa ia tidak bersalah/tidak lalai. Dalam hal ini dikatakan bahwa telah terjadi pembagian beban pembuktian.

Dengan membandingkan keadaan sebelum dan sesudah dikeluarkannya UUP dapat disimpulkan bahwa tingkat kewaspadaan konsumen untuk berhati-hati ketika memilih, membeli dan kemudian mengonsumsi pangan olahan industri tidak perlu lagi seperti sebelum dikeluarkannya UUP.

Hal ini disebabkan oleh meningkatnya tingkat kewaspadaan produsen pangan olahan industri untuk senantiasa berhati-hati dalam memenuhi segala keinginan konsumen termasuk berhati-hati tentang keamanan produk tersebut ketika dikonsumsi.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan suatu dalil bahwa jika Caveat Emptor menguat maka Caveat Venditor dapat melemah. Sebaliknya jika Caveat Venditor menguat maka Caveat Emptor dapat melemah. Namun, bagaimanapun yang ideal adalah bahwa baik Caveat Emptor maupun Caveat Venditor sebaiknya kuat keduanya. (**Johannes Gunawan, Kompas 2000**).

---

# Perlindungan Konsumen dan Pelayanan Kesehatan

## A. Pendahuluan

---

Salah satu isu yang cukup menarik dalam era reformasi dewasa ini adalah paradigma kesehatan sebagai suatu hak asasi manusia (*a fundamental human right*). Aspek hak asasi ini membawa perubahan besar bagi pelayanan kesehatan. Hak tersebut dalam kehidupan kita di Indonesia merupakan pengembangan dari hak asasi manusia yang terkandung dalam Pasal 27 ayat 2 UUD 1945 yaitu tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan, yang dapat diartikan termasuk berhak atas pelayanan kesehatan yang memungkinkan hidup layak. Dalam pasal 28 H UUD 1945 secara tegas disebutkan pelayanan Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Karena menyangkut hajat hidup orang banyak, sehingga ia wajib dikuasai oleh negara (Pasal 33 ayat 2 UUD 1945).

Relevansi kesehatan dan hak asasi manusia yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan oleh Leenen (Soekanto, 1987) bahwa *“quality of health care which requires legislation. Protection of the patient is a strong incentive for legislation. The patient is the weaker party and his*

*dependence on the health care providers leaves him nearly without arm*" Dengan demikian bertujuan sebagai jaminan pelayanan Kesehatan berkualitas dan perlindungan terhadap pasien sebagai pihak yang lemah dalam pelayanan kesehatan, karena harus mendapat perlindungan hukum. Dalam kaitan inilah perlunya mencermati eksistensi Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (UUPK) dan implikasinya dalam pelayanan kesehatan.

## **B. Bisnis dan Pelayanan Kesehatan**

---

Dari dokumen *General Agreement in Tarifs on Trade (GATTs)* tahun 1991 yang mengatur secara khusus mengenai "*service sectoral classification list*" menyebutkan "*health related and social services*" sebagai salah satu dari sektor-sektor yang termasuk dalam bidang jasa, yang disepakati dengan diterbitkannya Undang-Undang No. 7 Tahun 1994 tentang *Agreement Establishing the World Trade Organization*. Atas dasar ini maka hubungan horizontal-kontraktual antara dokter-pasien merupakan "jual beli" antara penjual jasa pelayanan kesehatan dengan pembeli jasa kesehatan (Koeswadji, 2002). Dalam konteks jual beli inilah maka pelayanan kesehatan dapat dikategorikan sebagai usaha bisnis untuk mencari keuntungan.

Dibandingkan dengan kegiatan bisnis, pelayanan Kesehatan sesungguhnya tidak dijiwai dengan *profit motive* untuk kepentingan diri sendiri, tetapi mempunyai orientasi lain. Menurut kodratnya pelayanan Kesehatan bersifat humaniter. Dasar dari kegiatan pelayanan Kesehatan dijalankan demi perikemanusiaan. Lafal Sumpah Dokter yang diatur dengan PP No. 26 Tahun 1960 dalam butir 1 menyatakan "Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan". Dengan demikian dapat dikatakan bahwa etos praktik bisnis berbeda dengan praktik pelayanan Kesehatan. Praktik bisnis bersifat komersial, sementara praktik pelayanan Kesehatan bersifat humaniter.

### C. Pasien dan Konsumen

---

Dari perbedaan prinsip praktik bisnis dan pelayanan Kesehatan melahirkan persamaan dan perbedaan hubungan antara dokter dengan dan hubungan antara pebisnis dan konsumen. Perbedaan dapat dianalisis sebagai berikut. Dasar hubungan antara dokter dan pasien dan hubungan antara pebisnis dan konsumen didasarkan atas perjanjian.

Perbedaannya adalah hubungan dokter pasien didasarkan pada prinsip kerahasiaan dan kepercayaan berupa transaksi terapeutik. Transaksi ini merupakan suatu transaksi yang mengikat baik dokter maupun pasien sebagai para pihak dalam transaksi tersebut guna memenuhi apa yang telah diperjanjikan, yaitu dokter mengupayakan penyembuhan pasien melalui pencarian terapi yang paling tepat berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya, sedangkan pasien secara jujur menyampaikan apa yang dikeluhkannya agar dapat ditemukan beberapa alternatif pilihan terapi yang akhirnya pasien memilih terapi yang paling tepat untuk penyembuhannya.

Apa pun terapi yang yang telah dipilih itu hanya merupakan suatu upaya kesembuhan. Namun, dalam menemukan upaya penyembuhan itu harus dilakukan dengan cermat dan hati-hati (*met zorg en inspanning*) dan karenanya merupakan suatu "*inspanningverbintenis*". Ini berarti objek perikatan (*verbintenis*) bukan suatu hasil yang pasti (*uncertainty things*), sehingga kalau hasilnya tidak sesuai yang diperjanjikan, maka salah satu pihak yang merasa dirugikan lalu dapat menggugat seperti halnya dalam suatu "*risikoverbintenis*". Atas dasar ini maka pasal 1320 KUH Perdata tidak dapat diperlakukan secara tepat dalam transaksi terapeutik (Koeswadji, 1998:101).

Transaksi terapeutik juga tidak tunduk pada pasal 1338 KUH Perdata sebagai rujukan bahwa suatu perjanjian hanya dapat dibatalkan atas persetujuan kedua belah pihak. Dalam transaksi terapeutik "tampaknya" pasien setiap saat dapat membatalkan perjanjian, tanpa sang dokter bisa berbuat apa-apa. Jika hal ini terjadi dokter hanya

akan mengajukan surat penolakan untuk ditanda tangani oleh pasien. Sebagai konsekuensinya pasien akan menanggung risiko yang mungkin timbul atas penolakan tersebut.

Sebaliknya jika pihak dokter secara sepihak membatalkan perjanjian, dengan jalan menghentikan semua tindakan medik, konsekuensinya jelas bertentangan dengan kode etik kedokteran dan pasien dapat mengajukan tuntutan hukum atas penghentian tindakan medik tersebut. Bahkan dengan persetujuan pasien pun seorang dokter tidak dapat menghentikan tindakan medik, karena tindakan demikian dapat dikategorikan tindakan euthanasia berdasarkan pasal 344 KUHP dan pasal 345 KUHP. Ini menunjukkan dalam transaksi terapeutik, pihak yang membatalkan perjanjian secara sepihak, "pasti" akan mengalami kerugian dari pembatalan tersebut.

Sebaliknya dalam perjanjian yang diadakan oleh pelaku bisnis, tanggung jawab dan keterlibatannya terbatas pada *the terms of reference* dalam perjanjian tersebut. Yang penting bahwa syarat-syarat perjanjian harus dipenuhi dan tunduk pada pasal 1338 KUH Perdata sebagai rujukan bahwa suatu perjanjian hanya dapat dibatalkan atas persetujuan kedua belah pihak. Artinya jika salah satu pihak menarik diri dari perjanjian tanpa kesepakatan pihak lainnya, maka pihak lainnya dapat menuntut pihak yang memutuskan perjanjian tersebut.

Selain itu, sering terdengar bahwa orang sakit yang mencari pengobatan maupun perawatan diinstitusi pelayanan Kesehatan adalah konsumen dan karena itu harus diperlakukan sebagai konsumen. Pandangan ini dapat dibenarkan dengan beberapa alasan. *Pertama*, UUPK pada pasal 1 dinyatakan bahwa konsumen adalah "Setiap pemakai barang dan atau jasa yang tersedia dalam masyarakat. Karena itu tidak dapat diragukan lagi bahwa pasien yang masuk rumah sakit misalnya mencari jasa pengobatan di situ. Dalam perspektif inilah ia disebut "Konsumen". Namun, hal ini perlu dipertanyakan pelayanan kesehatan tidak sama dengan komoditas. *Kedua*, alasan lain untuk melihat pasien sebagai konsumen. Sebab



bagaimanapun biaya operasional rumah sakit di mana pasien itu berobat harus dikembalikan agar rumah sakit tetap “survive”. Rumah sakit membutuhkan pasien yang memakai jasanya. *Ketiga*, masalah kepuasan konsumen (*customer satisfaction*). Sama seperti bidang bisnis, bagi rumah sakit yang dikelola dengan manajemen yang baik selalu mengutamakan kepuasan pasien.

Akan tetapi, walaupun ada persamaan antara konsumen dan orang sakit, terdapat perbedaan mendasar antar keduanya. *Pertama*, konsumen dapat memilih diaman ia akan membelanjakan uangnya. Ia bisa membeli TV baru atau memakai uangnya untuk apa saja menurut kemauannya. Pasien tidak dapat menikmati kebebasan konsumen. Ia tidak dapat memilih, karena ia membutuhkan pertolongan segera. Tersedianya pertolongan segera sering kali merupakan suatu soal hidup atau mati baginya. Sebagai orang sakit, pasien berarti “penderita” dan ia mencari bantuan segera serta efisien untuk menghilangkan penderitaannya. Pasien mengalami keadaan yang mendesak yang tidak dikenal oleh konsumen.

*Kedua*, orang yang tidak mempunyai uang tidak akan memikirkan untuk menjadi konsumen, tetapi orang yang sama setiap saat bisa menjadi pasien. Hanya orang yang mampu yang sakit bisa menjadi konsumen dan itu pun jika kondisi sakitnya tidak mendesak. Untuk memperindah atau untuk mempertahankan bentuk fisiknya ia bisa memilih bedah plastik misalnya.

Dalam UUPK pasal 4 diatur mengenai hak konsumen yaitu:

1. Hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengonsumsi barang dan atau jasa;
2. Hak untuk memilih barang dan atau jasa serta mendapatkan barang dan atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
3. Hak atas informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan atau jasa;
4. Hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan atau jasa yang digunakan;

5. Hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut;
6. Hak untuk mendapatkan pembinaan dan pendidikan konsumen;
7. Hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;
8. Hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan atau penggantian, apabila barang dan atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya;
9. Hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.

Sedangkan kewajiban konsumen, dalam pasal UUPK tersebut dinyatakan:

1. Membaca atau mengikuti petunjuk informasi dan prosedur atau pemanfaatan barang dan atau jasa demi keamanan dan keselamatan;
2. Beriktikad baik dalam melakukan transaksi pembelian barang dan atau jasa;
3. Membayar sesuai dengan nilai tukar yang disepakati;
4. Mengikuti upaya penyelesaian hukum sengketa perlindungan konsumen.

#### **D. Pembuktian Terbalik Dalam Undang-Undang Perlindungan Konsumen**

---

Jika sebelum UUPK ditetapkan, produsen dibebani tanggung jawab berdasarkan pelanggaran terhadap perjanjian (Pasal 1234 KUH Perdata), perbuatan melanggar hukum (Pasal 1365 KUH Perdata), ataupun dengan dasar kelalaian (Pasal 1367 KUH Perdata). Konsekuensi yuridis dari tanggung jawab ini adalah bahwa konsumenlah yang harus membuktikan adanya pelanggaran perjanjian (Wanprestasi), adanya kesalahan dari produsen.

Sekarang ini, dengan berlakunya UUPK maka jika terjadi persengketaan, konsumen hanya mengemukakan:

1. Produsen telah melanggar hukum;
2. Konsumen secara aktual telah mengalami kerugian;
3. Kerugian tersebut merupakan akibat langsung dari penggunaan, pemanfaatan, atau pemakaian barang dan atau jasa yang tertentu yang tidak layak;
4. Ketidaklayakan dari penggunaan, pemanfaatan, atau pemakaian dari barang dan atau jasa tersebut merupakan tanggung jawab dari pelaku usaha;
5. Konsumen tidak “berkontribusi”, baik secara langsung maupun tidak langsung atas kerugian yang dideritanya.

Dalam hal yang demikian, selama pelaku usaha tidak dapat membuktikan bahwa kesalahan tersebut bukan kesalahan yang terletak pada pihaknya, maka demi hukum pelaku usaha bertanggung jawab dan wajib mengganti kerugian tersebut. Setiap konsumen yang dirugikan dapat menggugat pelaku usaha melalui lembaga yang bertugas menyelesaikan sengketa antara konsumen dan pelaku usaha atau melalui peradilan yang berada di lingkungan peradilan umum.

Namun demikian, penerapan sistem pembuktian terbalik tidak mutlak dapat diperlakukan dalam pelayanan Kesehatan. Memang sistem pembuktian terbalik dapat saja diperlakukan dalam tanggung jawab rumah sakit yang disebut “Strict Liability”. Dalam doktrin ini dianut bahwa rumah sakit bertanggung jawab atas semua kejadian terlepas dari kesalahan rumah sakit tersebut. Di sini berlaku asas “Res Ipsa Laquitor” (The thing speaks itself) yaitu fakta telah berbicara sendiri. Model pembuktian ini, dimungkinkan pembebanan pembuktian (*shifting of burden proof*) dapat dialihkan dari penggugat (pasien dan atau keluarganya) kepada tergugat (dokter dan rumah sakit). Prinsip dasar model pembuktian ini adalah kelalaian pihak tenaga kesehatan sedemikian jelasnya sehingga seorang awampun dapat menilainya.

## E. Gugatan Class Action

---

Gugatan atas pelanggaran pelaku usaha dapat dilaksanakan oleh seorang konsumen yang dirugikan/ahli waris yang bersangkutan, sekelompok konsumen yang mempunyai kepentingan yang sama, lembaga perlindungan konsumen, serta pemerintah. Gugatan *class action* syarat-syaratnya yaitu:

1. Jumlah penggugat sangat banyak;
2. Substansi perkara sama;
3. Kesamaan pihak tergugat;
4. Kepentingan penggugat yang sama.

Dalam kaitan dengan pelayanan kesehatan, suatu kejadian dalam rumah sakit yang menimpa sejumlah pasien misalnya, bukan berarti bahwa gugatan *class* dengan sendirinya dapat diterapkan. Memang unsur pertama dan ketiga bisa terpenuhi, tetapi unsur lainnya masih bisa dipertanyakan. Sebab kemungkinan substansi perkaranya sama, taruhlah masalah pelayanan kesehatan. Tetapi kepentingannya bisa berbeda karena kemungkinan jenis penyakit yang berbeda maka berbeda pula kepentingannya. Kecuali misalnya jika terjadi keracunan makanan atau beberapa pasien pada kelas tertentu misalnya menderita diare setelah menikmati makan siangnya, maka gugatan dapat diaplikasikan untuk kasus ini.

Berdasarkan uraian di atas dapat dikemukakan bahwa ada beberapa “kekeliruan” jika UUPK diterapkan dalam pelayanan kesehatan yaitu menganggap kegiatan pelayanan kesehatan sebagai unit komersial semata, mengabaikan hubungan kepercayaan (*fiduciary relationship*) antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien, gagal membedakan hubungan terapeutik dan hubungan bisnis, bertentangan dengan asas perjanjian usaha (*ispanning verbintennis*) dalam pelayanan kesehatan dan last but not least merupakan degradasi profesi kesehatan secara sistematis. ♦

---

## **Hukum Kesehatan Internasional**

### **A. Peraturan Kesehatan Tentang Penyakit Karantina**

**Dalam** pelaksanaan peraturan kesehatan internasional tentang penyakit karantina ditegaskan bahwa setiap negara mengakui kewenangan WHO untuk berhubungan langsung dengan Departemen Kesehatan tiap negara. Untuk Indonesia instansi yang bertanggung jawab di seluruh Indonesia untuk melaksanakan tindakan-tindakan dalam peraturan kesehatan internasional adalah Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Setiap pemberitahuan atau informasi yang dikirim oleh WHO kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia dianggap telah dikirim kepada Negara Republik Indonesia.

Jika terdapat kejadian penyakit karantina di Indonesia, maka Departemen Kesehatan akan memberitahukan kepada WHO dengan telegram atau telex sekarang dengan faximile dalam waktu 24 jam tentang kejadian pertama dari penyakit karantina, tanpa melihat apakah kasus itu impor atau transfer, dan dalam waktu 24 jam berikutnya memberitahukan tentang daerah penyakit.

Dalam pemberitahuan itu, perlu pula diinformasikan tentang satu atau lebih kasus penyakit karantina yang telah masuk (diimpor) atau berpindah (transfer) ke daerah yang tidak terjangkau. Pemberi-

tahuan ini meliputi semua informasi yang tersedia tentang asal dari infeksi.

Selain itu, kapal dan pesawat yang tiba dengan kasus penyakit karantina di atasnya, termasuk nama kapal atau nomor penerbangan diinformasikan. Termasuk diinformasikan adalah pelabuhan asal dan yang telah disinggahi dan tindakan-tindakan yang telah diambil terhadap kapal atau pesawat tersebut.

Informasi yang disampaikan itu harus memuat laporan tentang penegakan klinis, harus segera dikuatkan dengan pemeriksaan laboratorium sepanjang sumber dapat memungkinkan dan hasilnya harus segera dikirim ke WHO.

Di samping itu Departemen Kesehatan harus memberitahu WHO dengan segera tentang penemuan virus Yellow Fever termasuk yang ditemukan pada nyamuk atau binatang bertebrata selain manusia atau kuman pes di mana saja dalam wilayah Indonesia dan harus melaporkan tentang perluasan daerah yang terkena. Di dalam pemberitahuan itu, harus dijelaskan tentang tikus pes liar dan tikus pes rumah termasuk menjelaskan keadaan epidemiologi dan daerah yang terlibat.

Dalam pemberitahuan kepada WHO itu juga dilengkapi dengan keterangan tentang sumber dan jenis penyakit, angka kesakitan dan kematian, kondisi yang memengaruhi penyakit dan tindakan-tindakan pencegahan yang sudah diambil. Departemen Kesehatan harus memberitahukan WHO bahwa daerah yang sebelumnya telah dinyatakan terjangkit dan dilaporkan sebagai daerah terjangkit kini telah bebas dari infeksi.

Di Indonesia ketentuan yang berhubungan dengan penyakit karantina diatur dalam Undang-Undang No. 1 Tahun 1962 tentang Karantina Laut dan Undang-Undang No. 3 tahun 1962 tentang Karantina Udara. Kedua undang-undang tersebut merupakan penjabaran lebih lanjut dari Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Menurut undang-undang karantina yang termasuk penyakit karantina adalah penyakit pes (plague), kolera (cholera),

demam kuning (yellow fever), cacar (smallpox), typhus bercak wabah (louse borne typhus), dan demam balik-balik (louse borne relapsing fever). Sedang penentuan dan pencegahan daerah terjangkit wabah diatur dalam Undang-Undang No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan PP No. 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah penyakit Menular.

Suatu daerah terjangkit dapat dipertimbangkan menjadi daerah bebas terjangkit penyakit karantina bila semua tindakan pencegahan telah dilakukan untuk mencegah kembalinya penyakit tersebut atau penyebarannya ke daerah lain bila:

1. Dalam kasus penyakit pes atau kolera, minimal telah melampaui jangka waktu 2 kali masa tunas penyakit tersebut, terhitung sejak kasus terakhir mati, sembuh, atau diisolasi dan tidak ada bukti epidemiologis penyebaran penyakit tersebut ke daerah yang berdekatan.
2. Dalam kasus yellow fever yang bukan ditularkan oleh *Aedes aegypti* telah melewati 3 bulan tanpa adanya tanda-tanda aktivitas dari virus Yellow Fever. Sedang dalam kasus Yellow Fever yang ditularkan oleh *Aedes aegypti* telah melewati 3 bulan sejak terjadinya kasus terakhir pada manusia atau 1 bulan setelah terjadinya penyakit, bila index *Aedes aegypti* terus-menerus berada di bawah angka 1%.
3. Dalam kasus pes pada tikus rumah, telah melewati 1 bulan sejak tikus terjangkit terakhir ditemukan atau tertangkap. Sedang dalam kasus pes pada tikus liar telah melewati 3 bulan tanpa adanya bukti penyakit di daerah di sekitar pelabuhan atau bandara yang dapat mengancam lalu lintas internasional.

## **B. Hukum Lingkungan Internasional**

---

Intervensi peraturan dalam mengatasi permasalahan lingkungan telah dilakukan baik oleh hukum nasional maupun hukum internasional. Usaha untuk melindungi dan memperbaiki lingkungan

hidup manusia dipandang sebagai kehendak utama seantero penduduk dunia dan merupakan kewajiban dari segenap pemerintahan di dunia. Demikian antara lain dinyatakan dalam perumusan kedua dari Konferensi PBB tentang Lingkungan Hidup manusia di stockholm tanggal 5-16 Juni 1972: The protection and improvement of the human environment is a major issue which effect the well being of peoples and economic development through the world. It is the urgent desire of peoples of the whole world and the duty of all government”.

Di Indonesia, ketentuan yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan permasalahan lingkungan hidup diatur dalam Undang-Undang No. 32 tahun 2008 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Lingkungan Hidup serta PP No. 51 Tahun 1993 tentang Analisis Mengenai Dampak lingkungan (Amdal).

Untuk mengatasi pencemaran udara lintas batas negara telah diahirkan beberapa konvensi internasional di antaranya Deklarasi Stockholm 1972, Konvensi Wina 1985, dan Protokol Montreal 1987. Persetujuan internasional ini lebih banyak mengatur mengenai penghentian penggunaan CFC guna perlindungan lapisan Ozon di atmosfer.

## **1. Deklarasi Stockhloem 1972**

Pada tahun 1972, konferensi internasional tentang lingkungan hidup manusia menelurkan Deklarasi Stockholm. Deklarasi ini berisikan tanggung jawab internasional tentang masalah lingkungan. Boleh dianggap sebagai cikal bakal konvensi global yang mengatur pencemaran lintas batas. Beberapa prinsip yang berkaitan dengan peraturan pencemaran seperti dikutip di bawah ini:

1. “ Man ....bears a solemn responsibility to protect and improve the environment...”
6. The discharge of toxic substances or other substances the release of heat, in such quantities or circumstances as to exceed the



capacity of the environment to render them harmless, must be halted in order to ensure that serious or irreversible damage is not inflicted upon ecosystem”.

21. States have, in accordance with the charter of the united Nations and the Principles of International Law, the sovereign right to their own environment policies, and the responsibility to ensure that activities within their jurisdiction or control do not cause damage to the environment of other states or areas of the limits of national jurisdiction.
  - b. States shall cooperate to develop and further the international Law regarding liability and compensation for the victims of pollution or other environmental damage caused by activities within the jurisdiction or control of such states, to areas beyond their jurisdiction.

Walaupun Deklarasi Stockholm tidak secara eksplisit menyebutkan tentang pencemaran lapisan ozon dan perubahan iklim global, prinsip 6 dapat diterapkan sebagai dasar untuk lahirnya suatu konvensi yang spesifik mengatur masalah tersebut.

## 2. Konvensi Wina 1985

Konvensi ini merupakan produk hukum pertama PBB yang mengatur perlindungan atmosfer. Konvensi Wina 1985 memberi kuasa negara peserta untuk membentuk protokol yang memuat angka-angka nyata pengurangan zat-zat perusak ozon. Konvensi ini menganjurkan bahwa pengurangan emisi perusak ozon dapat dilakukan atas dasar kemampuan teknologi. Konvensi ini juga menyebutkan bahwa kepentingan negara berkembang harus diperhatikan dalam setiap kebijakan untuk melindungi lapisan ozon. Kedua klausul ini mempunyai beberapa keterbatasan. Klausul pertama cenderung dipakai guna sebagai alasan untuk pelaksanaan konvensi. Klausul kedua lebih banyak diinterpretasikan bahwa seolah-olah negara berkembang sangat berperan dalam perusakan ozon.

### 3. Protokol Montreal 1987

Protokol Montreal mengatur tentang zat-zat yang merusak ozon di antaranya CFC 11, 12, 113, 114, 115, halon 1211, 1301, dan 2402. Kesemua zat ini harus dibuang sebanyak 50% dari jumlah produksi dan konsumsi menjelang tahun 1989. Pengurangan ini dilakukan secara bertahap. Fase pertama, diarahkan untuk tetap berada pada tingkat produksi dan konsumsi tahun 1986. Reduksi ini mulai berlaku pada 1990. Reduksi pada fase pertama, secara otomatis akan membawa konsekuensi pengurangan konsumsi CFC sebanyak 30% pada fase kedua yang mulai efektif pada tahun 1994. Pada fase ketiga, negara anggota diminta untuk mereduksi konsumsi CFC nya sampai 30% yang mulai efektif pada 1999.

Persetujuan internasional mengenai penghentian penggunaan CFC ini juga melahirkan Konvensi London tahun 1990. Konvensi ini menganjurkan pengurangan produksi 50% sudah harus dicapai tahun 1995, 85% pada 1997 dan pada tahun 2.000 dunia tidak memproduksi CFC lagi.

### C. Hukum Lingkungan Nusantara

---

Di Indonesia peraturan yang berkaitan dengan perlindungan lingkungan hidup diatur dalam Undang-Undang No. 32 Tahun 2008 tentang Pokok-Pokok Lingkungan Hidup (UULH) dan Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 1999 tentang Analisis Dampak Lingkungan. Dalam UULH dinyatakan ruang lingkup lingkungan hidup Indonesia meliputi ruang, tempat Negara Kesatuan Republik Indonesia yang ber **Wawasan Nusantara** dalam melaksanakan kedaulatan, hak berdaulat dan yurisdiksinya. Berbagai upaya perlindungan lingkungan hidup terutama guna melestarikan lingkungan hidup. Salah satu upaya ini ditempuh penegakan hukum lingkungan dalam hal pencegahan pengendalian pencemaran dan perusakan lingkungan hidup.

Pencemaran (*pollution*) adalah suatu kondisi yang telah berubah dari bentuk asal pada keadaan yang lebih buruk. Pergeseran bentuk tatanan dan kondisi asal pada kondisi yang buruk ini dapat terjadi sebagai akibat masukan dari bahan-bahan pencemar (*pollutant*). Bahan-bahan ini pada umumnya mempunyai sifat racun (toksik) yang berbahaya bagi organisme hidup. Toksikitas atau daya racun dari polutan itulah yang kemudian menjadi pemicu terjadinya pencemaran lingkungan (Palar, 1994). Kepustakaan menetapkan terjadinya pencemaran lingkungan dengan bersandar kepada:

1. Kalau suatu zat, organisme atau unsur lain seperti gas, cahaya, energi telah tercampur/berbaur ke dalam sumber daya atau lingkungan.
2. Masuknya zat, organisme atau unsur-unsur lain tersebut telah mengganggu/menghalangi fungsi peruntukan dari sumber adaya atau lingkungan tersebut.

Menurut UULH pasal 1 butir 12 adalah masuknya atau dimasukkannya makhluk hidup, zat, energi, dan/atau komponen lain ke dalam lingkungan hidup oleh kegiatan manusia sehingga kualitasnya turun sampai ke tingkat tertentu yang menyebabkan lingkungan hidup tidak dapat berfungsi menurut peruntukannya. Dari rumusan tersebut dapat disimpulkan adanya unsur pencemaran sebagai berikut:

1. Masuknya atau dimasukkannya zat pencemar ke dalam lingkungan
2. Adanya kegiatan manusia atau proses alam
3. Turunnya kualitas alam
4. Timbulnya akibat berupa kurangnya atau tidak dapatnya lingkungan berfungsi sesuai dengan peruntukannya.

Rumusan pencemaran lingkungan di atas memberikan pengertian beberapa hal yaitu (Suparni, 1994):

1. Pencemaran lingkungan selalu mengandung pengertian terjadinya penurunan kualitas lingkungan, karena itu diperlukan tolok ukur yaitu baku mutu lingkungan. Pasal 14 UULH menyatakan untuk menjamin pelestarian fungsi lingkungan hidup setiap usaha dan/atau kegiatan dilarang melanggar mutu dan kriteria baku kerusakan lingkungan hidup.
2. Pencemaran lingkungan hidup mengandung arti timbulnya akibat bahwa lingkungan kurang atau tidak berfungsi lagi sesuai dengan peruntukannya. Dengan demikian pencemaran lingkungan selalu berkaitan dengan peruntukkan lingkungan (tata guna lingkungan).
3. Dilihat dari sudut faktor penyebabnya, pencemaran lingkungan disebabkan oleh kegiatan manusia dan disebabkan oleh proses alam. Dalam hal pencemaran lingkungan disebabkan oleh kegiatan manusia pihak pencemar memikul kewajiban membayar ganti kerugian kepada pihak korban atas kerugian yang dideritanya dan membayar biaya pemulihan kepada negara. Sedangkan pencemaran lingkungan yang disebabkan oleh alam, maka pemerintah berkewajiban untuk menanggulangi akibatnya.
4. Dari sudut medianya, pencemaran lingkungan dapat dibedakan atas pencemaran tanah, pencemaran air, dan pencemaran udara.

Secara ilmiah terjadinya pencemaran lingkungan disebabkan oleh:

1. Lebih besarnya kecepatan produksi suatu zat daripada kecepatan penanggulangannya atau degradasinya secara fisik.
2. Proses biologi yang membentuk atau mengonsentrasikan zat pencemar tertentu.
3. Proses fisika, kimia, dan non-biologi
4. Terjadinya kecelakaan yang dapat melepaskan polutan ke dalam lingkungan.

Timbulnya pencemaran berakibat (Odum, 1994):

1. Kehilangan sumber daya dengan cara eksploitasi yang mubazir dan tanpa guna
2. Biaya penanggulangan pengendalian polusi
3. Kerugian karena Kesehatan manusia

Perusakan lingkungan dirumuskan dalam pasal 1 butir 14 UULH yaitu “Tindakan yang menimbulkan perubahan langsung atau tidak langsung terhadap sifat-sifat fisik dan/atau hayati lingkungan yang mengakibatkan lingkungan itu kurang atau tidak berfungsi lagi dalam menunjang pembangunan yang berkesinambungan”. Rumusan ini memberikan pengertian:

1. Perusakan lingkungan selalu mengandung arti terjadinya perubahan sifat fisik lingkungan dan/atau sifat hayati lingkungan. Untuk itu sebelum terjadinya perusakan lingkungan terlebih dahulu diketahui keadaan lingkungan sebelum terjadi kerusakan.
2. Perlu ditetapkan suatu tolok ukur berupa kriteria untuk menentukan bahwa lingkungan berada dalam kondisi kurang atau tidak berfungsi lagi dalam menunjang pembangunan yang berkesinambungan.

Upaya pencegahan dan pengendalian pencemaran dan perusakan lingkungan dapat digolongkan ke dalam:

1. Penetapan Baku Mutu Lingkungan (BML) dengan mendorong kalangan yang potensial menimbulkan pencemaran seperti industri guna menekan kadar bahan polllutan yang terkandung dalam limbah seminimum mungkin. Jadi mutu lingkungan digunakan untuk menentukan tolok ukur apakah limbah dari suatu industri telah menyebabkan pencemaran atau tidak.
2. Melalui pungutan pencemaran berdasar prinsip pencemar membayar (polluter must pay principle). Penetapan pungutan ini dalam praktiknya dapat dilakukan melalui cara:

- a. Mengenakan biaya langsung kepada pihak pencemar. Biaya yang harus dibayar ditentukan berdasarkan tingkat pencemaran yang ditimbulkannya.
- b. Menetapkan sejumlah denda. Pabrik-pabrik yang membuang limbah melebihi standar buangan (*effluent standard*) yang ditetapkan akan dikenakan denda. Jadi berbeda dengan yang pertama, pencemar dikenakan biaya tanpa melanggar hukum.
- c. Menentukan peraturan yang mengharuskan pencemar membayar ganti rugi kepada pihak korban.

Dalam menghadapi masalah pengendalian pencemaran terdapat dua pandangan yaitu:

1. Mereka yang menginginkan pengendalian langsung (*direct control*) melalui strategi diberlakukannya peraturan-peraturan terhadap pencemar terutama peraturan mengenai standar emisi (*emmission standard*).
2. Mereka yang lebih menginginkan pendekatan ekonomi melalui pungutan, karena pungutan pencemaran merupakan instrumen pengendalian pencemaran yang paling efektif, di mana pungutan sebagai insentif permanen guna mengurangi pencemaran dan menekan biaya penanggulangannya.

Secara nasional saat ini terdapat berbagai macam peraturan yang diakomodir untuk mengantisipasi terjadinya pencemaran dan merusak lingkungan hidup yaitu:

1. Undang-Undang No. 32 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup.
2. Peraturan Pemerintah No. 27 tahun 1999 tentang Analisis Mengenai Dampak Lingkungan.
3. Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2001 tentang Pengelolaan Kualitas Air dan Pengendalian Pencemaran Air.

4. Keputusan Presiden RI No. 10 Tahun 2000 tentang Badan Pengendalian Dampak Lingkungan.
5. Keputusan Presiden RI No. 2 Tahun 2000 tentang Panduan Penilaian Dokumen Amdal.
6. Keputusan Kepala Badan Pengendalian Dampak Lingkungan No. 124 tahun 1997 tanggal 29 Desember 1997 tentang Panduan kajian Aspek Kesehatan Masyarakat dalam Penyusunan Kerangka Acuan Analisis Dampak Lingkungan.

Dari segi hukum perdata pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan pencemaran dan/atau perusakan lingkungan hidup diatur dalam pasal 34 dan pasal 35 UULH. Tanggung jawab pencemaran lingkungan menurut ke dua pasal ini didasarkan pada tanggung jawab berdasarkan kesalahan (*based on fault*) dan tanggung jawab mutlak (*strict liability*).

Pasal 34 UULH menyatakan:

“Setiap perbuatan berupa pencemaran dan/atau perusakan lingkungan hidup yang menimbulkan kerugian pada orang lain atau lingkungan hidup mewajibkan penanggungjawab usaha dan atau kegiatan membayar ganti rugi dan atau melakukan tindakan tertentu”.

Ayat 2 pasal ini menetapkan hakim dapat uang paksa atas setiap keterlambatan penyelesaian tindakan tertentu tersebut. Jenis tanggung jawab ini biasa disebut tanggung jawab biasa (*tortius liability*).

Menurut sistem tanggung jawab ini pencemar lingkungan hidup dibebani kewajiban untuk membayar ganti rugi dan tindakan tertentu (melakukan pemulihan atau memberikan biaya pemulihan kepada negara). Ketentuan pasal 34 UULH di atas pada dasarnya mengacu kepada ketentuan Pasal 1365 KUH Perdata dengan berdasar kepada empat hal yang harus dipenuhi untuk menuntut pencemar lingkungan hidup yaitu perbuatan melanggar hukum, ada kesalahan, terdapat kerugian akibat perbuatan serta ada kausalitas antara perbuatan dengan kerugian yang timbul. Penderita atau

korban baru akan memperoleh ganti rugi apabila ia berhasil membuktikan adanya unsur kesalahan pada pihak pencemar (penggugat). Kesalahan di sini merupakan unsur yang menentukan pertanggungjawaban, yang berarti bila tidak ada kesalahan, tidak ada ganti kerugian.

Pasal 35 UULH menyatakan:

“Penanggung jawab usaha dan/ atau kegiatan usaha dan kegiatannya yang menimbulkan dampak besar dan penting terhadap lingkungan hidup yang menggunakan bahan berbahaya dan beracun dan/atau menghasilkan limbah bahan berbahaya dan beracun bertanggung jawab secara mutlak atas kerugian yang ditimbulkan. Dengan kewajiban membayar ganti rugi secara langsung dan seketika pada saat terjadinya pencemaran dan atau perusakan lingkungan hidup.

Ayat 2 pasal ini menetapkan penanggungjawab dan/atau kegiatan dilepaskan dari kewajiban membayar ganti rugi jika yang bersangkutan dapat membuktikan bahwa pencemaran dan/atau perusakan lingkungan disebabkan salah satu alasan berikut:

1. Adanya bencana alam atau peperangan atau
2. Adanya keadaan terpaksa di luar kemampuan manusia atau
3. Adanya tindakan pihak ketiga yang menyebabkan terjadinya pencemaran dan/atau perusakan lingkungan hidup.

Rudiger Lummert mengemukakan bahwa dengan perkembangan industrialisasi yang menghasilkan risiko yang bertambah serta makin rumitnya hubungan sebab akibat, maka teori hukum telah meninggalkan konsep “kesalahan” dan berpaling ke konsep “risiko”. Perkembangan industri modern telah membawa serta risiko yang terjadi setiap hari, yang tidak dapat dihindari dari sudut ekonomi.

Prinsip tanggung jawab mutlak dan seketika ini berpatokan kepada kewajiban membayar ganti rugi dan biaya pemulihan timbul seketika atau segera terjadinya pencemaran lingkungan, tanpa mem-



persoalkan kesalahan si pencemar (tergugat). Pandangan ini didasarkan pada kenyataan-kenyataan bahwa dalam kasus pencemaran lingkungan kebanyakan korban (penggugat) tidak memahami tingkah laku teknologi, sedang si pencemar (tergugat) selalu industriawan / pengusaha menguasai informasi dari tingkah laku dari industri yang dikelolanya. Karena itu, sebaiknya proses pembuktian ini dilimpahkan kepada pengusaha (tergugat).

Korban/penderita (penggugat) hanya mengemukakan fakta faktanya. Beban pembuktian seperti ini merupakan konsekuensi logis dari sistem pembuktian terbalik. Hanya saja prinsip tanggung jawab ini terbatas pada usaha dan kegiatan yang menimbulkan dampak besar dan penting terhadap lingkungan hidup dan yang menggunakan bahan berbahaya dan beracun (B3) dan/atau menghasilkan limbah bahan beracun dan berbahaya. ♦

---

# Etika Penelitian

## A. Pendahuluan

---

Ilmu pengetahuan merupakan suatu cabang ilmu yang berkaitan dengan hal untuk mencari kebenaran atau mengamati fakta-fakta secara sistematis dengan menggunakan ketentuan-ketentuan umum termasuk metode guna menemukan kebenaran baru melalui penelitian. Namun, kemudian semakin banyak penelitian yang telah dilakukan, baik yang melibatkan manusia maupun bukan manusia sebagai subjek penelitiannya, semakin banyak pula terjadi pelanggaran etika dalam penelitian tersebut. Penipuan saintifik (*scientific fraud*) merupakan salah satu contoh yang cukup menghebohkan dunia ilmu pengetahuan di Amerika Serikat yang dilakukan oleh Alsabti seorang doktor dalam bidang imunologi melakukan plagiat atas hasil penelitian orang lain atau mengambil data penelitian tanpa menyebut sumber data tersebut. Pada 1980-an seorang kardiolog muda yang bekerja pada Harvard Medical School melakukan pemalsuan data yang telah dipublikasikan.

Jika dicermati terdapat tiga hal dapat menyebabkan kejadian penipuan saintifik yaitu *pertama*, tekanan karier. Guna melancarkan karier tidak jarang orang melakukan penipuan. Keharusan adanya publikasi ilmiah berupa jurnal di bidangnya guna memperoleh gelar doktor dapat mendorong orang untuk melakukan plagiat. *Kedua*, ber-

upaya menjawab pertanyaan penelitian tanpa susah payah melakukan eksperimen di laboratorium atau di lapangan. Terakhir, bekerja pada bidang di mana hasil eksperimen tidak selalu sama jika diulang (*reproducible*).

Dalam kondisi pelaksanaan pengembangan ilmu pengetahuan yang dilakukan melalui suatu penelitian sebagai suatu metode ilmiah yang di dalamnya terdapat pertentangan berbagai kepentingan diperlukan batasan-batasan tentang tanggung jawab seorang peneliti, terutama ketika ia melakukan penelitian. Untuk itu terdapat lima tanggung jawab seorang peneliti yaitu terhadap:

1. Mereka yang diteliti.
2. Masyarakat umum
3. Disiplin ilmu peneliti
4. Sponsor yang membiayai penelitian
5. Pemerintah sendiri maupun pemerintah di mana penelitian dilakukan.

Tanggung jawab peneliti terhadap mereka yang diteliti boleh dikatakan merupakan tanggung jawab paling besar dalam kegiatan penelitian. Peneliti dalam hal ini harus berbuat apa pun untuk melindungi keselamatan dan kesejahteraan fisik, jiwa dan sosial dari subjek penelitian, termasuk menghormati harga diri dan privasinya. Dengan demikian peneliti harus menjunjung tinggi hak-hak dan kepentingan dari subjek penelitian.

Atas dasar itu maka peneliti harus memberikan informasi tentang tujuan penelitian serta implikasinya jika menyangkut kehidupan mereka. Peneliti juga harus menjamin bahwa subjek menjadi anonim dalam laporan data, subjek juga tidak boleh dieksploitir guna kepentingan pribadi peneliti. Selain itu, peneliti juga harus mempertimbangkan segala dampak yang timbul dari publikasi hasil penelitian tersebut terhadap mereka.

Bahkan, peneliti harus menghargai masyarakat sebagai objek penelitian terutama berkaitan dengan kejujuran dalam memperoleh

data, kebenaran atau objektivitas data yang dilaporkan, termasuk dalam mengemukakan kepada umum hasil-hasil kajian. Seorang peneliti harus juga bertanggung jawab terhadap reputasi mutu disiplin ilmunya, menjaga reputasi selama penelitian agar tidak menjadi preseden buruk bagi peneliti lainnya.

Beberapa sumber yang berisikan pedoman etik bagi penelitian antara lain bukan hanya dari sisi hukum tetapi juga kode etik, ketentuan-ketentuan institusional, dan kesadaran individu. Hukum dan peraturan perundang-undangan merekomendir persetujuan dari objek penelitian (*informed consent*) sebagai hal sangat penting dalam suatu kegiatan penelitian. Dari persetujuan (*informed consent*) beberapa yang mutlak diberikan oleh peneliti kepada objek penelitian yaitu tujuan, cara, jangka waktu penelitian, risiko, ketidaknyamanan, maupun benefiditas dari penelitian.

Ada tiga prinsip umum yang harus menjadi pedoman bagi setiap penelitian biomedis yaitu hormat kepada manusia sebagai persona, berbuat baik, dan keadilan. Hormat kepada manusia sebagai persona mengandung arti bahwa setiap individu-individu harus diperlakukan sebagai pelaku-pelaku otonom dan persona yang berkurang otonominya seperti anak-anak dan mereka yang dalam status sosial lemah, berhak mendapatkan perlindungan.

Berbuat baik mengungkapkan kewajiban tradisional dokter untuk tidak merugikan pasien. Ada dua akibat yaitu manfaat yang diharapkan dan risiko kerugian yang bisa timbul. Keadilan menuntut agar beban dan manfaat penelitian dibagi secara wajar. Penelitian yang dilakukan dengan dana masyarakat hendaknya jangan hanya menguntungkan orang-orang kaya dan beban hanya dikenakan kepada kelompok yang agaknya tidak akan pernah menikmati hasil penelitian itu.

## B. Deklarasi Helsinki 1964

---

Deklarasi Helsinki 1964 menyebutkan setiap riset pada manusia, maka kebanyakan subjek yang bersangkutan harus diberitahu tentang tujuan, metode, manfaat serta bahaya potensial dan rasa tidak enak yang akan dialami. Kepada subjek juga harus dijelaskan bahwa ia bebas untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian dan bila ia berpartisipasi ia bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Dokter harus meminta persetujuan dalam bentuk tertulis.

Dalam Deklarasi Helsinki juga dinyatakan bahwa anak-anak tidak diperkenankan untuk menjadi subjek riset yang hanya boleh dan dapat dilaksanakan terhadap orang dewasa. Kalaupun riset ini tetap akan dilakukan maka seharusnya meminta persetujuan orangtuanya atau walinya setelah penjelasan yang lengkap mengenai tujuan, risiko yang mungkin timbul disampaikan sebelumnya.

Terhadap ibu hamil dan ibu menyusui Deklarasi Helsinki menentukan bahwa mereka jangan diikutsertakan dalam penelitian non-terapeutik, yang mengandung kemungkinan membahayakan janin atau neonatus, kecuali itu jika penelitian itu dilakukan untuk mengungkapkan masalah menangani kehamilan atau laktasi. Sebaliknya, penelitian terapeutik hanya boleh dilakukan terhadap ibu hamil jika bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu, tanpa merugikan kesehatan janin atau bayi. Juga meningkatkan viabilitas janin, meningkatkan perkembangan bayi, atau meningkatkan kemampuan ibu untuk pertumbuhan baik janin maupun bayi.

Adapun isi dari Deklarasi tersebut di atas yaitu:

1. Prinsip Dasar
  - a. Riset Biomedik pada subjek manusia harus memenuhi prinsip-prinsip ilmiah yang berdasarkan percobaan laboratorium, hewan percobaan dan pengetahuan yang adekuat dari literatur ilmiah.
  - b. Desain dan pelaksanaan percobaan pada manusia harus dituangkan ke dalam.

- c. Riset biomedik pada manusia, hanya boleh dikerjakan dengan kualifikasi keilmuan yang cukup dan diawasi oleh tenaga medik yang berkompeten. Tanggung jawab atas manusia yang diteliti terletak pada tenaga medik yang kompeten dan bukan pada manusia yang diteliti walaupun subjek telah memberikan persetujuannya.
- d. Riset biomedik pada manusia tidak boleh dikerjakan kecuali bila kepentingan tujuan penelitian tersebut sepadan dengan risiko yang dihadapi subjek.
- e. Setiap penelitian pada subjek manusia harus diketahui oleh peneliti secara saksama bagi subjek maupun bagi orang lain. Kepentingan subjek harus lebih diutamakan daripada kepentingan ilmu pengetahuan maupun kepentingan masyarakat.
- f. Dalam penelitian, hak seseorang untuk dilindungi integritas dirinya harus selalu dihormati. Peneliti harus berusaha menekan sekecil mungkin dampak penelitian terhadap integritas fisik, mental, dan kepribadian subjek.
- d. Seorang dokter tidak diperbolehkan ikut dalam proyek riset dengan subjeknya manusia kalau ia tidak dapat memperkirakan bahaya yang mungkin timbul dan menghentikan penelitian bila bahaya yang dijumpai ternyata melampaui manfaat yang diharapkan.
- e. Dalam memublikasikan hasil penemuannya harus dilaporkan hasil yang akurat. Percobaan yang dilakukan tanpa mengindahkan prinsip-prinsip yang digariskan dalam deklarasi Helsinki tidak boleh diterima untuk dipublikasi.
- f. Dalam setiap riset pada manusia, subjek yang bersangkutan harus diberitahu tentang tujuan, metode, manfaat serta bahaya potensial dan rasa tidak enak yang akan dialami. Harus juga dijelaskan kepada subjek bahwa ia bebas untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian. Bila ia berpartisipasi ia bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Dokter

harus meminta persetujuan setelah penjelasan dan sebaiknya dalam bentuk tertulis.

- g. Dalam meminta persetujuan setelah penjelasan ini, dokter harus berhati-hati bilamana ada kemungkinan bahwa pasien merasa tergantung dari dokternya atau dalam keadaan di mana subjek memberi persetujuan dibawah paksaan. Dalam keadaan seperti ini, persetujuan pasien hendaknya diminta oleh dokter lain yang ikut dalam riset dan tidak terikat oleh hubungan dokter pasien dengan subjek yang bersangkutan.
- h. Untuk penderita yang tidak kompeten secara hukum, maka persetujuan setelah penjelasan harus diminta dari perlindungan yang syah menurut hukum setempat. Bila keadaan fisik atau mental subjek tidak memungkinkan untuk memberi persetujuan setelah penjelasan, atau bila subjek masih anak dibawah umur, izin diminta dari keluarganya sesuai dengan hukum yang berlaku setempat.

## 2. Riset Klinik, yaitu:

- a. Dalam mengobati penderita, dokter harus bebas menggunakan cara diagnosis atau terapi yang baru, bila dirasakan bahwa cara ini memberi harapan untuk menyelamatkan jiwa, memulihkan kesehatan atau mengurangi penderitaan.
- b. Manfaat, bahaya dan rasa tidak enak yang ditimbulkan oleh suatu metode baru haruslah ditimbang terhadap kelebihan dari metode diagnosis dan terapi yang ada pada saat itu.
- c. Dalam setiap studi kedokteran, setiap pasien (termasuk pasien dalam kelompok kontrol) harus mendapat metode diagnosis dan terapi yang baik.
- d. Dalam protokol riset selalu harus dicantumkan pernyataan tentang norma-norma etik yang dilaksanakan dan telah sesuai dengan prinsip-prinsip Deklarasi Helsinki.

- e. Penolakan pasien untuk berpartisipasi dalam suatu studi sama sekali tidak boleh memengaruhi hubungan dokter pasien.
  - f. Bila dokter menganggap esensial untuk tidak meminta persetujuan setelah penjelasan maka alasannya harus dicantumkan pada protokol riset dan disampaikan kepada panitia yang independenyt (lihat butir a & b).
  - g. Dokter dapat mengombinasikan riset kedokteran dengan pengobatan untuk mendapat pengetahuan kedokteran yang baru, tetapi hanya bila riset ini mempunyai nilai diagnosis atau terapeutik terhadap pasien yang bersangkutan.
3. Riset Non-Klinik, yaitu:
- a. Dalam riset biomedik pada manusia dengan tujuan ilmiah murni, adalah tugas dokter untuk tetap menjadi pelindung nyawa dan kesehatan manusia yang diteliti.
  - b. Subjek harus sukarelawan, baik orang sehat atau pasien di mana desain penelitian tidak berhubungan dengan penyakit yang dideritanya.
  - c. Peneliti atau kelompok peneliti harus menghentikan riset bila dipertimbangkan bahwa bila riset dilanjutkan akan membahayakan orang yang diteliti.
  - d. Dalam melakukan riset pada manusia, kepentingan masyarakat tidak boleh didahulukan daripada pertimbangan kesejahteraan subjek.
4. Riset pada Subjek Khusus, yaitu:
- a. Riset pada anak-anak  
Anak-anak tidak diperkenankan untuk dipakai sebagai subjek riset yang boleh dan dapat dilaksanakan pada orang-orang dewasa. Akan tetapi, partisipasi anak-anak adalah mutlak perlu untuk mengadakan riset mengenai penyakit anak dan kondisi yang hanya dijumpai pada anak dan rawan bagi anak.



Selalu diperlukan persetujuan salah satu atau kedua orang tua atau walinya setelah penjelasan yang lengkap mengenai tujuan sebuah eksperimen dan kemungkinan akan resiko-resiko dan rasa tidak enak.

Jika usia anak telah memungkinkan persetujuannya harus juga diperoleh setelah dijelaskan antara lain kemungkinan rasa tidak enak yang mungkin timbul. Anak yang sudah berumur lebih dari 7 tahun, biasanya dapat memberi persetujuan, namun sebaiknya juga harus disertai dengan persetujuan orangtua atau walinya.

Anak-anak dalam keadaan bagaimanapun tidak boleh disajikan subjek penelitian, jika penelitian tersebut tidak bertujuan untuk memberi keuntungan bagi mereka, kecuali jika eksperimen tersebut bertujuan untuk mengetahui suatu kondisi yang khas bagi masa balita atau masa kanak-kanak.

b. Riset pada wanita hamil atau wanita menyusui

Sebenarnya tidak ada masalah mengenai persetujuan setelah penjelasan terhadap wanita hamil dan yang menyusui, tetapi mereka janganlah diikutsertakan dalam penelitian non terapeutik, yang mengandung kemungkinan membahayakan janin atau neonatus, kecuali bila eksperimen ini bermaksud ingin mengungkapkan masalah kehamilan atau laktasi. Penelitian terapeutik diizinkan hanya dengan tujuan meningkatkan kesehatan janin atau bayi. Juga meningkatkan viabilitas janin, meningkatkan perkembangan bayi atau meningkatkan kemampuan ibu untuk pertumbuhan baik janin maupun bayi.

c. Riset pada penderita dengan penyakit jiwa dan cacat mental (*mentally ill & mentally defective person*)

Untuk kelompok ini dianut pertimbangan yang sama seperti pada anak-anak. Mereka janganlah diikutsertakan dalam

riset yang dapat dilakukan pada orang dewasa yang tidak berpenyakit jiwa. Namun, hanya merekalah yang dapat digunakan sebagai subjek untuk meneliti sebab berbagai penyakit jiwa dan pengobatannya. Persetujuan dari anggota keluarganya, kadang-kadang tidak dapat dipercaya karena mereka sering dianggap oleh keluarganya sebagai beban. Namun persetujuan harus diperoleh, juga kalau mereka telah dimasukkan ke dalam rumah sakit jiwa sebagai hasil keputusan pengadilan

- d. Riset pada mereka dengan status sosial yang lemah (*vulnerable* lainnya)

Kualitas persetujuan dari calon-calon subjek golongan ini harus pula betul-betul dipertimbangkan, karena kesukarelaannya dapat terpengaruh karena keuntungan yang mereka peroleh sebagai hasil keikutsertaan dalam penelitian. Mereka ini mahasiswa kedokteran atau siswa sekolah perawat, karyawan industri farmasi dan anggota angkatan bersenjata.

- e. Riset dalam masyarakat yang sedang berkembang (*developing communities*).

Masyarakat pedesaan di negara-negara yang sedang berkembang tidak mengerti konsep dan teknik kedokteran eksperimental. Selain itu, di pedesaan ini sering terdapat kesakitan dan kematian dari berbagai penyakit yang mungkin tidak dijumpai pada masyarakat yang telah maju.

Riset mengenai pencegahan dan pengobatan penyakit-penyakit tersebutlah amatlah penting, dan hanya dapat dilaksanakan di daerah-daerah yang besar risikonya.

Persetujuan keikutsertaan dalam penelitian masyarakat yang sedang berkembang ini dapat diperoleh melalui pemimpin formal/tokoh masyarakat yang dapat dipercaya, setelah

mereka memberikan penjelasan secukupnya kepada masyarakat.

Larangan-larangan tentang tindakan-tindakan dalam melakukan penelitian kesehatan oleh kode etik tersebut di atas, dirasakan cukup komprehensif, sehingga hak hak manusia/pasien terjamin sepenuhnya terhadap segala tindakan baik yang dilakukan secara sengaja ataupun tidak sengaja dapat merugikan kepentingan dan jiwa pasien.

### **C. Persetujuan Mengikuti Penelitian (Informed Consent)**

Satu hal yang harus diperoleh peneliti dari subjek penelitian adalah persetujuan mengikuti penelitian setelah penjelasan (*informed consent*). Menurut panitia Hak Asasi Komite Etik (IFGO), *informed consent* adalah persetujuan yang diperoleh secara bebas tanpa adanya tekanan atau bujukan setelah subjek peneliti memperoleh keterangan yang wajar, jelas, dan lengkap, serta disampaikan dalam bahasa yang mudah dimengerti oleh subjek penelitian.

Peneliti harus menjelaskan semua keterangan yang menyangkut penelitian yang dilaksanakan, manfaat dan risiko yang mungkin timbul penelitian. Beberapa aspek yang sangat penting dalam suatu persetujuan penelitian adalah:

1. Pengakuan sukarela subjek penelitian untuk berpartisipasi dalam penelitian.
2. Penjelasan tentang latar belakang penelitian dilakukan.
3. Penjelasan tentang lama penelitian di mana subjek penelitian perlu berpartisipasi.
4. Gambaran tentang apa yang diharapkan dari subjek penelitian penjelasan mengenai prosedur penelitian.
5. Gambaran tentang manfaat dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian.
6. Gambaran tentang untung rugi penelitian bagi subjek penelitian

7. Informasi mengenai pengobatan dan alternatif yang akan diberikan kepada subjek penelitian bila mengalami risiko dalam penelitian.
8. Gambaran tentang terjaminnya rahasia biodata tentang hasil pemeriksaan medik subjek penelitian.
9. Nama orang-orang yang dapat memberikan penjelasan kepada subjek penelitian tentang sifat penelitian, hak subjek sebagai peserta dan masalah-masalah medik yang mungkin timbul dalam pelaksanaan penelitian.
10. Pengertian bahwa partisipasi dalam penelitian adalah sukarela dan subjek dapat memutuskan untuk meninggalkan penelitian sewaktu-waktu tanpa dirugikan.
11. Jumlah subjek penelitian yang akan ikut serta dalam penelitian tersebut dan lokasi di mana penelitian akan dilaksanakan
12. Penjelasan tentang penelitian kontrasepsi yang mungkin terjadi kegagalan dan risiko terhadap janin jika terjadi kehamilan pada waktu penelitian berlangsung.

## **D. Etika dalam Penulisan Ilmiah**

---

Dalam suatu majalah ilmiah profesi kesehatan beberapa hal etik yang diperhatikan antara lain (Hanafiah & Amir, 1998):

### **1. Judul**

Haruslah singkat, tepat, logis dan informatif, mencakup penelitian yang telah dilaksanakan. Jumlah kata-kata dalam judul paling banyak 12 kata, kalau perlu dapat dipakai anak judul. Tidaklah etis membesar-besarkan judul, mencantumkan judul yang umum dan sangat luas, padahal penelitiannya sangat terbatas dan spesifik.

## 2. Nama penulis

Penulis dapat terdiri satu orang atau lebih. Jika lebih dari seorang disebutkan siapa peneliti utama dan peneliti penyerta. Penulis utama ialah seorang yang mencetuskan ide riset dan bertanggung jawab dalam menyusun laporan atau makalahnya, dan tidak selamanya senior dalam jabatan, pangkat, umur ataupun tingkat keilmuannya.

Kejujuran sangat penting diperhatikan dalam pencantuman nama-nama penulis, sehingga setiap orang yang namanya tertera sebagai penulis, benar benar mempunyai peranan dalam karya ilmiah tersebut.

## 3. Nama institusi/tempat penelitian

Biasanya adalah nama institusi tempat penulis bekerja, yang dapat digabungkan dengan tempat riset.

## 4. Abstrak

Terdiri dari judul, nama-nama penulis, nama institusi, tujuan penelitian, desain penelitian, bahan/pasien, cara, hasil dan kesimpulan.

## 5. Pendahuluan

Dicantumkan latar belakang masalah, termasuk tinjauan pustaka, perumusan masalah dan hipotesis, yang semuanya disajikan secara ringkas.

## 6. Bahan/pasien dan cara kerja

Bahan-bahan yang dipakai dalam riset atau pasien-pasien disebutkan dalam riset tersebut. Dalam uraian tentang cara kerja dicantumkan dengan jelas tahap demi tahap riset itu beserta prosedurnya.

Sedangkan untuk teknik pemeriksaan laboratorium cukup mencantumkan nama alatnya serta metodenya yang telah dikenal oleh para ilmuwan.

## **7. Hasil**

Data disajikan di bagian ini hendaklah relevan, mendukung tujuan riset dan hipotesisnya serta tidak menyimpang dari judul. Penulis hendaknya bersikap jujur dan objektif dalam mengajukan datanya, menggunakan data yang benar dan tidak mengarang data dengan tujuan tertentu.

## **8. Diskusi**

Dibahas hasil-hasil riset penulis dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian lainnya. Tidak melantur ke hal hal yang tidak berkaitan dengan masalah, tujuan riset dan hipotesis penelitian. Rujukan sumber informasi harus dicantumkan setiap kali mengutip hasil riset atau pendapat penulis lain. Tidak menonjolkan hasil riset sendiri dan menganggap rendah hasil riset orang lain.

## **9. Ringkasan**

Berisi pokok informasi tulisan ilmiah secara singkat. Perbedaan ringkasan dan abstrak ialah abstrak bermanfaat bagi pembaca yang belum membaca tulisan yang lengkap, tetapi ringkasan mengutarakan kembali secara ringkas apa yang telah dikaji dalam tulisan lengkapnya. Tidak semua tulisan ilmiah memuat ringkasan ini.

## **10. Kesimpulan**

Kesimpulan yang baik hendaknya didukung oleh data yang konkret dari hasil riset penulis sendiri, tidak menarik kesimpulan berdasarkan riset orang lain atau tinjauan pustaka. Kesimpulan juga harus berkaitan dengan penyelesaian masalah riset dan dengan tegas

menyatakan mendukung atau menolak hipotesis yang diajukan.

## 11. Ucapan terima kasih

Pernyataan terima kasih ditujukan kepada orang/instansi yang telah memungkinkan dilaksanakannya riset dan penulisan laporan ilmiah.

## 12. Daftar rujukan

Jika dalam riset menggunakan sumber informasi dari hasil riset orang lain, haruslah dicantumkan rujukannya yang akurat. Tidak etis mengutip pendapat orang lain, sementara namanya tidak tercantum dalam rujukan. Begitu pula sebaliknya tidak etis jika nama seseorang disebut dalam rujukan tetapi namanya tidak ada dalam tulisan. Rujukan haruslah mempunyai relevansi dengan isi tulisan dan mendukung uraian di dalamnya. Jadi tidak perlu mencantumkan banyak rujukan ternyata tidak terkait dengan isi tulisan.

Di Indonesia PP No. 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan pada Pasal 8 ayat (1) menegaskan bahwa penelitian dan pengembangan kesehatan terhadap manusia dapat dilakukan atas persetujuan tertulis dari manusia yang bersangkutan. Persetujuan tertulis dapat pula dilakukan oleh orangtua atau ahli warisnya, apabila manusia sebagaimana dimaksudkan ayat (1):

- a. Tidak mampu melakukan tindakan hukum
- b. Karena keadaan kesehatan atau jasmaninya sama sekali tidak memungkinkan dapat menyatakan persetujuan secara tertulis
- c. Telah meninggal dunia, dalam hal jasadnya akan digunakan sebagai objek penelitian dan pengembangan kesehatan.

Manusia, keluarga, dan masyarakat sebagai objek penelitian berhak mendapat informasi terlebih dahulu dari penyelenggara penelitian dan pengembangan kesehatan mengenai:

- a. Tujuan penelitian dan pengembangan kesehatan serta penggunaan hasilnya
- b. Jaminan kerahasiaan tentang identitas dan data pribadi
- c. Metode yang digunakan
- d. Risiko yang mungkin timbul
- e. Hal lain yang perlu diketahui oleh yang bersangkutan dalam rangka penelitian dan pengembangan kesehatan.

Manusia, keluarga, dan masyarakat berhak sewaktu-waktu mengakhiri atau menghentikan keterlibatannya dalam penelitian dan pengembangan kesehatan. Penelitian dan pengembangan kesehatan terhadap:

- a. Anak-anak hanya dapat dilakukan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan anak-anak.
- b. Perempuan hamil atau menyusui hanya dapat dilakukan dalam rangka pembenaran masalah kehamilan, persalinan atau peningkatan derajat kesehatannya.

Penderita penyakit jiwa atau lemah ingatan dapat dilakukan dalam rangka mengetahui sebab terjadinya penyakit jiwa atau lemah ingatan atau rehabilitasi sosialnya. ♦



---

## Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan

### A. Pengaturan Tentang Tenaga Kesehatan pada Umumnya

**Tenaga** kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan dirinya dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Pasal 1 butir 3 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan). Menurut penjelasan pasal ini dokter dan perawat merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan tertentu, karena kedua jenis tenaga kesehatan tersebut yang paling dekat kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 50 ayat (1) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan keahlian dan kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Sedangkan ayat (2) menyebutkan jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan akan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. Peraturan yang dimaksud adalah PP No. 32 tahun 1996.

Menurut Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, yang termasuk tenaga kesehatan terdiri atas:

1. Tenaga medis; dokter dan dokter gigi

2. Tenaga keperawatan; perawat dan bidan.
3. Tenaga kefarmasian; apoteker, analisis farmasi dan asisten apoteker.
4. Tenaga kesehatan masyarakat; epidemiologi kesehatan, entomologi kesehatan, mikrobiologi kesehatan, penyuluh kesehatan, administrasi kesehatan, dan sanitarian.
5. Tenaga gizi; nutrisisionis dan dietasen.
6. Tenaga keterampilan fisik, fisioterapis, radioterapis, teknisi gizi dan elektromedis, analisis kesehatan teknisi, transfusi dan perekam medis.
7. Tenaga keteknisan medik.

Di dalam menjalankan tugasnya tenaga kesehatan dipengaruhi oleh kode etik, standar pelayanan medik, sistem rekam medik, sarana dan teknologi pengobatan dan peralatan. Pasal 63 ayat (4) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa “pelaksanaan pengobatan dan atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu”.

Pasal 48 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur sarana kesehatan yang berfungsi sebagai untuk melakukan upaya kesehatan. Apabila pasal dikaitkan dengan pasal 63 ayat (4) ini sangat erat hubungannya dengan sarana kesehatan sebagai tempat melakukan praktik, subjek atau orang yang melaksanakan praktik. Hal mana tidak terlepas dari ciri-ciri profesi yang melaksanakan praktik pelaksanaan profesi ilmu dan teknologi kesehatan tersebut.

Selanjutnya Pasal 27 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 menegaskan bahwa tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugasnya sesuai profesinya. Sebaliknya pasal 24 ayat (1) tenaga kesehatan berkewajiban mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Standar profesi adalah batas kemampuan (*knowledge, skill, and personal attitude*) yang harus dikuasai oleh seorang individu

untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi yang bersangkutan. Hak pasien dalam ketentuan pasal ini adalah hak atas informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran, dan hak atas pendapat kedua (*second opinion*).

## **B. Kewenangan dan Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan**

### **1. Kewenangan Tenaga Kesehatan**

Baik dalam UUK maupun dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Kesehatan tidak ditemukan ketentuan mengenai kewenangan tenaga kesehatan. Walaupun sesungguhnya pembahasan mengenai kewenangan tenaga kesehatan tidak dapat dilepaskan dari pengertian tenaga kesehatan yang terdapat pada kedua bentuk peraturan tersebut. Sebab istilah “kewenangan” terkait pada pengertian mengenai tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan menurut UUK adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan (koersif penulis) untuk melakukan upaya kesehatan. Dari rumusan ini tampak bahwa kewenangan menjadi landasan berpijak dalam melakukan upaya kesehatan bagi tenaga kesehatan termasuk dokter dan perawat. Dengan demikian maka kewenangan mengandung makna kekuasaan untuk bertindak dan melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang telah digariskan oleh peraturan perundang-undangan.

### **2. Tanggung Jawab Etik Tenaga Kesehatan**

Apabila pengertian hakikat etika dikaitkan dengan pengertian profesi, maka etika profesi merupakan sekelompok prinsip-prinsip etika yang dirumuskan oleh kelompok-kelompok itu sendiri khususnya dalam fungsi sebagai pedoman, penuntun dalam berperilaku.

Dengan etika profes menjadi landasan bagi profesi yang bersangkutan dalam menjalankan tugas profesinya. Dengan demikian sebagai suatu profesi, maka adanya etika profesi mutlak dipersyaratkan. Etika profesi ini dituangkan ke dalam suatu Kode Etik profesi.

Kode etik suatu profesi adalah berupa norma-norma yang harus dipatuhi oleh setiap anggota profesi yang bersangkutan dalam melaksanakan tugas profesinya dan dalam hidupnya dimasyarakat. Anggota profesi yang melanggar kode etik tersebut ditertibkan atau dihukum atau dikeluarkan dari profesi itu oleh para anggota profesi itu sendiri, biasanya oleh suatu dewan atau majelis yang dipilih atau ditunjuk khusus untuk itu oleh dan dari anggota profesi tersebut. Dengan kata lain yang wajib menjatuhkan sanksi terhadap mereka yang melanggar adalah kelompok profesi itu sendiri, meskipun banyak yang beranggapan bahwa seharusnya pemerintahlah yang menghukum pelanggar itu.

### **3. Tanggung jawab Profesi Tenaga Kesehatan**

Para pengemban profesi di dalam menjalankan tugas profesinya berlandaskan pada kemampuan berupa pengetahuan, keterampilan maupun sikap profesionalnya (*knowledge, skill, and personal attitude*). Kemampuan ini harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat

Tenaga kesehatan dalam hubungan dengan ketentuan pelaksanaan tugas pelayanan kesehatan membawa konsekuensi profesional dari tindakan yang telah dilakukan baik oleh tenaga kesehatan maupun pihak lain yang bukan tenaga kesehatan berlandaskan kepada keahlian dan kewenangannya.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, baik secara kuantitatif maupun kualitatif akan ditentukan oleh kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan. Dengan demikian maka mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tersedianya tenaga kesehatan dari pemanfaatannya yang diarahkan melalui

proses interaksi dan prosedur tertentu, sehingga menghasilkan pelayanan yang sesuai dengan keinginan pasien.

Pelaksanaan wewenang kalau dicermati dapat dikatakan sebagai refleksi dari hubungan hukum yang timbul dari pelayanan kesehatan antara tiap jenis tenaga kesehatan dengan pasien. Dalam setiap hubungan hukum termasuk hubungan hukum antara tenaga kesehatan dengan pasien mengandung hak dan kewajiban masing-masing pihak. Hak memberikan kenikmatan dan keleluasaan kepada individu untuk melaksanakannya, sedangkan kewajiban memberikan beban dan pembatasan kepada individu untuk melaksanakannya. Oleh karena itu, konkretisasi dari hukum menjadi hak dan kewajiban terjadi dengan perantara kejadian, keadaan atau perbuatan orang yang oleh hukum dihubungkan dengan akibat. Ada pun hak dan kewajiban tenaga kesehatan UUK Pasal 53 yang berbunyi:

1. Tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
2. Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Yang dimaksud dengan hak pasien adalah hak informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran, dan hak atas pendapat kedua (*second opinion*).

Bila dicermati, ketentuan di atas secara eksplisit menyebutkan kewajiban tenaga kesehatan, sebaliknya tidak jelas apa yang disebutkan sebagai “hak memperoleh perlindungan hukum” bagi tenaga kesehatan. Dengan perkataan lain sesungguhnya UUK tidak secara tegas mengatur tentang hak-hak tenaga kesehatan. Walaupun demikian, hak-hak pasien tetap menjadi pertimbangan utama para dokter ketika kontak anamnese pertama sebelum tindakan medik dilakukan.

Selanjutnya, pertanggungjawaban tenaga kesehatan dapat dimintakan apabila tidak memenuhi “standar profesi” dan meng-

hormati hak-hak pasien dalam pelaksanaan tugasnya. Penjelasan tentang hak dapat ditelaah dari sudut peranan atau fungsi yang dilakukan oleh seseorang dalam hubungannya dengan orang lain. Apabila peranan atau kegunaan diri itu ditujukan bagi dirinya sendiri inilah yang disebut hak. Di samping itu pengertian hak adalah suatu peranan yang boleh dilakukan dan boleh juga tidak dilakukan. Sebaliknya pengertian kewajiban dapat dilihat sebagai peranan yang ditujukan bagi orang lain, atau kewajiban adalah suatu peranan yang harus dilakukan atau harus tidak dilakukan (Wiradharma, 1999:33). Dari perumusan hak ini, jika seorang pemilik hak ingin menegakkan haknya, itu sangat tergantung kepada yang bersangkutan.

Jika yang bersangkutan ingin menegakkan haknya, maka ia dengan sendirinya dilindungi oleh hukum. Sebab hak adalah kepentingan yang dilindungi oleh hukum, sedangkan kepentingan adalah tuntutan perorangan atau kelompok yang diharapkan untuk dipenuhi. Kepentingan pada hakikatnya mengandung kekuasaan yang dijamin dan dilindungi oleh hukum dalam melaksanakannya. Apa yang dinamakan hak itu sah karena dilindungi oleh sistem hukum. Pemegang hak melaksanakan kehendaknya itu diarahkan untuk memuaskan (Mertokusumo, 1991:41). Atas dasar ini pelaksanaan hak-hak pasien atas pelayanan kesehatan perlu mendapat jaminan dan perlindungan hukum.

Adanya prioritas pertimbangan hak pasien demikian itu pada dasarnya mengacu pada hakikat pelayanan kesehatan yang berlandaskan pada hubungan terapeutik yang menghasilkan perikatan antara dokter sebagai penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*). Dari perikatan ini kemudian muncul hak dan kewajiban masing-masing pihak. Atas dasar ini maka merupakan kewajiban tenaga kesehatan untuk tetap mempertimbangkan hak-hak pasien dalam menjalankan tugasnya.

Pertimbangan hak-hak pasien sebelum melakukan tindakan sesungguhnya merupakan konsekuensi hukum dari masing-masing

pihak sebagai refleksi dari unsur iktikad baik dalam melaksanakan perjanjian guna mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan (Pasal 1338 ayat 3 KUH Perdata).

Dalam literatur pengertian kewenangan dapat berarti kompetensi atau otoritas. Kewenangan dalam arti kompetensi memiliki makna kemampuan (*ability*), sedangkan kewenangan dalam arti otoritas memiliki makna kekuasaan (*power*). Pada dasarnya otoritas seseorang seharusnya dikaitkan dengan kompetensinya. Namun kedua pengertian itu sering dirancukan dengan menggunakan satu kata, yaitu kata “kewenangan”.

Kewenangan dalam arti kompetensi bersumber dari institusi formal yang dibuktikan dengan tanda lulus (ijazah). Sehingga seorang dokter seyogianya merupakan alumni fakultas kedokteran atau dokter gigi seyogianya alumni fakultas kedokteran gigi yang otoritasnya adalah menyangkut tindakan-tindakan medik. Demikian pula dengan perawat semestinya lulusan perguruan tinggi di bidang keperawatan atau alumni Fakultas Keperawatan yang otoritasnya adalah tindakan-tindakan keperawatan.

Contoh lain tenaga kefarmasian, latar belakang mereka seyogianya minimal lulusan Sekolah Menengah Farmasi atau Perguruan Tinggi di bidang Farmasi, atau alumni Fakultas MIPA. Untuk itu otoritasnya seyogianya meliputi pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan distribusi obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional.

Kewenangan dalam arti otoritas bersumber dari penguasa di bidang kesehatan dalam hal ini Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan mempunyai kekuasaan hukum untuk mengatur segala aspek kesehatan di Indonesia, termasuk pemberian kewenangan yang telah jelas adalah pemberian izin praktik, di mana untuk memperoleh izin tersebut harus dipenuhi kompetensi di bidang kedokteran yang dibuktikan dengan ijazah dokter.

Dalam praktik pelayanan kesehatan sering terjadi adanya pembagian dan pengalihan kewenangan. Misalnya, seorang dokter meminta perawat untuk melakukan penyuntikan pada pasien atau seorang dokter umum melakukan rujukan pada dokter spesialis. Perlu ditekankan di sini bahwa jenis kewenangan yang dapat dialihkan adalah kewenangan dalam arti otoritas (kewenangan untuk bertindak), karena kemampuan seseorang tidak dapat dialihkan.

Pengalihan kewenangan dapat berupa pelimpahan kewenangan atau penyerahan kewenangan. Pada pelimpahan kewenangan (pendelegasian kewenangan), penerima kewenangan hanya dapat bertindak atau membuat kebijakan berdasarkan pendelegasian yang diberikan. Jenis tindakan yang didelegasikan pada pihak lain adalah tindakan yang masih dalam lingkup kewenangan pihak penerima delegasi tersebut. Dalam hal demikian, tanggung jawab terletak pada pihak penerima delegasi yang bersangkutan. Tetapi bila tindakan yang didelegasikan adalah di luar lingkup kewenangan pihak penerima delegasi maka pihak pemberi delegasi yang tetap bertanggung jawab atas segala akibat yang timbul. Sedangkan pada penyerahan kewenangan, penerima kewenangan dapat membuat kebijakan sendiri dan bertanggung jawab atas konsekuensi kebijakan tersebut.

#### **4. Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan**

Tanggung jawab dalam bahasa Inggris ditemui dengan istilah *Responsibility*, *Liability*, dan *Accountability*. Ketiga istilah ini bila diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia memiliki pengertian yang tidak berbeda. Namun, dalam bahasa Inggris tampak bahwa ketiganya berada dalam pengertian yang berlainan. *Responsibility* yang dalam kota kata bahasa Indonesia diterima dengan istilah *Responsibilitas*, *Liability* dengan *Liabilitas*, dan *Accountability* dengan *Akuntabilitas*. *Responsibilitas* (*responsibility*) mengarah kepada pengertian yang



lebih luas misalnya dalam hubungan moral, politik, religius, dan sebagainya. Sedang liabilitas (*liability*) pengertiannya lebih bersifat legalistik (Siahaan, 1987:1999). Adapun akuntabilitas dalam percakapan sehari-hari lebih mengarah kepada urusan keuangan. Dalam bahasan selanjutnya istilah tanggung jawab dikaitkan dengan istilah liabilitas (*liability*) dan tanggung jawab (*responsibility*).

Dalam kamus, tanggung jawab itu dinyatakan sebagai:

“Responsibility is a having the character of a free moral agent, capable of determining one’s own acts, capable of deterred of consideration of sanction or consequences”.

Definisi ini memberikan pengertian yang dititikberatkan pada (Salam, 1997: 28):

1. Harus ada kesanggupan untuk menetapkan sikap terhadap sesuatu perbuatan.
2. Harus ada kesanggupan untuk memikul risiko dari suatu perbuatan.

Secara sederhana menurut penulis tanggung jawab adalah kesediaan dan kesanggupan untuk menerima dan menanggung segala konsekuensi hukum dari segala tindakan dan akibat tindakan yang telah dilakukan. Dengan demikian tanggung jawab itu muncul sejak tindakan itu dimulai sampai selesainya tindakan. Tanggung jawab meliputi tanggung jawab etik, profesi dan hukum.

Tanggung jawab etik tenaga Kesehatan lahir berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya yang berlandaskan etika profesinya. Pelanggaran terhadap etika profesi dengan sendirinya melahirkan tanggung jawab etik yang penegakannya melalui suatu majelis kehormatan etika profesi. Sebaliknya tenaga Kesehatan dalam menjalankan tugas profesi berlandaskan pada kemampuan yang dimiliki oleh tenaga Kesehatan yang bersangkutan. Penyimpangan dari persyaratan kemampuan tenaga Kesehatan akan melahirkan tanggung jawab profesi.

Dalam hubungan dengan ketentuan pelaksanaan tugas pelayanan kesehatan membawa konsekuensi hukum dari tindakan yang



Berkaitan dengan pelayanan kesehatan maka seorang tenaga kesehatan harus tetap bertindak dalam wewenangnya, jika ia merasa tidak mampu, ia harus mengundang ahli atau mengirimkan pasien yang bersangkutan kepada seorang ahli (Leenen dan Lamintang, 1981: 38). Karena itu dalam pelayanan kesehatan sering terjadi adanya pengalihan kewenangan. Pengalihan kewenangan dapat berupa pelimpahan kewenangan atau penyerahan kewenangan. Pada pelimpahan kewenangan (pendelegasian kewenangan), penerima kewenangan tidak dapat membuat kebijakan sendiri, selain dari apa yang didelegasikan tetapi tanggung jawab masih ada pada pemberi kewenangan.

Selain wewenang yang dimiliki, tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya harus menaati prosedur pelayanan kesehatan berupa pelaksanaan persetujuan tindakan medik dan standar pelayanan medik. Sebab, tanpa persetujuan tindakan medik dan penerapan standar pelayanan medik, maka penyelenggaraan pelayanan takkan terlaksana. Persetujuan tindakan medik merupakan persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut.

Suatu persetujuan tindakan medik (*informed consent*) oleh Paul S. Appelbaum, Charles W. Lidz dan Alan Meisel (Soekanto, 1990: 19) merupakan:

*“ . . . . . legal rules that prescribe behaviors for physicians in their interaction with patient and provide for penalties, under given circumstances, if physicians deviate from those expectations; to ethical doctrine, rooted in our society’s cherished value of autonomy, that insures to patient their right of self determination when medical decisions need to be made ; and to an interpersonal process whereby physicians. . . interact with patients to select an appropriate course of medical care”.*

Sehubungan dengan kewajiban dokter untuk memberikan informasi kepada pasien, Thiroux (Veronica, 1999: 62-63) mengemukakan berbagai argumen tentang pemberitahuan atau penyampaian kebenaran dalam dunia kedokteran yang didasarkan pada:

1. Pandangan paternalisme. (a) Karena pasien tidak mempunyai pendidikan medis, sehingga tidak mengerti apa yang dikatakan dokter kepadanya, maka pasien cukup hanya mengetahui bahwa kenyataannya dokter sedang melakukan upaya maksimal untuknya. (b) Lebih baik tidak diberitahukan keadaan yang sebenarnya, terlebih jika hal tersebut merupakan kabar buruk, agar tidak mengganggu atau memengaruhi semangat dan kemauan pasien untuk sembuh atau kemauannya untuk hidup. (c) Tidak ada gunanya memberi kabar buruk kepadanya, karena jika seandainya prognosis menunjukkan bahwa pasien itu akan meninggal, bukankah pada akhirnya pasien itu akan meninggal. Oleh sebab itu sebaiknya pasien dibiarkan menjalankan dan menikmati sisa hidupnya sebahagia mungkin. (d) Lebih baik keluarga pasien diberitahu, tetapi jangan memberitahu pasien karena pasien ingin dilindungi terhadap kabar buruk.
2. Pandangan individualisme. (a) Karena yang dipermasalahkan adalah tubuh dan jiwa pasien, maka hanya pasien yang berhak untuk mengetahui dan diberitahu seluruh informasi mengenai dirinya. (b) Lebih mudah bagi dokter mengobati pasien yang sadar tentang keadaan dirinya, terlebih jika dokter sendiri dan atau keluarganya tidak harus berpura-pura seolah-olah penyakit atau cedera yang diderita pasien itu tidak serius, atau bahwa pasien tidak akan meninggal. (c) Pasien sering kali marah kepada dokter karena tidak diberitahu terlebih dahulu tentang efek samping, atau hak-hak yang menyakitkan dan gangguan-gangguan perasaan akibat suatu pengobatan.
3. Pandangan moderat, diperlukan pengungkapan informasi yang memadai kepada pasien jika pasien mau mengetahui keadaan yang sebenarnya, atau sudah dalam taraf mau mengetahuinya. Pasien ditempatkan sebagai pengendali dalam menentukan informasi yang seharusnya diterima dari pelayanan medik. Dalam kaitan ini beberapa aspek yang harus diperhatikan (a) Mendengarkan pasien dengan saksama serta memperhatikan

apa sebenarnya yang ingin diketahuinya atau hal yang dicoba untuk ditanyakan. (b) Jangan menghindari dari pertanyaan yang mendesak, terus terang atau langsung, melainkan jawablah dengan jujur tetapi tidak kasar. (c) Jangan paksakan informasi untuk diterima apabila pasien belum siap untuk mendengar, hanya karena dokter sudah siap untuk membicarakannya atau terlalu sibuk untuk menunggu sampai pasien siap. (d) Jangan menghindari kebenaran dengan menggunakan bahasan teknis atau media atau omong kosong, tetapi sebaliknya harus berusaha menjelaskan segala sesuatu yang ingin diketahui oleh pasien dalam istilah awam atau bahasa sehari-hari. (e) Menyadari bahwa penjelasan atau jawaban mungkin harus diberikan secara bertahap atau lebih dari satu kali. Manusia memang selalu ingin melindungi diri terhadap kejutan yang disebabkan oleh kabar buruk dengan cara tidak mendengarkan dengan benar mengenai sesuatu yang dikatakan kepadanya. (f) Kebenaran selalu diberitahukan dengan jelas, hati-hati dan manusiawi, jangan sekali-kali kasar, dingin, tanpa memberi harapan atau tanpa rasa kasihan. (g) Jangan sekali-kali meninggalkan pasien serta keluarganya tanpa memberi harapan sedikit pun. Walaupun hanya dengan jaminan bahwa dokter akan berusaha sekuat tenaga untuk menyembuhkan pasien serta memberikan kenyamanan dan bebas dari kenyerian.

Namun demikian, Fred Ameln (1991: 44) secara tegas mengemukakan 4 kelompok pasien yang tidak memerlukan informasi yaitu:

1. Jika terapi tidak menghendaki demikian misalnya placebo
2. Jika informasi itu merugikan pasien misalnya penderita penyakit jantung
3. Jika pasien mengidap penyakit jiwa
4. Jika pasien belum dewasa.

Standar pelayanan medik adalah ukuran atau kriteria dari tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Pemenuhan terhadap persetujuan tindakan medik dan standar pelayanan medik termasuk ketentuan untuk meniadakan sifat bertentangan dengan hukum dari tindakan medik. Secara materiel, suatu tindakan medis itu sifatnya tidak bertentangan dengan hukum apabila memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

1. Mempunyai indikasi medis, untuk mencapai suatu tujuan yang konkret.
2. Dilakukan menurut aturan-aturan yang berlaku dalam dunia ilmu kedokteran, kedua syarat ini disebut sebagai bertindak secara *lege artis*.
3. Harus sudah mendapat persetujuan tindakan medik

Leenen (1991) merumuskan standar profesi medis sebagai berikut:

1. Tindakan yang teliti dan hati-hati  
Setiap anggota masyarakat, termasuk dokter harus mentaati norma ketelitian dan keberhati-hatian yang wajar dianut di dalam masyarakat. Sebab secara umum seseorang yang karena telah bertindak tidak teliti atau hati-hati merugikan orang lain dianggap telah berbuat kesalahan.
2. Standar medis  
Standar medis adalah cara bertindak secara medis dalam suatu peristiwa yang nyata yakni berdasarkan ilmu kedokteran dan pengalamannya sebagai dokter. Dengan demikian, dokter mempunyai kebebasan di dalam lingkungan standar medis, sebagai suatu tindakan yang bersifat profesional. Demikian pula dokter mempunyai kebebasan untuk bertindak.
3. Kemampuan rata-rata dalam bidang keahlian yang sama  
Secara yuridis penentuan kemampuan rata-rata didasarkan atas pendapat para saksi ahli dari kelompok keahlian yang sama.

4. Situasi dan kondisi yang sama

Keadaan yang sama didasarkan pada keadaan di mana pengobatan dan perawatan itu dilakukan dengan melihat pada fasilitas dan sarana yang digunakan dalam melakukan tindakan tersebut.

5. Asas proporsionalitas

Dilihat dari keseimbangan antara sarana upaya yang dilakukan dengan tujuan konkret yang ingin dicapai. Sehingga tidak timbul suatu upaya yang dilakukan terkesan sebagai suatu bentuk dari *defensive medicine* dalam arti negatif maupun positif.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa standar pelayanan (termasuk kode etik dan peraturan perundang undangan di bidang kesehatan) sangat berperan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada pasien, karena merupakan pedoman bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya secara baik. Ia menjadi tolok ukur bagi tenaga kesehatan dan menjadi salah satu dasar pertanggungjawaban yang dapat dikenakan kepada para tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya.

Selain pemberian persetujuan, pasien juga berhak mendapatkan rekam medis yang merupakan sarana yang mengandung informasi tentang penyakit dan pengobatannya. Tidak adanya catatan dalam rekam medis dianggap bahwa tidak ada bukti dilakukannya suatu aktivitas pelayanan kesehatan. Dalam kasus *Dale vs Munthale* 1977 (Soekanto dan Herkutanto: 1987) dijelaskan:

*“it is unfortune that the defendant did not make careful notes. This was a routine house call him and he did not hear of the death until notified..... some months later. The plaintiff’s memory of the event leading up to her husband’s death would, of course, be sharpened by the impact of his death. In retrospect this was not just a routine house call to her and I think she would tend to remember every detail of what occurred”.*

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

1. Menghormati pasien.

2. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien.
3. Memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan.
4. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
5. Membuat dan memelihara rekam medis.

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 berhak atas tuntutan ganti rugi atas kejadian tersebut.

Pada negara Anglo Saxon telah diberikan tolok ukur dari kelalaian yang dikenal sebagai 4 D dari Negligence (Guwandi, 1994: 30) yaitu:

1. Kewajiban (*Duty*)
2. Pelanggaran terhadap kewajiban (*Dereliction of that duty*)
3. Penyebab langsung (*Direct causation*)
4. Kerugian (*Damage*)

Rumusan hukum kesehatan dari Leenen menunjukkan adanya 3 jenis hukum dalam pelayanan kesehatan yaitu hukum perdata, hukum pidana, hukum administrasi negara. Menyangkut hak dan kewajiban yang timbul dari hubungan pelayanan kesehatan, persetujuan tindakan medik (*informed consent*), akibat kelalaian perdata sertauntutannya masuk dalam bagian hukum perdata. Kesaksian kebenaran isi surat keterangan kesehatan, pertolongan orang sakit yang berakibat maut atau luka-luka masuk bagian hukum pidana. Persyaratan pendidikan keahlian, menjalankan profesi, tata cara membuka praktik dan berbagai pembatasan serta pengawasan profesi masuk bagian hukum administrasi negara (Poernomo, 2000).

Telah dikemukakan sebelumnya pembahasan tentang pola hubungan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien. Dahulu hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dianut pola



hubungan paternalistik. Pola ini menempatkan dokter pada posisi “lebih tahu” tentang gejala sesuatu yang diderita pasien daripada pasien. Karena itu dokter tidak merasa perlu meminta keterangan pasien secara jelas mengenai keluhan-keluhannya, atau bahkan keluhan pasien sama sekali tidak diacuhkan. Padahal dari serangkaian keluhan pasien itu sesungguhnya dapat dihasilkan beberapa diagnosis. Dari diagnosis yang sudah diterapkan terbuka sederet terapi dengan berbagai khasiat dan efek sampingnya (Komalawati, 1986). Pola hubungan ini biasa juga disebut sebagai hubungan yang didasarkan pada kepercayaan dan kerahasiaan. Masyarakat merasakan bahwa hubungan antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada hubungan kepercayaan yang personal, sebagai hubungan antara dua pribadi dalam keutuhannya masing-masing. Orang datang sebagai pasien pada seorang dokter misalnya, berarti secara utuh memercayakan dirinya kepada keahlian dan integritas pribadi dokter yang bersangkutan.

Pola hubungan paternalistik itu selanjutnya mendapat tantangan dengan munculnya pola hubungan konsumerisme. Dalam pola ini hubungan dokter pasien diidentifikasi sebagai hubungan penyedia jasa dan penerima jasa. Pola ini menempatkan pasien pada posisi “lebih tahu apa yang terbaik bagi dirinya” daripada dokter (*patient knows best*). Ia berhak mengetahui segala macam tindakan yang dilakukan terhadap dirinya dan untuk apa tindakan itu dilakukan, karena pasien merasa pembeli jasa, lagi pula sebagai akibat modernisasi dan penguasaan teknologi maju, manusia berpikir lebih rasional.

Apa yang sejak permulaan sejarah umat manusia sudah dikenal dengan adanya hubungan kepercayaan antara dua insan yaitu sang pengobat dan sang penderita kemudian berubah menjadi hubungan “transaksi terapeutik”. Dengan transaksi ini dokter dan pasien mencari dan menemukan terapi sebagai upaya penyembuhan penyakit pasien oleh dokter. Hubungan ini semakin berkembang sejalan dengan perkembangan sejarah dan budaya manusia, yang sejak awal telah membekali manusia dengan hak-hak yang sifatnya

mendasar sejak lahir yaitu hak setiap orang atas perawatan kesehatan (*the right to health care*). Hak dasar ini dalam perkembangannya didukung oleh dua macam hak yang sifatnya mendasar yaitu dan lebih bersifat individual yaitu hak atas informasi (*the right to information*) dan hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*). Perubahan pola hubungan ini antara lain disebabkan oleh 3 fakto dominan yaitu (Koeswadji, 1998) Meningkatnya jumlah permintaan atas pelayanan kesehatan (1), berubahnya pola penyakit (2), dan teknologi medik(3).

Dari segi hukum perdata hampir semua upaya kesehatan dapat menjadi objek perjanjian. Dalam ilmu hukum dikenal 2 jenis perjanjian yaitu perjanjian hasil (*resultaatverbitennis*), perjanjian usaha (*inspanningverbintennis*). Dalam bidang kesehatan pada umumnya hubungan hukum yang didasarkan pada perjanjian usaha yaitu bahwa dokter dan tenaga kesehatan lainnya hanya tidak menjanjikan kepastian kesembuhan akan tetapi berupaya semaksimal mungkin, berdasarkan kemampuan ilmu dan teknologi kedokteran untuk menyembuhkan pasien.

Setiap perjanjian yang menjadi landasan upaya kesehatan harus memenuhi syarat sahnya perjanjian yakni menyangkut syarat bagi pembuat perjanjian berupa kesepakatan dan kemampuan membuat perjanjian bagi kedua belah pihak dan syarat objek perjanjian meliputi objek tertentu yang diperjanjikan dan mempunyai suatu sebab yang halal (Pasal 1320 KUH Perdata)

Berdasarkan perjanjian ini maka setiap kali pasien merasa bahwa dokter dan tenaga kesehatan lainnya tidak memenuhi kewajiban yang ditetapkan dalam perjanjian dapat mengajukan gugatan karena ingkar janji (*wanprestasi*) yakni tidak melakukan apa yang disanggupi untuk dilakukan, melakukan apa yang dijanjikan tetapi terlambat, melakukan apa yang dijanjikan tetapi tidak sebagaimana yang dijanjikan, melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukan.

Dalam hal gugatan atas dasar wanprestasi ini, harus dibuktikan bahwa tenaga kesehatan itu harus benar-benar telah mengadakan perjanjian (*based on contract*), kemudian telah melakukan wanprestasi. Gugatan terhadap kesehatan berdasarkan wanprestasi semakin berkurang. Hal ini disebabkan karena sulit untuk membuktikan adanya penyimpangan dalam perjanjian, apalagi adanya pelanggaran perjanjian.

Karena itu, gugatan lebih banyak didasarkan atas perbuatan melanggar hukum ( Pasal 1365 KUH Perdata ) yang menyebutkan bahwa “Tiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kesalahan itu mengganti kerugian tersebut “. Perbuatan yang dipertanggungjawabkan bukan hanya karena kesalahan tenaga kesalahan sendiri, tetapi juga karena kesalahan tenaga kesehatan lain yang merupakan tanggungannya atau bawahannya. Pasal 1367 KUH Perdata secara tegas menyebutkan bahwa “Seseorang tidak saja bertanggung jawab untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya, atau disebabkan oleh barang-barang yang di bawah pengawasannya”. Ketentuan ini banyak berkaitan dalam hal terjadinya proses pendelegasian, maka tanggung jawab dokter juga meliputi tindakan yang dilakukan oleh pembantunya yaitu:

1. Mahasiswa kedokteran yang sedang melakukan co-schap
2. Terhadap perawat yang diperbantukan kepadanya
3. Terhadap dokter lain yang membantunya dalam hal dokter lain itu sedang belajar kepadanya sebagai dokter spesialis.

Di samping gugatan berdasarkan wanprestasi dan perbuatan melanggar hukum gugatan dapat juga dilakukan berdasarkan kelalaian (Pasal 1366 KUH Perdata) yang menyebutkan bahwa “setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatinya”.

Dalam pertanggungjawaban karena kesalahan ini (*based on fault*), pihak pasien harus membuktikan adanya kesalahan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan. Namun karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan hanya menyangkut kewajiban berusaha maka sulit untuk membuktikan kesalahan, kelalaian, dan sikap kurang hati-hati, kecuali pembuktian ini didasarkan pada standar profesi pelayanan. Selain pembuktian berdasarkan wanprestasi (*based on contract*), berdasarkan kesalahan (*based on fault*), dalam kasus-kasus tertentu dikenal pula pembuktian berdasarkan risiko (*based on risk*). Model pembuktian ini dimungkinkan pembalikan pembuktian (*shifting burden of proof*) dari penggugat (pasien) kepada tergugat (tenaga kesehatan, rumah sakit), karena kelalaian dari pihak tenaga kesehatan adalah sedemikian jelasnya sehingga seorang awam pun dapat menilainya. Pemindahan beban pembuktian dalam kasus-kasus semacam ini dapat dilakukan dengan memakai ajaran "*Res Ipsa Loquitur*", artinya "*The thing speaks for itself*". Fakta-fakta sudah berbicara sendiri sehingga kesalahan tidak perlu menjadi dasar pertimbangan dalam pembuktian.

Dari segi hukum pidana tanggung jawab tenaga kesehatan tidak terlepas penerapan asas legalitas sebagaimana yang disebutkan dalam pasal 1 ayat 1 pasal satu KUHP "*Tiada suatu perbuatan yang boleh dihukum melankan atas kekuatan ketentuan hukum pidana dalam undang-undang yang terlebih dahulu dari perbuatan itu*". Asas ini juga terkait dengan asas pemidanaan dalam pasal 8 Undang-Undang No. 4 tahun 2004 tentang Kehakiman bahwa "*Tiada seorang pun dapat dijatuhi pidana kecuali apabila pengadilan karena alat pembuktian yang sah menurut undang-undang mendapatkan keyakinan bahwa seseorang yang dianggap dapat bertanggung jawab telah bersalah atas perbuatan yang dituduhkan atas dirinya*".

Dengan kata lain syarat pemidanaan dalam hukum pidana adalah:

1. Dari segi perbuatan yaitu perbuatan yang dituduhkan men-cocoki rumusan undang-undang, bersifat melawan hukum, serta tidak ada alasan pembenar .

2. Dari segi pelaku yaitu kemampuan mempertanggungjawabkan perbuatan yang dituduhkan, adanya kesalahan, serta tidak ada alasan pemaaf.

Adapun alasan pembeda adalah perbuatan tidak melawan hukum, walaupun kesalahan pelaku tetap ada, misalnya perbuatan untuk menjalankan undang-undang (pasal 50 KUHP), risiko pengobatan, *contributory negligence*, *volenti non fit injura*. Sedang alasan pemaaf dimaksudkan adalah walaupun perbuatan tetap melawan hukum tetapi pelaku tidak bersalah misalnya pelaku pidana yang menderita sakit jiwa (pasal 44 KUHP), kecelakaan medik, serta kekeliruan penilaian klinis.

Dari segi hukum administrasi negara UUK pasal 54 ayat 1 menyebutkan: Terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin. Sedang dalam pasal 33 PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan disebutkan “Tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas tidak sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat dikenai tindakan disiplin.

### **C. Hubungan antara Pasien dan Tenaga Kesehatan**

Sebenarnya hubungan antara pasien-dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada hubungan kepercayaan dan kerahasiaan. Masyarakat merasakan bahwa hubungan antara pasien-dokter dan tenaga kesehatan lainnya didasarkan pada hubungan kepercayaan yang bersifat sangat personal, sebagai hubungan antara dua pribadi dalam keutuhannya masing-masing. Orang datang sebagai pasien pada seorang dokter misalnya, berarti secara utuh memercayakan dirinya kepada keahlian dan integritas pribadi dokter yang bersangkutan. Pasien memberikan kepercayaan kepada dokter karena ketidaktahuannya mengenai apa yang dideritanya serta apa obatnya dan hanya dokter yang tahu.

Dari sudut pandangan sosiologis dapat dikatakan bahwa tenaga kesehatan maupun pasien memegang peranan-peranan tertentu dalam masyarakat. Dalam hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan, tenaga kesehatan mempunyai posisi yang dominan. Pasien memainkan peranan yang sangat bergantung pada dokter atau tenaga kesehatan yang dianggap mempunyai kekuasaan tertentu, baik di bidang pengetahuan maupun di bidang keterampilan. Dengan demikian, pasien senantiasa harus percaya pada kemampuan dokter tenaga kesehatan tempat dia menyerahkan nasibnya. Pasien merasa dirinya beruntung dan tenteram apabila dokter misalnya berusaha menyembuhkan penyakitnya. Kalaupun terjadi sesuatu yang tidak diinginkan dalam proses penyembuhan, pasien menerima itu sebagai musibah atau nasib belaka.

Kedudukan dokter yang lebih tinggi rupanya didasarkan atas kepercayaan pada kemampuan dokter, di samping adanya keawaman pasien terhadap ilmu dan teknologi kedokteran. Dalam pada itu, masyarakat secara yakin bahwa para pengemban profesi kedokteran menghormati dan mematuhi sumpah dan kode etik profesionalnya, dan dalam keutuhan pribadinya menolong orang yang datang kepadanya sebagai pasien. Masyarakat juga sepenuhnya memercayai bahwa intitusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dijiwai oleh semangat kemanusiaan untuk menolong orang yang menderita karena kesehatannya terganggu.

Karena kepercayaan yang tinggi terhadap profesi kedokteran dan institusi pelayanan kesehatan, maka di dalam masyarakat tidak atau belum dirasakan adanya kebutuhan untuk mengatur hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pasien sebagai penerima pelayanan (*health receiver*) dengan kaidah hukum secara eksplisit. Hal-hal ini yang memengaruhi terbentuknya hubungan paternalistik antara dokter dengan pasien.

Hubungan dokter dengan pasien dijelaskan oleh Samuel L. Bloom (Sanusi, 1995):

*“ the doctor-patient relationship is often conceived of as an interaction essentially limited to two persons. The important elements of relationship are similarly limited to two (a) the personalities of the participants, upon which the “rapport” is dependent and )b) the skill of the physician as medical scientiest”.* Jadi menurut Bloom hubungan dokter pasien sebagai suatu interaksi (manusia) yang pada dasarnya terdiri dari dua pihak. Unsur penting dari hubungan tersebut yaitu kepribadian para pihak dan keahlian dari dokter sebagai ilmuwan kedokteran.

Sebagai ilmuwan kedokteran, dokter (Robinson,1977) menyatakan:

*“ not only is the physician widely regarded as a man of knowledge and science capable of ferreting out of the meaning of puzzling symptoms, but also he ferquently is pictured as a kindly, thoughtful, warm person, deeply interested in and committed to welfare of individual.”*

Robinson memandang bahwa dokter sebagai yang punya kemampuan ilmu dan pengetahuan untuk menemukan berbagai gejala penyakit, tetapi ia digambarkan sebagai orang yang ramah, bijaksana, dengan perhatian yang mendalam terhadap kesejahteraan individu.

Solis (Komalawati, 1999) menggambarkan tiga pola hubungan dokter pasien yaitu:

- a. Activity-Passivity relationship. There is no interaction between physician and patient because patient is unable to contribute activity. This is the characteristic patient in an emergency situation when the patient is unconscious. Hubungan seperti ini dapat ditemukan pada prototipe hubungan orangtua dan anak yang masih kecil.
- b. Guidance-Cooperation relationship. Although the patient is ill, he is conscious and has the feeling and aspiration of his own. Since he is suffering from pain, anxiety and other symptoms, he seeks help and ready and willing to cooperate. The physician considers himself in a position of trust. Hubungan ini terdapat pada prototipe hubungan antara orang tua dan remaja
- c. Mutual Participation relationship. This patient thinks he is juridically equal to the doctor and that his relationship with the

doctor is in the nature of negotiated agreement between equal parties. The physician usually feels that the patient is uncooperative and difficult, where as the patient regards the physician as unsympathetic and lacking in understanding of personality unique needs. Dapat ditemukan dalam prototip hubungan antara orang dewasa.

Pandangan lain mengenai hubungan antara dokter dan pasien dikemukakan oleh Thiroux yaitu:

1. Hubungan paternalisme adalah hubungan di mana dokter berperan sebagai orang tua terhadap pasien dan keluarganya. Pada hubungan ini dokter mempunyai pengetahuan superior tentang pengobatan, sedangkan pasien tidak mempunyai pengetahuan demikian, sehingga harus memercayai dokter dan tidak boleh campur tangan dalam pengobatan yang dianjurkannya. Setiap keputusan tentang perawatan dan pengobatan pasien termasuk informasi yang diberikan seluruhnya berada dalam tangan dokter dan asisten profesionalnya.
2. Hubungan individualisme adalah hubungan di mana pasien berhak secara mutlak atas tubuh dan nyawa sendiri. Setiap keputusan tentang pengobatan dan perawatan pasien serta informasi yang diberikan berada dalam tangan pasien karena sepenuhnya berhak atas dirinya sendiri.
3. Hubungan resiprokal dan collegial adalah hubungan di mana pasien dan keluarganya adalah anggota inti dalam kelompok, sedangkan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya bekerja sama untuk melakukan yang terbaik bagi pasien dan keluarganya. Berdasarkan pandangan ini keterampilan profesional dokter dilihat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dan hak pasien atas tubuh dan nyawanya sendiri tidak dilihat secara mutlak tetapi sebagai prioritas utama.



Adanya perubahan tanggung jawab yang didasarkan pada hubungan kemitraan antara dokter dan perawat, baik dokter maupun perawat bertanggung jawab atas semua kejadian yang timbul selama memberikan pelayanan kepada pasien.

Secara argumentum a contrario tanggung jawab dokter dan perawat berakhir ketika hubungan mereka secara juridis dengan pasien berakhir. Hubungan pasien dokter dapat berakhir (Miller, 1996) yaitu:

1. pengobatan dan perawatan tidak diperlukan lagi (*medical care is no longer needed*)
2. pasien menolak pengobatan dan perawatan (*the patient withdraws from the relationship*)
3. pasien dirujuk ke dokter lain (*the care of the patient is transferred to another physician*)
4. dokter menganjurkan untuk mengakhiri pengobatan dan perawatan (*ample notice of withdrawal is given by physician to the patient*) atau dokter tidak sanggup lagi memberikan pengobatan dan perawatan (*the physician is unable to provide care*). ♦

---

## Kesehatan dan Hak Asasi Manusia

*“I will use treatment to help the sick according to my ability and judgement, but never with a view to injury and wrongdoing. Neither will I administer a poison to anybody when asked to do so, nor so will I suggest such a course. Similarly, I will not give to woman a pessary to cause abortion. But I will keep pure and holy my life and my art” (Hippocrates 377-460 BC).*

### A. Pendahuluan

---

Dari perspektif etik kedokteran, kewajiban dokter mencurahkan segenap kemampuan untuk mengobati pasien, bukan menyakiti atau melakukan hal-hal yang salah. Akan tetapi menjaga citra hidup dan profesinya tetap bersih dan suci.

Isu perlindungan kesehatan pasien dalam pelayanan kesehatan diakui sebagai salah satu hak asasi manusia yang fundamental (*a fundamental human right*) tertuang dalam statement Universal Declaration Human Right 1948.

“Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself and his family, including food, clothing, housing and **medical care** and necessary social services, and the right to security in the even of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumtance beyond his control”.

Bahkan, setiap negara diwajibkan untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan individu, dan masyarakat termasuk tanggung jawab terhadap promosi dan perlindungan kesehatan dan jaminan kualitas pelayanan kesehatan sebagaimana dituangkan dalam Kovenant Internasional tentang Hak Asasi Sosial, Kebudayaan (International Covenant on Economic, Social dan Cultural Rights 1966) pasal 12.

1. The states parties the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standar of physical and mental health.
2. The steps to be taken by the states parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:
  - a. The provision for the reduction of the stillbirth rate and of infant mortality and for the healthy development of the child
  - b. The improvement of all aspects of environment and industrial hygiene
  - c. The prevention, treatment and control of epiedemic, endemic, occupational and other diseases
  - d. The creation of condition which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.

Sejarah telah membuktikan bahwa sesungguhnya ketentuan perlindungan dan keamanan pasien serta keharusan tindak kehati-hatian dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan sudah ada sejak lama. Bahkan, membebankan sanksi yang sangat berat terhadap pelanggaran ketentuan tersebut.

*“If the doctor performs a major operation or cure a sick eye, he shall receive ten shekels of silver. If the patient as freed man, he shall pay five shekels If he is a slave the his master shall pay two shekels on his behalf. But if the patient lost his live or an eye on operation, the doctor’s hand were cut off. If the patient was a slave, the doctor was bound to make good the loss by getting the new slave (Hammurabi, 1728-1689 SM)”.*

Dewasa ini, hak asasi manusia telah menjadi isu global dan melanda seluruh bagian dunia. Tampaknya bahwa sudah tidak ada bagian dunia lagi yang bebas dari isu hak asasi manusia ini bahkan telah menjadi bagian yang inheren atau melekat pada diri setiap individu. Dengan demikian hak asasi manusia lahir bersamaan dengan kehadiran manusia di muka bumi ini. Sehingga sesungguhnya setiap individu mulai pada saat sebagai janin di dalam kandungan ibunya sampai ia menghirup udara dunia dan akhirnya mati, memiliki hak asasi, terlepas dari ras, warna kulit, agama, maupun keyakinan pribadi.

Dalam konteks kesehatan masyarakat sejarah telah membuktikan bahwa peningkatan pemenuhan dan fasilitas air, sanitasi, gizi dan perumahan lebih berhasil meningkatkan derajat kesehatan daripada usaha pengobatan (*curative*) dan pencegahan (*preventive*). Upaya ini tentu tidak terlepas dari kontribusi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan kesehatan.

Namun, tidak dapat dipungkiri bahwa dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat seperti usaha pencegahan penyakit epidemik, pelaksanaan imunisasi, pengisolasian pasien dan tindakan karantina penderita penyakit menular sering terjadi benturan dengan hak asasi manusia (HAM). Kondisi ini terkadang dicap sebagai tindakan menghilangkan hak privasi, identitas dan harga diri dari seorang penderita maupun pasien.

Persoalan mendasar yang sampai kini tetap dipertanyakan sejak kapan hak asasi manusia itu pertama kali diakui di dalam kehidupan manusia baik dalam konsep politik maupun dalam konsep hingga berkembang menjadi hukum, dalam hukum nasional ataupun dalam hukum internasional. Begitu pula keterkaitan hak asasi dengan kesehatan lingkup substansinya, sifat dan kekuatan mengikatnya sebagai hukum masih memerlukan telaah yang mendalam.

## B. Definisi Hak Asasi Manusia

---

Menurut Hendarmin Ranadireksa hak manusia adalah seperangkat ketentuan atau aturan untuk melindungi warga negara dari kemungkinan penindasan, pemasangan dan tahu pembatasan ruang gerak warganegara oleh negara.

Mahmud M.D. merumuskan hak asasi manusia adalah sebagai hak yang melekat pada martabat manusia sebagai makhluk ciptaan Tuhan, dan hak tersebut dibawa manusia sejak lahir ke muka bumi sehingga hak tersebut bersifat fitri (kodrati). Antony Flew menyatakan bahwa hak-hak asasi merupakan suatu **perangkat asas-asas yang timbul dari nilai-nilai**

Dalam Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dalam Pasal 1, angka 1 “Hak Asasi Manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan YME dan merupakan anugerahnya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.

## C. Pendekatan Hukum Kesehatan dalam Pemeliharaan Kesehatan

---

Sekarang ini, hampir tidak ada bidang kehidupan masyarakat yang tidak terjamah oleh hukum. Hal ini disebabkan oleh karena manusia mempunyai hasrat untuk hidup teratur. Hukum menjamah bidang kesehatan, oleh karena kesehatan pada dasarnya pun menghendaki keteraturan.

Himpunan dari berbagai peraturan mulai dari tertulis, di samping yurisprudensi, hukum kebiasaan, ilmu hukum dan literatur dipakai dalam menangani permasalahan hukum kesehatan. Dengan kata lain pendekatan permasalahan hukum kesehatan dilakukan dengan melalui pendekatan legislatif, yudisial dan ilmu hukum dan hukum tak tertulis lainnya. Karena itu, analisis terha-

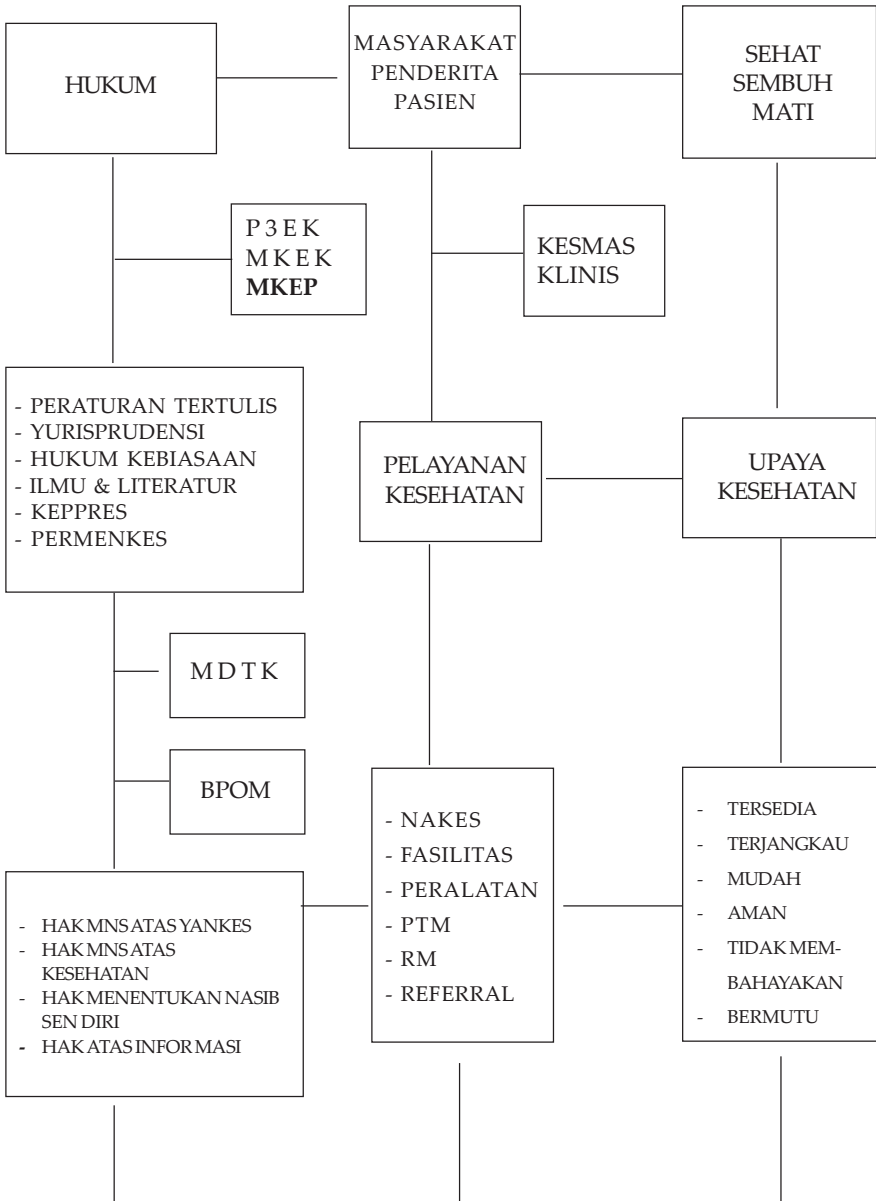
dap pemeliharaan kesehatan dilakukan melalui pendekatan tersebut.

Pendekatan terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi, dalam hukum dilakukan dengan pertama-tama menetapkan fakta untuk kemudian mengadakan suatu usaha ke arah suatu "*yuridise diagnose*". Selanjutnya dicarikan suatu determinasi dari suatu persoalan, yang harus dipecahkan melalui suatu konstruksi hukum dengan mengambil sumbernya dari peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, kebiasaan dan lainnya.

Eksistensi dan penegakan hukum terhadap pelayanan kesehatan baik yang bertujuan untuk pengobatan (kuratif) maupun peningkatan derajat kesehatan (promotif), rehabilitasi (rehabilitatif) atau pencegahan (preventif) dilakukan dengan menetapkan fakta-fakta dalam pemeliharaan kesehatan yang didasarkan atas syarat suatu pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh tenaga kesehatan meliputi tersedia (*available*), aman (*secure*), mudah (*accessible*), terjangkau (*affordable*) dan berkualitas (*quality*).

Berdasar suatu diagnosis yuridis selanjutnya dicarikan suatu determinasi dari suatu persoalan, yang harus dipecahkan melalui suatu konstruksi hukum dengan berdasarkan kepada peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, kebiasaan dan lainnya. Dalam kasus penggunaan Formalin, tersangka S seorang penjual bakso di Bumi Tamalanrea Permai dilepaskan setelah melalui pemeriksaan laboratorium forensik Polri (*science evidence*) tidak terbukti, meski laporan masyarakat bahwa bakso jualannya "dicampur" dengan Formalin (Harian Fajar, Februari 2006). Secara skematis alur pemeliharaan kesehatan dan aspek hukumnya kesehatan sebagai berikut.

**ALUR PEMELIHARAAN KESEHATAN PASIEN DAN ASPEK HUKUMNYA**



Dengan demikian secara substansial ketentuan perundang-undangan kesehatan tersebut dipandang dan dijamin representatif mampu dapat melindungi pengguna pelayanan kesehatan untuk kebutuhan tindakan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan masyarakat.

#### **D. Hukum dan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Law*)**

Secara histories hubungan antara hukum dan kesehatan masyarakat dikemukakan oleh seorang ahli hukum Inggris Edwin Chadwick tahun 1850an ketika pertama kali membuat kebijakan terhadap sanitasi lingkungan. Bersama dengan Hamlin, Chadwick menyatakan "Public health is every where and always contingent".

Selanjutnya di Amerika Serikat pemerintahan kota New York telah membuat peraturan mengenai keharusan adanya laporan mengenai dan monitoring kasus penyakit TBC pada tahun 1890an.

Suatu integritas hukum dan kesehatan masyarakat seyogianya merefleksikan 3 (tiga) prinsip yaitu menetapkan kewajiban (*duty*), kekuasaan (*power*), dan pembatasan (*restrain*). Ketentuan hukum yang mengatur masalah kesehatan sudah semestinya membebaskan kewajiban (*duty*) pada pemerintah untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat. Dalam hukum positif pasal 6 Undang-Undang No. 36 Tahun 1992 tentang Kesehatan ditegaskan tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Penciptaan ketentuan hukum yang demikian itu jelas akan mengkomodir pada perlindungan kesehatan dan keselamatan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Implikasi selanjutnya, menunjukkan komitmen pemerintah untuk menjamin infrastruktur kesehatan masyarakat seperti sistem jaminan sosial nasional, serta lebih memberikan ekspektasi dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Tujuan menghubungkan antara kesehatan dengan hak asasi manusia adalah untuk memberikan kontribusi dalam pemenuhan



kesejahteraan manusia melampaui apa yang dapat dicapai melalui kesehatan terpencil atau pendekatan berbasis hak asasi manusia. Terdapat 3 hal utama keterkaitan kesehatan dengan hak asasi manusia yaitu sebagai berikut;

**1. Dampak dari kebijakan kesehatan, program, dan praktik hak asasi manusia.**

Di seluruh dunia, pemeliharaan kesehatan diupayakan baik oleh pemerintah maupun swasta. Namun, kebijakan dan program kesehatan masyarakat menjadi tanggung jawab negara. Di negara kita dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi upaya kesehatan yang merata dan terjangkau masyarakat. Pemerintah bertanggung jawab pula terhadap ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial, sumber daya di bidang kesehatan, dan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk mencapai, memperoleh, meningkatkan, serta memelihara kesehatan dan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Berkaitan dengan kebijakan kesehatan, program dan pelaksanaan hak asasi manusia terutama pada 3 fungsi utama dari kesehatan masyarakat yaitu:

- a. Mengkaji kebutuhan kesehatan dan permasalahan dari suatu masyarakat. Kegagalan suatu negara karena pengabaian memberikan pelayanan kesehatan yang berdampak pada termarginal dan terstigmanya masyarakat yang bersangkutan merupakan pelanggaran terhadap hak asasi manusia sebagaimana ditegaskan dalam pasal 25 Deklarasi Hak Asasi Manusia 1948.
- b. Mengembangkan kebijakan terhadap isu kesehatan yang diprioritaskan. Ini dimaksudkan tugas kesehatan masya-

rakat adalah mengembangkan kebijakan untuk mencegah mengontrol permasalahan utama bidang kesehatan. Jika suatu pemerintah menolak untuk mengungkapkan dasar ilmiah dari kebijakan kesehatan atau disangsikannya manfaat dari kebijakan kesehatan atau dengan kata singkat menolak menginformasikan dan melibatkan masyarakat dalam pengembangan kebijakan kesehatan sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 19 dan Pasal 21 Deklarasi Hak Asasi Manusia 1948.

- c. Menjamin implementasi program pada tujuan strategis bidang kesehatan (*Assuring programs to implement strategic health goals*). Jaminan kemampuan untuk merealisasikan tujuan kebijakan, merupakan hal yang erat hubungannya dengan hak untuk tidak melakukan diskriminasi.
2. Dampak kesehatan akibat pelanggaran hak asasi manusia. Ini mengusulkan agar semua pelanggaran hak asasi manusia, terutama ketika parah, meluas, dan berkelanjutan, harus diakui dan dinilai. Proses ini melibatkan ahli kesehatan dan metodologis untuk membantu memahami bagaimana kesejahteraan umum dipengaruhi oleh pelanggaran hak asasi manusia.
3. Promosi dan perlindungan hak asasi manusia dengan promosi dan perlindungan kesehatan. Ini didasarkan pada proposisi menyeluruh bahwa promosi dan perlindungan hak asasi manusia dan perlindungan pelayanan kesehatan secara fundamental terkait. Hubungan ini secara intrinsik memiliki implikasi strategis dan konsekuensi praktis berpotensi dramatis untuk bekerja di setiap domain, Ketentuan hukum dan perundang-undangan kesehatan seyogianya memberikan kewenangan kepada pemerintah (*power*) guna mengatur individu dan usaha bisnis untuk keamanan dan kesejahteraan masyarakat seperti dalam masalah udara dan air bersih, keamanan produk, kesehatan dan keselamatan di tempat kerja, serta pengendalian

penyakit menular. Adanya Badan Pengawas Dampak Lingkungan (Bapedal) dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

Last but not least, untuk kepentingan kesehatan masyarakat diberikan kewenangan kepada negara untuk melakukan pembatasan (*restrictions*) hak asasi manusia seperti dalam keadaan darurat, terjadinya kejadian luar biasa (KLB) maupun dalam kondisi terjadinya wabah.

Dalam praktiknya, penerapan hukum (*law enforcement*) untuk kesehatan masyarakat terdapat beberapa permasalahan substansial. **Pertama**, ketentuan hukum ini masih tersebar dalam berbagai peraturan perundang-undangan. Jadi belum terkodifikasi dengan sistematis. Peraturan tentang makanan dan minuman yang memenuhi syarat kesehatan terkait dengan beberapa departemen. Masalah formalin pada makanan dan boraks misalnya diatur dalam Undang-undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 pasal 21, Undang-Undang Pangan No. 7 Tahun 1996 pasal 8, Peraturan Menteri Kesehatan No. 329 Tahun 1976 tentang Produksi dan Peredaran Bahan Makanan, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 722 Tahun 1988 tentang Bahan Tambahan Makanan yang Diizinkan Untuk Makanan, peraturan menteri perdagangan, peraturan menteri perindustrian, serta peraturan menteri kesehatan. Akibatnya ketika timbul persoalan penyalahgunaan formalin, peraturan manakah yang tepat dijadikan rujukan dalam masalah tersebut.

**Kedua**, beberapa peraturan sudah saatnya ditinjau kembali karena tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan dinamika masyarakat. Undang-Undang kesehatan adalah contoh yang paling realistis untuk dikemukakan. Demikian pula dengan Undang-Undang Wabah No. 4 Tahun 1984 sudah saatnya untuk ditinjau kembali berhubung akhir-akhir muncul berbagai sindrom penyakit seperti HIV/AIDS, SARS, SBS maupun Flu Burung (*Avian Flue*). **Ketiga**, beberapa peraturan menyangkut kesehatan masyarakat kurang dapat lagi mengayomi dan memberikan jaminan kepastian

hukum. Dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pasal 292 KUHP hanya menjerat pelaku homoseksual antara orang dewasa dan anak. Selain itu, jika terjadi kasus HIV/AIDS, SBS, flue burung, anthrax, SARS, benarkah undang-undang wabah No. 4 Tahun 1984 dapat diterapkan untuk kasus-kasus ini? Dalam praktik, departemen kesehatan mengintrodusir peraturan dalam bentuk Permenkes yang masih dipertanyakan keabsahannya dari segi hierarki dan tata urutan peraturan perundang-undangan menurut Undang- Undang No. 10 Tahun 2004 jo Tap MPR No. III tahun 2000.

### **E. Hak untuk Sehat dalam Era Globalisasi Hak Asasi Manusia**

Perlindungan kesehatan masyarakat merupakan isu yang sangat luas mulai dari masalah kemiskinan dan kekurangan makanan ke pencapaian dan efektivitas pelayanan kesehatan termasuk perlindungan konsumen sampai transplantasi organ tubuh. Dari pencegahan kecelakaan sampai pada pembiayaan kesehatan, dari pembuangan limbah sampai pada percobaan-percobaan yang menggunakan manusia. Isu masalah sosial dan humanitarian seperti kesejahteraan soaial, anak-anak, perlindungan orangtua, orang cacat dan sakit mental juga bagian dari hak untuk sehat.

Hak untuk sehat sebagai pengejawantahan dari hak atas pemeliharaan kesehatan adalah kewenangan atas jaminan bahwa proses untuk memelihara kesehatan itu ada. Hak atas pemeliharaan kesehatan bukan hak kesehatan. Sebab hak atas kesehatan tidak mungkin terwujud, oleh karena hal itu berada di luar jangkauan manusia. Hak atas pemeliharaan kesehatan memerlukan penanganan yang mantap, karena hal itu merupakan bagian dari hak yang bersangkutan atas dirinya.

Dengan dasar hak atas pemeliharaan kesehatan, maka pada dasarnya setiap orang dapat menggunakan pelayanan kesehatan jika membutuhkannya. Pelayanan kesehatan dalam hal ini tidak hanya membatasai diri pada jasad manusia yang sakit, akan tetapi juga memberikan perhatian sepenuhnya terhadap peningkatan pasien

ke arah pemulihan kesehatannya. Bahkan pelayanan kesehatan melangkah lebih luhur lagi, yakni menjaga, memelihara dan mempertahankan derajat kesehatan masyarakat. Dengan demikian, pendekatan pelayanan kesehatan yang menjadi **communis opinio** saat ini ialah bukan hanya pelayanan fungsi-fungsi tubuh manusia saja, akan tetapi juga fungsi-fungsi psikis, sosial dan segala bentuk keterkaitan kemanusiaan seutuhnya, menjadi sasaran utamanya.

Dalam hubungan ini Purnadi Purbacaraka dan Soerjono Soekanto 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 hak untuk bekerja dengan upah yang memadai, **hak atas pelayanan kesehatan**, hak atas perumahan, hak atas jaminan terhadap risiko keuangan, dalam kecelakaan kerja, pensiun, keadaan sakit, hari tua dan seterusnya.

Dalam Covenant Hak Sosial, Ekonomi, dan Budaya (Economic Social and Cultural Rights) dinyatakan:

*“Every human being has right to an environment with minimum health risk and to have access to health services that can prevent or alleviates their suffering, treat diseases, and helps maintains and promote good health throughout the individual's life”.*

Hak asasi negatif merupakan perangkat hak-hak manusia yang harus dilindungi terhadap segala macam gangguan yang datang dari luar terhadap pribadi dan kelompok dan terhadap pemerintah dan negara. Hak-hak ini melampaui tanggung jawab suatu negara tertentu.

Awal munculnya hak atas pemeliharaan kesehatan dicetuskan oleh WHO pada 1946 sebagai salah satu pernyataan yang menginginkan setiap manusia menikmati derajat kesehatan tertinggi:

*“Health is a state of complete physical, mental, and social well being, not merely the absence of diseases or infirmity”.*

Pemahaman mengenai kesehatan di atas yang kemudian diambil sebagai salah satu hak pemeliharaan kesehatan yang fundamental yang tertuang dalam Declaration of Human Right 1948 article 25:

*“ Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the to security in the even of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyod his control”.*

Secara prinsipiell hubungan antara kesehatan dan hak asasi manusia terdapat pada **pertama**, timbul dari dampak praktis kebijakan dan program kesehatan pada hak asasi manusia (*the impact of health policies, programs, and practices on human rights*). **Kedua**, pelanggaran hak asasi berupa perlakuan kekerasan, penganiayaan yang berdampak pada kesehatan (*health impacts resulting from violations of human rights*). **Ketiga**, promosi dan perlindungan terhadap hak asasi manusia berdampak pada kesehatan, sebaliknya promosi dan perlindungan terhadap kesehatan berdampak advokasi dan perlindungan pada hak asasi manusia (*the promotion and protecting human rights and promotion and protecting health*).

Tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal melalui penentuan dan pelaksanaan kebijakan dan program kesehatan masyarakat. Dalam pasal 9 UU No. 36 Tahun 2009 dinyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk mewujudkan hal ini terdapat 3 fungsi dan peranan sentral pemerintah menyangkut kebijakan dan program kesehatan masyarakat.

**Pertama**, menelaah (*assessing*) kebutuhan kesehatan masyarakat dan permasalahannya. **Kedua**, mengembangkan program yang ditujukan kepada isu utama kesehatan. **Ketiga**, menjamin program guna mengimplementasikan tujuan strategi kesehatan. Dalam kaitan inilah maka dampak dari pelaksanaan kebijakan dan program kesehatan masyarakat kemungkinan terjadi pelanggaran terhadap hak asasi manusia.

Di dalam proses melihat (*assessing process*) suatu kelompok masyarakat misalnya. Ketika pengumpulan data tidak mencakup segenap penduduk yang menjadi populasinya. Ini mengindikasikan bahwa pemerintah telah melakukan diskriminasi. Hal ini jelas bertentangan dengan pasal 25 dari Deklarasi Hak Asasi Manusia tahun 1948 tersebut di atas. Contoh lain dalam kebijakan dan program pencegahan dan penanggulangan AIDS, pelanggaran terhadap hak asasi manusia terutama yang terkait dengan pemberian informasi (*informed consent*).

Pengembangkan program yang terkait dengan pencegahan dan pengendalian masalah utama kesehatan dapat terjadi pelanggaran terhadap hak asasi manusia jikalau pemerintah tidak menyampaikan pijakan ilmiah dari kebijakan kesehatan atau menolak untuk menginformasikan dan tidak melibatkan masyarakat dalam pengembangan program.

Pemerintah menjamin kemampuan aparatnya maupun sumber dayanya dalam memberikan pelayanan guna merealisasikan tujuan dan sasaran program.

## **F. Hak Asasi Manusia dalam Perspektif Hukum Kesehatan Indonesia**

---

Dilihat dari perspektif hukum positif Indonesia, hak-hak asasi manusia telah banyak dijumpai dalam UUD 1945, perundang-undangan dan peraturan lain dalam tata hukum Indonesia. Perlindungan kepada warga negara terhadap tindakan-tindakan yang melanggar hak-hak asasi manusia bahkan tidak berbeda dengan apa yang telah tertuang dan United Nation Deklaration of Human Rights. Hanya saja terdapat perbedaan dalam istilah dan pengertiannya. Dalam UUD 1945 Hatta memakai istilah “hak warga negara” dan bukan “hak asasi manusia” meskipun Hatta sesungguhnya menunjuk pada hak asasi manusia.

Istilah hak warga negara ini secara teoretik memiliki kelemahan, karena ia memberi legalitas pada negara untuk mengatur hak, sekaligus juga mengandaikan bahwa negara adalah sumber hak, dan karenanya berhak mengatur bahkan mencabut hak. Kedua, istilah hak warga negara ini sekaligus mengingkari serta menolak paham yang mengatakan bahwa bahwa “hak asasi manusia adalah hak yang dimiliki oleh manusia karena ia lahir sebagai manusia”, artinya ada atau tidak adanya negara hak asasi manusia itu melekat pada manusia. Pengertian hak-hak asasi manusia Indonesia merupakan totalitas yang tidak terpisahkan antara kewajiban dan hak manusia dengan memperhatikan kepentingan masyarakat, yang berbeda dengan pengertian hak asasi manusia Barat yang bersifat individualistis.

Dalam UUD 1945, baik dalam pembukaan, batang tubuh, serta penjelasannya terdapat beberapa pasal yang merumuskan hak-hak asasi manusia. Alinea keempat dari pembukaan antara lain disebutkan:

*“ .....melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia memajukan kesejahteraan umum .....”*.

Rumusan ini menjadi pertimbangan sosiologis lahirnya Undang-Undang No. 23 tentang Kesehatan menunjukkan adanya pengakuan kesehatan sebagai salah satu kesejahteraan umum yang diwujudkan dalam pembangunan nasional.

Batang tubuh UUD 1945 memuat pasal-pasal yang merupakan jaminan terhadap hak-hak asasi manusia bidang kesehatan yang meliputi:

1. Pasal 27 ayat 2 **“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 pekerjaan yang layak pula memuat hak untuk memperoleh pekerjaan dan kehidupan yang layak bagi kemanusiaan.



2. Pasal 28 H **menyatakan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak asasi manusia.**

Pasal 33 ayat 2 menyatakan kekayaan alam yang merupakan hajat hidup orang banyak dikuasai oleh negara. Pasal ini mengandung prinsip demokrasi ekonomi, yang secara analogi dapat dijadikan pedoman terhadap pelayanan kesehatan pula. Yakni bahwa **seyogianya pelayanan kesehatan secara prinsip merupakan usaha bersama berdasarkan atas asas kekeluargaan.** Secara prinsip 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 prinsipil bahwa pelayanan kesehatan harus bertujuan untuk mencapai sebesar-besarnya bagi kesejahteraan umum.

Penetapan hak asasi manusia mengenai pemeliharaan kesehatan juga termuat Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan:

1. Pasal 24 Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna yankes, standar pelayanan, dan Standar Prosedur Operasional
2. Pasal 27 Tenaga kesehatan berhak mendapat imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
3. Pasal 9 Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
4. Pasal 111 Makanan dan minuman yang dipergunakan untuk masyarakat harus didasarkan pada standar dan/atau persyaratan kesehatan.
5. Pasal 58 Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian

dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Mengenai isu hak-hak kesehatan reproduksi dilihat dari perspektif hukum kesehatan Indonesia, perempuan Indonesia mendapat kedudukan yang tinggi dan sejajar dengan laki-laki dan UUD 1945, bahkan memberi hak kepada perempuan untuk ikut serta dalam usaha pembelaan negara. Di dalam keluarga sebagai unit terkecil yang bertanggung jawab kepada anggotanya, perempuan diberi peranan baik sebagai ibu rumah tangga maupun sekaligus ibu dari anak-anaknya yang dilindungi hukum dari perceraian dan perkawinan kembali kepada suami.

Undang-Undang No. 1 tahun 1974 tentang Perkawinan pasal 31 ayat 1 secara eksplisit menyebutkan: **"Hak dan kedudukan istri adalah seimbang dengan hak dan kedudukan suami dalam kehidupan rumah tangga dan pergaulan hidup bersama dalam masyarakat"**.

Untuk melindungi kesehatan masyarakat dari tindakan yang dapat menurunkan moral bangsa Indonesia melalui **Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera (UUPKPKS)** Dengan UUPKPKS perbuatan untuk mempertunjukkan dan atau memperagakan alat, obat, dan cara pengaturan kehamilan, tetap diperbolehkan namun hanya terbatas pada pelaksanaan keluarga berencana pasal 21.

Di samping itu sistem yang dipakai dalam menentukan cara-cara mencegah kehamilan ialah dengan sistem kafetaria, yaitu diserahkan sepenuhnya kepada pasangan suami istri yang bersangkutan. Walaupun demikian dalam praktik mungkin saja para petugas KB mengarahkan pemakaian ke salah satu cara. Pertolongan kehamilan hanya dapat dilakukan oleh tenaga yang berwenang di bidang penyelenggaraan KB serta dilaksanakan di tempat dan dengan cara yang layak".

Setiap anak yang lahir menurut **Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 Perlindungan Anak** berhak memperoleh pelayanan

kesehatan dan jaminan social sesuai dengan kebutuhan fisik, mental dan social. Perolehan pelayanan kesehatan merupakan sesuatu “ hak mutlak” karena masalah ini merupakan akses jaminan hak asasi manusia (*the right to health*) sebagaimana dicantumkan dalam pasal 28 UUD 1945.

Keterbatasan pendapatan keluarga bukan menjadi hambatan dalam merealisasikan akses pelayanan kesehatan ini. **Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional** mencantumkan dengan tegas kewajiban pemerintah sebagai pembayar premi bagi golongan yang kurang mampu. Bahkan dalam Undang-Undang Kesejahteraan Anak No. 9 tahun 1979 ditegaskan bahwa dalam keadaan yang sangat membahayakan dan mengancam jiwa maka anaklah yang pertama-tama mendapatkan pertolongan.

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa kewajiban untuk melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal telah menjadi isu global.

Hak untuk sehat dan mencapai derajat kesehatan yang optima adalah salah satu hak asasi manusia yang fundamental (*health is fundamental right*) dan telah dituangkan ke dalam berbagai peraturan internasional maupun nasional.

Indonesia telah mengakui, terikat, bahkan telah banyak melaksanakan hak asasi manusia. Keterikatan Indonesia pada hak asasi manusia dapat ditunjukkan dengan banyak kovenan yang telah ditanda tangani dan bahkan Indonesia telah menjadi anggota KHAM. Pengakuan ini dapat dibuktikan dengan dicantumkannya pasal-pasal yang berkaitan dengan hak asasi manusia bidang kesehatan mulai dari UUD 1945 sampai ke berbagai peraturan organik lainnya.

Ini berarti bahwa kesehatan masyarakat cukup mendapat jaminan dan perlindungan melalui perumusan HAM dalam Hukum Internasional dan rumusan HAM dalam hukum positif Indonesia sesuai dengan falsafah dan pandangan hidup bangsa Indonesia. ♦

# Malpraktik dalam Pelayanan Kesehatan

## A. Pendahuluan

---

**Akhir-akhir** ini masalah malpraktik dalam pelayanan kesehatan tampaknya semakin marak dibicarakan masyarakat luas khususnya melalui mass media. Meskipun banyak kalangan yang berbicara tentang malpraktik dalam dunia pelayanan kesehatan, tetapi pengertian malpraktik masih belum jelas. Perbedaan pandangan antara profesi kesehatan dengan pasien dan atau keluarganya cukup merisaukan masyarakat. Tetapi tentunya tidak tepat dan tidak adil jika terhadap setiap terjadinya korban pada pasien lalu serta merta dicap telah diakibatkan oleh malpraktik dokter dan atau perawat.

Pada saat ini di mana kesadaran hukum masyarakat semakin meningkat di mana masyarakat akan lebih menyadari akan haknya, dan di sisi lain tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat 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 kesehatan bekerja secara profesional, dan bila terjadi

pelanggaran akan berdampak pada kemungkinan diperhadapkan pada tuntutan etik, pidana atau gugatan ganti rugi.

Lalu, bagaimana jika pasien selama pengobatan tidak patuh pada perintah dokter, dan atau perawat apakah majelis hakim pada pengadilan ikut mempertimbangkan adanya risiko yang melekat pada setiap pengobatan. Pada akhirnya setiap kasus yang muncul akan muncul pula sejumlah pertanyaan yang bermuara pada adanya perbedaan persepsi malpraktik oleh kalangan medis dan hukum.

Dalam pelayanan Kesehatan selain dokter, perawat termasuk sebagai “pelaku utama” nya. *Pertama*, dokter bukanlah satu-satunya tenaga kesehatan yang menjalankan praktik dalam pelayanan kesehatan. Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan tenaga keperawatan dalam hal ini perawat dan bidan sebagai salah satu jenis dari 7 (tujuh) jenis tenaga Kesehatan di samping tenaga medik yakni dokter dan dokter gigi.

*Kedua*, dokter dalam menjalankan praktik kedokteran tidak akan dapat melaksanakannya sendiri apalagi memberikan pelayanan kesehatan bermutu tanpa bantuan tenaga kesehatan lainnya khususnya perawat. Baik dalam Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun PP No. 32 Tahun 1996 dalam penjelasannya disebutkan dengan tegas bahwa dokter dan perawat merupakan tenaga Kesehatan yang paling banyak bersentuhan dengan perawat. Perawat yang berada di rumah sakit selama 24 jam diharuskan merawat pasiennya selama dokter itu tidak bertugas.

*Ketiga*, PP No. 32 Tahun 1996 telah menetapkan batas kewenangan antara dokter dan perawat, tetapi perawat meskipun secara tidak langsung dapat melakukan pengobatan kecuali sebelumnya mendapat izin tertulis dari dokter dan dalam keadaan kegawatan medik (*emergency case*) sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan yang digantikan oleh Keputusan Menteri Kesehatan No 148 Tahun 2010 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan Jo Peraturan Menteri Kesehatan No. 17 Tahun 2013 tentang Perubahan

Peraturan Menteri Kesehatan No. 148 Tahun 2010 tentang izin Penyelenggaraan Praktik Perawat.

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 73 ayat (2) dan (3) menyebutkan 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) menegaskan bahwa Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang diberi kewenangan peraturan perundang-undangan. Penjelasan Pasal 73 ayat (3) UU No 29/2004 Tenaga kesehatan dimaksud antara lain **bidan dan perawat** yang diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dengan kata lain bahwa peranan perawat tidak hanya melakukan tindakan keperawatan saja, tetapi juga melakukan beberapa tindakan medis sebagai *extended role*. Namun, tindakan medis yang dilakukan oleh perawat didasarkan atas delegasi yang diberikan oleh dokter, karena kewenangan tindakan medis ada pada dokter. Penegakan diagnosis, pemberian atau penentuan terapi serta penentuan indikasi medis, harus diputuskan oleh dokter sendiri. Harus ada bimbingan atau pengawasan medik pada pelaksanaannya. Pengawasan itu tergantung pada tindakan yang dilakukan.

Batasan malpraktik yang demikian menetapkan terjadinya malpraktik bila, *pertama*, atas dasar suatu tindakan atau tanpa melakukan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan. *Kedua*, suatu malpraktik dapat terjadi jika tindakan atau tanpa tindakan itu menyimpang dari suatu standar pelayanan medis. *Ketiga*, dari sudut pasien malpraktik dapat terjadi dalam penentuan diagnosis, pemberian terapi dan perawatan. Bahkan, sesudah terjadi pengobatan dan perawatan, tentu saja dalam batas waktu yang telah ditentukan.

Penetapan untuk terjadinya suatu malpraktik dalam pelayanan kesehatan membutuhkan suatu standar pelayanan medik yang

menjadi pedoman dokter dan standar asuhan keperawatan bagi perawat dalam menjalankan tugas profesinya. Tanpa merujuk kepada standar pelayanan akan menyulitkan pembuktian tentang terjadinya malpraktik. Dalam melaksanakan praktik kedokteran harus dilakukan sesuai dengan Standar Pelayanan, Standar Profesi, dan Standar Operasional Prosedur Standar pelayanan medik mencakup standar masukan (*Standard of Input*), diperlukan guna menilai kualifikasi dokter sebagai tenaga pelaksana (*man power*) yang menangani pasien dengan berdasar pada prinsip kemampuan rata-rata (*average*) dokter dalam arti jika seorang pasien ditangani oleh dokter umum misalnya, maka siapa pun dokter asal ia dokter umum, akan melakukan tindakan yang sama.

Di samping itu, standar ini juga berfokus pada ketersediaan dan kesiapan fasilitas (*facilities*). yang digunakan dalam penanganan pasien. Dengan demikian kejadian fatal yang menimpa seorang pasien dari suatu tindakan operasi yang berasal dari pemadaman listrik secara tiba-tiba misalnya, sudah tentu hal ini tidak dapat dikategorikan kecelakaan medik (*medical accident*), jika rumah sakit yang bersangkutan tidak memiliki dan mempersiapkan suatu generator tenaga listrik sebelum operasi dimulai. Sedangkan layak tidaknya suatu tindakan medik terhadap pasien harus merujuk kepada standar tindakan (*standard of conduct*). Sementara itu, standar penampilan minimal (*minimum performance*) guna memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien yang dapat menimbulkan rasa puas pasien tersebut (*patient satisfaction*).

## **B. Pengertian Malpraktik**

---

Secara etimologis malpraktik bermakna tindakan atau praktik yang buruk dari seseorang yang memegang suatu profesi. Karena itu, pada dasarnya tiap profesi dapat terjadi malpraktik, tidak hanya pada profesi kedokteran saja. Literatur memberikan batasan malpraktik medik sebagai setiap kesalahan profesional yang dilakukan oleh

dokter pada waktu melakukan pekerjaannya, tidak memeriksa, tidak menilai, tidak berbuat atau meninggalkan hal-hal yang akan diperiksa, dinilai, diperbuat atau dilakukan oleh para dokter pada umumnya, di dalam situasi dan kondisi yang sama.

Malpraktik yang merupakan bentuk pelanggaran terhadap kaidah-kaidah profesi, di masa yang akan datang merupakan masalah yang cukup menarik untuk didiskusikan. Apalagi khususnya yang terkait dengan malpraktik bidang pelayanan kesehatan, yang selama ini kurang mendapat perhatian misalnya untuk menangani masalah yang terkait dengan pelanggaran etika dan hukum bidang pelayanan kesehatan.

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 similiarly 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/pekerjaannya. Terhadap malpraktik dalam keperawatan, maka malpraktik adalah suatu batasan yang digunakan untuk menggambarkan kelalaian perawat dalam melakukan kewajibannya.

Ada dua istilah yang sering dibicarakan secara bersamaan dalam kaitan malpraktik yaitu kelalaian dan malpraktik itu sendiri. Kelalaian adalah melakukan sesuatu di bawah standar yang ditetapkan oleh aturan/hukum guna melindungi orang lain yang bertentangan dengan tindakan-tindakan yang tidak beralasan dan berisiko me-



lakukan kesalahan (Keeton, 1984 dalam Leahy dan Kizilay, 1998).

Menurut Hanafiah dan Amir (1999) mengatakan bahwa 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) mengatakan 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 diartikan 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.

Malpraktik tidaklah sama dengan kelalaian. Malpraktik sangat 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 perawat dalam melakukan kewajibannya sebagai tenaga keperawatan. Kelalaian memang termasuk dalam arti malpraktik, tetapi di dalam malpraktik tidak selalu harus ada unsur kelalaian.

Malpraktik lebih luas daripada *negligence*. Karena selain mencakup arti kelalaian, istilah malpraktik pun mencakup tindakan-tindakan yang dilakukan dengan sengaja (*criminal malpractice*) dan melanggar Undang-undang. Didalam arti kesengajaan tersirat ada motifnya (*guilty mind*) sehingga tuntutananya 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. Tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan atau melalaikan kewajibannya (*negligence*). Melanggar suatu ketentuan menurut atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Untuk malpraktik dalam pelayanan kesehatan dibagi dalam 3 kategori sesuai bidang yang dilanggar, yakni *Ethical Malpractice*, *Criminal malpractice*, *Civil malpractice* dan *Administrative malpractice*.

## 1. Malpraktik Etik (*Ethical Malpractice*)

Etika profesi merupakan sekelompok prinsip-prinsip etika yang dirumuskan oleh kelompok-kelompok profesi itu sendiri khususnya dalam fungsi sebagai pedoman, penuntun dalam berperilaku. Etika profesi menjadi landasan bagi profesi yang bersangkutan dalam menjalankan tugas profesinya. Karena itu, sebagai suatu profesi maka adanya etika profesi mutlak dipersyaratkan. Etika profesi ini dituangkan ke dalam suatu Kode Etik profesi.

Kode etik suatu profesi adalah berupa norma-norma yang harus dipatuhi oleh setiap anggota profesi yang bersangkutan dalam melaksanakan tugas profesinya dan dalam hidupnya di masyarakat.

Perbuatan anggota profesi yang melanggar kode etik tersebut ditertibkan atau dihukum atau dikeluarkan dari profesi itu oleh para anggota profesi itu sendiri, biasanya oleh suatu dewan atau majelis yang dipilih atau ditunjuk khusus untuk itu oleh dan dari anggota profesi tersebut. Dengan kata lain yang wajib menjatuhkan sanksi terhadap mereka yang melanggar adalah kelompok profesi itu sendiri, meskipun banyak yang beranggapan bahwa seharusnya pemerintahlah yang menghukum pelanggar itu. Pelanggaran etik dalam pelayanan kesehatan dapat dilihat dari 2 aspek yaitu :

**a. Pelanggaran Etik Murni**

Pelanggaran ini termasuk di antaranya:

- a. Menarik imbalan jasa yang tidak wajar dari pasien atau imbalan jasa dari sejawat dan keluarganya.
- b. Mengambil alih pasien tanpa persetujuan sejawat
- c. Memuji diri sendiri di depan pasien, keluarga atau masyarakat.
- d. Pelayanan kedokteran yang diskriminatif
- e. Kolusi dengan perusahaan farmasi atau apotik.
- f. Tidak mengikuti pendidikan kedokteran berkesinambungan
- g. Dokter mengabaikan kesehatannya sendiri.

**b. Pelanggaran Etikolegal TIKOLEGAL**

Perbuatan tenaga kesehatan dapat tergolong dalam pelanggaran etikolegal jika:

- a. Pelayanan kedokteran di bawah standar.
- b. Memberikan surat keterangan palsu.
- c. Melakukan tindakan medik yang bertentangan dengan hukum.
- d. Melakukan tindakan medik tanpa indikasi.
- e. Pelecehan seksual.
- f. Membocorkan rahasia pasien.

## 2. 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. Pertanggung jawaban didepan hukum pada *criminal malpractice* adalah bersifat individual/personal dan oleh sebab itu tidak dapat dialihkan kepada orang lain atau kepada rumah sakit/sarana kesehatan.

## 3. 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 di-

lakukan 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 KUH Perdata 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 KUH Perdata yaitu “Penyebab luka atau cacat anggota badan atau kurang hati-hati”. Pertanggungjawaban *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.

#### 4. Malpraktik Hukum Administrasi Negara (*Administrative Malpractice*)

Tenaga perawatan dikatakan telah melakukan *administrative malpractice* manakala tenaga perawatan tersebut telah melanggar hukum administrasi. Ketentuan di bidang kesehatan, misalnya tentang persyaratan bagi tenaga perawatan untuk menjalankan profesinya (Surat Ijin Kerja, Surat Izin Praktik), batas kewenangan serta kewajiban tenaga perawatan. 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

Mencermati banyaknya kasus dugaan malpraktik dalam pelayanan kesehatan maka sudah saatnya penanganan dan penyelesaian perkara malpraktik pelayanan kesehatan memerlukan peningkatan pengetahuan, keahlian dan pengalaman aparat hukum. Meskipun terdapat kesulitan dalam untuk menilai dan membuktikan apakah suatu tindakan itu termasuk kategori malpraktik atau tidak, secara teoretis dapat diajukan beberapa kriteria.

**Pertama**, apakah tindakan itu merupakan kewajiban dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya (*duty of due care*). Hal ini berkaitan erat dengan penerapan standar pelayanan medik, standar asuhan keperawatan dan penataan persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*) misalnya. Pada saat terjadinya cedera, terkait dengan kewajibannya yaitu kewajiban untuk mempergunakan segala ilmu dan kepandaiannya untuk menyembuhkan atau setidaknya meringankan beban penderitaan pasiennya berdasarkan standar profesi. Hubungan dokter pasien atau perawat-klien menunjukkan bahwa melakukan kewajiban berdasarkan standar pelayanan.

**Kedua**, apakah tindakan itu merupakan pelanggaran terhadap kewajiban tadi (*dereliction of duty*). Apa benar tindakan yang diberikan menyimpang dari standar pelayanan medik (*breach of standard of care*). 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 medik atau standar asuhan keperawatan yang ditetapkan sebagai kebijakan rumah sakit.

**Ketiga**, tindakan yang diberikan mendatangkan kerugian (*damages*). Memang hal ini harus dibuktikan bahwa kelalaian dokter merupakan penyebab cedera sehingga pasien dan atau keluarganya berhak atas ganti rugi dari segala biaya yang telah dikeluarkan selama pengobatan dan perawatan. Seseorang mengalami injury atau kerusakan (*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).

**Terakhir**, kelalaian merupakan penyebab langsung (*direct causation*) dari timbulnya kerugian. Terjadinya suatu malpraktik, secara yuridis formal ini akan melahirkan tuntutan ganti rugi hukum dari pasien dan atau keluarganya terhadap dokter atau tuntutan hukum pidana pelanggaran terhadap kewajibannya terkait dengan *injury* yang dialami (misalnya cedera yang terjadi secara langsung berhubungan dengan pelanggaran terhadap kewajiban perawat terhadap pasien).

### **C. Tanggung Jawab Perdata Dokter**

---

**Tindakan** hukum dalam bidang pelayanan kesehatan dari segi hukum perdata merupakan pelaksanaan suatu perikatan antara tenaga kesehatan atau dokter perawat pada khususnya dengan pasien. Secara hukum, hubungan tersebut didasarkan pada suatu perjanjian ikhtiar/usaha (*inspanning verbintennis*) dan bukan suatu perjanjian hasil (*resultaatverbintennis*) (Veronica Komalawati, 1999: 85). Sebagai suatu perjanjian usaha maka dokter tidak menjanjikan kepastian kesembuhan pasien, akan tetapi berusaha semaksimal mungkin, berdasarkan kemampuan ilmu, pengetahuan, dan teknologi kesehatan untuk menyembuhkan pasien.

Prinsip yang dianut dalam hukum perdata adalah bahwa tiap perbuatan yang merupakan pelanggaran terhadap perjanjian (wanprestasi) dan perbuatan melanggar hukum, yang membawa

kerugian kepada orang lain, akan melahirkan tuntutan hukum baik oleh pasien maupun keluarganya dimaksudkan untuk memperoleh ganti rugi (*compensation*) bagi tindakan yang maupun untuk mencegah tindakan-tindakan yang dapat merugikan. Dasar hukum tuntutan ganti rugi pasien dan atau keluarganya terhadap pemberi pelayanan kesehatan adalah pada transaksi terapeutik dan perbuatan melanggar hukum.

Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam Pasal 58 dengan tegas menyatakan “Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan atau pen yelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya “memberikan dasar hukum bagi penuntutan ganti rugi menurut apa yang diatur dalam 1234 KUH Perdata, pasal 1365 KHU Perdata. Pasal 1234 KUH Perdata merupakan ketentuan umum yang memberi dasar hukum bagi permintaan ganti rugi yang diakibatkan karena wanprestasi. Tidak dipenuhinya prestasi karena kurang hati-hati dan cermat dalam mengupayakan kesembuhan. Pasal 1365 KUH Perdata yang merupakan ketentuan umum yang memberikan dasar hukum bagi penggantian kerugian karena perbuatan melanggar hukum.

Akan tetapi, dalam perkembangan selanjutnya, gugatan terhadap pemberi pelayanan kesehatan atas dasar wanprestasi semakin berkurang, hal ini disebabkan karena sangat sulit untuk membuktikan adanya penyimpangan dalam perjanjian. Dengan demikian gugatan lebih banyak didasarkan pada perbuatan melanggar hukum.

Jadi seorang pasien dapat menggugat pemberi pelayanan kesehatan oleh mereka telah melakukan perbuatan melanggar hukum seperti yang terurai dalam pasal 1365 KUH Perdata yang menyebutkan bahwa **“Tiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut”**.



Pemberi pelayanan kesehatan selain dapat dituntut atas dasar wanprestasi dan perbuatan melanggar hukum, dapat pula dituntut atas dasar lalai, sehingga menimbulkan kerugian. Gugatan atas dasar kelalaian ini diatur dalam pasal 1366 KUH Perdata yang berbunyi **“Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatinya”**.

#### **D. Tanggung Jawab Pidana Dokter**

---

Dari segi hukum pidana tanggung jawab dokter timbul jika perbuatan dokter dianggap melanggar atau bertentangan dengan hukum pidana yang berlaku sehingga membahayakan baik ketenteraman dan ketertiban masyarakat maupun individu. Tanggung jawab dokter dalam segi hukum pidana ini tidak terlepas dari penerapan asas legalitas sebagaimana yang disebutkan dalam Pasal 1 KUHP yang berbunyi: Tidak ada sesuatu perbuatan yang boleh dihukum melainkan atas kekuatan ketentuan hukum pidana yang ada terlebih dahulu dari perbuatan itu. Tanggung jawab pidana dokter ini terkait dengan asas praduga tidak bersalah dalam Pasal 6 ayat 2 Undang-Undang No. 4 tahun 2004 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kehakiman yang berbunyi :

**“Tidak seorang pun dapat dijatuhi pidana kecuali apabila pengadilan karena alat pembuktian yang sah menurut undang-undang mendapatkan keyakinan hakim bahwa seseorang yang dianggap dapat bertanggung jawab telah bersalah atas perbuatan yang dituduhkan atas dirinya”**.

Selanjutnya untuk adanya suatu delik harus memenuhi dua unsur yaitu:

1. Unsur segi perbuatan meliputi perbuatan yang dituduhkan mencocoki rumusan undang-undang, perbuatan melawan hukum, dan tidak ada alasan pembenar.

2. Unsur segi pelaku meliputi pelaku mampu mempertanggungjawabkan perbuatan yang dituduhkan, adanya kesalahan, serta tidak ada alasan pemaaf.

Adapun alasan pembenar adalah alasan yang meniadakan sifat melawan hukum dari perbuatan, tetapi pelaku tetap mempunyai kesalahan seperti:

1. Menjalankan perintah undang-undang (Pasal 50 KUHP) misalnya melaporkan kasus AIDS kepada yang berwenang.
2. Menjalankan perintah jabatan yang sah (Pasal 51 ayat 1 KUHP). Dalam rangka pendidikan mahasiswa dosen perlu menceritakan segala sesuatu tentang penyakit seseorang.
3. Risiko pengobatan meliputi:
  - a. Risiko yang melekat misalnya rambut rontok akibat kemoterapi dengan sitostatika.
  - b. Reaksi hipersensitivitas (reaksi alergi) yaitu respons imun tubuh yang berlebihan terhadap masuknya obat atau barang asing.
  - c. Komplikasi yang terjadi tiba-tiba yang tidak bisa diduga sebelumnya.
4. Kelalaian (*contributory negligence*).
5. *Volenti non fit iniura* (*Assumption of risk*) pasien yang menghendaki pulang paksa.

Sedangkan alasan pemaaf yaitu alasan yang menghapuskan kesalahan pelaku, di mana perbuatan yang dilakukan tetap bersifat melawan hukum seperti:

1. Daya paksa (Pasal 48 KUHP) misalnya pembuatan surat keterangan medis palsu di bawah ancaman (Pasal 267 KUHP).
2. Kekeliruan dalam penilaian medik (*error in judgement*) yaitu suatu kekeliruan yang dilakukan oleh seorang yang profesional dalam mempertimbangkan suatu hal bukanlah suatu kelalaian.
3. Kecelakaan medik (*medical accident*) jika terjadi suatu operasi yang sangat sulit kemungkinan terjadinya kecelakaan yang ber-

akibat fatal apabila dokternya sudah bertindak secara hati-hati tidak dipersalahkan.

Dalam praktik, sebenarnya akibat yang tidak diinginkan dari suatu hubungan dokter pasien bisa pula terjadi bukan kehendak dokter yaitu:

- a. Pasien yang tidak secara jujur mengungkapkan apa yang dirasakan atau apa yang ditanyakan oleh dokter.
- b. Pasien tidak menaati nasihat dokter
- c. Keadaan penyakit sudah lanjut terlambat diobati secara dini.
- d. Reaksi hipersensitivitas yang tidak dapat diperhitungkan terlebih dahulu.
- e. Keadaan di dalam tubuh pasien yang tidak diketahui dokter sebelumnya.

Dari segi hukum pidana tanggung jawab dokter berkaitan dengan ketentuan:

- a. Kewajiban memberikan pertolongan (Pasal 304 KUHP).
- b. Kelalaian mengakibatkan matinya orang lain (Pasal 359 KUHP).
- c. Tindakan yang menyebabkan luka berat (Pasal 360 KUHP).
- d. Jika tindakan dilakukan oleh tenaga kesehatan (Pasal 361 KUHP).
- e. Keadaan darurat berkaitan dengan keselamatan jiwa (Pasal 531 KUHP).

Dalam pada itu, perlu diperhatikan bahwa terhadap tuntutan hukum malpraktik yang diajukan oleh pasien dan atau keluarganya, pihak dokter maupun perawat secara yuridis formal dapat mengemukakan beberapa alasan, seperti adanya risiko yang melekat pada pengobatan, reaksi alergi, komplikasi dalam tubuh pasien, pasien sendiri ikut berperan atas terjadinya kelalaian (*contributory negligence*), akibat yang timbul sebagai konsekuensi yang harus ditanggung pasien sendiri (*volenti non fit injuria*), pasien ditolong

dalam keadaan darurat (*emergency case*), kecelakaan medik (*medical accident*), kekeliruan penilaian medik (*error in judgement*).

## E. Malpraktik Keperawatan

---

Banyak kemungkinan yang dapat memicu perawat melakukan kelalaian atau malpraktik. Perawat dan masyarakat pada umumnya tidak dapat membedakan antara kelalaian dan malpraktik. Walaupun secara nyata jelas perbedaannya sebagaimana telah diuraikan terdahulu. Malpraktik lebih spesifik dan terkait dengan status profesional seseorang misalnya perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Menurut Vestal, K.W. (1995) mengatakan bahwa untuk mengatakan secara pasti malpraktik, apabila penggugat dapat menunjukkan di bawah ini:

Caffee (1991) dalam Vestal, K.W. (1995) mengidentifikasi 3 area di mana perawat berisiko melakukan kesalahan yaitu Pada tahap pengkajian keperawatan (*assessment errors*), Perencanaan keperawatan (*planning errors*), dan tindakan intervensi keperawatan (*intervention errors*). Untuk lebih jelasnya dapat diuraikan sebagai berikut:

1. *Assessment errors*, termasuk kegagalan mengumpulkan data/informasi tentang pasien secara adekuat, atau kegagalan mengidentifikasi informasi yang diperlukan seperti data hasil pemeriksaan laboratorium, tanda-tanda vital, atau keluhan pasien yang membutuhkan tindakan segera. Kegagalan dalam pengumpulan data akan berdampak pada ketidaktepatan menetapkan diagnosis keperawatan dan lebih lanjut akan mengakibatkan dalam kesalahan/ketidaktepatan dalam tindakan. Untuk menghindari kesalahan ini, perawat seharusnya dapat mengumpulkan data dasar secara komprehensif dan mendasar.
2. *Planning errors*, termasuk: Kegagalan mencatat masalah pasien dan kelalaian menuliskan dalam rencana keperawatan. Kegagalan mengomunikasikan secara efektif rencana keperawatan

yang telah dibuat (misalnya menggunakan bahasa dalam rencana keperawatan di mana perawat yang lain tidak memahami dengan pasti). Kegagalan memberikan asuhan keperawatan secara berkelanjutan yang disebabkan kurangnya informasi yang diperoleh dari rencana keperawatan. Kegagalan memberikan instruksi yang dapat dimengerti oleh pasien. Untuk mencegah kesalahan tersebut di atas, jangan hanya mengira-ngira dalam membuat rencana keperawatan tanpa dipertimbangkan dengan sebaik-baiknya. Seharusnya dalam penulisan harus dengan pertimbangan yang jelas dengan berdasarkan masalah pasien. Bila dianggap perlu, lakukan modifikasi rencana berdasarkan data baru yang terkumpul. Rencana harus realistik, berdasarkan standar yang telah ditetapkan termasuk pertimbangan yang diberikan oleh pasien. Komunikasikan secara jelas baik secara lisan maupun dengan tulisan bekerja berdasarkan rencana dan dilakukan secara hati-hati instruksi yang ada. Setiap pendapatnya perlu divalidasi dengan teliti.

- b. *Intervention errors*, termasuk kegagalan menginterpretasikan dan melaksanakan tindakan kolaborasi, kegagalan melakukan asuhan keperawatan secara hati-hati, kegagalan mengikuti/mencatat order/perintah dari dokter atau dari supervisor. Kesalahan pada tindakan keperawatan yang sering terjadi adalah kesalahan dalam membaca perintah/order, mengidentifikasi pasien sebelum dilakukan tindakan/prosedur, memberikan obat, dan terapi pembatasan (*restrictive therapy*). Dari seluruh kegiatan ini yang paling berbahaya tampaknya pada tindakan pemberian obat, oleh karena itu perlunya komunikasi baik di antara anggota tim kesehatan maupun terhadap pasien dan keluarganya. Untuk menghindari kesalahan ini, sebaiknya rumah sakit tetap melaksanakan program pendidikan berkelanjutan (*Continuing Nursing Education*).

## F. Penanggulangan Malpraktik

---

1. Upaya pencegahan malpraktik dalam pelayanan kesehatan:
  - a. Tidak menjanjikan atau memberi jaminan akan keberhasilan tindakan karena perjanjian berbentuk daya upaya (*inspaning verbintenis*) bukan perjanjian akan berhasil (*resultaat verbintenis*).
  - b. Sebelum melakukan intervensi agar selalu dilakukan *informed consent*.
  - c. Mencatat semua tindakan yang dilakukan dalam rekam medis.
  - d. Apabila terjadi keragu-raguan, konsultasikan kepada teman sejawat perawat atau dokter.
  - e. Memperlakukan pasien secara manusiawi dengan memperhatikan segala kebutuhannya.
  - f. Menjalin komunikasi yang baik dengan pasien, keluarga dan masyarakat sekitarnya.
2. Upaya menghadapi tuntutan hukum di pengadilan maka tenaga kesehatan dapat mengajukan bukti guna menangkal dakwaan dalam perkara pidana atau menangkal tuntutan ganti rugi dalam perkara perdata dengan mengajukan alasan pembenar maupun alasan pemaaf yang berdasarkan pada asas-asas maupun doktrin dalam hukum kesehatan seperti risiko pengobatan (*risk of treatment*) atau mengajukan alasan tidak mempunyai sikap batin (*men rea*) sebagaimana disyaratkan dalam perumusan delik yang dituduhkan. Dapat pula dilakukan upaya pembelaan dengan mengajukan alasan menyangkal tuntutan dengan cara menolak unsur-unsur pertanggungjawaban atau melakukan pembelaan untuk membebaskan diri dari pertanggungjawaban, dengan mengajukan bukti bahwa yang dilakukan adalah pengaruh kegawatdaruratan. ♦

## 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.
- Adji, O. S. 1991. *Etika Profesional dan Hukum Pertanggungjawaban Pidana Dokter*. Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Ali, A. 1999a. *Pengadilan dan Masyarakat*. Hasanuddin University Press, Makassar.
- — —, 1999b. *Sistem Hukum*. Saduran, FH Universitas Hasanuddin Makassar.

## Daftar Pustaka

- Ameln, F. 1991. *Kapita Selekta Hukum Kedokteran*. Grafikatama Jaya, Jakarta.
- Amri, A. 1997. *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*. Widya Medika, Jakarta.
- Azhary Rangkuti,. Hak Asasi Manusia Dalam UUD 1945, *Majalah Hukum dan Pembangunan*, No. 5, Tahun XXIV, Oktober 1994, FH-UI, Jakarta.
- Azwar, A. 1996a. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara, Jakarta.
- — —, 1996b. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Bahar, Safaroedin. 1996. *Hak Asasi Manusia, Analisis Komnas HAM dan Jajaran Hankam ABRI*, Pustaka Sinar harapan, Jakarta.
- Byrne, P. 1990. *Medicine, Medical Ethics and the Value of Life*. John Willey & Sons, New York, Brisbane, Toronto, Singapore.
- Cassese, Antonio 1994. *Hak Asasi Manusia Di Dunia Yang Berubah*, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Coughlin, S.S. dan Beauchamp, T.L. 1996. *Ethics and Epidemiology*. Oxford University Press, New York.
- Djamali, R. A dan Tedjapermana, L. 1988. *Tanggung jawab Hukum Seorang Dokter dalam Menangani Pasien*. Abardin.
- Djumhana, M. 1994. *Hukum Ekonomi Sosial Indonesia*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- — —, 1998. *Hukum Dalam Perkembangan Bioteknologi*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Fletcher, N. et al, 1995. *Ethics, Law and Nursing*. Manchester University Press, Manchester and New York.



- Friedman, Laurence . M. 1975. *The Legal System. A Social Science Perspective* Russel Sage Foundation. New York.
- Gaffar, La Ode Jumadi, 1999. Pengantar Keperawatan Profesional, Penerbit Buku Kedokteran, EGC. Jakarta.
- Goodman. Richard. A. 2007. *Law In Public Health. Practice.* Oxford University Press.
- Gostin, Lawrence O. 2002. *Public Health Law and Ethics*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London
- Grad, F.P. 1990. *The Public Health Law.* American Public Health Association, Washington.
- Guwandi, J. 1991. *Etika dan Hukum Kedokteran. Kelalaian Medik.* FKUI, Jakarta.
- — —, 1993. *Tindakan Medik dan Tanggung Jawab Produk Medik* FKUI, Jakarta.
- — —, 1994b. *Persetujuan Tindakan Medik.* FKUI.
- — —, Tanpa tahun, *Dokter dan Hukum.* Monella, Jakarta.
- Hadiwardoyo, A.P. 1989. *Etika Medis.* Pustaka Filsafat, Kanisius, Yogyakarta.
- Hanafiah, M.Y dan Amir, A. 1999. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan.* Penerbit Buku Kedokteran ECG, Jakarta.
- HS, Salim .1993. *Bayi Tabung, Tinjauan Aspek Hukum.* Sinar Grafika, Jakarta.
- Indar. 2008. *Etika dan Hukum Kesehatan,* Lembaga Penerbitan Universitas Hasanuddin, Makassar.
- — —, 2007. *Aspek Hukum Pengendalian Pencemaran Air,* Jurnal Clavia, Fakultas Hukum Univ. 45 Makassar.
- — —, 2006. *Perlindungan Hukum Perawat Kamar Bedah Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit,* Jurnal Ilmiah Prospek, September 2006, Kopertis Wil IX, Makassar.

## Daftar Pustaka

- — —, dkk. 2006. *Kelengkapan dan Legalitas Berkas Rekam Medik Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Haji, Makassar*, Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, FKM Unhas, Makassar.
- — —, 2005. *Menyoal Tuntutan Hukum Malpraktik Medik dan Tanggung Jawab Hukum Dokter Dalam Pelayanan Kesehatan*, Makalah Pada Simposium Etika dan Hukum Kesehatan Kabupaten Pinrang.
- — —, 2005. *Perlindungan Konsumen dan Implementasinya Dalam Pelayanan Kesehatan*, Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (The Indonesian Journal of Public Health), Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas, Desember 2004 - Februari 2005.
- — —, 2004. *Rekam Medis Sebagai Alat Bukti Dalam Tanggung jawab Hukum Pelayanan Kesehatan*, Jurnal Clavia, Fakultas Hukum Univ. 45 Makassar.
- — —, 2004. *Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit Dalam Pelayanan Kesehatan : Suatu Perspektif Hukum Kesehatan Indonesia*, Jurnal Amannagappa, Fakultas Hukum Unhas Makassar.
- — —, Indar. 2004. *Tuntutan Hukum Malpraktik Medik dan Keperawatan*, Makalah Pada Seminar Penyakit Osteoporosis Sungguminasa Kabupaten Gowa.
- — —, 2004. *Segi-Segi Yuridis Penanganan Kasus Gawat Darurat*, Makalah Pada Pelatihan Calon-Calon Dokter Spessialis Fak. Kedokteran Unhas di Unit Gawat Darurat RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar.
- — —, 2003. *Perspektif Hak-Hak Pemeliharaan Kesehatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Makassar dan Pare Pare*, Disertasi , PPS Unhas, Makassar, 2003.

- — —, 2003. *Penegakan Etik dan Hukum Kedokteran Indonesia*, Makalah Pada Pelatihan Dokter Se-Kabupaten Bulukumba, 2003.
- — —, 2001. *Hukum Kesehatan dalam Perspektif Hukum Positif Indonesia*, Jurnal Medika Nusantara, Majalah Kedokteran Unhas Makassar, Oktober 2001.
- — —, 2001. *Aspek Hukum Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent)*, Jurnal Medika Nusantara, Majalah Kedokteran Unhas Makassar, September .
- Iskandar, H. D. 1998. *Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, dan Pasien*. Sinar Grafika, Jakarta.
- Ismani, Hj. Nila, 2001. *Etika Keperawatan*, Wydia Medika, Jakarta
- Kansil, CSR. 1991. *Pengantar Hukum Kesehatan Indonesia*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Karbala, H.1993. *Segi-Segi Etis dan Yuridis Informed Consent*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- King, J. H. 1986. *The Law of Medical Practice*. West Publishing.Co. ST. Paul. Minnesota.
- Knight, B. 1987. *Legal Aspects of Medical Practice*. Churchill Livingstone, Broadway, NewYork.
- Koehn, Daryl.2000. *Landasan Etika Profesi*. Penerbit Kanisius. Yogyakarta.
- Koeswadji, H.H. 1996. *Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, Asas-Asas dan Permasalahan Dalam Implementasinya*. Citra Aditya Bakti, Bandung.
- — —, 1992. *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik*. Citra Aditya Bakti, Bandung.
- — —, 1984. *Hukum dan Masalah Medik*. Airlangga University Press, Surabaya.

## Daftar Pustaka

- — —, 1998. *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah satu Pihak)*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- — —, 1999. *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik, Suatu Tinjauan Yuridis Persetujuan Dalam Hubungan Dokter Pasien*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- — —, 2002. *Hukum Untuk Perumahsakitan*. Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Komalawati, D.V. 1989. *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Lebo, J. 1996. *Bunga Rampai Hukum dan Profesi Kedokteran Dalam Masyarakat Indonesia*. Liberty, Yogyakarta.
- Leenen, H.J.J. dan Lamintang, P.A.F. 1991. *Pelayanan Kesehatan dan Hukum*. Binacipta, Bandung.
- — —, 1987. *Health Law, Health Legislation, and Society*. M. *Varia Peradilan*, 18:134-139, Jakarta.
- Lopa, B. 1996. *Al Qur'an dan Hak-Hak Asasi Manusia*. PT Dana Bhakti Prima Yasa, Yogyakarta.
- Lumenta, B.1989a. *Pasien, CITRA, PERAN dan PERILAKU, Tinjauan Fenomena Sosial*. Kanikus, Yogyakarta.
- — —, 1989b. *Pelayanan Medis, CITRA, KONFLIK dan HARAPAN, Tinjauan Fenomena Sosial*. Kanikus, Yogyakarta.
- M. Mann, Jonathan, et al., 1999., *Health and Human Right*, New York and London.
- Malla, Muammad Akil. 2001. Hak untuk Sehat Dalam Konteks Global Hak Asasi Manusia, Makalah pada Simposium Nasional Kesehatan dan rapat kerja Nasional II ISMKMI tgl 14-18 Oktober di Makassar.

- Mariyanti, N. 1988. *Malpraktik Kedokteran dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*. Bina Aksara, Jakarta.
- Maritowijono, H. dkk. 1991. *Informed Consent*. Rumah Sakit Umum Pertamina Bekerjasama dengan FHUI, Jakarta.
- Mertokusumo, S. 1991. *Mengenal Hukum (Suatu Pengantar)*. Liberty, Yogyakarta.
- Miller, R.D. 1996. *Problems in Health Care Law*. Aspen Publishers, Inc, Gaithersburg, Maryland.
- Monagle, J.F et al. 1998. *Health Care Ethics*. An Aspen Publishers, Inc, Gaithersburg, Maryland.
- Munir, H. M. 1987. Sekilas Tentang Hukum dalam Masyarakat. *M. Arena Hukum*, 2: 34-43, Malang.
- Nusantara, A. Hakim G.. UUD 1945 Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia, *Majalah Hukum dan Pembangunan*, No. 4, Tahun XIX, Agustus 1989, FH-UI, Jakarta.
- Ohotimur, Oyong. 1997. *Teori Etika Tentang Hukuman Legal*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Pangaribuan, H.P. 1991. Penyalahgunaan Keadaan (Misbruik van Omstanding Heden) Sebagai Alasan (baru) Untuk Pembatalan Perjanjian. *M. Varia Peradilan*, 70:132-149, Jakarta.
- Poernomo, H. B. 2000. *Hukum Kesehatan*. PPS-FK Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta.
- Pozgar, G.D. 1996. *Legal Aspect of Health Care Administration*. An Aspen Publication, Aspen Publishers Inc, Gaithersburg, Maryland.
- Prakoso, D dan Nirwanto, D. A. 1984. *Euthanasia, Hak Asasi Manusia dan Hukum Pidana*. Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Prihardjo, Robert, 1995. *Praktik Keperawatan Profesional, Konsep Dasar & Hukum*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.

## Daftar Pustaka

- Program Pascasarjana U.I. 1998/1999. *Kebijakan, Etika, dan Aspek Hukum Rumah Sakit*, Jakarta.
- Putra, S. 2000. *Pengaturan Hukum Upaya Penanggulangan Risiko Pada Dokter dan Pasien dalam Penggunaan Alat Kedokteran Canggih*. Disertasi, PPS Universitas Airlangga.
- Rahardjo, S. 1986. *Ilmu Hukum*. Alumni, Bandung.
- — —, 1980. *Hukum dan Masyarakat*. Angkasa , Bandung
- Raz, J. 1979. *The Authority of Law: Essay on Law and Morality*. Oxford, The Clarendon Press.
- Rubin , Barry dan Laquer Walter. 1978. *The Human Rights Reader*. New American Library, New York.
- Saleh, K. Wantjik. 1980. *Hukum Perkawinan Indonesia*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Samuel. 1984. *Law and Public Health*. Times Mirror/Mosby College, St.Louis, Toronto, Santa Clara.
- Sanusi, K. 1995. *Segi-Segi Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit Dalam Kaitannya dengan Hubungan Dokter-Pasien*. Disertasi, PPS Universitas Airlangga.
- Schutte, J. E. 1995. *Preventing Medical Malpractice Suits*. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle, Toronto, Bern, Gottingen.
- Setiyono, H. 2002. *Kejahatan Korporasi: Analisis Viktimologi dan Pertanggungjawaban Korporasi Dalam Hukum Pidana Indonesia*, Averroes Press, Malang.
- Sidharta, B.A. 1990. *Keseimbangan Etik dan Hukum Dalam Pelayanan Kesehatan*. M. *Pro Yustitia*, 3: 16-43, Bandung.
- Sihaloho, K. 1986. *Pertanggungjawaban Medikus Atas Kesalahan Profesi (Malpractice)*. M. *Hukum dan Pembangunan*, 5: 469-477, Jakarta.

- Skegg, P.D.G. 1984. *Law, Ethics, and Medicine*. Clarendon Press, Oxford University, New York.
- Smith, G.P. 1996. *Legal and Health Care Ethics For The Elderly*. Tailor & Francis, Columbus School of Law Catolic University of America Washington, D.C.
- Soekanto, S. 1990. *Segi-Segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien*. Mandar Maju, Bandung.
- Soekanto, S dan Abdullah, M. 1980. *Sosiologi Hukum Dalam Masyarakat*. CV Rajawali, Bandung.
- Soekanto, S dan Herkutanto. 1987. *Pengantar Hukum Kesehatan*. Remadja Karya, Bandung.
- Soetjipto, S dkk. 2000. *Reformasi Perumahsakitian Indonesia*. Bagian Penyusunan Program dan Laporan Ditjen Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI-WHO, Jakarta.
- Soetrisno, S. 1992. *Pertanggung Jawab Dokter Dalam Hukum Perdata*. Beberapa Yurisprudensi Perdata Yang Penting, Mahkamah Agung RI, Jakarta.
- Supriadi, Wila Chandra. 2001. *Hukum Kedokteran*. Mandar Maju, Bandung.
- Topatimasang, Roem dkk 2005, *Sehat Itu Hak, Koalisi untuk Indonesia Sehat*, Jakarta,
- Tengker, F. dan Verbogt, S. Tanpa Tahun. *Bab-Bab Hukum Kesehatan*. Nova, Bandung.
- Tengker, F. 1991. *Pelayanan Kesehatan dan Pendemokrasian*. Nova, Bandung.
- Tengker, F. dan van der Mij, W.B. 1989. *Perundang-undangan Profesi Penyelenggraraan Pelayanan Kesehatan*. Nova, Bandung.
- Van Apeldoorn, L.J. 1978. *Pengantar Ilmu Hukum*. Paramita, Jakarta.

## Daftar Pustaka

- Wing, K. R. 1985. *The Law and the Public Health*. Edisi Kedua, Health Administratio Press, Ann Arbor, Michigan.
- Wiradharma, D. 1996. *Penuntun Hukum Kedokteran*. Binarupa Aksara, Jakarta.
- — —, 1993. *Standar Asuhan Keperawatan*, PPNI, Jakarta.
- — —, 1992. *Himpunan Naskah Lokakarya Nasional Tentang HAM*, Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Luar Negeri, Jakarta.
- — —, *Tanpa Tahun, Etika dan Kode Etik Kebidanan*, IBI., Jakarta.
- — —, *UUD 1945*.
- — —, *Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*.
- — —, *UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera*.
- — —, *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- — —, *Undang-Undang No. 7 Tahun 1996 tentang Pangan*.
- — —, *PERMENKES No. 329 Tahun 1976 tentang Produksi dan Peredaran Bahan Makanan*.
- — —, *PERMENKES No. 722 Tahun 1988 tentang Bahan Tambahan Makanan yang Diizinkan*.





# Indeks

## A

- Abortus kriminalis, 143  
*Abortus provocatus criminalis*,  
146  
*abortus provocatus therapeuticus*,  
144  
Abortus spontan, 142  
Abortus terapeutis, 143  
*administrative malpractice*, 283  
aliran deontologis (*non-consequen-  
tialist*), 14  
Aliran teleologis (*Utilitarian  
theory*), 15  
Alsabti, 216  
altruisme, 16  
Ameln, Fred, 243  
Amir, 279  
*an sich*, 14  
Analisis Mengenai Dampak  
lingkungan (Amdal), 206  
Angkatan kerja (*labor force*),  
154  
angkatan kerja potensial  
(*potential labor*), 155  
antropologi, 82  
Apeldoorn, van, 85  
Apprentice, 62  
Aristoteles, 6, 23, 32, 64, 84  
asas oportunitas, 136  
asas personal, 89  
Asas proporsionalitas, 54  
asas teritorial, 89  
*Assessment errors*, 290  
*Attribute of sanction*, 83  
*Attribute of authority*, 83  
*Attribute of intention of universal  
application*, 83  
*attribute of law*, 83  
*Attribute of obligation*, 83  
*August Comte*, 33

*autonomy of patient*, 21

## B

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 133

Badan Pengawas Dampak, Lingkungan (Bapedal), 101, 265

Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), 101, 265

Banning, 13

Beauchamp, 28

*beneficence, doing good*, 63

Bentham, Jeremy, 15, 64, 85

Beuschamp, T.L., 23

Birds, F.E., 166

Bloom, Samuel L., 252

*breach of standard of care*, 284

Britannica Encyclopedia, 59

## C

Cacat desain, 184

Cacat peringatan atau cacat industri, 184

Cacat produk atau manufaktur, 184

Caveat Emptor, 184

Caveat Venditor, 184

Chadwick, Edwin, 64

Chadwick Public Health act, 64

Chadwick, Edwin, 100

Childress, J.F., 23

*civil malpractice*, 282

Cole, Perkins 185

*common law salus populi suprema lex*, 110

Communitarian, 62

Comte, August, 33

*Criminal malpractice*, 282

## D

Dauids, 94

De Graaf, 13

*Deep Pockets Theory*, 187

Deklarasi Helsinki 1964, 219, 221

Deklarasi Stockholm, 1972, 206

*dereliction of duty*, 284

Dupuis, Helen, 13

## E

Educator, 63

Ego, 8

egoisme etis, 15

egoisme psikologis, 15, 16

Ellis, 279

Ensiklopedia Indonesia, 30

epidemiologi 107

Etika, 4, 5, 6, 7, 11, 233

Etika:

deskriptif, 11

hedonisme, 17

individual, 12, 66

kesehatan (*medical ethics*),  
55, 63  
khusus, 12  
normatif, 11  
profesi, 38  
sosial, 12  
teoretis, 12  
terapan, 12  
umum, 11  
Etiket, 10  
Eudamonia, 32  
eudemonisme, 17  
Evolusi, 31

## F

Faiechild, Henri Pratt, 60, 62  
faktor eksternal, 7  
faktor internal, 7  
Fertilisasi in vitro, 57  
filsafat, 6  
Finz, 189  
Flew, Antony, 259  
Frans Magnis Soeseno, 29  
Freud, Sigmund, 8  
Friedman, 44

## G

Galen, 64  
Garis-garis besar haluan negara  
(GBHN), 133  
Geny, 84  
Gerika, 32

*Gessangnungs Ethik*, 33  
Greenwood, 65  
Gregory, Jon, 64  
Gugatan *class action*, 202  
Guwandi, 279

## H

Hak Asasi Komite Etik (IFGO),  
225  
Hak Asasi Manusia, 125, 127  
hak asasi negatif, 267  
Hak kesehatan reproduksi dan  
seksual (*reproductive and  
sexual rights*), 124  
Hamlin, 100  
Hanafiah, 279  
Hartley, 279  
Harvard Medical School, 216  
*health provider*, 236  
*health receiver*, 236  
Hedonisme Individualistis, 31  
Heinrich, H.W., 165  
Hipocrates, 17, 18, 19, 20, 21  
19, 55, 63  
Holland, J.G. 82  
Hubungan:  
individualisme, 254  
paternalisme, 254  
resiprokal dan collegial,  
254  
Hugo Grotius, 26  
Hukum, 4, 81, 107

hukum:

- administrasi negara, 90, 120
- Formil, 90
- kesehatan masyarakat, 111
- konstitusi, 111
- Materiel, 90
- Perdata, 119
- Pidana, 90, 119
- positif, 86, 101, 104
- tata negara, 90

Humanisme, 34

Hursh, 185

I

Idealisme, 34

Immanuel Kant, 27

imunologi, 216

informed consent, 64, 246

International Medical Advisory  
Panel (IMAP), 141

International of Medicine (IOM),  
98

International Planned  
Parenthood Federation  
(IPPF), 141

*Intervention errors*, 291

intuisiisme, 16

itikad, 136

J

Justice atau keadilan, 61

K

K. Bertens, 7

Kant, Immanuel, 14, 27

keadilan *commutatif*, 84

keadilan distributif, 84

Keadilan distributif (*justitia  
distributiva*), 23

Keadilan komutatif (*justitia  
commutiva*), 23

Kebahagiaan Rasional (Rasioa-  
listik Hedonisme), 31

Kebahagiaan Universal (*Univer-  
salistic Hedonisme*), 31

Kebebasan:

ekstensial, 22

sosial, 22

kecelakaan medik (*medical  
accident*), 277

kekuatan memaksa, (*coercive  
power*), 113

Kesadaran pribadi, 27

kesehatan:

komunal, 111

masyarakat, 98, 111

reproduksi, 124

Kieser, 38

Kitab Undang-Undang Hukum  
Pidana (KUHP), 148

Kode etik, 46, 71, 234; kese-  
hatan, 3, 71

konsumen bertanggung jawab,  
184

Konvensi Wina 1985, 206, 207

## L

Langeveld, 13

Leader, 62

Leenen, H.J.J., 53, 55, 119,  
195, 246

Lovat, 26

*Low profile*, 61

Lummert, Rudiger, 214

## M

Majelis Etika Profesi, (MKEP),  
42

Majelis Kehormatan Etika Ke-  
dokteran (MKEK), 43

Majelis Kehormatan Etika Pro-  
fesi (MKEP), 40

malpraktik, 274, 277, 279

*medical performance* 53

mencegah kehamilan, (anti-  
konsepsi), 132

menghentikan kehamilan,  
(antinidasi), 132

metode kontrasepsi, 134

Mill, John Stuart, 15, 65

Miller, Robert R. 82

Mitchel, 26

Mochtar Kusumaatmadja, 85

Moral, 25

Moralitas, 27, 29

## N

Natalie, 183

Naturalisme, 33

Nilai, 7

*nonmedical performance*, 53

norma atau kaidah sosial, 82

## O

*O'Connor, Natalie*, 182

*Oxford Dictionary*, 26

## P

Parsons, Talcott, 37, 38

penerapan hukum (*law enfor-  
cement*), 101

Penetapan Baku Mutu Ling-  
kungan (BML), 211

Penganggur terbuka (*open  
unemployment*), 154

pengendalian sosial (*social  
control*), 91

Penipuan saintifik (*scientific  
fraud*), 216

Perjanjian hasil (*resultaatver-  
bintennnis*), 120

Perjanjian usaha (*Inspanningver-  
bintennis*), 120

Perkembangan Kependudukan  
dan Pembangunan Keluarga  
Sejahtera, 130

Perlindungan konsumen, 183

Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB),  
181  
perubahan sosial (*social engineering*), 91  
*Planning errors*, 290  
Positivisme, 32  
Pospisil, Leopold, 82, 83  
Pound, Roscoe, 35  
Pragmatisme, 32  
*primun non nocere*, 20  
*product liability*, 185, 186  
profesi, 35, 36, 39  
psikologi, 1  
Purnadi Purbacaraka, 267

R

Ramazzini, Bernardo, 163  
Ranadireksa, Hendarmin, 259  
Raws, John, 61  
Religiosisme, 34  
Revolusi Industri, 163  
Robinson, 253  
Role Model, 59, 61  
Rousseau, J.J., 33  
Royal College Nursing (CRN, 1986), 51  
Rush, Benjamin, 64

S

*Science Oriented*, 2  
Shame Culture, 27

Shattuck, Lemuel, 65  
Shweitzer, Albert, 33  
*sine qua non*, 108  
Smith, 94  
Social Climate Principle, 187  
Socialist Medical Association,  
65  
Soekidjo, 100  
Soerjono Soekanto, 55, 267  
Solis, 253  
Sosialisme, 34  
Spoken, 13  
Standar lingkungan (*Standard of Environment*), 52  
standar masukan (*Standard of Input*), 52, 277  
Standar Penampilan Minimal (*Minimum Performance Standard*), 53  
standar penampilan minimal (minimum performance) 277  
Standar Persyaratan Minimal (*Minimum Requirement Standard*), 51  
Standar Proses (*Standard of process*), 52  
standar tindakan (*standard of conduct*), 277  
*strict liability principle*, 184, 186  
Superego, 8

## T

Tenaga Kerja Anak, 160  
 tenaga kerja pria, 157  
 Teori campuran, 85  
 teori domino, 165, 166  
 Teori Etis, 84  
 Teori Utilitis, 84  
 Thiroux, 29  
 Thirouz, 55  
 tradisionalisme, 17

## U

ulitarianisme, 15  
 universalisme, 16  
*unwanted pregnancy*, 125  
 utilisme individual, 16  
 Utilisme sosial, 16  
 Utilitarianisme, 16  
 Utilitarisme, 64

Utrecht, 86

## V

van der Mijn, W.B., 36  
 Veilighhed Reglement (VR),  
 164  
*Vitalise Pessimisti* (Negatif  
 Vitalistis), 33  
 Vitalisme, 33  
 Vitalisme Optimisme, 33

## W

*Websters New Collegiate  
 Dictionary*, 7  
 WHO, 71, 203  
 Winslow, 98

## Z

*zoon politicon*, 82

\*\*\*

## Biodata Penulis

**PROF. DR. H. INDAR, SH, MPH** lahir di Makassar 10 November 1953. Guru Besar Etika dan Hukum Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar. Pendidikan S-1 pada Fakultas Hukum Unhas Tahun 1984, Pendidikan S-2 pada University of Hawaii at Manoa USA Tahun 1990. Gelar Doktor di bidang Hukum Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Tahun 2003 dengan judul Disertasi “Perspektif Hak-Hak Atas Pemeliharaan Kesehatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Makassar dan Parepare”. Dosen S2 pada Konsentrasi Hukum Kesehatan pada PPS Universitas Hasanuddin Dosen Faluar biasa pada FKM UMI Makassar, FKM Universitas Panca Sakti Makassar, FKM Universitas Indonesia Timur Makassar, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar, STIK Tamalate Makassar, STIK Makassar, STIK Baramuli Kabupaten Pinrang, STIK GIA Makassar, STIKES Nani Hasanuddin Makassar, D3 Akper Yapen Maros, D3 Informasi Kesehatan pada STIKES Panakukang Makassar, D3 Kebidanan STIKES Nani Hasanuddin, D3 Kebidanan Salewangang Maros dan D3 Kebidanan pada Universitas Cokroaminoto Makassar pada Mata Kuliah Etika dan Hukum Kesehatan, Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, dan Etika Kebidanan dan Hukum Kesehatan. Selain sebagai Staf Pengajar juga sebagai Seksi Hukum Pengendalian AIDS Sulawesi Selatan (KPAD) tahun 2003. Anggota Dewan Kesehatan Kota Makassar tahun 2003, Penyusun Hospital Bylaws RS. Dr.



Wahidin Sudirohusodo 2005. Pembantu Rektor I dan III Universitas Indonesia Timur 2006. Konsultan Hukum Rumah Sakit Pelamonia 2008. Ketua Konsentrasi S2 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan PPS Universitas Hasanuddin sejak 2007 sampai sekarang. Buku Pertama yang telah diterbitkan oleh Lembaga Penerbitan Universitas Hasanuddin tahun 2008 tentang Etika dan Hukum Kesehatan. ♦