

INKONSISTENSI REGULASI DI BIDANG KESEHATAN DAN IMPLIKASI HUKUMNYA TERHADAP PENYELESAIAN PERKARA MEDIK DI INDONESIA

Jovita Irawati

Fakultas Hukum Universitas Pelita Harapan
jovitaira@yahoo.co.id

Abstract

The current regulation regarding Patient Rights in Indonesian law has not been carried out consistently. The Patient's Right to file a claim or complaint for health services which is not in accordance with medical professional standards shows a detrimental impact to their interests. This inconsistency can be seen from the possibility of patients to undergo litigation and non-litigation paths without having to go through the process at the Indonesian Medical Disciplinary Board (MKDKI). In fact, referring to the Law on Medical Practice, it is stipulated that MKDKI is an institution authorized to deal with violations of medical discipline in terms of the profession. In this respect, MKDKI should be the first avenue in filtering a suspected violations committed by a doctor in carrying out his work before further legal steps are taken. Such conditions indicate that these inconsistencies have resulted in the lack of legal certainty in assuring the justice values and social benefit in the community. As consequences, improvement needs to be made and that is what underlies this legal research writing.

Keywords: medical law, patient's right, legal inconsistency

Abstrak

Pengaturan mengenai Hak Pasien dalam hukum Indonesia saat ini belum dijabarkan secara konsisten. Dalam kaitannya dengan Hak Pasien untuk mengajukan gugatan atau pengaduan atas pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar profesi medik yang merugikan kepentingannya, inkonsistensi tersebut tampak dari adanya kemungkinan bagi pasien untuk menempuh jalur litigasi dan non litigasi tanpa perlu melalui proses acara di Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Padahal, mengacu pada Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran, dikatakan bahwa MKDKI merupakan lembaga yang berwenang untuk menangani pelanggaran disiplin dokter dari segi profesi. Dengan demikian, seharusnya MKDKI merupakan saringan pertama dalam menentukan pelanggaran yang dilakukan oleh seorang dokter dalam menjalankan pekerjaannya sebelum dilakukannya langkah hukum lanjutan. Kondisi demikian menunjukkan bahwa inkonsistensi tersebut mengakibatkan hilangnya kepastian hukum dalam menjamin nilai-nilai keadilan dan kemanfaatan di masyarakat. Sebuah perbaikan perlu dilakukan dan hal itulah yang mendasari penulisan penelitian hukum ini.

Kata Kunci: hukum kesehatan, hak pasien, inkonsistensi hukum

A. Pendahuluan

Perspektif regulasi normatif, pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh para dokter, tenaga kesehatan¹ dan rumah sakit² diatur dalam beberapa peraturan perundang-undangan substantif, di antaranya adalah:

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Keempat peraturan tersebut saling berhubungan satu sama lain dengan fokus pengaturan yang berbeda-beda. Masalahnya, perbedaan tersebut disertai dengan sejumlah inkonsistensi pengaturan yang berpotensi menimbulkan implikasi hukum dalam tahap pelaksanaannya. Salah satu persoalan hukum yang menonjol menyangkut pengaturan mengenai hak pasien³ apabila terjadi dugaan malpraktik. Idealnya, penyelesaian persoalan hukum seperti itu diselesaikan melalui prosedur non-litigasi. Pandangan ini didasarkan pada dua alasan, yaitu:⁴

- a. Prosedur non-litigasi sesungguhnya lebih sesuai dengan karakter perbuatan melawan hukum yang terkait; dan
- b. Sifat permasalahan yang khas menurut pendekatan etika profesi kedokteran.

Kedua hal tersebut secara tersirat menempatkan penyelesaian sengketa secara non-litigasi melalui Majelis Kehormatan dan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) pada posisi yang sangat penting dan diutamakan sebelum dilakukannya upaya hukum lanjutan berupa gugatan

¹ Tenaga kesehatan adalah “setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui di bidang kesehatan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.” Lihat Pasal 1 angka 1 UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 144 Tahun 2009 dan Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063).

² Rumah sakit adalah “institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.” Lihat Pasal 1 angka 1 UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Nomor 153 Tahun 2009 dan Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072).

³ Pasien adalah “setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.” Lihat Pasal 1 angka 4 UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

⁴ Secara konseptual, kedua hal tersebut tidak lepas dari adanya pertimbangan bahwa pelayanan medis dan profesi kedokteran memiliki keterkaitan dengan kegiatan kemanusiaan dan kepentingan umum. Dengan kata lain, sejalan dengan Considerans Menimbang huruf c Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang berbunyi “*bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.*”

perdata maupun aduan pidana. Sebab, sesuai dengan ketentuan Pasal 1 Angka 14 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, MKDKI adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam perspektif disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi serta menetapkan sanksi atas kesalahan tersebut.

Meski demikian, fenomena hukum dan sikap masyarakat saat ini menunjukkan adanya kecenderungan publik untuk menyelesaikan persoalan hukum terkait pertanggungjawaban dokter dan rumah sakit kearah penyelesaian litigasi melalui gugatan perdata dan aduan pidana. Langkah tersebut ditempuh tanpa terlebih dahulu melalui jalur penyelesaian sengketa di MKDKI. Situasi tersebut seringkali menciptakan dampak negatif yang merugikan semua pihak, tidak hanya pasien melainkan juga dokter, rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya. Padahal, bagi dokter, melaksanakan profesi medik dengan cermat demi kemanusiaan merupakan implementasi adagium hukum "*lex nemini operator iniquum nemini facit injuriam*"⁵ sehingga upaya menciptakan hubungan hukum yang harmonis antara dokter dengan pasien merupakan kebutuhan sekaligus bagian dari kewajiban dalam rangka menjaga etika profesinya.⁶

Harus diakui, kecenderungan langkah pasien untuk menyelesaikan sengketa melalui gugatan perdata atau aduan pidana yang terkadang disertai dengan pemberitaan di media massa (*trial by the press*) pada akhirnya juga berpotensi menyulitkan proses mediasi secara etik. Dalam banyak kasus, terdapat anggapan bahwa dokter dan/atau rumah sakit merupakan pihak yang paling bertanggung jawab dalam hal terjadi (dugaan) pelanggaran praktek medik.

⁵ Artinya, hukum tidak pernah menjalankan kesalahan dan berbuat yang merugikan. Ranuhandoko, *Terminologi Hukum* (Jakarta: Sinar Grafika, 1996), hal. 386

⁶ Hubungan hukum yang harmonis adalah suatu harapan dalam kegiatan hukum, hubungan hukum sebagai hubungan antar-manusia dan/atau badan hukum yang menetapkan hak dan kewajiban melahirkan causa sebagai hal yang menyebabkan adanya hubungan hukum terjadi dalam bentuk kepentingan yang harus dijaga. Lihat Wirjono Prodjodikoro, *Azas-azas Hukum Perdata* (Bandung: Vorkink-Van Hoeve, 1959), hal. 35

Lebih dari itu, kadangkala langkah hukum yang ditempuh lebih mengarah pada kriminalisasi⁷ praktek medik oleh karena beberapa sebab, di antaranya karena:⁸

- 1) Pemahaman yang tidak tepat mengenai hubungan hukum dalam praktik medik;
- 2) Kekeliruan dalam menentukan unsur perbuatan melawan hukum dalam norma peraturan perundang-undangan;
- 3) Pembuktian yang terlalu dipaksakan;
- 4) Fakta hukum yang tidak sesuai dengan pemahaman teori kedokteran dan teori kesehatan;
- 5) Pengaturan norma yang tidak tepat dalam menyelesaikan perselisihan medik; dan
- 6) Pemahaman yang belum mendalam mengenai hubungan hukum dalam praktik medik.

Keseluruhan kausalitas tersebut terjadi karena norma pengaturan perundang-undangan di bidang kesehatan di Indonesia telah memasuki gejala *ill-structured problems*.⁹ Padahal, hubungan hukum antara dokter dan pasien dalam praktik medik merupakan hubungan hukum berlandaskan kepercayaan yang merupakan akar dari timbulnya hak dan kewajiban berdasarkan kesepakatan bersama^{10,11}. Dalam kaitan ini, terdapat persoalan lain yang juga berpengaruh, yaitu:

⁷ Kriminalisasi adalah “tindakan atau penetapan penguasa mengenai perbuatan-perbuatan tertentu yang oleh masyarakat atau golongan-golongan masyarakat dianggap sebagai perbuatan yang dapat dipidana menjadi perbuatan pidana atau membuat suatu perbuatan menjadi perbuatan kriminal dan karena itu dapat dipidana oleh pemerintah.” Lihat Soerjono Soekanto, *Pengantar Kriminologi* (Jakarta: Ghalia Indonesia, 1982), hal. 62. Kriminalisasi praktik medik terjadi dengan menyatakan tindakan dalam praktik medik dianggap sebagai perbuatan pidana, padahal tindakan yang dilakukan berdasarkan syarat, prosedur, dan persetujuan atau kesepakatan.

⁸ Muhammad Nasser, “Sengketa Medis dalam Pelayanan Kesehatan,” *Makalah*, disampaikan dalam *Annual Scientific Meeting* (Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 3 Maret 2011), hal. 4

⁹ Artinya adalah bahwa persoalan hukum kesehatan di Indonesia telah memasuki fase yang tidak terstruktur sebagai akibat penerapan norma yang inkonsisten dan penyelesaian hukum yang samar-samar hingga melemahkan aspek kepastian hukum. Implikasinya terhadap praktik medik adalah munculnya konflik atau sengketa medik yang penyelesaiannya dapat ditafsirkan sendiri, sehingga risiko praktik medik berubah menjadi berada pada situasi ketidakpastian (*uncertainty*). Lihat teori ini dalam William N. Dunn, *Analisa Kebijaksanaan Publik (Public Policy Analysis)*, diterjemahkan oleh Muhadjir Darwin (Jakarta: Hanindita Graha Widia, 1985), hal. 103

¹⁰ Hakikat kepercayaan yang melahirkan hubungan hukum dianggap sebagai sendi atau dasar yang menentukan para pihak menentukan untuk membentuk perjanjian atau kesepakatan berdasarkan persetujuan yang menentukan hak dan kewajibannya masing-masing. Lihat Wirjono Prodjodikoro, *Op. Cit.*, hal. 34

¹¹ Dalam perkembangannya, masih banyak pihak yang tidak memahami karakter hubungan hukum antara dokter dan pasien ini. Padahal, intinya jelas, yaitu menyangkut pemenuhan hak dan kewajiban yang ditetapkan dalam suatu hubungan hukum kontraktual yang merupakan bagian dari hubungan hukum keperdataan. Dengan demikian, maka jelas bahwa Perselisihan hukum dalam praktik medik disebabkan kepentingan salah satu pihak yang tidak diakomodasikan secara layak atau terjadi perbedaan dalam memahami maksud dalam menyepakati sesuatu dalam suatu tindakan medik. Perselisihan terjadi apabila para pihak bertahan dalam persepsinya masing-masing dan tidak berupaya menemukan jalan penyelesaian secara mediasi. Konsekuensi sikap keras dan kaku demikian menyebabkan salah satu pihak meminta pembatalan atau permintaan penyelesaian, yang mungkin

- a) Hubungan antara pihak dokter dan/atau rumah sakit dengan pasien yang tidak seimbang karena posisi dokter dan/atau rumah sakit dianggap lebih superior; dan
- b) Komunikasi yang buruk antara dokter dengan pasien sehingga pasien beranggapan bahwa dokter bersikap tertutup dan menyembunyikan informasi yang menjadi haknya untuk diketahui.

Situasi tersebut juga berlaku dalam hal dugaan pelanggaran praktik medik yang merupakan bagian dari risiko medik dan/atau dugaan malpraktik (*medical malpractice*) yang dilakukan oleh seorang dokter dalam rangka menjalankan profesinya.

Secara terminologis, malpraktik adalah sikap tindak yang salah secara profesional dari seseorang (dokter, insinyur, pengacara, akuntan) akibat ketidakpedulian, kelalaian, atau ketidakhati-hatian dalam menjalankan profesinya¹². Pengertian tersebut sejalan dengan kamus kesehatan (*Stedman's Medical Dictionary*) yang mengartikan malpraktik sebagai "*mistreatment of disease or injury through ignorance, careless or criminal intent*".¹³ Kedua definisi tersebut secara implisit menunjukkan bahwa malpraktik seringkali disamakan dengan kelalaian (*Negligence*¹⁴). Padahal, kedua istilah tersebut memiliki perbedaan konseptual sebagaimana dinyatakan oleh Guwandi sebagai berikut:¹⁵

Sesungguhnya dokter dan rumah sakit sangat mengharapkan dihargainya hak atas reputasi yang merupakan dasar dari timbulnya suatu kepercayaan. Seringkali terkesan pihak pasien seperti "mencari-cari" kesalahan atau kelemahan dokter, untuk kemudian digunakan sebagai dasar untuk mengajukan gugatan perdata dan aduan pidana. Tidak jarang perselisihan akan semakin "panas" akibat turut campurnya pihak ketiga yang tidak kompeten, yang sesungguhnya tidak memahami dengan jelas substansi permasalahannya. Padahal, sesuai syarat dan prosedur, ada tidaknya malpraktik terhadap dokter hanya dapat diputuskan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran

dilakukan dengan menyatakan adanya perbuatan melawan hukum, baik dengan gugatan perdata atau pengaduan pidana. Wirjono Prodjodikoro, *Perbuatan Melawan Hukum* (Bandung: Vorkink-van Hoeve, tanpa tahun), hal. 43

¹² Mengacu pada definisi malpraktik menurut *Coughlin's Dictionary of Law* yang berbunyi "*Malpractice is professional misconduct on the part of a professional person, such a physician, engineer, lawyer, accountant, dentist, veterinarian. Malpractice may be the result of ignorance, neglect, or lack of skill or fidelity in the performance of professional duties, intentional wrong doing; or unethical practice*". Desriza Ratman, *Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktek Kedokteran dan Malpraktek Medik* (Bandung: Keni Media, 2014), hal. 55

¹³ Guwandi, *Hukum Medik (Medical Law)* (Jakarta: FK UI, 2010), hal. 22-23

¹⁴ Adapun yang dimaksud dengan "*negligence*" dalam hal ini adalah mengacu pada definisi *Black's Law Dictionary* sebagai berikut: "*Negligence is the omission to do something which a reasonable man, guided by those ordinary considerations which ordinarily regulate human affairs, would do, or the doing of something which a reasonable and prudent man would not do. Negligence is the failure to use such care as a reasonably prudent and careful person would use under similar circumstances; it is the doing of some act which a person of ordinary prudence would not have done under similar circumstances of failure to do what a person of ordinary prudence would have done under similar circumstances*". Chrisdiono Achadiyat, *Dinamika Etika & Hukum Kedokteran* (Jakarta: EGC, 2007), hal. 21

¹⁵ Guwandi, *Op. Cit.*, hal. 64

Indonesia (MKDKI) dan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap, sehingga simpulan malpraktik yang masih prematur hakikatnya telah melanggar asas praduga tak bersalah.

Menurut Guwandi, harus dibedakan antara konsep kelalaian yang bersifat umum dengan “kelalaian” dalam konteks malpraktik. Intinya, hal itu tidak dapat dinyatakan sebagai kelalaian sebelum MKDKI memutuskan demikian. Sebab, MKDKI adalah lembaga yang berwenang untuk menilai dugaan pelanggaran etik dan disiplin seorang dokter dari sudut pandang ilmu kedokteran. Konsep ini menegaskan bahwa MKDKI sebenarnya merupakan lembaga “saringan pertama” untuk menentukan apakah sebuah pelanggaran telah dilakukan oleh seorang dokter. Namun, dalam praktiknya, eksistensi lembaga tersebut seringkali diabaikan. Hal itu tampak pada beberapa kasus dimana dugaan pelanggaran tidak diajukan terlebih dahulu ke MKDKI melainkan langsung dilakukan gugatan dan/atau penyidikan yang berlanjut pada tuntutan pidana di pengadilan. Fenomena seperti ini penting untuk dikaji, terutama dari aspek kepastian hukum dalam penanganan sengketa medis serta kebutuhan akan adanya jaminan atas keadilan dan kemanfaatan hukum bagi para para dokter dalam menjalankan profesinya di Indonesia.

Secara sistematis, pembahasan akan diawali dengan analisa mengenai norma-norma pengaturan hak pasien dalam menyelesaikan perkara-perkara medik di Indonesia. Selanjutnya, dari segi empiris akan dikaji implikasi hukumnya terhadap penanganan perkara medik dengan mengangkat beberapa kasus yang relevan. Adapun metode penelitian hukum yang digunakan adalah penelitian hukum normatif¹⁶ yang bertolak dari cara pandang terhadap ilmu hukum sebagai ilmu yang *sui generis* atau ilmu yang berdiri sendiri dikarenakan oleh karakternya yang khas¹⁷, yaitu normatif, praktis dan preskriptif¹⁸. Sedangkan pendekatan yang digunakan dalam penelitian hukum ini adalah pendekatan undang-undang (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*) dengan tidak mengabaikan pendekatan historis (*historical approach*)¹⁹. Sementara itu, bahan hukum yang digunakan meliputi bahan hukum

¹⁶ Adapun penelitian hukum normatif dalam hal ini mengacu pada definisi dari Mukti Fajar ND dan Yulianto Ahmad, yaitu: “Penelitian hukum yang meletakkan hukum sebagai sistem norma. Sistem norma yang dimaksud adalah mengenai asas-asas, norma, kaidah dari peraturan perundang-undangan, putusan pengadilan, perjanjian serta doktrin (ajaran)”. H. Halim HS., Erlies Septiana Nurbani, *Penerapan Teori Hukum pada Penelitian Tesis dan Disertasi* (Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada, 2014), hal. 13

¹⁷ Titik Triwulan Tutik, *Pengantar Ilmu Hukum* (Jakarta: Prestasi Pustakarya, 2006), hal. 4

¹⁸ Lany Ramli, “Metode Penelitian Ilmu Hukum”, *Metode Penelitian Hukum (Bagian I)*, ed. Valerine, J.L.K. (Jakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2005), hal. 106

¹⁹ Pendekatan undang-undang (*statute approach*) adalah pendekatan yang dilakukan dengan menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkut paut dengan isu hukum yang sedang ditangani. Pendekatan kasus

primer, bahan hukum sekunder, bahan hukum tersier dan bahan non hukum yang salah satunya berupa hasil wawancara.²⁰

Dari sudut pandang teoritis, penelitian hukum ini dilakukan dengan berlandaskan pada teori Gustav Radbruch mengenai tiga nilai dasar hukum yang terdiri dari keadilan (filosofis), kepastian hukum (yuridis) dan kemanfaatan (sosiologi).²¹ Adapun yang dimaksud dengan keadilan dalam hal ini adalah mengacu pada konsep keadilan umum²² yang sejalan dengan pandangan Aristoteles yang membagi keadilan menjadi dua jenis, yaitu keadilan distributif dan keadilan komutatif.²³ Sementara itu, yang dimaksud dengan konsep kepastian hukum adalah berkenaan pra kondisi yang menghubungkan nilai keadilan dengan kemanfaatan berdasarkan empat postulat, yang menyatakan bahwa hukum itu positif, hukum itu berdasarkan fakta, fakta harus dirumuskan dengan cara yang jelas untuk menghindari kesalahan dalam pemaknaan dan mudah dilaksanakan dan hukum positif tidak boleh mudah diubah²⁴ sedangkan yang dimaksud dengan nilai kemanfaatan adalah berkenaan dengan pandangan L.J. van Apeldoorn sebagai berikut:²⁵ “Jika jawaban atas pertanyaan, apa yang dikatakan adil, bergantung atau ikut bergantung kepada pertanyaan apa yang dikatakan berfaedah, maka kita meniadakan keadilan.”

Dalam kapasitasnya sebagai pisau analisis utama dalam penelitian hukum ini, teori Gustav Radbruch itu mendasarkan dirinya pada pandangan bahwa sebagai gagasan kultural, hukum tidak bisa hadir secara formal ditengah-tengah masyarakat²⁶ melainkan harus pula diarahkan pada tujuannya, yaitu untuk mengatur hidup secara damai²⁷ dengan cara:²⁸

adalah pendekatan yang dilakukan dengan cara melakukan telaah terhadap kasus-kasus yang berkaitan dengan isu yang dihadapi yang telah menjadi putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan yang tetap. Sementara itu, pendekatan historis adalah pendekatan yang dilakukan dengan menelaah latar belakang apa yang dipelajari dan perkembangan pengaturan isu yang dihadapi. Lihat Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum* (Jakarta: Kencana, 2009), hal. 93-95

²⁰ Salah satunya dengan Sabir Alwy dalam kapasitasnya sebagai Wakil Ketua MKDKI

²¹ M. Muslih, “Negara Hukum Indonesia dalam Perspektif Teori Hukum Gustav Radbruch”, *Legalitas Vol. IV No. 1, 2013* (Gorontalo: Jurusan Ilmu Hukum Universitas Negeri Gorontalo, 2013), hal. 143

²² Lihat Marwan Effendy, *Teori Hukum: dari Perspektif Kebijakan, Perbandingan dan Harmonisasi Hukum Pidana* (Ciputat: Referensi, 2014), hal. 19

²³ Keadilan distributif adalah keadilan yang menilai dari segi proporsionalitas atau kesebandingan berdasarkan jasa, kebutuhan dan kecakapan sementara keadilan komutatif adalah keadilan yang berkaitan dengan perlakuan yang sama terhadap semua orang dengan tidak melihat jasanya. L.J. van Apeldoorn, *Pengantar Ilmu Hukum*, terj. Oetarid Sadino (Jakarta: Pradnya Paramita, 2004), hal. 11

²⁴ Lihat *Ibid.*, hal. 137

²⁵ *Ibid.*, hal. 16

²⁶ Jaka Mulyata, “Keadilan, Kepastian dan Akibat Hukum Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor: 100/PUU-X/2012 tentang Judicial Review Pasal 96 Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang

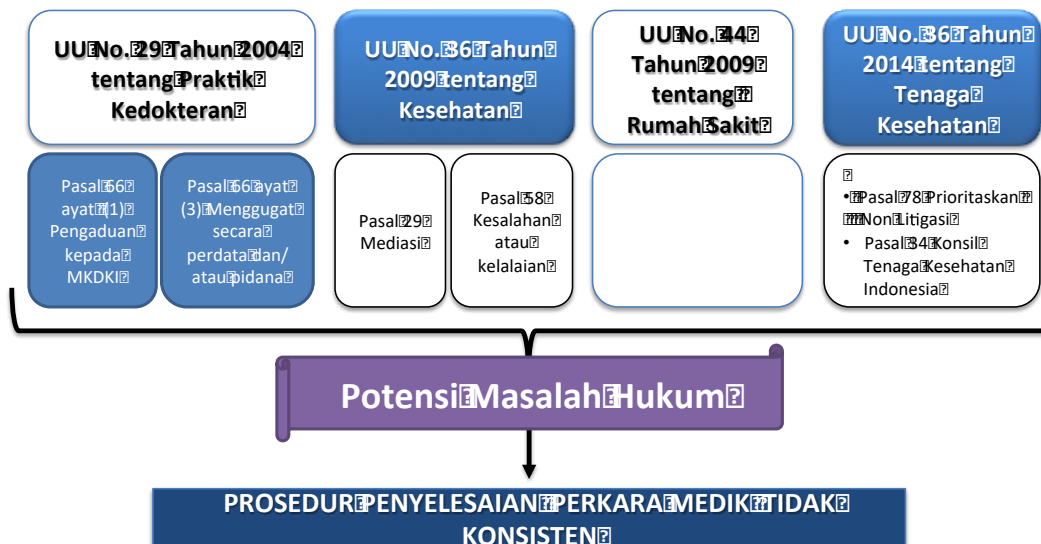
- (1) Menciptakan tatanan masyarakat yang tertib;
- (2) Menciptakan ketertiban; dan
- (3) Menciptakan keseimbangan

Ketiga tujuan hukum itu harus diupayakan secara serasi dan simultan. Serta proporsional atau harmonis. Intinya, ketiganya diupayakan secara paralel tanpa memprioritaskan yang satu atau mengabaikan hal yang lain.

B. Pembahasan

B. 1. Analisis terhadap Pengaturan Hak Pasien dalam Menyelesaikan Perkara-Perkara Medik

Dalam perspektif yuridis normatif, persoalan hukum mengenai pengaturan Hak Pasien untuk menyelesaikan perkara-perkara medik bersumber dari adanya inkonsistensi dan disharmoni pada beberapa peraturan perundang-undangan bidang kesehatan. Secara khusus, inkonsistensi hukum itu terkait dengan beberapa pasal sebagaimana tergambar dalam skema tematik dibawah ini:



Gambar 1. Inkonsistensi dalam Prosedur Penyelesaian Perkara Medik dalam Regulasi di Bidang Kesehatan

Ketenagakerjaan,” *Tesis* (Surakarta: Program Magister (S-2) Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret, 2015), hal. 10

²⁷ Hal ini mengacu pada pendapat L.J. van Apeldoorn bahwa hukum menghendaki kedamaian (*het Recht wil den Vrede*). L.J. van Apeldoorn, *Op. Cit.*, hal. 10. Soerjono Soekanto, Purnadi Purbacaraka, *Sendi-Sendi Ilmu Hukum dan Tata Hukum* (Bandung: Citra Aditya Bakti, 1993), hal. 19

²⁸ Sudikno Mertokusumo, *Mengenal Hukum: Suatu Pengantar* (Yogyakarta: Liberty, 2003), hal. 77

Narasi atas skema permasalahan hukum tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Inkonsistensi dalam Pengaturan Hak Pasien

Secara normatif, setiap orang dalam kedudukannya sebagai pasien memiliki serangkaian hak yang timbul dari adanya relasi antara pasien dengan dokter dan dengan rumah sakit dalam hubungan transaksi terapeutik. Sebagai salah satu bentuk perbuatan hukum, transaksi terapeutik adalah bentuk perjanjian antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan. Dasar dari perjanjian itu adalah usaha maksimal untuk penyembuhan pasien yang dilakukan dengan cermat dan hati-hati sehingga hubungan hukumnya disebut sebagai perikatan usaha atau ikhtiar.²⁹ Ini berarti, hubungan antara dokter dengan pasien baru dapat dikatakan sah apabila ia didasarkan pada perjanjian yang memenuhi empat syarat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) sebagai berikut:

- a. adanya kesepakatan para pihak;
- b. Kecakapan secara hukum para pihak;
- c. adanya objek perjanjian; dan
- d. kausa yang halal

Meskipun transaksi terapeutik termasuk dalam salah satu bentuk perjanjian, isi muatan dan substansinya tidak bisa disamakan dengan perjanjian pada umumnya. Sebab, transaksi terapeutik pada dasarnya berkaitan dengan norma atau etika yang mengatur perilaku dokter. Oleh karena itu, dalam kedudukannya sebagai perjanjian, transaksi terapeutik bersifat menjelaskan, merinci atau menegaskan berlakunya suatu kode etik³⁰ yang bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi dokter maupun pasien.³¹ Hubungan antara transaksi terapeutik dengan perlindungan hak pasien dapat dilihat pada beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang menyatakan bahwa pasien, dalam menerima pelayanan praktik kedokteran, memiliki hak untuk:

- 1) Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis³² di bidang kedokteran atau kedokteran gigi yang sekurang-kurangnya mencakup:³³

²⁹ Moh. Hatta, *Hukum Kesehatan dan Sengketa Medik* (Yogyakarta: Penerbit Liberty, 2013), hal. 128

³⁰ Kode Etik Profesi adalah suatu aturan tertulis tentang kewajiban yang harus dilakukan oleh semua anggota profesi dalam menjalankan pelayanannya terhadap “*client*” atau masyarakat. Kode Etik pada umumnya disusun oleh organisasi profesi yang bersangkutan.

³¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Etika & Hukum Kesehatan* (Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, 2010), hal. 38

³² Pasal 52 huruf a Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

³³ Pasal 45 Ayat (3) *Ibid.*

- a) Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 - b) Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - c) Alternatif tindakan lain dan risikonya;
 - d) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - e) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan
- 2) Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain;³⁴
 - 3) Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;³⁵
 - 4) Menolak tindakan medis;³⁶
 - 5) Mendapatkan isi rekam medis;³⁷ dan
 - 6) Melakukan pengaduan secara tertulis kepada Ketua MKDKI dalam hal pasien dirugikan oleh tindakan dokter dan dokter gigi dalam memberikan pelayanan praktik kedokteran.³⁸

Pertimbangan utama berdasarkan rasio legisnya, latar belakang pengaturan mengenai eksistensi hak pasien untuk melakukan pengaduan kepada MKDKI adalah adanya suatu keperluan untuk mengutamakan standar profesi medik sebagai acuan dalam penanganan³⁹ perkara medik yang timbul akibat dugaan malpraktik dan/atau kelalaian. Tujuannya adalah untuk dapat menyelesaikan perkara medik itu secara objektif dan sesuai dengan ilmu kedokteran. Kondisi demikian menunjukkan bahwa sejak awal, tujuan diaturnya mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa ke MKDKI tersebut adalah untuk memastikan agar nilai keadilan dan kepastian hukum dapat menjangkau dokter pada saat menjalankan profesinya. Masalahnya pengaturan hak pasien untuk menggugat seperti itu pada dasarnya secara normatif dapat diartikan sebagai norma yang bersifat opsional. Frasa “dapat” dalam ketentuan Pasal 66 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran membuka opsi pengaduan ke MKDKI yang tidak bersifat wajib:

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. Ketentuan opsional seperti itu diindikasikan kembali dalam ketentuan Pasal 66 Ayat (3) undang-undang tersebut yang menyatakan bahwa pengaduan yang dilakukan sebagaimana

³⁴ Pasal 52 huruf b *Ibid.*

³⁵ Pasal 52 huruf c *Ibid.*

³⁶ Pasal 52 huruf d *Ibid.*

³⁷ Pasal 52 huruf e *Ibid.*

³⁸ Pasal 66 Ayat (1) *Ibid.*

³⁹ Eka Wahjoepramono, *Konsekuensi Hukum dalam Profesi Medik* (Bandung: Karya Putra Darwati, 2012), hal. 303

dimaksud dalam Pasal 66 Ayat (1) dan (2)⁴⁰ tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian secara perdata ke pengadilan. Ketentuan itu berpotensi membuat jalur pengaduan maupun gugatan menjadi bercabang tanpa arahan dan urutan yang jelas. Artinya, tanpa melalui jalur MKDKI pun suatu dugaan pelanggaran di bidang kedokteran sudah dapat diproses melalui jalur pengadilan. Oleh karena itu, dalam perspektif Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, substansi ketentuan Pasal 66 Ayat (1) dan Ayat (3) jelas menunjukkan adanya inkonsistensi atau disharmoni dalam arah pengaturannya. Sebab, keberadaan jalur MKDKI sama sekali tidak menegaskan maupun menjelaskan lebih lanjut mengenai adanya mekanisme penyelesaian sengketa lain sebagaimana diatur dalam beberapa ketentuan prosedural sebagai berikut:

- (1) Melalui Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (Pasal 23 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen);⁴¹
- (2) Mengajukan gugatan perdata di pengadilan (Pasal 58 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan⁴² dan Pasal 32 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit)⁴³; dan

⁴⁰ Ketentuan ini menyatakan bahwa pengaduan ke ketua MKDKI sekurang-kurangnya harus memuat: (1) Identitas pengadu; (2) Nama dan alamat tempat praktik dokter atau dokter gigi dan waktu tindakan dilakukan; dan (3) alasan pengaduan.

⁴¹ Bunyi ketentuannya adalah sebagai berikut: “Pelaku usaha yang menolak dan/atau tidakmemberi tanggapan dan/atau tidakmemenuhi ganti rugi atas tuntutan konsumen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4), dapat digugat melalui badan penyelesaian sengketa konsumen atau mengajukan ke badan peradilan di tempat kedudukan konsumen”. Kondisi ini disebabkan oleh pemahaman atas konsep konsumen yang secara luas juga mencakup pasien sebagai pengguna jasa dokter dan/atau rumah sakit. Adapun hal ini disebabkan oleh pemahaman atas konsep konsumen yang secara luas juga mencakup pasien sebagai pengguna jasa dokter dan/atau rumah sakit.

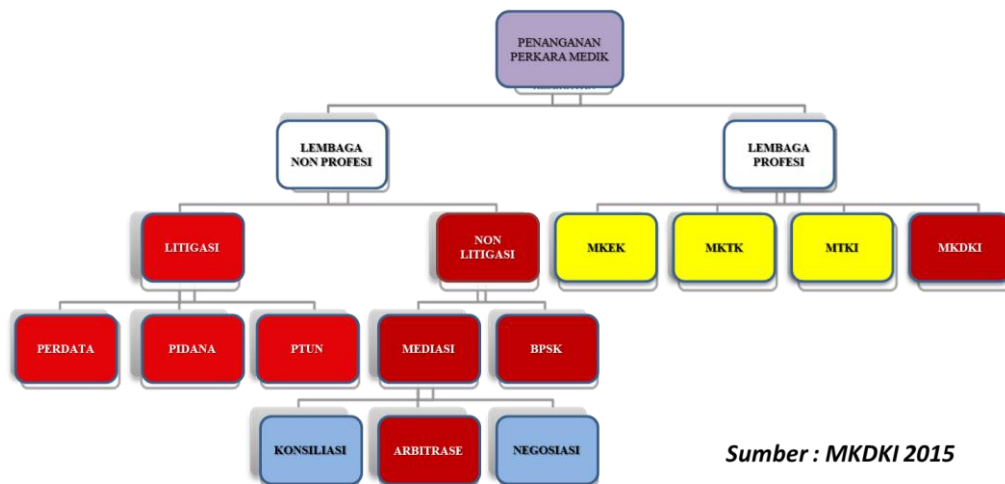
⁴² Bunyi ketentuannya adalah “Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.”

⁴³ Ketentuan ini menyatakan bahwa setiap pasien mempunyai hak untuk: (a.) memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit; (b.) memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien; (c.) memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi; (d.) memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional; (e.) memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi; (f.) mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan; (g.) memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit; (h.) meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit; (i.) mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya; (j.) mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan; (k.) memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya; (l.) didampingi keluarganya dalam keadaan kritis; (m.) menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien

(3) Melakukan tuntutan pidana berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) Peta pengaturan yang demikian mengindikasikan bahwa hukum Indonesia sebenarnya memang membuka peluang bagi penyelesaian perkara medis oleh lembaga yang tidak memiliki kapabilitas yang sama dengan MKDKI. Lebih dari itu, dapat dikatakan bahwa eksistensi MKDKI dalam penanganan dugaan pelanggaran di bidang kesehatan sebenarnya tidak secara utuh diakui oleh sistem hukum Indonesia. Konsekuensinya, tidak ada kepastian hukum dalam prosedur dan proses penyelesaian perkara-perkara medis.⁴⁴

2. Implikasi Hukum dari Inkonsistensi Regulasi Bidang Kesehatan dalam Penanganan Perkara Medis

Harus dicatat bahwa inkonsistensi pengaturan mengenai penanganan perkara medis antara pasien dengan dokter, rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya telah membuka peluang perkara medis dapat diselesaikan melalui berbagai jalur dan prosedur seperti tampak pada gambar dibawah ini:



Sumber : MKDKI 2015

Gambar 2. Skema Jalur Penanganan Perkara Medis Menurut Peraturan Perundang-Undangan di Bidang Kesehatan

Gambar 2 menunjukkan bahwa persoalan pokok dari inkonsistensi hukum ini pada dasarnya disebabkan karena belum adanya sinkronisasi kewenangan antara lembaga non-profesi dan

lainnya; (n.) memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit; (o.) mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya; (p.) menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya; (q.) menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan (r.) mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

⁴⁴ Lemahnya kepastian hukum akan berimplikasi pada menurunnya kualitas nilai-nilai keadilan sekaligus kemanfaatan bagi masyarakat.

lembaga profesi dalam menangani perkara medik terkait dugaan kelalaian dan/atau malpraktik yang dilakukan oleh dokter dalam menangani pasien. Masing-masing lembaga masih berjalan dalam koridornya sendiri. Lebih dari itu, tidak jarang pula pelaksanaannya seperti mengabaikan eksistensi dari lembaga satu dan lainnya seperti tampak dalam kasus dugaan malpraktik dalam Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012 yang melibatkan tiga orang dokter, yaitu dr. Dewa Ayu, dr. Henry Simanjuntak, dan dr. Hendy Siagian.⁴⁵ Kasus yang terjadi di Manado, Sulawesi Utara ini dipicu oleh sikap keluarga pasien yang tidak dapat menerima fakta bahwa pasien yang ditangani oleh ketiga dokter itu akhirnya meninggal dunia meskipun telah dilakukan pertolongan medis yang dianggap perlu. Perkara tersebut diselesaikan tanpa melalui jalur dari prosedur MKDKI sehingga menghasilkan putusan kasasi sebagai berikut:

(a) Menyatakan Para Terdakwa telah terbukti secara sah dan meyakinkan bersalah melakukan tindak pidana “perbuatan yang karena kealpaan menyebabkan matinya orang lain”;

(b) Menjatuhkan pidana penjara selama 10 bulan kepada Para Terdakwa

Menurut Mahkamah Agung, dasar penjatuhan pidana bagi Para Terdakwa disebabkan karena beberapa pandangan, antara lain:

- 1). Para Terdakwa sejak awal sudah tahu bahwa keadaan umum korban saat itu adalah lemah dan status penyakit korban adalah berat;
- 2). Sebelum melakukan pertolongan medis, Para Terdakwa tidak menyampaikan kepada pihak keluarga korban tentang kemungkinan yang dapat terjadi pada diri korban;
- 3). Perbuatan Para Terdakwa dalam melakukan operasi terhadap korban berakibat pada terjadinya emboli udara yang masuk ke dalam bilik kanan jantung yang menghambat darah masuk ke paru-paru sehingga kemudian terjadi kegagalan fungsi paru dan selanjutnya mengakibatkan kegagalan fungsi jantung; dan
- 4). Perbuatan Para Terdakwa mempunyai hubungan kausal dengan meninggalnya korban.

⁴⁵ Kasus ini terjadi di lingkungan Pengadilan Negeri Manado yang bermula pada saat ketiga orang dokter tersebut menerima pasien rujukan dari Puskesmas Bahu pada tahun 2013. Pasien saat itu adalah seorang ibu yang akan melahirkan tapi memiliki kategori risiko tinggi karena pembukaannya saat itu sudah maksimal, kepala bayi sudah keluar dan ketuban telah pecah. Kondisi pasien saat itu telah dilaporkan kepada Konsultan Jaga Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan dan langkah-langkah yang dilakukan kemudian diambil guna menolong Pasien dan bayinya. Hanya saja hasilnya tidak sesuai harapan karena meskipun bayinya berhasil dilahirkan dengan keadaan hidup, kondisinya sangat buruk dan pasiennya meninggal dunia sehingga pihak keluarga yang tidak bisa menerima kemudian menggunakan lembaga pengadilan pidana untuk menyelesaikan sengketa medik yang ada.

Dalam perspektif hukum pidana, putusan tersebut dapat dipandang sebagai putusan yang sesuai dan dapat dianggap memberikan rasa keadilan bagi para pihak secara proporsional. Namun, apabila dilihat dari aspek disiplin ilmu kedokteran, putusan tersebut mengandung cacat hukum dan bahkan keliru karena Mahkamah Agung gagal memahami bahwa sebenarnya saat itu Para Terdakwa menggunakan kewenangannya secara otonom untuk melakukan intervensi medis teknis dan intervensi bedah terhadap tubuh manusia dalam rangka menyelamatkan pasien. Singkatnya, langkah Para Terdakwa pada dasarnya tidak disebabkan oleh kelalaian melainkan lebih karena situasi dan kondisi yang mendesak yang mengharuskan untuk mengambil langkah-langkah yang perlu untuk menyelamatkan pasien.

Harus diakui, putusan yang mengkriminalisasi penggunaan kewenangan otonom tersebut menyisakan catatan kritis untuk mengevaluasi implementasi hukum kesehatan, khususnya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Beberapa catatan hukum yang relevan di antaranya adalah:

- a). Tuntutan secara pidana terhadap seorang dokter menimbulkan ketidakpastian hukum, perasaan tidak aman dan rasa takut dari dokter sehingga menekan kepercayaan diri para dokter setiap kali menghadapi kasus medik yang berkaitan dengan keselamatan jiwa pasien. Dalam sistem hukum apapun, kepastian hukum menjadi faktor utama terjaminnya tujuan hukum lainnya, yakni keadilan dan kemanfaatan.
- b). Untuk mengurangi risiko terkena gugatan malpraktik, para dokter cenderung menjalankan “*defensive medicine*”. *Defensive medicine occurs when doctors order tests, procedures, primarily (but not necessarily or solely) to reduce their exposure to malpractice liability (Congressional Office of Technology Assessment, 1994).*⁴⁶ *Defensive medicine* meliputi:
 1. *Defensive medicine negative*, yaitu dokter tidak bersedia menangani atau merujuk ke dokter lain apabila dihadapkan pada kasus yang membuatnya ragu- ragu atau takut bertindak; dan
 2. *Defensive medicine positive*, yaitu pemeriksaan yang berlebihan terhadap penanganan suatu penyakit yang sebenarnya tidak diperlukan.

⁴⁶ Salinan Putusan Mahkamah Konstitusi RI No. 14/ PUU-XII/ 2014, hal. 12

Kecenderungan seperti ini jika meluas akan mengganggu optimalisasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Hal itu pada gilirannya akan melemahkan derajat kesehatan masyarakat secara nasional.

- c). Agar perlindungan kepada pasien terpenuhi tanpa mengabaikan perlindungan terhadap dokter, maka perlu diatur norma ketentuan sebagai berikut:
1. Setiap penegakan hukum pidana mutlak diperlukan bukti berupa putusan dari MKDKI yang menyatakan dokter atau dokter gigi bersalah;
 2. Risiko medis sesungguhnya tidak dapat dimasukkan ke dalam pengertian kesalahan praktik profesi medis sepanjang sudah dilakukan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Operasional Prosedur, dan kebutuhan pasien, sesuai dengan keputusan MKDKI.
 3. Membatasi jenis tindak pidana yang dapat dilaporkan dan/ atau dituntut pidana yaitu berupa tindak pidana yang kesalahannya dirumuskan dalam bentuk kesalahan, atau jika kealpaan maka harus yang termasuk dalam kealpaan berat dan bukan kealpaan ringan.

Perlu ditegaskan bahwa pemikiran diatas tidak didasarkan pada alasan karena dokter tidak bisa dipersalahkan dalam menjalankan profesinya. Yang pasti, lebih didasarkan pada pertimbangan bahwa pengadilan tidak memiliki kapabilitas yang memadai untuk memahami tugas dan tanggungjawab seorang dokter pada saat peristiwa berlangsung, terutama dari segi disiplin profesi, ilmu kedokteran dan kesehatan. Kondisi ini yang kemudian mendorong Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI), Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI), Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) beserta Sdr. Mohammad Adib Khumaidi dan Sdr. Salamuddin mengajukan permohonan uji materiil terhadap beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.⁴⁷ Gugatan uji materiil itu telah diputus oleh Mahkamah Konstitusi dengan Putusan Nomor 82/PUU-XIII/2015 dengan amar sebagai berikut:

- (1). Mengabulkan permohonan Para Pemohon untuk sebagian;
- (2). Menyatakan beberapa pasal dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan bertentangan dengan UUD 1945 sehingga dengan demikian, pasal-

⁴⁷ Permohonan uji materiil disampaikan kepada Mahkamah Konstitusi pada tanggal 22 Juni 2015.

pasal tertentu dalam undang-undang tersebut tidak memiliki kekuatan hukum yang mengikat. Pasal-Pasal tersebut adalah:

- a. Pasal 11 Ayat (1) dan (2);⁴⁸
- b. Pasal 90;⁴⁹ dan
- c. Pasal 94.⁵⁰

Selanjutnya, menarik untuk dicatat pertimbangan hakim Mahkamah Konstitusi yang menjadi dasar keputusan tersebut, sebagai berikut:

1. Profesi kedokteran (dokter dan dokter gigi) merupakan profesi yang memerlukan dasar hukum yang sesuai dengan hakikat sesungguhnya dari profesi kedokteran itu sendiri, mengingat dokter dan dokter gigi merupakan profesi yang mempunyai kedudukan yang khusus terkait tubuh dan nyawa manusia sehingga secara mandiri dokter dan dokter gigi dapat melakukan intervensi medis teknis dan intervensi bedah terhadap tubuh manusia yang tidak dimiliki oleh jenis tenaga kesehatan lainnya yang dilakukan secara mandiri;
2. Profesi kedokteran memperoleh otonomi untuk melakukan *self regulation* berdasarkan kepercayaan publik. Kemandirian tersebut menjadikan dokter dan dokter gigi mempunyai *professional trust* yang dapat melakukan tindakan pada tubuh manusia atas dasar keilmuan yang kokoh dan atas dasar kemaslahatan serta keselamatan pasien. Nilai

⁴⁸ Bunyi ketentuannya adalah sebagai berikut: “(1) Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam: a. tenaga medis; b. Tenaga psikologi klinis; c. Tenaga keperawatan; d. Tenaga kebidanan; e. Tenaga kefarmasian; f. tenaga kesehatan masyarakat; g. Tenaga kesehatan lingkungan; h. Tenaga gizi; i. Tenaga keterampilan fisik; j. tenaga keteknisan medis; k. Tenaga kesehatan tradisional; l. Tenaga kesehatan tradisional; dan m. tenaga kesehatan lain; (2) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis”.

⁴⁹ Ketentuan tersebut berbunyi: “(1) Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi menjadi bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia setelah Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia terbentuk sesuai dengan ketentuan Undang-Undang ini; (2) Konsil Kedokteran Indonesia sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) tetap melaksanakan fungsi, tugas, dan wewenangnya sampai dengan terbentuknya Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia; (3) Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) tetap melaksanakan fungsi dan tugasnya sampai dengan terbentuknya sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia”.

⁵⁰ Pasal tersebut berbunyi sebagai berikut: “Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku: a. Pasal 4 ayat (2), Pasal 17, Pasal 20 ayat (4), dan Pasal 21 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku; dan b. Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) menjadi sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia setelah terbentuknya Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia”.

keprofesian tersebut berlandaskan pada kebenaran ilmu dan keselamatan pasien sehingga tidak dapat diintervensi oleh kepentingan apapun;

3. Profesi kedokteran telah memiliki MKDKI yang bertugas untuk melakukan pembinaan dan penegakan disiplin termasuk mengadili pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh anggota profesi. Oleh karenanya, Konsil Kedokteran Indonesia harus berdiri sendiri, mandiri dan independen yang berbeda dengan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI).
4. Selaku pengawas eksternal independen, maka KKI harus bebas dan merdeka dari pengaruh pihak manapun termasuk kekuasaan negara, kecuali dalam hal pelanggaran. Hal ini adalah konsekuensi logis dari sebuah institusi yang mengawasi tindakan dan perbuatan medik yang juga independen.

Pertimbangan dan putusan Mahkamah Konstitusi tersebut menjadi penting untuk dibahas karena secara eksplisit, Mahkamah Konstitusi telah menganggap profesi kedokteran dan organisasi profesi kedokteran memiliki ciri khas yang unik dibanding tenaga kesehatan lain, termasuk eksistensi MKDKI sebagai salah satu dasar pertimbangannya. Akan tetapi, terlepas dari ada tidaknya gugatan uji materiil tersebut, terjadinya kasus yang terkait dengan ketiga orang dokter tersebut menunjukkan bahwa eksistensi dan kinerja MKDKI masih belum mengembirakan, khususnya karena adanya kendala yang terkait dengan pengaturan mengenai kedudukan, peran dan kewenangannya. Apalagi jika memperhatikan pandangan Sabir Alwi selaku Wakil Ketua MKDKI pada saat kasus itu terjadi menilai adanya beberapa kendala yang mempengaruhi kinerja MKDKI. Tiga diantaranya adalah:

- a. Jarak dan keberadaan MKDKI yang terpusat di Jakarta;
Ini menyulitkan pihak yang bermasalah yang berdomisili di kota-kota jauh dari Jakarta.
- b. Sumber daya manusia yang terbatas; dan
Kendala ini terkait dengan terbatasnya kapasitas MKDKI menangani perkara-perkara medis.
- c. Keterbatasan anggaran
Kendala ini merupakan kendala klasik yang berpengaruh terhadap kinerja.

Dengan adanya kendala-kendala itu, kiranya menjadi jelas bahwa disamping aspek inkonsistensi peraturan di bidang kesehatan,⁵¹ kondisi institusi MKDKI juga menjadi persoalan, termasuk ketidakmampuannya untuk memberikan pelayanan maksimal. Di satu sisi, penyelesaian sengketa melalui MKDKI tidak dinyatakan sebagai keharusan namun disisi lain MKDKI juga terganjal berbagai hambatan untuk dapat berfungsi maksimal, yaitu menjadi institusi yang diandalkan untuk menyelesaikan perkara medik di Indonesia.

Harus diakui bahwa dalam menangani pengaduan perkara medik, MKDKI sebenarnya sudah cukup kredibel, objektif, dan profesional. Dalam beberapa kasus yang menonjol, MKDKI bahkan telah menjatuhkan sanksi yang cukup berat kepada dokter yang terbukti melakukan pelanggaran disiplin. Akan tetapi, kinerja tersebut belum mampu meyakinkan masyarakat untuk menggunakan MKDKI sebagai institusi yang diandalkan. Lemahnya kepercayaan masyarakat terhadap peran dan kewenangan MKDKI betapapun harus dipertimbangkan untuk mengkonstruksikan kembali posisi, peran dan kewenangan MKDKI yang lebih kuat dan dipercaya. Arahnya dalam perkara medik, MKDKI harus menjadi lembaga pertama yang menerima dan menangani pengaduan sebelum aparat penegak hukum lain menanganinya. Ini berarti harus mengesampingkan penanganan lembaga sejenis yang tidak memiliki kapabilitas untuk itu seperti Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen sebab pemeriksaan yang dilakukan oleh MKDKI pada praktiknya menjangkau tiga aspek utama, yaitu etika, disiplin, dan hukum.

Alur seperti yang telah diuraikan itu maka seharusnya penyelesaian melalui pengadilan menjadi langkah terakhir (*last resort*) sebab pelanggaran etik dan disiplin pada dasarnya dapat menjadi pintu masuk bagi penilaian ada tidaknya pelanggaran hukum. Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 secara implisit telah menegaskan kewenangan MKDKI dalam melakukan pengawasan dan untuk mengadili pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh salah satu anggota profesi. Berdasarkan pokok-pokok pemikiran tersebut, terutama untuk mengutamakan prosedur penanganan perkara medik secara profesional, maka MKDKI harus terus diperkuat fungsinya. Sasarannya adalah menyatupintukan proses penyelesaian perkara medik guna dapat lebih menjamin kepastian hukum dan keadilan. Penguatan seperti itu memerlukan dukungan kebijakan (*political will*)

⁵¹ Peraturan tersebut meliputi Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran maupun dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

serta landasan hukum yang tidak hanya mengatur aspek organisatoris tetapi juga operasionalnya. Perubahan harus dilakukan, terutama pasca dikeluarkannya Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 yang menetapkan profesi kedokteran dan KKI menjadi profesi dan organisasi profesi yang terpisah dari lingkup pengaturan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam putusan tersebut, Mahkamah Konstitusi menetapkan pula bahwa keberadaan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) tidak untuk menggantikan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dengan pemahaman bahwa yang dimaksud dengan KTKI adalah lembaga yang melaksanakan tugas secara independen yang terdiri atas konsil masing-masing tenaga kesehatan.⁵² Dengan demikian, pemahaman akan KKI mengacu kembali pada ketentuan Pasal 1 angka 3 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang menyatakan bahwa KKI adalah suatu badan otonom, mandiri, nonstruktural dan bersifat independen yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi. Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, MKDKI dibentuk oleh KKI berdasarkan peraturan yang khusus untuk itu. Dengan demikian, putusan Mahkamah Konstitusi tersebut harus diposisikan sebagai payung hukum yang secara normatif dapat lebih menjamin penguatan dan pemberdayaan MKDKI dalam rangka mewujudkan tujuan dari pembentukannya. Lebih lanjut, Mahkamah Konstitusi juga menyatakan secara tegas bahwa salah satu dasar untuk menyatakan profesi dokter dan organisasinya terpisah dari profesi tenaga kesehatan adalah adanya kepercayaan publik dan kepercayaan negara terhadap profesi tersebut. Oleh karena itu, sebagai perwujudan dari kepercayaan besar itu, maka institusi KKI dan MKDKI perlu meresponnya secara positif, terutama dengan cara meningkatkan kinerja dan profesionalitasnya agar tugas dan fungsinya dapat berjalan sesuai dengan harapan masyarakat. Dengan demikian inkonsistensi regulasi di bidang kesehatan, khususnya dalam mengatur mengenai prosedur penyelesaian perkara medik tidak memiliki implikasi hukum yang menghilangkan aspek kepastian hukum, keadilan dan kemanfaatannya bagi masyarakat.

⁵² Hal itu diatur dalam Pasal 1 angka 15 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

C. Kesimpulan

Kesimpulan berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Secara yuridis normatif, terdapat inkonsistensi dalam norma pengaturan hak pasien untuk mengajukan pengaduan atas dugaan pelanggaran standar profesi atau malpraktik di bidang kesehatan. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menentukan dibukanya jalur pengaduan ke MKDKI dengan pertimbangan untuk mengutamakan standar profesi medik yang berbasis keilmuan kedokteran sebagai acuan dalam penanganan perkara medik. Namun, jalur pilihan ini tetap tidak menghilangkan hak pasien untuk melaporkan dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan. Kondisi ini berpotensi menimbulkan inkonsistensi dan bahkan benturan hukum apabila ketiga jalur tersebut ditempuh secara bersamaan. Inkonsistensi hukum itu berpotensi menimbulkan implikasi hukum yang tidak terbatas.
2. Beberapa kajian empirik terhadap kasus-kasus perkara medik menunjukkan bahwa prosedur penyelesaiannya tidak ditempuh melalui MKDKI terlebih dahulu. Akibatnya, putusan pengadilan yang menyidangkannya mengandung cacat hukum dan bahkan keliru. Sebab, pertimbangan hakim tidak mendasarkan pada kaidah profesionalisme dan norma-norma medis terkait otonomi dokter untuk melakukan intervensi medis teknis dan intervensi bedah terhadap tubuh manusia. *Ratio decidendi* Mahkamah Agung hanya fokus pada aspek pidana, aspek kesalahan dan aspek tanggungjawab dalam hubungan hukum sebab dan akibat. Implikasi hukum seperti ini tidak perlu terjadi apabila sejak awal perkara medis itu ditangani oleh MKDKI.

Sehubungan dengan pokok-pokok kesimpulan, terdapat beberapa saran sebagai berikut:

- a. Pemerintah perlu segera menyiapkan usulan penyempurnaan beberapa norma pengaturan, khususnya untuk meniadakan inkonsistensi dalam prosedur pengajuan gugatan maupun pengaduan atas perkara medik yang melibatkan pasien, dokter, rumah sakit dan/atau tenaga kesehatan lainnya sebagaimana diatur dalam beberapa undang-undang sebagai berikut:
 - 1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 - 2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - 3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; dan

- 4) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- b. Pemerintah perlu secara sungguh-sungguh memperhatikan substansi pemikiran dan pertimbangan dalam putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 dan menjadikannya sebagai dasar dan bahan pertimbangan dalam penyempurnaan dan harmonisasi hak pasien dalam peraturan perundang-undangan yang terkait.
- c. Seiring dengan kedua langkah yang disarankan tersebut, organisasi profesi di bidang medik perlu menata dan memperkuat kelembagaan, tugas dan fungsi MKDKI termasuk kedudukan dan kewenangan serta keanggotaan berikut sarana dan prasarana penunjang operasional lembaganya dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya menangani perkara-perkara medik di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Perundang-undangan

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3821

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Lembaran Negara Nomor 116 Tahun 2004, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Nomor 144 Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Lembaran Negara Nomor 153 Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Lembaran Negara Nomor 298 Tahun 2014, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5607

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran. Berita Negara Nomor 915 Tahun 2012

Buku

Achadiyat, Chrisdiono. *Dinamika Etika dan Hukum Kedokteran*. Jakarta: EGC, 2007

Asshiddiqie, Jimly dan M. Ali Safa'at. *Teori Hans Kelsen tentang Hukum*. Jakarta: Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, 2006

- Dunn, William N. *Analisa Kebijakan Publik (Public Policy Analysis)*. terj. Muhadjir Darwin. Jakarta: Hanindita Graha Widia, 1985
- Effendy, Marwan. *Teori Hukum: dari Perspektif Kebijakan, Perbandingan dan Harmonisasi Hukum Pidana*. Ciputat: Referensi, 2014
- Guwandi. *Hukum Medik (Medical Law)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2010
- HS., Salim dan Erlies Septiana Nurbani. *Penerapan Teori Hukum pada Penelitian Tesis dan Disertasi*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada, 2014
- Hatta, Moh. *Hukum Kesehatan dan Sengketa Medik*. Yogyakarta: Penerbit Liberty, 2013
- Kelsen, Hans. *Teori Hukum Murni: Dasar-Dasar Ilmu Hukum Normatif*. Bandung: Nusamedia & Nuansa, 2007
- Prodjodikoro, Wirjono. *Azas-Azas Hukum Perjanjian*. Bandung: Vorkink – van Hoeve, 1959
- _____. *Perbuatan Melawan Hukum*. Bandung: Vorkink – van Hoeve, tanpa tahun
- Mertokusumo, Sudikno. *Mengenal Hukum: Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Liberty, 2003
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 2010
- Ramli, Lany. “Metode Penelitian Ilmu Hukum”. *Metode Penelitian Hukum (Bagian I)*. ed. Valerine, J.L.K. Jakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2005
- Ratman, Desriza. *Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktek Kedokteran dan Malpraktek Medik*. Bandung: Keni Media, 2014
- Soekanto, Soerjono dan Purnadi Purbacaraka. *Sendi-Sendi Ilmu Hukum dan Tata Hukum*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, 1993
- Soekanto, Soerjono. *Pengantar Kriminologi*. Jakarta: Ghalia Indonesia, 1982
- Tutik, Titik Triwulan. *Pengantar Ilmu Hukum*. Jakarta: Prestasi Pustaka, 2006
- van Apeldoorn, L.J. *Pengantar Ilmu Hukum*. terj. Oetarid Sadino. Jakarta: Pradnya Paramita, 2004
- Wahjoepramono, Eka. *Konsekuensi Hukum dalam Profesi Medik*. Bandung: Karya Putra Darwati, 2012

Jurnal Ilmiah

Muslih, M. “Negara Hukum Indonesia dalam Perspektif Hukum Gustav Radbuch”. *Legalitas Vol. IV No. 1, 2013*. Gorontalo: Jurusan Ilmu Hukum Universitas Negeri Gorontalo, 2013

Putusan Pengadilan

Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor 14/PUU-XII/2014

Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor 82/PUU-XIII/2015

Putusan Pengadilan Negeri Cibinong Nomor 24/ CB/ Pdt/ 2004/ PN.Cbn.

Putusan Pengadilan Negeri Cibinong Nomor 126/ Pdt.G/ 2003/ PN.Cbn.

Tesis dan Disertasi

Mulyata, Jaka. “Keadilan, Kepastian dan Akibat Hukum Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor: 100/PUU-X/2012 tentang Judicial Review Pasal 96 Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan”. *Tesis*. Surakarta: Program Magister (S-2) Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret, 2015

Makalah

Nasser, Muhammad. “Sengketa Medis dalam Pelayanan Kesehatan”. *Makalah*. Disampaikan dalam *Annual Scientific Meeting*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 3 Maret 2011