

Jurnal Hukum

& Etika Kesehatan



Volume 4
Nomor 1
Maret 2024



Jurnal Hukum &
Etika Kesehatan



Daftar Isi

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan Vol. 4 No. 1: Maret 2024

DOI : <https://doi.org/10.30649/jhek.v4i1>

Layanan Terapi Sel Punca ditinjau dari Perspektif Bioetika di Indonesia Lusy Erawati dan Sutarno	1-15
Euthanasia Ditinjau dari Aspek Medis, Bioetik, dan Hukum I Gede Eka Agung Agastya Punia	16-25
Diskrepansi Pembayaran BPJS Kesehatan Terhadap Klaim Pelayanan IGD Berdasarkan PERMENKES Nomor 27 Tahun 2014 Willy Johan, Yuyut Prayuti, Arman Lany	26-37

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 4 Nomor 1

Maret 2024

Layanan Terapi Sel Punca Ditinjau dari Perspektif Bioetika di Indonesia

Lusy Erawati dan Sutarno*

Abstract

Degenerative diseases are currently the biggest cause of death in the world. Stem cells which have the ability to regenerate cells are the latest breakthrough for therapy of this disease. Stem cells use cells that come from humans, so they are fraught with ethical issues. Bioethics is a science that evaluates moral actions or the application of ethics based on scientific analysis of biology, medicine and technology for the maintenance of human health. The aim of this research is to analyze the implementation of stem cell therapy services in Indonesia from a bioethical perspective. The research methods used are normative juridical and statutory approaches, as well as conceptual approaches. The results of this research are that the provision of stem cell therapy services in Indonesia should follow ethical principles: it can only be done if it is proven to be safe, it is prohibited for reproductive purposes, it cannot come from embryonic cells, it must be sourced from humans, it cannot be bought and sold, and it is carried out by qualified medical personnel. competent. The obstacle to providing stem cell services in Indonesia is that the facilities, human resources and government regulations are not yet complete, so that many uses of stem cells are not in accordance with ethical issues and applicable regulations.

Keyword : stem cell, research-based therapy, ethics

Abstrak

Penyakit degeneratif saat ini menjadi penyebab kematian terbesar di dunia. Sel punca yang mempunyai kemampuan untuk meregenerasi sel merupakan terobosan terbaru untuk terapi penyakit tersebut. Sel punca menggunakan sel yang berasal dari manusia sehingga sarat dengan masalah etik. Bioetika adalah ilmu yang mengevaluasi tentang tindakan moral atau penerapan etika berdasarkan pada analisis ilmiah tentang biologi, obat dan teknologi untuk pemeliharaan kesehatan manusia. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis penyelenggaraan layanan terapi sel punca di Indonesia dari sudut bioetika. Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normatif dan pendekatan perundang-undangan, serta pendekatan konseptual. Hasil penelitian ini adalah penyelenggaraan layanan terapi sel punca di Indonesia seharusnya mengikuti prinsip etika : hanya boleh dilakukan apabila terbukti keamanannya, dilarang untuk tujuan reproduksi, tidak boleh berasal dari sel embrionik, harus bersumber dari manusia, tidak boleh diperjualbelikan, dan dilakukan oleh tenaga medis yang berkompeten. Kendala penyelenggaraan layanan sel punca di Indonesia yaitu belum lengkapnya sarana, sumber

daya manusia, dan regulasi pemerintah sehingga banyak penggunaan sel punca yang tidak sesuai dengan masalah etika dan peraturan yang berlaku.

Kata Kunci : sel punca; riset berbasis terapi; etika

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Lusy Erawati, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: erawatilusy@gmail.com

Pendahuluan

Penuaan merupakan fase yang alami dalam kehidupan. Pada proses ini, tubuh mengalami perubahan dari waktu ke waktu yang bersifat degeneratif, yang akhirnya dapat menyebabkan suatu gejala. Penyakit yang ditimbulkan karena proses seperti ini disebut sebagai penyakit degeneratif, yaitu suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan jaringan atau organ tubuh menurun fungsinya dari waktu ke waktu. Beberapa jenis penyakit degeneratif yang paling umum adalah osteoarthritis atau radang sendi, kencing manis, penyakit jantung, stroke, dan *alzheimer*.

Saat ini penyakit degeneratif telah menjadi penyebab kematian terbesar di dunia. Menurut *World Health Organizations* (WHO), sekitar 17 juta orang meninggal setiap tahun karena penyakit kronis. Di Indonesia sendiri adanya transisi epidemiologi mengakibatkan adanya pergeseran pola penyakit, yang mana penyakit degeneratif mulai mendominasi (Handajani dkk, 2010:42).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018, prevalensi penyakit jantung 1,5% yang berarti bahwa 15 dari 1000 penduduk Indonesia menderita penyakit jantung, penderita penyakit diabetes 15 dari 1000 penduduk, hipertensi 340 dari 1000 penduduk, sedangkan untuk penyakit stroke 10,9 per 1000 penduduk, dan penyakit sendi 73 dari 1000 penduduk (Riskesdas,2018).

Berdasarkan data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tahun 2020, penyakit degeneratif menempati urutan teratas penyakit berbiaya mahal yaitu sebesar Rp20 triliun atau sekitar 25% dari keseluruhan klaim yang dibayarkan oleh BPJS. Penyakit jantung menempati urutan pertama dengan proporsi pembiayaan terbesar yaitu 49%, disusul kanker 18%, stroke 13%, gagal ginjal 11%, dan lain lain. Dari jumlah 20 triliun tersebut, sekitar Rp9,8 triliun dikeluarkan untuk membayar pelayanan peserta BPJS Kesehatan dengan penyakit jantung yang jumlah kasusnya sebesar 12,9 juta, kanker menempati urutan kedua dengan biaya sebesar Rp3,5 triliun dengan jumlah kasus sebesar 2,5 juta, dan di urutan ketiga adalah penyakit stroke yang menghabiskan anggaran sebesar 2,5 triliun dengan jumlah kasus sebesar 2 juta (BPJS Kesehatan, 2020:6).

Selama ini pengobatan untuk penyakit kronik/degeneratif hanya untuk mengurangi gejala penyakitnya saja, tidak menghentikan prosesnya itu sendiri, sehingga untuk mengatasi hal ini maka sel punca dapat dijadikan terobosan terbaru. (Pranita, 2019). Di dunia saat ini, sel punca merupakan salah satu fokus utama dalam penelitian bioteknologi, khususnya dalam kaitannya dengan terapi sel serta pengobatan penyakit degeneratif.

Sel punca adalah sel yang mempunyai kemampuan untuk memperbarui atau meregenerasi dirinya sendiri dan dapat berdiferensiasi menjadi sel lain yang lebih spesifik. Sel punca mempunyai berbagai manfaat, yaitu berguna untuk terapi penyakit degeneratif yang disebabkan oleh adanya kerusakan sel. (Arif dkk, 2021:24) Definisi sel punca berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Sel Punca Dan /Atau Sel (Permenkes Pelayanan Sel Punca) Pasal 1 berbunyi "Sel Punca adalah sel tubuh manusia dengan kemampuan istimewa memperbarui atau meregenerasi dirinya sendiri (*self regenerate/self renewal*) dan mampu berdiferensiasi menjadi sel lain (*differentiate*)".

Berdasarkan jenisnya sel punca dapat digolongkan menjadi dua macam yaitu sel punca embrionik dan sel punca non-embrionik. (Perdana Wirasila, 2022:748) Sel punca embrionik adalah sel yang berasal dari sel embrio manusia yang berumur 3 sampai 5 hari setelah masa pembuahan. Sel punca non-embrionik merupakan sel punca yang sumbernya berasal dari pemrosesan jaringan sel dewasa dalam tubuh manusia. (Perdana & Wirasila,2022:749)

Pengobatan sel punca diyakini memiliki potensi untuk terapi regenerasi sel. Terapi ini menunjukkan hasil yang cukup menjanjikan, namun masih dalam tahap penelitian sehingga belum menjadi layanan standar dalam pengobatan. Dalam rangka pemanfaatan teknologi sel punca ternyata dapat menimbulkan permasalahan baik bagi masyarakat penerima layanan maupun bagi tenaga medis, apabila tidak ditata dan diatur sebagaimana mestinya. Berbagai permasalahan penyelenggaraan pelayanan sel punca di antaranya adalah dalam pengambilan, pengolahan, pelayanan dan penelitian sel punca dilakukan dengan menggunakan sel yang berasal dari manusia sehingga sarat dengan masalah etik. Adanya promosi berlebihan oleh klinik-klinik kecantikan yang tidak dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya, sumber sel punca yang tidak berasal dari sel manusia, serta banyaknya pelanggaran etik berpotensi menimbulkan kerugian pada masyarakat. Pemahaman masyarakat mengenai pelayanan sel punca secara keseluruhan juga masih sangat terbatas. Pembiayaan terapi sel punca masih mahal karena menggunakan alat dengan teknologi tinggi. Permasalahan yang lain adalah bahwa pelayanan terapi sel punca di Indonesia saat ini terbatas riset berbasis layanan terapi yang dalam penyelenggarannya perlu protokol penelitian serta persetujuan dari komite etik rumah sakit sehingga tidak fleksibel dalam pelaksanaannya, serta banyak kendala-kendala yang dihadapi karena terapi tidak dapat diberikan kepada masyarakat luas.

Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis normatif yaitu penelitian yang mengkaji penerapan kaidah-kaidah atau norma-norma yang terkandung dalam hukum positif. Pendekatan perundang-undangan (*Statute Approach*) yaitu pendekatan yang digunakan untuk mengkaji dan menganalisis Undang-undang dan peraturan yang berkaitan dengan isu hukum yang sedang diteliti (Mahmud, 2021:133-134). Pendekatan kedua adalah Pendekatan Konseptual (*conceptual approach*) yaitu pendekatan yang beranjek dari pandangan-pandangan dan doktrin-dotkrin yang berkembang dalam ilmu hukum (Mahmud, 2021:135-136).

A. Definisi Etika dan Bioetika

Etika berasal dari bahasa yunani yaitu “Ethos”. Kata ‘ethos’ sendiri memiliki arti : adat istiadat, kebiasaan, akhlak, perasaan, watak, cara bersikap, serta cara seseorang berpikir (Tarigan,2022:1).

Etika menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral. Etika dihubungkan dengan empat hal, yaitu sebagai berikut : (Tarigan,2022:2-3).

1. Objek etika yaitu suatu perbuatan yang dilakukan oleh manusia dan berkaitan erat dengan keadaan baik maupun buruk.
2. Sumber etika berdasarkan pada adanya akal atau filsafat yang merupakan hasil pemikiran manusia dalam menhasilkan argumen yang rasional, sehingga sifat etika sendiri tidak mutlak dan bukan universal.
3. Fungsi etika adalah sebagai hal untuk menilai suatu tindakan yang diperbuat oleh manusia, yaitu menilai apakah tindakan yang dilakukan tersebut baik atau buruk.
4. Etika mempunyai sifat relatif karena dapat berubah mengikuti perkembangan zaman. Masing-masing orang mempunyai penilaian yang berbeda-beda tentang benar atau salah, walaupun ada persamaan tetapi bisa saja mempunyai perbedaan dalam hal alasannya. Dalam kehidupan masyarakat, perbedaan bisa dianggap sebagai hal yang normal, asalkan tidak melanggar hak orang lain.

Hippocrates, merupakan bapak etika kedokteran yang hidup pada abad kelima SM. Pada saat itu, Hippocrates membuat janji di depan masyarakat umum, akan menerapkan cara pengobatan untuk kepentingan pasien sesuai dengan penilaian dan kemampuan yang tertinggi dan akan menempatkan kepentingan pasien di atas kepentingannya sendiri, serta berusaha untuk mencegah kesalahan pengobatan yang membahayakan pasien (Tarigan,2022:7).

Etika kedokteran merupakan asas-asas etika yang disusun menjadi suatu ketentuan-ketentuan pragmatis yang mengandung suatu aturan-aturan yang boleh dilakukan dan yang harus dihindari. Aturan tersebut dibuat dan disusun oleh asosiasi atau perhimpunan keprofesian sebagai pedoman dalam berbuat dan bertindak bagi anggota-anggota profesi itu (Sofia,2020:18).

Bioetika berasal dari kata Yunani, yaitu bios yang berarti kehidupan dan ethos yang berarti norma-norma atau nilai-nilai moral atau nilai adat istiadat. Bioetik dalam arti sempit, merupakan ilmu pengetahuan yang mengevaluasi etika yang berhubungan dengan moral pengobatan atau penggunaan teknologi, dan penatalaksanaan terapi yang dilakukan pada manusia. Pada lingkup yang luas, bioetika didefinisikan sebagai suatu tindakan dalam mengevaluasi penerapan moral dan etika yang bertitik tolak pada analisis tentang data-data ilmiah tentang biologi, obat dan teknologi dalam pemeliharaan kesehatan organisme (Tarigan, 2022:9). Bioetika sendiri dalam perkembangannya telah menjadi cabang ilmu multidisiplin yang menyangkut berbagai permasalahan yang timbul karena kemajuan di bidang ilmu biologi dan kedokteran yang berhubungan dengan aspek-aspek di bidang lain seperti social, ekonomi, agama, hukum dan lain sebagainya

(Lestari, 2023:3220) .

Menurut Beauchamp dan Childress terdapat 4 kaidah yang terkandung prinsip-prinsip dasar bioetika, yaitu *beneficence, non-maleficence, autonomy, dan justice* (Afandi, 2017:115).

Beneficence mempunyai arti bahwa seorang dokter harus berbuat baik, menghormati harkat dan martabat manusia, dan melakukan usaha semaksimal mungkin supaya pasiennya selalu dalam kondisi yang baik. Prinsip utama dari *beneficence* adalah bahwa seorang dokter harus mengambil tindakan yang lebih banyak manfaatnya dibandingkan kerugiannya sehingga pasien memperoleh derajat kesehatan terbaik (Adeyani,2019:75).

Non-maleficence dapat diartikan bahwa seorang dokter harus dapat memilih tindakan yang memiliki dampak paling kecil resikonya.

Autonomy, dapat diartikan bahwa seorang dokter harus menghormati martabat dan hak-hak pasien dalam hal menentukan pilihan nasibnya sendiri. Pasien mempunyai hak untuk berfikir dan membuat keputusan sesuai dengan kemauannya sendiri (Adeyani,2019:75).

Justice adalah prinsip keadilan, yang mempunyai arti bahwa seorang dokter harus memberikan perlakuan yang adil terhadap semua pasien yang dilayani. Dokter dilarang membeda-bedakan pasiennya berdasarkan suku, agama, ras, tingkat ekonomi, kedudukan sosial, dan lain-lain (Adeyani,2019:75).

Perkembangan bioteknologi di bidang kedokteran saat ini sudah sangat berkembang luas meliputi berbagai hal seperti biologi molekuler, masalah gen, sel punca, transplantasi organ, masalah reproduksi manusia dan lain-lain yang memerlukan batasan-batasan yang mengatur hal tersebut sehingga tidak mengancam eksistensi manusia serta tidak bertentangan dengan etika. Ilmu tentang bioetika sangat diperlukan saat ini untuk menjamin tindakan-tindakan di bidang kedokteran baik dalam hal diagnosis, terapi, dan rehabilitasi tidak melanggar norma-norma moral dan etika di masyarakat serta dapat mengatasi isu-isu yang berkembang antara dunia kedokteran dengan isu sosial, agama, ekonomi, teknologi dan sains bahkan hukum dan politik.

B. Sel Punca Dari Perspektif Bioetika

Sel punca adalah sel tubuh manusia dengan kemampuan istimewa memperbaharui atau meregenerasi dirinya sendiri dan mampu berdiferensiasi menjadi sel lain. Sel punca ini adalah sejenis sel di dalam tubuh manusia dengan kemampuan yang unik yaitu tetap menjadi sel punca tetapi pada waktu yang bersamaan dapat berproliferasi menjadi sel yang kemudian berdiferensiasi menjadi sel khusus dengan kemampuan khusus juga (Zakrzewski dkk ,2019:1.) Berdasarkan jenisnya sel punca digolongkan menjadi dua, yaitu sel punca embrionik dan sel punca non-embrionik.

Sel punca embrionik adalah sel yang berasal dari embrio manusia berusia 3 sampai dengan 5 hari setelah dilakukan pembuahan. Sel punca embrionik mempunyai sifat mudah berubah dan sangat fleksibel untuk menjadi cikal bakal segala macam sel pada tubuh manusia seperti sel otot, sel darah, sel hati, sel jantung, sel kulit dan sel-sel lainnya serta mempunyai kemampuan untuk mengganti jaringan yang rusak. Cara mendapatkan

sel punca embrionik adalah dengan cara mengambil dari embrio karena proses keguguran atau digugurkan, embrio yang tidak digunakan lagi saat proses bayi tabung, embrio yang diperoleh melalui cloning (Bagiastra & Yuliastri, 2017:31).

Sel punca non-embrionik adalah sel punca yang didapat dari sel dewasa manusia, yaitu berasal dari sel hematopoietik, sel mesenkimal, dan sel progenitor. Sel punca yang berasal dari sel mesenkimal diperoleh dari jaringan lemak (adiposa) dan jaringan periosteum. Sel punca hematopoietik berasal dari darah tali pusat, sumsum tulang, dan darah tepi. Sel progenitor diperoleh dari diferensiasi sel multipoten (Aryana & Febyan, 2023:113).

Penggunaan sel punca embrionik dalam riset yang canggih saat ini telah memunculkan perdebatan di dunia kedokteran. Hal tersebut dianggap kontroversial, karena terdapat proses pengrusakan embrio manusia saat mengisolasi sel punca sehingga terjadi pertentangan karena menimbulkan pelanggaran dalam hukum agama dan kode etik manusia (Widjaja & Efiyanti, 2020:263). Pada saat pemrosesan sel punca, supaya sel induk mempunyai kemampuan berkembang menjadi sel tubuh yang spesifik (pluripotensi), maka harus dilakukan pengambilan sel dari embrio pada fase blastosit (sel yang berusia 5-7 hari setelah pembuahan) sebelum terjadi proses penetrasi pada rahim. Proses pengambilan sel embrio tersebut dianggap sebagai penghancuran kehidupan manusia pada fase awal. Beberapa ahli berpendapat bahwa seperti halnya manusia yang hidup dan telah lahir maka embrio memiliki hak juga untuk hidup dan berkembang (Rahmadana & Azman, 2023:382).

Pengguguran atau aborsi yang disengaja tanpa indikasi medis merupakan tindakan yang melanggar etik dan hukum positif di Indonesia. Tindakan aborsi yang dilakukan sebagai upaya untuk mendapatkan embrio yang akan diproses sebagai bahan dasar sel punca merupakan perbuatan tindak pidana. Hal ini karena pengguguran yang dilakukan untuk mendapatkan embrio tersebut dilakukan dengan cara-cara yang ilegal, disengaja dan tanpa adanya indikasi darurat medis. Perbuatan tersebut termasuk tindak pidana seperti yang tercantum dalam Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) Pasal 346 KUHP yang menyatakan : "Seorang wanita yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh orang lain untuk itu, diancam pidana penjara paling lama empat tahun", dan melanggar Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan) Pasal 427 yang berbunyi "Setiap perempuan yang melakukan aborsi tidak sesuai dengan kriteria yang dikecualikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun". Tindakan aborsi tersebut merupakan perbuatan membunuh dan memutus kehidupan manusia sebelum waktu kelahirannya.

Cara mendapatkan sel punca yang diambil dari embrio melalui proses aborsi elektif atau atas indikasi medis tetap juga menimbulkan perdebatan. Kelompok yang percaya bahwa aborsi atas indikasi medis bisa diterima secara moral, tidak mempersoalkan batasan etika dalam melakukan riset yang melibatkan asal sel punca yang didapat dari embrio yang digugurkan. Kelompok ini menyatakan perlu pembatasan terhadap riset dengan cara menegaskan kembali bahwa keputusan untuk mendonasikan jaringan embrio yang digugurkan itu harus dipisahkan dari keputusan untuk mengakhiri

kehamilan itu sendiri. (Sagita, 2020:58) Manfaat dari pembatasan ini adalah adanya perlindungan terhadap wanita hamil karena kekerasan dan eksplorasi. Kelompok kedua berpendapat bahwa aborsi elektif merupakan sesuatu yang tidak bisa diterima secara moral, sehingga menentang riset yang menggunakan jaringan yang diperoleh dari embrio yang digugurkan karena dianggap tidak sesuai dengan etik (Sagita, 2020:58).

Pengguguran kandungan yang dilakukan untuk keperluan bahan sel punca embrionik merupakan tindakan yang tidak benar karena bertentangan dengan nilai kehidupan manusia. Setiap manusia, termasuk embrio meskipun masih di dalam kandungan tetap memiliki hak asasi untuk hidup. Embrio dianggap sebagai subyek hukum yang kedudukannya sangat rentan dan rawan menjadi korban manipulasi dan dimanfaatkan untuk tindakan yang mengandung unsur kejahatan. Kehidupan embrio yang sangat bergantung pada ibunya menyebabkan setiap keputusan yang terkait dengan kepentingan embrio tersebut secara tidak langsung diwakilkan oleh ibu, hal ini bisa mengakibatkan terjadinya eksplorasi hak hidup, hak otonomi dan hak kebebasan dari embrio tersebut (Perdana & Wirasila, 2022:755)

Cara lain dalam mendapatkan sel embrionik untuk sel punca adalah dengan menggunakan sisa embrio yang tidak dipakai saat pembuatan bayi tabung. Pada proses pembuatan bayi tabung dilakukan pembuahan terhadap 10 hingga 12 sel telur, tetapi hanya 3 atau 4 sel telur saja yang ditanamkan di dalam rahim. Penggunaan sisa embrio tersebut sebagai bahan sel punca dianggap lebih baik daripada dibuang sia-sia. Sisa embrio itu dapat didonasikan ke pasangan lain, atau bisa tetap disimpan untuk digunakan sewaktu-waktu, atau menghancurkannya. Penggunaan sel punca yang berasal dari sisa embrio dari proses bayi tabung untuk pengobatan dalam dunia kedokteran masih menimbulkan pro dan kontra. Pihak yang kontra, menolak karena embrio dianggap tetap mempunyai hak asasi, selain itu alasan lain adalah bahwa riset yang menggunakan embrio dikhawatirkan tidak manusiawi dan resiko terjadinya komersialisasi embrio sisa bayi tabung. Dalam sudut pandang etika, pemanfaatan sel embrio menimbulkan polemik berkaitan dengan status moral, walaupun embrio tersebut baru berusia 4-5 hari pasca fertilisasi tetapi tetap merupakan calon manusia yang tetap mempunyai hak-hak sebagai manusia. Apabila embrio tersebut tetap digunakan sebagai sumber sel punca untuk membentuk sel-sel yang lebih spesifik di dalam organ manusia, maka hal tersebut tetap dianggap merusak "potensi" embrio itu. Hal ini melanggar etika karena sisa embrio tetap merupakan calon manusia yang tidak boleh dirusak apalagi dibunuh (Sagita, 2020:58).

Cara mendapatkan sel embrionik untuk sel punca juga dapat dilakukan dengan cara kloning yaitu suatu teknik penggandaan jaringan dengan cara inti sel telur donor dikeluarkan dan diganti dengan inti sel dari resipien. Sel yang sudah dimanipulasi ini nantinya akan membelah diri dan setelah menjadi blastokista akan diambil sebagai sumber sel punca yang akan dimasukkan kembali kedalam tubuh resipien dengan harapan akan berdiferensiasi menjadi sel organ (Bagiastra & Griadhi, 2017:37). Cara ini melanggar etik karena mengganggu eksistensi manusia yang ada karena kloning adalah membuat individu baru. Dilihat dari sudut pandang etika teknik pengkloningan merupakan suatu tindakan yang mengubah kodrat manusia dalam hal proses kelahiran individu (Indar, Amelia, 2019: 99). Adanya metode kloning ini juga dikhawatirkan terjadi

pencampuran spesies manusia dan binatang yang mengganggu eksistensi manusia sendiri.

Pengawasan masalah bioetik sel punca secara internasional oleh Komisi Bioetik Internasional (*International Bioethic Committee/ IBC*) sebagai cabang komisi di *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO). Pada tahun 2001 dalam pertemuan IBC di Paris, dijelaskan tentang status embrio manusia yang digunakan untuk penelitian sel punca adalah sel yang berusia antara 5 sampai dengan 13 hari sejak terjadinya pembuahan. Dari sisi bioetika, penggunaan sel embrio pada usia tersebut tidak menyalahi etika, karena jaringan tersebut belum menunjukkan eksistensinya sebagai manusia. Komite IBC juga mengizinkan penggunaan sisa embrio hasil proses bayi tabung yang sudah tidak digunakan dan tidak ditanamkan pada rahim. IBC juga mengizinkan penggunaan embrio hasil fertilisasi sel telur dan sperma secara *in-vitro* yang secara khusus dipertemukan untuk tujuan penelitian sel punca. Menurut IBC tindakan tersebut tidak merusak hakikat dan martabat manusia, sepanjang tujuan dari penggunaan embrio tersebut untuk hal yang memberikan manfaat yang lebih luas bagi kelangsungan hidup umat manusia (Sagita,2020:59).

C. Penyelenggaraan Layanan Terapi Sel Punca Di Indonesia

Penyelenggaraan layanan terapi sel punca di Indonesia diatur dalam UU Kesehatan Pasal 135 Ayat 1-4. Dalam UU Kesehatan tersebut telah dinyatakan secara jelas bahwa terapi berbasis sel dan/sel punca di Indonesia dilakukan apabila memang benar-benar terbukti keamanan dan kemanfaatannya yang besar untuk pasien. Asas kemanfaatan dalam hukum bertujuan memberikan kebahagiaan sebesar-besarnya bagi pelaksana aturan tersebut, agar tercipta keseimbangan antara hak dan kewajiban para pihak yang terkait (Koewarijanto, 2015:44),

Dalam UU Kesehatan Pasal 135 Ayat 2 dinyatakan bahwa layanan terapi sel punca di Indonesia dilakukan untuk tujuan penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Dalam hal ini Pemerintah Indonesia telah memfasilitasi pengembangan sel punca sebagai salah satu alternatif pilihan terapi selain model terapi konvensional yang bergantung pada penggunaan obat-obatan dari bahan-bahan kimia. Adanya bioteknologi sel punca, menggeser paradigma di dunia kedokteran dalam hal terapi yang menggunakan bahan kimia konvensional menuju ke arah pemanfaatan teknologi biomolekuler. Perubahan ini telah menimbulkan harapan baru dalam pengobatan berbagai macam penyakit yang tidak dapat disembuhkan sebelumnya (Ningrum & Kurniati, 2019:202). Pengobatan sel punca diyakini memiliki potensi untuk terapi regeneratif. Dalam sejumlah studi, terapi ini menunjukkan hasil yang cukup menjanjikan, namun karena terapi ini masih dalam tahap penelitian sehingga belum menjadi layanan standar dalam pengobatan. Saat ini standar pelayanan terapi sel punca belum ditetapkan pemerintah. Terapi sel punca merupakan metode terapi yang menjanjikan dan diharapkan dapat menjangkau secara luas di masyarakat dengan biaya yang murah, walaupun pada kenyataannya pelayanan terapi ini hanya bisa dinikmati oleh masyarakat golongan tertentu di kota-kota besar karena biaya yang mahal, belum lengkapnya sarana dan sumber daya manusia di daerah serta regulasi dari pemerintah yang belum ada. Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan

hak warga negara Indonesia dan menjadi tanggung jawab pemerintah untuk menyelenggarakannya, seperti amanat yang tercantum dalam UU Kesehatan Pasal 4 Ayat 1 yaitu "Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya". Pada UU Kesehatan Pasal 6 juga dinyatakan bahwa Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat.

Terapi sel punca di Indonesia hanya untuk tujuan pengobatan dan penyembuhan penyakit degeneratif maupun non degeneratif, tetapi pada kenyataannya banyak sekali promosi yang berlebihan yang dilakukan oleh rumah sakit maupun klinik-klinik terutama klinik-klinik kecantikan tentang penggunaan sel punca untuk tujuan terapi segala macam penyakit yang belum terbukti kebenarannya serta perlu riset terlebih dahulu, selain itu terdapat penyalahgunaan sel punca tidak untuk tujuan terapi tetapi untuk tujuan kecantikan dan estetik belaka. Terapi sel punca pada manusia masih harus dilakukan riset mendalam untuk memastikan keamanan dan juga terciptanya standar protokol baku, dari tahap ekstraksi, diferensiasi sel punca, produksi, penyimpanan bahkan sampai pada cara transfer ke target organ pasien (Mahendra,2022:141).

Penyelenggaraan pelayanan terapi sel punca di Indonesia tidak untuk tujuan reproduksi terutama untuk membentuk individu baru diatur dalam UU Kesehatan dan aturan pelaksananya juga terdapat dalam Permenkes Pelayanan Sel Punca Pasal 4 Ayat 4. Penggunaan sel punca untuk tujuan membentuk individu baru jelas bertentangan dengan etika karena mengganggu martabat manusia dan eksistensinya, karena dikhawatirkan akan dibentuknya individu yang super atau terjadi kloning yang mencampurkan spesies manusia dan hewan yang jelas melanggar harkat martabat manusia serta mengganggu eksistensi manusia itu sendiri serta dikhawatirkan adanya upaya manusia akan hidup yang abadi.

Pada UU Kesehatan Pasal 135 Ayat 4, penyelenggaraan layanan terapi sel punca tidak boleh berasal dari sel embrionik karena terjadi pengrusakan embrio manusia pada fase blastosit. Embrio pada masa itu mempunyai kedudukan moral yang sama dengan embrio yang berkembang baik secara normal di dalam rahim wanita maupun di luar dari rahim. Penghancuran embrio sebelum implantasi di dalam rahim wanita diartikan sama dengan membunuh calon manusia dan alasan tersebut tidak dapat diterima walaupun tujuan penelitian yang dilakukan sangat mulia (Sagita,2020:58).

Saat ini sumber sel punca adalah dari sel non embrionik, yaitu sel mesenkimal, sel hematopoietik, dan sel progenitor. Sel Punca mesenkimal diperoleh dengan cara melakukan isolasi, kultur, proliferasi, karakterisasi, dan/atau diferensiasi yang berasal dari jaringan lemak (adiposa) dan jaringan tulang (periosteum), kornea mata, tendon. Sel Punca hematopoietik berasal dari darah tali pusat, sumsum tulang, dan darah tepi. Sel progenitor adalah sel yang diperoleh dari diferensiasi sel multipoten yang diproses untuk menjadi sel yang lebih spesifik (Imantika, 2014:47) sel punca yang berasal dari sel mesenkimal memiliki potensi untuk dikembangkan karena sumber melimpah, mempunyai sifat regeneratif yang luas dan hanya sedikit menimbulkan masalah etik (Suparno, 2022:122). Aturan tentang sel punca non embrionik ini sudah tercantum dalam

Permenkes Pelayanan Sel Punca Pasal 6.

Salah satu sumber sel punca non embrionik adalah darah dari tali pusat bayi. Tata cara pengambilan, penyimpanan dan penyelenggaraan layanan sel punca ini telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Bank Sel Punca Darah Tali Pusat (Permenkes Sel Punca Darah tali Pusat). Pada Permenkes tersebut yang berhak memberikan persetujuan untuk diambilnya sel darah dari tali pusat adalah ibu dari bayi yang bersangkutan dalam hal ini disebut klien, sedangkan bayi yang diambil darah tali pusatnya disebut donor. Penggunaan sel punca darah tali pusat tersebut untuk kepentingan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dapat dimanfaatkan untuk pemakaian *autologus* dan *allogenik*. Ibu bayi yang memperoleh wewenang dalam hal memberikan persetujuan untuk mengambil darah dari tali pusat dan pemanfaatannya di kemudian hari, sehingga seolah-olah hak bayi akan kepemilikan darah tali pusatnya sendiri terabaikan.

Pada Permenkes Pelayanan Sel Punca dijelaskan bahwa sel punca yang digunakan untuk terapi harus bersumber dari manusia, dan tidak dibolehkan menggunakan sumber yang berasal dari hewan dan tumbuh-tumbuhan. Sel punca dari manusia tersebut diambil dari pendonor yang dilakukan dengan cara sukarela tanpa meminta imbalan. Sel punca yang berasal dari pendonor tersebut dilarang untuk diperjualbelikan (Tursina, 2019:68). Dalam prakteknya di masyarakat, ternyata masih banyak iklan-iklan promosi dari berbagai macam klinik yang menjual sel punca yang ilegal. Sumber sel punca yang ditawarkan oleh klinik-klinik tersebut bukan berasal dari manusia, tetapi berasal dari hewan yang jelas dilarang oleh aturan dalam permenkes, sehingga banyak masyarakat yang tertipu dengan maraknya iklan tersebut. Hal ini perlu perhatian khusus dari pemerintah untuk menegakkan disiplin dan sanksi yang lebih tegas terhadap klinik atau rumah sakit yang menyelenggarakan terapi sel punca tidak sesuai dengan aturan yang ada, supaya tidak menimbulkan kerugian di masyarakat.

Sel punca yang diproses terdiri dari sel punca *autologus* yaitu sel punca yang diproses dari diri pasien sendiri dan hanya dipergunakan untuk dirinya sendiri. Jenis yang lain adalah sel punca *allogenik* merupakan sel punca yang ditujukan untuk pasien tertentu yang berasal dari orang lain dan tidak untuk dikomersialkan (donor privat) atau sel punca donor publik yaitu sel punca yang dapat diberikan kepada satu atau beberapa pasien dengan kriteria tertentu. Kendala yang terjadi pada sel punca *allogenik* adalah kesulitan untuk mendapatkan donor yang sesuai dan bersedia untuk memberikan selnya secara sukarela (Sandra, Murti, 2008:97). Hal ini bisa memicu terjadinya jual beli sel yang jelas dilarang oleh Pemerintah Indonesia. Beberapa hal lain yang perlu diperhatikan timbulnya masalah etik di kemudian hari dari pemanfaatan sel punca non embrionik yaitu karena terbatasnya informasi yang diterima pendonor terhadap sel yang diberikannya. Dalam perkembangan selanjutnya, melalui proses sekuensing DNA dalam jumlah yang besar, terdapat kemungkinan akan ditemukan informasi baru tentang penyakit yang tidak diberitahukan kepada pendonor dan yang ditakutkan adalah adanya pengobatan yang mengarah kepada komersialisasi tanpa memperhatikan hak-hak pendonor. Dalam proses penelitian juga dikhawatirkan terjadinya percampuran antara sel manusia dengan sel hewan yang bertentangan dengan keyakinan pendonor (Sagita, 2020:58-59).

Pada Permenkes Pelayanan Sel Punca pasal 16 dijelaskan bahwa pengambilan sel punca harus mendapatkan persetujuan tertulis dari pasien dan/atau pendonor, harus dilakukan oleh tenaga medis yang berkompeten serta memiliki kewenangan klinis sesuai dengan tindakan kedokteran yang akan dilakukannya, berdasarkan standar profesi dan standar prosedur operasional, dan harus bekerja berdasarkan etika profesi dan mengutamakan keselamatan pasien dan/atau pendonor. Standar operasional tersebut harus dipenuhi oleh fasilitas penyelenggara terapi sel punca agar pasien mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Klinik-klinik dan rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan sel punca harus juga menyediakan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terlatih melalui pendidikan yang telah diakui oleh organisasi profesi, kolegium maupun pemerintah, walaupun pada kenyataannya masih banyak tenaga medis dan tenaga kesehatan yang mengikuti kursus-kursus tentang sel punca dengan penyelenggara yang diragukan kompetensinya.

Berdasarkan Permenkes Pelayanan Sel Punca Pasal 20, terapi sel punca dapat dilaksanakan melalui 2 mekanisme yaitu, pelayanan terapi terstandar dan penelitian berbasis pelayanan terapi. Sampai saat ini pemerintah belum menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk pelayanan sel punca. Hampir 15 tahun pelayanan sel punca telah berkembang di Indonesia tetapi SPM sampai sekarang belum ada. Tidak adanya SPM dalam pelayanan sel punca dapat menghambat perkembangan penyebaran terapi sel punca di Indonesia sampai dengan ke daerah-daerah, padahal terapi tersebut merupakan terobosan terbaru dalam bidang kedokteran molekuler yang hasilnya cukup menjanjikan untuk pengobatan penyakit yang sulit disembuhkan, selain itu tidak adanya SPM dapat membahayakan keselamatan pasien karena tidak adanya aturan baku yang mengatur penyelenggaraan layanan tersebut.

Terapi sel punca saat ini yang ada terbatas riset berbasis layanan terapi, sehingga hak-hak pasien dan dokter sebagai peneliti dan pemberi pelayanan harus diperhatikan. Dalam riset berbasis layanan terapi atau penelitian yang dikombinasikan dengan pengobatan maka memiliki beberapa konsep yaitu cara diagnosis atau terapi yang baru tersebut memberikan harapan dalam menyelamatkan jiwa, mengurangi penderitaan dan memiliki kemampuan meperbaiki kesehatan, pasien harus mendapatkan metode diagnosis dan terapi yang baik, haruslah dilakukan pertimbangan kelebihan metode yang baru dibandingkan dengan yang lama (Sundoro & Setiabudy, 2022:17). Dalam riset biomedik pada manusia terdapat panduan yang tercantum dalam Deklarasi Helsinki (1964) dari *World Medical Association* (WMA), yang direvisi di Tokyo (1975), di Venesia (1983), di Hongkong (1989), serta *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* oleh *Council for International Organization of Medical Sciences* (CIOMS) dan WHO (1993) (Tarigan,2022:31). Dalam Deklarasi Helsinki yang dikutip dari Tarigan tercantum prinsip-prinsip dasar riset, etika riset kedokteran yang dikombinasikan dengan pengobatan (riset klinik) dan riset biomedik non terapeutik pada manusia (riset biomedik non klinik), yang penjelasannya sebagai berikut:

- a. Riset yang dilakukan pada manusia harus berdasarkan prinsip yang ilmiah yang dilakukan percobaan laboratorium terhadap hewan terlebih dahulu dan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur ilmiah.

- b. Desain dan pelaksanaan riset yang dilakukan pada manusia wajib ditulis dalam protokol penelitian dan diajukan kepada komite etik yang independen.
- c. Penelitian pada manusia hanya boleh dilakukan oleh orang-orang yang mempunyai kompetensi di bidangnya dan sesuai dengan kualifikasi keilmuan serta diawasi oleh tenaga medis yang kompeten juga.
- d. Penelitian pada subjek manusia tidak boleh dikerjakan kecuali mempunyai tujuan yang sepadan dengan resiko yang akan dihadapi oleh subjek manusia tersebut.
- e. Dalam hal riset yang dilakukan dengan subjek manusia, maka peneliti secara seksama harus sudah mengetahui tentang resiko yang mungkin timbul, adanya potensial manfaat, baik bagi subjek maupun untuk orang lain.
- f. Dalam penelitian dengan subjek manusia maka hak seseorang dalam hal melindungi martabat dirinya harus dihormati. Peneliti harus mengusahakan dampak penelitian sekecil mungkin terhadap gangguan mental, kepribadian, dan fisik subjek penelitian.
- g. Dokter wajib tidak melanjutkan penelitian bila bahaya yang ditemui melebihi manfaat yang diharapkan.
- h. Dalam mempublikasikan hasil penelitiannya dokter wajib melaporkan hasil yang akurat.
- i. Dalam setiap riset pada manusia, maka subjek penelitian harus diberitahu tentang tujuan, metode, manfaat serta bahaya potensial yang mungkin akan timbul. Subjek juga dapat dengan bebas untuk menolak ikut dalam penelitian dan apabila turut berpartisipasi maka subjek bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Dokter harus meminta persetujuan tertulis kepada subjek penelitian setelah memberikan penjelasan.
- j. Dalam meminta persetujuan subjek penelitian, dokter harus berhati-hati terhadap kemungkinan ketergantungan pasien kepada dokternya atau memberi persetujuan dibawah paksaan.
- k. Untuk pasien yang tidak kompeten secara hukum, maka persetujuan harus dimintakan dari walinya yang sah menurut hukum.
- l. Dalam protokol penelitian harus selalu dicantumkan pernyataan tentang norma-norma etik yang dilaksanakan disesuaikan dengan prinsip-prinsip dari Deklarasi Helsinki.

Penyelenggaraan pelayanan sel punca saat ini masih riset berbasis layanan terapi maka dalam pelaksanaannya banyak bersinggungan dengan masalah etik, seperti saat memulai terapi maka pasien yang dianggap sebagai obyek penelitian dan dokter dianggap sebagai peneliti maka harus dilakukan dengan cara-cara yang sesuai dengan kaidah penelitian, termasuk di dalamnya terdapat protokol penelitian, *ethical clearance*, persetujuan dari kepala rumah sakit, persetujuan/rekomendasi dari komite Sel Punca, dan persetujuan pasien sebagai subjek penelitian. *Ethical clearance* dikeluarkan oleh institusi etik dalam hal ini adalah minimal komite etik rumah sakit yang mempunyai kewenangan untuk memberikan persetujuan pada penelitian klinis dengan subjek manusia. Pelayanan sel punca kepada pasien yang berdasarkan penelitian berbasis

pelayanan terapi hanya dilakukan setelah dibuktikan keamanan, efektifitas, dan efisiensinya, tidak boleh diiklankan, pasien sebagai subyek penelitian dapat diberikan asuransi ganti kerugian.

Kelemahan lain penyelenggaraan layanan terapi sel punca yang berpedoman pada riset berbasis layanan terapi adalah banyaknya kendala yang dihadapi apabila layanan tersebut diselenggarakan di daerah daerah. Layanan terapi terapi sel punca saat ini hanya terdapat di kota-kota besar dengan fasilitas, sarana, dan prasarana yang lebih lengkap, dengan pilihan rumah sakit minimal tipe B dengan akreditasi tertinggi, rumah sakit pendidikan utama atau afiliasi, dan rumah sakit tertentu yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Kesimpulan

Terapi sel punca sebagai terobosan terbaru untuk mengatasi masalah proses penuaan yang menyebabkan timbulnya penyakit degeneratif. Terapi ini masih dalam tahap penelitian sehingga belum menjadi layanan standar dalam pengobatan. Sel punca digolongkan menjadi dua jenis, yaitu sel punca embrionik dan sel punca non-embrionik. Penggunaan sel embrionik sebagai sumber sel punca sangat bertentangan dengan masalah etik, maka di Indonesia terapi sel punca menggunakan sumber sel non embrionik. Penyelenggaraan layanan terapi sel punca dilakukan apabila terbukti keamanan dan kemanfaatannya, hanya untuk proses penyembuhan dan pemulihan kesehatan, dilarang untuk tujuan reproduksi, tidak boleh dari sel punca embrionik, harus dari manusia, tidak boleh dari hewan atau tumbuhan, tidak boleh diperjualbelikan sehingga sel punca harus berasal dari donor secara sukarela, dan dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten serta memiliki kewenangan klinis sesuai tindakan kedokteran yang dilakukan berdasarkan standar prosedur operasional dan standar profesi. Terapi sel punca belum ada regulasi dari pemerintah sehingga masih banyak penggunaan sel punca sebagai terapi yang tidak sesuai dengan etika bahkan melanggar aturan pidana. Perlu peranan pemerintah dalam menentukan regulasi dalam penyelenggaraan pelayanan terapi sel punca, sanksi yang tegas apabila terdapat pelanggaran layanan yang tidak sesuai dengan aturan, melanggar norma di masyarakat, serta melanggar etika kedokteran.

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-undangan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Sel Punca Dan / Atau Sel. Lembaran Negara Tahun 2018 Nomor 993

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Bank Sel Punca Darah Tali Pusat. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 1158

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105

Buku-buku

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta
- Mahmud, P. (2021). *Penelitian Hukum*, Cetakan ke-16. Jakarta: Kencana
- Tarigan, S.F. (2022). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Surabaya: JDS

Jurnal

- Adeyani, A., Mappaware, N.A, Madya, F. (2019). Kematian Janin Dalam Rahim Ditinjau dari Aspek Medis, Kaidah Dasar Bioetik, dan Keutamaannya dalam Tinjauan Islam. *UMI Medical Journal : Jurnal Kedokteran*, 4(2), 70-82
- Afandi, D. (2017). Kaidah Dasar Bioetika Dalam Pengambilan Keputusan Klinis Yang Etis. *Jurnal Majalah Kedokteran Andalas*, 40(2), 111-121
- Arif, M., Ali, H., Katar, Y. (2021). Perbedaan Proliferasi Sel Punca Jenis Bone Marrow dan Jenis Wharton's Jelly, *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 2(2), 24-28
- Aryana I.G.N & Febyan. (2023). Sel Punca sebagai Terapi Regenerasi Potensial Kasus Ortopedi. *CDK-313*, 50(2), 113-116
- Handajani, A., Roosihermiatie, B., Maryani, H. (2010). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Kematian Pada Penyakit Degeneratif di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 13(1), 43-53
- Imantika, F. (2014). Peran Sel Punca (Stem Cells) Dalam Mengatasi Masalah Infertilitas Pada Wanita. *Medula*, 2(2), 47-55
- Koewarijanto, H. (2015). Penelitian Terapi Sel Punca Darah Tali Pusat Dan Asas Manfaat. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, 1(1),35-52
- Lestari, R.D. (2023). Bioetika Dalam Ilmu Kedokteran Dan Multidisiplin Keilmuan. *MAHESA: Mahayati Health Student Journal*, 3(10), 3218-3224
- Mahendra, C. (2022). Terapi Berbasis Sel: Perkembangan Terkini. *CDK*, 49(3). 138-142
- Ningrum, A.P. & Kurniawaty, E. (2019). Peran Sel Punca Mesenkim Dalam Memperbaiki Kerusakan Parenkim Paru. *Majority*. 8(1), 201-205.
- Perdana B.W., & Wirasila, N. (2022). Kriminalisasi Penggunaan Sel Punca Embrionik Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. *Jurnal Kertha Wicara*, 11(4), 747-758
- Rahmadana, N., & Azman. (2023). Pengobatan Stem Cell Embrionik; Analisis Perbandingan Hukum Positif dan Hukum Islam. *SHAUTUNA: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Perbandingan Mazhab*, 4(2), 373-391
- Sagita, S. (2020). Kontroversi Penelitian dan Terapi Sel Induk (Stem Cells) dalam Pandangan Etika Sains. *Jurnal Filsafat Indonesia*, 3(2), 54-62
- Sandra, F., Murti, H., Aini, N. (2008). Potensi Terapi Sel Punca dalam Dunia Kedokteran dan Permasalahannya, *JKM*, 8 (1), 94 - 100
- Sofia, J.A. (2020). Kajian penerapan Etika Dokter Pada Pemberian Pelayanan Kesehatan Di Era Pandemi Covid-19. *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, 8(2),16-25
- Sundoro, J., & Setiabudy, R. (2022). Etik Penelitian Kedokteran Indonesia. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 6(1), 15-23

- Suparno, A., Rubinadzari, N., Kasasiah, A. (2022). Generasi Berikutnya: Sel Punca Mesenkim Sebagai Sistem Penghantaran Obat Berbasis Sel. *Majalah Farmasetika*, 7 (2), 121-140
- Tursina, A. (2019). Terapi Transplantasi Sel Punca Sebagai Upaya Pelayanan Kesehatan Di Indonesia Dalam Perspektif Hukum Kesehatan Dan Hukum Islam. *AKTUALITA*, 2 (1), 59-86
- Widjaja, G., Efiyanti, M. (2020). Transfusi, Sel Punca, Dan Transplantasi Organ Dalam Hukum Kesehatan Masyarakat. *Cross-border*, 3(2), 261-275
- Zakrzewski, W., Dobrzyński, M., Szymonowicz, M., dan Rybak, Z. (2019). Stem cells: past, present, and future. *Stem Cell Research & Therapy*, 10(68), 1-22

Majalah

- BPJS Kesehatan. (2020). Penyakit Katastropik Berbiaya Mahal. Tetap Dijamin Program JKN-KIS. *Media Info BPJS Kesehatan*, Jakarta. Edisi 104

Makalah

- Bagiastra, N., & Yuliastrini, N.M.A. (2017). Sel Punca Embrionik dalam Aspek Yuridis dan Etika Biomedis, *Laporan Akhir Hibah Penelitian Unggulan Udayana*. Bali

Laman

- Pranita, E., Sel Punca Jawaban Untuk Pengobatan Penyakit Degeneratif Pada Lansia. (2019). <https://sains.kompas.com/read/2019/12/29/101510423/>. [Diakses 24 September 2023]

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 4 Nomor 1

Maret 2024

EUTHANASIA DITINJAU DARI ASPEK MEDIS, BIOETIK, DAN HUKUM

I Gede Eka Agung Agastya Punia*

Abstract

Euthanasia is the implementation or termination of procedures that allow accelerating or triggering the death of patients whose illness is incurable, in order to free them from the excruciating suffering that torments the patient. Types of euthanasia can be divided into 2 types. Namely active euthanasia and passive euthanasia. Active euthanasia is an event where a doctor or other health worker deliberately carries out an action to end a patient's life. Passive euthanasia means stopping or withdrawing any action or treatment necessary to maintain human survival. This research is normative research using a conceptual and legal approach. The results of the research showed that in the medical aspect it was found that drugs were used in active euthanasia and pseudoeuthanasia was a practice that resembled passive euthanasia. Based on the Bioethics aspect, Autonomy and Justice play an important role in making euthanasia decisions. In legal aspects, until now there is no Indonesian law that regulates the "right to die". Articles that are close to active euthanasia cases is Article 344 of the Criminal Code and Law No. 17 of 2023 on Health can be the basis for passive euthanasia cases in Indonesia.

Keywords: Euthanasia; Autonomy; Justice; death with dignity

Abstrak

Euthanasia merupakan penerapan atau penghentian prosedur yang memungkinkan percepatan atau pemicu kematian pasien yang sakitnya tidak dapat disembuhkan, untuk membebaskan mereka dari penderitaan luar biasa yang menyiksa pasien. jenis euthanasia dapat dibagi menjadi 2 macam. Yaitu euthanasia aktif dan euthanasia pasif. Euthanasia aktif merupakan suatu peristiwa dimana seorang dokter atau tenaga kesehatan lainnya, secara sengaja melakukan suatu tindakan untuk mengakhiri hidup seorang pasien. Euthanasia Pasif berarti menghentikan atau mencabut setiap tindakan atau pengobatan yang diperlukan untuk mempertahankan keberlangsungan dari manusia. Penelitian ini merupakan penelitian normatif dengan menggunakan penggunaan konseptual dan pendekatan undang-undang. Hasil dari penelitian didapatkan bahwa pada aspek medis ditemukan bahwa obat-obatan digunakan dalam euthanasia aktif dan pseudoeuthanasia merupakan praktik yang menyerupai euthansia pasif. Berdasarkan aspek Bioetik, Autonomy dan Justice memegang peran penting dalam

pengambilan Keputusan euthanasia dan pada aspek hukum. Sampai sekarang belum ada hukum Indonesia yang mengatur mengenai "hak untuk mati". Pasal yang mendekati untuk kasus euthanasia aktif adalah pasal 344 KUHP dan Undang-Undang no 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dapat menjadi dasar untuk kasus euthanasia pasif di Indonesia.

Kata Kunci : Euthanasia; *Autonomy; Justice; Death with dignity*

* Fakultas Kedokteran, Universitas Mahasaraswati Denpasar

Correspondence: I Gede Eka Agung Agastya Punia, Fakultas Kedokteran Universitas Mahasaraswati Denpasar, Denpasar, *Indonesia*. Email: agastya@unmas.ac.id

Pendahuluan

Euthanasia berasal dari kata Yunani, "*euθανασία*" dimana Eu berarti Baik dan Thanatos berarti kematian. Euthanasia dapat diartikan sebagai penerapan atau penghentian prosedur yang memungkinkan percepatan atau pemicu kematian pasien yang sakitnya tidak dapat disembuhkan, untuk membebaskan mereka dari penderitaan luar biasa yang menyiksa mereka. Euthanasia merupakan topik yang didiskusikan banyak dalam sejarah karena topik ini berhubungan dengan hak asasi manusia yang telah dipertahankan secara universal dalam beberapa tahun. (Marin-Ollalla , 2022). Berdasarkan jenisnya euthanasia dapat dibagi menjadi 2 macam. Yaitu euthanasia aktif dan euthanasia pasif. Euthanasia aktif merupakan suatu peristiwa dimana seorang dokter atau tenaga kesehatan lainnya, secara sengaja melakukan suatu tindakan untuk mengakhiri hidup seorang pasien. Euthanasia aktif digolongkan menjadi dua macam yaitu secara langsung dan secara tidsak langsung. Euthanasia aktif secara langsung adalah ketika dokter atau tenaga kesehatan melakukan suatu tindakan medis dengan maksud meringankan penderitaan pasien sehingga secara logis dapat di perkirakan bahwa kehidupan pasien diperpendek atau diakhiri. Euthanasia pasif terjadi apabila dokter atau tenaga kesehatan lainnya secara sengaja tidak lagi memberikan bantuan medis kepada pasien yang dapat menunjang hidupnya (Priyanto, 2013:3) Pemberian Euthanasia pasif sejenis ini bertujuan mencegah dalam penundaan kematian dan mengizinkan pasien memasukkan sebuah keadaan yang irreversible dan fatal pada panyakit pasien tersebut. (D.J. McQuoid-Mason, 2020). Berdasarkan sisi hukum, Pemberian euthanasia pasif secara umum dapat diterima akan tetapi euthanasia aktif illegal di semua negara. Seorang tenaga medis yang melakukan euthanasia aktif dapat dikatakan melakukan tindakan pembunuhan dan dapat dihukum secara pidana (Annadurai, 2014). Dari hasil penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa euthanasia secara umum terdapat 3 konsep penting yang perlu dibicarakan yaitu konsep secara medis, bioetika, dan secara hukum. Penelitian ini akan membahas bagaimana euthanasia ditinjau dalam aspek medis, aspek kaidah dasar bioetika dan aspek hukum.

Metode Penelitian

Jurnal ini merupakan penelitian normatif dengan menggunakan penggunaan konseptual dan pendekatan undang-undang. Pendekatan konseptual merupakan pendekatan yang diperlukan dalam mengkaji dan menganalisis dari kerangka pikir, konseptual atau landasan teoritis dengan cara menggabungkan konsep-konsep praktis yang dapat diimplementasikan menjadi satu sudut pandang tertentu dan menjadi solusi atas permasalahan yang telah terjadi.

Pendekatan Undang-Undang adalah pendekatan yang dilakukan dengan menelaah semua peraturan perundang-undangan dan regulasi yang bersangkut paut dengan isu hukum yang ditangani (Marzuki, 2011:93).

Analisis dan Diskusi

A. Euthanasia dalam Aspek Medis

Berdasarkan Aspek Medis, Euthanasia dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu Euthanasia aktif (*Active*) dan Euthanasia Pasif (*Passive*)

1. Euthanasia Aktif

Euthanasia aktif berarti memasukkan pemberian obat-obatan dan substansi lainnya dengan tujuan membuat seseorang meninggal berdasarkan keinginan mereka atau perwakilan mereka, dengan bertujuan memberikan kematian menggunakan metode yang secara teoritis disebut mudah, cepat, dan tanpa rasa sakit. Di luar negara Indonesia, terdapat konsep *Death with dignity* dimana *Death with dignity* adalah sebuah pemikiran bahwa individu yang sakit parah harus memiliki hak untuk membuat keputusan akhir hidupnya sendiri, seperti menentukan seberapa besar rasa sakit dan penderitaan yang harus mereka tanggung dan kapan harus mengakhiri hidup mereka sendiri (Badcott & Oduncu, 2010). *Death with dignity* biasanya terwakili dalam undang-undang *Death with dignity* yang memberikan hak kepada orang yang sakit parah untuk membuat keputusan penting di akhir hidupnya Undang-undang ini biasanya disebut sebagai undang-undang bantuan dalam kematian (*aid-in-dying laws*), undang-undang kematian yang dibantu secara sukarela (*voluntary-assisted dying laws*) (Segal, 2019) Salah satu negara yang melegalkan tindakan euthanasia dan *death with dignity* adalah Belanda. Di negara Belanda terdapat beberapa jenis obat-obatan yang digunakan dalam pelaksanaan Euthanasia.

Tabel 1. Penggunaan obat-obatan Euthanasia Aktif di Belanda dari tahun 1993-2005

Obat-obatan	1993 (van der wal GA)	2001 (Rietjens et al)	2005 (Rietjens et al)
Neuromuscular relaxant	55%	63%	65%
Barbiturate	49%	11%	8%
Benzodiazepine	34%	0%	7%
Morfin/Opioid	29%	22%	16%
lainnya	9%	1%	0%

Sumber : Van der Wal, 1993 dan Rietjens et al, 2005

Pada tahun 1993, 23% kasus benzodiazepine dikombinasikan dengan muscle relaxant sedangkan pada 20% barbiturate digunakan dengan kombinasi dengan muscle relaxant sehingga Muscle Relaxant digunakan pada 55 kasus. Mayoritas dari kasus diatas 61% obat diberikan secara intravena, 20% menggunakan oral dan biasanya menggunakan barbiturate. 10% melalui Intramsucular untuk muscle relaxant dan morfin. Terdapat perbedaan dosis yang digunakan. Pada morfin dosis yang digunakan adalah 20-320 mg dan untuk thiopenthal sebanyak 200-3000 mg.

2. Euthanasia Pasif (*Passive*)

Euthanasia Pasif berarti menghentikan atau mencabut setiap tindakan atau pengobatan yang diperlukan untuk mempertahankan keberlangsungan dari manusia, sehingga pasien diharapkan meninggal setelah tindakan penyelamatan dihentikan. Menurut Leenen (1987), dalam praktik sehari-hari ada bentuk pengakhiran hidup yang mirip dengan Euthanasia, tetapi sesungguhnya bukan Euthanasia. Tindakan euthanasia yang dilakukan adalah jenis euthanasia semu (*Pseudo-euthanasia*) dimana Leenen menjelaskan bahwa beberapa jenis yang disebut sebagai euthanasia semu antara lain

1) Penghentian pengobatan yang tidak berguna secara medis.

Perawatan medis dibenarkan secara pengertiannya dan cara yang digunakan harus sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika pengobatan tidak memungkinkan lagi atau tidak ada perbaikan yang dapat dihasilkan dari tindakan medis dan cara yang tersedia tidak proporsional, maka dokter berhak untuk menghentikan perawatan medis tersebut. Ketika seorang pasien meninggal karena keputusan ini, hal ini tidak dianggap sebagai Euthanasia. Tidak ada orang yang secara hukum terikat untuk melakukan hal yang tidak mungkin. Ketika obat tidak memiliki kemampuan apa-apa untuk ditawarkan, perawatan medis menjadi tidak berguna. Keputusan untuk menghentikan pengobatan yang tidak berguna secara medis dan tidak boleh menyertakan kriteria non-medis atau penilaian tentang makna kehidupan pasien. Hal itu terikat dalam batas-batas standar profesional medis. Ketika gagasan tentang pengobatan yang tidak berguna secara medis diperluas dengan selain kriteria medis, ia kehilangan karakter medisnya. Setelah penghentian pengobatan, tentu saja, perawatan normal dan sedasi nyeri harus diberikan. Setiap tindakan medis harus diperhatikan tujuan dari tindakan tersebut. Tindakan tersebut harus memiliki hal yang reasonable antara tindakan medis tersebut dan efek dari

tindakan tersebut. apabila tidak terdapat suatu perbandingan yang reasonable sehingga dapat dinilai bahwa tindakan tersebut sama sekali tidak ada gunanya, maka seseorang dokter tidak lagi berkompeten dalam melakukan perawatan medis. Hal-hal ini sangat berhubungan dengan batas ilmu kedokteran (*grenzen der geneeskunst*), menurut Leenen, melakukan tindakan medis (*medische ingrepen*) yang tidak ada gunanya dapat dikatakan sebagai penganiayaan

2) Menghilangkan rasa sakit. (Painkilling)

Tujuan dari penghilang rasa sakit adalah untuk meringankan penderitaan pasien. Kemungkinan memperpendek umur pasien merupakan efek samping; tujuannya bukan untuk mengakhiri hidup. Tindakan tidak harus didefinisikan berdasarkan efek sampingnya, tetapi menurut tujuannya, yaitu untuk menghilangkan rasa sakit yang diderita pasien

3) Pasien menolak tindakan atau perawatan medis terhadap dirinya

Tidak ada pasien yang dapat dirawat tanpa persetujuannya dan merupakan haknya untuk menarik persetujuan yang diberikan. Maka dokter tidak berhak mengobatinya. Ketika pasien meninggal karena penolakannya, dokter tidak melakukan Euthanasia dengan tidak bertindak

4) *Force Majeure*

Situasi *force majeure* terjadi ketika seorang dokter tidak dapat merawat semua pasien yang meminta pertolongannya. Maka keputusan untuk merawat satu pasien mungkin menyiratkan kematian pasien lainnya. Dokter kemudian tidak memberikan Euthanasia. Tidak ada yang bisa dimintai pertanggungjawaban atas hal *force majeure* (Leenen, 1987)

B. Euthanasia dalam Aspek Bioetika

Prinsip-prinsip Bioetika dalam kaidah dasar kedokteran dikemukakan oleh Beauchamp dan Childress (1994) yang mengatakan bahwa untuk mencapai suatu keputusan etik memerlukan empat kaidah dasar moral yaitu:

1. Prinsip Otonomi (*Autonomy*), merupakan prinsip moral meliputi menghargai hak-hak pasien terutama dalam hak otonomi pasien. Prinsip dari moral ini merupakan prinsip dasar dari informed consent. Dalam hal prinsip ini, seorang dokter wajib menghormati martabat dan hak manusia
2. Prinsip keuntungan (*Beneficence*) merupakan prinsip moral yang mengutamakan dari segala tindakan yang ditujukan untuk kebaikan pasien. Dalam prinsip Beneficence terdapat juga perbuatan dimana sisi baik lebih besar daripada sisi buruk sehingga seorang dokter harus berbuat baik, menghormati hak asasi dan martabat manusia, dan dokter tersebut harus berusaha secara maksimal untuk pasien tetap dalam kondisi sehat.
3. Prinsip Tidak Merugikan (*Nonmaleficence*) merupakan prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk dari keadaan pasien saat ini. Dalam prinsip moral ini menjelaskan kalau segala tindakan yang dilakukan oleh dokter atau tenaga medis lainnya tidak boleh melakukan tindakan yang memperburuk pasien dan memilih

- pengobatan yang beresiko paling kecil bagi pasien yang dirawat atau diobati olehnya
4. Prinsip Adil (*Justice*) merupakan prinsip moral dimana prinsip ini mementingkan keadilan dalam bersikap ataupun mendistribusikan sumber daya. Keadilan merupakan suatu prinsip dalam pelayanan dimana seorang tenaga medis harus memberikan perlakuan sama rata serta adil untuk kenyamanan pasien tersebut (Beauchamp & Childress, 1994:39)

Selain dari kaidah Beauchamp & Childress, terdapat pendekatan keputusan etik yang berbeda dari kaidah moral diatas. Teori ini dikembangkan oleh Jonsen, Siegler, dan Winsdale yang menggunakan 4 topik yang penting dalam pelayanan klinik yaitu:

- a. *Medical Indication*: Segala jenis prosedur diagnostik dan terapi yang sesuai digunakan untuk mengevaluasi keadaan pasien dan mengobatinya (Jonsen et al, 2022:9)
- b. *Patient Preferences*: Prinsip keputusan etik ini memperhatikan nilai-nilai dan penilaian tentang manfaat dan beban yang akan diterimanya, prinsip ini merupakan cerminan dari kaidah autonomy menurut Beauchamp dan Childress. Pertanyaan etik dari patient preferences meliputi tentang kompetensi pasien, sifat kesukarelaan sikap dan keputusannya, pemahaman atas informasi, siapa pembuat keputusan apabila pasien tidak kompeten, nilai dan keyakinan yang pasien anuti, dan lain-lain (Jonsen et al, 2022:47)
- c. *Quality of life*: Merupakan penerapan salah satu dari tujuan kedokteran, yakni memperbaiki, menjaga atau meingkatkan kualitas kehidupan. Apa, siapa dan bagaimana melakukan penilaian dari kualitas hidup merupakan suatu pertanyaan etik sekitar prognosis yang berkaitan dengan konsep dasar bioetik yaitu beneficience, Nonmaleficence dan Autonomy (Jonsen et al, 2022:109)
- d. *Contextual Features*: Pada dasarnya keputusan etik ini adalah Loyalty and Fairness. Dalam keputusan etik ini, pertanyaan etik akan dibahas seputar aspek non medis yang mempengaruhi dari keputusan seperti faktor keluarga, ekonomi, budaya, agama, alokasi sumber daya, kerahasiaan, dan faktor dari hukum. Pasien dan keluarga serta tenaga medis memerlukan mendapatkan Informasi mengenai aspek etik, agama, hukum, dan budaya (Jonsen et al, 2022:161)

Penjelasan dari pengertian euthanasia tersebut menunjukkan bahwa menentukan dari akhir kehidupan merupakan sebuah hal yang memiliki hal pilihan. Ide dari euthanasia dapat ditunjukkan dalam membentuk konsep sentral dalam hak otonomi pasien (Autonomy). Hak otonomi pasien menyediakan dasar dari seorang manusia untuk menentukan sesuai keinginannya bagaimana ia ingin diperlakukan dalam proses penerimaan tindakan medis. Penyesuaian terhadap keinginan pasien untuk dirawat merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam proses penerimaan tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya oleh dokter. Pemenuhan hak otonomi pasien perlu mendapatkan perhatian khusus, mengingat salah satu prinsip utama dalam pengobatan adalah otonomi (TANUWIJAYA, 2020). Kaidah otonomi merupakan salah satu prinsip dasar dari pelayanan medis. Kaidah ini menekankan bahwa penghormatan terhadap kepuasan pasien merupakan hal penting dalam pelayanan medis. Ciri-ciri asas otonomi yang mengedepankan nilai-nilai kemanusiaan memberikan pandangan bahwa pelayanan kesehatan diperlukan untuk menjunjung tinggi norma hak asasi manusia. Akan

tetapi, keterkaitan yang diberikan oleh nilai-nilai hak asasi manusia memberikan pandangan yang seolah-olah memberikan peluang bagi manusia untuk memiliki kemauan apapun untuk dirinya sendiri. Tentang euthanasia, Terkait hak otonomi dan hak asasi manusia, memberikan tindakan ini dimaksudkan sebagai penghormatan terhadap keputusan seseorang yang bertujuan mempertahankan kehormatannya. (Kontomanolis et al, 2018). Ide mengenai euthanasia jelas mempengaruhi otonomi manusia. Otonomi manusia memunculkan pandangan bahwa pelaksanaan euthanasia dilakukan untuk menjunjung tinggi kehormatan kebebasan memilih seseorang. Kehormatan yang diberikan kepada pilihan manusia untuk memutuskan apa yang diinginkannya dalam hidupnya diberikan kepada pasien. Penghormatan terhadap keputusan pasien dapat berdampak pada asas otonomi. (Tsai, 2001). Otonomi manusia tidak dapat dijalan begitu saja, dalam sebuah negara terdapat supremasi hukum. (Goldstein et al, 2012). Di dalam negara Indonesia, negara kita menentang euthanasia dimana euthanasia dikategorikan sebagai suatu tindakan pembunuhan sebagaimana tercantum di dalam pasal 344 KUHP.

Selain dari autonomy, Justice juga merupakan salah satu dari 4 prinsip fundamental etika medis. Semua individu dalam masyarakat harus diberi layanan secara adil. Salah satu argument yang terdapat dalam euthanasia adalah apabila euthanasia dibiarkan secara legal, maka euthanasia dapat dilakukan pada kasus-kasus dimana euthanasia tidak diperkenankan secara moral untuk dilakukan dimana pasien-pasien tersebut tidak kompeten. (Schüklenk et al, 2011). Selain itu apabila seseorang memiliki motivasi dimana motivasi tersebut tidak berasal dari keinginannya sendiri, contohnya adalah melalui paksaan atau ancaman maka otonomi dari pasien tersebut terganggu. Dalam hal ini, muncul kekhawatiran mengenai kelompok rentan, seperti orang yang sakit parah, orang yang tidak mampu secara mental, dan orang lanjut usia. Masih terdapat ketakutan yang dapat dimengerti bahwa euthanasia berpotensi mengarahkan masyarakat pada sikap bahwa penderitaan tidak seharusnya menjadi bagian dari kehidupan, saling ketergantungan adalah sebuah beban, dan kehidupan penyandang disabilitas atau individu yang sakit parah tidak layak untuk dijalani. (Fontalis et al, 2018). Argumen dari para penentang euthanasia telah menimbulkan kekhawatiran mengenai apakah upaya perlindungan tersebut akan memadai, dan hal ini tampaknya juga menjadi argumen utama dalam perdebatan di beberapa yurisdiksi. Konsekuensinya, izin hukum apa pun terhadap euthanasia di masa depan harus dikembangkan bersama dengan peraturan perlindungan yang jelas untuk memastikan penyalahgunaan euthanasia dan melindungi individu yang rentan dari pemaksaan. Perlindungan tersebut juga harus menjaga keadilan masyarakat, dan memastikan kesetaraan dan ketersediaan layanan kesehatan bukan merupakan faktor penentu dalam pengambilan keputusan euthanasia.

C. Euthanasia dalam Aspek Hukum.

Dalam Aspek Hukum, terutama dalam hukum Indonesia, Indonesia belum memiliki undang-undang yang mengatur mengenai "hak untuk mati". Dalam Undang-undang Dasar 1945, Hak Asasi Manusia yang diatur hanya "hak asasi untuk hidup" belum mengatur "hak asasi untuk mati". Undang-undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia tidak pula mengatur mengenai "hak untuk mati", tetapi hanya mengatur "hak

untuk hidup" sebagaimana ditentukan dalam Pasal 4 Undang-undang tersebut (Sjahdeini, 2020:215).

Dalam KUHP tidak diketemukan pasal yang secara nyata mengatur tentang euthanasia aktif (Warjiyati, 2020). Akan tetapi jika dicermati maka pasal yang digunakan untuk menunjukkan pelarangan terhadap euthanasia di Indonesia adalah pasal 344 KUHP yaitu mengenai pembunuhan yang dilakukan dengan permintaan sangat dan tegas oleh korban. Pasal 344 KUHP menyebutkan bahwa "barang siapa menghilangkan jiwa orang lain atas permintaan orang itu sendiri, yang disebutkannya dengan nyata dan dengan sungguh-sungguh, di hukum penjara selama-lamanya 12 tahun". Pada rumusan pasal ini disyaratkan bahwa permintaan untuk membunuh harus disebutkan dengan nyata dan sungguh-sungguh (*ernstig*). jika syarat ini tidak terpenuhi maka pelaku akan dikenakan pasal 338 KUHP yaitu pasal mengenai pembunuhan biasa.

Pada kasus Euthanasia Pasif, Kejadian ini dapat ditindaklanjuti berdasarkan undang-undang no 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. Dimana kasus ini dapat dikategorikan menjadi 2 jenis kasus:

1. Jika Euthanasia Pasif dilakukan atas permintaan pasien tersendiri, maka tidak dihukum karena pasien melakukan penolakan tindakan medis. Hal ini sesuai dengan pasal 192 undang-undang no 17 Tahun 2023 dimana mengatakan bahwa "Rumah Sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila Pasien dan/ atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian Pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif"
2. Jika Euthanasia Pasif dilakukan tanpa permintaan pasien, maka dapat dikatakan pihak tenaga medis melakukan sebuah kealpaan. Dalam hal ini mengacu kepada undang-undang no 17 Tahun 2023 tentang kesehatan medis pasal 440 ayat (2) maka tenaga medis dapat dikenakan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun

Kesimpulan

Euthanasia dapat diartikan sebagai penerapan atau penghentian prosedur yang memungkinkan percepatan atau pemicu kematian pasien yang sakitnya tidak dapat disembuhkan, untuk membebaskan mereka dari penderitaan luar biasa yang menyiksa mereka. Secara medis, euthanasia aktif dilakukan pemberian obat-obatan dan substansi lainnya dengan tujuan membuat seseorang meninggal berdasarkan keinginan mereka atau perwakilan mereka dan pada euthanasia pasif, praktik yang sering dikatakan euthanasia pasif adalah berupa pseudo-euthanasia dimana tindakan yang dilakukan merupakan euthanasia tetapi sesungguhnya bukan euthanasia. Dari sisi bioetik, otonomi (*autonomy*) dan *justice* merupakan unsur yang penting dalam euthanasia, sedangkan dari aspek hukum, sampai sekarang belum ada undang-undang yang mengatur mengenai "hak untuk mati" dan dalam KUHP juga belum ada pasal yang mengatur ketentuan mengenai euthanasia aktif akan tetapi pasal yang mendekati adalah Pasal 344. Undang-undang no 17 tahun 2023 tentang Kesehatan sudah menjelaskan dampak hukum apabila seseorang memilih untuk melakukan euthanasia pasif.

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-Undangan :

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Buku :

Beauchamp, T.L. and Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. 5th Edition. New York: Oxford University Press.

Jonsen, A.R., Siegler, M., Winslade W.J.(Eds.). (2022). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 9e. McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3130§ionid=262031275>.

Marín-Olalla F.(2018) La eutanasia: un derecho del siglo xxi [Euthanasia: a 21st century right]. *Gac Sanit*. 2018 Jul-Aug;32(4):381-382. Spanish. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.01.007.

Marzuki, P. M. (2017). *Penelitian Hukum Edisi Revisi*. Penerbit: Prenada Medika.

Priyanto, A. (2013). *Euthanasia Ditinjau Dari Segi Medis Dan Hukum Pidana Di Indonesia*. Makassar: Universitas Hassanudin.

Sjahdeini, S. R. (2020). *Hukum kesehatan tentang hukum malapraktik tenaga medis Jilid 1*. Penerbit : IPB press, Bogor.

Jurnal :

Annadurai, K. (2014). Euthanasia: Right to Die with Dignity. *J Family Med Prim Care*. 3(4), 477-478. DOI: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148161>.

Badcott D, Oduncu FS. (2010) Perspectives on assisted dying. *Med Health Care and Philos* (2010) 13:351-353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-010-9269-9>.

Castro, M. P. R. D. (2016). Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review. *Rev. Bioét*, 24(2), 355-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>.

Fontalis, A., Prousalis, E., Kulkarni, K. (2018). Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate?. *J R Soc Med*. 2018 Nov;111(11):407-413. DOI: <https://doi.org/10.1177/0141076818803452>.

Goldstein N.E., Cohen L.M., Arnold R.M., Goy E., Arons S., Ganzini L. (2012). Prevalence of formal accusations of murder and euthanasia against physicians. *J Palliat Med*. 2012 Mar;15(3):334-9. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0234>.

Kontomanolis, E., et al. (2018). The Conflict between Euthanasia and Human Dignity: A Different Glance. *The Ulutas Medical Journal*, 4(4), 184-193. DOI: <https://doi.org/10.5455/umj.20180802071802>.

Leenen, H.J. (1987). Euthanasia, assistance to suicide and the law: developments in The Netherlands. *Health Policy*, 8(2), 197-206. DOI: [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(87\)90062-5](https://doi.org/10.1016/0168-8510(87)90062-5).

Marín-Olalla F.(2018) La eutanasia: un derecho del siglo xxi [Euthanasia: a 21st century

- right]. *Gac Sanit.* 2018 Jul-Aug;32(4):381-382. Spanish.
DOI: [10.1016/j.gaceta.2018.01.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.007). Epub 2018 May 8. PMID: 29751982.
- McQuoid-Mason, D.J. (2013). Emergency medical treatment and 'do not resuscitate' orders: when can they be used?. *The South African Medical Journal*, 103(4), 223-5. DOI: <https://doi.org/10.7196/samj.6672>.
- Rietjens, J. A.C. et al. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. *Journal of Bioethincal Inquiry*, 6(3), 271-283. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s11673-009-9172-3>.
- Schüklenk, U et al. (2011). End-of-life decision-making in Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*, 25(1) 1-73. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01939.x>.
- Segal, D.L. (2019). Death with dignity. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_746-1.
- Tanuwijaya, F. (2020). Euthanasia and the Assessment of Patients' Autonomy Rights in the Indonesian Criminal Code. *Lentera Hukum*, 7(2), 232-243. DOI: <https://doi.org/10.19184/ejlh.v7i2.18701>.
- Tsai, D. F. C. (2001). How should doctors approach patients? A Confucian reflection on personhood. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), 44-50. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme.27.1.44>.
- Van Der Wal, G. (1993). Unrequested termination of life: is it permissible? *Bioethics*, 7(4), 330-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1993.tb00223.x>.
- Warjiyati, S. (2020). Implementasi Euthanasia dalam Perspektif Ulama dan Hak Asasi Manusia. *Al-Jinâyah: Jurnal Hukum Pidana Islam*, 6(1). DOI: <https://doi.org/10.15642/aj.2020.6.1.257-284>.

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 4 Nomor 1

Maret 2024

DISKREPANSI PEMBAYARAN BPJS KESEHATAN TERHADAP KLAIM PELAYANAN IGD BERDASARKAN PERMENKES NOMOR 27 TAHUN 2014

Willy Johan*, Yuyut Prayuti*, Arman Lany*

Abstract

In realizing Universal Health Coverage (UHC), Indonesian government has launched a national health insurance program (JKN) organized by the Health Social Security Administering Agency (BPJS) starting from January 01, 2014. The policy of determining outpatient episodes for patients in the emergency department (ED) who receive treatment for less than 6 hours raises problems related to claims for services provided by service providers. Hospitals are required to provide health services in emergency situations to save lives and prevent disabilities, while also having profit objectives. This research aims to describe the output and impact in relation to the regulations. The research uses normative legal research methods with statute approach, conceptual approach and a non-judicial case study approach, presenting several cases related to discrepancies between ER services provided and claims paid, especially for patients who die in the ER within 6 hours, which is suspected to cause hospitals to be selective in handling emergency patients. The Minister of Health Regulation No. 27 of 2014 regarding INA-CBG creates dilemmas and challenges for hospitals in providing optimal services for emergency cases in the ER.

Keywords : Claim, Emergency Department, National Health Insurance Program

Abstrak

Dalam perwujudan *Universal Health Coverage* (UHC) pemerintah telah meluncurkan program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dimulai 1 Januari 2014. Kebijakan penentuan episode rawat jalan untuk pasien di instalasi gawat darurat (IGD) yang mendapatkan perawatan kurang dari 6 jam menimbulkan permasalahan terkait klaim dari layanan yang telah diberikan oleh penyedia jasa. Rumah sakit diwajibkan memberikan pelayanan kesehatan dalam kondisi gawat darurat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan namun juga memiliki tujuan profit. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan output dan dampak sehubungan dengan peraturan yang diberlakukan. Metode penelitian menggunakan penelitian hukum normatif dengan

pendekatan UU, konseptual dan *non judicial case study* yang mempresentasikan beberapa kasus terkait diskrepansi antara pelayanan IGD yang diberikan dengan klaim yang dibayarkan khususnya untuk pasien yang meninggal di IGD dalam jangka waktu 6 jam yang diduga menjadi penyebab selektifnya rumah sakit terhadap penanganan pasien gawat darurat. Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 terkait INA-CBG menimbulkan dilema dan kendala bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan optimal pada kasus kegawatdaruratan di IGD.

Kata Kunci : Klaim, Instalasi Gawat Darurat, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

* Program Studi Magister Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, Universitas Islam Nusantara, Bandung, Indonesia

Correspondence: Willy Johan, Program Magister Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, Universitas Islam Nusantara, Bandung, Indonesia. Email: willyjohan48@gmail.com

Pendahuluan

Berdasarkan ketentuan UUD 1945, pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas merupakan hak yang dimiliki oleh setiap individu, termasuk mereka yang tergolong miskin dan rentan dimana dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010–2014 serta 2015–2019, kesehatan telah dijadikan sebagai prioritas utama.

Mewujudkan masyarakat Indonesia yang berkualitas, sehat, dan produktif adalah tujuan pembangunan kesehatan yang dicanangkan pemerintah saat ini. Untuk mencapai hal ini, program jaminan kesehatan harus bekerja sama dengan rumah sakit untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. (Alamsyah et al., 2021:110; Putri & Murdi, 2019:80; Setiawan et al., 2022:12870; Soeroso et al., 2019:9; Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2019:4)

Layanan kesehatan seperti penyembuhan, perawatan, pemulihan, dan pengobatan, serta pendidikan dan pelatihan kepada masyarakat disediakan dan diselenggarakan oleh Rumah Sakit (RS) yang merupakan organisasi kesehatan masyarakat. Bagian dari RS yang bertanggung jawab untuk memberikan penanganan awal kepada pasien dengan kondisi cedera atau sakit yang mengancam kelangsungan hidupnya adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD), sesuai dengan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang RS yang masih berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 (pasal 453). Tempat pendaftaran pasien gawat darurat disebut Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD). Tindakan medis yang sangat penting untuk pasien gawat darurat karena dapat mencegah cedera lebih lanjut dan menyelamatkan nyawa adalah pelayanan kegawatdaruratan. IGD, yang memiliki kapasitas lebih besar daripada Unit Gawat Darurat (UGD), digunakan untuk melayani pasien dalam kondisi gawat darurat. UGD biasanya terdapat di RS kecil atau

sedang, sementara IGD memiliki skala yang lebih besar. Berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis dan/ atau psikologis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kedisabilitasan dan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023; Soeroso et al., 2019:8; Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2019:10)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk memastikan bahwa setiap warga Indonesia dapat hidup dengan sehat, produktif, dan sejahtera melalui jaminan kesehatan yang komprehensif (Hidayat & Bachtiar, 2024:1974). Program JKN diawasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan dimulai pada 1 Januari 2014. Presiden Megawati Soekarnoputri menandatangani Undang-Undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yang memulai reformasi sistem jaminan sosial, termasuk Jaminan Kesehatan Nasional, yang bertujuan untuk memastikan bahwa setiap warga Indonesia akan menerima layanan dan pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya menurut program Jaminan Kesehatan Nasional. Keputusan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN memastikan bahwa setiap peserta berhak atas layanan kesehatan yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. (Agiwahyunto et al., 2021:114; Putri & Murdi, 2019:80; Soeroso et al., 2019:10)

Tagihan atau tuntutan atas imbalan yang didasarkan pada layanan yang telah diberikan disebut klaim(Ariyanti & Gifari, 2019:160; Puspaningsih et al., 2022:6). Klaim RS terhadap BPJS Kesehatan merupakan tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan tenaga kesehatan dan tenaga medis RS yang bekerja, seperti dokter, perawat, apoteker, dan lainnya kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS, termasuk di IGD dan diajukan melalui resume medis dengan diagnosis yang merujuk pada ICD-10 atau ICD-9. Tarif INA-CBG dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yang berarti jumlah waktu pasien mendapatkan perawatan dari saat mereka masuk ke rumah sakit hingga saat mereka keluar, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang, dan pemeriksaan lainnya. (Astuti et al., 2021:235; Djatiwibowo et al., 2018:122; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:2; Sriningsih, 2021:3)

Dalam Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012, INA-CBGs menjelaskan mekanisme pembayaran dengan sistem *Case Base Groups* (CBGs), yang merupakan metode pembayaran untuk perawatan pasien berdasarkan diagnosis atau kasus yang sebanding. Selain itu, diagnosis utama pasien, diagnosis sekunder, tingkat keparahan, jenis intervensi, umur pasien, dan penyerta (*comorbidity*) atau komplikasi adalah beberapa faktor yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBG. (BPJS Kesehatan, 2016:15; Handayani et al., 2023:1048; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:3; Rumengan et al., 2015:88)

Kebijakan penentuan episode rawat jalan sesuai dengan Permenkes 27 tahun 2014 untuk pasien IGD yang mendapatkan perawatan kurang dari 6 jam menimbulkan permasalahan terkait klaim dari layanan yang telah diberikan oleh penyedia jasa karena diketahui bersama bahwa beban yang ditanggung oleh IGD cukup besar dalam pelayanan awal terhadap pasien khususnya pasien datang sendiri dimana seluruh tindakan, pemeriksaan awal serta stabilisasi bahkan penegakan diagnosis terhadap pasien akan dilakukan di IGD(BPJS Kesehatan, 2016:20; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, 2014:2; Makisurat et al., 2018:112; Widati et al., 2017:156). Artikel ini bermaksud menyajikan beberapa kasus terkait diskrepansi antara pelayanan IGD dengan klaim yang dibayarkan khususnya untuk pasien yang meninggal di IGD dalam jangka waktu 6 jam perawatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif; *non judicial case study* melalui pendekatan UU dan konseptual. Analisis data untuk penelitian ini menggunakan analisis deskriptif-kualitatif dimana studi dilakukan pada beberapa kasus secara terperinci dengan penggalian data secara mendalam (Benuf & Azhar, 2020:27; Sulaiman, 2018:256). Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan observasi kasus yang dilaporkan, dan data sekunder dikumpulkan dari berbagai sumber konteks yang kaya. Dalam penelitian ini, bahan hukum primer adalah perundangan Kesehatan, dan bahan hukum sekunder adalah hasil penelitian, buku, atau artikel jurnal yang berkaitan dengan penelitian klaim BPJS Kesehatan. Bahan hukum tersier adalah artikel *online* yang berfungsi sebagai data pendukung. (Marzuki, 2021:204; Suhaimi, 2018:205; Tan, 2021:2470)

Analisis dan Diskusi

Kunjungan ke IGD adalah bagian penting dari layanan kesehatan, berfungsi sebagai tempat pertama untuk berbagai kondisi dan memberikan perawatan penting bagi pasien. Penelitian terdahulu menunjukkan beberapa faktor utama terkait kunjungan IGD. Salah satu tren utama adalah peningkatan jumlah kunjungan IGD dari waktu ke waktu, dengan studi menunjukkan pertumbuhan besar dalam penggunaan IGD. Peningkatan ini memiliki dampak pada sistem kesehatan, termasuk tantangan dalam mengelola *flow* pasien dan pembagian sumber daya. Saat pasien kritis tiba di IGD, itu adalah momen penting dalam layanan kesehatan. IGD berfungsi sebagai garis depan untuk menangani kondisi yang mengancam jiwa, memberikan perawatan dan intervensi segera untuk menstabilkan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa kematian di IGD adalah masalah penting, dengan batas waktu tertentu untuk upaya resusitasi setelah pasien tiba. Pasien dengan penyakit kritis, baik yang traumatis maupun non-traumatis, menerima perawatan penting di ruang resusitasi IGD, menunjukkan peran penting IGD dalam menangani berbagai kondisi yang mengancam jiwa (Bajracharya & Shrestha, 2019:27; Dziegielewski et al., 2023:10; Katz, 2018:1715; Ruxin et al., 2023:40).

Pelayanan pasien di IGD adalah salah satu faktor utama yang menyebabkan tingginya biaya kesehatan, dengan penelitian menunjukkan dampak finansial yang

signifikan terkait kunjungan ke IGD. Pasien dengan biaya pengobatan yang tinggi seringkali mengeluarkan sebagian besar pengeluaran kesehatan mereka untuk layanan perawatan akut, terutama dari kunjungan ke IGD. Pasien dengan kebutuhan medis dan psikososial yang kompleks, yang ditandai dengan seringnya kunjungan ke IGD juga berkontribusi pada peningkatan biaya kesehatan (Mercer et al., 2015:420). Beban finansial dari kunjungan ke IGD tidak hanya mencakup biaya langsung, tetapi juga mempengaruhi pengeluaran kesehatan secara keseluruhan. Penelitian menunjukkan bahwa kunjungan ke IGD merupakan bagian yang signifikan dari total pengeluaran kesehatan, dengan peningkatan yang mencolok dalam pengeluaran kesehatan yang disebabkan oleh kunjungan ke IGD dalam beberapa tahun terakhir (Fragala et al., 2023:7).

Pada artikel ini akan dilaporkan dua kasus terkait diskrepansi pembayaran klaim BPJS pada penyedia layanan jasa IGD RS-A. Pelayanan terhadap kedua pasien dalam kondisi gawat darurat ini dilakukan di IGD dimana pelayanan yang diberikan setara dengan pelayanan pasien di ruang intensif dengan pemeriksaan penunjang dan penggunaan fasilitas yang lengkap. Namun karena pasien meninggal dalam waktu perawatan kurang dari 6 jam, sesuai dengan peraturan yang ada, pelayanan yang diberikan masuk dalam kriteria episode rawat jalan sehingga klaim yang dibayarkan pihak BPJS sangat jauh dibawah anggaran yang telah dikeluarkan pihak RS.

Kasus 1: Pasien X, pengguna BPJS kesehatan datang ke IGD RS-A dengan keluhan utama penurunan kesadaran mendadak dan tekanan darah 250/130 mmhg dengan diagnosa kerja stroke perdarahan disertai hipertensi emergensi. Awalnya pasien sudah ke RS swasta terdekat namun diarahkan untuk segera menuju ke RS-A. Terhadap pasien dilakukan prosedur standar pasien prioritas 1 (kriteria gawat darurat) yaitu Pemberian oksigen, pemasangan Infus, pengambilan darah, pemasangan selang lambung, dan kateter urin. Selain itu terhadap pasien juga dilakukan pemberian obat antihipertensi intravena, EKG dan direncanakan pemeriksaan CT scan kepala. Ketika dokter sedang memberikan Konsultasi, informasi dan edukasi (KIE) terhadap keluarga, pasien mengalami kejang dan apnea (henti nafas) kemudian dilakukan tindakan resusitasi. Terhadap pasien dilakukan tindakan intubasi, pemberian obat-obatan dan pemasangan ventilator. Selang beberapa menit kemudian, pasien mengalami henti jantung. Dilakukan pijat jantung dan pasien dinyatakan meninggal dunia setengah jam setelahnya. pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di IGD selama 3 jam. Biaya prosedur, obat obatan serta biaya pemeriksaan darah yang telah dikeluarkan rumah sakit terhadap pasien jauh diatas klaim yang dibayarkan BPJS kesehatan (belum termasuk biaya jasa tenaga medis, penggunaan alat dan ruangan)

Kasus 2: Pasien Y, pengguna BPJS kesehatan datang ke RS-A dengan keluhan utama sesak nafas sejak 3 hari yang lalu. Pasien diketahui menderita penyakit jantung sebelumnya. Tekanan darah 90/50mmhg dengan diagnosa kerja gagal jantung akut (shock cardiogenic), terhadap pasien dilakukan prosedur standar pasien prioritas 1

(kriteria gawat darurat) yaitu Pemberian oksigen, pemasangan Infus, pengambilan darah, pemasangan selang lambung, dan kateter urin. Selain itu pasien terhadap pasien juga dilakukan pemberian obat antihipertensi intravena dan pemeriksaan EKG serta direncanakan pemeriksaan sonografi jantung (ECHO). Sesak nafas semakin memberat sehingga dilakukan pemasangan NIV (non invasif ventilasi) dan pemberian obat inotropik dan vasopresor untuk mengatasi tekanan darah yang semakin turun (60/35 mmhg) tidak lama kemudian pasien mengalami ventrikular takikardia dan henti jantung. Dilakukan pijat jantung dan tindakan intubasi seusai panduan ACLS, pasien dinyatakan meninggal dunia setengah jam setelahnya. pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di IGD selama 2 jam. Biaya prosedur, obat obatan serta biaya pemeriksaan darah yang dikeluarkan rumah sakit terhadap pasien juga jauh diatas klaim yang dibayarkan BPJS kesehatan (belum termasuk biaya jasa tenaga medis, penggunaan alat dan ruangan)

Dari kedua kasus yang dideskripsikan terlihat bahwa kedua pasien tersebut masih berada dalam perawatan IGD dengan waktu perawatan kurang dari 6 jam sehingga klaim yang dapat dibayarkan oleh BPJS kesehatan adalah sesuai dengan klaim rawat jalan, hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 dimana pada sistem INA-CBG, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, hanya terdapat 2 episode perawatan yaitu rawat jalan dan rawat inap dengan beberapa kriteria yang berlaku. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014:3, 2014; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156)

Episode rawat jalan meliputi serangkaian konsultasi antara pasien dan dokter, pemeriksaan penunjang, dan pemberian obat pada hari yang sama. Jika pemeriksaan penunjang tidak dilakukan pada hari yang sama, maka tidak dianggap sebagai episode baru. Pasien yang membawa hasil pemeriksaan pada hari lain dan melanjutkan konsultasi serta pemeriksaan lainnya dianggap sebagai episode baru. Pemeriksaan khusus seperti MRI dan CT Scan tidak dihitung sebagai episode baru karena termasuk dalam special CMG (*case mix group*). Pelayanan IGD, rawat sehari, dan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) juga termasuk dalam kategori rawat jalan. Pasien yang mendapatkan pelayanan rawat jalan di satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, dengan satu atau lebih diagnosis yang mungkin saling berhubungan atau tidak, dihitung sebagai satu episode. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014:3)

Episode rawat inap terjadi ketika pasien menerima perawatan lebih dari 6 jam di rumah sakit atau telah mendapatkan fasilitas rawat inap (seperti bangsal atau ruang perawatan intensif), meskipun durasi perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administratif pasien telah tercatat sebagai pasien rawat inap. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014:3)

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis pasti (CT Scan kepala untuk pasien kasus 1 dan ECHO untuk pasien pada kasus 2) terhadap kedua pasien tersebut juga masih belum dilakukan sehingga diagnosis belum dianggap tegak dan klaim hanya dapat di *input* menggunakan gejala klinis yang ada yaitu penurunan kesadaran dengan

hipertensi emergensi dan tindakan resusitasi untuk pasien pertama serta sesak nafas, syok dan tindakan resusitasi untuk kasus ke-2. Klaim pembiayaan pasien dengan diagnosis yang belum tegak tergolong rendah dibandingkan klaim pembiayaan pasien dengan diagnosis yang telah ditegakkan walaupun telah dilakukan berbagai tindakan penyelamatan nyawa dengan kapasitas yang besar.

Penggunaan diagnosis kerja tanpa disertai bukti pemeriksaan penunjang atau bukti lainnya yang ditetapkan BPJS kesehatan tidak akan disetujui terkait kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya dimana ini menjadi dilema karena seringkali didapatkan kondisi pasien yang terlalu lemah untuk dapat dibawa ke ruang radiologi untuk dilakukan pemeriksaan penunjang dalam penegakan diagnosis terlebih jika penegakan diagnosis tersebut bukan merupakan tindakan yang akan menentukan keputusan penyelamatan nyawa yang akan dilakukan di IGD. Hal seperti ini sering ditemukan pada pasien dalam perawatan IGD karena fokus pelayanan IGD adalah pelayanan untuk menyelamatkan nyawa dan bukan berfokus pada penegakan diagnosis pasti (Person et al., 2013:222). Penegakan diagnosis dapat dilakukan di ruang perawatan setelah kondisi pasien stabil atau bahkan untuk sebagian penegakan diagnosis membutuhkan tindakan operasi untuk pengambilan sampel jaringan dan hal tersebut tidak memungkinkan untuk dilakukan di IGD.

Pembayaran klaim perawatan IGD terhadap kedua pasien tersebut akan dikategorikan dalam episode rawat jalan sehingga klaim yang diperoleh akan jauh lebih kecil dari beban yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit sehingga memberikan dampak kerugian bagi RS dalam memberikan pelayanan pada pasien IGD yang datang dalam kondisi mengancam jiwa. Dari penuturan beberapa pihak manajemen yang diwawancara oleh penulis, walaupun pasien telah mendapatkan billing rawat inap, jika pasien meninggal di IGD sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap, klaim terhadap BPJS kesehatan hanya mendapatkan jumlah klaim yang terendah yaitu tarif rawat inap kelas 3. Bahkan jika pasien yang telah dipindah ke ruang rawat meninggal dalam beberapa jam di ruangan rawat inap, pembayaran juga tidak dapat diberikan maksimal oleh pihak BPJS kesehatan. Penggunaan alat bantu nafas (ventilator) dalam waktu yang relatif singkat juga akan menjadi alasan tidak dapat diajukannya klaim secara maksimal (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, 2014:2; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:1; Makisurat et al., 2018:112; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156).

Sesuai dengan Undang undang Republik Indonesia no 44 tahun 2009, rumah sakit selain memiliki fungsi sosial juga memiliki tujuan profit dimana kebijakan BPJS akan berdampak pada berbagai aspek pelayanan RS (Ambarwati, 2021:5; Putri & Kartika, 2017:7). Dampak yang ditimbulkan akibat regulasi yang berlaku mengakibatkan beberapa RS, khususnya RS swasta yang jika menemui kasus yang cukup berat dan diduga tidak dapat bertahan dalam perawatan di IGD, akan segera merujuk atau bahkan langsung menyarankan pasien tersebut ke RS pemerintah tanpa dilakukan tindakan resusitasi terlebih dahulu, dimana sudah menjadi rahasia umum bahwa RS pemerintah tidak akan menolak pasien, khususnya pasien yang datang sendiri. Hal ini diketahui dari pasien yang seringkali datang sendiri ke RS-A dalam kondisi gawat darurat setelah

ditolak secara halus oleh RS lainnya dengan alasan keterbatasan kemampuan RS meskipun hal ini bertentangan dengan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 dimana fasilitas pelayanan kesehatan **wajib** memberikan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan sesuai dengan kemampuan pelayanannya. Upaya penghematan di IGD juga dilakukan oleh pihak RS seperti membatasi penggunaan obat-obatan tertentu sebelum pasien mendapatkan *billing* rawat inap untuk memastikan bahwa pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap sehingga klaim terhadap BPJS kesehatan dapat menutupi beban yang telah dikeluarkan. Namun untuk kasus yang bersifat *life saving*, aturan ini cukup sulit untuk diberlakukan terkait keselamatan pasien dan masalah etika yang mungkin timbul. Beberapa rumah sakit lainnya meminimalisir beban yang dikeluarkan dengan mengurangi pemeriksaan penunjang yang dianggap tidak esensial. Hal ini akan mengakibatkan kerugian pada pasien dan menjadi dilema pada penyelenggara layanan kesehatan.(Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, 2014:2; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:1; Makisurat et al., 2018:112; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023)

Kunjungan pasien yang tinggi namun tidak merata di Indonesia menyebabkan RS seringkali mengalami kepadatan yang secara tidak langsung mengakibatkan IGD menjadi terlalu padat (*overcrowding*) sehingga menyebabkan terganggunya *flow* pasien ke ruangan. Hal ini merupakan masalah lain yang timbul untuk pasien yang berada di IGD dalam jangka waktu lebih dari 6 jam karena secara administratif tidak dapat tercatat sebagai pasien rawat inap dikarenakan belum tersedianya tempat tidur kosong yang dapat ditempati pasien tersebut; secara sistem, pasien tersebut belum tercatat sebagai pasien rawat inap. Penelitian ini merupakan penelitian normatif dengan pendekatan studi kasus dengan keterbatasan generalisasi serta rentan terhadap subjektivitas namun dapat menjadi suatu dukungan untuk sebuah penelitian empiris selanjutnya dalam meningkatkan layanan RS yang didukung oleh peraturan yang adil dan tidak memihak. (Djatiwibowo et al., 2018:122; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156; Winarti & Sukmawati, 2022:63)

Kesimpulan

Rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023, namun selain memiliki fungsi sosial rumah sakit juga memiliki tujuan profit. Dengan regulasi episode perawatan di IGD kurang dari 6 jam ditentukan sebagai pasien rawat jalan dalam pengajuan klaim BPJS akan memberatkan pengambilan keputusan dalam pelayanan pasien di IGD, khususnya pasien dengan kondisi kritis dimana beban yang dikeluarkan tidak sebanding dengan klaim yang dibayarkan oleh BPJS kesehatan sehingga mengakibatkan timbulnya beberapa kebijakan lokal diberlakukan oleh beberapa RS dan hal ini akan berdampak pada keselamatan pasien. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 terkait INA-CBG secara tidak langsung menimbulkan dilema dan menjadi kendala

bagi penyedia layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal pada pasien yang datang dengan kondisi gawat darurat.

Daftar Bacaan

Perundang-undangan :

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392 (2013)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs), Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795 (2014)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072 (2009)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887 (2023).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887 (2023).

Buku :

BPJS Kesehatan. (2016). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. In *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*

Marzuki, P. M. (2021). *Penelitian Hukum* (edisi revisi, Vol. 1). Prenadamedia Group, divisi Kencana.

Website :

Soeroso, S., JS, D. W., Hakim, L., Muchtar, O., Sihombing, F., Gunawan, S., Prihartono, K., & Wibowo, D. B. (2019). Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional. In *Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia*.
<https://www.youtube.com/watch?v=1cdCwC3VB1s&t=1372s>

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2019). JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. In *Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia*.

Jurnal :

- Alamsyah, K., Prastiwi, E. N., & Salamah, U. (2021). Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bekasi. *Kebijakan: Jurnal Ilmu Administrasi*, 12(2), 107-121.
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020–Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 1-12.
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis persetujuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166.
- Bajracharya, S., & Shrestha, A. (2019). *Analysis of Dead on Arrival at Emergency Department of Patan Hospital*. 6(8), 26–29. <https://doi.org/10.59284/jgpeman105>
- Benuf, K., & Azhar, M. (2020). Metodologi penelitian hukum sebagai instrumen mengurai permasalahan hukum kontemporer. *Gema Keadilan*, 7(1), 20–33.
- Djatiwibowo, K., Januari, P., & Ep, A. A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 122–134. <https://doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2564>
- Dziegielewski, J., Schulte, F. C., Jung, C., Wolff, G., Hannappel, O., Kümpers, P., Bernhard, M., & Michael, M. (2023). Resuscitation Room Management of Patients With Non-Traumatic Critical Illness in the Emergency Department (OBSErvE-DUS-study). *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00812-y>
- Fragala, M., Keogh, M., Goldberg, S., Lorenz, R., & Shaman, J. (2023). Clinical and Economic Outcomes of a Pharmacogenomics-Enriched Comprehensive Medication Management Program in a Self-Insured Employee Population. *Research Square*, 1, 1–8. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3338632/v1>
- Handayani, S. R., Widjaja, L., Putra, D. H., & Sonia, D. (2023). Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Biaya Pelayanan Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta Tahun 2022. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 1045–1053.
- Hidayat, D., & Bachtiar, A. (2024). Analisis Manajemen Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan. *Syntax Idea*, 6(4), 1973–1982.
- Katz, M. H. (2018). Decreased Admission Rate From the Emergency Department With Increased Emergency Department Visits—The Good and the Bad. *Jama Internal Medicine*, 178(12), 1710. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5163>
- Makisurat, J. G., Sarwo, Y. B., & Wibowo, D. B. (2018). Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat Bagi Peserta Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri

Botung Ditinjau Dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/Sk/Ix/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, 4(1), 112–131.
<https://doi.org/10.24167/shk.v4i1.1472>

Marzuki, P. M. (2021). *Penelitian Hukum* (edisi revi, Vol. 1). Prenadamedia Group, divisi Kencana.

Mercer, T., Bae, J., Kipnes, J., Velazquez, M., Thomas, S. M., & Setji, N. (2015). The Highest Utilizers of Care: Individualized Care Plans to Coordinate Care, Improve Healthcare Service Utilization, and Reduce Costs at an Academic Tertiary Care Center. *Journal of Hospital Medicine*, 10(7), 419–424. <https://doi.org/10.1002/jhm.2351>

Person, J., Spiva, L., & Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: an ethnographic study. *International Emergency Nursing*, 21(4), 222–227.

Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). EVALUASI ADMINISTRASI KLAIM BPJS KESEHATAN DALAM MENURUNKAN KLAIM PENDING. *Journal of Syntax Literate*, 7(6), 1–6.

Putri, B. S., & Kartika, L. (2017). Pengaruh kualitas pelayanan bpjs kesehatan terhadap kepuasan pengguna perspektif dokter rumah sakit hermina bogor. *Jurnal Riset Manajemen Dan Bisnis (JRMB) Fakultas Ekonomi UNIAT*, 2(1), 1–12.

Reynolds, T. A., Sawe, H., Rubiano, A. M., Shin, S. Do, Wallis, L., & Mock, C. N. (2018). *Strengthening health systems to provide emergency care*.

Rumengan, D. S. S., Umboh, J. M. L., & Kandou, G. D. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *JIKMU*, 5(1), 88–100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.019>

Ruxin, T., Feldmeier, M., Addo, N., & Hsia, R. Y. (2023). Trends by Acuity for Emergency Department Visits and Hospital Admissions in California, 2012 to 2022. *Jama Network Open*, 6(12), 23–48. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.48053>

Setiawan, M. D., Fauziah, F., Edriani, M., & Gurning, F. P. (2022). Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional (A: Systematic Review). *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 6(2), 12869–12873.

Suhaimi, S. (2018). Problem Hukum Dan Pendekatan Dalam Penelitian Hukum Normatif. *Jurnal Yustitia*, 19(2).

Sulaiman, S. (2018). Paradigma dalam Penelitian Hukum. *Kanun Jurnal Ilmu Hukum*, 20(2), 255–272.

Tan, D. (2021). Metode Penelitian Hukum: Mengupas Dan Mengulas Metodologi Dalam Menyelenggarakan Penelitian Hukum. *Nusantara: Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial*, 8(8), 2463–2478.

Widati, T., Asrori, H., & Pujiyono. (2017). Perlindungan Hukum Bagi Pasien Kegawatdaruratan Bpjs Dengan Diagnosa Di Luar Daftar Diagnosa Gawat Darurat Di Rsud Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Pasca Sarjana Hukum UNS*, V(2), 156–164.

Winarti, W., & Sukmawati, T. D. (2022). Gambaran Sistem Pengajuan Klaim Pasien Rawat



**Jurnal Hukum &
Etika Kesehatan**