

Jurnal Hukum

& Etika Kesehatan



Volume 1
Nomor 1
Maret 2021



Jurnal Hukum &
Etika Kesehatan



Daftar Isi

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan Vol. 1 No. 1: Maret 2021

Penerapan Asas Proposisionalitas dalam Kontrak Layanan Kesehatan antara Rumah Sakit dan Badan Enyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)	
Solikah Sriningsih	1-10
Perlindungan Hukum Bidan dalam Tindakan Pemasangan Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) di Puskesmas	
Santa Lussia Yunicia	11-23
Pengobatan Medis oleh Perawat dan Bidan dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit	
Aloysius Tri Joehanto	24-44
Tanggung Jawab Hukum Jasa Pengangkut Limbah dalam Pengelolaan Limbah Medis Padat Rumah Sakit	
Anindya Dwita, Mohammad Zamroni	45-63
Perlindungan Hukum bagi Bidan Praktik Mandiri dalam Menjalankan Praktik Kebidanan	
Rezky Fransilya Sumbung	64-72
Tanggung Jawab Hukum Praktik Tanpa Surat Izin oleh Penata Anestesi di Rumah Sakit (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Sangata)	
Edi Prayitno	73-84
Pelimpahan Wewenang dari Dokter kepada Perawat dalam Melakukan Tindakan Intubasi	
Anik Sulistiyowati	85-97
Perlindungan Hukum Perawat atas Pelimpahan Wewenang dari Dokter dalam Melakukan Tindakan Medis Jahit Luka di IGD Rumah Sakit	
Khusnul Huda, Mokhammad Khoirul Huda	98-121

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret-September 2021

PENERAPAN ASAS PROPOSIONALITAS DALAM KONTRAK LAYANAN KESEHATAN ANTARA RUMAH SAKIT DAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

Solikah Sriningsih*

Abstract

This study is to determine the relationship between the health service cooperation contract between the hospital and the Social Security Administration (BPJS). and to see that the principles of proportionality have been applied in the cooperation contract between the hospital and the Social Security Administering Body (BPJS). Types of health service cooperation contracts between hospitals and the Social Security Administering Bodies (BPJS) are as follows: a. Formed from two parties, namely the Social Security Administering Body (health insurance agency) and the hospital (health service provider). And b. The Social Security Administering Body has the responsibility of collecting and assisting health insurance program participants who then come from the hospital as the health provider for BPJS program participants. The application of the principle of proportionality in the cooperation contract between the hospital and the Social Security Administration (BPJS) in the implementation has been applied to all stages of the contract including: contract, contract implementation, and post-contract. The principle of proportionality animates in all stages of the contract where in principle there has been a transfer of rights and obligations according to the burdens and responsibilities of each party.

Key word: Proportionality Principle, Hospital, BPJS, Agreement

Abstrak

Penelitian ini untuk mengetahui karakteristik kontrak kerjasama layanan kesehatan antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). dan untuk mengetahui asas-asas proporsionalitas sudah diterapkan dalam kontrak kerjasama antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Karakteristik kontrak kerjasama layanan kesehatan antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai berikut: a. Terbentuk dari dua pihak yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (*health insurance institutional*) dan rumah sakit (*health provider*). Dan b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memiliki tanggung jawab mengumpulkan dan mengelola iuran dari peserta program jaminan kesehatan yang selanjutnya dibayarkan kepada rumah sakit selaku penyelenggara layanan kesehatan bagi peserta program BPJS. Penerapan asas proporsionalitas dalam kontrak kerjasama antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam pelaksanaan sudah diterapkan pada semua tahap kontrak yang meliputi: pembentukan (*pra contract*), pelaksanaan kontrak (*contract*), dan pasca kontrak (*post contract*). Asas proporsionalitas menjawai dalam semua tahapan kontrak yang pada prinsipnya telah terjadi peralihan hak dan kewajiban sesuai beban dan tanggung jawab masing-masing pihak.

Kata Kunci : Asas Proporsionalitas, Rumah Sakit, BPJS, Perjanjian

*Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

Korespondensi : Solikah Sriningsih, Universitas Hang Tuah, Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

Pendahuluan

Kesehatan merupakan bagian dari kehidupan umat manusia dan merupakan hak asasi manusia yang merupakan sebagai unsur kesejahteraan serta seringkali tidak diperhatikan ketika kondisi manusia tersebut sehat, namun sebaliknya akan berakibat buruk ketika kesehatan tersebut telah menurun dan memberikan dampak buruk terhadap tubuh. Indonesia sebagai negara berkembang masih mengalami kesulitan untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik bagi penduduknya (Sugiantari, 2016). Masyarakat masih seringkali mengabaikan kesehatannya, dimana pelayanan kesehatan yang kurang baik sebagai salah satu unsur yang menjadikan kesehatan itu kurang diperhatikan.

Pelayanan kesehatan merupakan segala usaha yang dilakukan dan diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu sarana pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat berdasarkan perlindungan hukum kesehatan yang mengatur hal tersebut.¹ Rumah sakit merupakan sarana dan sumber pelayanan kesehatan yang diharapkan mampu memberikan pelayanan dengan mengutamakan pasien dan memberikan informasi kesehatan yang tepat bagi pasien atau pengguna jasa layanan kesehatan sesuai dengan hak asasi yang diterima oleh pasien. Tanggung jawab yang diberikan layanan kesehatan dalam risiko tingkat kesalahan merupakan bentuk tanggung jawab berdasarkan asas proporsionalitas.

Asas proporsionalitas memiliki kesamaan dengan konsep keadilan yaitu setiap orang berhak atas apa yang semestinya menjadi bagian untuknya. Asas profesionalitas, yaitu asas yang mengutamakan keahlian yang berlandaskan kode etik dan ketentuan peraturan perundangundangan, baik yang dilakukan oleh warga negara, institusi, maupun aparatur pemerintah, yang dilandasi oleh etika individual, etika sosial, dan etika institusional (Sabarguna, 2008). Penerapan asas tersebut dalam layanan kesehatan didasarkan pada bentuk kerjasama dari pihak layanan kesehatan khususnya rumah sakit dengan salah satu perusahaan yang bergerak dalam bidang perlindungan kesehatan.

Salah satu perlindungan atau jaminan kesehatan adalah asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan merupakan suatu program jaminan pemeliharaan kesehatan serta alternative yang digunakan sebagai pengalihan risiko atau kerugian yang mungkin diderita seseorang, seperti : meninggal dunia, sakit, maupun kecelakaan. Upaya kesehatan atau pemeliharaan kesehatan sebagaimana yang dinyatakan dalam penjelasan umum Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan,pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan dibagi menjadi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan pelayanan kesehatan tradisional.

Upaya perlindungan selain mengutamakan kesepakatan antara peserta asuransi dengan penanggung atau badan asuransi juga melibatkan perjanjian atau kesepakatan

antara badan asuransi yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan pemberi pelayanan kesehatan diantaranya adalah rumah sakit, puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya. Perjanjian kerjasama yang dilakukan pihak layanan kesehatan yaitu salah satunya antara rumah sakit dan perusahaan asuransi disusun berdasarkan kontrak komersial.

Pada prakteknya asas proporsionalitas terdapat masalah yang dialami pihak rumah sakit dan peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Peserta BPJS mengeluhkan pelayanan yang tidak dilakukan tindakan secara langsung, dimana harus mengikuti prosedur administrasi yang sangat rumit dan lama. Banyak peserta BPJS agar langsung mendapatkan pelayanan kesehatan bagian Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan mengeluarkan biaya sendiri selanjutnya baru melakukan klaim ke pihak asuransi.

Peserta BPJS mengeluhkan terkait dengan biaya klaim dalam pengobatan dan tanggungan peserta asuransi yang meninggal dunia. Proses klaim membutuhkan waktu lama sebab harus melengkapi syarat-syarat administrasi yang harus dikeluarkan pihak rumah sakit sesuai dengan syarat dari pihak asuransi. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penelitian ini lebih menekankan dan menjelaskan tentang “Penerapan Asas Proposisionalitas Dalam Kontrak Layanan Kesehatan Antara Rumah Sakit Dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)”.

Metode Penelitian

Penelitian ini adalah termasuk jenis penelitian hukum normatif. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah pendekatan undang-undang dengan mengkaji asas-asas hukum. Bahan hukum yang digunakan yaitu undang-undang, studi kepustakaan dan jurnal. Teknik analisis data merupakan penentuan akan hasil dari sebuah penelitian. Pada penelitian hukum normatif yang analisisnya bersifat pemberian kualitatif, bahan yang diperoleh dipisahkan menurut kategori masing-masing dan diberi tafsiran secara abstraktif guna menjawab permasalahan yang sudah dirumuskan.

Pembahasan

Karakteristik Kontrak Kerjasama Layanan Kesehatan Antara Rumah Sakit Dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

1. Kontrak Umum

Perjanjian atau kontrak merupakan hubungan hukum antara dua orang atau lebih yang mengikatkan diri berdasarkan kesepakatan untuk menimbulkan akibat hukum. Akibat hukum itu berupa hak dan kewajiban secara timbal balik antara para pihak. Namun demikian, untuk kontrak-kontrak komersial harus dikaji secara seksama dan hati-hati agar tidak serta-merta menyatakan klausul atau adanya ketentuan sendiri dari suatu perjanjian. Dan dalam membuat suatu perikatan dalam bentuk perjanjian para pihak harus mengindahkan asas-asas dan unsur-unsur sebagai suatu prinsip-prinsip dalam hukum perikatan.

Dalam membuat kontrak, terutama kontrak bisnis, ada tiga tahap yang dilalui hingga pelaksanaan kontrak (Nanda, 2014), yaitu :

- a. Tahap *pracontractual*, yaitu adanya penawaran dan penerimaan.
- b. Tahap *contractual*, yaitu adanya persesuaian pernyataan kehendak antara para pihak, dan
- c. Tahap *post contractual*, yaitu pelaksanaan perjanjian. Perancangan kontrak merupakan tahap *pra-contractual* dan *contractual*.

Ada 7 asas penting dalam suatu kontrak atau perjanjian pada : asas kebebasan berkontrak (sistem terbuka), asas konsensualitas, asas mengikatnya perjanjian atau *pacta sunt servanda*, asas itikad baik, asas personalitas, asas *force majeur*, dan asas *exceptio non adimpleti contractus*. Vaughan & Vaughan menjelaskan terdapat tujuh karakteristik kontrak asuransi yaitu: *contract of indemnity, personal contract, unilateral contract, conditional contract, contract of adhesion, aleatory contract, dan contract of utmost good faith.*

2. Kontrak Pelayanan di Bidang Kesehatan

Konsep Citizen's Charter atau kontrak pelayanan pertama kali dirumuskan dan diimplementasikan di negara Inggris tepatnya tahun 1991 pada era Perdana Menteri John Major sebagai program nasional, dimana semua organisasi pemerintah nasional dan lokal di Inggris pada waktu itu diminta untuk mendefinisikan atau menyusun standar pelayanan pelanggan yang dibuat berdasarkan masukan dari pelanggan yang bertujuan untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan publik dengan merespon keinginan dan kebutuhan pengguna (Biliyastuti, 2012). Kontrak pelayanan merupakan suatu pendekatan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang menempatkan pengguna layanan sebagai pusat pelayanan, artinya kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan harus menjadi pertimbangan utama dalam keseluruhan proses penyelenggaraan pelayanan publik.

Beberapa alasan kontrak pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yaitu;

- a) Kontrak pelayanan diperlukan untuk memberikan kepastian pelayanan yang meliputi waktu/ biaya/prosedur, dan cara pelayanan.
- b) Kontrak pelayanan dapat memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban pengguna layanan / penyedia pelayanan, dan stakeholder lainnya dalam keseluruhan proses pelayanan.
- c) Kontrak pelayanan memberikan kemudahan bagi pengguna layanan warga dan stakeholder lainnya untuk mengontrol praktik penyelenggaraan pelayanan.
- d) Kontrak pelayanan mempermudah manajemen pelayanan dalam memperbaiki kinerja penyelenggaraan pelayanan.
- e) Kontrak pelayanan dapat membantu manajemen pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan aspirasi pengguna layanan dan stakeholder lainnya.

Citizen charter ini bahkan telah diterapkan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara (untuk selanjutnya disebut KEMENPAN) yang melakukan pendekatan baru baru untuk melibatkan warga dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Kemenpan mengeluarkan maklumat dengan mengadopsi *Citizen Charter* dengan mengembangkan maklumat pelayanan, yaitu perjanjian dari penyelenggara kepada pengguna tentang bagaimana pelayanan akan diselenggarakan (Budiono, 2017).

3. Kontrak Kontrak Rumah Sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Adapun pelaksanaan perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (untuk selanjutnya disebut JKN) sebagai berikut: Pertama, dasar hukum perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan menurut Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 yang menjadi landasan dilaksanakannya perjanjian kerjasama dalam program JKN, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71

Tahun 2013 juga menjadi aturan dasar perjanjian kerjasama ini. Kedua peraturan tersebut selain mengatur perjanjian kerjasama, juga menjelaskan syarat-syarat fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 36 yang berbunyi:

- (1) *"Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan."*
- (2) *"Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan."*
- (3) *"Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan."*
- (4) *"Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis."*

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, Pasal 4 yang berbunyi:

- (1) *"Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 mengadakan kerja sama dengan BPJS Kesehatan."*
- (2) *"Kerja sama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat dilakukan melalui perjanjian kerjasama."*
- (3) *"Perjanjian kerjasama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas Kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan."*
- (4) *"Perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama."*

Rumah sakit baik swasta maupun pemerintah yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan menurut Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 36 ayat (2) dan ayat (3) ialah "fasilitas kesehatan yang telah memenuhi persyaratan". Adapun persyaratan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan/rumah sakit yaitu:

Menurut perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan Pasal 13, baik pihak pertama maupun pihak kedua yang tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini disebabkan mengalami *force majeure*, tidak dapat dituntut kerugiannya oleh pihak lain. Dengan syarat pihak yang mengalami *force majeure* memberitahu pihak lain secara tertulis serta membuktikan secara tertulis resmi dari dinas setempat bahwa telah terjadi peristiwa *force majeure* yang menghalanginya melaksanakan kewajiban dalam perjanjian ini sebagaimana diatur pada Pasal 1244 dan 1245 KUH Perdata (Hasanah, 2017). Pasal 1244 KUH Perdata menjelaskan debitur yang tidak membuktikan diri bahwa sebab tidak terlaksananya kewajiban atau tidak pada waktunya karena keadaan memaksa maka debitur dihukum untuk mengganti kerugian yang ia timbulkan. Akan tetapi jika debitur dapat membuktikan dirinya mengalami keadaan mendesak sehingga tidak bisa melaksanakan kewajiban maka debitur tidak boleh dituntut atas kerugian tersebut dan ia dibebaskan dari kewajiban itu.

Hubungan karena kontrak umumnya terjadi melalui suatu perjanjian. Perjanjian merupakan hubungan timbal balik yang dihasilkan melalui komunikasi khususnya penyedia layanan kesehatan dengan BPJS. Berdasarkan doktrin ilmu hukum, mengenal dua macam perikatan, yaitu perikatan ikhtiar (*inspaning verbintenis*) dan perikatan hasil (*resultaat verbintenis*), yang pengertiannya adalah, suatu perikatan disebut perikatan hasil apabila debitur berkewajiban menghasilkan suatu hasil/akibat (Sirait, 2014:7). Sedangkan pengertian perikatan usaha adalah suatu perikatan dimana debitur berkewajiban dengan suatu usaha, mencoba mencapai suatu tujuan tertentu.

Dengan demikian, dalam suatu perjanjian atau kontrak biasanya menimbulkan perikatan usaha (*in spaning verbintenis*) karena didasarkan atas kewajiban berusaha, penyedia layanan kesehatan khususnya rumah sakit harus berusaha dengan segala daya usahanya untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang optimal.

Asas Proposionalitas Dalam Kontrak Kerjasama Layanan Kesehatan Antara Rumah Sakit Dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

1. Pra Kontrak

Pasal 23 ayat (1) dan Pasal 32 ayat (1) Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) menentukan manfaat jaminan kesehatan atau manfaat jaminan kecelakaan kerja diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-undang menentukan bahwa BPJS yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan/atau program jaminan kecelakaan kerja menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan baik milik Pemerintah maupun swasta.

Fasilitas kesehatan yang dapat menjalin kerjasama dengan BPJS adalah fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta. Fasilitas kesehatan dianggap memenuhi syarat tertentu apabila fasilitas kesehatan tersebut diakui dan memiliki izin dari instansi Pemerintah yang bertanggung jawab di bidang kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud di atas menurut Penjelasan Pasal 23 ayat (1) Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional meliputi rumah sakit, dokter praktik, klinik, laboratorium, apotek dan fasilitas kesehatan lainnya. (Mahendra, 2018).

Menurut Pasal 1320 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, ada 4 syarat sahnya kontrak yaitu:

- a. Kesepakatan para pihak yang mengakatkan diri dalam kontrak;
- b. Kecakapan dan kewenangan untuk membuat kontrak;
- c. Mengenai suatu hal tertentu yang menjadi pokok kontrak; dan
- d. Suatu sebab yang legal/sah.

Penentuan isi kontrak dalam asas proporsionalitas hendaknya dibedakan dengan hak kuasa (tujuan) kontrak. Kuasa kontrak sebagaimana dimaksud dalam ketentuan pasal 1320 BW syarat 4 dihubungkan dengan pasal 1335 jo. 1337 BW, diartikan sebagai tujuan bersama yang hendak dicapai para pihak dalam hubungan kontraktual yang mereka buat. Sedangkan isi kontrak terkait dengan penentuan sifat serta luasnya hak dan kewajiban yang timbul dari hubungan kontraktual para pihak (terkait dengan substansi hak dan kewajiban yang saling dipertukarkan oleh para pihak). (Ali, 2017).

Terkait isi kontrak, kepustakaan hukum kontrak membaginya dalam beberapa unsur, yaitu :

- a. Unsur *esensialia*, merupakan unsur yang mutlak harus ada dalam suatu kontrak.

Misal : dalam kontrak jual beli, maka barang dan harga merupakan unsur esensialia dalam perjanjian tersebut.

- b. Unsur *naturalia*, merupakan unsur yang ditentukan oleh undang - undang sebagai peraturan - peraturan yang bersifat mengatur, namun demikian dapat disimpangi para pihak. Misal : penanggungan (*vrijwaring*).

c. Unsur *accidentalalia*, merupakan unsur yang ditambahkan oleh para pihak dalam hal undang - undang tidak mengaturnya.

2. Kontrak

Dalam pelaksanaan JKN 2014, diperlukan kerja sama yang baik antara masyarakat, penyedia pelayanan kesehatan, dan BPJS. Dengan adanya kerja sama yang baik dari berbagai pihak, tujuan akhir menuju *Universal Health Coverage* akan terwujud. Penyedia pelayanan kesehatan melakukan kerja sama dengan pihak BPJS melalui proses seleksi. BPJS akan memilih fasilitas kesehatan yang layak dan mampu memberikan pelayanan yang bermutu. Proses seleksi yang dilakukan oleh BPJS dinamakan credentialing. (Fitri dan Wahyuningsih, 2018).

Credential link yaitu proses seleksi dan retensi terhadap jaringan fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan yang bermutu kepada peserta. Dasar penunjukan pada proses seleksi ini mengacu pada standar *credential link*, yaitu berdasarkan jumlah dan distribusi domisili peserta, kebutuhan peserta, kemampuan perusahaan (SDM), dan ketersediaan PPK. Proses seleksi meliputi *review* dan verifikasi terhadap keberadaan fasilitas kesehatan. Proses verifikasi menyangkut tentang lisensi fasilitas kesehatan.

Dasar seleksi PPK memenuhi tiga kriteria, yaitu:

1. Kriteria Administrasi

Memiliki lisensi dari Depkes dan Pemerintah daerah setempat, memiliki ijin usaha sebagai Rumah Sakit dan AMDAL.

2. Kriteria Sarana dan Fasilitas.

Memiliki sarana dan fasilitas sesuai dengan ketentuan yang berlaku, memiliki tenaga medis dan administratif sesuai ketentuan yang berlaku dan kebutuhan peserta ASKES, lokasi yang mudah dijangkau.

3. Kriteria Kualitas

Memiliki sertifikasi mutu terakreditasi atau sertifikasi mutu lain, Rumah Sakit termasuk pelayanan kesehatan tingkat lanjut (sekunder dan tersier). Mekanisme seleksi PPK tingkat lanjut (Rumah Sakit) adalah penetapan jaringan pelayanan kesehatan (*provider network*). Ada beberapa poin dalam penetapan jaringan pelayanan kesehatan yang dimaksud antara lain, Pemetaan Distribusi Domisili Peserta, Kondisi RS Pemerintah yang menjadi PPK, Ketersediaan Sumber Daya Manusia, Ketersediaan RS dalam satu wilayah, Negosiasi dan Kontrak PT Askes (Persero) dan Rumah Sakit.

Beberapa hal yang dituangkan dalam kontrak, yaitu

1. Jenis pelayanan yang dapat diberikan RS dan waktu pelayanan
2. Jenis pelayanan yang tidak ditanggung
3. Prosedur /mekanisme pemberian pelayanan
4. Tarif pelayanan kesehatan (sesuai kesepakatan) dan mekanisme pembayaran
5. Proses jaga mutu dan kendali utilisasi
6. Tanggungjawab finansial para pihak
7. Sistem administrasi dan informasi
8. Kesanggupan RS untuk mempertahankan sertifikat mutu yang sudah diperoleh RS
9. Hak dan kewajiban
10. Lampiran penjelasan tentang jenis pelayanan (paket)
11. Kertas kerja negosiasi tariff
12. Kewenangan melihat medical record apabila diperlukan konfirmasi

13. Pendapat Dewan Pertimbangan Medik dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam penyelesaian masalah medis.

Penerapan asas proporsionalitas dalam pembentukan kontrak komersial antara layanan kesehatan antara Rumah Sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dilakukan dengan *urgensi* negosiasi dan pembentukan kesepakatan para pihak. Kontrak pada dasarnya merupakan bagian penting dari suatu proses bisnis yang syarat dengan pertukaran kepentingan di antara para pelakunya. Merancang suatu kontrak pada hakikatnya “menuangkan proses bisnis kedalam format hukum”. Mengandaikan hubungan yang sinergiskorelatif antara aspek bisnis dengan hukum (kontrak), ibarat lokomotif dan gerbongnya sebagai personifikasi aspek bisnis sedang bantalan rel dimana lokomotif dan gerbongnya berjalan menuju tujuan sebagai personifikasi aspek hukumnya (kontrak) (Agus Yudha Hernoko, 2016). Oleh karena itu, keberhasilan bisnis antara lain juga akan ditentukan oleh struktur atau bangunan kontrak yang dirancang dan disusun oleh para pihak. Namun patut disayangkan para pelaku bisnis merumuskan proses bisnisnya dalam formay kontrak yang asal – asalan, sehingga tidak memerhatikan proses, prosedur serta norma perancang kontrak yang benar (*drafting contract process*).

3. Post Kontrak

Pelaksanaan BPJS Kesehatan per 1 Januari 2014 belum sepenuhnya berjalan baik. Hal ini dimungkinkan karena sistem Jaminan Kesehatan Nasional masih ‘prematur’ sebagai satu sistem yang mapan. Di tingkat PPK II (Pemberi Pelayanan Kesehatan Kedua) khususnya Rumah Sakit terjadi beberapa kendala. Selain kendala tentang pelaksanaan tarif INA CBG’s yang perlu untuk dievaluasi, muncul juga kendala tentang Hubungan timbal balik yang tidak ‘seimbang’ antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan dalam hak perjanjian kontrak. Azas Konsensualisme yaitu adanya kata kesepakatan antara kedua belah pihak patut dipertanyakan. Hal tersebut dibahas dalam sebuah diskusi “Aspek Hukum Kontrak Rumah Sakit dan BPJS dalam Jaminan Kesehatan” yang dilaksanakan di Function Hall Rumah Sakit Bedah Surabaya. (Ridlo, 2018).

Penerapan asas proporsionalitas dalam pembentukan kontrak komersial antara layanan kesehatan antara Rumah Sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dilakukan dengan *urgensi* negosiasi dan pembentukan kesepakatan para pihak. Prosedur sederhana yang dapat dijadikan pedoman untuk menafsirkan pernyataan-pernyataan para pihak dalam pembentukan kontrak komersial berdasarkan asas proposisionalitas, terkait “maksud” maupun “peristilahan” yang digunakan, adalah sebagai berikut:

- Pertama, gambaran para pihak berkenaan dengan hak dan kewajiban, kata-kata dalam pernyataan tidak penting. Berarti interpretasi didasarkan pada “maksud” para pihak mengenai penggunaan istilah-istilah dalam kontrak yang mereka buat. Tidak menjadi masalah, apakah istilah tersebut dimaknai sebagaimana lazimnya di masyarakat atau tidak. Disini “maksud” para pihak merupakan manifestasi kebebasan berkontrak dalam menentukan makna berdasar istilah yang digunakan, dan karenanya mengikat mereka.

- Kedua, apabila gambaran yang berkenaan dengan hak dan kewajiban tidak dapat ditunjukkan, artinya para pihak tidak sama pemahaman dan pengertiannya terhadap “peristilahan” yang digunakan, maka pernyataan ditentukan oleh kepercayaan yang wajar dari pernyataan tersebut. Kepercayaan yang wajar di sini berarti menyerahkan penilaian makna “peristilahan” tersebut kepada praktik di masyarakat.

Prosedur tersebut telah diterapkan dalam perjanjian kerjasama antara fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit dan BPJS Kesehatan yang membuat hak dan kewajiban kedua belah pihak. Hak fasilitas kesehatan berdasarkan Pasal 12 ayat (11), ayat (2) dan ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN adalah mendapatkan informasi tentang kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses erha sana dengan BPJS dan menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap. Sedangkan kewajiban fasilitas kesehatan antara lain memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan memberikan laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.

Selanjutnya hak BPJS Kesehatan antara lain membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan dan menerima laporan pelayanan sesuai dengan waktu dan jenis yang telah disepakati. Untuk kewajiban, BPJS Kesehatan adalah memberikan informasi kepada rumah sakit berkaitan dengan kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan melakukan pembayaran klaim kepada rumah sakit atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap.

Dalam pelaksanaan JKN, diperlukan kerjasama yang baik antara masyarakat, penyedia pelayanan kesehatan, dan BPJS. Berdasarkan pemaparan tersebut negosiasi antara rumah sakit dan BPJS kesehatan sudah sesuai prosedur yang sesuai dengan asas proporsionalitas.

Kesimpulan

1. Karakteristik kontrak kerjasama layanan kesehatan antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai berikut: a. Terbentuk dari dua pihak yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (*health insurance institutional*) dan rumah sakit (*health provider*). Dan b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memiliki tanggung jawab mengumpulkan dan mengelola iuran dari peserta program jaminan kesehatan yang selanjutnya dibayarkan kepada rumah sakit selaku penyelenggara layanan kesehatan bagi peserta program BPJS.
2. Penerapan asas proporsionalitas dalam kontrak kerjasama antara rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam pelaksanaan sudah diterapkan pada semua tahap kontrak yang meliputi: pembentukan (*pra contract*), pelaksanaan kontrak (*contract*), dan pasca kontrak (*post contract*). Asas proporsionalitas menjawai dalam semua tahapan kontrak yang pada prinsipnya telah terjadi peralihan hak dan kewajiban sesuai beban dan tanggung jawab masing-masing pihak.

Daftar Bacaan

- Hasanah. (2017). Pelaksanaan Hubungan Kerja Antara Rumah Sakit Dengan BPJS Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Naskah Publikasi*.
- Nanda dkk. (2014). *Praktek Kemahiran Hukum Perancangan Kontrak*. Sulawesi:Unimal Press.
- Sabarguna. (2008). *Pemasaran Pelayanan Rumah Sakit*, Sagung Seto, Yogyakarta.
- Sugiantari. (2016). *Karakteristik Pelayanan Kesehatan Dalam Perlindungan Pasien, Prosiding Semnas Hasil Penelitian Hukum Kesehatan*. Universitas Mahasaraswati Denpasar.

Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Jurnal

- Agus Yudha Hernoko, (2016) Asas Proporsionalitas Sebagai Landasan Pertukaran Hak Dan Kewajiban Para Pihak Dalam Kontrak Komersial, *Jurnal Hukum dan Peradilan*, Volume 5 Nomor 3, November.
- Budiono. (2017) Citizen Charter Dalam Perspektif Kebijakan Dalam Upaya Optimalisasi Pelayanan Perijinan, Jurnal Vol. 5. No. 1.
- Ali, M, (2017),The Principle of Justice and Legal Assurance in Choice of Law For International Electronic Contract, *Hang Tuah Law Journal*, Volume 1 Issue 1.
- Bilyastuti. (2012) Adopsi *Citizen's Charter* (Kontrak Pelayanan) Untuk Optimalisasi Pelayanan Publik (Studi Pada Instalasi Rawat Jalan (IRJ) RSU Dr. Saiful Anwar Malang), *Jurnal Wacana*, Vol. 15, No. 3.

Internet

- Mahendra. (2018). *7 Kiat Penyusunan Kontrak Kerjasama BPJS Dengan Fasilitas Kesehatan*. Dalam
http://www.jamsosindonesia.com/cakrawala/7_kiat_penyusunan_kontrak_kerjasama_bpjs_dengan_fasilitas_kesehatan, Diakses 4 Juli 2018, Jam 10.00 WIB
- Fitri dan Wahyuningsih, (2018), *Proses Kontrak Kerja Sama BPJS dengan Rumah Sakit*.
https://www.kompasiana.com/keilmuanhapsa2013/proses-kontrak-kerja-sama-bpjs-dengan-rumah-sakit_552882a0f17e61705a8b456c. Diakses 4 Juli 2018.
- Ridlo. (2018). *Aspek Hukum Kontrak Rumah Sakit dan BPJS dalam Jaminan Kesehatan*, dalam <https://iaridlo.blog/2014/04/08/aspek-hukum-kontrak-rumah-sakit-dan-bpjs-dalam-jaminan-kesehatan> , Diakses 7 Juli 2018, Jam 11.00 WIB

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret-September 2021

PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DALAM TINDAKAN PEMASANGAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR) DI PUSKESMAS

Santa Lussia Yunica

Abstract

Increasing population growth can be suppressed through the Family Planning (Keluarga Berencana/KB) program, one of which is the installation of uterine contraceptive devices (IUDs) by midwives at the Puskesmas. Juridically, the midwife has the authority to install an IUD. However, contraceptive failure often occurs, in which midwives can face criminal or civil lawsuits regarding the IUD insertion case. The method in this study is a normative juridical approach to the law (statue approach) and conceptual approach (conceptual approach). Related to the problem of IUD insertion failure, midwives are only responsible for the installation actions according to their competency standards. While the results of failures that may occur can not be accounted for because the transactions that occur between midwives and patients emphasize the maximum effort of the midwife. Minister of Health Regulation No. 28 of 2017 related to the Licensing and Implementation of Midwife Practices that discusses the rights and authority of midwives regarding contraception. To ensure legal certainty, clear regulations regarding the profession of midwife are set out in the Midwifery Law.

Keywords : IUD, Midwife, Law Protection

Abstrak

Pertumbuhan penduduk yang semakin meningkat dapat ditekan melalui program Keluarga Berencana (KB), salah satunya dengan pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) oleh bidan di Puskesmas. Secara yuridis bidan memiliki wewenang dalam pemasangan AKDR. Namun seringkali terjadi kegagalan kontrasepsi, yang mana bidan dapat menghadapi tuntutan pidana maupun perdata mengenai kasus pemasangan AKDR. Metode dalam penelitian ini adalah yuridis normatif dengan pendekatan undang-undang (*statue approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). Terkait permasalahan kegagalan pemasangan AKDR, bidan hanya bertanggung jawab terhadap tindakan pemasangan sesuai standar kompetensi yang dimiliki. Sementara hasil kegagalan yang mungkin terjadi tidak dapat dipertanggungjawabkan karena transaksi yang terjadi antara bidan dan pasien menitikberatkan terhadap usaha maksimal bidan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 terkait Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan yang membahas hak dan kewenangan bidan terkait pemasangan kontrasepsi. Untuk menjamin

kepastian perlindungan hukum, diperlukan kejelasan peraturan mengenai profesi bidan yang tertuang dalam Undang-Undang Kebidanan.

Kata Kunci : AKDR, Bidan, Perlindungan Hukum.

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Santa Lussia Yunica, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: calussia@gmail.com

Pendahuluan

Pertumbuhan penduduk akan selalu meningkat, khususnya di Indonesia angka kelahiran tinggi, program Pemerintah Kaluarga Berencana merupakan salah satu cara untuk menekan populasi penduduk. Profesi bidan salah satu yang berperan aktif terhadap penekanan pertumbuhan penduduk dan angka kematian ibu dan bayi melalui pelayanan Keluarga Berencana (KB). Keuntungan asuhan Keluarga Berencana (KB) yaitu ibu akan menjaga jarak dalam kehamilan, ibu juga memiliki kesempatan menjaga diri dan kesehatannya dimasa pemulihan jika menggunakan kontrasepsi. Menurut Rufaidah, alat kontrasepsi yang efektif untuk menghindari kehamilan dalam rentang waktu yang cukup panjang adalah AKDR. Pengguna AKDR di Indonesia mencapai 22,6% dari semua pemakai metode kontrasepsi (Hanafiah T, 2005:1-3).

Puskesmas adalah sarana atau fasilitas negara yang sangat diperlukan yang mampu menjangkau masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan. Puskesmas juga merupakan pelayanan publik yang bersifat mutlak, dimana negara dan aparaturnya berkewajiban untuk menyediakan layanan yang bermutu dan mudah didapatkan setiap saat (Arsita Prasetyawati, 2011:34). Puskesmas hanya menyediakan layanan kesehatan primer, sehingga tidak semua alat dan fasilitas tersedia di Puskesmas. Bidan di Puskesmas melakukan usaha yang bersifat preventif, memberikan penyuluhan dan melakukan kegiatan kebidanan.

Layanan kesehatan berkaitan erat dengan wewenang dan tanggung jawab yang ada. Pada sebuah penelitian dikatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa pelayanan (konsumen) dan penyelenggara jasa pelayanan (*provider*). Interaksi ini merupakan suatu hal yang sangat kompleks dan berhubungan dengan banyak faktor, yang mana faktor ini mempengaruhi seseorang dalam bertindak (Leni Syafitri, 2012:42). Sebagai subjek hukum hak bidan diperoleh ketika terjadi hubungan transaksi terapeutik antara bidan dengan pasien, karena hubungan tersebut menimbulkan hak dan kewajiban masing-masing pihak yaitu pihak pemberi pelayanan dan pihak penerima pelayanan dan ini harus dihormati oleh para pihak.

Dalam prakteknya hak bidan sering terbentur dengan profesi lain seperti dokter, perawat, terutama dokter spesialis kandungan. Menurut Wila Chandawila Supriadi,

seorang tenaga kesehatan yang melakukan pekerjaan tanpa kewenangan dapat dianggap melanggar salah satu standar profesi tenaga kesehatan (Willa Chandrawila, 2001:13). Masyarakat yang makin pintar dan sadar akan hukum maka segala sesuatu tindakan yang dilakukan setiap profesi terutama di bidang kesehatan sangatlah rentan terhadap hukum. Oleh karena itu pentingnya tanggung jawab bidan baik wewenang maupun batasan hukum harus sangat dimengerti agar terhindari dari kegiatan malpraktik. Dalam kegiatan pengobatan sudah diatur dalam undang-undang dan masing-masing peraturan kesehatan sesuai profesi, kegiatan pengobatan memiliki potensi terjadinya tindak pidana kelalaian.

Peneliti tertarik untuk membahas perlindungan hukum dan wewenang bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, sebab apabila terjadi penyimpangan maka akan sangat merugikan. Salah satu contoh kasus yang pernah penulis alami di Puskesmas Sungai Kakap tahun 2013, dimana efektifitas dari pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) ini mengalami kegagalan sehingga keluarga menuntut ganti rugi terhadap puskesmas atas kegagalan AKDR tersebut. Berdasarkan kasus tersebut sangat penting untuk dikaji lebih mendalam. Agar hak bidan, batasan maupun tanggung jawab dalam penyelenggaraan pakteknya harus mendapat perlindungan hukum, maka Indonesia sebagai negara hukum yang memberlakukan asas legalitas harus mempunyai pengaturan yang melindungi hak bidan tersebut. Sehingga dalam penyelenggaraan kegiatan yang dilakukan bidan, bidan dapat merasa aman dan optimal dalam melayani kesehatan seluruh masyarakat.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini yaitu yuridis normatif, yaitu penelitian hukum yang mengkaji hukum tertulis dari berbagai aspek, yaitu aspek teori, sejarah, filosofi, perbandingan, struktur dan komposisi, lingkup dan materi, konsistensi, penjelasan umum dan pasal demi pasal, formalitas dan kekuatan mengikat suatu undang-undang, serta bahasa hukum yang digunakan, tetapi tidak mengkaji aspek terapan atau implementasinya (Peter Mahmud Marzuki, 2011:87). pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu metode pendekatan undang-undang (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). Pendekatan undang-undang (*statute approach*) dilakukan dengan menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkutan paut dengan isu hukum yang ditangani. Pendekatan konseptual (*conceptual approach*) beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang di dalam ilmu hukum (Peter Mahmud Marzuki, 2011:133).

Bahan hukum dalam penelitian ini terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier. Pada tahap pengumpulan bahan hukum, peneliti menggunakan studi dokumen yang meliputi bahan-bahan hukum kepustakaan, yaitu peraturan perundang-undangan, buku-buku hukum, jurnal, literatur, kamus hukum, kamus bahasa Indonesia dan buku ajar kedokteran kebidanan. Langkah-langkah yang digunakan dalam pengumpulan bahan hukum meliputi membaca, mempelajari, menggabungkan bahan-bahan hukum dari bahan primer,

sekunder serta bahan hukum tersier sehingga menjadi kesatuan dan mudah dalam pengolahannya. Bahan hukum yang telah dikumpulkan, dilakukan analisa dalam bentuk kalimat yang konsisten, logis dan efektif serta sistematis sehingga memudahkan untuk interpretasi dan mengkontruksi pemahaman terhadap peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar dan petunjuk dalam mengkaji tentang kewenangan bidan dalam pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim.

Analisis dan Diskusi

A. Teori Perlindungan Hukum

Perlindungan hukum merupakan segala upaya yang dapat menjamin adanya kepastian hukum, sehingga dapat memberikan perlindungan hukum kepada pihak-pihak yang bersangkutan atau yang melakukan tindakan hukum. Soetiono (2004) mendefinisikan perlindungan hukum sebagai tindakan atau upaya untuk melindungi masyarakat dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan ketentraman, sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia (Soetiono, 2004:3).

Perlindungan hukum memperoleh landasan idil (filosofis) pada sila kelima Pancasila yaitu "Keadilan Sosial Bagi Seluruh Rakyat Indonesia", yang didalamnya terkandung suatu hak seluruh rakyat Indonesia untuk diperlakukan sama di depan hukum. Hadjon (1983) membagi perlindungan hukum menjadi dua yaitu, Perlindungan Hukum Preventif, yaitu perlindungan hukum yang tujuannya untuk mencegah sebelum terjadinya pelanggaran. Hal ini terdapat dalam peraturan perundang-undangan dengan maksud mencegah pelanggaran; Perlindungan Hukum Represif, yaitu perlindungan hukum aktif berupa tanggung jawab perusahaan, denda, penjara, dan hukuman tambahan apabila sudah terjadi pelanggaran.

Perlindungan hukum dapat dilakukan secara publik maupun private. Perlindungan secara publik dilakukan dengan cara memanfaatkan fasilitas perlindungan hukum yang disediakan oleh ketentuan-ketentuan yang bersifat publik, seperti peraturan perundang-undangan domestik, dan perjanjian-perjanjian internasional, *bilateral*, maupun *universal*. Adapun perlindungan hukum secara private yaitu dengan berkontrak secara cermat. Perlindungan hukum merupakan segala upaya yang dapat menjamin adanya kepastian hukum, sehingga dapat memberikan perlindungan hukum kepada pihak-pihak yang bersangkutan atau yang melakukan tindakan hukum.

B. Teori Tanggung Jawab

Secara umum prinsip tanggung jawab dalam hukum dapat dibedakan menjadi:

1. Prinsip Tanggung Jawab Berdasarkan Unsur Kesalahan (*Liability based on fault*) prinsip ini adalah prinsip yang cukup umum berlaku dalam hukum perdata khususnya Pasal 1365,1366 dan 1367 KUHPerdata. Secara umum, asas

tanggung jawab ini dapat diterima karena adil bagi orang yang dibuat salah untuk mengganti rugi pihak korban. Perkara yang perlu dijelaskan dalam prinsip ini adalah definisi tentang subjek pelaku kesalahan yang dalam doktrin hukum dikenal atas *vicarious liability* dan *corporate liability*.

2. Prinsip praduga untuk Selalu Bertanggung Jawab (*presumption of liability*), prinsip ini menyatakan tergugat selalu dianggap bertanggung jawab sampai ia dapat membuktikan ia tidak bersalah.
3. Prinsip praduga untuk Tidak Selalu Bertanggung Jawab (*presumption nonliability principle*), prinsip ini merupakan kebalikan dan prinsip praduga untuk satas. Prinsip ini lebih diterapkan pada kasus-kasus seperti kasus yang dimana apabila terjadi suatu kecelakaan lalu lintas yang mempunyai peran aktif dalam melakukan pembuktian adalah pihak penggugat.
4. Prinsip Tanggung Jawab Mutlak (*strict liability*), prinsip tanggung jawab mutlak sering diidentikkan dengan prinsip tanggung jawab absolut. Asas tanggung jawab mutlak merupakan salah satu jenis pertanggung jawaban perdata (*civil liability*).

C. Tanggung Jawab Hukum Bidan

Secara umum tanggung jawab hukum diartikan sebagai kewajiban untuk melakukan sesuatu atau berperilaku menurut cara tertentu tidak menyimpang dari peraturan yang ada (Khairunnisa, 2008:4). Berkaitan dengan tanggung jawab bidan kemudian ada pula tanggung jawab atas kewajiban yang harus dipenuhi oleh seorang pasien sebagai pengguna layanan kesehatan. Kewajiban pasien diatur dalam UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, terutama Pasal 53 UU, yang meliputi: memberi informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya, memenuhi nasihat dan petunjuk dokter, mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan dan memberi imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Sementara itu tanggung jawab hukum bidan adalah suatu ketertarikan bidan terhadap ketentuan-ketentuan hukum bidan dalam menjalankan profesinya dimana bida ataupun pelayanan kesehatan lainnya memiliki peran dan aspek hukum. Tanggung jawab hukum bidan dapat dibagi menjadi tanggung jawab hukum pidana, perdata dan administratif.

D. Tanggung Jawab Hukum Bidan Bidang Hukum Perdata

Aspek keperdataan seperti permasalahan profesi kebidanan bertemu pada salah satu asas hukum kesehatan yaitu hak asasi manusia untuk menentukan nasibnya sendiri. Pemasangan AKDR dimaksudkan untuk mencegah terjadinya kehamilan, dimana orientasi pertanggung jawaban profesi adalah dalam proses pemasangan

tersebut. Sementara penerapan pada hasil tidak dapat dijanjikan oleh bidan sepenuhnya, karena hal ini dapat menyudutkan profesi bidan bila memberikan kepastian tidak akan hamil dengan akurasi 100%. Dimana tindakan pemasangan kontrasepsi ini adalah salah satu tindakan asuhan kebidan yang sudah sesuai dengan fungsi bidan dalam usaha preventif.

Menurut ilmu hukum perdata, seseorang dapat dianggap melakukan wanprestasi apabila tidak melakukan apa yang disanggupi akan dilakukan, melakukan apa yang dijanjikan tetapi terlambat dan melaksanakan apa yang dijanjikan, tetapi tidak sebagaimana dijanjikan serta melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukan.

Pasal 1243 KUHPerdata

Penggantian biaya, kerugian dan bunga karena tak dipenuhinya suatu perikatan mula diwajibkan, bila debitur, walaupun telah dinyatakan lalai, tetap lali untuk memnuhi perikatan itu, atau jika sesuatu yang harus diberikan atau dilakukannya hanya dapat diberikan atau dilakukannya dalam waktu yang melampaui waktu yang telah ditentukan.

Pasien harus memiliki bukti yang kuat baik mengenai kerugian akibat tidak dipenuhinya kewajiban bidan sesuai dengan standar profesi bidan. Wanprestasi dalam pelayanan kesehatan baru terjadi ila telah terpenuhi unsur-unsur berikut, yaitu hubungan antara dokter dengan pasien terjadi berdasarkan kontrak terapeutik; dokter/bidan telah memberikan pelayanan kesehatan yang tidak patut yang menyalahi tujuan kontrak terapeutik; pasien menderita kerugian akibat tindakan dokter/bidan yang bersangkutan. Dalam kasus ini harus dibuktikan dahulu bahwa perjanjian berlandaskan perjanjian terapeutik yang dapat terlihat dari rekam medik (Bahder Johan Nasution, 2005:63). Gugatan ganti rugi hanya dapat dilakukan atas dasar persetujuan antara bidan dan pasien terlebih dahulu, perjanjian tersebut dapat digolongkan sebagai persetujuan untuk melakukan atau berbuat sesuatu. Perjanjian ini mengikat mengenai usaha bidan untuk mencegah kehamilan menggunakan AKDR yang dipasang.

Terkait perbuatan melanggar hukum perdata karena melawan hukum (*onrechtmatige daad*), seseorang bidan dapat dinyatakan melakukan kesalahan atau melawan hukum dan atau untuk menentukan seseorang pelaku melanggar hukum harus membayar ganti rugi haruslah dapat hubungan erat antara kesalahan dan kerugian yang telah ditimbulkan.

Pasal 1365 KUHPerdata

Tiap perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*), yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, menggantikannya kerugian tersebut.

Seseorang tenaga kesehatan dapat dituntut atau dinyatakan melakukan kesalahan atas dasar wanprestasi dan melanggar hukum dapat juga disebabkan oleh kelalaian, sehingga menimbulkan kerugian. Gugatan atas dasar kelalaian ini diatur dalam Pasal 1366 KUHPerdata. Ciri khas gugatan berdasarkan perbuatan melawan hukum dapat dilihat dari model pertanggungjawaban yang diterapkan yaitu pertanggungjawaban karena kesalahan (*faults liability*) seperti yang dijelaskan pada pasal 1366 KUHPerdata.

Pasal 1366 KUHPerdata

Setiap orang bertanggung jawab, bukan hanya atas kerugian yang disebabkan perbuatan-perbuatan, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan kelalaian atau kesembronoannya.

Pada perkara perdata dalam tuduhan *civil malpractice* dimana bida digugat membayar ganti rugi sejumlah uang, yang dilakukan adalah mematahkan dalil-dalil penggugat, karena dalam peradilan perdata, pihak yang mendalilkan harus membuktikan di pengadilan, dengan perkataan lain pasien atau pengacaranya harus membuktikan dalil sebagai dasar gugatan bahwa tergugat (bidan) bertanggung jawab atas derita yang dialami penggugat. Dengan demikian maka pokok ketentuan Pasal 1367 BW mengatur mengenai pembayaran ganti rugi oleh pihak yang menyuruh atau yang memerintahkan sesuatu pekerjaan yang mengakibatkan kerugian pada pihak lain, mengingat dimana di pelayanan kesehatan dalam praktik kebidanan turut serta mahasiswa praktik kebidanan yang melakukan tindakan praktik kebidanan, sehingga bidan di Puskesmas atau layanan kesehatan tersebut juga bertanggung jawab atas kerugian yang ditimbulkan bila terjadinya kesalahan atau kerugian.

Pasal 1367 KUHPerdata

Seseorang harus memberikan pertanggungjawaban tidak hanya atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakan orang lain yang berada di bawah pengawasannya.

Pada perkara perdata dalam tuduhan *civil malpractice* dimana bida digugat membayar ganti rugi sejumlah uang, yang dilakukan adalah mematahkan dalil-dalil penggugat, karena dalam peradilan perdata, pihak yang mendalilkan harus membuktikan di pengadilan, dengan perkataan lain pasien atau pengacaranya harus membuktikan dalil sebagai dasar gugatan bahwa tergugat (bidan) bertanggung jawab atas derita (*damage*) yang dialami penggugat. Untuk membuktikan adanya *civil malpractice* tidaklah mudah, utaunya tidak diketemukan fakta berbicara sendiri apalagi untuk membuktikan adanya tindakan mentelantarkan kewajiban (*declaration of duty*) dan adanya hubungan langsung antara mentelantarkan kewajiban dengan adanya rusaknya kesehatan, sedangkan yang harus membuktikan adalah orang-orang awam di bida kesehatan dan hal inilah yang dapat menguntungkan bida dalam peristiwa hukum (Dahlan Sofwan, 2002:28).

E. Tanggung Jawab Hukum Bidan Bidang Hukum Pidana

Tanggung jawab pidana disini timbul dapat dibuktikan adanya kesalahan profesional, misalya kesalahan dalam diagnosa, kesalahan dalam tindakan perawatan dan tindakan dalam praktik kebidanan lainnya. Suatu perbuatan dapat dikategorikan *criminal malpractice* apabila memenuhi rumusan delik pidana yaitu perbuatan tercela dan dilakukan sikap batin yang salah yaitu berupa kesengajaan, kecerobohan atau kealpaan. Kesalahan tenaga kesehatan dapat terjadi di bidang hukum pidana diatur antara lain dalam: Pasal 263, 367, 294, ayat (2), 299, 304, 344, 347, 348, 351, 359, 360, 361, 531, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

Pasal 1 Ayat (1) Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP)

Suatu perbuatan tidak dapat dipidana, kecuali berdasarkan kekuatan ketentuan perundang-undangan pidana yang telah ada.

Terdapat perbedaan tindak pidana biasa dan tindak pidana medis. Pada tindak pidana biasa yang diperhatikan adalah akibatnya. Sedangkan pada tindak pidana medis adalah penyebabnya. Walaupun berakibat fatal, tetapi jika tidak ada unsur kelalaian atau kesalahan maka bidan tidak dapat dipersalahkan. Beberapa contoh tindak *criminal mapractice* yang berupa kesengajaan adalah melakukan aborsi tanpa indikasi medis, membocorkan rahasia kedokteran, tidak melakukan pertolongan seseorang yang dalam keadaan *emergency*, dan lain sebagainya.

F. Tanggung Jawab Hukum Bidan Bidang Hukum Administrasi

Dikatakan pelanggaran administratif *malpractice* jika dokter/tenaga kesehatan melanggar hukum tata usaha negara. Contoh tindakan dokter yang dikategorikan sebagai *administrative malpractice* adalah menjalankan praktik tanpa ijin, melakukan tindakan medis yang tidak sesuai dengan ijin yang dimiliki, melakukan praktek dengan menggunakan ijin yang kadaluarsa dan tidak membuat rekam medis. Bidan harus mengurus lisensi agar memperoleh kewenangan, dimana tiap-tiap jenis lisensi memerlukan *basic science* dan mempunyai kewenangan sendiri-sendiri. tidak dibenarkan melakukan tindakan kebidanan yang melampaui kewenangannya. Jika bidan melanggar hal tersebut maka dapat dikenakan sanksi administratif. Sanksi administratif bagi seorang bidan seperti epncabutan ijin praktik bidan, pencabutan SIPB sementara atau bisa juga berupa denda (Reni Heryani, 2011:20).

G. Perlindungan Hukum Penyelenggaraan Praktik Bidan

Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan termuat dalam Pasal 27 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki peranan penting untuk meningkatkan kesadaran, kemauan

dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif.

Praktik tenaga kesehatan sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 922/Menkes/SK/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintah di bidang kesehatan, dimana dengan adanya izin tersebut pemerintah daerah adalah sarana yang terdekat untuk melindungi profesi bidan dan melindungi secara langsung jika terjadi suatu kecacatan dalam tindakan profesi. Payung hukum yang dapat melindungi bidan yaitu diantaranya:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.900/Menkes/SK/VII/2002 Tentang Registrasi dan Praktik Bidan.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indoneisa Nomor 369/Menkes/SK/III/2007/ Tentang Standar Profesi Bidan.
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraaan Praktik Bidan.
7. Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2018 tentang Pengawasan di Bidang Kesehatan.

Meskipun begitu dari semua peraturan diatas tidak ada yang melindungi bidan secara langsung seperti Undang-Undang pada umumnya sehingga bidan harus sangat berhati-hati dalam melakukan tindakan keprofesiannya. Namun perkembangan masa kini sudah semakin membaik dimana adanya hukum kesehatan yang mana profesi kesehatan dapat mempelajari hukum kesehatan sehingga hendaknya mampu mengantisipasi dan membantu rekan sejawat dalam menjalankan perlindungan hukum yang telah ada.

H. Penyelesaian Sengketa Medik Akibat Kegagalan Efektivitas AKDR

Apabila upaya kesehatan yang dilakukan kepada pasien tidak memuaskan sehingga bidan menghadapi tuntutan hukum, maka bidan seharusnya bersifat pasif dan pasien atau keluarga yang aktif membuktikan kelalaian bidan. Apabila tuduhan kepada bidan merupakan *criminal malpractice* maka bidan dapat melakukan usaha-usaha sebagai berikut (Dahlan Sofwan, 2002:30) :

1. *Informal defence*, dengan mengajukan bukti untuk menangkis/menyangkal bahwa tuduhan yang diajukan tidak berdasar atau tidak menunjuk pada doktrin yang ada, misalnya bidan mengajukan bukti bahwa yang terjadi bukan disengaja, akan tetapi merupakan resiko medis (*risk of treatment*) atau mengajukan alasan bahwa dirinya tidak mempunyai sikap batin sebagaimana diisyaratkan dalam perumusan delik yang dituduhkan.

2. *Legal defence/formal*, yakni melakukan pembelaan dengan mengajukan atau menunjuk pada doktrin-doktrin hukum, yakni dengan menyangkal tuntutan dengan cara menolak unsur-unsur pertanggungjawaban atau melakukan pembelaan untuk membebaskan diri dari pertanggung jawaban dengan mengajukan bukti bahwa yang dilakukan adalah pengaruh daya paksa. Terkait pembelaan, bidan sebaiknya menggunakan jasa penasehat hukum.

Dalam Pasal 45 Ayat (1) dan Pasal 47, dinyatakan bahwa penyelesaian sengketa dengan konsumen dapat dilakukan dengan cara:

1. Penyelesaian sengketa dengan konsumen di luar pengadilan

Menurut Pasal 19 Ayat (1) dan Ayat (9) UUPK, konsumen yang merasa dirugikan dapat menuntut secara langsung kepada produsen harus memberi tanggapan dan atau penyelesaian dalam jangka waktu tujuh haru setelah transaksi berlangsung. Menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif penyelesaian sengketa, cara penyelesaian sengketa konsumen dapat dilakukan dengan jalan arbitrase, konsiliasi dan mediasi. Hadirnya mediasi dalam menyelesaikan sengketa medis sangat beralasan dikarenakan tidak semua permasalahan sengketa medis harus diselesaikan secara litigasi di pengadilan.

Sesuai dengan Pasal 29 UU 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesi, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Mediasi bisa juga dilakukan oleh MDKI (Majelis Kehormatan Kedokteran Indonesia) sebagai lembaga yang menjaga marwah kehormatan dokter. Mediasi dapat dijadikan langkah awal karena upaya penyembuhan yang didasarkan pada usaha maksimal dan ikhtiar. Ruang lingkup kesehatan untuk membuktikan dugaan perbuatan melanggar (malpraktik kedokteran) bukanlah hal yang mudah namun harus dipelajari dan dianalisis terlebih dahulu setiap perbuatan buruk (*adverse event*); dan tidak semua *adverse event* identik dengan malpraktik kedokteran.

Disisi lain penyelesaian tuntutan dapat dilakukan melalui Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK). Pasal 23 UUPK penyelesaian sengketa melalui BPSK dapat ditempuh jika penyelesaian secara damai di luar proses pengadilan tidak berhasil, baik karena produsen menolak untuk menanggapi tuntutan konsumen maupun karena tidak terjadi kesepakatan antara konsumen dengan produsen.

2. Penyelesaian sengketa dengan konsumen melalui pengadilan

Jika gugatan penggantian kerugian didasarkan pada peristiwa *wanprestasi*, konsumen sebagai penggugat harus membuktikan adanya hubungan perikatan (kontrak, perjanjian), adanya bagian-bagian dari kewajiban yang tidak dipenuhi oleh produsen, timbulnya kerugian bagi konsumen.

Jika gugatan penggantian kerugian didasarkan pada peristiwa perbuatan melawan hukum, konsumen harus membuktikan adanya perbuatan melanggar

hukum. Empat syarat yang harus dipenuhi yaitu; pasien harus mengalami suatu kerugian, adanya kesalahan atau kelalaian; ada hubungan kausal antara kerugian dan kesalahan; perbuatan itu melanggar hukum (S.Spetrisno, 2010:8). Ciri khas gugatan berdasarkan perbuatan melawan hukum dapat dilihat dari model pertanggungjawaban karena kesalahan (*faults liability*). Pada tindakan praktik kebidanan pemasangan AKDR, bidan juga tak luput dari kelalaian yang dapat menyebabkan luka pada saat pemasangan jika tidak disertakan unsur kehati-hatian. Berdasarkan pasal 1371 KUHPerdata segala bentuk tindakan yang dapat menyebabkan cacat, maka hukum memberikan hak kepada seseorang untuk menuntut atas kerugiannya.

Untuk mencegah dan mengatasi sengketa yang terjadi antara pasien dan bidan terdapat lembaga-lembaga yang turut berperan, diantaranya:

- a. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) merupakan Organisasi profesi yang menghimpun para bidan di Indonesia. Peran IBI dalam perlindungan hukum bidan untuk usaha pencegahan agar mengurangi kecelakaan dalam dunia profesi kebidanan yaitu membantu bidan yang memerlukan bantuan hukum dapat menerapkan ilmu kebidanan sesuai dengan kompetensinya dengan menerapkan asas kehati-hatian dan profesionalitas.
- b. Lembaga konsumen merupakan salah satu media pemberdayaan konsumen, dengan adanya pemberdayaan, maka konsumen mempunyai kemampuan untuk menunjukkan diri dan eksistensinya sebagai konsumen yang memiliki kesadaran akan hak dan kewajiban.
- c. Peran Pemerintah, berdasarkan UU No 36 Tahun 2009 Pemerintah yang bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam segala bentuk upaya kesehatan, tanggung jawab atas ketersediaannya yang bermutu, aman, efisiensi dan terjangkau. Selain itu, melalui Badan PPNSDM Kesehatan, Pemerintah mempunyai tugas melaksanakan penyiapan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan pengembangan sumber daya manusia kesehatan.
- d. Peraturan Daerah, Pemerintah daerah dapat menerbitkan Surat Izin Praktik dan Surat Izin Kerja bagi Tenaga Kesehatan yang memiliki STR. Pemberian izin praktik tenaga kesehatan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang tercantum dalam pasal 7 UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam rangka pemberian izin dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan, pemerintah perlu mengatur mengenai registrasi dengan melakukan pencatatan resmi terhadap tenaga kesehatan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari sengketa medik dapat dilakukan secara normative maupun sosiologis. Secara normative adalah memenuhi hak-hak yang sudah diatur dalam peraturan perundang-undangan dan kode etik, sedangkan secara sosiologis banyak inisiatif yang dapat dilakukan yang berkenaan

dengan relasi subjek/pelaku, prosedur, kelembagaan, informasi/komunikasi, substansi (Toto Tohir Suriatmadja, 2016: 29-31).

Subjek utama dalam upaya kesehatan pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) di Puskesmas adalah bidan, membangun relasi bukan hanya dalam profesi, kemudian upayakan layanan kesehatan memiliki prosedur yang baik dan tidak rumit. Hal ini dapat memudahkan pengguna jasa pelayanan kesehatan. Disisi lain kemudahan akses pembiayaan menggunakan asuransi ataupun kartu jaminan kesehatan (BPJS). Pemberian informasi atau komunikasi haruslah secara jelas dan terperinci baik itu berkaitan dengan keuntungan dan kerugian suatu produk barang atau jasa yang ditawarkan kepada pasien, sehingga dikemudian hari tidak ada yang ketidak-jelasan dalam hubungan pasien-bidan. Perlunya langkah antisipatif bidan terkait segala sesuatu terkait praktik kebidanan yang riskan terpapar hukum, oleh karena itu tindakan bidan harus berlandaskan kompetensi, surat izin/lisensi, wewenang dan yang sangat terpenting adalah pencatatan dan pelaporan dari setiap tindakan asuhan yang diberikan pada pasien.

Kesimpulan

Peraturan mengenai kewenangan juga kewajiban bidan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 201 mengenai Izin dan Penyelenggaraan Praktik bidan yang mana bidan juga memiliki kode etik kebidanan dan hubungan hukum bidan-pasien dikarenakan terjadinya transaksi *terapeutik* yang mana kewenangan bidan dalam pemasangan AKDR guna menjaga kesehatan reproduksi wanita dan pemberian asuhan dan upaya preventif guna kesejahteraan ibu.

Perlindungan hukum bidan dalam pemasangan AKDR di Puskesmas dimana tanggung jawab tersebut dapat terjadi pada semua aspek perdata, pidana maupun administrasi. Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan berhak mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi dan standar prosedur operasional sesuai dengan Undang-Undang Tenaga Kesehatan No.36 Tahun 2014 Pasal 57 dan Pasal 75, serta Permenkes No.28 tahun 2017 Pasal 29 Ayat (1).

Daftar Bacaan

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang *Perlindungan Konsumen*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 Tentang *Tenaga Kesehatan*, Lembaran Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 Tentang *Registrasi Tenaga Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 977.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang *Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.*

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/Menkes/SK/III/2007, Tentang *Standar Profesi Bidan.*

Dahlan S. (2002). *Hukum Kesehatan Rambu-Rambu bagi Profesi Dokter.* Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Leni Syafitri, Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan PITCH Bagi Tahanan dan Warga Binaan Pemasyarakatan Beresiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Kelas I Cipinang, *Tesis, Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta, 2012.*

Nasution Bahder Johan. (2005). *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter.* Jakarta: Rineka Cipta.

Peter Mahmud Marzuki. (2011). *Penelitian Hukum.* Jakarta: Kencana Penada Media Group.

Philipus M Hadjon. (1984). *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia.* Surabaya: PT Bina Ilmu.

Reni Heryani. (2011). *Buku Ajar Konsep Kebidanan.* Jakarta: Trans Info Media.

Soetrisno S. (2010). *Malpraktek Medik dan Mediasi Sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa.* Tangeang: Telaga Medika.

Seotiono. (2004). *Rule of Law (Supremasi Hukum).* Surakarta: Magister Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret.

Toto Tohir Suriyatmadja. (2016). Minimalisasi Sengketa Medik Pasien dan Tenaga Kesehatan Dihubungkan dengan Undang-Undang Perlindungan Konsumen. *Journal Litigasi*, Vol. 16(2), 2015, 3011 – 3034.

DOI : <http://dx.doi.org/10.23969/litigasi.v16i2.45>

Wila Chandrawila. (2001). *Hukum Kedokteran.* Bandung: Mandar Maju.

<https://lbhyogyakarta.mediasi.non-litigasi>. Available online from [Akses 3 Desember 2018].

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret- September 2021

PENGOBATAN MEDIS OLEH PERAWAT DAN BIDAN DALAM MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT

Aloysius Tri Joehanto*

Abstract

This study analyzed a normative legal research on conflict resolution of norms of legislation related to the implementation of Integrated Management of Childhood Illness abbreviated as IMCI or Manajemen Terpadu Balita Sakit abbreviated as MTBS which discusses two problem formulations, namely: first, are nurses and midwives have authority to conduct medical treatment in the application of MTBS? Second, what are the juridical consequences of medical treatment by nurses or midwives in the application of MTBS? This research uses a statue approach and conceptual approach. Nurses and midwives do not have the authority to provide medical treatment in the application of MTBS on the basis of Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak Pasal 25 ayat (2) dan ayat (3) that MTBS is performed by trained nurses and midwives and in its implementation should be supervised by the doctors who have been trained, as this may lead to conflict of norms of existing legislation because of the authority to make clinical decisions based on the diagnosis of a disease and medical treatment efforts in the application of MTBS is the authority of the medical or doctor as regulated in Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 35 ayat (1). Health workers in carrying out practices should be conducted in accordance with the authority based on their competence to ensure legal certainty and sense of justice in order to improve the welfare of the community. On the one hand providing protection for doctors, nurses and midwives and on the other hand provides protection also for users of health services to achieve a quality service, safe, non-discriminatory and remain affordable.

Keywords : authority, MTBS, medical treatment, nurses and midwives

Abstrak

Penelitian ini menganalisis penelitian hukum normatif tentang resolusi konflik norma perundang-undangan terkait dengan penerapan Manajemen Terpadu Penyakit Anak yang disingkat MTBS atau Manajemen Terpadu Balita Sakit disingkat MTBS yang membahas dua rumusan masalah, yaitu: pertama, apakah perawat dan bidan memiliki kewenangan untuk melakukan perawatan medis dalam penerapan MTBS? Kedua, apa konsekuensi yuridis pengobatan oleh perawat atau bidan dalam penerapan MTBS? Penelitian ini menggunakan pendekatan patung dan pendekatan konseptual. Perawat dan bidan tidak berwenang memberikan perawatan medis dalam penerapan MTBS berdasarkan Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak Pasal 25 ayat (2) dan ayat (3) bahwa MTBS dilakukan oleh perawat dan bidan terlatih. dan

dalam pelaksanaannya harus diawasi oleh dokter yang telah dilatih, karena hal ini dapat menimbulkan konflik norma peraturan perundang-undangan yang ada karena adanya kewenangan untuk mengambil keputusan klinis berdasarkan diagnosa suatu penyakit dan upaya pengobatan dalam penerapan MTBS merupakan kewenangan medik atau dokter sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 35 ayat (1). Tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangannya sesuai dengan kompetensinya untuk menjamin kepastian hukum dan rasa keadilan guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Di satu sisi memberikan perlindungan bagi dokter, perawat dan bidan dan di sisi lain memberikan perlindungan juga bagi pengguna layanan kesehatan untuk mencapai pelayanan yang berkualitas, aman, tidak diskriminatif dan tetap terjangkau.

Kata Kunci : otoritas, MTBS, pengobatan medis, perawat dan bidan

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Aloysius Tri Joehanto, Magister Hukum Universitas Hang Tuah.

Pendahuluan

Kesehatan adalah salah satu parameter untuk mengukur keberhasilan pembangunan manusia. Tanpa kesehatan manusia tidak akan produktif untuk hidup layak secara ekonomi dan menjalani pendidikan yang baik. Begitu juga tanpa ekonomi yang baik, manusia tidak akan dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang baik serta pendidikan yang baik. Tanpa pendidikan yang baik, manusia juga tidak bisa mengerti kesehatan serta mendapatkan ekonomi yang baik. Ketiga parameter ini saling berhubungan dan tidak bisa dipisahkan satu sama lain (Sri Siswati, 2013:2).

Kesehatan sebagai hak asasi manusia, di dalam Konsideran Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang *Tenaga Kesehatan*, yang selanjutnya disebut Undang-

Undang Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa kesehatan harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat. Dengan demikian, setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan* Pasal 5 ayat (2), yang selanjutnya disebut Undang-Undang *Kesehatan*.

Konsideran Undang-Undang *Tenaga Kesehatan*, menyatakan bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang *Kesehatan* Pasal 46 dan Pasal 53 menyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh salah satunya dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan. Pelayanan kesehatan perseorangan tersebut

ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.

Dokter di suatu rumah sakit, Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya, tidak bisa bekerja tanpa bantuan para perawat dan bidan. Sebaliknya, perawat dan bidan tanpa adanya pelimpahan kewenangan dari dokter, tidak berwenang untuk bertindak secara mandiri, kecuali dalam bidang tertentu yang sifatnya sesuai dengan bidang ilmunya dan hal itu memang termasuk usaha keperawatan (*nursing care*). Namun demikian pada kenyataannya di dalam praktik sehari-hari para perawat dan bidan melakukan tindakan yang sebenarnya termasuk tugas dokter dan tugas wewenang yang dilimpahkan kepadanya (Pitono Soeparto, 2006:139-140).

Salah satu kewenangan perawat dan bidan dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah upaya pelayanan kesehatan anak balita (0-59 bulan) sakit yang dilakukan melalui Menajemen Terpadu Balita Sakit untuk selanjutnya disingkat MTBS. Pelaksanaan upaya tersebut harus dilakukan oleh bidan dan perawat terlatih sedangkan dokter hanya sebagai motivator disamping fungsinya sebagai supervisor dan penerima rujukan. Kewenangan tersebut diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang *Upaya Kesehatan Anak* pada pasal 25 ayat (2), yang selanjutnya disebut Permenkes *Upaya Kesehatan Anak* dinyatakan bahwa MTBS dilaksanakan oleh perawat dan bidan terlatih. Ayat (3), dalam penyelenggaraan MTBS, perawat dan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dibawah supervisi dokter yang telah diberikan pelatihan.

Peraturan menteri kesehatan seperti uraian di atas, secara langsung menunjuk kepada bidan dan perawat yang harus melaksanakan pelayanan kesehatan pada anak balita sakit dengan berpedoman pada MTBS. Di dalam MTBS terdapat klasifikasi yang bisa dikatakan sama dengan diagnosis suatu penyakit sebelum diberikan pengobatan. Upaya untuk melakukan klasifikasi atau diagnosa terhadap beberapa penyakit dan pengobatan tersebut yang harus dilaksanakan oleh bidan dan perawat apakah sejalan dan tidak bertentangan dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktik Kedokteran* Pasal 35 ayat (1), yang selanjutnya disebut Undang-Undang *Praktik Kedokteran* mengingat kewenangan untuk memberikan keputusan klinis berdasarkan diagnosis suatu penyakit dan upaya pengobatan adalah kewenangan dari tenaga medis atau dokter. Di dalam Undang-Undang *Praktik Kedokteran* tersebut secara jelas dinyatakan bahwa setelah dokter mendapatkan STR dan izin dari pemerintah untuk melaksanakan praktik kedokteran berwenang menegakkan diagnosa, menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien serta melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi dan apabila berhalangan hadir dalam menyelenggarakan praktik kedokteran, maka dokter atau dokter gigi tersebut harus membuat pemberitahuan atau menunjuk dokter atau dokter gigi pengganti yang sudah punya izin praktik. Apabila hal ini dijalankan bukan hanya menyebabkan konsekuensi terjadinya konflik norma yang sudah ada namun juga akan memunculkan problematika bagi bidan dan perawat maupun pasien dengan segala akibatnya baik dari sisi hukum maupun etik profesi.

MTBS seperti uraian di atas merupakan standar pelayanan yang disusun dan dibuat serta ditetapkan lintas organisasi profesi dan lintas program, artinya MTBS adalah standar pelayanan terintegrasi atau terpadu lintas profesi sehingga semestinya pelaksanaannya dilakukan oleh dokter, bidan dan perawat berdasarkan kewenangan sesuai kompetensi bidang keahliannya. Seperti dijelaskan dalam Undang-Undang *Tenaga Kesehatan* bahwa dalam menjalankan praktik, tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan

Profesi, Standar Prosedur Operasional yang ditetapkan oleh masing-masing organisasi profesi dan disyahkan oleh peraturan menteri kesehatan. Bagaimana bila suatu profesi tertentu memakai standar pelayanan profesi lain, dalam hal ini perawat dan bidan menggunakan standar pelayanan profesi kedokteran yang akibatnya dapat beresiko untuk menimbulkan malpraktek seperti yang diamanatkan di dalam Undang-Undang *Praktik Kedokteran* Pasal 78 bahwa setiap orang yang dengan sengaja menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan kesan seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi atau surat izin praktik dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau denda paling banyak Rp 150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).

Menyikapi hal tersebut di atas tentunya diperlukan sikap serta pemahaman yang baik dan obyektif dari kaca mata ilmu hukum dan disiplin ilmu kedokteran, bukan hanya tentang persyaratan kewenangan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan baik dokter, bidan maupun perawat dan pentingnya suatu hierarki peraturan perundang-undangan yang ada namun demikian perlu dipahami juga tentang konsep suatu pengobatan medis yang merupakan salah satu bagian tidak terpisah dan terintegrasi dari suatu pelayanan terpadu dalam tata laksana anak balita sakit, sehingga dalam menilai dan memutuskan apakah perawat dan bidan memiliki kewenangan atau tidak untuk memberikan suatu pengobatan medis dalam penerapan MTBS tentunya harus berdasarkan atas kewenangan sesuai kompetensi bidang keahliannya dimana peraturan pelaksana perundang-undangan yang mengatur hal tersebut pun harus sejalan dan tidak bertentangan dengan hierarki peraturan perundang-undangan yang sudah ada untuk menghilangkan terjadinya konflik norma.

Seyogyanya lebih difokuskan pada bagaimana perbedaan kewenangan antara dokter, bidan dan perawat dalam penerapan MTBS dapat diatur sedemikian rupa berdasarkan kewenangan sesuai kompetensinya sehingga tidak terjadi konflik norma dengan peraturan perundang-undangan yang sudah ada dan dapat menjamin perlindungan dan kepastian hukum bukan hanya kepada ketiga profesi tenaga kesehatan tersebut tetapi juga bagi pengguna pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut diatas, maka dalam penelitian ini terdapat isu sentral, yaitu : "*PENGOBATAN MEDIS OLEH PERAWAT DAN BIDAN DALAM MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT*". Analisa dan pemecahan problematika pada isu sentral diatas, maka penelitian ini diperinci lebih lanjut ke dalam sub isu hukum, sebagai berikut:

1. Apakah perawat dan bidan memiliki kewenangan melakukan pengobatan medis dalam penerapan MTBS?
2. Apa konsekuensi yuridis pengobatan medis oleh perawat atau bidan dalam penerapan MTBS?

Metode Penelitian

Mengingat penelitian ini merupakan penelitian untuk kepentingan akademis (tesis), maka terkait dengan substansinya, penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif (Agus Yudha Hernoko, 2010:37-38). Penelitian hukum normatif digunakan dalam analisis tesis ini, karena dilandasi oleh karakter khas ilmu hukum itu sendiri yang terletak pada metode penelitiannya, yaitu metode penelitian yang bersifat normatif hukum. Metode ini digunakan untuk melakukan analisis terhadap peraturan

perundang-undangan, yurisprudensi maupun kontrak-kontrak (Agus Yudha Hernoko, 2010:37). Dalam penelitian ini peneliti mengkaji pada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan secara sistematis.

Pendekatan Penelitian

Dalam penelitian ini metode pendekatan yang akan dipergunakan adalah:

- Pendekatan perundang-undangan (*statute approach*)

Merupakan pendekatan yang digunakan untuk mengkaji dan menganalisis semua undang-undang dan peraturan yang bersangkutan paut dengan isu hukum yang sedang ditangani.

- Pendekatan konseptual (*conceptual approach*)

Merupakan pendekatan yang digunakan untuk mengkaji dan menganalisis pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang di dalam ilmu hukum sehingga dapat menemukan ide-ide yang melahirkan pengertian-pengertian hukum, konsep-konsep hukum dan azas-azas hukum yang relevan dengan isu hukum yang dihadapi.

Analisis dan Diskusi

Konsep Pengobatan dan Tindakan Medis dalam Pelayanan Kesehatan

Pengobatan identik dengan pemberian obat (intervensi farmakoterapi) oleh tenaga medis kepada pasien yang merupakan salah satu kegiatan penting dalam rangka pelayanan medik di Puskesmas untuk memberi manfaat maksimal dan resiko minimal bagi pasien dan untuk meningkatkan mutu pelayanan medik di Puskesmas (Depkes RI, 2007).

Pengobatan atau farmakoterapi merupakan suatu proses ilmiah yang dilaksanakan oleh dokter berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh selama anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dalam proses farmakoterapi terkandung keputusan ilmiah yang dilandasi oleh pengetahuan tentang obat dan keterampilan terkini untuk melakukan intervensi pengobatan yang memberi manfaat maksimal dan resiko minimal bagi pasien, berarti dapat dipertanggungjawabkan dan *cost effective* yang adalah prinsip penggunaan obat rasional. Pengobatan rasional menurut WHO 1987 yaitu pengobatan yang sesuai indikasi, diagnosis, tepat dosis obat, cara dan waktu pemberian, tersedia setiap saat dan harga terjangkau (Depkes RI, 2007).

Pengobatan adalah salah satu bagian dari pelaksanaan praktik kedokteran dimana diatur dalam Undang-Undang *Praktik Kedokteran* Pasal 1 ayat (1) dan Pasal 35 ayat (1) yang dimaksud praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan dimana dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi mempunyai wewenang melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki, yang terdiri atas :

1. Mewawancarai pasien;
2. Memeriksa fisik dan mental pasien;
3. Menentukan pemeriksaan penunjang;
4. Menegakkan diagnosis;
5. Menentukan penatalaksanaan dan *pengobatan* pasien;
6. Melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi;
7. Menulis resep obat dan alat kesehatan;
8. Menerbitkan surat keterangan dokter atau dokter gigi;
9. Menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang diizinkan dan;

10. Meracik dan menyerahkan obat kepada pasien, bagi yang praktik di daerah terpencil yang tidak ada apotek.

Pengobatan yang merupakan salah satu rangkaian dalam praktik kedokteran seperti di atas pada dasarnya merupakan kewenangan dari profesi kedokteran atau kedokteran gigi. Dalam Bab 1 (ketentuan umum) Undang-Undang *Praktik Kedokteran* disebutkan profesi kedokteran sebagai berikut : Profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat (pasal 1.11).

Sementara itu Pasal 39 Undang-Undang *Praktik Kedokteran* menyatakan bahwa Praktik kedokteran diselenggarakan berdasarkan pada kesepakatan antara dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam upaya untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Sebelum diperbolehkan melakukan praktik kedokteran tersebut, seorang dokter harus memenuhi dulu persyaratan administrasi seperti terdaftar di Konsil Kedokteran, mendapat surat izin praktik dari pejabat berwenang di daerah tempat praktiknya.

Dalam hubungan hukum antara dokter dan pasien atau istilah lain transaksi terapeutik yang menghasilkan apa yang disebut dengan pelayanan medik atau tindakan medik. Maka sebelum membahas lebih lanjut tentang pelayanan medik ini maka akan dikenalkan terlebih dahulu beberapa asas hukum yang harus dipedomani oleh dokter atau dokter gigi dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Asas-asas hukum tersebut sebagaimana diatur dan termuat dalam Undang-Undang *Praktik Kedokteran* yaitu pada Bab II Pasal 2. Dengan demikian secara hukum, asas-asas tentang penyelenggaraan praktik kedokteran atau kedokteran gigi tersebut telah menjadi hukum positif bagi para dokter atau dokter gigi Indonesia. Pasal 2 tersebut di atas yang mengatur tentang asas dimaksud menyatakan : "Bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan serta perlindungan dan keselamatan pasien".

Karena asas-asas hukum dalam transaksi terapeutik khususnya yang telah termaktub dalam Undang-Undang *Praktik Kedokteran*, maka asas-asas hukum tersebut telah menjadi hukum positif dalam sistem hukum Indonesia dan oleh karenanya harus ditaati oleh dokter atau dokter gigi Indonesia. Pelanggaran terhadap asas-asas hukum dimaksud dapat berakibat dituntutnya dokter atau dokter gigi oleh pasien atau keluarga pasien di Pengadilan.

Teori Kewenangan Terkait Hubungan Perikatan Dokter, Perawat dan Bidan dengan Pasien

Teori kewenangan (*authority theory*) merupakan teori yang mengkaji dan menganalisis tentang : "Kekuasaan dari organ pemerintah untuk melakukan kewenangannya, baik dalam lapangan hukum publik maupun hukum privat".

Indroharto, mengemukakan tiga macam kewenangan yang bersumber dari peraturan perundang-undangan, kewenangan itu meliputi :

1. Atribusi;
2. Delegasi;
3. Mandat.

Undang Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang *Administrasi Negara* Pasal 1, yang selanjutnya disebut Undang-Undang *Administrasi Negara* menyatakan, bahwa wewenang adalah hak yang dimiliki oleh badan dan/atau pejabat pemerintahan atau

penyelenggara negara lainnya untuk mengambil keputusan dan/atau tindakan dalam penyelenggaraan pemerintahan. Kewenangan Pemerintahan yang selanjutnya disebut Kewenangan adalah kekuasaan badan dan/atau pejabat pemerintahan atau penyelenggara negara lainnya untuk bertindak dalam ranah hukum publik.

Atribusi adalah pemberian kewenangan kepada badan dan/atau pejabat pemerintahan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 atau Undang-Undang. Delegasi adalah pelimpahan kewenangan dari badan dan/atau pejabat pemerintahan yang lebih tinggi kepada badan dan/atau pejabat pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat beralih sepenuhnya kepada penerima delegasi. Mandat adalah pelimpahan kewenangan dari badan dan/atau pejabat pemerintahan yang lebih tinggi kepada badan dan/atau pejabat pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat tetap berada pada pemberi mandat.

Pada Pasal 8 Undang-Undang *Administrasi Negara* dijelaskan bahwa badan dan/atau pejabat pemerintahan dalam menggunakan wewenang wajib berdasarkan :

1. peraturan perundang-undangan; dan
2. AUPB.

Asas Umum Pemerintahan Yang Baik yang selanjutnya disingkat AUPB adalah asas yang menjunjung tinggi norma kesesilaan, kepatutan dan norma hukum, untuk mewujudkan penyelenggara negara yang bersih dan bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme (Nur Yanto, 2015:59). AUPB adalah prinsip yang digunakan sebagai acuan penggunaan wewenang bagi pejabat pemerintahan dalam mengeluarkan keputusan dan/atau tindakan dalam penyelenggaraan pemerintahan.

Pejabat administrasi pemerintahan dilarang menyalahgunakan kewenangan dalam menetapkan dan/atau melakukan keputusan dan/atau tindakan. Setiap keputusan dan/atau tindakan wajib berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan AUPB. Peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud meliputi :

1. Peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar kewenangan; dan
2. Peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar dalam menetapkan dan/atau melakukan keputusan dan/atau tindakan.

Sedangkan menurut Undang-Undang *Administrasi Negara*, menyatakan bahwa AUPB yang dimaksud dalam Undang-Undang ini meliputi asas :

1. Kepastian hukum;
2. Kemanfaatan;
3. Ketidakberpihakan;
4. Kecermatan;
5. Tidak menyalahgunakan kewenangan;
adalah asas yang mewajibkan setiap badan dan/atau pejabat pemerintahan tidak menggunakan kewenangannya untuk kepentingan pribadi atau kepentingan yang lain dan tidak sesuai dengan tujuan pemberian kewenangan tersebut, tidak melampaui, tidak menyalahgunakan, dan/atau tidak mencampuradukkan kewenangan.
6. Keterbukaan;
7. Kepentingan umum;
8. Pelayanan yang baik.

Mengenai asas umum pemerintahan yang baik, merupakan suatu asas yang tidak dapat dipandang sebelah karena suatu keputusan Badan/Pejabat Tata Usaha Negara yang melanggar asas tersebut sudah nyata dapat dibatalkan, oleh karena itu

asas-asas umum pemerintahan yang baik juga merupakan pegangan yang dipakai oleh Badan/Pejabat Tata Usaha Negara dalam mengambil keputusan.

Bahwa dalam tataran pelaksanaan kaitannya dengan pelaksanaan administrasi Negara juga dikenal adanya asas-asas hukum administrasi negara yang berkaitan pembenturan antar keputusan dan keberlakuan suatu keputusan. Dalam hal terjadi pembenturan antar keputusan berdasarkan pengalaman penulis, maka dikenal ada beberapa asas antara lain :

1. *Lex posterior derogat legi priori;* (Nur Yanto, 2015:65)

Norma yang dibuat kemudian menghapus norma terdahulu. Dalam hal ini jika ada suatu norma hukum yang baru maka norma hukum yang lama tidak berlaku.

2. *Lex spesialis derogat legi generali;*

Norma yang khusus menghapus norma yang umum. Dalam hal ini apabila ada ketentuan yang khusus maka ketentuan yang umum dianggap tidak berlaku.

3. *Lex superior generalis derogat legi inferior;*

Norma umum yang superior menghapus norma khusus.

Undang-Undang *Tenaga Kesehatan* Pasal 62 ayat (1) menyatakan bahwa dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya. Yang dimaksud dengan "*kewenangan berdasarkan kompetensi*" adalah kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya, antara lain :

1. Apoteker memiliki kewenangan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian;
2. Perawat memiliki kewenangan untuk melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan komprehensif serta tindakan kolaborasi keperawatan dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kualifikasinya; atau
3. Bidan memiliki kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Begitu juga pada Pasal 58 ayat (1) butir e Undang-Undang *Tenaga Kesehatan* dijelaskan lagi bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib merujuk penerima pelayanan kesehatan ke tenaga kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Undang-Undang *Tenaga Kesehatan* Pasal 63 ayat (1) dinyatakan bahwa dalam keadaan tertentu tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya. Yang dimaksud dengan "keadaan tertentu" adalah suatu kondisi tidak adanya tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta tidak dimungkinkan untuk dirujuk. Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya, antara lain adalah :

1. Perawat atau bidan yang memberikan pelayanan kedokteran dan/atau kefarmasian dalam batas tertentu; atau
2. Tenaga teknis kefarmasian yang memberikan pelayanan kefarmasian yang menjadi kewenangan apoteker dalam batas tertentu,

Undang-Undang *Keperawatan* Pasal 1 disebutkan bahwa praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Begitu pula pada pasal 29 ayat (1) Undang-Undang

Keperawatan disebutkan bahwa dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, perawat bertugas sebagai :

1. Pemberi asuhan keperawatan;
2. penyuluhan dan konselor bagi klien;
3. pengelola pelayanan keperawatan;
4. peneliti keperawatan;
5. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
6. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Sedangkan asuhan keperawatan sendiri dijelaskan lebih rinci pada Pasal 30 ayat

(1) Undang-Undang *Keperawatan* bahwa dalam menjalankan tugas sebagai *pemberi asuhan keperawatan* di bidang upaya kesehatan perorangan, perawat berwenang :

1. Melakukan rujukan;
2. Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
3. Memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
4. Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang perawat berwenang :

1. Melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis;
2. Melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan
3. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program pemerintah.

Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu merupakan penugasan pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat perawat bertugas. Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat perawat bertugas sebagaimana dimaksud ditetapkan oleh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat. Pelaksanaan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi perawat. Dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu tersebut sudah diatur dalam Undang-Undang *Keperawatan* Pasal 33 bahwa, perawat berwenang :

1. Melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis;
Yang dimaksud dengan penyakit umum merupakan penyakit atau gejala yang ringan dan sering ditemukan sehari hari dan berdasarkan gejala yang terlihat (*simptomatik*), antara lain, sakit kepala, batuk pilek, diare tanpa dehidrasi, kembung, demam, dan sakit gigi.
2. Merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada sistem rujukan; dan
3. Melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian. Yang dimaksud dengan "pelayanan kefarmasian secara terbatas" adalah kegiatan menyimpan dan menyerahkan obat kepada klien.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464 Tahun 2010 tentang *Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan* Pasal 1, yang selanjutnya disebut Permenkes *Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan* dan dijelaskan juga bahwa bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah terregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan. Kewenangan bidan lebih dijelaskan dalam Pasal 9,

Pasal 11 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 13 ayat (1) serta Pasal 14 ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) Permenkes *Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan* bahwa dalam menjalankan praktik, bidan berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

1. Pelayanan kesehatan ibu;
2. pelayanan kesehatan anak; dan
3. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak berwenang untuk :

1. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusu dini, injeksi Vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0 - 28 hari), dan perawatan tali pusat;
2. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk;
3. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan penyuluhan;
4. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah;
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah;
6. Pemberian konseling dan penyuluhan;
7. Pemberian surat keterangan kelahiran; dan
8. Pemberian surat keterangan kematian.

Selain kewenangan di atas, Bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi :

1. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit;
2. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan di bawah supervisi dokter;
3. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan;
4. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
6. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
7. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
8. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
9. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program pemerintah.

Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan. Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Dalam hal daerah tersebut telah terdapat dokter, kewenangan bidan tidak berlaku.

Definisi "perikatan" menurut doktrin (para ahli) adalah : "*Hubungan hukum dalam bidang harta kekayaan di antara dua orang (atau lebih), dimana pihak yang satu (debitur) wajib melakukan suatu prestasi, sedangkan pihak yang lain (kreditor) berhak atas prestasi tersebut.*"(Agus Yudh Hernoko, :19)

Berdasarkan pendapat serta rumusan para ahli tersebut, maka ada empat unsur perikatan, yaitu :

1. Hubungan hukum, artinya perikatan yang dimaksud disini adalah bentuk hubungan hukum yang menimbulkan akibat hukum;
2. Bersifat harta kekayaan, artinya sesuai dengan tempat pengaturan perikatan di buku III BW yang termasuk di dalam sistematika Hukum Harta Kekayaan (*vermogens-recht*), maka hubungan yang terjalin antara para pihak tersebut berorientasi pada harta kekayaan;
3. Para pihak, artinya dalam hubungan hukum tersebut melibatkan pihak-pihak sebagai subyek hukum;
4. Prestasi, artinya hubungan hukum tersebut melahirkan kewajiban-kewajiban (prestasi) kepada para pihaknya (prestasi-kontra-prestasi), yang pada kondisi tertentu dapat dipaksakan pemenuhannya, bahkan apabila diperlukan menggunakan alat Negara (Agus Yudha Hernoko, 19).

Pada pelimpahan wewenang tindakan-tindakan menurut ilmu kedokteran, masalahnya adalah berkenaan dengan pelaksanaan tindakan-tindakan tersebut oleh pelaksana-pelaksana jabatan dalam hal ini tenaga kesehatan keperawatan dan kebidanan yang tidak berwenang melaksanakan tindakan medis tersebut, berdasarkan adanya suatu perintah dari dokter. Bentuk yuridis dari hal tersebut adalah suatu pemberian perintah. Pada pemberian perintah, seseorang telah memberikan kuasa kepada orang lain dan orang lain tersebut menerima kuasa untuk melakukan sesuatu bagi pemberi perintah. Seorang penerima perintah itu tidak boleh berbuat lain dari apa yang diperintahkan kepadanya, ia wajib melaksanakan perintah tersebut selama ia belum dibebaskan untuk melaksanakan perintah itu, dan bertanggungjawab atas tidak dilaksanakannya perintah yang diberikan kepadanya (pasal 1837 BW) (H.J.J. Leenan dan P.A.F. Lamintang, 1991:132).

Konflik Norma dalam Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit

Rechtsvinding berkaitan dengan norma yang terdapat dalam satu ketentuan undang-undang. *Rechtvinding* dibutuhkan karena konsep norma yang terbuka (*open texture*) dan norma yang kabur (*vague norm*). Dalam menghadapi satu kasus hukum, bisa terjadi ada 2 atau lebih undang-undang, yang secara bersama-sama diterapkan pada kasus tersebut (Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, 2005:31).

Upaya pelayanan kesehatan anak balita (0-59 bulan) sakit yang dilakukan melalui Menajemen Terpadu Balita Sakit atau disingkat MTBS diatur dalam Permenkes *Upaya Kesehatan Anak*, pada Pasal 25 ayat (2) yang menyatakan bahwa MTBS dilaksanakan oleh perawat dan bidan terlatih dan pada ayat (3) lebih dijelaskan bahwa dalam penyelenggaraan MTBS, perawat dan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dibawah supervisi dokter yang telah diberikan pelatihan. Peraturan perundang-undangan tersebut memiliki potensi terjadinya pertentangan norma dengan Undang-Undang *Praktik Kedokteran*, Pasal 35 ayat (1) yang secara jelas dinyatakan bahwa setelah dokter mendapatkan STR dan izin dari pemerintah untuk melaksanakan praktik kedokteran berwenang menegakkan diagnosa, menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien.

Persoalan akan muncul kalau terdapat pertentangan antara norma hukum dari undang-undang tersebut. Maka perlu ditetapkan norma mana yang harus diterapkan. Langkah yang ditempuh adalah penyelesaian konflik norma (Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, 2005:31).

Ada beberapa tipe penyelesaian konflik norma berkaitan dengan asas preferensi hukum (yang meliputi asas *lex superior*, asas *lex spesialis*, dan asas *lex posterior*) yaitu : 1)

Pengingkaran (*disavowal*), 2) *Reinterpretasi*, 3) Pembatalan (*invalidation*), 4) Pemulihan (*remedy*).

1. Pengingkaran (*disavowal*)

Langkah ini merupakan suatu paradok, dengan mempertahankan bahwa tidak ada konflik norma. Seringkali konflik itu terjadi berkenaan dengan asas *lex spesialis* dalam konflik pragmatis atau dalam konflik logika diinterpretasi sebagai pragmatis. Suatu contoh yang lazim yaitu membedakan wilayah hukum seperti hukum privat dan hukum publik, dengan berargumentasi bahwa 2 bidang hukum tersebut diterapkan secara terpisah, meskipun dirasakan bahwa antara kedua ketentuan tersebut terdapat konflik norma.

2. *Reinterpretasi*

Dalam kaitan penerapan 3 asas preferensi hukum harus dibedakan yang pertama adalah reinterpretasi, yaitu dengan mengikuti asas asas preferensi, menginterpretasikan kembali norma yang utama dengan cara yang lebih fleksibel. Cara yang kedua dengan menginterpretasikan norma preferensi, dan kemudian menerapkan norma tersebut dengan mengesampingkan norma yang lain.

3. Pembatalan (*invalidation*)

Ada 2 macam, yaitu : 1. Abstrak formal, 2. Praktikal

Pembatalan abstrak dan formal dilaksanakan misalnya oleh lembaga khusus, kalau di Indonesia pembatalan Peraturan Pemerintah ke bawah dilaksanakan oleh Mahkamah Agung. Pembatalan praktikal, yaitu tidak menerapkan norma tersebut didalam kasus konkret. Note : di Indonesia, dalam praktek peradilan dikenal dengan menyampingkan. Contoh dalam kasus Tempo hakim menyampingkan Peraturan Menteri Penerangan oleh karena bertentangan dengan Undang-Undang Pers.

4. Pemulihan (*remedy*)

Mempertimbangkan pemulihan dapat membatalkan satu ketentuan, misal : dalam hal satu norma yang unggul dalam arti *Overruled norm*, berkaitan dengan aspek ekonomi maka sebagai ganti membatalkan norma yang kalah, maka dengan cara memberikan kompensasi (Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, 2005:32).

Undang-Undang *Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan* Pasal 9 ayat (1) disebutkan bahwa dalam hal suatu Undang-Undang diduga bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, pengujinya dilakukan oleh Mahkamah Konstitusi. ayat (2) Dalam hal suatu Peraturan Perundang-undangan di bawah Undang-Undang diduga bertentangan dengan Undang-Undang, pengujinya dilakukan oleh Mahkamah Agung.

Hierarki perundang-undangan yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 10 tahun 2004 tentang pembentukan Peraturan Perundang-undangan, kini telah dicabut dengan Undang-Undang *Pembentukan Peraturan Perundang-undangan*. Di dalam pasal 7 Undang-Undang *Pembentukan Peraturan Perundang-undangan* telah ditentukan jenis dan hierarki peraturan Perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Jenis dan hierarki itu, meliputi :

1. Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat;
3. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang;
4. Peraturan Pemerintah;

5. Peraturan Presiden;
6. Peraturan Daerah Provinsi; dan
7. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota (Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, 2005:31).

Pasal 8 ayat (1) Jenis Peraturan Perundang-undangan selain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) Kekuatan hukum peraturan perundang-undangan sesuai dengan hierarkinya. Jenis peraturan perundang-undangan selain itu, mencakup peraturan yang ditetapkan oleh :

1. Majelis Permusyawaratan Rakyat;
2. Dewan Perwakilan Rakyat;
3. Dewan Perwakilan Daerah;
4. Mahkamah Agung;
5. Mahkamah Konstitusi;
6. Badan Pemeriksa Keuangan;
7. Komisi Yudisial;
8. Bank Indonesia;
9. Menteri;
10. Badan;
11. Lembaga; atau
12. Komisi, komisi yang setingkat dibentuk dengan undang-undang atau pemerintah atas perintah Undang-Undang (Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, 2005:31).

Peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan.

Esensi teori yang dikemukakan oleh Hans Kelsen pada hierarki dari peraturan perundang-undangan yang akan dibuat, bahwa :

1. Peraturan perundang-undangan yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan undang-undang yang lebih tinggi; dan
2. Peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi tidak boleh bertentangan dengan undang-undang yang lebih tinggi lagi (Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, 2005:31).

Akibat Hukum Praktik di luar Kewenangan dalam Penerapan MTBS

Akibat hukum yang dapat timbul bila melakukan tindakan atau perbuatan di luar kewenangan sangat terkait dengan pertanggungjawaban baik oleh pemerintah sebagai pembuat peraturan itu sendiri maupun pelaksana dari peraturan itu bila dalam praktiknya menimbulkan kesalahan baik karena kesengajaan atau kelalaian. Dalam hal mengetahui dari pada pengertian pertanggungjawaban secara leksikal kata pertanggungjawaban berasal dari kata bentuk dasar kata tanggung jawab yang berarti keadaan wajib menanggung segala sesuatu berupa penuntutan, diperkarakan dan dipersalahkan sebagai akibat salah sendiri atau pihak lain (Nur Yanto, :103).

Telah disebutkan bahwa salah satu prinsip Negara hukum adalah asas legalitas, yang mengandung makna bahwa setiap tindakan hukum pemerintah harus berdasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Begitu juga dalam mengeluarkan suatu keputusan tata usaha Negara juga harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan, ingat apa yang ada dalam pasal 53 ayat (1) Undang-Undang Nomor 9 tahun 2004 tentang *Peradilan Tata Usaha Negara* menyatakan orang atau badan

hukum perdata yang merasakan kepentingannya dirugikan oleh suatu keputusan Tata Usaha Negara dapat mengajukan gugatan tertulis kepada pengadilan yang berwenang yang berisi tuntutan agar keputusan Tata Usaha Negara yang disengketakan itu dinyatakan batal atau tidak sah, dengan atau tanpa disertai tuntutan ganti rugi dan/atau direhabilitasi (Nur Yanto, :105).

Sedangkan dalam ayat (2) Undang-Undang tersebut menyatakan alasan-alasan yang dapat digunakan dalam gugatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah :

1. Keputusan Tata Usaha Negara yang digugat itu bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Keputusan Tata Usaha Negara yang digugat itu bertentangan dengan asas-asas umum pemerintahan yang baik (Nur Yanto, :103).

Berdasarkan hal tersebut di atas sebenarnya sudah jelas bahwa Badan/Pejabat Tata Usaha Negara dapat dimintai pertanggungjawaban.

Pasal 17 Undang-Undang *Administrasi Pemerintahan* ayat (1) menyatakan bahwa badan dan/atau pejabat pemerintahan dilarang menyalahgunakan wewenang. Ayat (2), larangan penyalahgunaan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :

1. Larangan melampaui wewenang;
2. Larangan mencampuradukkan wewenang; dan/atau
3. Larangan bertindak sewenang-wenang.

Akibat hukum keputusan dan/atau tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi :

1. Tidak mengikat sejak keputusan dan/atau tindakan tersebut ditetapkan; dan
2. Segala akibat hukum yang ditimbulkan dianggap tidak pernah ada.

Sanksi-sanksi merupakan bagian penutup yang penting dalam hukum, juga dalam hukum administrasi. Pada umumnya tidak ada gunanya memasukkan kewajiban-kewajiban atau larangan bagi para warga di dalam peraturan perundang-undangan Tata Usaha Negara, manakala aturan-aturan tingkah laku itu tidak dapat dipaksakan oleh Tata Usaha negara (dalam hal dimaksud perlu) (Philipus M. Hadjon, 2015:237).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang *Tenaga Kesehatan* Pasal 49 ayat (1) untuk menegakkan disiplin tenaga kesehatan dalam penyelenggaraan praktik, konsil masing-masing tenaga kesehatan menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin tenaga kesehatan. Ayat (2), dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), konsil masing-masing tenaga kesehatan dapat memberikan sanksi disiplin berupa :

1. Pemberian peringatan tertulis;
2. Rekomendasi pencabutan STR atau SIP; dan/atau
3. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kesehatan.

Ayat (3), tenaga kesehatan dapat mengajukan keberatan atas putusan sanksi disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada menteri.

Undang-Undang *Praktik Kedokteran*, menyatakan setiap orang yang dengan sengaja menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan kesan seolah-olah yang bersangkutan adalah dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi atau surat izin praktik dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau denda paling banyak Rp 150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang *Kesehatan*, pada pasal 82 ayat (1) huruf (a) disebutkan,...barang siapa yang tanpa keahlian dan kewenangan dengan sengaja melakukan pengobatan dan atau perawatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 32 ayat (4)...dipidana dengan pidana penjara paling lama lima tahun dan atau pidana denda paling banyak seratus juta rupiah. Dengan diundangkannya Undang-Undang *kesehatan* tersebut, maka ancaman pidana terhadap kesalahan dan kelalaian oleh tenaga kesehatan yang mengakibatkan pasien menderita cacat atau luka-luka, tidak lagi semata-mata mengacu pada ketentuan pasal 359, 360 dan 361 KUHP, karena di dalam Undang-Undang *Kesehatan* sendiri telah dirumuskan ancaman pidananya.

Ketentuan yang dimaksud oleh pasal 32 ayat (4) di atas, bermaksud untuk melindungi pasien dari tindakan tenaga kesehatan yang tidak mempunyai keahlian dan kewenangan untuk melakukan perawatan sehingga menimbulkan kerugian atau penderitaan bagi pasien. Pelanggaran terhadap ketentuan pasal tersebut diancam dengan hukuman pidana sesuai dengan maksud pasal 82 Undang-Undang Kesehatan tersebut. Apabila pasien menderita cacat hukumannya ditambah seperempat, dan apabila meninggal dunia hukumannya ditambah sepertiganya (Bahder Johan Nasution, 2013:83-84).

Akibat Hukum terhadap Perawat atau Bidan bila Terjadi Kesalahan karena Kelalaian dalam Menjalankan Praktik

Kesalahan timbul sebagai akibat terjadinya tindakan yang tidak sesuai, atau tidak memenuhi prosedur medis yang seharusnya dilakukan. Kesalahan seperti itu kemungkinannya dapat terjadi karena faktor kesengajaan atau kelalaian. Berbicara mengenai kesalahan dalam melaksanakan suatu profesi, terutama profesi di kesehatan merupakan hal yang sangat penting karena menurut Hoekoma sebagaimana dikutip Soekanto (1983 : 45) bahwa : *It is perfectly clear, that committing a profesional error has more severe consequences, which particularly consist in the fact that the trust placed in the profession can be hurt budly, damaging the particular profesional group as well as those who have made use of the profesional service especially* (Bahder Johan Nasution, 2013:83-84).

Tentang apakah unsur kesalahan itu? Di dalam hukum pidana banyak teori yang membicarakan masalah kesalahan, ada teori yang mengajarkan kesalahan sebagai unsur mutlak dari tindak pidana, dan ada pula teori yang mengajarkan kesalahan sebagai bagian dari pertanggungjawaban. Disamping itu, perkataan kesalahan di dalam hukum pidana digunakan sebagai kata terjemahan dari istilah *schuld*, walaupun sebagai kata terjemahan itu dianggap kurang tepat, karena perkataan kesalahan dapat diartikan sebagai *fout*. Menurut Satochid Kartanegara bahwa tidak ada perkataan yang tepat untuk menterjemahkan istilah *schuld*, tetapi perkataan kesalahan merupakan perkataan yang paling mendekati untuk menterjemahkan *schuld* (Roni Wiyanto, 2012:180).

Apa yang dimaksud dengan tindak pidana, menurut Simons didefinisikan sebagai suatu perbuatan (*handeling*) yang diancam dengan pidana oleh undang-undang, bertentangan dengan hukum (*onrechtmatig*) dilakukan dengan kesalahan (*schuld*) oleh seseorang yang mampu bertanggungjawab (Kanter dan Sianturi, 2012:180). Rumusan tindak pidana yang diberikan oleh Simons tersebut dipandang oleh Jonkers dan Ultrecht sebagai rumusan yang lengkap, karena akan meliputi :

1. Diancam dengan pidana oleh hukum
2. Bertentangan dengan hukum
3. Dilakukan oleh seseorang dengan kesalahan (*schuld*)

4. Seseorang itu dipandang bertanggungjawab atas perbuatannya (Roni Wiyanto, 2012:180)

Dalam KUHP, apabila manusia atau tenaga kesehatan yang melanggar ketentuan hukum pidana, maka ia dapat dipertanggungjawabkan pidana berdasarkan suatu *adagium* atau *maxim* yang terkenal dan berlaku secara universal yang berbunyi : *actus non facit, nisi mens rea* atau dalam bahasa Inggris *An act does not make a man guilty of a crime, unless his mind be also guilty* atau *An act does not make a person legality guilty unless the mind is legally blameworthy* atau *nono est reus nisi men sit rea* (Belanda, *Geen straf zonder schuld*, Jerman *Keine straf ohne schuld*). Atau dikenal pula sebagai *nulla poena sine culpa* (*culpa* dalam artinya yang luas bukan terbatas pada kealpaan saja tetapi termasuk juga kesengajaan). Adagium tersebut dalam bahasa Indonesia dikenal dengan "**Tiada pidana tanpa kesalahan**" (Sutan Remy Sjahdaeni, 7)

Asas tersebut telah tercantum pula pada Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2004 tentang *Kekuasaan Kehakiman*, yang berbunyi sebagai berikut : "*Tiada seorang jua pun dapat dijatuhi pidana kecuali apabila pengadilan karena alat pembuktian yang sah menurut undang-undang mendapat keyakinan bahwa seseorang dianggap dapat dipertanggungjawabkan telah bersalah atas perbuatan yang dituduhkan atas dirinya*".

Untuk dapat dipidananya seseorang, dokter atau tenaga kesehatan karena dianggap melakukan perbuatan medikal malpraktek, maka sangat tergantung pada dua hal, yaitu sebagai berikut :

1. Harus ada perbuatan yang bertentangan dengan hukum, atau dengan kata lain harus ada unsur melawan hukum, jadi ada unsur objektif
2. Terhadap pelakunya ada unsur kesalahan dalam bentuk kesengajaan dan/atau kealpaan, sehingga perbuatan yang melawan hukum dapat dipertanggungjawabkan kepadanya, jadi ada unsur subjektif (Wirjono Prodjodikoro, 1997:31)

Kesalahan terbagi atas dua bentuk, yaitu :

1. Kesengajaan (*dolus/opzet*)
2. Kelalaian/kealpaan (*culpa*)

Dalam pertanggungjawaban pidana tersebut selain adanya kesalahan, juga harus diperhatikan pula tidak adanya alasan pemaaf atau alasan pemberian yang merupakan alasan penghapus tindak pidana. Yang dimaksud dengan alasan penghapus tindak pidana ialah alasan-alasan yang memungkinkan seseorang yang melakukan perbuatan yang memenuhi unsur-unsur rumusan perbuatan pidana tidak dijatuhi ancaman atau sanksi pidana (Masruchin Ruba'I, 1997:61).

Kealpaan atau kelalaian merupakan salah satu unsur dari pasal 359 KUHP yang terdiri dari unsur-unsur sebagai berikut :

1. Kelalaian (*culpa*)
2. Wujud perbuatan tertentu
3. Akibat kematian orang lain
4. Hubungan kausal antara wujud perbuatan dengan akibat kematian orang lain tersebut

Pengertian kesalahan diartikan secara umum, yaitu perbuatan yang secara objektif tidak patut dilakukan. Menurut Hoekoma (1983 : 45), kesalahan dalam pelayanan kesehatan diartikan sebagai : "...acted below the standart of what be expected on an average in reasonableness of a follow profesional in similar circumstances and places." Sedangkan pengertian kelalaian menurut kepustakaan yang terdapat pada kasus *Bot v Riley, Hammon and Catamba Memorial Hospital* Tahun 1979, dirumuskan sebagai (Guwandi, 1991:47) : *Negligence is the lack of ordinary care. It is failure to do what a*

reasonable carefull and prudent person would havw done or doing of something which a reasonable person would not have done on the accasion in question. (Bahder Johan Nasution, 14)

Dari rumusan di atas, dapat disimpulkan bahwa kesalahan dapat terjadi akibat kurangnya pengetahuan, kurangnya pengalaman dan pengertian, serta mengabaikan suatu perbuatan yang seharusnya tidak dilakukan. Apabila hal itu dilakukan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang profesional lainnya, baik dengan sengaja maupun karena kelalaianya dalam upaya memberikan perawatan atau pelayanan kesehatan kepada pasien, maka pasien atau keluarganya dapat minta pertanggungjawaban (*responsibility*) pada tenaga profesional yang bersangkutan (Bahder Johan Nasution, :14).

Dilihat dari sudut hukum, kesalahan yang diperbuat oleh seorang dokter dan tenaga kesehatan lainnya meliputi beberapa aspek hukum, yaitu aspek hukum perdata, hukum pidana dan hukum administrasi Negara. Ketiga aspek hukum ini saling berkaitan satu sama lain. Jadi, untuk dapat menyatakan bahwa seorang dokter dan tenaga kesehatan lainnya telah melakukan kesalahan, penilaiannya harus beranjak dari transaksi terapeutik, kemudian baru dilihat dari segi hukum administrasi, yaitu : apakah tenaga kesehatan tersebut mampu dan berwenang melaksanakan perawatan? Dari sudut hukum perdata harus dilihat apakah tenaga kesehatan itu telah melaksanakan pelayanan kesehatan atau tindakan medis dengan baik serta telah melaksanakan standar profesi sebagaimana mestinya? Sedangkan dari sudut hukum pidana harus dilihat apakah tenaga kesehatan itu telah melakukan kesengajaan dan atau kelalaian dalam melaksanakan tugasnya, sehingga menimbulkan kerugian bagi orang yang dirawatnya, dan perbuatan itu telah diatur terlebih dahulu dalam hukum pidana. Jadi secara yuridis, kesalahan yang dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya mempunyai implikasi yang luas dan bersifat multidisipliner (Bhader Johan Nasution, :62).

Gugatan atau tuntutan perdata dapat diajukan selain kepada dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain, juga dapat diajukan kepada badan hukum atau pusat pelayanan kesehatan atau rumah sakit dimana tenaga kesehatan itu bekerja. Demikian juga bila dokter, perawat dan bidan bekerja secara tim, maka seluruh tim tersebut dapat pula digugat atau dituntut secara tanggung renteng tergantung seberapa besar tanggung jawab masing-masing. Termasuk juga turut bertanggungjawab atas tindakan medis yang berada di bawah perintah dokter (Syahrul Machmud, :181).

Salah satu dasar untuk melakukan gugatan adalah perbuatan melawan hukum. Gugatan dapat diajukan jika terdapat fakta-fakta yang berwujud suatu perbuatan melawan hukum, walaupun diantara para pihak tidak terdapat suatu perjanjian. Untuk mengajukan gugatan berdasarkan perbuatan melawan hukum, harus dipenuhi empat syarat sebagaimana diatur dalam pasal 1365 KUHPerdata, yaitu :

1. Pasien harus mengalami suatu kerugian
2. Ada kesalahan
3. Ada hubungan kausal antara kesalahan dengan kerugian
4. Perbuatan itu melawan hukum (Bahder Johan Nasution, :66)

Ciri khas gugatan berdasarkan perbuatan melawan hukum dapat dilihat dari model pertanggungjawaban yang diterapkan yaitu : pertanggungjawaban karena kesalahan (*fault liability*) yang bertumpu pada tiga asas sebagaimana diatur oleh pasal 1365, 1366 dan 1367 KUHPerdata, yaitu :

1. Setiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain, wajibkan orang karena kesalahannya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut.
2. Setiap orang bertanggungjawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kekuranghati-hatiannya.
3. Setiap orang tidak saja bertanggungjawab untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatan orang-orang yang berada di bawah tanggungjawabnya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya (Bahder Johan Nasution, :67).

Secara teoritis rumah sakit terikat pada doktrin *respondet superior*, namun doktrin ini tidak dapat diterapkan begitu saja, karena untuk penerapannya harus terlebih dulu dipenuhi syarat-syarat tertentu, seperti harus adanya hubungan kerja antara atasan dengan bawahan dan sikap tindak bawahan harus pula dalam ruang lingkup pekerjaan yang ditugaskan kepadanya. Hubungan kerja dianggap ada, apabila atasan mempunyai hak secara langsung mengawasi dan mengendalikan aktivitas bawahan dalam melakukan tugas-tugasnya. Dalam hal ini pekerjaan yang dilakukan harus merupakan suatu wujud perintah yang diberikan oleh atasan.

Kesimpulan

1. Perawat dan bidan “*tidak memiliki kewenangan*” melakukan pengobatan medis dalam penerapan MTBS karena Permenkes *Upaya Kesehatan Anak* Pasal 25 ayat (2) dan ayat (3) tidak sesuai dengan asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, bahwa peraturan perundang-undangan yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi seperti yang diatur dalam Undang-Undang *Pembentukan Peraturan perundang-undangan* Pasal 5 dan tidak didasarkan pada prinsip-prinsip hukum, sebagai berikut :
 - a. Pengobatan adalah salah satu bagian dari pelaksanaan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian berdasarkan kompetensi yang dimiliki. Hal ini diatur dalam Undang-Undang *Praktik Kedokteran* Pasal 1 ayat (1) dan Pasal 35 ayat (1), Undang-Undang *Kesehatan* Pasal 23 ayat (1) dan (2) serta Pasal 24 ayat (1) dan Undang-Undang *Tenaga Kesehatan* Pasal 62 ayat (1).
 - b. Kewenangan perawat dan/atau bidan dalam pengobatan adalah melakukan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas serta melakukan “*pengobatan untuk penyakit umum*”, yaitu penyakit atau gejala yang ringan dan sering ditemukan sehari hari dan berdasarkan gejala yang terlihat (*simptomatik*), antara lain sakit kepala, batuk pilek, diare tanpa dehidrasi, kembung, demam, dan sakit gigi namun dengan ketentuan “*dalam hal tidak terdapat tenaga medis*” di daerah tersebut, yang diatur dalam Undang-Undang *Tenaga Kesehatan* Pasal 63 ayat (1) dan Undang-Undang *Keperawatan* Pasal 33.
 - c. Penggunaan wewenang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan wajib berdasarkan peraturan perundang-undangan, asas legalitas, asas

- perlindungan terhadap hak asasi manusia dan AUPB yang diatur dalam Undang-Undang *Administrasi Pemerintahan* Pasal 2.
2. Konsekuensi yuridis pengobatan medis oleh perawat atau bidan dalam menjalankan profesinya, baik melakukan praktik di luar kewenangan maupun bila terjadi kesalahan karena kelalaian dalam penerapan MTBS dapat dijatuhi “*sanksi disiplin, sanksi administrasi, perdata maupun pidana*”. Penjatuhan sanksi tersebut harus memenuhi syarat :
 - a. Segi etik dan disiplin profesi (ada pelanggaran kode etik dan disiplin profesi)
 - b. Segi hukum administrasi
 - 1) Menyalahgunakan wewenang.
 - 2) Keputusan Tata Usaha Negara bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku dan AUPB.
 - c. Segi hukum perdata
 - 1) Gugatan berdasarkan pada wanprestasi (*contractual liability*)
Tidak dipenuhinya standar profesi, standar pelayanan dan SOP.
 - 2) Gugatan berdasarkan pada perbuatan melawan hukum (*onrechmatigedaad*), meliputi :
 - a) Pasien harus mengalami suatu kerugian.
 - b) Ada kesalahan.
 - c) Ada hubungan kausal antara kesalahan dengan kerugian.
 - d) Perbuatan itu melawan hukum.
 - d. Segi hukum pidana
 - 1) Terhadap pelakunya ada unsur kesalahan dalam bentuk kesengajaan dan/atau kealpaan, meliputi :
 - a) Mampu bertanggungjawab.
 - b) Tidak ada alasan pemaaf atau pemberar.
 - 2) Harus ada perbuatan yang bertentangan dengan hukum.
 - 3) Diancam dengan pidana oleh hukum.
- Seseorang itu dipandang bertanggungjawab atas perbuatannya.

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-Undangan

- Pembukaan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*, Lembaran Negara tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang *Tenaga Kesehatan*, Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5607.
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktik Kedokteran*, Lembaran Negara tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431.
- Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang *Keperawatan*, Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5612.
- Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 Tentang *Pembentukan Peraturan Perundangan*, Lembaran Negara tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389.
- Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang *Pembentukan Peraturan Perundangan*, Lembaran Negara tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234.

- Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 Tentang *Administrasi Pemerintahan*, Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5601.
- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2004 tentang *Kekuasaan Kehakiman*, Lembaran Negara tahun 2004 Nomor 8, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4358.
- Undang-Undang Nomor 9 tahun 2004 tentang *Peradilan Tata Usaha Negara*, Lembaran Negara tahun 2004 Nomor 35, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4380.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 Tentang *Upaya Kesehatan Anak*, Berita Negara tahun 2014 Nomor 825.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang *Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*, Berita Negara tahun 2017 Nomor 954.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464 Tahun 2010 tentang *Izin dan Penyelenggaraan praktik Bidan*, Berita Negara tahun 2010 Nomor 510.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 296 Tahun 2008 tentang *Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369 Tahun 2007 tentang *Standar Profesi Bidan*.

Buku-Buku

- Sri Siswati, *Etika dan hukum kesehatan Dalam Perspektif Undang Undang Kesehatan*, edisi pertama, Jakarta : Rajawali Press, 2013.
- Pitono Soeparto, et.al., *Etik dan hukum di bidang kesehatan*, edisi kedua, Airlangga University Press, Jakarta, 2006.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman peningkatan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Jakarta, 2015.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Jakarta, 2008.
- H. Salim dan Erlies Septiana Nurbani, *Penerapan Teori Hukum pada Penelitian Tesis dan Disertasi*, PT Raja Gravindo Persada, Jakarta, 2016.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina kefarmasian, *Pedoman pengobatan dasar di Puskesmas*, Jakarta, 2007.
- Agus Yudha Hernoko, *Hukum Perjanjian Asas proporsionalitas dalam kontrak komersial*, edisi pertama, Kencana predana media group, Jakarta, 2010.
- H. J. J Leenan dan P.A.F. Lamintang, *Pelayanan kesehatan dan hukum, suatu studi tentang hukum kesehatan*, terjemahan, cetakan pertama, Binacipta Bandung, 1991.
- Nur Yanto, *Pengantar Hukum Administrasi Negara Indonesia*, Mitra Wacana Media, Jakarta, 2015.
- Philipus M. Hadjon dan Tatiek Sri Djatmiati, *Argumentasi Hukum*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2005.
- Philipus M. Hadjon, et.al., *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2015.
- Syahrul Machmud, *Penegakan Hukum dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek*, mandar Maju Cv, Bandung, 2008.
- Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Rineka Cipta, Jakarta, 2013.
- Roni Wiyanto, *Asas-Asas Hukum Pidana*, Mandar Maju, Bandung, 2012.
- Kanter dan Sianturi, *Asas-Asas Hukum Pidana di Indonesia dan Penerapannya*, AlumniAHM-PTHM, Jakarta, 1982.
- Sutan Remy Sjahdeini, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Dalam Peraturan Perundang-undangan Pidana Indonesia*, belum dipublikasikan.

Wirjono Prodjodikoro, *Memahami Dasar-Dasar Hukum Pidana Indonesia*, Pradnya Paramitha, Jakarta, 1997.

Roeslan Saleh, *Perbuatan Pidana dan Pertanggungjawaban Pidana*, Centra, Jakarta, 1968.

Masruchin Ruba'l, *Mengenal Pidana dan Pemidanaan di Indonesia*, Penerbit IKIP, Malang, 1997.

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret-September 2021

Tanggung Jawab Hukum Jasa pengangkut Limbah dalam Pengelolaan Limbah Medis Padat Rumah Sakit

Anindya Dwita dan Mohammad Zamroni *

Abstract

Hospitals not only produce ordinary waste, but also produce infectious waste and other medical waste that can interfere with health and is one of the media for the spread of disease. PP PLB3 has stated that every waste producer is obliged to process the waste, if he cannot do it himself, he can hand it over to another party. Not all hospitals in Indonesia have their own waste processing capability, giving rise to the need for hospitals to work together with waste transport services to bring the medical waste they produce to more licensed waste processing services in Java. The transportation activity has a high risk given the characteristics of the waste carried and the risk of environmental pollution caused. In the process of transporting hospital medical waste there is no definite guarantee that in the course of transportation there is no negligence or intentionality of the waste transporter to not dump the solid medical waste he carries. The research method used in this study is a normative juridical method (literature study), namely the method or method used in legal research conducted by examining existing library materials. The approach in this study is the Statute Approach, which is the approach used to examine and analyze laws and regulations relating to legal issues under investigation. The second approach is the Conceptual Approach (conceptual approach) which is an approach that departs from the views and doctrines that develop in law. The government itself has issued a number of rules governing the problem of managing solid medical waste, and in the event of environmental pollution the parties involved are subject to strict liability principles both civil and criminal. Legal protection efforts carried out by hospitals are preventive legal protection efforts by implementing an Environmental Management System, taking precautions in managing solid medical waste internally and improving cooperation agreements with waste transport and processing services

Keywords : strict liability, waste transport service, solid medical waste

Abstrak

Rumah sakit tidak hanya menghasilkan limbah biasa, namun juga menghasilkan limbah infeksius dan limbah medis lainnya yang dapat mengganggu kesehatan dan merupakan salah satu media penyebaran penyakit. PP PLB3 telah ditegaskan bahwa setiap penghasil limbah wajib melakukan pengolahan atas limbahnya, bila tidak dapat melakukannya sendiri dapat menyerahkannya ke pihak lain. Belum seluruh rumah sakit di Indonesia memiliki kemampuan pengolahan limbah sendiri, menimbulkan kebutuhan rumah sakit untuk bekerja sama dengan jasa pengangkut limbah untuk membawa limbah medis yang dihasilkannya ke jasa pengolah limbah berijin yang lebih banyak ada di Pulau Jawa. Kegiatan pengangkutan tersebut memiliki risiko yang cukup tinggi mengingat karakteristik limbah yang dibawa dan risiko pencemaran

lingkungan yang diakibatkan. Dalam proses pengangkutan limbah medis rumah sakit belum ada jaminan yang pasti bahwa dalam perjalanan pengangkutan tidak terjadi kelalaian atau kesengajaan dari petugas pengangkut limbah untuk tidak melakukan dumping atas limbah medis padat yang dibawanya. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode yuridis normatif (studi kepustakaan), yaitu metode atau cara yang dipergunakan di dalam penelitian hukum yang dilakukan dengan cara meneliti bahan pustaka yang ada. Pendekatan dalam penelitian ini adalah 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. Pendekatan kedua adalah Pendekatan Konseptual (conceptual approach) yaitu pendekatan yang beranjaku dari pandangan-pandangan dan doktrin-dotkrin yang berkembang dalam ilmu hukum. Pemerintah sendiri telah mengeluarkan sejumlah aturan yang mengatur masalah pengelolaan limbah medis padat ini, dan dalam kejadian pencemaran lingkungan para pihak yang terlibat tunduk kepada asas tanggung jawab mutlak (strict liability) baik secara perdata maupun pidana. Upaya perlindungan hukum yang dilakukan oleh rumah sakit adalah upaya perlindungan hukum secara preventif dengan menerapkan Sistem Manajemen Lingkungan, melakukan tindakan pencegahan dalam pengelolaan limbah medis padat secara internal dan memperbaiki perjanjian kerja sama dengan jasa pengangkut dan pengolah limbah.

Kata Kunci : tanggung jawab mutlak, jasa pengangkut limbah medis, limbah medis padat

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Anindya Dwita, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: anin.ermawan@yahoo.com

Pendahuluan

Rumah Sakit menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (selanjutnya disebut sebagai UU Rumah Sakit) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Seluruh kegiatan pelayanan kesehatan tersebut, tentunya menggunakan sumber daya manusia dan material/bahan baku dan pada akhir proses akan menghasilkan limbah.

Jenis-jenis limbah yang dihasilkan oleh rumah sakit menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1204 tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (selanjutnya disebut sebagai Kepmenkes PKLRS) ada beberapa jenis limbah rumah sakit, antara lain terdiri atas :

1. Limbah Padat, terdiri atas :
 - a. Limbah padat medis, yang terdiri atas :
 - 1) Limbah infeksius
 - 2) Limbah Patologis
 - 3) Limbah benda tajam
 - 4) Limbah Farmasi
 - 5) Limbah Sitotoksik
 - 6) Limbah Kimiawi
 - 7) Limbah Radioaktif
 - 8) Limbah Kontainer Bertekanan
 - 9) Limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi.
 - b. Limbah padat non medis

2. Limbah Gas
3. Limbah Cair

Seluruh limbah rumah sakit memiliki risiko yang tinggi terhadap penularan penyakit (akibat sifat infeksi dari penyakit) dan pencemaran lingkungan (bila pengelolaan akhir limbah belum sesuai ketentuan/standar baku mutu). Muchsin,et.al menyebutkan beberapa kelompok masyarakat yang mempunyai risiko mendapat gangguan karena limbah rumah sakit antara lain (Muchsin Maulana, et.al, 2017):

1. Pasien yang datang ke rumah sakit untuk memperoleh pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Kelompok ini adalah kelompok yang paling rentan, salah satu penyebabkan karena masa tinggal di rumah sakit yang cukup lama.
2. Karyawan rumah sakit yang dalam tugas sehari-harinya selalu kontak dengan orang sakit.
3. Penunjung/pengantar pasien yang berkunjung atau mengantar pasien ke rumah sakit.
4. Masyarakat yang bermukim di sekitar rumah sakit, risiko terpapar infeksi adalah bila hasil buangan rumah sakit tidak dikelola sebagaimana mestinya sebelum dikeluarkan ke lingkungan sekitarnya.

Terkait risiko penularan penyakit pada manusia akibat limbah medis, pada tahun 1999, WHO melaporkan bahwa di Prancis pernah terjadi 8 kasus pekerja kesehatan terinfeksi HIV, 2 diantaranya menimpa petugas yang menangani limbah medis (Muchtar Marsudi, et.al, 2016:145). Kategorisasi limbah medis sesuai PP PLE3 tersebut, melekatkan rumah sakit pada kewajiban untuk mengelola limbah medisnya sesuai standar. Standar pengelolaan limbah medis dituangkan dalam Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. 56 tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan (selanjutnya disebut sebagai PMLH 56/2015), yang menjelaskan bahwa limbah B3 harus diperlakukan dengan khusus, mulai dari sejak terjadinya limbah, pengurangan dan pemilahan, penyimpanan, pengangkutan, hingga pemusnahan (penguburan dan penimbunan) limbah.

Salah satu metode pengolahan limbah medis padat sesuai PMLH 56/2015, adalah dengan metode termal melalui pembakaran limbah medis padat menggunakan insinerator. Namun belum semua rumah sakit mampu menyediakan insinerator, hingga saat ini hanya ada 92 rumah sakit di 19 propinsi di Indonesia yang memiliki insinerator (KemenLHK, 2018:3-4). Kendala rumah sakit dalam penyediaan insinerator antara lain tingginya nilai investasi pengadaan insinerator, keterbatasan sumber daya manusia yang paham proses pemusnahan menggunakan insinerator, ketiadaan lokasi penempatan insinerator, dan sulitnya mengurus perijinan (ijin operasional insinerator). Apabila sebuah rumah sakit memiliki insinerator, ijin operasional yang dimiliki hanya terbatas untuk mengolah limbah medis padat yang dihasilkan rumah sakit itu sendiri, tidak diperkenankan untuk mengolah limbah medis padat dari rumah sakit lain. Maka agar limbah medis padat tetap dapat dikelola sesuai ketentuan, rumah sakit mengirim limbah medis padat ke jasa pengolah limbah yang memiliki insinerator, yang sayangnya hingga saat ini di Indonesia, jasa pengolah limbah yang memiliki insinerator hanya ada di 6 lokasi, yaitu 5 lokasi di Jawa dan 1 lokasi di Kalimantan (KemenLHK, 2018:6).

Kondisi ini menjadi kendala baru bagi rumah sakit, dimana rumah sakit mengalami kesulitan untuk membawa limbah medis padat dari rumah sakit ke jasa pengolah limbah tersebut. Hal ini terjadi antara lain disebabkan oleh besarnya investasi yang harus dilakukan rumah sakit untuk menyiapkan tempat penampungan

sementara limbah medis sebelum diambil oleh pengangkut limbah, keterbatasan jumlah dan kemampuan sumber daya manusia untuk mengelola limbah medis tersebut, besarnya investasi untuk menyediakan kendaraan yang memenuhi syarat khusus sebagai sarana pengangkut limbah medis, terlebih lagi untuk moda transportasi limbah, wajib dilengkapi dengan ijin sebagai pengangkut barang khusus yang dikeluarkan oleh kementerian terkait sesuai rekomendasi Dinas Lingkungan Hidup. Mengenai ijin, sebuah jasa pengangkut limbah medis selain wajib mendapat rekomendasi untuk mengangkut limbah sesuai jenisnya (sebuah jasa pengangkut hanya dapat mengangkut limbah sesuai ijin yang diperoleh), juga wajib melengkapi ijin pengangkutan lintas udara dan/atau pelayaran, apabila limbah medis padat dibawa melalui udara dan/atau laut

Mengatasi kondisi tersebut, pemerintah melalui Kementerian Lingkungan Hidup telah memfasilitasi dengan memberikan ijin kepada sejumlah jasa pengangkut limbah dan pengolah limbah untuk membawa, menerima dan mengelola limbah medis padat milik rumah sakit. Dalam kegiatan pengelolaan ini rumah sakit wajib melakukan kerja sama dengan jasa pengangkut maupun jasa pengelola limbah medis ini, yang diikat dalam Perjanjian Kerja Sama 3 (tiga) pihak.

Beberapa waktu terakhir ini marak kasus penularan penyakit melalui suntikan, kasus vaksin palsu (Agus Salim, 2017), adanya penyakit akibat terkontaminasi limbah medis, dan lain-lain. Kasus-kasus ini timbul diawali dengan kemudahan pelaku melakukan pemalsuan vaksin atau melakukan penularan penyakit dengan menggunakan kemasan bekas vaksin atau jarum suntik yang ditemukan di tempat penampungan sementara (TPS) untuk sampah umum. Salah satu temuan sampah medis di TPS sampah umum adalah di Cirebon, Jawa Barat, disinyalir sampah medis tersebut berasal dari rumah sakit diluar Jawa Barat (Liputan 6, 2017)

Kondisi tersebut menunjukkan adanya kesalahan prosedur pengelolaan limbah medis padat yang dilakukan oleh jasa pengangkut limbah medis. Beberapa penyebab perlakuan yang tidak sesuai oleh jasa pengangkut limbah medis padat adalah karena pengetahuan sumber daya manusia pengolah limbah yang terbatas, adanya kesenjangan antara jumlah armada jasa pengangkut limbah medis padat, terbatasnya jumlah perusahaan yang dapat mengolah limbah medis padat dan terbatasnya kapasitas mesin pengolah limbah yang dimiliki oleh jasa pengolah limbah medis padat tersebut dibandingkan dengan produksi limbah medis (Surat Pemberitahuan dari PT. Putra Restu Ibu Abadi, Perihal Pengolahan Limbah Medis, 10 Maret 2018).

Sebagai gambaran, berdasarkan hasil kajian WHO yang dilakukan terhadap 100 rumah sakit di Jawa dan Bali pada tahun 2002 menunjukkan bahwa rata-rata produksi sampah sebesar 3,2 kg/tempat tidur/hari. Produksi limbah domestik sebesar 76,8% dan limbah medis infeksius sebesar 23,2% (Hendra Amin, et.al, 2015:2). Tentunya jumlah ini masih dapat meningkat seiring peningkatan jumlah layanan kesehatan di Indonesia. Sebagai contoh, untuk daerah Jember saat ini memiliki 11 rumah sakit negeri dan swasta, 50 puskesmas, 62 klinik, belum terhitung puskesmas pembantu, seluruh fasilitas kesehatan tersebut setiap harinya diperkirakan menghasilkan limbah medis sebesar satu ton (Dzikri A Setia, 2018). Sementara ketersediaan moda transportasi pengangkut dan kapasitas pengolahan limbah infeksius ada di bawah angka produksi tersebut. Berdasarkan data dari Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, hingga saat ini hanya terdapat 6 (enam) perusahaan jasa pengangkut limbah medis yang telah memiliki ijin lengkap dan dapat beroperasi di seluruh Indonesia (KemenLKH, 2018:6).

Kesenjangan antara tingginya jumlah limbah medis padat yang diproduksi oleh rumah sakit dengan keterbatasan jumlah jasa pengangkut dan pengolah limbah medis padat, memaksa jasa pengangkut melakukan berbagai cara agar tetap dapat melayani permintaan pengangkutan limbah medis. Jasa pengangkut tidak jarang harus menempatkan terlebih dahulu limbah medis padat yang telah dibawanya di jasa pengolah limbah atau di tempat penampungan sementara milik jasa pengangkut limbah. Bagi jasa pengangkut yang tidak beritikad baik, dapat membuang limbah medis di penampungan sampah umum. Bila pilihan terakhir ini yang dilakukan, maka jasa pengangkut limbah tersebut telah dengan sengaja melakukan kelalaian dalam pengelolaan limbah medis yang dapat merugikan banyak pihak baik rumah sakit, jasa pengangkut dan masyarakat.

Kelalaian dalam pengelolaan limbah ini, bila dirunut alurnya akan dapat melibatkan rumah sakit sebagai produsen pertama dari limbah medis tersebut. Walaupun rumah sakit tidak secara langsung mengetahui adanya kelalaian tersebut dan mengingat jasa pengangkut limbah medis membawa limbah medis dari beberapa rumah sakit, namun tetap dalam hal ini, rumah sakit menjadi rentan terhadap tuntutan hukum. Muchtar Marsudi, et.al, memberikan analisa, bahwa dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut sebagai UU Kesehatan), meskipun mengatur cukup jelas mengenai kesehatan lingkungan, namun belum ditemukan pasal yang mengatur mengenai persoalan kesehatan lingkungan baik secara litigasi maupun non litigasi. Terkait sanksi hukum yang muncul dalam pasal 190-201 dalam UU Kesehatan tersebut, belum ada yang mengatur mengenai sanksi hukum bagi seseorang yang merampas hak orang lain untuk mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan (Muchtar Marsudi, et.al, 2016:49).

Penelitian ini akan membahas tanggung jawab hukum oleh jasa pengangkut limbah medis dalam pengelolaan limbah medis padat agar memberikan jaminan keamanan kepada rumah sakit yang telah mempercayakan limbah medisnya untuk dibawa oleh jasa pengangkut tersebut ke pengelola limbah medis akhir.

Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode yuridis normatif (studi kepustakaan), yaitu metode atau cara yang dipergunakan di dalam penelitian hukum yang dilakukan dengan cara meneliti bahan pustaka yang ada. Pendekatan dalam penelitian ini adalah 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. Pendekatan kedua adalah Pendekatan Konseptual (*conceptual approach*) yaitu pendekatan yang beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-dotkrin yang berkembang dalam ilmu hukum.

Analisis dan Diskusi

A. Limbah Medis

Mengacu kepada Kepmenkes PKLRS, limbah rumah sakit didefinisikan sebagai semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit dalam bentuk padat, cair, dan gas, yaitu:

1. Limbah padat.

Limbah padat adalah semua limbah rumah sakit yang berbentuk padat sebagai akibat kegiatan rumah sakit yang terdiri dari limbah padat medis dan non-medis:

- a. Limbah padat medis adalah limbah padat yang terdiri dari :
- 1) Limbah infeksius, adalah:
Limbah yang terkontaminasi organisme patogen (yang terdapat di darah dan cairan tubuh pasien) yang tidak secara rutin ada di lingkungan dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit kepada manusia rentan. Berupa *dressing bedah, swab, bed-pan disposable, urinoir, incontinence-pad* dan *stamage bags*.
 - 2) Limbah patologis (jaringan tubuh), yaitu :
Limbah yang dihasilkan dalam proses pembedahan atau otopsi, berupa organ, anggota badan, darah, cairan tubuh.
 - 3) Limbah benda tajam, yaitu:
Materi padat yang memiliki sudut kurang dari 90° (sudut tajam) dan dapat menyebabkan luka iris atau tusuk, antara lain *syringe*, jarum *hipodermik*, perlengkapan *intravena*, *pipet pasteur*, pecahan tabung reaksi, pisau bedah, dan lain-lain.
 - 4) Limbah farmasi, adalah:
Limbah yang berupa obat-obat yang kadaluarsa, obat yang terbuang karena *batch* tidak memenuhi spesifikasi atau kemasan yang terkontaminasi.
 - 5) Limbah sitotoksik, yaitu :
Bahan yang terkontaminasi atau mungkin terkontaminasi obat sitotoksik selama peracikan, pengangkutan atau tindakan terapi sitotoksik.
 - 6) Limbah kimiawi, adalah:
Limbah kimia dihasilkan dari penggunaan kimia untuk tindakan medis, pemeriksaan laboratorium, veterinar, proses sterilisasi dan riset.
 - 7) Limbah radioaktif, adalah:
Limbah atau bahan yang terkontaminasi dengan radio isotop yang berasal dari penggunaan medik atau riset radionuklir pada konsentrasi yang melebihi batas yang diizinkan (*clearance level*) yang ditetapkan oleh Badan Pengawas Tenaga Nuklir (Bapeten).
 - 8) Limbah kontainer bertekanan adalah:
Limbah dari tabung-tabung gas medik seperti tabung Oksigen, Nitrogen Oksida (N2O), tabung *Ethylene* Oksida (ETO), dan lain-lain.
 - 9) Limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi, adalah : Limbah yang berasal dari alat-alat medis yang dalam penggunaannya memanfaatkan logam berat, antara lain cairan merkuri dalam tensimeter dan termometer.
- b. Limbah padat non-medis adalah:
- Limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan di rumah sakit di luar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman, halaman dan lain-lain yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologinya.
2. Limbah cair.
- Limbah cair adalah semua air buangan termasuk tinja yang berasal dari kegiatan rumah sakit yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun dan radioaktif yang berbahaya bagi kesehatan. Limbah cair rumah sakit merupakan salah satu sumber pencemaran lingkungan yang sangat potensial, maka perlu dilakukan pengolahan terlebih dahulu sebelum dibuang ke saluran limbah umum.
- Limbah cair sesuai kegiatan produksinya dibagi menjadi (Djohan dan Dey Halim, 2013:25-26):

- 1) Limbah cair domestik, yaitu limbah yang berasal dari aktivitas rumah tangga di rumah sakit, seperti mandi dan cuci, berasal dari kegiatan di kamar mandi, instalasi gizi, instalasi *laundry*
 - 2) Limbah cair klinis, yaitu limbah yang berasal dari kegiatan klinis rumah sakit, seperti limbah air cucian luka, cucian darah, dan kegiatan lain yang menghasilkan limbah cair dengan polutan organik yang tinggi.
 - 3) Limbah cair laboratorium, yaitu limbah yang berasal dari pencucian peralatan laboratorium, dan buangan hasil pemeriksaan seperti darah, *urine* dan lain-lain. Limbah ini umumnya mengandung berbagai senyawa kimia sebagai bahan perekusi sewaktu pemeriksaan.
3. Limbah gas.
- Limbah gas adalah semua limbah yang berbentuk gas yang berasal dari kegiatan pembakaran di rumah sakit seperti insinerator, dapur, perlengkapan generator, anastesi, dan pembuatan obat sitotoksik

Dalam pengelolaan limbah B3 secara umum, identifikasi dan karakteristik limbah B3 adalah hal penting dan mendasar. Karakteristik limbah sangat penting diketahui agar dapat memberikan tindakan yang tepat dalam pengelolaan selanjutnya. Menurut PP PLB3, beberapa karakteristik Limbah Berbahaya Dan Beracun, antara lain:

1. Mudah meledak (*explosive*), adalah limbah yang melalui reaksi kimia dapat menghasilkan gas dengan suhu dan tekanan tinggi yang dengan cepat dapat merusak lingkungan;
2. Mudah terbakar (*ignitable* dan *flamable*) adalah limbah yang bila berdekatan dengan api, percikan api, atau sumber api lainnya akan mudah terbakar, dan bila menyala akan berlangsung dalam waktu lama;
3. Reaktif adalah limbah yang menyebabkan kebakaran karena melepaskan atau menerima oksigen atau limbah peroksida yang tidak stabil dalam suhu tinggi;
4. Beracun (*toxic*) adalah limbah yang mengandung racun yang berbahaya bagi manusia dan lingkungan;
5. Infeksius (*infectious*) adalah limbah laboratorium yang terinfeksi penyakit;
6. Korosif;
7. Iritan yaitu limbah yang menimbulkan iritasi pada kulit;
8. Memiliki pH ≤ 2 untuk limbah yang bersifat asam dan ≥ 12.5 untuk limbah yang bersifat basa.

Hendra Amien, et.al dalam penelitiannya menyebutkan mengenai kajian WHO terhadap 100 rumah sakit di Jawa dan Bali pada tahun 2002, yang menunjukkan rata-rata produksi limbah rumah sakit sebesar 3.2 kg/TT/ hari dengan rincian rincian limbah domestik sebesar 76.8% dan limbah infeksius sebesar 23.2%. diperkirakan pula secara nasional produksi limbah rumah sakit mencapai 376.089 ton/hari. Jumlah produksi limbah ini masih dapat meningkat seiring dengan bertambahnya layanan kesehatan dan bertambahnya varian layanan kesehatan yang dapat diberikan ke masyarakat (Hendra Amien, et.al, 2015:2).

Dari beragamnya limbah medis yang dihasilkan, yang membutuhkan perhatian sangat khusus adalah limbah yang dapat menyebabkan penyakit menular (*infectious waste*). Limbah ini biasanya hanya 10 – 15% dari volume limbah kegiatan pelayanan kesehatan (Enri Damanhuri, 2010:96). Studi yang dilakukan oleh Hendra Amien, et.al di Unit Laboratorium Rumah Sakit Paru Jember menggambarkan volume limbah yang dihasilkan dari kegiatan operasional laboratorium tersebut sebagai berikut volume

limbah yang dihasilkan sebesar 3 kg/hari dengan komposisi limbah jarum sebesar 2 kg/hari, pot sputum 0,7 kg/hari, *needle* 0,3 kg/hari. Limbah laboratorium dapat dikategorikan sebagai limbah infeksius dan benda tajam (Hendra Amien, et.al, 2015:2).

Pengelolaan Limbah Medis

Pengelolaan limbah medis baik berbentuk padat, cair maupun gas, yang timbul di fasilitas pelayanan kesehatan mengacu kepada Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. 56 tahun 2015 tentang (selanjutnya disebut sebagai PMLH 56/2015) , meliputi 6 tahapan yaitu :

1. Pengurangan dan Pemilahan Limbah:
 - a. Pengurangan limbah medis, dilakukan dengan cara menghindari penggunaan material yang mengandung Bahan Berbahaya dan Beracun (bahan B3) apabila ada pilihan lain yang lebih baik, melakukan tata kelola yang baik dalam pengadaan bahan B3, melakukan tata kelola yang baik dalam pengadaan bahan B3,
 - b. Pemilahan limbah medis, dilakukan dengan cara memisahkan limbah B3 berdasarkan jenis, kelompok dan/atau karakteristik limbah B3, menempatkan limbah B3 dalam wadah sesuai kelompok limbah B3. melakukan pencegahan dan perawatan berkala.
2. Penyimpanan Limbah.
Penyimpanan limbah meliputi kegiatan menyimpan limbah medis di fasilitas penyimpanan limbah medis antara lain tempat penampungan sementara limbah B3 (TPS B3) dan dalam wadah yang sesuai dengan kelompok limbah.
3. Pengangkutan Limbah.
Kegiatan pengangkutan limbah meliputi pengangkutan limbah oleh pengangkut yang telah memiliki ijin , meliputi pengangkutan limbah dari penghasil limbah dari lokasi penghasil limbah ke :
 - a. Tempat penyimpanan limbah (depo pemindahan)
 - b. Pengolah limbah yang memiliki izin pengelolaan limbah
4. Pengolahan Limbah.
Pengolahan limbah dilakukan oleh :
 - a. Penghasil limbah yang memiliki izin pengolahan limbah B3;
 - b. Pengolah limbah yang memiliki izin pengolahan limbah B3
5. Penguburan Limbah.
Penguburan limbah dilakukan oleh penghasil limbah medis terhadap limbah patologi dan/atau benda tajam yang dihasilkannya. Penguburan hanya bisa dilakukan bila di lokasi penghasil limbah tidak terdapat fasilitas pengolahan yang memiliki insinerator. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penguburan limbah, terkait dengan lokasi penguburan, daftar limbah yang dikubur, pemeliharaan lokasi penguburan limbah, dan izin lokasi.
6. Penimbunan Limbah.
Penimbunan limbah adalah kegiatan menimbun abu terbang insinerator dan abu dasar insinerator (*slag*). Penimbunan dapat dilakukan Penimbunan hanya dapat dilakukan di fasilitas penimbunan saniter, sebelum ditimbun, limbah terlebih dahulu dilakukan enkapsulasi dan/atau inertisasi, lokasi penimbunan harus memenuhi persyaratan yang diatur dalam peraturan perundangan mengenai penyelenggaraan prasarana dan sarana

persampahan dalam penanganan sampah rumah tangga dan sampah sejenis rumah tangga.

Tidak ada ketentuan khusus mengenai pembagian kewajiban antara rumah sakit dengan jasa pengangkut limbah dan/atau pengolah limbah. Namun dengan adanya pengangkutan dari rumah sakit menuju jasa pengolah limbah, maka rumah sakit melakukan 3 tahapan awal, yaitu pengurangan dan pemilahan limbah, penyimpanan limbah, dan pengangkutan internal (pengangkutan dari unit penghasil limbah ke tempat penampungan limbah bahan beracun dan berbahaya sementara).

B. Pengangkut dan Pengangkutan Limbah Medis

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2001 tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (selanjutnya disebut sebagai PPLB3), pengangkutan limbah adalah suatu kegiatan pemindahan Bahan Berbahaya dan Beracun dari suatu tempat ke tempat lain dengan menggunakan sarana angkutan. Pengaturan pengangkutan bertujuan untuk mewujudkan lalu lintas dan angkutan bahan berbahaya dan beracun (B3) yang selamat dan aman untuk mencegah dampak negatif antara limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun dengan manusia dan lingkungan sekitarnya.

Pedoman Penerbitan Rekomendasi Pengangkutan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (Limbah B3), menjelaskan kegiatan pengangkutan limbah B3 yang wajib dilengkapi rekomendasi pengangkutan limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, meliputi :

1. Pengangkutan limbah B3 dari penghasil limbah ke pengumpul, pemanfaatan, pengolah dan/atau penimbun limbah B3, yang berlokasi diluar lokasi penghasil limbah;
2. Pengangkutan limbah dari lokasi A ke penghasil limbah yang sama yang berlokasi diluar lokasi penghasil limbah, baik melewati jalan umum maupun tidak melewati jalan umum;
3. Pengangkutan limbah (oleh penghasil limbah atau pengangkut limbah yang dilakukan dalam lokasi yang sama namun melewati jalan umum
4. Pengangkutan limbah dari pengumpul limbah ke pemanfaat, pengolah dan/atau penimbun limbah;
5. Pengangkutan limbah dari pemanfaat limbah, ke pengolah dan/atau penimbun limbah;
6. Pengangkutan limbah dari penghasil limbah ke pelabuhan untuk kegiatan ekspor limbah yang tidak menggunakan kontainer.

Merujuk kepada Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 14 tahun 2013 tentang Simbol dan Label Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (selanjutnya disebut sebagai PMLH Nomor 14/2013) dan Keputusan Direktorat Jenderal Perhubungan Darat Nomor SK 725 tahun 2004 tentang Penyelenggaraan Pengangkutan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) di Jalan (selanjutnya disebut sebagai SK Dirjen Hub Dar P2B3) pengangkut limbah adalah suatu badan usaha yang berbadan hukum yang melakukan kegiatan pengangkutan limbah B3, yang diatur oleh peraturan perundang-undangan, termasuk pemilik, pemberong, agen, pengemudi dan/atau setiap orang yang bertanggung jawab atas kendaraan pengangkut serta pekerja angkutan terkait lainnya.

Dalam kegiatan pengangkutan, pengangkut wajib memperhatikan beberapa ketentuan antara lain :

1. Persyaratan kendaraan pengangkut B3
Kendaraan pengangkut harus disiapkan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Ada perbedaan ketentuan untuk kendaraan roda 3 (tiga) yang digunakan untuk mengangkut limbah dari rumah sakit ke tempat penampungan sementara, dengan ketentuan untuk kendaraan roda 4 (empat) yang digunakan untuk mengangkut limbah dari rumah sakit/tempat penampungan sementara ke tempat pengolah limbah.
2. Persyaratan pengemudi dan pembantu pengemudi angkutan B3.
Mengingat jarak dan waktu tempuh yang cukup jauh dari rumah sakit ke jasa pengolah limbah, maka pengemudi diwajibkan untuk didampingi dengan pembantu pengemudi.
3. Persyaratan lintas angkutan B3.
Persyaratan yang dimaksud terkait, ijin trayek untuk pengangkutan limbah melalui jalan darat, jalan udara dan jalan laut
4. Persyaratan pengoperasian angkutan B3
Persyaratan yang dimaksud meliputi Rekomendasi Pengangkutan Limbah yang diterbitkan Kepala Instalasi Lingkungan Hidup, Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengangkutan Limbah B3, izin yang dimiliki juga secara spesifik menyebutkan jenis – jenis limbah yang diperbolehkan untuk diangkut.

Dalam pengelolaan limbah medis, pengangkutan mendapat perhatian khusus, disebabkan oleh karakteristik dan besarnya faktor risiko dari limbah medis, selain itu karena adanya proses pengangkutan limbah medis menuju pengolah limbah yang tidak hanya melalui jalur darat namun juga melintasi perairan atau jalur udara.

Mengingat kekhususan limbah medis dan jalur yang harus ditempuh, baik melalui darat, laut dan udara, mengharuskan perusahaan pengangkut limbah wajib menyediakan sarana dan perijinan sesuai dengan peraturan perundangan dalam melaksanakan pengangkutan limbah medis.

C. Perjanjian Kerja Sama Pengangkutan Limbah

Dalam kegiatan pengangkutan limbah medis, pihak penghasil limbah wajib mengingkatkan dirinya dalam suatu perjanjian kerja sama dengan perusahaan pengangkut limbah, penimbun limbah, pengumpul limbah, dan/atau pengolah limbah (Muchtar Marsudi, et.al, 2016:167). Perjanjian menurut pasal 1313 KUH Perdata adalah suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih. Menurut pasal 1320 KUH Perdata, syarat sahnya suatu perjanjian memerlukan empat syarat yaitu:

1. Kesepakatan mereka yang mengikatkan dirinya;
2. Kecakapan untuk membuat suatu perjanjian;
3. Hal tertentu;
4. Suatu sebab yang halal (Anton C, et.al, 2018:16-33).

Dalam hal ini perjanjian kerja sama antara rumah sakit dengan jasa pengangkut limbah telah mencapai kata sepakat untuk melakukan suatu pekerjaan, setiap pihak telah diwakili oleh seseorang yang dianggap cakap, dan perjanjian kerja sama sudah mengatur hal-hal yang akan menjadi hak dan kewajiban dari para pihak. Dalam perjanjian kerja sama pengangkutan hendaknya mencantumkan hal inti dari kegiatan pengangkutan limbah medis yaitu jenis limbah medis yang akan diangkut.

Menyangkut para pihak dalam perjanjian kerja adalah siapa saja yang terlibat dalam suatu perjanjian. Dalam pengikatan diri tersebut, munculah kesanggupan untuk melakukan sesuatu (kewajiban) dan memperoleh/menuntut sesuatu (hak). Karena munculnya hak dan kewajiban tersebut, maka perjanjian hanya mengikat para pihak yang membuat perjanjian dan tidak melibatkan pihak lain diluar perjanjian tersebut. Para pihak dalam kerja sama bisa antara orang pribadi dengan orang pribadi, orang pribadi dengan badan hukum, atau badan hukum dengan badan hukum.

Terkait pengangkutan limbah medis, bentuk kerja sama yang dilakukan adalah secara 2 pihak yaitu antara rumah sakit dengan pengangkut sekaligus sebagai pengolah limbah. Atau kerja sama 3 pihak antara rumah sakit-pengangkut limbah-pengolah limbah. Selain itu disyaratkan bahwa pengangkut berupa badan hukum bukan orang pribadi. Hal ini terkait dengan persyaratan sarana, perijinan dan tanggung jawab hukum bila terjadi pencemaran lingkungan dalam proses pengangkutan limbah medis.

Merujuk kepada penelitian yang dilakukan oleh Ernawati, yang membahas mengenai alih daya pengangkutan uang, dalam pengelolaan limbah medis perlu penerapan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko atas pelaksanaan alih pengangkutan limbah medis rumah sakit. Maka dalam pemilihan jasa pengangkut limbah dan pembuatan perjanjian kerja sama rumah sakit wajib memperhatikan beberapa hal berikut (Ernawati, 2013) :

1. Melakukan analisis dan penilaian perusahaan penyedia jasa dengan baik.
2. Menyusun perjanjian alih pengangkutan dengan perusahaan pengangkut secara tertulis dan sesuai dengan cakupan minimum perjanjian yaitu :
 - a. Ruang lingkup pekerjaan;
 - b. Jangka waktu perjanjian;
 - c. Nilai perjanjian kerja sama;
 - d. Struktur biaya dan mekanisme pembayaran;
 - e. Hak, kewajiban, dan tanggung jawab rumah sakit maupun perusahaan penyedia jasa antara lain kewajiban perusahaan pengangkut limbah untuk memiliki *contingency plan* dan kesediaan pengangkut limbah untuk memberikan akses monitoring dan evaluasi kepada rumah sakit. (*Contingency Plan* adalah suatu kondisi yang harus disiapkan seandainya rencana awal tidak berjalan dengan semestinya upaya-upaya yang wajib dilakukan oleh perusahaan penyedia jasa untuk mengatasi keadaan memaksa atau gangguan yang signifikan dalam pelaksanaan pekerjaan, antara lain: bencana alam, demonstrasi, pemogokan tenaga kerja, gangguan sistem dan/ atau perselisihan).
3. Menerapkan manajemen risiko secara efektif atas pelaksanaan pengangkutan, termasuk melaksanakan pengawasan berkala atas pelaksanaan pekerjaan oleh perusahaan penyedia jasa dan melakukan tindakan perbaikan secara dini dan efektif atas permasalahan yang timbul;
4. Rumah Sakit hanya dapat melakukan perjanjian pengangkutan dan pengolahan limbah medis dengan perusahaan jasa pengangkut yang memenuhi persyaratan paling kurang sebagai badan hukum Indonesia yang berbentuk Perseroan Terbatas (PT) atau Koperasi;
 - a. memiliki izin operasional sebagai perusahaan jasa pengangkutan limbah medis yang masih berlaku dari instansi yang berwenang.
 - b. memiliki Standard Prosedur Operasional (SOP) keamanan dalam pengelolaan limbah medis.

- c. memiliki reputasi yang baik.
 - d. memiliki pengalaman yang cukup.
 - e. memiliki sumber daya manusia dengan kuantitas dan kualitas yang dapat mendukung pelaksanaan pengelolaan limbah Rumah Sakit.
 - f. memiliki alat dan moda transportasi sesuai peraturan perundungan yang dapat menunjang kegiatan pengelolaan dan menjamin keamanan limbah medis yang diangkut.
5. Kewajiban perusahaan penyedia jasa memiliki *contingency plan* yang dituangkan dalam perjanjian pengangkutan dan/atau pengolahan limbah medis Rumah Sakit antara lain menjamin dan mengasuransikan seluruh limbah medis milik Rumah Sakit yang berada dalam pengelolaan perusahaan pengangkutan tersebut.
 6. Adanya kesepakatan yang menjamin bahwa limbah medis rumah sakit pasti tiba di lokasi pengolah limbah ;
 7. Bila terjadi pencemaran, rumah sakit dibebaskan dari segala tuntutan hukum yang dialami oleh jasa pengangkut limbah.

D. Tanggung Jawab Mutlak (*Strict Liability*)

Kegiatan pengangkutan limbah medis sangat rentan mengakibatkan pencemaran lingkungan hidup. Beberapa hal yang dapat mengakibatkan pencemaran tersebut adalah :

1. Pembuangan limbah medis tidak pada tempatnya (*dumping*), terkait dengan :
 - a. Keterbatasan daya tampung dan daya pengolah limbah di lokasi pengolahan limbah.
 - b. Kesengajaan dan/atau kelalaian dari petugas pengangkut.
2. Pembuangan limbah ke darat atau laut dalam proses pengangkutan limbah.
3. Kurangnya pemahaman petugas dalam pengelolaan limbah.
4. Adanya *force majeure* dalam proses pengangkutan limbah.

Terkait tuntutan bila terjadi pencemaran lingkungan menurut pasal 88 UU PPLH, wajib tunduk kepada asas tanggung jawab mutlak (*strict liability*), yaitu “setiap orang yang tindakannya, usahanya, dan/atau kegiatannya menggunakan B3, menghasilkan dan/atau mengelola limbah B3, dan/atau yang menimbulkan ancaman serius terhadap lingkungan hidup bertanggung jawab mutlak atas kerugian yang terjadi tanpa perlu pembuktian unsur kesalahan”.

LB. Curzon dalam Sinamo bahwa asas tanggung jawab mutlak diperlukan untuk (Nomensen Sinamo, 2018:139):

1. Pentingnya jaminan untuk mematuhi peraturan-peraturan penting tertentu yang diperlukan bagi kesejahteraan masyarakat.
2. Bukti kesalahan sangat sulit didapat atas pelanggaran yang berhubungan dengan kesejahteraan rakyat.
3. Tingkat bahaya sosial yang tinggi yang timbul dari perbuatan itu.

Dasar pemikiran dari LB. Curzon muncul dengan pertimbangan semakin sulitnya mendapatkan pembuktian bagi suatu kasus tertentu. Bertolak dari pendapat ini, dapat ditegaskan bahwa sistem hukum *strict liability* merupakan sistem yang menguntungkan pihak korban dalam rangka mengklaim pertanggung jawaban pelaku.

Asas tanggung jawab mutlak masuk dalam UU PPLH-2009, dimana kriteria jenis usaha dan/atau kegiatan yang tunduk dalam tanggung jawab mutlak adalah :

1. Usaha dan/atau kegiatannya menggunakan bahan berbahaya dan beracun;
2. Usaha dan kegiatan yang menghasilkan dan/atau mengelola limbah bahan berbahaya dan beracun;
3. Usaha dan kegiatan yang menimbulkan ancaman serius terhadap lingkungan hidup.

Kegiatan pengangkutan tunduk kepada asas tanggung jawab mutlak sesuai UU PPLH-2009 karena terpenuhinya sejumlah unsur syarat penerapan asas tanggung jawab mutlak, antara lain :

1. Usaha dan/atau kegiatan yang menggunakan bahan B3 dan menghasilkan limbah B3.

Pengangkutan limbah medis adalah suatu kegiatan yang menggunakan limbah B3, yaitu membawa limbah medis rumah sakit menuju lokasi pengolah limbah, yang bisa berada dalam satu daerah atau dari daerah lainnya.

2. Usaha dan kegiatan yang menimbulkan ancaman serius terhadap bagi kesehatan masyarakat dan lingkungan hidup.

Kegiatan pengangkutan limbah medis menimbulkan ancaman serius karena karakteristik limbah dan risiko penularan/penyakit akibat limbah yang cukup tinggi. Selain itu karena proses pengangkutan yang melalui perjalanan cukup panjang menuju lokasi pengolah limbah dan melalui jalan darat, air dan/atau udara yang meningkatkan risiko pencemaran lingkungan hidup.

3. Bukti kesalahan sangat sulit didapat atas pelanggaran yang berhubungan dengan kesejahteraan rakyat.

Jarak yang cukup jauh antara lokasi penghasil limbah dan tempat pengolahan limbah, lamanya waktu yang diperlukan untuk proses pengangkutan limbah, keterbatasan jumlah pengolah limbah dan ketiadaan pengawasan dalam proses pengangkutan, berpotensi menimbulkan kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh jasa pengangkut limbah. Kelalaian atau kesalahan yang dapat dilakukan oleh jasa pengangkut limbah antara lain pembuangan limbah ke lokasi yang tidak seharusnya, penyerahan limbah kepada pengolah yang tidak memiliki ijin, penimbunan limbah medis di lokasi yang tidak seharusnya atau tidak berijin, kecelakaan di jalan atau terkena musibah bencana alam, dan lain-lain. Risiko pencemaran lingkungan akibat kelalaian atau kesalahan tersebut akan sulit dibuktikan oleh pihak penggugat (yang menjadi korban dari pencemaran lingkungan tersebut).

Sayangnya penegakan asas tanggung jawab mutlak secara perdata dalam masalah pencemaran lingkungan hidup masih terbatas pada tuntutan pencabutan ijin dan/atau ganti rugi..

E. Tanggung Jawab Mutlak secara Pidana

Selain hukum perdata, proses pengangkutan limbah medis juga harus memperhatikan ketentuan pidana yang telah diatur dalam perundang-undangan bidang lingkungan. Salah satu peraturan perundangan di bidang lingkungan hidup adalah UU PPLH 2009 yang mengatur ketentuan pidana yang meliputi ketentuan penyidikan, pembuktian dan ketentuan mengenai sanksi atau ancaman pidana. Dalam penerapan hukum pidana lingkungan hidup, diwajibkan upaya penegakan hukum pidana sebagai upaya terakhir (*ultimatum remedium*) setelah upaya penegakan hukum administrasi tidak berhasil (Aditia Syahprilla, 2016:138).

Menurut Mas Achmad Santosa mengenai sanksi atau ancaman pidana dalam UU PPLH-2009 dibedakan dalam dua jenis delik lingkungan, yaitu delik formil dan delik materiil (Syachrul Machmud, 2012:217-218):

1. Delik materiil, yang ditujukan kepada akibat dari perbuatan pencemaran dan/atau perusakan, yaitu tercemarnya lingkungan.
2. Delik formil, yang harus dibuktikan cukup perbuatannya saja, apakah terdakwa telah melanggar ketentuan perundangan yang berlaku. Maka yang dibuktikan hanyalah benar atau tidak telah terjadi perbuatan yang dilarang.

Jenis-jenis tindak pidana lingkungan hidup sesuai dengan ketentuan UU PPLH (pasal 98 s/d 116), terdiri atas (kantorhukum.lhs.com, 2018):

1. Melakukan perbuatan yang mengakibatkan dilampauinya baku mutu udara ambien, baku mutu air, baku mutu air laut, atau kriteria baku kerusakan lingkungan hidup;
2. Kelalaianya mengakibatkan dilampauinya baku mutu udara ambien, baku mutu air, baku mutu air laut, atau kriteria baku kerusakan lingkungan hidup;
3. Melepaskan dan/atau mengedarkan produk rekayasa genetik ke media lingkungan hidup;
4. Melakukan pengelolaan limbah B3 tanpa izin;
5. Melakukan dumping limbah dan/atau bahan ke media lingkungan hidup tanpa izin.
6. Melakukan usaha dan/atau kegiatan tanpa memiliki izin lingkungan.

Suatu tindak pidana di bidang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, diatur dalam Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 11 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyidikan Tindak Pidana Di Bidang Perlindungan Dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (selanjutnya disebut sebagai PMLH 11/2012), dapat diketahui dari :

1. Adanya laporan dari masyarakat/pengaduan atau petugas secara tertulis atau lisan;
2. Tertangkap tangan oleh masyarakat atau petugas; dan
3. Diketahui langsung oleh Penyidik Pejabat Pegawai Negeri Sipil Lingkungan Hidup (selanjutnya disebut Penyidik PPNSLH).

Kesulitan utama dalam penerapan hukum pidana dalam masalah lingkungan hidup adalah mengenai pembuktian (Akib Muhammad, 2015:45). Ada 3 (tiga) hal yang harus dibuktikan oleh Jaksa Penuntut Hukum dan Hakim, yaitu :

1. Apakah benar telah terjadi perbuatan?
2. Apakah perbuatan tersebut melanggar undang-undang?
3. Apakah dari perbuatan tersebut, seseorang/badan hukum mengetahui bahwa perbuatan tersebut dapat menimbulkan pencemaran dan/atau perusakan lingkungan hidup atau membahayakan kesehatan umum atau nyawa orang lain.

Hal lain yang patut diperhatikan dalam tanggung jawab pidana dalam pencemaran lingkungan adalah adanya tanggung jawab yang melekat ke korporasi. Dalam UU PPLH pasal 116 disebutkan:

1. Apabila tindak pidana lingkungan hidup dilakukan oleh, untuk, atau atas nama badan usaha, tuntutan pidana dan sanksi pidana dijatuhan kepada:
 - a. badan usaha; dan/atau

- b. orang yang memberi perintah untuk melakukan tindak pidana tersebut atau orang yang bertindak sebagai pemimpin kegiatan dalam tindak pidana tersebut.
2. Apabila tindak pidana lingkungan hidup sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh orang, yang berdasarkan hubungan kerja atau berdasarkan hubungan lain yang bertindak dalam lingkup kerja badan usaha, sanksi pidana dijatuahkan terhadap pemberi perintah atau
3. Pemimpin dalam tindak pidana tersebut tanpa memperhatikan tindak pidana tersebut dilakukan secara sendiri atau bersama-sama.

Kesulitan terbesar dalam tuntutan pidana korporasi adalah beban pembuktian kesalahan, sulit membuktikan adanya unsur kesalahan pada korporasi dan unsur kesalahan pada seseorang yang bekerja di lingkungan korporasi. Jika tuntutan pidana dilakukan maka akan mempunyai kelebihan dibanding penyelesaian dalam proses perdata, yakni (reformasikuhp.org, 2018):

1. Pertanggungjawaban pidana mempunyai prosedur perlindungan yang lebih kuat.
2. Hukum pidana ditegakkan oleh aparat penegak hukum yang lebih memiliki kekuatan dan *resources* dibandingkan dengan penggugat (perdata).
3. Hukuman pidana memberikan stigma dan pencelaan kepada pelaku.
4. Hukum pidana memiliki peran untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat tentang kesalahan pelaku.

Dalam tuntutan pidana, kesalahan tidak saja dibebankan kepada petugas di lapangan, namun juga kepada perusahaan dimana petugas tersebut bekerja, yang dapat dikategorikan sebagai tanggung jawab korporasi. Sayangnya kesulitan terbesar dalam tuntutan pidana korporasi adalah beban pembuktian kesalahan, sulit membuktikan adanya unsur kesalahan pada korporasi dan unsur kesalahan pada seseorang yang bekerja di lingkungan korporasi. Titik strategis dalam sistem peradilan pidana adalah pada saat pembuktian, melalui proses pembuktian di pengadilan akan ditentukan apakah kekuatan pembuktian dari setiap alat bukti yang diajukan akan menjadikan seseorang (korporasi/orang) terdakwa dibebaskan atau dilepaskan dari segala tuntutan atau dipidana, oleh karena itu sangat disarankan digunakan atas tanggung jawab mutlak dalam tuntutan pidana lingkungan hidup (Ridho Kurniawan dan Siti Nurul Intan, 2014:153-168).

F. Perlindungan Hukum Rumah Sakit.

Perlindungan hukum adalah kumpulan peraturan dan berbagai upaya hukum yang diberikan aparat penegak hukum untuk melakukan tindakan yang memberikan rasa aman, memberikan perlindungan terhadap hak-hak seseorang yang diakibatkan tidak terpenuhinya hak-hak tersebut. Ada 2 perlindungan hukum yang dapat diberikan kepada rumah sakit, yaitu :

1. Perlindungan Hukum Preventif Rumah Sakit.

Perlindungan hukum preventif dilakukan dalam rangka pengendalian dampak lingkungan hidup. Berupa upaya untuk mencegah terjadinya pelanggaran atau penyimpangan dari ketentuan yang ada dengan memaksimalkan pengawasan dan perizinan (Muchtar Masrudi, 2016:89).

Perlindungan hukum preventif bagi rumah sakit, dimaknai sebagai upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk mencegah terjadinya pelanggaran

atau penyimpangan dalam pengelolaan limbah medis rumah sakit dengan memaksimalkan pengawasan dalam pengelolaan limbah dan melengkapi perijinan terkait pengelolaan limbah antara lain ijin TPS B3 untuk penyimpanan limbah sementara.

2. Perlindungan Hukum Represif.

Upaya perlindungan hukum yang represif bertujuan untuk penegakan hukum yang efektif, konsekuensi dan konsisten terhadap pencemaran/kerusakan lingkungan hidup yang sudah terjadi. Selain itu digunakan untuk menyelesaikan sengketa lingkungan hidup. Penanganan perlindungan hukum dilakukan oleh Pengadilan Umum dan Peradilan Administrasi (Muchtar Masrudi, 2016:89).

Perlindungan hukum secara represif bagi rumah sakit terkait dalam upaya yang dilakukan rumah sakit bila terlibat dalam sengketa lingkungan hidup akibat kegiatan pengangkutan limbah yang tidak sesuai peraturan.

Kesimpulan

Asas Tanggung Jawab Mutlak dapat diterapkan dalam kejadian pencemaran lingkungan terkait kegiatan pengangkutan limbah medis (pasal 88 UU PPLH 2009). Penerapan tanggung jawab mutlak ditekankan pada bahan dan limbah yang digunakan dalam kegiatan operasional, sifat pekerjaan yang mengandung risiko tinggi, dan kesulitan pembuktian bila terjadi pencemaran lingkungan. Pada perkara perdata lingkungan, berhubungan dengan ganti rugi akibat pencemaran. Secara pidana lingkungan berhubungan dengan akibat dari pencemaran dan kelalaian yang dilakukan jasa pengangkut limbah medis. Penegakan pidana dalam pencemaran lingkungan dalam kegiatan pengangkutan limbah dapat dikenakan kepada perorangan (pengemudi dan/atau pendamping pengemudi), juga terhadap korporasi tempat pengemudi bekerja (Pasal 161 UU PPLH 2009).

Perlindungan hukum bagi rumah sakit akibat kelalaian yang dilakukan oleh jasa pengangkut limbah terdiri atas perlindungan hukum preventif dan represif. Perlindungan preventif terkait upaya yang dilakukan rumah sakit dalam pencegahan pencemaran sebelum limbah diserahkan kepada jasa pengangkut limbah. Perlindungan represif bagi rumah sakit terkait dengan upaya bila telah terjadi pencemaran, yaitu melalui jalur litigasi.

Melalui penelitian ini sejumlah saran yang dapat diberikan kepada para pihak dalam kegiatan pengangkutan limbah medis padat rumah sakit antara lain:

1. Baik rumah sakit maupun pengangkut limbah medis, wajib melakukan dan mentaati prosedur dan ketentuan dalam pengelolaan limbah medis sesuai peraturan perundangan yang telah ditetapkan.
2. Kegiatan pengangkutan diikat dalam suatu perjanjian kerja sama tertulis, yang memperhatikan mengenai :
 - a. Kriteria perusahaan pengangkutan, mencakup reputasi, *contingency plan*, sarana prasarana, perijinan, dan lain-lain
 - b. Jaminan keamanan dan keselamatan bagi petugas pengangkut dan limbah selama proses pengangkutan.
 - c. Mitigasi risiko dari rumah sakit ke jasa pengangkut limbah
3. Rumah sakit menyusun suatu Sistem Manajemen Lingkungan dan melakukan Manajemen Risiko yang tepat terkait limbah medis yang dihasilkan.

Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini masih dapat dikembangkan dari berbagai sisi, antara lain dari jenis limbah, bentuk penegakan hukum, aspek keselamatan dan kesehatan kerja pekerja limbah, dan lain sebagainya.

Daftar Bacaan**Undang-Undang**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2008 Tentang Pelayaran, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 64, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4849.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2009 Tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 96, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5025.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup, Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 505.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 15, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072.

Peraturan-Peraturan

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 1999 Tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2001 tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya Dan Beracun, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 138.

Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyidikan Tindak Pidana Di Bidang Perlindungan Dan Pengelolaan Lingkungan Hidup, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 789.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian, BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2013 NOMOR 648

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 333, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5617.

Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 14 Tahun 2013 tentang Simbol dan Label Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun, Berita Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 39.

Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204 Tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 333.

Keputusan Diretur Jenderal Perhubungan Darat Nomor 725 tahun 2004 tentang Penyelenggaraan Pengangkutan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) di jalan.

Buku

Akib Muhammad. (2015). *Penegakan Hukum Lingkungan Hidup dalam Perspektif Holistik - Ekologis*. Jakarta: Graha Ilmu.

Enri Damanhuri. (2010). *Diktat Kuliah Teknik Lingkungan ITB : Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun*. Bandung.

Ernawati. (2013). *Analisa Perjanjian Kerja Sama Pemberian Jasa Layanan atas Uang Tunai antara PT. Bank ICB Bumiputera, Tbk, dengan PT. Alpha EMS*. Tesis. Jakarta: FHUI.

Syachrul Machmud. (2012). *Penegakan Hukum Lingkungan Indonesia : Penegakan Hukum Administrasi, Hukum Perdata dan Hukum Pidana menurut Undang-Undang No. 32 tahun 2009*. Jakarta: Graha Ilmu, Jakarta.

Muchtar Marsudi, et.al. (2016). *Hukum Kesehatan Lingkungan(Kajian Teoritis dan Perkembangan Pemikiran)*. Pustaka Baru Press, Yogyakarta.

Nomensen Sinamo. (2018). *Pokok-Pokok Hukum Lingkungan*. Jakarta: Permata Aksara.

Tesis, Jurnal, Artikel.

Anton C. et. al. (2018). The Liability of Unilateral Termination by Goverment on Good and Service Procurement Contract, *Hang Tuah Law Journal*, Volume 2 Issue 1.

Ridho Kurniawan & Siti Nurul Intan Sari D, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Berdasarkan Asas Strict Liability (Studi Pembaharuan Hukum Pidana Lingkungan Hidup)*, Jurnal Juridis Vol.1 No.2, Desember 2014.

Kementrian Lingkungan Hidup, Pedoman Penerbitan Rekomendasi Pengangkutan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (Limbah B3), Deputi Bidang Pengelolaan B3, Limbah B3, dan Sampah, 2015.

Kementrian Lingkungan Hidup dan Kehutanan, Permasalahan Pengelolaan Limbah B3 Dan Pengelolaannya, Sie Pengolahan Limbah B3 Direktorat Verifikasi Pengelolaan Limbah B3 Dan Limbah Non B3 Direktorat Jenderal Pengelolaan Sampah, Limbah, dan B3 Jakarta, 4 Maret 2018, diakses pada 26 April 2018.

Hendra Amien, et al, Timbulan Limbah Padat Medis Di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember, Bagian Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/72910/Hendra%20Amien.pdf?sequence=1>, diakses pada 26 April 2018.

Muchsin Maulana, et.al, Pengolahan Limbah Padat Medis Dan Pengolahan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun Di RS Swasta Kota Jogja" Fakultas Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Pasca Sarjana IKM UGM, Poltekkes Kemenkes, Yogyakarta, <http://lpp.uad.ac.id/wp-content/uploads/2017/05/24.-muchsin-184-190.pdf>, diakses pada 05 Mei 2018.

Website

<https://m.liputan6.com/regional/read/3189517/jejak-8-rumah-sakit-ditemukan-pada-tumpukan-limbah-medis-di-tps>, diakses 08 Mei 2018.

<https://www.liputan6.com/regional/read/3189542/titik-temu-pemusnahan-limbah-medis-di-pembuangan-sampah-cirebon>, diakses 25 Mei 2018

<https://artikel.kantorhukum-lhs.com/tindak-pidana-lingkungan-hidup-yang-mengancam-perusahaan/>, diakses 05 Juli 2018.

<http://reformasikuhp.org/tanggung-jawab-korporasi-dalam-rancangan-kuhp>, diakses 06 Juli 2018.

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret-September 2021

Perlindungan Hukum bagi Bidan Praktik Mandiri dalam Menjalankan Praktik Kebidanan

Rezky Fransilya Sumbung*

Abstract

Legal Protection for Practicing Midwives is regulated in Law Number 36 Year 2014 concerning to Health Workers, Articles 57 and 75. Article 57 stipulates that: "personnel in carrying out practices have the right to legal protection as long as they carry out their duties in accordance with professional standards, professional service standards, and standard operating procedures." Article 75 stipulates that: "in carrying out the practice, health workers have the right to legal protection in accordance with statutory provisions". Likewise in Permenkes 1464 / Menkes / Per / X of 2010 concerning Permits and Practices of Midwives Article 19 stipulates that: "in carrying out practice / work, midwives have the right to obtain legal protection in carrying out practice / work as long as it is in accordance with standards". This paper will explain about the authority of midwives in implementing midwife practices and legal protection for midwives in implementing independent midwives. The purpose of this paper is to analyze the authority of independent practice midwife services and to examine the form of legal protection for independent practicing midwives in the implementation of independent practice midwives. The author uses a research method with a normative juridical type and the approach issue using statutory approach, a conceptual approach and a comparative approach.

Keywords : Independent Practice Midwives, Legal Protection

Abstrak

Perlindungan Hukum Bagi Bidan Praktik di atur dalam UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 57 dan 75. Pasal 57 menentukan bahwa: "tenaga dalam menjalankan praktik berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional." Pasal 75 menentukan bahwa: " tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan perlindungan hukum sesuai dengan ketentuan perundang-undangan". Begitupun dalam Permenkes 1464/Menkes/Per/X tahun 2010 tentang Izin dan Praktik BidanPasal 19 menentukan bahwa: "dalam melaksanakan Pratik/kerja, bidan mempunyai hak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan dengan standar". Tulisan ini akan menjelaskan tentang kewenangan bidan dalam penyelenggaraan bidan praktik dan perlindungan hukum bagi bidan dalam penyelenggaraan bidan praktik mandiri. Tujuan penulisan ini adalah untuk menganalisis kewenangan pelayanan bidan praktik mandiri dan mengkaji bentuk perlindungan hukum bidan praktik mandiri dalam penyelenggaran bidan praktik mandiri. Penulis menggunakan metode penelitian dengan type yuridis normative dan pendekatan masalah menggunakan perundang-undangan, pendekatan konseptual serta pendekatan komparatif.

Kata Kunci : bidan praktik mandiri, perlindungan hukum

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Resky Fransilya Sumbung

Pendahuluan

Tenaga Kesehatan memiliki peran penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara social dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam UUD Republik Indonesia Tahun 1945. Tenaga kesehatan harus mempunyai kualifikasi minimum, dan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan yang dimiliki, serta wajib memiliki izin dari pemerintah bagi tenaga kesehatan tertentu.

Pemerintah saat ini memprioritaskan penurunan angka kematian ibu sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah Nasional 2014-2019. Untuk mencapai sasaran tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan terutama diarahkan pada peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan. Dengan kebijakan ini diharapkan fasilitas pelayanan kesehatan makin dekat dan makin mudah terjangkau masyarakat. Demikian pula cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi (Depkes, 2014:26). Dalam menyediakan upaya pelayanan kesehatan yang lebih luas, merata dan bermutu pada setiap anggota masyarakat dibutuhkan pengelolaan fasilitas sarana kesehatan, peralatan, sumber daya manusia yang berkesinambungan baik di tingkat puskesmas maupun di tingkat rumah sakit umum daerah dan rumah sakit umum tingkat provinsi (Indradjaja, Dasmiredja, Sutarjo, 1993:65).

Bidan telah diakui sebagai sebuah profesi tenaga kesehatan di Indonesia yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan selanjutnya disebut (UU Tenaga Kesehatan) sehingga untuk dapat dikatakan sebagai seorang yang bekerja profesional, maka bidan harus memahami sejauh mana peran dan fungsinya sebagai seorang tenaga kesehatan (Muchtar, 2015:32-33). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X Tahun 2010 tentang Izin dan Praktik Bidan selanjutnya disebut (Permenkes Izin dan Praktik Bidan), dalam menjalankan praktik bidan berwenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. IBI melakukan upaya dengan mempertahankan dan menjaga mutu profesionalisme guna memberi perlindungan bagi masyarakat sebagai penerima jasa dan bidan sendiri sebagai pemberi jasa pelayanan. Disamping itu IBI juga menilai kepatuhan setiap bidan terhadap kode etik profesi dan kesanggupan melakukan praktik mandiri (Mustika Sofyan, et.al, 2006:260-261).

Bidan selaku profesi yang mengembangkan amanah akan kesehatan ibu dan anak, mempunyai kedudukan yang bermutu profesional dalam peningkatan pelayanan kesehatan. Namun demikian peran dan fungsi organisasi profesi bidan belum mampu mengontrol yang baik dalam praktik pelayanan kebidanan. Dalam praktiknya bidan

praktik mandiri belum sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sehingga membutuhkan pengawasan oleh organisasi profesi bidan (IBI) perlu dioptimalkan. Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian lebih lanjut dengan mengambil judul "PERLINDUNGAN HUKUM BAGI BIDAN PRAKTIK MANDIRI DALAM MENJALANKAN PRAKTIK KEBIDANAN". Berikut ini merupakan kajian permasalahan dalam tulisan tersebut.

1. Kewenangan Bidan dalam Penyelenggaran Pelayanan Bidan Praktik Mandiri.
2. Perlindungan Hukum Bagi Bidan dalam Penyelenggaraan Bidan Praktik Mandiri.

Metode Penelitian

Penelitian yang dipakai adalah yuridis normatif, yaitu penelitian hukum yang mengkaji hukum tertulis dari berbagai aspek, yaitu aspek teori, sejarah, filosofi, perbandingan, struktur dan komposisi, lingkup dan materi, konsistensi, penjelasan umum dan pasal demi pasal, formalitas dan kekuatan mengikat suatu UU, serta bahasa hukum yang digunakan, tetapi tidak mengkaji aspek terapan atau implementasinya (Peter Mahmud Marzuki, 2011:87). Dalam penelitian ini, penulis akan menggunakan metode pendekatan undang-undang (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*)

Analisis dan Diskusi

Kewenangan Bidan Dalam Penyelenggaraan Bidan Praktik Mandiri

A. Kewenangan Bidan

Kesehatan merupakan modal utama manusia dalam menjalankan aktifitas sehari-hari(Safitri Hariyan, 2005:1). Keberhasilan upaya kesehatan salah satunya tergantung pada ketersediaan sumber daya kesehatan yang berupa tenaga kesehatan (Safitri Hariyan, 2005:1). Pasal 1 ayat (6) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan selanjutnya disebut (UU Kesehatan), menetapkan yang dimaksud Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Kata dasar kewenangan adalah wenang atau wewenang. "Wenang adalah hak untuk melaksanakan sesuatu, berarti secara harafiah kewenangan adalah dasar hak atau dasar kekuasaan" (Safitri Hariyan, 2005:1). Kata dasar kewenangan adalah wenang atau wewenang. "Wenang adalah hak untuk melaksanakan sesuatu, berarti secara harafiah kewenangan adalah dasar hak atau dasar kekuasaan."(Soerjono Soekanto dan R. Otje Salman, 1996:16) Pemberian kewenangan lebih luas kepada bidan dimaksudkan untuk mendekatkan pelayanan kegawatan obstetric dan neonatal kepada setiap ibu hamil/bersalin, nifas dan bayi baru lahir agar penanganan dini atau pertolongan pertama sebelum rujukan dapat dilakukan secara cepat dan tepat waktu.

1. Bidan mempunyai wewenang dalam memberikan penerangan dan penyuluhan.
2. Bidan melaksanakan bimbingan dan pembinaan tenaga kesehatan lain yang juga bekerja dalam pelayanan kebidanan.
3. Bidan melayani kasus ibu untuk pengawasan kehamilan.
4. Bidan melayani bayi dan anak pra sekolah.
5. Bidan juga mempunyai kewenagan memberikan obat-obatan.

B. Tanggung Jawab Bidan

Menurut organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia selanjutnya disingkat (IBI) dalam Masrudi Muchatar (2015), bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan telah menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Dijelaskan lebih lanjut pula bahwa: Kebidanan adalah ilmu yang terbentuk dari sintesis berbagai disiplin ilmu atau multi disiplin yang terkait dengan pelayanan kebidanan meliputi ilmu kedokteran, keperawatan, ilmu social, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu manajemen untuk dapat memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu dalam masa pra konsepsi, hamil, bersalin, post partum, dan bayi baru lahir.

Tanggung jawabnya bidan sebagai berikut:

1. Tanggung jawab terhadap peraturan perundang-undangan.
2. Tanggung jawab terhadap pengembangan profesi.
3. Tanggung jawab terhadap penyimpangan catatan kebidanan.
4. Tanggung jawab terhadap keluarga yang dilayani.
5. Tanggung jawab terhadap profesi.
6. Tanggung jawab terhadap masyarakat.

C. Peran dan Fungsi Bidan

Bidan adalah salah satu petugas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Pelaksanaan kebidanan merupakan bagian integral dan pelayanan kesehatan, yang difokuskan pada pelayanan kesehatan wanita dalam siklus reproduksi, bayi baru lahir dan balita untuk mewujudkan kesehatan keluarga sehingga tersedia Sumber Daya manusia (SDM) yang berkualitas di masa depan. Bidan telah diakui sebagai sebuah profesi tenaga kesehatan di Indonesia yang diatur dalam UU Kesehatan dan Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan selanjutnya disebut (Permenkes Tenaga Kesehatan), sehingga untuk dapat dikatakan sebagai seseorang yang bekerja profesional, maka bidan harus dapat memahami sejauh mana peran dan fungsinya sebagai seorang bidan. Peran bidan adalah sebagai perangkat tingkah laku yang diharapkan dan dimiliki oleh orang berkedudukan dalam masyarakat. Peran bidan dibagi menjadi empat yaitu, bidan sebagai pelaksana, pengelolah, pendidik dan peneliti.

D. Hak dan Kewajiban Bidan-Pasien dalam Pelayanan Kebidanan

Hak dan kewajiban merupakan hubungan timbal balik dalam kehidupan social sehari-hari. Pasien memiliki hak terhadap bidan atas pelayanan yang diterima, sedangkan bidan memiliki kewajiban untuk pasien. Jadi hak adalah sesuatu yang diterima oleh pasien, sedangkan kewajiban adalah sesuatu yang diberikan oleh bidan. Adapun yang dimaksud dengan hubungan hukum (*rechtsbetrekking*) adalah hubungan antara dua subjek hukum atau lebih, atau antara subjek hukum dan objek hukum yang berlaku di bawah kekuasaan hukum, diatur/ada dalam hukum dan mempunyai akibat hukum (Andi Hamzah, 1986:1986). Jelasnya, hubungan hukum ada tiga kategori, yaitu:

1. Hubungan hukum antar dua subjek hukum orang dengan subjek hukum orang, Misalnya hubungan hukum bidan-pasien;
2. Hubungan hukum antara subjek hukum orang dengan subjek hukum badan hukum, misalnya antara pasien dengan rumah sakit; dan
3. Hubungan hukum antara subjek hukum orang maupun badan dengan objek hukum benda berupa hak kebendaan.

Hubungan ini terjadi pada saat pasien mendatangi bidan/pada saat pasien bertemu dengan bidan dan bidan pun memberikan pelayanannya maka sejak itulah telah terjadi suatu hubungan hukum.

E. Kode Etik Bidan

Pengertian kode etik menurut Dudi Zuvadi (Dudi Zuvadi, 2010:108) adalah "norma-norma yang harus diindahkan oleh setiap profesi dalam melaksanakan tugas profesinya dan hidupnya di masyarakat." Berkaitan dengan kode etik bidan di Indonesia, Kepmenkes tentang Standar Profesi Bidan menetapkan kode etik bidan sebagai berikut:

1. Kewajiban bidan terhadap pasien dan masyarakat.
2. Kewajiban bidan terhadap tugasnya
3. Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan
4. Kewajiban bidan terhadap profesinya
5. Kewajiban bidan terhadap diri sendiri
6. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, bangsa dan tanah air
7. Penutup

Bidan sebagai salah satu profesi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Dalam menjalankan profesinya harus mematuhi norma hukum yang berlaku bagi tenaga kesehatan pada umumnya dan khususnya bagi bidan. Norma hukum yang dimaksud dalam hal ini salah satunya adalah Peraturan Perundang-undangan yang ada di Indonesia, yang mengatur penyelenggaraan praktik bidan. Peran MPEB ini sangat penting karena lembaga inilah yang menentukan atau menilai ada atau tidaknya pelanggaran terhadap Kode Etik Bidan Indonesia. Peran MPEB hampir sama dengan peran Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) bagi profesi dokter. Pemberian sanksi atas pelanggaran kode etik bidan ini dilakukan oleh wadah organisasi profesi bidan di Indonesia yaitu IBI. Pemberian sanksi atas pelanggaran kode etik dapat berupa teguran baik secara lisan maupun tulisan ataupun dengan tidak memberikan rekomendasi yang diperlukan oleh bidan untuk mendapatkan izin praktik.

Perlindungan Hukum Bagi Bidan Dalam Penyelenggaraan Bidan Praktik Mandiri

A. Pengaturan Mengenai Bidan Praktik Mandiri

Praktik kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan melalui pelayanan/asuhan kebidanan kepada pasien dengan pendekatan kebidanan. Lingkungan praktik kebidanan meliputi asuhan mandiri/otonomi pada anak perempuan, remaja putri, dan wanita dewasa sebelum, selama kehamilan, dan sesudahnya. Ini berarti bidan melakukan pengawasan, memberi asuhan dan saran yang diperlukan kepada wanita selama masa hamil, bersalin, dan masa nifas. Praktik kebidanan dilakukan dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masyarakat, dokter, perawat, dan dokter spesialis di pusat-pusat rujukan. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan

pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, rumah sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

Bidan yang akan menjalankan praktik mandiri dan/atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan harus menempuh pendidikan minimal Diploma III (DIII) kebidanan. Ketentuan tersebut diatur dalam Pasal 2 ayat (2) Permenkes tentang Izin dan Penyelenggaran Praktik Bidan. Setelah menempuh pendidikan tersebut bidan harus mengajukan permohonan pendaftaran untuk memiliki Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) untuk bidan yang akan menjalankan praktik mandiri, sebagaimana diatur dalam Permenkes Izin dan Penyelenggaran Praktik Bidan.

B. Hubungan Hukum Para Pihak dalam Pelayanan Kebidanan

Beberapa pakar dalam hukum kesehatan (teori Szasz dan Hollder), mengemukakan tiga pola hubungan tenaga kesehatan dan pasien, yaitu (Cecep Triwibowo dan Yulia Fauziah, 2012:2):

1. *Activity-Passivity Relation* (Pola Hubungan Aktif-Pasif):

There is no interaction between physician and patient because the patient is unable to contribute activity. Secara social, hubungan ini bukanlah hubungan yang sempurna karena hubungan ini berdasarkan atas kegiatan seorang (bidan) terhadap orang lain (pasien) sedemikian rupa sehingga pasien itu tidak dapat melakukan fungsi dan peran secara aktif. Pasien sekedar menjadi penerima pelayanan, tidak dapat memberikan respon dan tidak dapat menjalankan peran.

2. *Guidance-Cooperation Relation* (Pola Hubungan Membimbing dan bekerjasama):

Although the patient is ill, he is conscious and has the feeling and aspiration of his own. Since he is suffering from pain, anxiety and other distressing symptoms, he seek help and is ready and willing to cooperate. The physician considers him self in a position of trust. Pada pola hubungan ini, tenaga kesehatan (bidan) berperan memberikan nasihat dan bimbingan kepada pasien dan peran pasien dalam bentuk kerja sama adalah melaksanakan apa yang diharapkan oleh tenaga kesehatan (bidan). Pola hubungan tersebut, serupa dengan hubungan antara orang tua dengan remaja. Orang tua memberi nasehat dan membimbing sedangkan anak yang beranjak remaja itu akan bekerja sama dan mengikuti nasehat dan bimbingan orangtuanya.

3. *Mutual Participation Relation* (Pola Hubungan Saling Berperan Serta):

The patient thinks he is juridically equal to the doctor and that the relationship with the doctor is the nature of a negotiated agreement between equal parties is uncooperative and difficult, where as the patients regards the physician an unsympathetic and lacking in understanding of his personality unique needs. Secara filosofis, pola ini berdasarkan pada pendapat bahwa semua manusia memiliki hak dan martabat yang sama. Hubungan ini lebih berdasarkan pada struktur social yang demokratis. Pada pola hubungan ini pasien dapat menceritakan pengalaman sendiri berkaitan dengan penyakit/keluhannya dan dapat membantu tenaga kesehatan (bidan) secara aktif dalam menetapkan situasi yang sebenarnya dan memberikan nasehat dan tindakan medis yang tepat.

C. Aspek Hukum Hubungan Bidan dengan Pasien

Hubungan pasien dengan bidan merupakan hubungan yang erat dan kompleks keeratan hubungan antara pasien karena diharuskan adanya kesaling percayaan dan keterbukaan. Dalam perspektif hukum, pasien dan bidan masing-masing memiliki hak dan kewajiban. Hubungan terapeutik antar pasien dengan bidan asas/prinsip hukum yang berlaku dalam hubungan kontraktual yaitu:

1. Asas Konsensual
2. Asas Itikad Baik
3. Asas Berkebebasan Berkontrak
4. Asas *Pacta Sunt Servanda*

D. Perlindungan Hukum Penyelenggaraan Praktik Bidan

Satjipto Raharjo mengemukakan bahwa "hukum melindungi kepentingan seseorang dengan cara menempatkan suatu kekuasaan yang dilakukan secara terukur (tertentu dan dalamnya) untuk bertindak dalam rangka kepentingan tersebut."(Satjipto Rahardjo, 1991:53) Senada juga, Salmond berkata bahwa "perlindungan hukum bertujuan mengintegrasikan dan mengkoordinasikan berbagai kepentingan dalam masyarakat karena dalam lalu lintas kepentingan, perlindungan terhadap kepentingan tertentu hanya dapat dilakukan dengan cara membatasi kepentingan di lain pihak." Sebagaimana bidan adalah seorang tenaga kesehatan maka patutlah bahwa bidan termasuk juga bidan praktik mandiri berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam pelayanan kebidanan. Dalam UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan selanjutnya disebut (UU Tenaga Kesehatan) Pasal 57 dan 75 telah dijelaskan, dalam Pasal 57 yang berbunyi: "tenaga dalam menjalankan praktik berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional." Dan Pasal 75 yang berbunyi: "tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan perlindungan hukum sesuai dengan ketentuan perundang-undangan." Begitupun dalam Permenkes Izin dan Praktik Bidan Pasal 19 dikatakan juga bahwa "dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar."

Di dalam Rancangan Undang-Undang Kebidanan di cantumkan pula tentang perlindungan bidan dan pasien, tapi sayangnya Rancangan Undang-Undang tersebut belum dapat dipergunakan. Walaupun sudah ada beberapa regulasi tentang perlindungan tenaga kesehatan, tapi itu belum bisa memberikan kepastian dan perlindungan hukum terhadap Bidan Praktik Mandiri dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya. Karena beberapa Pasal dalam KUHP maupun BW masih bisa memberatkan bidan dalam menghadapi permasalahan dengan pasien, seperti ketentuan Pasal 1365 BW ditentukan bahwa tiap perbuatan melanggar hukum yang mengakibatkan kerugian bagi orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menimbulkan kerugian tersebut untuk mengganti kerugian. Selanjutnya Pasal 77 UU Tenaga Kesehatan menentukan bahwa setiap penerima pelayanan kesehatan yang dirugikan akibat kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan dapat meminta ganti rugi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dan juga pasal 85 ayat (1) UU Tenaga Kesehatan, bahwa setiap tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian yang

mengakibatkan penerima pelayanan kesehatan luka berat dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 tahun. Dalam ayat (2) di sebutkan juga bahwa jika kelalian berat sebagaimana tercantum pada ayat (1) mengakibatkan kematian, setiap tenaga kesehatan dipidanakan dengan pidana penjara paling lama 5 tahun.

Kesimpulan

1. Dalam menjalankan praktiknya wewenang bidan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No.900/Menkes/SK/VII/2002. Peran bidan dibagi menjadi empat yaitu, bidan sebagai pelaksana, pengelolah, pendidik dan peneliti. Hubungan hukum antara bidan dan pasien melahirkan hak dan kewajiban diantara bidan dan pasien tersebut. Bidan sebagai praktisi pelayanan harus menjaga perkembangan praktik berdasarkan *evidence based* (fakta yang ada) sehingga berbagai dimensi etik dan bagaimana kedekatan tentang etika merupakan hal yang penting untuk digali dan dipahami. Supaya sesuai standar kode etik, seorang bidan dalam menjalankan profesinya harus memperhatikan norma dan aturan yang berlaku.
2. Bidan yang akan menjalankan praktik mandiri dan/atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan harus menempuh pendidikan minimal Diploma III (DIII) kebidanan. Ketentuan tersebut diatur dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Pelenggaraan Praktik Bindan. Bentuk pelayanan kebidanan harus berpedoman pada standar pelayanan kebidanan yang dikeluarkan oleh pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan. Berkaitan dengan kesehatan, penjelasan umum Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa pembangunan kesehatan sebagai salah satu bagian dari pembangunan nasional diarahkan demi tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Dalam Undang-Undang Tenaga Kesehatan No. 36 Tahun 2014 Pasal 57 dan 75 telah dijelaskan, dalam Pasal 57 yang berbunyi: tenaga dalam menjalankan praktik berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional. Dan Pasal 75 yang berbunyi: tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan perlindungan hukum sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Begitupun dalam permenkes No. 1464 Tahun 2010 Pasal 19 dikatakan juga bahwa dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar.

Daftar Bacaan

Buku :

- Andi Hamzah. (1986). *Kamus Hukum*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Cecep Triwibowo dan Yulia Fauziah. (2012). *Malpraktik dan Etika Perawat (Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Departemen Kesehatan (Depkes). (2014). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.

- Dudi Zulvadi. (2010). *Etika dan Manajemen Kebidanan*. Yogyakarta: Cahaya Ilmu.
- Masrudi Muchtar. (2015). *Bidan dan Dinamika Hukum Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Yogyakarta: Aswaja Pressindi.
- Mustika Sofyan, et.al. (2006). *Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: PP IBI.
- Peter Mahmud Marzuki. (2011). *Penelitian Hukum*. Jakarta:Kencana Prenada Media Group.
- Safitri Hariyan. (2005). *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan Antara Dokter dengan Pasien*. Jakarta: Diadit Media.
- Sri Praptianingsih. (2006). *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Kesehatan di Rumah Sakit*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Soerjono Soekanto & R. Otje Salman. (1996). *Disiplin Hukum dan Disiplin Sosial*, Rajawali Pers, Jakarta.
- Sajipto Rahardjo. (1991). *Ilmu Hukum*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

Jurnal:

- F. Indradjaja, D. Dasmiredja, & S.U. Sutarjo. (1993). *Aspek Sistem Rujukan Dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan Yang Berkesinambungan*, dalam Majalah Kedokteran Indonesia, Vol. 43 No. 3.

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret-September 2021

Tanggung Jawab Hukum Praktik Tanpa Surat Izin oleh Penata Anestesi di Rumah Sakit (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Sangatta)

Edi Prayitno*

Abstract

Health jurisdiction is growing up nowadays. Juridically, hospital takes over all the charge of negligence caused by health workers in the hospital. As the preventive, the hospital did credential to all health workers that do the direct medical treatment, one of them is ownership of the license. There are law issues in hospital's services, such as practice without a license that are done by anesthesia directors. It causes legality problems and burdens charge from practice without license that are did by anesthesia director in hospital. The research method is normative juridical, using statute approach and conceptual approach. The result of research obtains that hospital does not take the charge and take the responsibilities legally about the practice without a license that are done by anesthesia director, depends on agreement letter between hospital and anesthesia director. So that respondeat superior doctrine that implied in article 46 Law Number 44 Year 2009 concerning to The Hospital, do not apply absolutely.

Keywords: hospital, anesthesia director, practice without license, law liability

Abstrak

Yurisdiksi kesehatan kian marak. Secara yuridis rumah sakit bertanggung jawab atas semua kerugian yang diakibatkan kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit. Sebagai langkah preventif rumah sakit melakukan kredensial terhadap semua tenaga kesehatan yang terlibat perawatan medis langsung, salah satunya adalah kepemilikan surat izin praktik. Dalam latar belakang terdapat isu hukum, yakni praktik tanpa surat izin oleh penata anestesi di rumah sakit. Maka timbul permasalahan legalitas dan pembebanan tanggung jawab. Metode dalam penelitian ini adalah yuridis normatif, dengan menggunakan pendekatan undang-undang (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). Hasil penelitian didapatkan bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab dan turut bertanggung jawab secara hukum terhadap praktik tanpa surat izin oleh penata anestesi di rumah sakit, tergantung pada perjanjian kerja bersama. Sehingga Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, tidak berlaku absolut.

Kata Kunci: rumah sakit, penata anestesi, praktik tanpa izin, tanggung jawab hukum

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Edi Prayitno, Magister Hukum, Universitas Hang Tuah.

Pendahuluan

Kesehatan sangat penting bagi manusia, tanpa kesehatan kehidupan tidak bermakna. *Health isn't everything, but everything without health is nothing.* Terminologi sehat menurut World Health Organization yang selanjutnya disebut WHO: "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*" *Government have a responsibility for the health of their peoples which can be fully realized only by the provision of adequate health and social measures* (Ta'adi, 2017:1). Definisi kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditentukan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Sehat merupakan hak setiap orang. Untuk memenuhi hak hidup sehat masyarakat, Pemerintah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang mengupayakan kesehatan secara lengkap meliputi layanan *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif* adalah rumah sakit. Yurisdiksi kesehatan pada saat ini kian marak. Untuk mengimbanginya tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai standar profesi dan memiliki surat izin praktik sebagai legalitas praktiknya.

Standar profesi (bidang kesehatan) merupakan ukuran kemampuan rata-rata tenaga kesehatan dalam menjalankan pekerjaannya (Sri Praptianingsih, 2007:51). Hal ini dimaksudkan untuk meminimalisir bahkan meniadakan distorsi dalam pelayanan. Distorsi dalam pelayanan merupakan istilah penulis untuk praktik tidak sesuai standar profesi, tidak sesuai standar prosedur operasional, kurang hati-hati, ceroboh, lalai, praktik dengan melanggar peraturan perundang-undangan yang familiar disebut malpraktik. Pasal 29 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menentukan jika tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Akan tetapi, hal ini tidak menghalangi penyelesaian melalui jalur litigasi karena hukum dibidang kesehatan secara aplikatif mencakup hukum pidana, hukum administratif dan hukum perdata. Seperti yang dituliskan Prof Leenen dalam bukunya, bahwa (J. Guwandi, 2007:4): Hukum kedokteran atau kesehatan adalah semua peraturan hukum yang berhubungan langsung pada pemberi layanan kesehatan dan penerapannya pada hukum perdata, hukum pidana, hukum administratif. dimaksud peraturan disini termasuk pedoman internasional, hukum kebiasaan, hukum yurisprudensi. Sedangkan kepustakaan dan ilmu pengetahuan dijadikan sumber hukum.

Diantara tenaga kesehatan berisiko tinggi melakukan distorsi dalam pelayanan adalah dokter spesialis anestesiologi dan penata anestesi, penyebabnya antara lain jumlah mereka sedikit sehingga beban kerja mereka tinggi (*overload*). Secara *de jure* penata anestesi bekerja dibawah supervisi dokter spesialis anestesiologi, berlaku atas *respondeat superior*. Sebagaimana ditentukan dalam Pasal 12 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi bahwa penata anestesi dapat melaksanakan pelayanan dibawah pengawasan atas pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter spesialis anestesiologi atau

dokter lain. Pasal 1 angka (24) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 *tentang Administrasi Pemerintahan* menentukan Mandat adalah pelimpahan Kewenangan dari Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih tinggi kepada Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat tetap berada pada pemberi mandat. *Kecuali tindakan independent* yang menjadi kewenangan *pure* dari penata anestesi sebagaimana ditentukan oleh peraturan perundang-undangan.

Dalam *ranah hukum pidana* berlaku doktrin *personal liability*. Artinya jika penata anestesi melakukan distorsi dalam pelayanan yang merugikan, apakah tindakan itu merupakan *pure* kompetensi penata anestesi atau merupakan tugas limpah dari dokter spesialis anestesiologi, tanggung jawab hukumnya melekat kepada penata anestesi. Jika distorsi dalam pelayanan yang merugikan pasien tersebut merupakan *tugas limpah* atau atas prakarsa dokter spesialis anestesiologi, maka dokter spesialis anestesiologi dapat dijerat Pasal 55 KUHP (Kitab Undang-Undang Hukum Pidana) tentang penyertaan dalam tindak pidana atau *deelneming*.

Dalam *ranah hukum perdata* dikenal doktrin *respondeat superior* (Pasal 1367 KUHPerdata). Doktrin ini diterapkan jika distorsi dalam pelayanan (tindakan) merugikan pasien yang dilakukan penata anestesi merupakan *tindakan medik yang dilimpahkan* kepada penata anestesi berupa tindakan mandat. Sehingga yang dilakukan penata anestesi menjadi tanggung jawab dokter spesialis anestesiologi. Lantas apakah rumah sakit turut bertanggung jawab secara hukum terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit? Lalu apa bentuk tanggung jawab rumah sakit jika rumah sakit diputuskan turut bertanggung jawab terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit?

Metode Penelitian

Terdapat lima pendekatan dalam penelitian hukum, yaitu: pendekatan undang-undang (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*), pendekatan historis (*historical approach*), pendekatan perbandingan (*comparative approach*), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). Penelitian ini bersifat normatif dengan melakukan pendekatan undang-undang (*statute approach*), yakni menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkutan paut dengan isu hukum yang ditangani (Peter Mahmud Marzuki, 2016:133), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*) yang beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang di dalam ilmu hukum, sehingga peneliti akan menemukan ide-ide yang melahirkan pengertian-pengertian yang relevan dengan isu hukum yang dihadapi (Peter Mahmud Marzuki, 2016:133).

Analisis dan Diskusi

A. Pengertian Rumah Sakit

Menurut kepustakaan yang dimaksud dengan rumah sakit atau hospital *is an institution for the treatment and care for sick, wounded, infirm, or aged person, generally incorporated an then the class of corporations called "ELEEMOSYNARY" or "CHARITABLE," also the buildings use for such purpose* (Black Law Dictionary, 1979) (Pitono, 2006:35). Sedangkan Pasal 1 angka (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menentukan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Peraturan perundang-undangan membedakan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan, klasifikasi atau tipe dan pengelolaannya. Rumah sakit

yang didirikan Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, instansi tertentu, atau lembaga teknis daerah dengan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah. Rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitan. Sehingga rumah sakit mempunyai hak dan kewajiban sebagaimana subyek hukum lainnya.

B. Penata Anestesi

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan ditentukan bahwa tenaga di bidang kesehatan terdiri atas 2 (dua) bagian besar, yakni bagian tenaga kesehatan dan bagian asisten tenaga kesehatan. Dari bagian tenaga kesehatan terbagi lagi menjadi beberapa kelompok. Penata anestesi masuk dalam kelompok tenaga ketekhnisan medik. Penata anestesi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan bidang keperawatan anestesi atau penata anestesi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Syarat praktik penata anestesi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi, antara lain ditentukan Pasal 4 ayat (1) praktik penata anestesi wajib memiliki Surat Izin Praktik Penata Anestesi, yang selanjutnya disebut SIPPA, Pasal 5 ayat (1) menetukan penata anestesi hanya dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIPPA, sehingga penata anestesi hanya boleh melakukan praktik kepenataanesthesian hanya di dua tempat praktik.

C. Pengertian Izin

Izin (*toestemming*, permisi) adalah pembolehan khusus untuk melakukan sesuatu yang secara umum dilarang (JJ. H. Bruggink, 2015:101). Izin merupakan suatu persetujuan dari seseorang atau badan yang bersifat memperbolehkan untuk melakukan suatu tindakan berdasarkan peraturan yang berlaku dan mempunyai sanksi jika ketentuan yang terdapat dalam izin yang dilanggar (Purwadaminta, 1996:24). Izin diartikan sebagai perbuatan hukum administrasi negara bersegi satu yang mengaplikasikan peraturan dalam hal konkret berdasarkan persyaratan dan prosedur sebagaimana ditetapkan oleh ketentuan peraturan perundang-undangan (Sjachran Basar, 1992:45). Kesimpulan dari berbagai pendapat tersebut, bahwa izin merupakan pembolehan khusus atas hal yang hakekatnya dilarang. Izin berkaitan erat dengan wewenang, jika seorang mempunyai izin berarti seorang tersebut mempunyai wewenang. Wewenang artinya kekuasaan untuk bertindak; kewenangan adalah kekuasaan membuat keputusan; hak mengambil keputusan; fungsi yang tidak boleh dilaksanakan (KBBI:797).

Wewenang merupakan kekuasaan yang ada pada seseorang atau sekelompok orang yang mempunyai dukungan atau mendapat pengakuan dari masyarakat (Soerjono Soekanto, 1982:260). Secara teori penggunaan wewenang pemerintahan dibatasi oleh **materi, wilayah, dan waktu** Terhadap penggunaan wewenang pemerintahan yang **tidak sah** dapat berakibat **dapat dibatalkan** (*vernietifaar*). **Dapat dibatalkan** (*vernietifaar*) berarti bagi hukum perbuatan yang dilakukan dan akibatnya dianggap ada sampai waktu pembatalan oleh hakim atau badan pemerintah lain yang kompeten (Lufsiana, 2006:183). Berdasarkan teori wewenang diatas, dapat disimpulkan bahwa izin dianggap tidak sah, batal atau tidak berlaku apabila digunakan untuk: melakukan yang tidak masuk dalam wewenangnya (*Ombevoegdheid ratione materiae*); melakukan melampaui batas kewenangannya (*Ombevoegdheid ratione loci*);

melakukan melampaui jangka waktu/ izin kadaluarsa, (*Ombevoegdheid ratione temporis*).

D. Hubungan Hukum

Hubungan hukum adalah hubungan yang dilakukan oleh dua atau lebih subyek hukum, yang dapat menimbulkan akibat hukum . Joni Afriko (2016) dalam bukunya yang berjudul "Hukum Kesehatan (Teori dan Aplikasinya)," berpendapat bahwa hubungan hukum (*rechtsbetrekkingen*) adalah hubungan antara dua subyek hukum atau lebih mengenai hak dan kewajiban, disatu pihak berhadapan dengan hak dan kewajiban dipihak lain. Dilihat dari sifat hubungannya, hubungan hukum dapat dibedakan antara hubungan hukum yang bersifat privat dan hubungan hukum yang bersifat publik. Dalam menetapkan hubungan hukum apakah bersifat *publik* atau *privat* yang menjadi indikator bukanlah subyek hukum yang melakukan hubungan hukum itu, melainkan hakikat hubungan itu atau hakikat transaksi yang terjadi (*the nature transaction*) (Muh. Sadi I, 2015:82).

E. Tanggung Jawab

Perihal bertanggung jawab; keadaan dapat dimintai pertanggungjawaban disebut akuntabilitas (kbbi.kamus.pelajar, 2018). Pengertian tanggung jawab adalah kewajiban terhadap segala sesuatunya; fungsi menerima pembebanan sebagai akibat sikap tindak sendiri atau pihak lain (KBBI:739). Dalam kamus hukum tanggung jawab diartikan sebagai suatu keharusan bagi seorang untuk melaksanakan apa yang telah diwajibkan kepadanya. Konsep tanggungjawab hukum (*liability*) merupakan suatu konsep berhubungan dengan konsep kewajiban hukum. Seseorang dikatakan secara hukum bertanggungjawab untuk suatu perbuatan tertentu adalah bahwa dia dapat dikenakan suatu sanksi dalam kasus perbuatan yang berlawanan (Basuni, 2014:113).

F. Tanggung Jawab dalam Aspek Hukum Pidana

Tindak pidana adalah suatu perbuatan yang dilarang atau diharuskan dan diancam dengan pidana sebagaimana yang ditentukan didalam beberapa pasal undang-undang pidana. Meskipun begitu Tanggung Jawab Pidana adalah suatu upaya meminta pertanggungjawaban pidana bagi setiap orang (subyek hukum) yang dengan kesalahannya melakukan perbuatan melawan hukum pidana dan telah dibuktikan adanya kesalahan pembuat pidana tersebut (Hasrul Buamona, 2015:31).

Dapat dikatakan adanya pertanggungjawab pidana harus dipenuhi 3 (tiga) syarat (Moh. Hatta, 2013:165): harus ada perbuatan yang dapat dipidana yang termasuk dalam rumusan delik undang-undang; perbuatan itu dapat dipidana dan harus bertentangan/ melawan hukum; harus ada kesalahan si pelaku. Sumber lain menyatakan bahwa untuk dapat dipidananya suatu kesalahan yang dapat diartikan sebagai pertanggungjawaban dalam hukum pidana, harus memenuhi 3 (tiga) unsur sebagai berikut (A. Sofyan Hasdam, 2009:4): adanya kemampuan bertanggung jawab pada petindak, artinya keadaan jiwa petindak harus normal; adanya hubungan batin antara petindak dengan perbuatannya yang dapat berupa kesengajaan (*dolus*) atau kealpaan (*culpa*); tidak adanya alasan penghapus kesalahan atau pemaaf. Prinsip-prinsip dalam hukum pidana, antara lain (Aris P.A. Santoso dan Sukendar, 2018:21): *Nullum Delictum*, peristiwa pidana tidak akan ada jika ketentuan pidana tidak ada dalam undang-undang (tidak bisa berlaku surut); *Nulla Poena Sine Lege*, tidak ada hukuman kalau tidak ada undang-undang; *Nullum Poena Crime*, tidak ada hukuman

kalau tidak ada kejahatan; *Nullus Crime Sine Poena Lege*, tidak ada kejahatan kalau tidak ada hukuman yang berdasarkan undang-undang.

G. Tanggung Jawab dalam Aspek Hukum Administrasi

Pelanggaran administratif secara umum berupa teguran lisan, teguran tertulis, pencabutan izin. Dalam undang-undang di bidang kesehatan pelanggaran administrasi ada yang dimasukkan dalam sanksi tindak pidana, sehingga tanggung jawabnya termasuk dalam tanggung jawab pidana, yaitu pidana denda. Secara prinsip pertanggungjawaban hukum administrasi lahir karena adanya pelanggaran terhadap hukum administrasi. Dalam ranah hukum administrasi, bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan telah melakukan pelanggaran administrasi, jika tenaga medis dan tenaga kesehatan melakukan praktik dengan melanggar ketentuan administrasi negara yang ditetapkan melalui peraturan perundang-undangan.

H. Tanggung Jawab dalam Aspek Hukum Perdata

Hukum perdata membagi dasar pertanggungjawaban menjadi 2 (dua) macam, yaitu (Soekidjo Notoatmojo, 2010:51): pertanggungjawaban atas dasar kesalahan (*liability without based on fault*). Prinsip dasar pertanggungjawaban atas dasar kesalahan mengandung arti bahwa seseorang harus bertanggung jawab karena ia melakukan kesalahan dan merugikan orang lain; pertanggungjawaban tanpa kesalahan (*liability without fault*) yang dikenal dengan tanggung jawab resiko atau tanggung jawab mutlak (*strict liability*). Esensi pertanggungjawaban atas dasar resiko mengandung arti bahwa konsumen penggugat tidak diwajibkan lagi, melainkan produsen tergugat langsung bertanggung jawab sebagai resiko usahanya. Menurut KUHPerdata, tanggung jawab perdata yang terjadi di bidang pelayanan kesehatan umumnya disebabkan oleh faktor (Ta'adi, 2012:21): melanggar aturan hukum (*onrechtmatige daad*); tidak terpenuhi prestasi (*wanprestasi*); kealpaan (*negligence*), ataupun kecerobohan (*recklessness*) yang berdampak pada cacat atau kematian. Tanggung jawab dalam aspek hukum perdata bidang kesehatan terdiri atas dua, yakni tanggung jawab karena wanprestasi dan tanggung jawab karena perbuatan melawan hukum yang selanjutnya disebut PMH.

I. Tanggung Jawab Akibat Wanprestasi (Pasal 1239 KUHPerdata)

Syarat pertanggungjawaban berdasarkan wanprestasi adalah harus ada kontrak atau perikatan dan memenuhi unsur-unsur dalam wanprestasi, yaitu: tidak melakukan (*negative act*) apa yang menurut kesepakatannya dilakukan; melakukan (*positive act*) apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi terlambat; melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi tidak sempurna; melakukan apa yang menurut kesepakatannya tidak harus dilakukan. Tanggung jawab akibat wanprestasi di bidang kesehatan sangat jarang kasusnya, dikarenakan pasien kesulitan membuktikan apakah tindakan tenaga kesehatan sesuai standar profesi atau tidak.

J. Tanggung Jawab Akibat PMH (Pasal 1365 KUHPerdata)

Syarat pertanggungjawaban berdasarkan PMH tidak harus ada kontrak atau perikatan. Unsur- unsur PMH adalah: adanya perbuatan (*daad*) yang termasuk kualifikasi PMH; adanya kesalahan (*dolus ataupun culpa*); adanya akibat kerugian (*schade*); adanya hubungan perbuatan dengan akibat kerugian (*oorzakelij verband atau causal verband*). Abdulkadir Muhammad berpendapat bahwa teori tanggung jawab dalam perbuatan melanggar hukum (*tort liability*) dibagi menjadi 3 (tiga) teori, yaitu: tanggung jawab akibat perbuatan melanggar hukum yang dilakukan dengan sengaja (*intentional tort*

liability), tergugat sudah harus melakukan perbuatan sedemikian rupa sehingga merugikan penggugat atau mengetahui bahwa apa yang dilakukan tergugat akan mengakibatkan kerugian; tanggung jawab akibat perbuatan melanggar hukum yang dilakukan dengan tidak sengaja (*negligence tort liability*), didasarkan pada konsep kesalahan (*concept of fault*) yang berkaitan dengan moral dan hukum yang sudah bercampur baur (*intermingk lend*); tanggung jawab mutlak akibat perbuatan melanggar hukum tanpa mempersoalkan kesalahan (*strick liability*) didasarkan pada perbuatannya baik secara sengaja maupun tidak sengaja, artinya meskipun bukan kesalahannya tetap bertanggung jawab atas kerugian yang timbul akibat perbuatannya (Abdulkadir Muhammad, 2010:503).

K. Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Aspek Hukum Pidana Terhadap Praktik Tanpa Surat Izin yang Dilakukan Penata Anestesi di Rumah Sakit

Untuk menjadi tanggung jawab hukum, harus diawali dengan hubungan hukum (*rechtsbetrekkingen*). Secara sederhana dapat dimaknai bahwa hubungan hukum adalah hubungan yang diatur oleh hukum, dengan masing-masing pihak mengemban hak dan kewajiban, yang familiar dalam dunia hukum disebut subyek hukum. Subyek hukum adalah segala sesuatu yang dapat mempunyai hak dan kewajiban menurut hukum. Subyek hukum dalam KUHPerdata ada dua yaitu orang perorangan dan badan hukum (Basuni, 2014:113). Hubungan hukum yang tercipta antara rumah sakit dan tenaga kesehatan dimulai sejak tenaga kesehatan mendapat surat keputusan sebagai tenaga kerja di rumah sakit. Hubungan hukum antara tenaga kesehatan dengan rumah sakit swasta diatur dalam perjanjian kerja dalam Pasal 1601 KUHPerdata, sedangkan untuk rumah sakit pemerintah tunduk pada ketentuan hukum kepegawaian.

Untuk memberikan kepastian hukum tentang bertanggung jawab atau tidaknya rumah sakit terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit, kiranya patut ditinjau secara mendalam dan terinci tentang *hospital bylaw*. *Hospital by laws* adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan *internal korporasi* dan peraturan *internal staf medis* (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/ MENKES/ PER/ IV/ 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit). Dalam perkembangannya beberapa direktur rumah sakit mengadopsi konten *hospital bylaws* untuk diterapkan kepada profesi lain termasuk kepada penata anestesi. Secara umum konten *hospital bylaw* menurut *hirarkinya* terdiri atas anggaran dasar, anggaran rumah tangga, peraturan rumah sakit, surat keputusan, pengumuman-pengumuman (J. Guwandi, 2013:21).

Peraturan internal rumah sakit (*hospital by law*) biasanya dibedakan menjadi 2 (dua) bagian besar, yakni bagian umum dan bagian medik. Bagian umum diantaranya memuat perjanjian kerja bersama yang disepakati antara rumah sakit dan tenaga kerja. Dalam perjanjian kerja bersama antara rumah sakit dan tenaga kerja *in casu* penata anestesi harus jelas penata anestesi tersebut sebagai tenaga kerja tetap atau tenaga kerja tidak tetap. Tenaga kerja tetap dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan disebut sebagai pekerja dengan perjanjian kerja waktu tidak tertentu, dan tenaga kerja tidak tetap disebut sebagai pekerja dengan perjanjian kerja waktu tertentu. Status tenaga kerja yang dimuat dalam klausul perjanjian kerja bersama merupakan hal yang esensial, karena terkait dengan beban tanggung jawab.

Rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum pidana terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi dirumah sakit. Hal ini karena hukum pidana menganut doktrin *personal liability*, pertanggungjawaban individu. Sehingga pidana denda sebagaimana ditentukan dalam Pasal 86 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menjadi tanggung jawab penata anestesi. Namun rumah sakit dapat turut bertanggung jawab secara hukum pidana terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi dirumah sakit. Maksud turut bertanggung jawab secara hukum pidana dalam hal ini adalah turut serta dalam tindak pidana (Pasal 55 KUHP *deelneming*), jika terbukti bahwa penata anestesi merupakan tenaga kerja rumah sakit yang menjadi sub ordinat dari rumah sakit.

L. Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Aspek Hukum Administrasi Terhadap Praktik Tanpa Surat Izin yang Dilakukan Penata Anestesi di Rumah Sakit

Rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum administrasi terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit. Jumlah penata anestesi tidaklah banyak, sehingga penata anestesi terkadang mengganti posisi penata anestesi di rumah sakit lain tanpa sepenuhnya rumah sakit, penggantian atas prakarsa dokter spesialis anestesiologi. Dalam kasus seperti ini rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum administrasi, karena tidak ada hubungan hukum antara penata anestesi pengganti dengan rumah sakit. Sebaliknya rumah sakit turut bertanggung jawab dalam hukum administrasi jika penata anestesi pengganti mempunyai hubungan hukum dan sebagai sub ordinat dari rumah sakit. Rumah sakit akan dikenakan sanksi sesuai ketentuan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 82 ayat (2) "Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan Pasal 26 ayat (2), Pasal 53 ayat (1), Pasal 70 ayat (4), dan Pasal 74 dikenai sanksi administratif." Ketentuan Pasal 74 bahwa "Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dilarang mengizinkan tenaga kesehatan yang tidak memiliki STR dan izin untuk menjalankan praktik di fasilitas pelayanan kesehatan". Sanksi administratif secara umum berupa teguran lisan tehadap rumah sakit, teguran tertulis terhadap rumah sakit, pencabutan izin operasional rumah sakit.

M. Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Aspek Hukum Perdata Terhadap Praktik Tanpa Surat Izin yang Dilakukan Penata Anestesi di Rumah Sakit

Secara umum pertanggungjawaban perdata adalah pertanggungjawaban ganti rugi. Hakekat atau makna dari Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah rumah sakit bertanggung jawab mutlak secara perdata terhadap kelalaian merugikan pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Akan tetapi dimungkinkan rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum perdata terhadap distorsi dalam pelayanan (malpraktik) merugikan yang dilakukan penata anestesi yang melakukan praktik tanpa surat izin di rumah sakit. Hal ini terjadi dalam keadaan rumah sakit mengingkari penata anestesi sebagai tenaga kerjanya, yang dibuktikan dengan menunjukkan bahwa kerjasama yang terjalin hanyalah kerjasama antara dokter spesialis anestesiologi dan rumah sakit. Rumah sakit mampu membuktikan bahwa penata anestesi bukan tenaga kerja rumah sakit, diantaranya tidak ada daftar nama, tidak ada daftar atau slip gaji, tidak ada presensi dan data semacamnya yang menunjukkan bahwa penata anestesi adalah tenaga kerja rumah sakit. Akan tetapi jika terbukti penata anestesi adalah tenaga kerja sub ordinat rumah

sakit, maka rumah sakit bertanggung jawab secara hukum perdata terhadap kerugian yang diakibatkan oleh kelalaian penata anestesi.

N. Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Aspek Hukum Pidana Terhadap Praktik Tanpa Surat Izin yang Dilakukan Penata Anestesi di Rumah Sakit

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) Pasal 10 membagi hukuman dalam dua jenis, yakni hukuman pokok dan hukuman tambahan. Hukuman pokok terdiri dari hukuman mati, hukuman penjara, hukuman kurungan, hukuman denda, hukuman tutupan. Hukuman tambahan berupa pencabutan beberapa hak yang tertentu, perampasan barang yang tertentu, pengumuman keputusan hakim. Bentuk tanggung jawab rumah sakit dalam aspek hukum pidana terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit yang terbukti menjadi sub ordinat rumah sakit adalah tanggung jawab dalam penyertaan tindak pidana (*deelneming*) yang dapat berupa pidana denda dan pidana tambahan.

O. Bentuk Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Aspek Hukum Administrasi Terhadap Praktik Tanpa Surat Izin yang Dilakukan Penata Anestesi di Rumah Sakit

Sanksi administrasi adalah sanksi yang dikenakan terhadap pelanggaran administrasi atau ketentuan undang-undang yang bersifat administratif. Secara umum sanksi administrasi berupa teguran lisan, teguran tulisan, pencabutan atau penghentian izin operasional yang dalam hal ini diberikan oleh Dinas Kesehatan. Bentuk tanggung jawab rumah sakit dalam aspek hukum administrasi terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi yang menjadi sub ordinatnya adalah mematuhi surat peringatan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan dengan menghentikan kegiatan yang terkait dengan *job description* penata anestesi atau mematuhi sanksi administratif lainnya.

P. Bentuk Tanggung Jawab Rumah Sakit dalam Aspek Hukum Perdata Terhadap Praktik Tanpa Surat Izin yang Dilakukan Penata Anestesi di Rumah Sakit

Bentuk tanggung jawab rumah sakit dalam aspek hukum perdata terhadap praktik penata anestesi tanpa surat izin di rumah sakit adalah membayar semua ganti rugi sebagaimana Pasal 46 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menentukan Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Tanggung jawab secara hukum perdata ini berlaku setelah terbukti penata anestesi yang melakukan distorsi dalam pelayanan (malpraktik) merugikan pasien adalah tenaga kerja yang menjadi sub ordinat rumah sakit, kecuali ditentukan lain dalam peraturan internal rumah sakit.

Kesimpulan

Rumah sakit dapat bertanggung jawab dan dapat tidak bertanggung jawab terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit, hal ini tergantung dari deliniasi atau rincian kasus perkasus. Pertanggungjawaban terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit dapat dilihat dalam tiga aspek hukum, yakni aspek hukum pidana, aspek hukum administrasi dan aspek hukum perdata. Rumah sakit tidak bertanggung jawab dalam aspek hukum pidana terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi dirumah sakit, karena hukum pidana menganut doktrin *personal liability*. Akan tetapi bila rumah sakit terbukti memperkerjakan penata anestesi tanpa surat izin, rumah sakit dapat diberat Pasal 55 KUHP yaitu penyertaan dalam tindak pidana (*deelneming*). Rumah sakit bertanggung jawab dalam aspek hukum administrasi dan aspek hukum perdata jika penata anestesi merupakan tenaga kerja yang menjadi sub ordinat rumah sakit.

Bentuk pertanggungjawaban dalam aspek hukum pidana terhadap praktik tanpa surat izin yang dilakukan penata anestesi di rumah sakit adalah adalah membayar pidana denda dan mematuhi pidana tambahan (bila diputuskan demikian) setelah terbukti memperkerjakan penata anestesi yang tidak mempunyai surat izin praktik. Bentuk pertanggungjawaban rumah sakit dalam aspek hukum administrasi adalah mematuhi sanksi administrasi yang diberikan Dinas Kesehatan, termasuk sanksi yang paling berat yakni penghentian operasional rumah sakit. Bentuk pertanggungjawaban rumah sakit dalam aspek hukum perdata adalah membayar ganti kerugian yang diputuskan pengadilan. Rumah sakit dapat menanggung renteng biaya ganti rugi akibat kelalaian atau hal lain dengan tenaga kesehatan *in casu* penata anestesi, dengan syarat biaya tanggung renteng tersebut disepakati dan dituangkan dalam perjanjian kerja bersama yang terdapat dalam peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*).

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-Undangan

- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1660.
- Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3632.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 *tentang Ketenagakerjaan*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *tentang Rumah Sakit*, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 *tentang Kesehatan*, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 *tentang Tenaga Kesehatan*, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 *tentang Administrasi Pemerintahan*, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 *tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/ MENKES/ PER/ IV/ 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi.

Buku

- Abdulkadir Muhammad. (2010). *Hukum Perusahaan Indonesia*. Jakarta:Citra Aditya Bakti.
- Sjachran Basah. (1992). *Perlindungan Hukum Terhadap Sikap Tindak Administrasi Negara*. Bandung:Alumni.
- Hasrul Buamona. (2015). *Tanggung Jawab Pidana Dokter dalam Kesalahan Medis*. Yogyakarta:Cetakan Pertama.
- JJ. H Bruggink. (2015). *Refleksi Tentang Hukum: Pengertian- Pengertian Dasar dalam Teori Hukum*. Cetakan Keempat. Terjemahan B. Arief Sidharta. Bandung:Citra Aditya Bakti.
- J. Guwandi. (2007). *Dokter, Pasien, dan Hukum*. Cetakan Kedua. Jakarta:Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- _____. (2013). *Merangkai Hospital By Law, Rumah Sakit ANDA dengan HBL Versi Indonesia*. Cetakan Ketiga. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- A. Sofyan Hasdam. (2009). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Cetakan Pertama, Jakarta: Mulia Indah.
- Moh.Hatta. (2013) *Hukum Kesehatan dan Sengketa Medik*, Cetakan Pertama, Yogyakarta: Juli.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Edisi Terbaru, Tim Pustaka Gama, Mitra Presindo, tanpa tahun.
- Lufsiana. (2006). *Wewenang Daerah Mengelola Sumber Daya Perikanan*. Disertasi. Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.
- Peter Mahmud Marzuki. (2016). *Penelitian Hukum*. Cetakan Keduabelas. Jakarta: Prenada Media Group.,
- Muhammad Sadi Is. (2015) *Pengantar Ilmu Hukum*. Cetakan Pertama. Jakarta:Prenadamedia Group.
- Soekidjo Notoatmojo. (2010). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta:Rieke Cipta.
- Pitono, et al. (2006). *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Edisi Kedua. Surabaya:Airlangga University Press.
- Sri Praptianingsih. (2007). *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Kesehatan di Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Purwadarminta. (1996). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Soerjono Soekanto. (1982). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: Rajawali Press.
- Aris Prio Agus Santosodan Sukendar. (2018). *Tindak Pidana dalam Praktik Kebidanan*. (Antisipasi, Strategi, dan Solusi). Cetakan Pertama, Yogyakarta:Samudra Biru.
- Ta'adi. (2012). *Hukum Kesehatan: Sanksi & Motivasi bagi Perawat*. Edisi Kedua. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- _____. (2017). *Hukum Kesehatan Berbasis pada Keadilan: Studi Keadilan Berdasarkan pada Kesetaraan Profesi yang Berlandaskan Keadilan Sosial*. Cetakan Pertama. Yogyakarta:Genta Publishing.

Jurnal

- Basuni. (2014). Tanggung Jawab Rumah Sakit Jiwa Terhadap Pegawai yang Melakukan Kesalahan Tindakan dalam Perawatan Pasien Gangguan Jiwa (Studi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya). *Jurnal Prespektif Hukum*, Vol. 14. No.2. <http://dx.doi.org/10.30649/phj.v14i2.36>

Website

kbki.kamus.pelajar.id , diakses tanggal 13 Maret tahun 2018, pukul 10.07 WIB.

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret-September 2021

PELIMPAHAN WEWENANG DARI DOKTER KEPADA PERAWAT DALAM MELAKUKAN TINDAKAN INTUBASI

Anik Sulistiyowati*

Abstract

This study examines the legal relationship between nurses and doctors in the work unit in the ICU in carrying out the act of intubation and law enforcement against nurses who intubate. The method used in this research is normative juridical research, namely research using statutory regulations which includes three layers of legal scholarship consisting of a study of legal doctrine, legal theory and legal philosophy. The results of the discussion found that from a legal perspective, the delegation of authorized medical action in hospitals from doctors to nurses has been thoroughly regulated in accordance with the Law. To overcome disputes and the law, it is necessary to have laws and regulations which in detail talk about the legal answers to doctors and nurses in administering health services, both administrative, criminal and civil legal responsibility.

Keywords : Intubation, ICU Room, Delegation of Authority

Abstrak

Penelitian ini mengkaji hubungan hukum perawat dengan dokter dalam satuan kerja di ruang ICU dalam melakukan tindakan pemasangan intubasi serta penegakan hukum terhadap perawat yang melakukan tindakan intubasi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian yuridis normatif, yaitu penelitian dengan menggunakan peraturan perundang-undangan yang meliputi tiga lapisan keilmuan hukum terdiri atas telaah dokmatika hukum, teori hukum dan filsafat hukum. Adapun hasil pembahasan menemukan bahwa dari segi hukum pelimpahan wewenang tindakan medis di rumah sakit dari dokter kepada perawat telah diatur secara menyeluruh sesuai Undang-Undang. Sebagai upaya pencegahan terjadinya sengketa dan tuntutan hukum, perlu adanya peraturan atau undang undang yang secara terperinci mengatur pertanggung jawaban hukum dokter dan perawat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik pertanggung jawaban hukum secara administrasi, pidana maupun perdata.

Kata Kunci : Intubasi, Ruang ICU, Pelimpahan Wewenang.

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Anik Sulistiyowati, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: aniksulistiyowati98@gmail.com

Pendahuluan

Kemajuan teknologi saat ini menuntut para pemberi pelayanan kesehatan agar memberikan pelayanan yang bermutu. Oleh karena itu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, peningkatan mutu kualitas layanan merupakan salah satu aspek yang sangat penting. Rumah sakit sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan pelayanan yang profesional dan berkualitas. Sejalan dengan upaya tersebut agar para tenaga kesehatan di rumah sakit dapat memberikan pelayanan prima bagi para pasiennya, diperlukan adanya suatu pedoman pelayanan kesehatan yang dapat digunakan sebagai acuan dalam setiap tindakan yang dilakukan.

Pelayanan anastesiologi dan terapi intensif di rumah sakit merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan yang berkembang dengan cepat seiring dengan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang anastesi. Peningkatan kebutuhan di bidang anastesiologi dan terapi intensif ini tidak diimbangi dengan jumlah dan distribusi dokter spesialis anastesiologi secara merata. Keterbatasan tenaga medis (dokter) menimbulkan situasi yang mengharuskan perawat melakukan tindakan pengobatan atau melakukan tindakan medis yang bukan wewenangnya. Tindakan tersebut dilakukan dengan atau tanpa adanya pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain termasuk dokter, sehingga dapat menimbulkan permasalahan hukum terkait dengan tanggung jawab yang dibebankan sepahak dan bisa merugikan perawat. Hal ini berarti bahwa pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan mengenal adanya pelimpahan wewenang yang melibatkan komunitas perawat, yang terjadi baik pada pelayanan keperawatan maupun praktik pelayanan kesehatan, untuk melaksanakan tugas medis tertentu.

Pengaturan pelimpahan tindakan medis telah diatur dalam Pasal 65 ayat 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga Kesehatan (yang selanjutnya disebut Undang-Undang Tenaga Kesehatan). Dalam melakukan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis. Pelimpahan wewenang yang dilaksanakan perawat telah diatur dalam Pasal 29 ayat 1 huruf e Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (yang selanjutnya disebut Undang-Undang Keperawatan) bahwa dalam menyelenggarakan praktik keperawatan perawat bertugas, sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang.

Pada kenyataannya pelimpahan wewenang tindakan medis terutama pemasangan intubasi tidak sesuai dengan peraturan perundang - undangan misalnya dokter melimpahkan tidak secara tertulis, tidak melakukan pengawasan dan evaluasi hasil

tindakan, dilimpahkan kepada semua perawat dengan tidak memperhatikan jenjang perawat klinik.

Bertitik tolak dari uraian di atas, maka penulis akan meneliti lebih lanjut mengenai permasalahan di tesis dengan judul “Pelimpahan wewenang Dari Dokter Kepada Perawat Dalam Melakukan Tindakan Intubasi ”

Metode Penelitian

Penelitian yang digunakan oleh penulis adalah penelitian hukum yuridisnormatif. Penelitian hukum yuridis normatif yaitu penelitian hukum kepustakaan (Joko Subagyo, 2011:11). Penelitian hukum yuridis normatif ini adalah melakukan penelitian dengan tujuan menarik asas-asas hukum (rechthbeginselen) yang dilakukan terhadap hukum positif tertulis maupun hukum tertulis tidak tertulis (Soerjono Soekanto, 1984:252). Dengan cara mengadakan identifikasi terlebih dahulu terhadap kaidah-kaidah hukum yang telah dirumuskan perundangundangan tertentu. Kemudian tidak menutup kemungkinan untuk dilakukan penelitian langsung kelapangan untuk memperkuat data penelitian. Studi kelapangan melalui diskusi dengan para ahli dan praktisi dilapangan.

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah bahan hukum primer yaitu data yang didapatkan dari bahan-bahan ilmu hukum yang berkaitan erat dengan permasalahan yang diteliti dan melalui wawancara dan diskusi dengan praktisi dilapangan, bahan hukum sekunder adalah bahan-bahan hukum yang memberikan penjelasan atau membahas lebih hal-hal yang telah diteliti pada bahan hukum primer, serta bahan hukum tersier adalah bahan-bahan yang memberikan penjelasan terhadap bahan-bahan hukum primer dan sekunder, yakni kamus besar bahasa indonesia, kamus hukum dan ensiklopedi.

Analisis dan Diskusi

Pada bagian ini dibahas 2 hal yaitu hubungan hukum perawat dengan dokter dalam satuan kerja di icu dalam melakukan tindakan pemasangan intubasi dan penegakan hukum terhadap perawat yang melakukan tindakan intubasi.

A. Hubungan Hukum Perawat Dengan Dokter Dalam Satuan Kerja Di Ruang ICU

Salah satu pelayanan yang sentral di rumah sakit adalah ICU (Intensive Care Unit). Perawat di ruang ICU merupakan perawat yang sudah mendapatkan pendidikan khusus sebagai perawat yang bekerja di ruang ICU. Para perawat tersebut harus bisa melakukan interpretasi keadaan pasien, mendeteksi berbagai perubahan fisiologis yang dapat mengancam jiwa, serta dapat bertindak mandiri untuk menangani kegawatan yang mengancam jiwa sebelum dokter datang . Tugas dan tanggung jawab perawat di ruang ICU cukup berat, baik kepada pasien, keluarga dan dokter seperti melakukan observasi, perawatan dan terapi-terapi untuk pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyakit-penyakit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.

Hubungan dokter dan perawat dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien merupakan hubungan kemitraan yang lebih mengikat. Dalam hubungan tersebut harus terjadi harmonisasi tugas, peran, tanggung jawab dan sistem yang terbuka. Hubungan dokter dan perawat juga memiliki hubungan hukum, karena pelimpahan wewenang baik delegasi maupun mandat yang diberikan dokter kepada perawat. Secara yuridis tanggung jawab berada pada dokter karena yang dilakukan perawat adalah instruksi dari dokter.

Secara harfiah, dalam pelimpahan wewenang tindakan medik dari dokter kepada perawat hanya dapat dilakukan secara tertulis sesuai Pasal 32 Poin 1 Undang Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Di samping itu jenis tindakan yang dilimpahkan harus jelas, sehingga yang dilimpahkan bersifat per kasus tidak bersifat secara general. Pelimpahan secara delegatif hanya dapat dilimpahkan kepada perawat yang memiliki kompetensi sesuai yang diperlukan dan pelimpahan secara mandat diberikan kepada perawat di bawah pengawasannya.

Di sisi lain, dokter dalam melimpahkan wewenang tindakan medik harus disesuaikan dengan kondisi perawat tersebut, tentunya harus lebih diutamakan dilimpahkan kepada perawat senior yang sudah banyak memiliki pengalaman. Sehingga ketika terjadi pelimpahan wewenang tindakan medik dari dokter dapat berjalan dengan baik dan dapat diminimalisir hal-hal yang tidak diinginkan. Untuk tindakan-tindakan harus dibedakan mana yang dilimpahkan secara delegatif dan secara mandat.

Jadi, apabila pelimpahan wewenang tindakan medik dari dokter kepada perawat dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka dokter dan perawat akan sama-sama terlindungi oleh hukum dan tentunya masyarakat mendapatkan pelayanan dengan maksimal.

Sebagai profesi, baik perawat maupun dokter memiliki lingkup dan wewenang praktek berdasarkan standar professional masing - masing. Dalam melaksanakan tindakan sesuai lingkup dan wewenang praktek, baik perawat maupun dokter di tuntut untuk bertanggung jawab khususnya selama melaksanakan tugas yang melekat dalam diri masing - masing. Sebagai tim kolaborasi, sangat penting bagi perawat dan dokter untuk dapat bertukar informasi dengan jelas dan komprehensif melalui pelaksanaan komunikasi. Pelaksanaan bertukar informasi ini di wujudkan dengan saling share, konsultasi, konfirmasi, memberi masukan, bertanya jawab serta menyampaikan informasi baik secara langsung maupun melalui telepon. Hal tersebut sesuai dengan tujuan komunikasi antara perawat dan dokter yang tidak selalu untuk tujuan pengambilan keputusan bersama, melainkan sangat mungkin bertujuan untuk konfirmasi, penegasan atau member dukungan.

Pelaksanaan komunikasi secara efektif dan efisien sangat penting karena menjamin terlaksananya pemberian perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi .Pelaksanaan otonomi tindakan perawat maupun dokter telah dilakukan secara mandiri dan sesuai dengan batas kompetensi masing - masing profesi dengan inti

pelaksanaan otonomi sebagai pelengkap kolaborasi dimana pelaksanaan membuat keputusan dan melaksanakan rencana perawatan secara independen sesuai kompetensi menjamin tim menjadi lebih efisien dan bekerja menjadi lebih terkendali.

B. Pertanggung Jawaban Hukum Perawat dalam Melakukan Tindakan Medis Pemasangan Intubasi

Tanggung jawab (*Responsibility*) merupakan penerapan ketentuan hukum (eksekusi) terhadap tugas-tugas yang berhubungan dengan peran tertentu dari perawat, agar tetap kompeten dalam pengetahuan, sikap dan bekerja sesuai kode etik. Dalam melaksanakan pelayanan terhadap pasien, maka perawat harus sesuai dengan peran kompetensinya. Di luar peran dan kompetensinya bukan menjadi tanggung jawab perawat. Ketentuan hukum di perlukan dalam melakukan tanggung jawab. Hal ini dimaksudkan, pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar keperawatan. Tanggung jawab ditunjukkan dengan cara siap menerima hukuman (*punishment*) secara hukum kalau perawat terbukti bersalah atau melanggar hukum.

Tanggung jawab merupakan keharusan seseorang sebagai makluk rasional dan bebas untuk tidak mengelak serta memberikan penjelasan mengenai perbuatannya, secara *retrospektif* atau *prospektif*. Tanggung jawab sebagai kesiapan memberikan jawaban atas tindakan-tindakan yang sudah dilakukan perawat pada masa lalu atau tindakan yang akan berakibat dimasa yang akan datang. Pertanggung jawaban hukum perawat penyelenggarakan pelayanan kesehatan dapat dilihat berdasarkan tiga bentuk pembidangan hukum yakni pertanggung jawaban secara hukum keperdataan, hukum pidana dan hukum administrasi (Cecep Triwibowo, 2014:66).

1. Pertanggung Jawaban Hukum Administrasi.

Secara prinsip, pertanggung jawaban hukum administrasi lahir karena adanya pelanggaran terhadap ketentuan hukum administrasi terhadap penyelenggaraan praktek perawat terhadap ketentuan yang berlaku. Permenkes nomor 26 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Keperawatan, telah memberikan ketentuan administrasi yang wajib di taati yakni: Perawat wajib memiliki STRP dan SIPP dalam melakukan praktek Keperawatan. Ketiadaan STRP dan SIPP dalam penyelenggaraan pelayanan Kesehatan merupakan sebuah *administrative malpractice* yang dapat dikenakan sanksi hukum. Bentuk sanksi administrasi yang diancamkan pada pelanggaran hukum administrasi ini adalah: teguran lisan, teguran tertulis dan tidak boleh memberikan asuhan Keperawatan.

2. Pertanggung Jawaban Hukum Perdata.

Menurut Ridwan Syahrani yang dimaksud dengan hukum perdata adalah hukum yang mengatur hubungan hukum antara orang yang satu dengan yang lain di dalam masyarakat yang menitik beratkan kepada kepentingan perseorangan (pribadi) (Ridwan Syahrani, 2000:2). Dalam hubungan ini para

ahli sosiologi yang menaruh minat dan perhatian dibidang hukum mengatakan bahwa hukum itu tidak hanya di lihat sebagai seperangkat peraturan yang bersifat statis, tetapi hukum yang menentukan hubungan-hubungan yang dilakukan oleh para anggota masyarakat dapat dilihat juga sebagai proses sosial, karena sebelum hubungan-hubungan itu mempunyai membentuk yang sesuai dengan nilai sosial dimasyarakat (Soedjono Soekanto, 2000, h.191).

Hukum perdata yang tertulis ialah hukum perdata yang termuat dalam BW. Sedangkan hukum perdata yang tidak tertulis ialah Hukum Adat. Gugatan keperdataaan terhadap perawat bersumber pada dua bentuk yakni perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatigedaad*) sesuai dengan ketentuan pasal 1365 BW, perbuatan wanprestasi (*contractual Liability*) sesuai dengan ketentuan pasal 1239 BW. Pertanggung jawaban perawat bila dilihat dari ketentuan dalam BW maka dapat dikategorikan kedalam 5 (lima) prinsip sebagai berikut:

- a. Pertanggung jawaban langsung dan mandiri (*personal liability*) berdasarkan pasal 1365 BW dan pasal 1366 BW :

“ Setiap tindakan yang menimbulkan kerugian atas diri orang lain berarti orang yang melakukannya harus membayar kompensasi sebagai pertanggungjawaban kerugian dan seseorang harus bertanggung jawab tidak hanya kerugian yang dilakukannya dengan sengaja , tetapi juga karena kelalain atau kurang berhati-hati.”

Berdasarkan ketentuan pasal tersebut maka seorang perawat yang melakukan kesalahan dalam melakukan fungsi independen yang mengakibatkan fungsi independennya yang mengakibatkan kerugian pada pasien maka ia wajib memikul tanggungjawabnya secara mandiri. Dilihat dari ketentuan pasal 1365 BW diatas maka pertanggungjawabannya perawat tersebut lahir apabila memenuhi empat unsur yakni:

- 1). Perbuatan itu melanggar hukum.
- 2). Ada kesalahan.
- 3). Pasien harus mengalami kerugian.
- 4). Ada hubungan kausal antara kesalahan dengan kerugian.

Mengenai apa yang dimaksud dengan perbuatan melanggar hukum, undang-undang tidak memberikan perumusan. Namun sesuai dengan yurisprudensi *Arres Hoge Raad* 31 Januari 1919 ditetapkan adanya empat kriteria perbuatan melanggar hukum yaitu: perbuatan itu bertentangan dengan kewajiban hukum si pelaku, perbuatan itu melanggar hak orang lain, perbuatan itu melanggar kaedah tata susila, perbuatan itu bertentangan dengan asas kepatuhan, ketelitian serta sikap hati-hati yang seharusnya dimiliki seseorang dalam pergaulan dengan sesama masyarakat atau terhadap harta benda orang lain.

Dengan demikian dilihat dari konsep hukum keperawatan maka pelanggaran terhadap penghormatan terhadap hak-hak pasien yang menjadi salah satu kewajiban hukum perawat dapat dimasukkan kedalam perbuatan melanggar hukum. Pelanggaran tersebut misalnya tidak merahasiakan dokumen rekam medik pasien. Dan apabila pasien atau keluarganya menganggap telah dirugikan oleh perbuatan perawat, maka pasien dan keluarga dapat mengajukan gugatan tuntutan ganti rugi sesuai dengan ketentuan pasal 58 Undang Undang Kesehatan.

- b. Pertanggungjawaban dengan asas *respondeat superior* atau *vicarious liability* atau *let's the master answer* maupun kasus di ruang bedah dengan *asa the captain of shif* melalui pasal 1367 BW yang menyebutkan bahwa:

"Seseorang tidak saja bertanggungjawab untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya."

- c. Pertanggungjawaban dengan asas *Zaakwarneming* berdasarkan pasal 1354 BW :

"jika seorang dengan sukarela, dengan tidak mendapatkan perintah untuk itu, mewakili urusan orang lain dengan atau tanpa pengetahuan orang ini, maka ia secara diam-diam mengikat dirinya untuk meneruskan serta menyelesaikan urusan tersebut, hingga orang yang diwakili kepentingannya dapat mengerjakan sendiri urusan itu. ia memikul segala kewajiban yang harus dipikulnya, seandainya ia kuasakan dengan suatu pemberian kuasa yang dinyatakan dengan tegas."

Dalam hal ini konsep pertanggungjawaban terjadi ketika seorang perawat dalam kondisi tertentu harus melakukan pertolongan darurat dimana tidak ada orang lain yang berkompeten untuk itu. Perlindungan hukum dalam tindakan *Zaakwarneming* perawat tersebut tertuang pada pasal 33 Permenkes nomor 26 tahun 2019. Perawat justru akan dimintai pertanggungjawaban hukum apabila tidak mengerjakan apa yang seharusnya dikerjakan.

- d. Pertanggung jawaban dengan asas Kuasa (*Volmacht*).

Kuasa (*volmacht*) adalah wewenang seseorang yang diberikan kepada orang lain (si wakil) untuk atas namanya melakukan perbuatan hukum (Hartono Soerjopraktikno, 1982:56). Pemberian kuasa menurut pasal 1792 BW, disebutkan bahwa pemberian kuasa adalah perjanjian dimana seorang memberi kekuasaan (Kewenangan) kepada orang lain yang menerimanya untuk dan atas nama pemberi kuasa melakukan perbuatan hukum (undang-undang mengatakan " melaksanakan suatu urusan") (Soerjodiningrat, 1991:99).

Peranan pemegang kuasa yang dimaksud adalah menjalankan tugasnya dengan kewajiban mengurus kepentingan sebagaimana yang dilimpahkan, sedangkan kekuasaan merupakan pelimpahan wewenang yang didalamnya menyangkut tanggung jawab terhadap pemberian kuasa itu.

Dengan demikian tanggung jawab pemegang kuasa menjadi suatu masalah yang harus benar-benar diperhatikan didalam pemberian kuasa, karena masalah tanggung jawab ini sebagaimana konsekuensi dari penerimaan kekuasaan untuk menyelenggarakan suatu urusan pihak pemberi kuasa, tetapi agaknya tanggung jawab sering diabaikan dalam penyelenggaraan suatu urusan bahkan jarang dibicarakan oleh pemberi kuasa dan pemegang kuasa dalam menentukan sejauh mana batas-batas pertanggungjawaban, bila mana terjadi suatu peristiwa yang menyebabkan pihak pemegang kuasa tidak dapat melakukan kewajibannya sebagai wakil dari memberi kuasa itu. Dalam pasal 1797 BW dirumuskan bahwa si kuasa tidak diperbolehkan melakukan sesuatu apapun yang melampaui kekuasaanya yaitu yang diberikan untuk menyelesaikan suatu urusan dengan jalan perdamaian, sekali-kali tidak mengandung kekuasaan untuk menyerahkan perkaryanya kepada putusan wasid (Subekti, 1995:144).

Kewajiban untuk mempertanggungjawabkan perbuatan-perbuatan yang dilakukan dengan sengaja jelas tidak dapat di pungkiri, dan perbuatan lain yang berupa kelalaian dalam menjalankan kuasanya, sehingga dengan demikian tercermin bahwa kewajiban seorang pemegang kuasa dengan pertanggung jawabannya menjadi amat penting dalam lalu-lintas hubungan hukum. Pada prinsipnya pihak pemegang kuasa bertanggung jawab terhadap pelimpahan wewenang dalam rangka pelaksanaan pemberian kuasa itu, dan pertanggung jawaban itu adalah dalam batas-batas yang menjadi kekuasaannya selam kuasa itu belum berakhir dan apabila pihak pemegang kuasa dalam melakukan perbuatan- perbuatan hukum, dan tidak bertindak melampaui batas-batas kewenangan yang diberikan, secara yuridis tetap memberikan pertanggung jawaban.

Atas dasar surat kuasa itu, pihak pemegang kuasa memperoleh kewenangan untuk melakukan perbuatan hukum guna mengurus kepentiga pihak pemberi kuasa, dalam hal ini perawat melakukan tindakan medik jahit luka. Konsekwensi pemberian wewenang itu haruslah dilakukan dengan penuh tanggung jawab, yaitu pemegang kuasa tidak diperkenankan untuk melakukan tindakan- tindakan yang melampaui wewenang yang telah diberikan dan ditegaskan dalam surat kuasa tersebut. Akibat hukum atas perbuatan pemegang kuasa yang melawan hukum, sehingga menyebabkan kerugian pada pihak pemberi kuasa tuntutan ganti rugi pada pemegang kuasa atas perbuatannya itu melalui proses pengadilan.

e. Pertanggung jawaban dengan *Wanprestasi*.

Seorang perawat akan dimintai pertanggung jawaban apabila terpenuhi unsur wanprestasi yaitu:

- 1). Tidak mengerjakan kewajibannya sama sekali, dalam konteks ini apabila seorang perawat tidak mengerjakan semua tugas dan kewenangan sesuai dengan fungsi, peran maupun tindakan keperawatan.
- 2). Mengerjakan kewajiban tetapi terlambat: dalam hal ini apabila kewajiban sesuai dengan fungsi tersebut dilakukan tapi terlambat yang mengakibatkan kerugian pada

pasien. Contohnya kasus seorang perawat yang tidak membuang kantong urine pasien dengan kateter secara rutin setiap hari melaikan dua hari sekali dengan ditunggu sampai penuh. Tindakan tersebut mengakibatkan pasien mengalami infeksi saluran kencing dari kuman yang berasal dari urine yang tidak dibuang.

3). Mengerjakan kewajiban tetapi tidak sesuai dengan seharusnya atau mengerjakan suatu tugas yang secara asal-asalan. Sebagai contoh seorang perawat yang mengecilkan aliran air infus pasien di malam hari hanya mau terganggu istirahatnya.

4). Mengerjakan yang seharusnya tidak boleh dilakukan : dalam hal ini apabila seorang perawat melakukan tindakan medik yang tidak mendapatkan delegasi dari dokter, seperti menyuntik pasien tanpa perintah, melakukan pemasang infus padahal dirinya belum terlatih. Apabila seorang perawat terbukti memenuhi unsur wanprestasi, maka pertanggung jawaban itu akan di pikul langsung oleh perawat yang bersangkutan sesuai personal *liability*.

3. Pertanggung Jawaban Hukum Pidana.

Menurut Mulyatno, hukum pidana adalah bagian dari keseluruhan hukum yang berlaku di suatu negara, yang mengadakan dasar-dasar dan aturan-aturan untuk:

- a. Menentukan perbuatan-perbuatan mana yang tidak boleh dilakukan, yang dilarang, dengan disertai ancaman atau sanksi yang berupa pidana tertentu, bagi barang siapa yang melanggar larangan tersebut.
- b. Menentukan kapan dan dalam hal-hal apa kepada mereka yang telah melanggar larangan-larangan itu dapat dikenakan atau dijatuhi pidana sebagaimana yang telah diancamkan.
- c. Menentukan dengan cara bagaimana pengenaan pidana itu dapat dilaksanakan apabila ada orang yang disangka telah melanggar larangan tersebut (Moeljatmo, 2008:22). Sementara dari aspek pertanggung jawaban secara hukum pidana seorang perawat baru dapat dimintai pertanggung jawaban apabila terdapat unsur-unsur sebagai berikut(Sri Praptianingsih, 2006:31):
 - 1) Suatu perbuatan yang melawan hukum: dalam hal ini apabila perawat melakukan pelayanan kesehatan diluar wewenang yang telah diatur dalam pasal 16 PERMENKES Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 Tentang Keperawatan.
 - 2) Mampu bertanggung jawab dalam hal ini seorang perawat yang memahami konsekuensi dan resiko dari setiap tindakan dan secara kemampuan telah mendapat pelatihan dan pendidikan untuk itu. artinya seorang perawat menyadari bahwa tindakannya dapat merugikan pasien.

- 3) Adanya kesalahan (*schuld*), berupa kesengajaan (*dulus*) atau karena kealpaan (*culpa*) kesalahan disini tergantung pada niat (sengaja) atau karena lalai. Apabila tindakan tersebut dilakukan karena niat dan ada unsur kesengajaan, maka perawat yang bersangkutan dapat dijerat sebagai pelaku tindak pidana. Sebagai contoh seorang perawat yang dengan sadar dan sengaja memberi suntikan mematikan kepada pasien yang sudah terminal (disebut dengan tindakan *euthanasia aktif*).
- 4) Tidak ada alasan pemberar atau alasan pemaaf : dalam hal ini tidak ada alasan pemaaf seperti tidak adanya aturan yang mengijinkan melakukan suatu tindakan, atau tidak ada alasan pemberar. Sebagai contoh perawat yang menjalankan peran terapeutik atau yang melaksanakan *delegated medical activities* dengan beranggapan perintah itu adalah sebuah tindakan yang benar. Tindakan tersebut tidak menjadi benar namun alasan perawat melakukan hal tersebut dapat dimaafkan. Bentuk pertanggung jawaban dalam hukum pidana secara prinsip adalah personal *liability* dan bila dilakukan dalam lingkup *technical activities* maupun dalam menjalankan peran koordinatif dimana perawat memahami bahwa tindakan tersebut bertentangan dengan hukum, maka pihak yang memberi perintah dapat dimintai pertanggung jawaban pidana (Sri Praptianingsih,2006:44).

Berdasarkan uraian diatas perawat dalam melaksanakan tugas pelimpahan wewenang tindakan intubasi, pertanggung jawaban hukum administrasi perawat harus mempunyai STR, SIPP,dan sertifikat pelatihan ICU, BCLS. Pertanggung jawaban hukum perdata ada 5 (lima) prinsip: a. Pertanggungjawaban langsung dan mandiri, b.pertanggungjawaban dengan asas *respondeat superior atau vicariousliability*, c. Pertanggungjawaban dengan asas *Zaakwarneming*, d. Pertanggjawaban dengan asas kuasa, e. Pertanggungjawaban dengan wanprestasi. Pertanggungjawaban hukum pidana, dari aspek hukum pidana seorang perawat baru dapat dimintai pertanggungjawaban apabila terdapat unsur-unsur sebagai berikut: 1. Suatu perbuatan yang melanggar hukum, 2. Mampu bertanggung jawab, 3. Adanya kesalahan, 4. Tidak ada alasan pemberar atau alasan pemaaf.

Kesimpulan

Berdasarkan pada uraian-uraian sebelumnya dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Dari segi hukum pelimpahan wewenang tindakan medis di Rumah Sakit dari dokter kepada perawat telah diatur secara menyeluruh sesuai Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang Praktek Kedokteran, Undang-Undang Keperawatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan

Praktek Kedokteran sedangkan pelimpahan wewenang pemasangan intubasi telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anastesi pasal 13 huruf f dan pasal 14 ayat (1) Pelimpahan wewenang berdasarkan penugasan pemerintah sebagaimana dimaksud dalam pasal 12 huruf b dilakukan dalam hal tidak terdapat dokter spesialis anestesiologi di suatu daerah dan ayat (2) pelayanan dalam rangka pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh penata anastesi yang telah mendapat pelatihan.

2. Pelimpahan wewenang secara mandat termasuk tindakan pemasangan intubasi yang dikerjakan oleh perawat yang bekerja di ICU Rumah Sakit secara yuridis dan moral merupakan tanggungjawab dokter, karena perawat melaksanakan tindakan tersebut berdasarkan instruksi dokter. Sesuai dengan konsep teori pelimpahan yang tertuang dalam Undang-Undang Keperawatan secara hukum administrasi perawat dalam menjalankan praktek keperawatan wajib memiliki STRP dan SIPP. Ketiadaan STRP dan SIPP merupakan sebuah *administrasi malpractive* yang dapat dikenakan sanksi hukum. Pertanggungjawaban secara perdata perawat dalam melaksanakan tindakan pemasangan intubasi di ICU Rumah Sakit bersumber pada perbuatan melanggar hukum dan wanprestasi, dapat langsung menjadi tanggung gugat bersama dokter. Pertanggungjawaban berdasarkan hukum pidana bersumber terhadap persyaratan untuk dapat dimintakan pertanggung jawaban hukum, yakni adanya perbuatan/ tidak berbuat yang berdasarkan aturan tertulis, adanya kemampuan bertanggung jawab, adanya suatu kesalahan baik sengaja maupun lalai dan tidak ada unsur pemaaf dan unsur pemberar terhadap kesalahannya. Tanggung jawab yang dibebankan kepada perawat dapat berasal dari kesalahan yang dilakukan oleh perawat baik berupa kriminal maupun kelalaian.

Saran

1. Sebagai upaya pencegahan terjadinya sengketa dan tuntutan hukum, maka tenaga kesehatan khususnya dokter dan perawat harus selalu sadar bahwa dalam melaksanakan tugas profesinya ia harus mematuhi etika profesi, standar profesinya masing-masing, dan aturan hukum yang berlaku serta selalu meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilannya dalam bidang kesehatan sesuai dengan profesinya, sehingga kualitas pelayanan kesehatan juga dapat ditingkatkan.

2. Perlu adanya peraturan atau undang undang yang secara terperinci mengatur pertanggung jawaban hukum dokter dan perawat dalam penyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik pertanggung jawaban hukum secara administrasi, pidana maupun perdata.

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran. (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 116.Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 4431).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144.Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5063).

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

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. (Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 298. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5607).

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. (Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 307.Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5612).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 159b/Men.Kes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49/2013 tentang Komite Keperawatan

Peraturan Menteri kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang – Undang nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelengaraan Praktek Penata Anastesi

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 519/MENKES/PER/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anastesiologi Dan Terapi Intensif Di Rumah Sakit

Kode Etik Keperawatan.

Kode Etik Kedokteran.

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHAP).

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Buku

Cecep Triwibowo, *Etika & Hukum Kesehatan*, Nuha Medika, 2014.

Hartono Soerjopraktiknjo, *Perwakilan Berdasar Kehendak*, Yogyakarta, Andi Offset, 1982.

Ridwan Syahrani. *Seluk Beluk dan Azas-azas Hukum Perdata*, Bandung, Cet 4, Pt Alumni, 2000.

Soedjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta, Raja Grafindo Persada, Cet XXX, 2000.

Soerjodiningrat, *Perikatan-Perikatan Brsumber Perjanjian*, Bandung, Transito, 1991.

Sri Praptianingsih, *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2006.

Subekti, *Aneka Perjanjian*, Bandung, Citra Aditya Bakti, Cet ke IX, 1995.

Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 1

Maret- September 2021

PERLINDUNGAN HUKUM PERAWAT ATAS PELIMPAHAN WEWENANG DARI DOKTER DALAM MELAKUKAN TINDAKAN MEDIS JAHIT LUCA DI IGD RUMAH SAKIT

Khusnul Huda dan Mokhamad Khoirul Huda*

Abstract

The insufficiency of medical personnel (doctors) incurs a situation where nurses are required to perform medical action (suturing) that is not within his domain. The action was done with or without the delegation of authority from the doctors. The characteristic issues on the delegation of authority of the medical action (suturing) to the nurses and the legal coverage for the nurses in hospital's emergency wards. The purpose of this research is to determine the characteristics of transfer of authority to perform the medical action of suturing to the nurses and to ascertain legal protection for the nurses performing the action in a hospital emergency wards. This research uses legal, conceptual and comparative approaches. This research found that there exist a regulation on the transfer of authority from doctors to nurses to perform medical action such as suturing, which are Act No. 38, 2014 on nursing and the ministry of Health's Ordinance No. 26, 2019 on the Regulation of the Implementation of Act No.38, 2014 on Nursing. In the practice, the implementation of these regulations suffers from the lack of socialization of the rules that governs the delegation of authority. The medical action (suturing) conducted by the nurse falls on the doctor, morally and legally, since it was done on the doctor's instruction.

Keywords : delegation of authority, doctor, nurse

Abstrak

Keterbatasan tenaga medis khususnya dokter menimbulkan situasi yang mengharuskan perawat melakukan tindakan pengobatan atau melakukan tindakan medis jahit luka yang bukan wewenangnya. Tindakan tersebut dilakukan dengan atau tanpa adanya pelimpahan wewenang dari tenaga medis dokter. Rumusan masalah karakteristik pelimpahan wewenang oleh dokter atas tindakan medis jahit luka kepada perawat dan perlindungan hukum terhadap perawat jika terjadi permasalahan hukum. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui karakteristik pelimpahan wewenang tindakan medis jahit luka kepada perawat dan untuk mengetahui perlindungan hukum perawat dalam melakukan tindakan jahit luka di IGD Rumah Sakit. Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan Undang-Undang, pendekatan Konseptual dan komparatif. Temuan penelitian ini sudah ada regulasi tentang pelimpahan wewenang dari dokter kepada perawat atas tindakan medis jahit luka yaitu pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan dan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2019 tentang Peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan. Pada pelaksanaannya banyak mengalami kendala terutama kurang sosialisasi peraturan

perundang-undangan yang mengatur pelimpahan wewenang tersebut. Tindakan jahit luka yang dikerjakan oleh perawat secara yuridis dan moral merupakan tanggungjawab dokter, karena perawat melaksanakan tindakan tersebut atas instruksi dokter.

Kata Kunci : Pelimpahan Wewenang, Dokter, Perawat

* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

Correspondence: Khusnul Huda , Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: khusnulhuda042@gmail.com

Pendahuluan

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan dalam upaya kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti tenaga kesehatan lainnya dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam Rumah Sakit.

Pasal 1 ayat (1) Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (yang selanjutnya disebut Undang-Undang Rumah Sakit), menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pada pasal 12 mengatur tentang sumber daya manusia yang ada di rumah sakit, yaitu harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan.

Tenaga medis (terutama dokter) sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan kesehatan. Di dalam rumah sakit para dokter tidak dapat bekerja tanpa ada bantuan dari perawat. Sebaliknya perawat tanpa adanya instruksi dari dokter tidak berwenang untuk bertindak secara mandiri.

Dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit menempatkan dokter dan perawat sebagai tenaga yang paling dekat hubungannya dengan pelayanan kepada pasien.

Hubungan yang terjalin dengan pasien dapat dikatakan sebagai perikatan upaya perawatan dan penyembuhan penyakit atau transaksi terapeutik, dimana hal tersebut di dalamnya melahirkan hak dan kewajiban antara berbagai pihak yaitu dokter, perawat, dan pasien itu sendiri (Veronica Komalawati, 2002).

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan di rumah sakit menjalankan tiga fungsi, yaitu : pertama fungsi independen atau fungsi mandiri berupa pemberian asuhan keperawatan kepada pasien; kedua fungsi interdependen yang bersifat kolaboratif dengan tenaga kesehatan lain berupa pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan bersama tenaga kesehatan lain; ketiga fungsi dependen yang berdasarkan advis atau instruksi dokter berupa tindakan perawat untuk membantu dokter dalam melaksanakan tindakan medis tertentu (Nisyah R dan Hartanti S, 2013).

Keterbatasan tenaga medis (dokter) menimbulkan situasi yang mengharuskan perawat melakukan tindakan pengobatan atau melakukan tindakan medis yang bukan wewenangnya. Tindakan tersebut dilakukan dengan atau tanpa adanya pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain termasuk dokter, sehingga dapat menimbulkan permasalahan hukum terkait dengan tanggung jawab yang dibebankan sepihak dan bisa merugikan perawat. Hal ini berarti bahwa pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan mengenal adanya pelimpahan wewenang yang melibatkan komunitas perawat, yang terjadi baik pada pelayanan keperawatan maupun praktik pelayanan kesehatan, untuk melaksanakan tugas medis tertentu. Pengaturan pelimpahan tindakan medis telah diatur dalam Pasal 65 ayat 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga Kesehatan (yang selanjutnya disebut Undang-Undang Tenaga Kesehatan). Dalam melakukan pelayanan kesehatan, Tenaga Kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis.

Pelimpahan wewenang yang dilaksanakan perawat telah diatur dalam Pasal 29 ayat 1 huruf e Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (yang selanjutnya disebut Undang-Undang Keperawatan) bahwa dalam menyelenggarakan praktik keperawatan perawat bertugas, sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang. Pada kenyataannya pelimpahan wewenang tindakan medis terutama jahit luka tidak sesuai dengan peraturan perundangan misalnya dokter melimpahkan tidak secara tertulis, tidak melakukan pengawasan dan evaluasi hasil tindakan, dilimpahkan kepada semua perawat tidak

memperhatikan jenjang perawat klinik. Perawat klinik berapa yang dapat menerima limpahan tindakan medis jahit luka.

Metode Penelitian

Tipe Penelitian yang dipakai adalah *yuridis normative*, yaitu penelitian hukum yang mengkaji hukum tertulis dari beberapa aspek, yaitu aspek teori, sejarah, filosofi, perbandingan struktur dan komposisi, lingkup dan materi, konsistensi, penjelasan umum, dan pasal demi pasal, formalitas dan kekuatan mengikuti suatu undang-undang, serta bahasa hukum yang digunakan, tetapi tidak mengkaji aspek terapan dan implementasiya (Peter Mahmud Marzuki, 2011).

Pendekatan *yuridis normative* adalah penelitian yang mencari pemecahan atas isu hukum yang timbul untuk memberikan preskripsi mengenai apa yang seyogyanya atau isu yang diajukan. Dalam penelitian ini mengkaji pada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan Perlindungan hukum perawat dalam melakukan tindakan medis jahit luka di IGD rumah sakit .

Pendekatan-pendekatan dalam penelitian hukum adalah pendekatan undang-undang (*Statuta approach*), pendekatan historis (*History approach*), pendekatan komparatif (*Comparative approach*), dan pendekatan konseptual (*Conceptual approach*) (Peter Mahmud Marzuki, 2011). Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan undang-undang (*statuta approach*) yang dilakukan untuk menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkut paut dengan isu hukum yang sering ditangani, pendekatan konseptual (*Conceptual approach*) yang beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang didalam ilmu hukum, peneliti akan menemukan ide-ide yang melahirkan pengertian konsep hukum dan asas-asas hukum yang relevan dengan isu yang dihadapi terkait dengan perlindungan hukum perawat dalam melaksanakan tindakan medis jahit luka di IGD rumah sakit, dan pendekatan komparatif (*Comparative approach*) pendekatan ini dilakukan untuk membandingkan peraturan hukum dengan negara Belanda dan Amerika tetapi mengenai hal yang sama, berbandingan dilakukan untuk memperoleh persamaan dan perbedaan diantara peraturan hukum tersebut.

Analisis dan Diskusi

Pada bagian ini di bahas dua hal yakni *pertama*, karakteristik pelimpahan wewenang oleh dokter atas tindakan medis jahit luka kepada perawat di IGD rumah sakit ; *kedua*, Perlindungan hukum terhadap perawat dalam melakukan tindakan medis jahit luka jika terjadi permasalahan hukum.

A. Karakteristik pelimpahan wewenang oleh dokter atas tindakan medis jahit luka kepada perawat di IGD rumah sakit.

Kewenangan Perawat dalam menjalankan tugas dan profesinya secara prinsip diatur dalam Undang – undang Keperawatan, pada Pasal 29 ayat (1) dijabarkan bahwa perawat mempunyai wewenang yang merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan dan fungsi khusus yang berbeda dengan tenaga kesehatan lain. Peraturan ini merupakan norma yuridis yang mengikat perawat dalam menjalankan profesinya, teruma yang dilakukan di rumah sakit. Dalam menjalankan profesinya perawat tidak akan terlepas dari batasan kewenangan yang dimilikinya. Menurut Undang-Undang Keperawatan Pasal 29 berbunyi:

1. Dalam menyelenggarakan praktik keperawatan perawat mempunyai tugas sebagai:
 - a. Pemberi Asuhan Keperawatan;
 - b. Penyuluhan dan konselor bagi klien
 - c. Pengelola Pelayanan Keperawatan.
2. Tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri – sendiri .
1. Pelaksana tugas perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan secara bertanggungjawab dan akuntabel

Jahit luka merupakan tindakan medis yang dilimpahkan kewenangannya secara mandat. Tetapi pada kenyataannya pelimpahan tindakan medis jahit luka tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit tidak bisa sepenuhnya dilaksanakan oleh dokter, sehingga banyak pelayanan/tindakan medis yang merupakan kewenangan dokter dikerjakan oleh perawat termasuk tindakan jahit luka. Secara yuridis perawat tidak mempunyai kewenangan untuk melaksanakan tindakan medis. Hukum kedokteran di Indonesia mulai berkembang sejak kasus dokter Setianingrum pada tahun 1981. Permasalahan di bidang wewenang perawat pun tidak banyak berbeda jika kita bandingkan dengan negara Belanda atau Amerika. Ada bidang-bidang tertentu yang tidak jelas batasnya antara tindakan yang harus dilakukan oleh profesi

kedokteran dan tindakan yang boleh dilakukan oleh profesi perawat. Sementara itu ilmu Keperawatan itu sendiri, juga terus berkembang mengikuti kemajuan ilmu kedokteran. Permasalahan yang sering terjadi adalah apakah dokter bertanggungjawab terhadap seluruh tindakan medis yang dilakukan oleh perawat?.

Pasal 73 ayat (3) Undang-Undang Praktek Kedokteran memberi peluang bagi perawat untuk melakukan tindakan medis jika memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan. pemerintah mengeluarkan peraturan pelimpahan kewenangan tindakan kedokteran melalui pasal 23 PerMenkes No.2052/Menkes/Per/X/2011. Tentang Izin Praktek dan pelaksanaan Kedokteran, berbunyi :

1. Dokter atau dokter gigi dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan tertentu lainnya secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi.
2. Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan dalam keadaan dimana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter atau dokter gigi difasilitas pelayanan tersebut.
3. Pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan
 - a. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan ketrampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan.
 - b. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan pemberi pelimpahan.
 - c. Pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.
 - d. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
 - e. Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.

Pelimpahan wewenang dari dokter kepada perawat yang bekerja di rumah sakit, tertuang dalam Undang-Undang Tenaga Kesehatan Pasal 65, berbunyi: 1. Dalam melakukan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis, 3. Pelimpahan tindakan dilakukan dengan

ketentuan : a. Tindakan yang dilakukan termasuk dalam kemampuan dan ketrampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan, b. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan, c. Pemberi pelimpahan tetap bertanggungjawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan, d. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan.

Selanjutnya Undang-Undang Keperawatan Pasal 29 ayat (1) huruf e menyatakan bahwa "Dalam menyelenggarakan praktek keperawatan, Perawat bertugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang". Pasal 32 memuat ; 1. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasinya, 2. Pelimpahan wewenang dapat dilakukan secara delegatif atau mandat, 3. Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis kepada perawat dengan disertai pelimpahan tanggungjawab, 4. Pelimpahan wewenang secara delegatif hanya dapat di berikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang di perlukan, 5. Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan, 6. Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat tidak bisa terlepas dari tindakan medis, rangkaian kegiatan tindakan medis termasuk tindakan medis jahit luka yang merupakan implementasi praktek kedokteran, tidak sepenuhnya bisa dilakukan oleh dokter IGD tetapi melibatkan tenaga kesehatan lain termasuk perawat, sehingga perlu adanya alur pelimpahan wewenang tindakan medis dari dokter kepada perawat.

Dari segi hukum pelimpahan wewenang tindakan medis jahit luka di IGD Rumah Sakit dari dokter kepada perawat telah diatur secara menyeluruh sesuai Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang Praktek Kedokteran, Undang-Undang Keperawatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran pada pasal 23 dimana dokter bisa memberikan pelimpahan wewenang

tindakan medis kepada perawat tentunya dengan melihat kemampuan dan kompetensi yang akan menerima pelimpahan wewenang. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang nomor 38 tahun 2014 Tentang keperawatan pada pasal 28 ayat (7) jenis tindakan medis dalam pelimpahan wewenang secara mandat meliputi tindakan; memberikan terapi parenteral, jahit luka dan tindakan medis lainnya sesuai dengan kompetensi perawat.

Dari hasil penelitian bahwa dalam proses pelimpahan wewenang tindakan medis jahit luka di IGD Rumah Sakit dari dokter kepada perawat mempunyai beberapa hambatan :

1. Kurangnya pengetahuan dokter dan perawat tentang Undang-Undang kedokteran dan Undang-Undang Keperawatan dan Peraturan Menteri Kesehatan tentang pelimpahan wewenang.
2. Perawat IGD Rumah Sakit belum mempunyai kompetensi untuk melakukan tindakan medis jahit luka.
3. Ketidak percayaan pada diri perawat apabila yang menerima pelimpahan wewenang secara mandat tidak memiliki kemampuan atau kapabilitas tugas yang dimandat padanya.

Dokter seharusnya lebih cermat dalam mendeklegasikan tugas dan wewenangnya (khususnya pelimpahan wewenang tindakan medis jahit luka) mengingat tindakan tersebut berhubungan dengan keselamatan pasien. Oleh karena itu sebelum melimpahkan tugas/wewenang hendaknya dipahami besar tingkat kemampuan dan ketrampilan perawat yang akan diberikan mandat. Dengan mengikuti cara pemilihan orang yang tepat dan bijak memilih perawat dengan keahlian yang paling cocok dengan kompetensinya.

Ada 4 (empat) hal yang harus diperhatikan dalam proses pendeklegasian wewenang sehingga dapat berjalan efektif, keempat hal tersebut diatas adalah (Yakob Tomatala, 2007): 1. Dalam pemberian sesuatu delegasi kekuasaan atau tugas haruslah dibarengi dengan pemberian tanggung jawab, 2. Kekuasaan yang didelegasikan harus pada orang yang tepat baik dari segi kualifikasi maupun segi fisik, 3. Mendeklegasikan kekuasaan pada seseorang juga harus dibarengi dengan pemberian motivasi, 4. Pimpinan yang mendeklegasikan kekuasaannya harus membimbing dan mengawasi orang yang menerima delegasi tersebut.

Solusi dari hambatan, adalah beberapa tindakan yang harus dilakukan agar pendeklegasian berjalan secara efektif : 1. Sosialisasi Undang-Undang Kedokteran dan Undang-Undang Keperawatan kepada dokter dan perawat, 2. Penentuan oleh dokter tindakan medis jahit luka mana yang dapat dilimpahkan kepada perawat, 3. Menambah kompetensi perawat tentang tindakan medis jahit luka kepada perawat melalui pelatihan, 4. Penentuan perawat yang layak memerlukan pelimpahan jahit luka di IGD rumah sakit.

Berdasarkan uraian diatas maka hambatan pelimpahan wewenang tindakan medis jahit luka di IGD rumah sakit yang paling mendasar adalah: kurang pengetahuan dokter dan perawat tentang peraturan perundang-undangan dan perawat IGD belum mempunyai kompetensi tindakan medis jahit luka maka solusi yang harus dilakukan adalah sosialisasi kepada dokter dan perawat tentang peraturan perundang-undangan dan penambahan kompetensi kepada perawat melalui pelatihan jahit luka yang diselenggarakan oleh institusi yang terakreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan .

B. PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN MEDIS JAHIT LUCA JIKA TERJADI PERMASALAHAN HUKUM

Pengertian Hukum menurut J.C.T Simorangkir sebagaimana yang dikutip C.S.T Kansil ;

“Hukum adalah peraturan-peraturan yang bersifat memaksa, yang menentukan tingkah laku manusia dalam lingkungan masyarakat yang dibuat oleh badan-badan resmi yang berwajib, pelanggaran mana terhadap peraturan – peraturan tadi berakibat diambilnya tindakan, yaitu dengan hukuman tertentu” (JCT Simorangkir; C.ST. Kansil, 1989). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia menjelaskan yang dimaksud dengan pengertian hukum adalah: “Peraturan atau adat yang secara resmi dianggap mengikat, yang dilakukan oleh penguasa atau pemerintah, undang-undang, peraturan dan sebagainya untuk mengatur penggaulan hidup masyarakat”(KBBI, 2019).

Menurut Kamus Hukum, hukum adalah: “ Peraturan – peraturan yang bersifat memaksa yang menentukan tingkah laku manusia dalam lingkungan masyarakat , yang dibuat oleh badan-badan resmi yang berwajib, pelanggaran terhadap peraturan-

peraturan tadi berakibat diambilnya tindakan" (R. Subekti dan Tjitrosoedibyo, 1999). Hukum juga dikatakan oleh Sudikno Mertokusumo bahwa:

"Hukum sebagai kumpulan peraturan atau kaidah yang bersifat umum dan normatif, hukum bersifat umum karena berlaku bagi setiap orang, dan bersifat normatif karena menentukan apa yang seyogyanya dilakukan, apa yang tidak boleh dilakukan atau harus dilakukan serta menentukan bagaimana caranya melaksanakan kepatuhan pada kaidah-kaidah" (Sudikno Mertokusumo, 2005).

Menurut Satjipto Raharjo, fungsi hukum adalah: " Melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingan tersebut. pengalokasian kekuasaan ini dilakukan secara terukur, dalam arti ditentukan keluasan dan kedalamannya" (Satjipto Raharjo, 2006). Perlindungan diartikan sebagai perbuatan memberi jaminan, atau keamanan, ketentraman, kesejahteraan dan kedamaian dari pelindung kepada yang dilindungi atas segala bahaya atau resiko yang mengancam.

Menurut Philipus Hardjon perlindungan hukum ada bentuk perlindungan hukum bagi rakyat ada dua yaitu:

1. Perlindungan hukum preventif artinya rakyat diberi kesempatan mengajukan pendapatnya sebelum keputusan pemerintah mendapat bentuk yang definitif yang bertujuan mencegah terjadinya sengketa.
2. Perlindungan hukum refrensif yang bertujuan menyelesaikan sengketa. Perlindungan hukum adalah suatu jaminan yang diberikan oleh negara kepada semua pihak untuk dapat melaksanakan hak dan kepentingan hukum yang dilikinya dalam kapasitasnya sebagai subyek hukum (Philipus M. Hadjon, 2000).

Menurut Soetoprawiro, perlindungan hukum adalah: Suatu upaya dari pihak berwenang untuk memberikan jaminan dan kemudahan sedemikian rupa sehingga setiap warga negara ataupun segenap warga negara dapat mengaktualisasi hak dan kewajiban mereka serta optimal dengan tenang dan tertib (Koerniatmanto Soetoprawiro, 2010).

Pada hakekatnya, hukum ada dan dibuat oleh manusia karena kebutuhan akan ketertiban serta keteraturan menuju keadilan, kedamaian sehingga hukum dapat disebut juga sarana untuk mengusahakan kesejahteraan. Sebab ketika kesejahteraan dalam masyarakat ingin dicapai harus ada ketertiban, keteraturan, kedamaian dan keadilan. Hal ini dapat terlaksana ketika hukum itu ada atau diciptakan untuk

mengatur individu, kelompok dan masyarakat itu sendiri, karena pada dasarnya manusia berkepentingan bahwa dirinya merasa aman. Aman bearti bahwa kepentingan-kepentingan tidak diganggu, dapat mewakili kepentingan-kepentingan, dilindungi terhadap konflik, gangguan-gangguan dan bahaya yang mengancam serta menyerang kepentingan dirinya dan kehidupan sesama (Sudikno Mertokusumo, 2005).

Selanjutnya terkait dengan hal tersebut, maka setiap gangguan kepentingan atau konflik haruslah dicegah atau tidak dibiarkan berlangsung terus, karena akan mengganggu keseimbangan tatanan masyarakat. Manusia akan selalu berusaha agar tatanan masyarakat dalam keadaan seimbang, karena keadaan tatanan masyarakat yang seimbang menciptakan suasana tertib, damai, dan aman yang merupakan jaminan kelangsungan hidupnya (Soedjono Dirjosiswono, 2010).

Hukum adalah suatu tatanan perbuatan manusia. Hukum bukanlah seperti yang terkadang dikatakan sebuah peraturan. Hukum adalah seperangkat peraturan yang mengandung semacam kesatuan yang kita pahami melalui sebuah sistem. Mustahil untuk menangkap hakekat hukum jika kita membatasi perhatian kita pada satu peraturan tersendiri. Hubungan-hubungan yang mempertautkan peraturan-peraturan khusus dari suatu tatanan hukum juga penting bagi hakekat hukum. Hakekat hukum hanya dapat di pahami dengan sempurna berdasarkan pemahaman yang jelas tentang hubungan yang membentuk tatanan hukum tersebut (Hans Kelsen, 1971).

Hukum dalam arti penguasa (undang-undang, Keputusan, dsb) adalah perangkat-perangkat peraturan tertulis yang dibuat oleh pemerintah, melalui badan-badan yang berwenang membentuk berbagai peraturan tertulis seperti ; Undang-Undang Dasar, Undang-Undang, Keputusan Presiden, Peraturan Pemerintah, Keputusan Menteri dan Peraturan daerah. Termasuk dalam bentuk hukum yang merupakan ketentuan penguasa adalah keputusan Hakim yang telah mempunyai kekuatan hukum atau juris prodensi sebagai sumber hukum tertulis pula yang mempunyai kekuatan sebagai hukum (Soedjono Dirjosiswono, 2010).

Berdasarkan pengertian dan fungsi hukum sebagaimana disebutkan diatas, perlindungan hukum pertama-tama harus melalui peraturan perundang-undangan sehingga ada kepastian hukum dalam menjalankan tugas sehari-hari. Saat ini sudah ada peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan hukum perawat

dalam pelimpahan wewenang tindakan medis jahit luka namun dari hasil penelitian peraturan tersebut belum dijalankan dengan baik.

Hubungan dokter perawat adalah suatu bentuk hubungan interaksi yang telah cukup lama dikenal ketika pemberian pelayanan kepada pasien. Perspektif yang berbeda dalam memandang pasien, dalam prakteknya menyebabkan munculnya hambatan-hambatan teknik dalam melakukan suatu korelasi dalam pelayanan kesehatan. Hambatan hubungan antara dokter dan perawat sering dijumpai pada tingkat profesionalisme dan institusional (Soedjono Dirjosiswono, 2010). Perbedaan status dan kekuasaan tetap menjadi sumber utama hubungan ketidaksesuaian hubungan tersebut. dalam kasus penentuan treatment untuk proses penyembuhan atau penyehatan kondisi seseorang, posisi dokter berada pada tingkat superior (Soedjono Dirjosiswono, 2010). Sementara perawat diposisikan sebagai orang yang berperan untuk merawat, memelihara pasien dan membantu tugas dokter. Saat ini, hubungan dokter dan perawat dalam pemberian asuhan kesehatan kepada klien merupakan hubungan kemitraaan (*partnership*) yang lebih mengikat dimana seharusnya terjadi harmonisasi tugas, peran dan tanggung jawab dan sistem yang terbuka (Nursye KI Jayanti, 2009). Di Indonesia, secara konseptual pola hubungan perawat dengan dokter sebagai mitra, namun pada kenyataannya perawat lebih banyak diposisikan sebagai pembantu dokter. Dokter memberikan perintah dan perawat diharapkan mengikuti dan menjalankan perintah tanpa perlu membantah. Bagi dokter kemitraan dengan perawat sangat menguntungkan (JB Suharjo B. Cahyono, 2008).

Bagi perawat, hubungan kerjasama dengan dokter sangat penting apabila ingin menunjukkan fungsinya secara independen. Untuk itu pendekatan kolaboratif diterapkan secara baik dan benar dalam mengatur hubungan partnership tersebut. Oleh karena itu perawat tidak dapat bekerja tanpa berkolaborasi dengan profesi lain (Mimin Emi Suhaemi, 2004). Kolaborasi adalah hubungan diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien/klien. Kolaborasi melakukan diskusi tentang diagnosa, melakukan kerjasama dalam asuhan kesehatan, saling berkonsultasi dan komunikasi serta masing masing tanggung jawab pada pekerjaannya. Sebagaimana *American Medical Association* (AMA), menyebutkan kolaborasi yang terjadi antara dokter dan perawat dimana mereka merencanakan dan praktik bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktik

mereka dengan berbagai nilai-nilai yang saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat.

Kolaborasi dalam keperawatan adalah suatu proses dimana praktisi keperawatan atau perawat klinik bekerja dengan dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan dalam lingkup praktek profesional keperawatan, dengan pengawasan dan supervisi sebagai pemberi petunjuk pengembangan kerjasama atau mekanisme yang ditentukan oleh pertukaran suatu negara dimana pelayanan diberikan. Berkaitan dengan isu kolaborasi dan soal menjalin kerjasama kemitraan dokter, perawat perlu mengantisipasi konsekuensi perubahan dan vokasional menjadi profesional. Status yuridis seiring perubahan perawat dari perpanjangan tangan dokter menjadi mitra dokter yang sangat kompleks.

Tanggung jawab hukum juga akan berpisah untuk masing-masing kesalahan atau kelalaian yaitu, malpraktik medis dan malpraktik keperawatan. Perlu kejelasan dari pemerintah maupun para pihak yang terkait mengenai tanggungjawab hukum dari perawat, dokter maupun rumah sakit terutama menyangkut tindakan medis yang dilimpahkan oleh dokter. Perspektif yang berbeda dalam memandang pasien, dalam prakteknya menyebabkan munculnya hambatan-hambatan teknik dalam melakukan proses kolaborasi. Kendala fisiologi keilmuan dan individual, faktor sosial, serta budaya menempatkan kedua profesi ini memunculkan kebutuhan akan upaya kolaborasi yang dapat menjadikan keduannya lebih solid dengan semangat kepentingan pasien.

Apapun bentuk dan tempatnya, kolaborasi meliputi suatu pertukaran pandangan atau ide yang memberikan perspektif kepada seluruh kolaborator. Kolaborasi merupakan proses komplek yang membutuhkan sharing pengetahuan yang direncanakan yang disengaja, dan menjadi tanggungjawab bersama untuk merawat pasien. Kadangkala itu terjadi dalam hubungan yang lama antara tenaga profesional. Tujuan kolaborasi perawat adalah untuk membahas masalah-masalah tentang klien dan untuk meningkatkan pemahaman tentang kontribusi setiap anggota tim serta untuk mengidentifikasi cara-cara meningkatkan mutu asuhan klien. Agar hubungan kolaborasi dapat optimal, semua anggota profesi harus mempunyai keinginan untuk kerjasama.

Perawat dan dokter merencanakan dan mempraktikkan sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batas-batas lingkup praktek dengan berbagai nilai-nilai

dan pengetahuan serta respek terhadap orang lain yang berkontribusi terhadap perawatan individu, keluarga dan masyarakat. Perawat sebagai anggota membawa perspektif yang unik dalam tim interdisiplin. Perawat memfasilitasi dan membantu pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari praktik profesi kesehatan lain. Perawat berperan sebagai penghubung penting antara pasien dan memberi pelayanan kesehatan. Pada situasi ini dokter menggunakan modalitas pengobatan seperti pemberian obat dan pembedahan. Mereka sering berkonsultasi dengan anggota tim lain sebagai pembuat relevan pemberian pengobatan. Kolaborasi dapat berjalan dengan baik jika :

1. Semua profesi memiliki visi dan misi yang sama,
2. Masing-masing profesi mengataui batas-batas dari pekerjaannya,
3. Anggota profesi dapat bertukar informasi dengan baik,
4. Masing-masing profesi mengakui keahlian dari profesi lain yang bergabung dalam tim (Momon Sudarma, 2008).

Komunikasi dibutuhkan untuk mewujudkan kolaborasi yang efektif, hal tersebut perlu ditunjang oleh sarana komunikasi yang dapat menyatukan data kesehatan pasien secara komprehensif sehingga menjadi sumber informasi bagi semua anggota team dalam pengambilan keputusan. Oleh karena itu perlu dikembangkan catatan status kesehatan pasien yang memungkinkan komunikasi dokter dan perawat terjadi secara efektif. Untuk itu, saat ini dengan adanya akreditasi yang berfokus pada standar keselamatan pasien, di Rumah Sakit menyediakan bentuk dokumentasi yang terintegrasi sebagai media komunikasi antara dokter dan perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Pendidikan perawat perlu terus ditingkatkan, untuk meminimalkan kesenjangan profesional dengan dokter melalui pendidikan berkelanjutan. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan dapat dilakukan melalui pendidikan formal sampai ke jenjang spesialis atau minimal melalui pelatihan-pelatihan yang dapat meningkatkan keahlian perawat.

Hubungan antara dokter dan perawat ini juga memiliki hubungan hukum yang dapat terjadi karena pelimpahan kewenangan yaitu delegasi dan mandat yang diberikan oleh dokter kepada perawat. Pada hubungan delegasi dan mandat, tenaga keperawatan tidak dapat mengambil kebijaksanaan sendiri tetapi melakukan tindakan sesuai dengan delegasi atau mandat yang diberikan oleh dokter. Dalam praktiknya, perawat dapat melakukan tindakan kedokteran di bawah pengawasan dokter. Adanya

pendelegasian secara mandat dari dokter kepada tenaga perawat, secara yuridis dan moral membebankan tanggung jawab kepada dokter karena yang dilakukan oleh perawat merupakan instruksi dokter.

Selain itu, perawat yang menerima pendeklegasian dari dokter juga bertanggungjawab apabila tindakan yang dilakukannya tidak sesuai dengan instruksi. Secara hukum, hubungan pelimpahan kewenangan baik secara delegasi atau mandat, terletak pada konsep teori dari pelimpahan kewenangan seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Keperawatan. Contoh kasus hubungan delegasi dokter perawat adalah pada kasus pasien yang dirawat di ruang perawatan intensif, pasien membutuhkan pengawasan keadaan umum yang ketat. Setiap jam, disinilah terjadi hunyan delegasi dokter perawat yaitu dokter memberikan instruksi kepada perawat untuk melakukan terapi dan pemantauan terhadap pasien tersebut. pada hubungan delegasi antar dokter-perawat, jika terjadi suatu kelalaian dalam pelaksanaan tindakan medis, yang bertanggung jawab secara hukum adalah perawat sebagai penerima delegator tetapi jika pelimpahan tersebut dalam bentuk mandat, maka tanggungjawab terletak kepada pemberian mandat yaitu dokter.

Secara legal, praktek keperawatan memiliki kemandirian, wewenang dan tanggungjawab untuk mengatur kehidupan profesi, mencangkup otonomi dalam memberikan asuhan keperawatan dan menetapkan standar asuhan keperawatan melalui proses keperawatan, penyelenggaraan pendidikan, riset keperawatan dan praktik keperawatan dalam bentuk legislasi keperawatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 pasal 16 dalam menyelenggarakan praktek keperawatan Perawat bertugas sebagai; pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluhan dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan Keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. Namun terdapat beberapa pengecualian terhadap pasal 33 yang menjelaskan bahwa seorang perawat diperkenankan melakukan tindakan medis tanpa adanya delegasi dari dokter, dengan catatan bahwa pasien dalam keadaan darurat yang mengancam jiwa. Dimana jika terjadi suatu kelalaian dalam tindakan dalam keadaan yang darurat tersebut, maka yang bertanggungjawab adalah perawat sebagai pelaksana tindakan mandiri atau bisa saja dokter yang sebenarnya bertugas pada saat itu, tergantung dari tindakan yang dilakukan ke pasien apakah telah sesuai dengan standar prosedur operasional.

Undang-Undang Rumah Sakit, pasal 29 ayat (h) menyatakan : "Rumah Sakit mempunyai kewajiban membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam menangani pasien." Standar pelayanan rumah sakit, berkait dengan kemampuan rumah sakit memberikan layanan kesehatan sesuai dengan kualifikasinya. Konsekuensinya, terhadap penyakit pasien dan penderitaan / penyakit yang masuk dalam kompetensi kualifikasinya, wajib bagi Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan sebaik baiknya sesuai dengan hak pasien. Sebaiknya apabila penyakit pasien diluar kemampuan rumah sakit untuk menangani, wajib bagi rumah sakit untuk merujuknya ke rumah sakit yang mempunyai sarana dan prasarana yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan penyakit pasien.

Tanggung jawab (*Responsibility*) merupakan penerapan ketentuan hukum (eksekusi) terhadap tugas-tugas yang berhubungan dengan peran tertentu dari perawat, agar tetap kompeten dalam pengetahuan, sikap dan bekerja sesuai kode etik. Dalam melaksanakan pelayanan terhadap pasien, maka perawat harus sesuai dengan peran kompetensinya. Di luar peran dan kompetensinya bukan menjadi tanggung jawab perawat. Ketentuan hukum di perlukan dalam melakukan tanggung jawab. Hal ini dimaksudkan, pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar keperawatan. Tanggung jawab ditunjukkan dengan cara siap menerima hukuman (*punishment*) secara hukum kalau perawat terbukti bersalah atau melanggar hukum.

Tanggung jawab merupakan keharusan seseorang sebagai makluk rasional dan bebas untuk tidak mengelak serta memberikan penjelasan mengenai perbuatannya, secara *retrosfektif* atau *prosfektif*. Tanggung jawab sebagai kesiapan memberikan jawaban atas tindakan-tindakan yang sudah dilakukan perawat pada masa lalu atau tindakan yang akan berakibat dimasa yang akan datang. Misalnya bila perawat dengan sengaja memasang alat kontrasepsi tanpa persetujuan pasien maka akan berdampak pada masa depan pasien. Pasien tidak akan punya keturunan padahal memiliki keturunan adalah hak semua manusia. Perawat secara retrospektif harus bisa mempertanggung jawabkan meskipun tindakan perawat tersebut dianggap benar menurut pertimbangan medis. pertanggung jawaban hukum perawat penyelenggarakan pelayanan kesehatan dapat dilihat berdasarkan tiga bentuk pembidangan hukum yakni pertanggung jawaban secara hukum keperdataan, hukum pidana dan hukum administrasi (Cecep Triwibowo, 2014).

1. Pertanggung Jawaban Hukum Administrasi.

Secara prinsip, pertanggung jawaban hukum administrasi lahir karena adanya pelanggaran terhadap ketentuan hukum administrasi terhadap penyelenggaraan praktik perawat terhadap ketentuan yang berlaku. Permenkes nomor 26 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Keperawatan, telah memberikan ketentuan administrasi yang wajib di taati yakni: Perawat wajib memiliki STRP dan SIPP dalam melakukan praktik Keperawatan. Ketiadaan STRP dan SIPP dalam penyelenggaraan pelayanan Kesehatan merupakan sebuah *administrative malpractive* yang dapat dikenakan sanksi hukum. Bentuk sanksi administrasi yang diancamkan pada pelanggaran hukum administrasi ini adalah: teguran lisan, teguran tertulis dan tidak boleh memberikan asuhan Keperawatan .

2. Pertanggung Jawaban Hukum Perdata.

Menurut Ridwan Syahrani yang dimaksud dengan hukum perdata adalah hukum yang mengatur hubungan hukum antara orang yang satu dengan yang lain di dalam masyarakat yang menitik beratkan kepada kepentingan perseorangan (pribadi) (Ridwan Syahrani, 2000). Dalam hubungan ini para ahli sosiologi yang menaruh minat dan perhatian dibidang hukum mengatakan bahwa hukum itu tidak hanya di lihat sebagai seperangkat peraturan yang bersifat statis, tetapi hukum yang menentukan hubungan-hubungan yang dilakukan oleh para anggota masyarakat dapat dilihat juga sebagai proses sosial, karena sebelum hubungan-hubungan itu mempunyai membentuk yang sesuai dengan nilai sosial dimasyarakat (Soedjono Soekanto, 2000).

Kendatipun hukum perdata mengatur kepentingan perseorangan, namun tidak berarti semua hukum perdata tersebut secara murni mengatur kepentingan perseorangan, melainkan karena perkembangan masyarakat banyak bidang-bidang hukum perdata yang telah diwarnai sedemikian rupa oleh hukum publik, misalnya bidang perkawinan, perburuhan, dan sebagainya. Selanjutnya hukum perdata ini ada yang tertulis dan ada yang tidak tertulis. Hukum perdata yang tertulis ialah hukum perdata yang termuat dalam BW. Sedangkan hukum perdata yang tidak tertulis ialah Hukum Adat. Gugatan keperdataaan terhadap perawat bersumber pada dua bentuk yakni perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatigedaad*) sesuai dengan ketentuan pasal 1365 BW, perbuatan wanprestasi (*contractual Liability*) sesuai dengan ketentuan pasal 1239 BW, dan pertanggung jawaban perawat bila dilihat dari ketentuan dalam BW maka dapat dikategorikan kedalam 5 (lima) prinsip sebagai berikut:

- a. Pertanggung jawaban langsung dan mandiri (*personal liability*) berdasarkan pasal 1365 BW dan pasal 1366 BW :

“ Setiap tindakan yang menimbulkan kerugian atas diri orang lain berarti orang yang melakukannya harus membayar kompensasi sebagai pertanggungjawaban kerugian dan seseorang harus bertanggung jawab tidak hanya kerugian yang dilakukannya dengan sengaja , tetapi juga karena kelalain atau kurang berhati-hati.”

Berdasarkan ketentuan pasal tersebut maka seorang perawat yang melakukan kesalahan dalam melakukan fungsi independen yang mengakibatkan fungsi independennya yang mengakibatkan kerugian pada pasien maka ia wajib memikul tanggungjawabnya secara mandiri. Dilihat dari ketentuan pasal 1365 BW diatas maka pertanggungjawabannya perawat tersebut lahir apabila memenuhi empat unsur yakni:

- 1). Perbuatan itu melanggar hukum.
- 2). Ada kesalahan.
- 3). Pasien harus mengalami kerugian.
- 4). Ada hubungan kausal antara kesalahan dengan kerugian.

Mengenai apa yang dimaksud dengan perbuatan melanggar hukum, undang-undang tidak memberikan perumusan. Namun sesuai dengan yurisprudensi *Arres Hoge Raad* 31 Januari 1919 ditetapkan adanya empat kriteria perbuatan melanggar hukum yaitu: perbuatan itu bertentangan dengan kewajiban hukum si pelaku, perbuatan itu melanggar hak orang lain, perbuatan itu melanggar kaedah tata susila, perbuatan itu bertentangan dengan asas kepatuhan, ketelitian serta sikap hati-hati yang seharusnya dimiliki seseorang dalam pergaulan dengan sesama masyarakat atau terhadap harta benda orang lain.

Dengan demikian dilihat dari konsep hukum keperawatan maka pelanggaran terhadap penghormatan terhadap hak-hak pasien yang menjadi salah satu kewajiban hukum perawat dapat dimasukkan kedalam perbuatan melanggar hukum. Pelanggaran tersebut misalnya tidak merahasiakan dokumen rekam medik pasien. Dan apabila pasien atau keluarganya menganggap telah dirugikan oleh perbuatan perawat, maka pasien dan keluarga dapat mengajukan gugatan tuntutan ganti rugi sesuai dengan ketentuan pasal 58 Undang-Undang Kesehatan.

- b. Pertanggungjawaban dengan asas *respondeat superior* atau *vicarious liability* atau *let's the master answer* maupun kasus di ruang bedah dengan *asa the captain of ship* melalui pasal 1367 BW yang menyebutkan bahwa:

“ Seseorang tidak saja bertanggungjawab untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan perbuatan orang-orang yang menjadi tanggunganya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya.”

c. Pertanggungjawaban dengan asas *Zaakwarneming* berdasarkan pasal 1354 BW :

“ jika seorang dengan sukarela, dengan tidak mendapatkan perintah untuk itu, mewakili urusan orang lain dengan atau tanpa pengetahuan orang ini, maka ia secara diam-diam mengikat dirinya untuk meneruskan serta menyelesaikan urusan tersebut, hingga orang yang diwakili kepentingannya dapat mengerjakan sendiri urusan itu. ia memikul segala kewajiban yang harus dipikulnya, seandainya ia kuasakan dengan suatu pemberian kuasa yang dinyatakan dengan tegas.”

Dalam hal ini konsep pertanggungjawaban terjadi seketika seorang perawat dalam kondisi tertentu harus melakukan pertolongan darurat dimana tidak ada orang lain yang berkompeten untuk itu. Perlindungan hukum dalam tindakan *Zaakwarneming* perawat tersebut tertuang pada pasal 33 Permenkes nomor 26 tahun 2019. Perawat justru akan dimintai pertanggungjawaban hukum apabila tidak mengerjakan apa yang seharusnya dikerjakan.

d. Pertanggung jawaban dengan asas Kuasa (*Volmacht*).

Kuasa (*volmacht*) adalah wewenang seseorang yang diberikan kepada orang lain (si wakil) untuk atas namanya melakukan perbuatan hukum (Hartono Soerjopratikno, 1982). Pemberian kuasa menurut pasal 1792 BW, disebutkan bahwa pemberian kuasa adalah perjanjian dimana seorang memberi kekuasaan (Kewenangan) kepada orang lain yang menerimanya untuk dan atas nama pemberi kuasa melakukan perbuatan hukum (undang-undang mengatakan “ melaksanakan suatu urusan”) (Soerjodiningrat, 1991).

Adanya rumusan pasal tersebut tersimpul bahwa untuk melaksanakan suatu perbuatan dalam hal ini tindakan medis (khususnya jahit luka) yang dilimpahkan dokter kepada perawat, pada dasarnya terdapat dua pihak yang saling berhadapan yakni pihak pemberi kuasa dalam ini dokter sebagai pihak yang mempunyai kepentingan dengan pihak yang diberi kuasa atau perawat yang berkedudukan sebagai wakil yang menyelenggarakan kepentingan itu. Pihak yang di beri kuasa ini mempunyai peranan dan mewakili kekuasaan dalam menyelenggarakan urusan yang

dilimpahkan kepadanya (Wiryono Prodjodikoro, 1981).

e. Pertanggungjawaban dengan *Wanprestasi*.

Seorang perawat akan dimintai pertanggung jawaban apabila terpenuhi unsur wanprestasi yaitu:

- 1). Tidak mengerjakan kewajibannya sama sekali, dalam konteks ini apabila seorang perawat tidak mengerjakan semua tugas dan kewenangan sesuai dengan fungsi, peran maupun tindakan keperawatan.
- 2). Mengerjakan kewajiban tetapi terlambat: dalam hal ini apabila kewajiban sesuai dengan fungsi tersebut dilakukan tapi terlambat yang mengakibatkan kerugian pada pasien. Contohnya kasus seorang perawat yang tidak membuang kantong urine pasien dengan kateter secara rutin setiap hari melaikan dua hari sekali dengan ditunggu sampai penuh. Tindakan tersebut mengakibatkan pasien mengalami infeksi saluran urine dari kuman yang berasal dari urine yang tidak dibuang.
- 3). Mengerjakan kewajiban tetapi tidak sesuai dengan seharusnya: suatu tugas yang dikerjakan asal-asalan. Sebagai contoh seorang perawat yang mengecilkan aliran air infus pasien dimalam hari hanya tidak mau terganggu istirahatnya.
- 4). Mengerjakan yang seharusnya tidak boleh dilakukan : dalam hal ini apabila seorang perawat melakukan tindakan medik yang tidak mendapatkan delegasi dari dokter, seperti menyuntik pasien tanpa perintah, melakukan pemasang infus padahal dirinya belum terlatih, melakukan jahit luka padahal dirinya belum terlatih. Apabila seorang perawat terbukti memenuhi unsur wanprestasi, maka pertanggungjawaban itu akan di pikul langsung oleh perawat yang bersangkutan sesuai personal *liability*.

f. Pertanggung Jawaban Hukum Pidana.

Menurut Mulyatno, hukum pidana adalah bagian dari keseluruhan hukum yang berlaku di suatu negara, yang mengadakan dasar-dasar dan aturan-aturan untuk:

- a. Menentukan perbuatan-perbuatan mana yang tidak boleh dilakukan, yang dilarang dengan disertai ancaman atau sanksi yang berupa pidana tertentu, bagi barang siapa yang melanggar larangan tersebut.
- b. Menentukan kapan dan dalam hal-hal apa kepada mereka yang telah melanggar larangan-larangan itu dapat dikenakan atau dijatuhi pidana sebagaimana yang telah diancamkan.

- c. Menentukan dengan cara bagaimana pengenaan pidana itu dapat dilaksanakan apabila ada orang yang disangka telah melanggar larangan tersebut (Moeljatno, 2008). Sementara dari aspek pertanggung jawaban secara hukum pidana seorang perawat baru dapat dimintai pertanggung jawaban apabila terdapat unsur-unsur sebagai berikut (Sri Praptianingsih, 2006):
- 1) Suatu perbuatan yang melawan hukum: dalam hal ini apabila perawat melakukan pelayanan kesehatan diluar wewenang yang telah diatur dalam pasal 16 Permenkes nomor 26 tahun 2019 tentang peraturan pelaksanaan undang-undang nomor 38 tahun 2018 tentang keperawatan.
 - 2) Mampu bertanggung jawab dalam hal ini seorang perawat yang memahami konsekuensi dan resiko dari setiap tindakan dan secara kemampuan telah mendapat pelatihan dan pendidikan untuk itu. artinya seorang perawat menyadari bahwa tindakannya dapat merugikan pasien.
 - 3) Adanya kesalahan (*schuld*), berupa kesengajaan (*dulus*) atau karena kealpaan (*culpa*) kesalahan disini tergantung pada niat (sengaja) atau karena lalai. Apabila tindakan tersebut dilakukan karena niat dan ada unsur kesengajaan, maka perawat yang bersangkutan dapat dijerat sebagai pelaku tindak pidana. Sebagai contoh seorang perawat yang dengan sadar dan sengaja memberi suntikan mematikan kepada pasien yang sudah terminal (disebut dengan tindakan *euthanasia aktif*).

Tidak ada alasan pemberar atau alasan pemaaf : dalam hal ini tidak ada alasan pemaaf seperti tidak adanya aturan yang mengijinkan melakukan suatu tindakan, atau tidak ada alasan pemberar. Sebagai contoh perawat yang menjalankan peran terapeutik atau yang melaksanakan *delegated medical activities* dengan beranggapan perintah itu adalah sebuah tindakan yang benar. Tindakan tersebut tidak menjadi benar namun alasan perawat melakukan hal tersebut dapat dimaafkan. Bentuk pertanggungjawaban dalam hukum pidana secara prinsip adalah personal *liability* dan bila dilakukan dalam lingkup *technical activities* maupun dalam menjalankan peran koordinatif dimana perawat memahami bahwa tindakan tersebut bertentangan dengan hukum, maka pihak yang memberi perintah dapat dimintai pertanggungjawaban pidana (Sri Praptianingsih, 2006).

Kesimpulan

Berdasarkan uraian dan analisis pada bab-bab terdahulu , berikut kesimpulan yang merupakan jawaban atas permasalahan dalam penelitian ini, yaitu :

1. Dalam menjalankan praktek Keperawatan perawat bertugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, sesuai dengan Undang-Undang Keperawatan Pasal 29 huruf (e). Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan suatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.
2. Pelimpahan wewenang secara mandat termasuk tindakan jahit luka yang dikerjakan oleh perawat yang bekerja di IGD Rumah Sakit secara yuridis dan moral merupakan tanggungjawab dokter, karena perawat melaksanakan tindakan tersebut berdasarkan instruksi dokter.

Daftar Bacaan

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktek Kedokteran*. Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 116.Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 4431.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144.Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5063.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*. Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5072.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang *Tenaga Kesehatan*. Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 298. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5607.

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang *Keperawatan*. Lembaran Negara tahun 2014 Nomor 307.Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5612.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 159b/Men.Kes/Per/II/1998 tentang *Rumah Sakit*

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49/2013 tentang Komite Keperawatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan *Kegawatdaruratan*

Peraturan Menteri kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang – Undang nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
KUHPerdata.

BUKU

Cecep Triwibowo, *Etika & Hukum Kesehatan*, Nuha Medika, 2014.

Hans Kelsen, *General Theory of Law and State*, Rusel and Rusel. New York, 1971.

JB Suharjo B. Cahyono, *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktek Kedokteran*, Kanisius, Yogyakarta, 2008.

Koerniatmanto Soetoprawiro, *Pengaturan Perlindungan Hak-Hak Perempuan dan Anak-Anak dalam Hukum Kewarganegaraan Indonesia*, Bina Pustaka, 2010.

Moeljatmo, *Asas-Asas Hukum Pidana*, Jakarta, Rineke Cipta, 2008.

Momon Sudarma, *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Salemba Medika, Yogyakarta, 2008.

Mimin Emi Suhaemi, *Etika Keperawatan*. EGC, Jakarta, 2004

Nisyah.R & Hartanti .S, *Prinsip-Prinsip Dasar Keperawatan*, Dunia Cerdas, Jakarta,2013.

Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Kencana Media Group, Jakarta ,2011.

Philipus M Hadjon, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat*, Surabaya: Bina Ilmu, 1988.

Philipus M. Hadjon, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press, 2005.

R Subekti dan Tjitrosoedibyo, *Kamus Hukum*. Pradnya Paramita, Jakarta, 1999.

Sajipto Raharjo, *Ilmu Hukum*. Bandung. Citra Aditya Bakti, 2006

Soedjono Dirdjosisworo, *Pengantar Ilmu Hukum*, Radja Grafindo Persada, 2010.

Soedjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta, Raja Grafindo Persada, Cet XXX, 2000.

Sri Praptianingsih, *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2006.

Subekti, *Aneka Perjanjian*, Bandung, Citra Aditya Bakti, Cet ke IX, 1995.

Sudikno Martokusumo, *Mengenal Hukum Satu Pengantar*, Yogyakarta, Liberty 2005.

Veronica Komalawati, *Peran Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien)*, Citra Aditya Bakti, Bandung,2002.

Wiryono Prodjodikoro, *Hukum Perdata Persejuan-Persetujuan Tertentu*, Jakarta, Sumur Bandung, Cet 7, 1981.

Yakob Tomatala, *Kepemimpinan Yang Dinamis*, Gandum mas, Malang, 2007.

Website

-----, Kamus Besar Bahasa Indonesia. [Online]. Tersedia di kbbi.kemdikbud.go.id/entri/religius. Diakses 13 September 2019.



**Jurnal Hukum &
Etika Kesehatan**