

# Jurnal Hukum

& Etika Kesehatan



Volume 1  
Nomor 2  
September 2021



Jurnal Hukum &  
Etika Kesehatan



## Daftar Isi

### **Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan Vol. 1 No. 2: September 2021**

---

<b>Pertanggungjawaban Hukum Direktur Rumah Sakit dalam Pelaksanaan Terapi Oksigen Hiperbarik</b>	
Siti Hamidah Poerwaningroem .....	<b>122-129</b>
<b>Perlindungan Hukum dalam Perjanjian Kerja Laut bagi Pelaut Berdasarkan Marine Labour Convention</b>	
Mochammad Zainuddin .....	<b>130-144</b>
<b>Kompetensi Tambahan Dokter Gigi dalam Peraturan Perundang-Undangan di Indonesia</b>	
Dasuki .....	<b>145-158</b>
<b>Legal Aspects of Genetically Modified Food Product Safety for Health in Indonesia</b>	
Abdullah Khamdi, Dian Anggraini Wikamorys, Waty Anton, Mokhamad Khoirul Huda .....	<b>159-165</b>
<b>Kewajiban Hukum Vaksinasi dalam Perpres No. 14 Tahun 2021 Perspektif HAM di Indonesia</b>	
Beti Amalia, Wahyu Kurnianingsih, Ahmadi Hasanuddin Dardiri .....	<b>166-176</b>
<b>Kedudukan Korporasi Rumah Sakit dalam Tanggung Gugat Kelalaian</b>	
Eko Pujiyono .....	<b>177-185</b>

# Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 2

September 2021

## Pertanggungjawaban Hukum Direktur Rumah Sakit Dalam Pelaksanaan Terapi Oksigen Hiperbarik

Siti Hamidah Poerwaningroem\*

### *Abstract*

The community's need for quality and affordable health services cannot be delayed any longer and a dynamic and increasingly critical Indonesian society demands sophisticated and humane professional services. The Ministry of Health has a health service policy that is based on the vision of an independent community to live healthy and has a mission to make people healthy. One of the health services that is needed by the community is hyperbaric oxygen therapy, which is a therapy using pure oxygen in a high-pressure room which was originally used as the main treatment for diving diseases, now hyperbaric has also been used as an additional treatment and other treatment options for the general public to help cure various diseases. With the increasing public demand for hyperbaric oxygen therapy services and many hospitals that provide services for this therapy. The government through the Minister of Health needs to issue a Decree of the Minister of Health Number 120 / MENKES / SK / II / 2008 concerning Hyperbaric Medical Service Standards. The establishment of operational standards in the implementation of hyperbaric oxygen therapy is a reference for the responsibility of the Hospital Director as the executor of the therapy service provider.

**Keywords :** Responsibility , Hospital Director, Hyperbaric oxygen therapy

### *Abstrak*

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau sudah tidak dapat ditunda lagi dan masyarakat Indonesia yang dinamis dan semakin kritis menuntut pelayanan profesional yang mutakhir dan manusiawi. Departemen Kesehatan memiliki kebijakan pelayanan kesehatan yang berlandaskan pada visi masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat dan memiliki misi untuk membuat rakyat sehat. Salah satu pelayanan kesehatan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat, terapi oksigen hiperbarik yang merupakan terapi menggunakan oksigen murni dalam ruangan bertekanan tinggi yang pada awalnya digunakan sebagai pengobatan utama penyakit - penyakit akibat penyelaman, saat ini hiperbarik juga telah digunakan sebagai pengobatan tambahan dan pengobatan pilihan lain bagi masyarakat umum guna membantu penyembuhan berbagai penyakit. Dengan meningkatnya permintaan masyarakat untuk pelayanan terapi oksigen hiperbarik ini dan banyak Rumah Sakit yang menyediakan pelayanan untuk terapi tersebut. Pemerintah melalui Menteri kesehatan perlu mengeluarkan Kepmenkes Nomor 120/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Medik Hiperbarik. Pembentukan standar operasional dalam

pelaksanaan terapi oksigen hiperbarik ini menjadi acuan Pertanggungjawaban Direktur Rumah Sakit sebagai pelaksana pemberi pelayanan terapi tersebut.

**Kata Kunci :** Pertanggungjawaban, Direktur Rumah Sakit, Terapi oksigen hiperbarik.

\*Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

**Correspondence:** Siti Hamidah Poerwaningroem, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: drhamidah2015@gmail.com

## Pendahuluan

Pembangunan Kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kenyamanan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana yang diamanatkan didalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, oleh karena itu setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Menyadari betapa luasnya hal tersebut, pemerintah melalui sistem kesehatan nasional, berupaya menyelenggarakan kesehatan yang bersifat menyeluruh terpadu, merata, dan dapat diterima serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya tersebut diselenggarakan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal pada pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi untuk mencapai kehidupan yang sejahtera baik lahir, batin, dan sosial seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi, "*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan*". Pasal 34 ayat (3) berbunyi, "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak*".

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau sudah tidak dapat ditunda lagi dan masyarakat Indonesia yang dinamis dan semakin kritis menuntut pelayanan profesional yang mutakhir dan manusiawi. Tugas Departemen Kesehatan adalah untuk mewujudkannya seoptimal mungkin, sehingga masyarakat semakin percaya akan pelayanan tersebut dan kepercayaan masyarakat ini menjadi andalan untuk memperoleh peluang pasar dalam persaingan global. Departemen Kesehatan memiliki kebijakan pelayanan kesehatan yang berlandaskan pada visi masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat dan memiliki misi untuk membuat rakyat sehat. Dengan nilai-nilai inti keberpihakan kepada rakyat, dengan pelaksanaan kebijakan yang cepat dan tepat serta dilaksanakan secara transparan dan akuntabel oleh pelaksana yang memiliki integritas dan mampu bekerja sama secara tim yang baik, salah satu contoh yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah pengobatan oksigen hiperbarik.

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif. Dalam penelitian ini peneliti mengkaji pada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan secara sistematis. Metode pendekatan yang akan dipergunakan adalah :

- a. Pendekatan perundang-undangan (*statute approach*)
- b. Pendekatan konseptual (*conceptual approach*)

### Analisis dan Diskusi

Pengobatan oksigen hiperbarik yang untuk selanjutnya disebut dengan Terapi Oksigen Hiperbarik, sudah ada sejak abad ke-16 digunakan sebagai salah satu metode untuk menyembuhkan penyakit dan pengobatan. Tepatnya di Inggris tahun 1662 oleh Henshaw, Ruang Udara Bertekanan Tinggi/RUBT (*Hyperbaric Chamber*) digunakan untuk mengobati beberapa penyakit kulit dan Rickets. Di Perancis tahun 1834, dr.Junot menyatakan adanya penyembuhan bermakna padapasienn dengan penyakit kardiopulmoner yang diobati dengan hiperbarik. Sedangkan pada awal tahun 1900 di Inggris dr.John Haldane, berhasil menemukan tabel rekompresi dan penyelaman yang sampai sekarang tabel rekompresi ini masih digunakan dalam pelayanan pengobatan. Terapi oksigen hiperbarik semakin berkembang pesat, hingga pada tahun 1956, dr.I.Boereina dari Belanda melaporkan keberhasilan suatu tindakan pembedahan jantung paru yang dilakukan dalam Ruang Udara Bertekanan Tinggi (untuk selanjutnya disingkat RUBT), diikuti laporan dr.W.Brummelkamp (1961) bahwa terapi oksigen hiperbarik dapat digunakan sebagai cara lain terapi ganggren dengan menghambat infeksi anaerob pada kaki pasiennya. Sejak saat itu terapi oksigen hiperbarik ini tersebar luas dan telah digunakan di berbagai negara.Indonesia juga telah ikut berperan dalam penggunaan terapi oksigen hiperbarik tahun 1960, yang awalnya digunakan oleh TNI AL untuk menangani kasus-kasus cedera penyelaman seperti keracunan gas-gas pernapasan dan penyakit dekompreksi. Selanjutnya penggunaan terapi oksigen hiperbarik ini berkembang untuk kepentingan pariwisata/ wisata bahari dan kepentingan *offshore drilling*.

Terapi oksigen hiperbarik, selain sebagai pengobatan utama penyakit- penyakit akibat penyelaman, saat ini hiperbarik juga telah digunakan sebagai pengobatan tambahan dan pengobatan pilihan lain dalam terapi untuk membantu penyembuhan berbagai penyakit. Dalam perkembangannya di Indonesia, saat ini terdapat organisasi profesi berupa perhimpunan dokter spesialis dan perhimpunan seminat dalam bidang hiperbarik, yaitu Perhimpunan Kedokteran Kelautan. (PERDOKLA), Ikatan Dokter Hiperbarik Indonesia (IDHI) dan Perhimpunan Kesehatan Hiperbarik (PKHI). Organisasi-organisasi ini bekerjasama dengan Rumah Sakit Angkatan Laut (RSAL) dan Lembaga Kesehatan Angkatan Laut (LAKESLA) untuk melaksanakan pelayanan, pendidikan dan penelitian, pembinaan, serta pengembangan hiperbarik sebagai pengobatan utama dan pengobatan tambahan dalam penyelenggaraan pelayanan medik di sarana pelayanan kesehatan di Indonesia.

Upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran, Departemen Kesehatan mendukung penggunaan hiperbarik sebagai salah satu jenis pengobatan dalam penyelenggaraan pelayanan medik di sarana pelayanan kesehatan. Untuk mendukung penggunaan hiperbarik sebagai bagian dari pelayanan medik yang aman, bermanfaat, dan terjangkau, maka diperlukan adanya suatu standar yang dapat dijadikan acuan dalam pelayanan medik hiperbarik. Adanya standar pelayanan medik

hiperbarik ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan, serta melindungi masyarakat penerima pelayanan (pasien) dan pelaksana pelayanan dari segi hukum.

#### A. Supremasi Hukum (*Supremacy of Law*)

Adanya pengakuan normatif dan empirik akan prinsip supremasi hukum, yaitu bahwa semua masalah diselesaikan dengan hukum sebagai pedoman tertinggi. Dalam perspektif supremasi hukum (*supremacy of law*), pada hakikatnya pemimpin tertinggi negara yang sesungguhnya, bukanlah manusia, tetapi konstitusi yang mencerminkan hukum yang tertinggi. Pengakuan normatif mengenai supremasi hukum adalah pengakuan yang tercermin dalam perumusan hukum dan/atau konstitusi, sedangkan pengakuan empirik adalah pengakuan yang tercermin dalam perilaku sebagian terbesar masyarakatnya bahwa hukum itu memang "*supreme*". Bahkan, dalam republik yang menganut sistem presidential yang bersifat murni, konstitusi itulah yang sebenarnya lebih tepat untuk disebut sebagai "kepala negara".

#### B. Persamaan dalam Hukum (*Equality before the law*)

Adanya persamaan kedudukan setiap orang dalam hukum dan pemerintahan, yang diakui secara normatif dan dilaksanakan secara empirik. Dalam rangka prinsip persamaan ini, segala sikap dan tinadakan diskriminatif dalam segala bentuk dan manifestasinya diakui sebagai sikap dan tindakan yang terlarang, kecuali tindakan-tindakan yang bersifat khusus dan sementara yang dinamakan "*affirmative actions*" guna mendorong dan mempercepat kelompok masyarakat tertentu atau kelompok warga masyarakat tertentu untuk mengejar kemajuan sehingga mencapai tingkat perkembangan yang sama dan setara dengan kelompok masyarakat kebanyakan yang sudah jauh lebih maju.

#### C. Asas Legalitas (*Due Process of Law*)

Setiap Negara Hukum, dipersyaratkan berlakunya asas legalitas dalam segala bentuknya (*due process of law*), yaitu bahwa segala tindakan pemerintahan harus didasarkan atas peraturan perundang-undangan tertulis tersebut harus ada dan berlaku lebih dulu atau mendahului tindakan atau perbuatan administrasi yang dilakukan, dengan demikian setiap perbuatan atau tindakan administrasi harus didasarkan atas aturan atau "*rules and procedures*" (*regels*)

#### D. Tanggung Jawab Hukum Pengelola Rumah Sakit

Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik, seperti yang tercantum dalam Undang-undang No.44, tahun 2009. *Hospital bylaws* atau peraturan internal Rumah Sakit adalah produk hukum. Yang merupakan konstitusi atau acuan dalam menyelenggarakan Rumah Sakit. Peraturan ini mengatur pemilik, pengelola, dan staf medik untuk mengetahui kejelasan peran dan fungsi mereka sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit, serta bertujuan untuk melindungi semua pihak baik dan benar. *Hospital bylaws*, meliputi : *Corporate bylaws*, yang mengatur hubungan pemilik dengan Direktur Rumah Sakit/Pengelola Rumah Sakit, sedangkan *Medical staff bylaws* mengatur staf medis dalam pelayanan medis di Rumah Sakit. Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia No.10 tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit Pasal 1 (4), bahwa : "*Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (corporate bylaws) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (medical staff bylaw) yang disusun*

dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*)”.

#### E. Hubungan Hukum Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, Pasien/Keluarganya

Hubungan Hukum adalah hubungan yang diatur oleh hukum, dalam hubungan hukum melekat hak dan kewajiban kepada para pihak di dalamnya. Hubungan hukum antara dokter dengan pasien telah terjadi sejak dahulu (zaman Yunani kuno), dokter sebagai seorang yang memberikan pengobatan terhadap orang yang membutuhkannya.

#### F. Proses Terjadinya Hubungan Hukum Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan dan Pasien

Terjadinya hubungan hukum antara Rumah Sakit, tenaga kerja dan pasien merujuk dari Pasal 1338 Kitab Undang-undang Hukum Perdata yakni:

*“Semua persetujuan yang dibuat sesuai dengan Undang-Undang berlaku sebagai Undang-Undang bagi mereka yang membuatnya. Persetujuan itu tidak dapat ditarik kembali selain dengan kesepakatan kedua belah pihak, atau karena alasan-alasan yang ditentukan oleh Undang-Undang. Persetujuan harus dilaksanakan dengan itikad baik”.*

#### G. Pertanggungjawaban Rumah Sakit

Kamus Besar Bahasa Indonesia, tanggung jawab adalah kewajiban menanggung segala sesuatunya bila terjadi apa-apa boleh dituntut, dipersalahkan, dan diperkarakan, dalam kamus hukum, tanggung jawab adalah suatu keseharusan bagi seseorang untuk melaksanakan apa yang telah diwajibkan kepadanya.

### Kesimpulan

Berdasarkan penelitian diatas, maka penulis menyimpulkan bahwa bentuk Perlindungan Hukum Terhadap Pasien Sebagai Konsumen Dalam Layanan Kesehatan memiliki pengertian sebagai sikap memberikan pengayoman kepada hak asasi manusia yang dirugikan orang lain dan perlindungan tersebut diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum. Perlindungan hukum bagi setiap warga negara Indonesia tanpa terkecuali, terdapat dalam Undang-Undang Dasar Tahun 1945. Indonesia disebut sebagai Negara hukum (*The Rule of Law atau Rechtsstaat*) dalam arti, Supremasi Hukum, Persamaan dalam Hukum, dan Asas Legalitas. Prinsip perlindungan hukum bagi rakyat Indonesia bersumber pada Pancasila dan konsep Negara Hukum, kedua sumber tersebut mengutamakan pengakuan serta penghormatan terhadap harkat dan martabat manusia. Sarana perlindungan hukum ada dua bentuk, yaitu sarana perlindungan hukum preventif dan represif.

Perlindungan hukum terhadap pasien dalam Undang-undang. Nomor 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. Pasal 65 ayat (1) dalam undang-undang ini menegaskan bahwa lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan bagian dari Hak Asasi Manusia (HAM). Menurut WHO, hukum melindungi pasien inilah yang merupakan sasaran tunggal dalam hukum kedokteran internasional yang berlaku diseluruh dunia yang bertitik pangkal pada asas “*The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental right of every human being*” Tujuan utama dan merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan, upaya maksimal terhadap perlindungan dan keselamatan pasien (*Patient Safety*).

diamanatkan dalam Pasal 2 Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Permenkes Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. maka, pasien maupun keluarganya selaku penerima jasa berhak untuk mengajukan gugatan atas segala bentuk kerugian yang ditimbulkan dari kesengajaan ataupun kelalaian pihak pemberi jasa yang dalam hal ini adalah jasa layanan kesehatan. Pada Pasal 62 ayat (3) yakni: "Terhadap pelanggaran yang mengakibatkan luka berat, sakit berat, cacat tetap atau kematian diberlakukan ketentuan pidana yang berlaku" Pasal 46 Undang-undang Rumah Sakit, bahwa Rumah Sakit bertanggung jawab atas segala hal yang ditimbulkan atas kelalaianya maupun tenaga kesehatan yang bekerja dibawahnya. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 120/MENKES/SK/II/2008, tentang Standar Pelayanan Medik Hiperbarik, hal tersebut dapat menjadi acuan bagi pelaksana pelayanan hiperbarik. Tersedianya perlindungan kepada masyarakat dan pelaksana pelayanan medik hiperbarik. Sarana pelayanan kesehatan untuk pelayanan medik hiperbarik adalah : Rumah Sakit kelas A,B,C,D, serta PUSKESMAS yang memiliki kualifikasi tertentu.

Pengertian Rumah Sakit menurut WHO (*World Health Organization*) adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial. Rumah Sakit harus diselenggarakan oleh suatu badan hukum uang dapat berupa perkumpulan, yayasan atau perseroan terbatas. Klasifikasi Rumah Sakit berdasarkan PERMENKES No. 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, bahwa dalam rangka penyelenggaraan pelayanan secara berjenjang dan fungsi rujukan. Hubungan hukum antara dokter dengan pasien dimana, dokter sebagai seorang yang memberikan pengobatan terhadap orang yang membutuhkannya. Timbulnya Transaksi terapeutik yang merupakan perjanjian antara dokter dan pasien berupa hubungan hukum yang melahirkan hak dan kewajiban kedua belah Pihak. Terjadinya hubungan hukum antara Rumah Sakit, tenaga kerja dan pasien merujuk dari Pasal 1338 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, Hubungan hukum antara Rumah Sakit dengan Tenaga Kerja, terjadi pada saat Rumah Sakit mengangkat sebagai pegawai Rumah Sakit, baik pegawai kontrak ataupun pegawai tetap. Pasal 1 angka 6 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Kesepakatan yang mengandung risiko tinggi dituangkan dalam bentuk informed consent atau persetujuan tindakan medik.

Pertanggungjawaban menurut hukum perdata dasar, dibagi menjadi dua macam yaitu, kesalahan dan risiko, dengan demikian dikenal dengan pertanggungjawaban atas dasar kesalahan (*liability without based on fault*) dan pertanggungjawaban tanpa kesalahan yang dikenal dengan (*liability without fault*) yang dikenal dengan tanggung jawab risiko atau tanggung jawab mutlak (*strictliability*). Prinsip dasar pertanggungjawaban atas dasar kesalahan mengandung arti bahwa seseorang harus bertanggung jawab karena ia melakukan kesalahan yang merugikan orang lain. Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa, "Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit".

## Saran

Berdasarkan simpulan diatas, maka penulis menyarankan agar supaya tulisan ini dapat Berdasarkan kesimpulan diatas maka, penulis menyarankan bahwa terapi oksigen hiperbarik ini dapat memberikan manfaat seutuhnya kepada banyak masyarakat, baik sebagai terapi utama maupun sebagai terapi penunjang, pihak Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan terapi oksigen hiperbarik ini lebih mengutamakan keselamatan pasien (*patient safety*) dalam pelayanan terapi tersebut dengan memenuhi ketentuan yang ada dalam Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Standar Pelayanan Medik Hiperbarik. Demikian halnya dengan pasien sebagai konsumen pengguna pelayanan terapi oksigen hiperbarik harus menaati standar operasional prosedur yang diberikan oleh Rumah Sakit sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi. Terapi Oksigen Hiperbarik ini pada dasarnya mempunyai standar keamanan yang paling tinggi,. Bila standar keamanan dijalankan dengan baik, serta standar operasional dilakukan sesuai dengan prosedur tentu tidak ada risiko. Terapi Oksigen Hiperbarik, selain bermanfaat untuk penyembuhan berbagai macam penyakit mempunyai manfaat lain sebagai penunjang potensi pariwisata di Indonesia, untuk itu Pemerintah perlu dipikirkan pembuatan dan penyusunan peraturan perundang – undangan tentang Oksigen Hiperbarik ini..

## Daftar Bacaan

### Buku :

- Huda, Nuh. *Tesis Pengaruh Hiperbarik Oksigen (HBO) Terhadap Perfusi Perifer Luka Gangren Pada Penderita DM di RSAL Dr. Ramelan Surabaya*. Depok, 2010.
- Ibrahim, Johnny. *Teori dan Metodologi Penelitian Hukum Normatif*. Malang: Bayu Media Publishing, 2006.
- Ishaq. *Dasar-dasar Ilmu Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika, 2009.
- Iskandarsyah, Mudakir. *Tuntutan Pidana dan Perdata Malpraktik*. Bekasi: Permata Aksara,, 2010.
- J.J.H. Bruggink. *Refleksi Tentang Hukum*. Ed. Arif Shidarta. Bandung: Citra Aditya Bakti, 1996.
- Jimli Asshiddiqie, Ali Safa'at. *Teori Hans Kelsen Tentang Hukum*. Jakarta: Konstitusi Press, 2006.
- Koeswadij, Hermein Hadiati. *Hukum Untuk Perumahsakitan*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 2002.
- Kristian. *Kejahatan Korporasi di Era Modern dan Sistem Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*. Bandung: PT. Rafika Aditama, 2016.
- . *Sistem Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Tinjauan Teoritis dan Perbandingan Hukum di Berbagai Negara*. Bandung: PT. Rafika Aditama, 2016.
- Kurnia, Titon Slamet. *Hak atas Derajat Kesehatan Optimal Sebagai HAM di Indonesia*. Bandung: Alumni, n.d.
- Labut, Hipatios. *Perlindungan Hukum, Penegakan Hukum dan Pertanggungjawaban Hukum Dalam Hukum Administrasi Negara*. 2015.
- Marzuki, Peter Mahmud. *Pengantar Ilmu Hukum*. Jakarta: Kencana Pranada Media Grup, 2013.
- Muntaha. *Hukum Pidana Malpraktek Pertanggungjawaban dan Penghapus Pidana*. Jakarta Timur: Sinar Grafika, 2017.
- Nasution, Bahder Johan. *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta, 2005.
- Notoatmojo, Soekidjo. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.

- Rahadjo, Satjipto. *Ilmu Hukum*. Bandung: Citra Bakti, 2000.
- . *Masalah Penegakan Hukum Suatu Tinjauan Sosiologis*. Bandung: Sinar Baru, n.d.
- Riyadi, Machli. *Teori IKNEMOOK dalam Mediasi Malpraktik Medik*. n.d.
- Said, Nadya. "<https://media.neliti.com/media/publications/152891-ID-hubungan-hukum-antara-pasien-dan-tenaga>." n.d. *Hubungan Hukum Antara Pasien Dan Tenaga Medis Serta Rumah Sakit*. 25 Desember 2019.
- Saleh, Roslan. *Tentang Tindak-Tindak Pidana dan Pertanggung Jawaban Pidana*. Jakarta: BPHN, 1984.
- Setiono. *Tesis Role of Law (Supremasi Hukum)*. Surakarta: Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret, 2004.
- Soekanto, Soerjono. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penegakan Hukum*. Jakarta: Rajawali Press, 2018.
- . *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press, 2006.
- Suganda, Munandar Wahyudin. *Hukum Kedokteran*. Bandung: Alfabeta, 2017.
- . *Hukum Kedokteran*. Bandung: Alfabeta, 2017.
- Susanto, Lunardhi. *Tesis Efek Terapi Oksigen Hiperbarik Terhadap Skor International Index Of Erectile Function-5 Dan Kadar hs-CRP Pada Penderita Disfungsi Ereksi*. Surabaya: Universitas Airlangga, 2017.
- Tribowo, Cecep. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2014.
- Triwulan, Tatik. *Perlindungan Hukum Bagi Pasien*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher, 2010.
- Wiradharma, Dany. *Hukum Kedokteran*. Jakarta: Binarupa Aksara, 1996.

# Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 2

September 2021

## PERLINDUNGAN HUKUM DALAM PERJANJIAN KERJA LAUT BAGI PELAUT BERDASARKAN MARINE LABOUR CONVENTION

Mochammad Zainuddin\*

### *Abstract*

Seafaring is a profession that is full of challenges, the need for the profession of seafarers in the world is increasing in direct proportion to the rate of increase in the world economy. Indonesia is one of the members of the IMO (*International Maritime Organization*), with a number of seafarers of more than one million workers, which are expected to become a commodity for seafarers to be able to increase foreign exchange earnings for the State of Indonesia as a member of the IMO who attended the 2006 MLC conference which was held in *Geneva, Switzerland*. . With the presence of Indonesia as a member of the IMO at the 2006 MLC, the State is present in legal protection for the welfare of seafarers in Indonesia which is equivalent to the welfare of world seafarers regarding the arrangement of work contracts and seafarers' salaries, there are still salaries that are below the standard not in accordance with the rules of the ILO (*International Labor Organization*). ) a minimum of \$ 614 or Rp. 8,643,769,- (exchange rate of \$1 = Rp. 14,077,-). The government is still implementing regulations regarding the wages of Indonesian seafarers in accordance with the UMR of the area where the domicile of the shipping company is located. This discrepancy creates a conflict of legal norms. Legal protection for seafarers, especially regarding welfare, needs to be applied referring to Government Regulations and Legislation and supervised by a body formed by the government for the sake of the principle of justice in the world of work for the seafaring profession.

**Keywords :** Seafarers, MLC 2006, ILO, legal norms

### *Abstrak*

Pelaut merupakan profesi yang penuh dengan tantangan, kebutuhan profesi pelaut di dunia semakin meningkat berbanding lurus dengan tingkat kenaikan perekonomian dunia. Indonesia merupakan salah satu anggota IMO (*International Maritime Organization*), dengan jumlah tenaga pelaut lebih dari satu juta tenaga kerja di harapkan menjadi komoditas pekerja pelaut mampu menambah *devisa* pendapatan bagi Negara Indonesia sebagai anggota IMO ikut hadir dalam konfrensi MLC 2006 yang di selenggarakan di *Jenewa Swiss*. Dengan hadirnya Indonesia sebagai anggota

IMO pada MLC 2006 maka Negara hadir dalam perlindungan hukum bagi kesejahteraan pelaut di Indonesia yang disetarakan dengan kesejahteraan pelaut dunia mengenai pengaturan kontrak kerja dan gaji pelaut, masih adanya gaji yang di bawah standar tidak sesuai dengan aturan ILO (*International Labour Organization*) minimum sebesar \$614 atau Rp. 8.643.769,- (kurs \$1= Rp. 14.077,-). Pemerintah masih menerapkan aturan mengenai upah pelaut Indonesia sesuai dengan UMR daerah tempat domisili perusahaan perkapalan berada. Adanya ketidaksesuaian tersebut menimbulkan konflik norma hukum. Perlindungan hukum bagi pelaut khususnya tentang kesejahteraan perlu diterapkan mengacu pada Peraturan Pemerintah dan Perundang -undangan dan diawasi oleh badan yang di bentuk oleh pemerintah demi adanya asas keadilan di dunia kerja bagi profesi pelaut

**Kata Kunci :** Pelaut, MLC 2006, ILO, norma hukum

\*Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

**Correspondence:** Mochammad Zainuddin, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: mz.9dien@gmail.com

## Pendahuluan

Indonesia memegang peranan penting dalam dunia maritim. Salah satunya melalui penyediaan pelaut untuk pasar utama perekrutan kru pelaut Eropa, Amerika utara dan timur jauh, dalam hal kualitas pelaut indonesia berada dilevel yang sama dengan pelaut India, Filipina, Vietnam, Srilangka, Bangladesh dan negara lainnya yang menyediakan sumber daya pelaut, hal ini disebabkan indonesia mempunyai pusat pelatihan pelaut yang disesuaikan dengan standar persyaratan yang ditetapkan oleh organisasi IMO. *Maritime Labour Convention* (MLC) merupakan konvensi International yang ditetapkan dalam sidang *International Labour Organization* (ILO) pada tahun 2006 di genewa Swiss, yang bertujuan memastikan hak-hak para pelaut di seluruh dunia dan memberikan standar pedoman bagi setiap negara dan pemilik kapal untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman bagi pelaut. Ada beberapa aturan yang telah diratifikasi oleh pemerintah diantaranya UU no.17 tahun 2008 berisi ketentuan umum pasal 1 No.40 dan 41 tentang pengawakan nakhoda sedangkan pasal 151 berisi tentang kesejahteraan pengupahan no.1 dan no.2 di pasal 151 ayat 2 yang berisi kesejahteraan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan dalam perjanjian kerja antara awak kapal dengan pemilik kapal atau operator kapal sesuai dengan perundang-undangan.

Sedang yang dimaksud dengan peraturan perudang-undangan merujuk pada pasal 88 dan 89 bab VII ayat (1) UU no.13 tahun 2003 tentang ketenagaan kerjaan pada pasal 88 ayat (1) berisi setiap pekerja/buruh berhak memperoleh penghasilan yang

memenuhi penghidupan yang layak bagi kemanusian, pada pasal 89 ayat (1) upah minimun sebagaimana dimaksud dalam pasal 88 ayat (3) yang berisi atas :

- a. Upah minimun berdasarkan wilayah propinsi atau kabupaten/kota.
- b. Upah minimun berdasarkan sektor pada wilayah propinsi atau kabupaten/kota.<sup>1</sup>

Pelaut pekerjaan yang sangat berat karena kondisi kerjanya berbeda dengan sektor pekerja lainnya, pelaut bergerak terus mengarungi samudra dengan kondisi alam laut yang tidak bisa diprediksi waktu jam kerja juga tidak dibatasi oleh UU 13 tahun 2003 pasal 77 ayat (1) yang diatur dalam 2 sistem yaitu 7 jam kerja dalam 1 hari atau 40 jam dalam seminggu untuk 6 hari kerja atau 8 jam kerja dalam 1 hari untuk 5 hari kerja dalam seminggu. Pelaut selalu bekerja dikapal dengan patokan STCW (*Standars Training of Watchkeeping*) yang berlaku pada setiap pelaut jika ingin bekerja diatas kapal dan telah diratifikasi oleh pemerintah lewat Peraturan Pemerintah No.51 tahun 2012 tentang pengembangan sumber daya pelaut<sup>2</sup>.

Operational kapal berlayar dibutuhkan para profesional operator yang mempunyai standar yang telah ditetapkan. Di pelabuhan tanjung priok pada tahun 2016 terdapat 13.089 unit kapal luar dalam negeri yang masuk dengan total barang 74.928 ton dan pada tahun 2017 terdapat 12.622 unit kapal masuk terjadi penurunan kapasitas, sumber ‘statistik transportasi laut tahun 2017’. Begitu banyak kapal yang keluar masuk di pelabuhan-pelabuhan indonesia, ini memungkinkan terjadinya kecelakaan, keterlambatan tiba di pelabuhan (*delay time*), kapal terhenti karena perhitungan waktu dan logistik bahan bakar tidak sesuai dengan perhitungan jarak dan waktu tiba kapal di pelabuhan, semua faktor ini akan berdampak kerugian yang besar bagi perusahaan pelayaran maka kapal haruslah diawaki oleh pelaut. Pelaut yang profesional yang telah dilatih secara profesional sesuai dengan standar kompetensi yang telah ditetapkan. Konvensi MLC 2006 ini mendapat dukungan penuh dari *International Transport Workers Federation (ITF)* dari *International Shipowners Federation*, aturan-aturan tentang kesejahteraan untuk pekerja profesi pelaut, namun patut disayangkan banyak pelaut yang bekerja di perusahaan secara nasional yang tidak memperhatikan gaji dan tingkat kesejahteraan. “LBH Jakarta mencatat sepanjang

---

<sup>1</sup>Peraturan Pemerintah No.51 tahun 2012 TENTANG SUMBER DAYA MANUSIA DI BIDANG TRANSPORTASI

tahun 2018 menerima 219 pengaduan dengan total 5858 orang pencari keadilan khusus mengenai perburuhan. Baik mengenai pengaduan hak normatif maupun masalah hubungan kerja. Buruh dalam kategori pelaut juga mengalami hal yang sama dengan buruh yang lain<sup>3</sup>.

Banyak fakta dilapangan bahwa standarisasi gaji pelaut nasional lebih kecil dari Upah minimun Regional (UMR), sungguh sangat disayangkan kompetensi pelaut sesuai dengan standar Internasional namun gaji masih dibawah standar hidup kerja diperusahaan lokal (UMR) upah minimun regional yang ditetapkan pemerintah daerah dan pusat. "kami menetapkan UMP Jakarta 2018 sebesar Rp. 3.648.035. Ditentukan 8 jam kerja sehari untuk 5 hari kerja dalam seminggu dengan batas minimal upah dalam seminggu<sup>4</sup>.

Namun bagi pelaut walaupun dinyatakan dengan jam kerja yang telah diakui di konvensi MLC 2006, namun dalam keadaan-keadaan tertentu pelaut pekerjaan dikapal bisa mengalami pekerjaan lebih dari 8 jam, contoh kejadian saat peristiwa kapal mengalami kerusakan mesin para pelaut bekerja sebagai crew mesin akan terus melaksanakan perbaikan mesin sampai dengan mesin dapat bekerja dengan normal, bahkan jika kejadian terjadi ditengah laut yang dihempas oleh badai dan ombak yang besar, pelaksanaan pekerjaan perbaikan tetap dilaksanakan disebabkan jika tidak segera dilaksanakan maka berakibat kapal tidak dapat manover untuk menghindari badai dan ombak yang mengakibatkan kapal tertabrak, kandas, bahkan karam akibat kapal terbalik, maka risiko korban jiwa dari crew lebih besar. Persoalan yang dihadapi pelaut saat bekerja diatas kapal sangat kompleks, sungguh sangat disayangkan jika pemerintah tidak memperhatikan hal ini.

Dari paparan uraian diatas, tentu muncul dilema aturan pemberlakuan MLC 2006 di Indonesia, disisi lain Indonesia tergabung di International Maritim Organization (IMO) yang sudah wajib meratifikasi aturan tersebut lewat Peraturan Jendral Perhubungan Laut No. HK.103/3/13 DJPL-18 tentang tata cara penerbitan sertifikat ketenaga kerjaan maritim dan undang-undang No.15 tahun 2016 tentang pengesahan MLC 2006. Namun proses dilapangan banyak aturan-aturan yang

---

<sup>3</sup><http://ombudsman.go.id>. "Pelaut mayday dan maladministrasi", selasa 07/05/2019 laman web diakses 10 Oktober 2019, jam 10.00 WIB

<sup>4</sup><http://web berita Trans.com>. Anies bawesdan, Penetapan UMR Jakarta, Balai Kota, Jakarta. diakses 10 Oktober 2019, jam 13.00 WIB.

dilanggar dengan tidak menerapkan aturan tersebut. Berdasarkan uraian dan fakta didapat permasalahan yang akan diambil dalam penulisan ini sebagai berikut.

1. Bagaimana pengaturan MLC 2006 tentang standarisasi kesejahteraan pelaut di Indonesia?
2. Bagaimana mengadopsi kewajiban MLC dalam peraturan perundangan?

### Metode Penelitian

Sebuah penelitian tidak terlepas dari metode yang dipergunakan dalam rangkamencari dan memperoleh data yang akurat dimana metode tersebut yang nantinya akan menentukan keakuratan dalam menganalisis data. Adapun metode yang digunakan oleh penulis adalah penelitian hukum normatif penelitian hukum adalah suatu proses untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu-isu hukum yang dihadapi. Hal ini sesuai dengan karakter preskriptif ilmu hukum<sup>5</sup>. Dalam penelitian ini penulis mengenal beberapa pendekatan hukum yang digunakan untuk mengkaji setiap permasalahan. jenis-jenis pendekatan tersebut adalah sebagai berikut ::

1. Konseptual / *Conceptual Approach*

Pendekatan konseptual beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang di dalam ilmu hukum. dengan mempelajari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin di dalam ilmu hukum, peneliti akan menemukan ide-ide yang melahirkan pengertian-pengertian hukum, konsep-konsep hukum, dan asas-asas hukum relevan dengan isu yang dihadapi. Pemahaman akan pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin tersebut merupakan sandaran bagi peneliti dalam membangun suatu argumentasi hukum dalam memecahkan isu yang dihadapi.

2. Peraturan perundang-undangan/*Statue Approach*

Pendekatan ini dilakukan dengan menelaah semua undang-undang dan regulasi yang bersangkut paut dengan isu hukum yang sedang ditangani. Pendekatan perundang-undangan dalam penelitian hukum normatif memiliki kegunaan baik secara praktis maupun akademis. Penulis mengkaji UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 15 TAHUN 2016 tentang pengesahan MARITIME LABOUR CONVENTION, 2006 (KONVENSI KETENAGAKERJAAN MARITIM, 2006),

---

<sup>5</sup>Peter Mahmud Marzuki, Penelitian Hukum, cetakan ketujuh, Kencana, Jakarta, 2011, hal.35.

MLC 2006 akan dikaji dengan ketentuan hukum nasional yang sudah ada diIndonesia yaitu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2008 tentang Pelayaran dan Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2000 tentang Kepelautan. Pada pembahasan awal, diuraikan hak-hak dasar yang diperoleh pelaut selama bekerja di atas kapal dan perlindungan yang diberikan sebelum, selama,dan saat pemulangan pelaut.

### 3. Pendekatan komparatif / *Comparative Approach*

Dilakukan dengan membandingkan undang-undang suatu negara, dengan undang-undang dari satu atau lebih negara lain mengenai hal yang sama. Kegunaan dalam pendekatan ini adalah untuk memperoleh persamaan dan perbedaan di antara undang-undang tersebut. Hal ini untuk menjawab mengenai isu hukum antara ketentuan undang-undang dengan filosofi yang melahirkan undang-undang itu. Dengan perbandingan tersebut, peneliti akan memperoleh gambaran mengenai konsistensi antara filosofi dan undang-undang di beberapa negara. Hal ini sama juga dapat dilakukan dengan memperbandingkan putusan pengadilan antara suatu negara dengan negara lain untuk kasus serupa. Penelitian komparatif adalah sejenis penelitian deskriptif yang ingin mencari jawaban secara mendasar tentang sebab-akibat, dengan menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya ataupun munculnya suatu fenomena tertentu<sup>6</sup>. *Marine Labour Convention 2006* (MLC 2006) secara aturan International ini merupakan satu langkah kemajuan bagi dunia profesi pelaut dunia dalam perlindungan hak-hak dasar pelaut, secara nasional pemerintah telah meratifikasi dengan Undang-Undang no.15 tahun 2016tentang aturan dasar kesejahteraan pelaut dalam skala nasional dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2008 tentang Pelayaran dan Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2000 tentang Kepelautan.

## Analisis dan Diskusi

### A. Implementasi upah minimum bagi pelaut Di indonesia.

Pengaturan upah bagi pelaut indonesia diberlakukan sesuai dengan kesepakatan antara Kesatuan Pelaut Indonesia (KPI) dengan *Indonesian National Shipowners Association (INSA)*. Kesepakatan ini berupa pendapatan pelaut ditetapkan berdasarkan Upah Minimum Provinsi (UMP) dan tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2000, yang menyebutkan Upah minimum bagi awak kapal dengan jabatan

---

<sup>6</sup>Moh Nazir, Metode Penelitian, Ghalia Indonesia, Jakarta, 2005, hal.58

terendah ditetapkan oleh Menteri yang bertanggung jawab di bidang ketenagakerjaan, berdasarkan ketentuan upah minimum tenaga kerja sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan sedikit tambahan dari UMP di darat.

Pengaturan tersebut akan menjadi masalah apabila kapal beroperasi di daerah dengan UMP yang rendah padahal nilai ekonomi atau nilai tambah dari pengoperasian kapal berdampak sangat besar bagi perusahaan. Kontribusi pelaut sebagai pekerja yang sangat besar bagi perusahaan tetapi diberi upah yang tidak setara dengan kontribusi tersebut akan memberikan ketimpangan/kesenjangan ekonomi yang tinggi antara pemilik kapal dengan pekerja. Dengan kata lain pemilik kapal menghisap pekerja untuk memperoleh keuntungan yang besar. Berikut ini akan dipaparkan penentuan standar upah yang berlaku di negara lain sebagai perbandingan dan masukan untuk memperbaiki sistem pengupahan yang ada di Indonesia.

### 1. Asas Keseimbangan dalam Penetapan Upah

Penetapan standar upah yang ditetapkan ILO menggunakan asas keseimbangan. Asas keseimbangan diharapkan dapat menghasilkan standar upah yang tidak memberikan upah yang terlalu rendah sehingga tidak merugikan pekerja dan tidak memberikan upah terlalu tinggi sehingga mengganggu keberlanjutan perusahaan tempat ia bekerja dan mengakibatkan banyak pengangguran. Upah dengan asas keseimbangan tidak hanya memperhatikan kebutuhan pekerja tetapi juga memperhatikan kebutuhan keluarga dan dapat memberikan perlindungan bagi pekerja. Perlindungan bagi pekerja dan keluarga pekerja diberlakukan apabila pekerja mengalami cacat tetap sehingga tidak mampu bekerja lagi maupun pekerja meninggal. Selain itu perlindungan kesehatan yang menghabiskan banyak biaya perawatan. Upah yang tidak sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya diterima oleh pekerja akan mendorong tingkat kemiskinan dan berdampak langsung pada perekonomian nasional dan Pendekatan seimbang dalam Konvensi ILO No. 131 ditekankan dalam Konvensi Penetapan Upah Minimum, 1970 (No. 131), yang di Pasal 3 menyatakan bahwa<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> *Ibid*, Pasal 3

Unsur-unsur yang akan dipertimbangkan dalam menentukan tingkat upah minimum harus, sejauh mungkin dan sesuai dalam kaitannya dengan praktik dan kondisi nasional, mencakup:

- a. kebutuhan pekerja dan keluarganya dengan mempertimbangkan tingkat gaji umum di negara, biaya hidup, tunjangan jaminan sosial, dan standar hidup relatif kelompok sosial lainnya;
- b. faktor ekonomi, termasuk persyaratan pembangunan ekonomi, tingkat produktivitas dan keinginan untuk mencapai dan mempertahankan pekerjaan tingkat tinggi. menghambat pertumbuhan ekonomi<sup>8</sup>.

## 2. Penentuan Upah Minimum

Konvensi No. 131 menyatakan bahwa dalam menentukan tingkat upah minimum, kebutuhan pekerja dan keluarganya harus diperhatikan. Penentuan ini terlepas dari kompleksitas atau kesederhanaan sistem upah minimum yang berlaku. Menilai kebutuhan pekerja dan keluarganya, untuk tujuan menetapkan upah minimum dapat menjadi rumit karena tiga alasan utama yaitu :

- a. Pengukuran tingkat pendapatan minimum,
- b. ukuran rumah tangga, dan
- c. jumlah anggota rumah tangga yang bekerja. Ketiga elemen tersebut dibahas secara rinci di bawah ini.

Pengukuran tingkat pendapatan minimum adalah konsep yang relatif, karena dapat ditafsirkan pada kebutuhan dasar, kebutuhan yang lebih tinggi, dan sebagainya. Definisi dari berbagai jenis kebutuhan ini juga dapat berbeda-beda di setiap negara dan di dalam negara. Misalnya, apakah tunjangan rekreasi harus dianggap sebagai bagian dari kebutuhan dasar atau kebutuhan yang lebih tinggi?. Sulitnya menentukan apa yang merupakan jenis kebutuhan menjelaskan mengapa tidak ada definisi universal yang diterima secara luas. Terlepas dari kenyataan bahwa ada banyak referensi tentang kebutuhan dalam konvensi internasional, perundang-undangan nasional atau bahkan peraturan tingkat perusahaan. Namun secara umum, seiring dengan berkembangnya negara, standar hidup meningkat dan begitu pula definisi kebutuhan.

---

<sup>8</sup> ILO, 1970, Minimum Wage Fixing Convention, International Labour Organization, no.131, p.1

Sebagai titik awal, garis atau ambang kemiskinan nasional, dikombinasikan dengan informasi tentang ukuran rumah tangga dan tingkat partisipasi angkatan kerja, dapat digunakan untuk memperkirakan potensi upah minimum yang cukup tinggi untuk mengangkat rumah tangga keluar dari kemiskinan. Ambang batas kemiskinan menawarkan tolok ukur untuk kebutuhan minimum, biasanya berdasarkan biaya kebutuhan dasar untuk gizi yang memadai dan kebutuhan pokok non-pangan lainnya seperti pakaian, tempat tinggal dan barang-barang lainnya.

Ada garis kemiskinan internasional dan nasional. Garis kemiskinan internasional digunakan untuk tujuan perbandingan internasional. Ini termasuk yang ditetapkan oleh Bank Dunia pada kemampuan daya beli (KDB) yang berkisar 1,25 dolar per hari dan pada 2 dolar PPP per hari. Dolar PPP menunjukkan jumlah mata uang suatu negara yang diperlukan untuk membeli sejumlah barang dan jasa yang sama di pasar domestik seperti yang akan dibeli dolar AS di Amerika Serikat. Sebagai tambahan, meskipun Organisasi Pangan dan Pertanian Perserikatan Bangsa-Bangsa (FAO) tidak memberikan informasi tentang garis kemiskinan, namun menyediakan data untuk negara-negara tertentu tentang ketahanan pangan. Beberapa indikator ketahanan pangan antara lain: kebutuhan energi makanan minimum per negara dan kebutuhan energi makanan rata-rata. Kebutuhan energi makanan minimum adalah jumlah minimum makanan per orang yang dianggap cukup untuk memenuhi kebutuhan energi pada BMI (indeks massa tubuh) minimum yang dapat diterima dari seseorang yang melakukan aktivitas fisik rendah (dinyatakan dalam kilokalori per hari). Kebutuhan makanan rata-rata menghitung jumlah rata-rata energi makanan per orang dinyatakan dalam kilokalori per hari). Jika tidak ada garis kemiskinan, maka dapat digunakan data harga lokal untuk memperkirakan perkiraan jumlah uang tunai yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan diet minimum.

Kenaikan tingkat harga secara umum dan biaya hidup merupakan pertimbangan yang paling sering dalam penyesuaian upah minimum. Ini karena inflasi mengikis nilai riil upah minimum dari waktu ke waktu. Salah satu indikator untuk menangkap perubahan harga adalah indeks harga konsumen (IHK). Indeks ini dapat digunakan untuk melacak evolusi perubahan harga untuk sejumlah barang dan jasa yang dibeli oleh konsumen dari waktu ke waktu. Indeks ini banyak digunakan di sebagian besar negara-negara untuk membantu menghitung besaran kebutuhan dan biaya hidup. Setiap bulan biasanya akan tersedia perubahan harga dalam waktu yang singkat.

Namun, terkadang negara menerbitkan IHK yang berbeda. Beberapa negara mungkin ingin mempertimbangkan IHK yang dihitung untuk rumah tangga termiskin karena mereka termasuk yang paling mungkin terpengaruh oleh upah minimum. Secara khusus, IHK ini memiliki relevansi khusus dalam kasus di mana harga pangan tumbuh lebih cepat daripada harga rata-rata karena rumah tangga miskin biasanya membelanjakan sebagian besar pendapatan mereka untuk makanan. Karena inflasi masa lalu belum tentu akan sama di masa depan, alternatifnya adalah menggunakan prediksi inflasi di masa depan. Namun, seperti kebanyakan prakiraan, perkiraan inflasi masa depan biasanya berbeda dari tingkat inflasi efektif. Dengan demikian, "penyesuaian korektif" ex-post dapat diterapkan jika perkiraan berbeda secara signifikan dari tarif efektif.

### 3. Penentuan Upah Minimum

Konvensi No. 131 menyatakan bahwa dalam menentukan tingkat upah minimum, kebutuhan pekerja dan keluarganya harus diperhatikan. Penentuan ini terlepas dari kompleksitas atau kesederhanaan sistem upah minimum yang berlaku. Menilai kebutuhan pekerja dan keluarganya, untuk tujuan menetapkan upah minimum dapat menjadi rumit karena tiga alasan utama yaitu : a) pengukuran tingkat pendapatan minimum, b) ukuran rumah tangga, dan c) jumlah anggota rumah tangga yang bekerja. Ketiga elemen tersebut dibahas secara rinci di bawah ini.

Pengukuran tingkat pendapatan minimum adalah konsep yang relatif, karena dapat ditafsirkan pada kebutuhan dasar, kebutuhan yang lebih tinggi, dan sebagainya. Definisi dari berbagai jenis kebutuhan ini juga dapat berbeda-beda di setiap negara dan di dalam negara. Misalnya, apakah tunjangan rekreasi harus dianggap sebagai bagian dari kebutuhan dasar atau kebutuhan yang lebih tinggi?. Sulitnya menentukan apa yang merupakan jenis kebutuhan menjelaskan mengapa tidak ada definisi universal yang diterima secara luas. Terlepas dari kenyataan bahwa ada banyak referensi tentang kebutuhan dalam konvensi internasional, perundang-undangan nasional atau bahkan peraturan tingkat perusahaan. Namun secara umum, seiring dengan berkembangnya negara, standar hidup meningkat dan begitu pula definisi kebutuhan.

Sebagai titik awal, garis atau ambang kemiskinan nasional, dikombinasikan dengan informasi tentang ukuran rumah tangga dan tingkat partisipasi angkatan kerja, dapat digunakan untuk memperkirakan potensi upah minimum yang cukup tinggi

untuk mengangkat rumah tangga keluar dari kemiskinan. Ambang batas kemiskinan menawarkan tolok ukur untuk kebutuhan minimum, biasanya berdasarkan biaya kebutuhan dasar untuk gizi yang memadai dan kebutuhan pokok non-pangan lainnya seperti pakaian, tempat tinggal dan barang-barang lainnya.

Ada garis kemiskinan internasional dan nasional. Garis kemiskinan internasional digunakan untuk tujuan perbandingan internasional. Ini termasuk yang ditetapkan oleh Bank Dunia pada kemampuan daya beli (KDB) yang berkisar 1,25 dolar per hari dan pada 2 dolar PPP per hari. Dolar PPP menunjukkan jumlah mata uang suatu negara yang diperlukan untuk membeli sejumlah barang dan jasa yang sama di pasar domestik seperti yang akan dibeli dolar AS di Amerika Serikat. Sebagai tambahan, meskipun Organisasi Pangan dan Pertanian Perserikatan Bangsa-Bangsa (FAO) tidak memberikan informasi tentang garis kemiskinan, namun menyediakan data untuk negara-negara tertentu tentang ketahanan pangan. Beberapa indikator ketahanan pangan antara lain: kebutuhan energi makanan minimum per negara dan kebutuhan energi makanan rata-rata. Kebutuhan energi makanan minimum adalah jumlah minimum makanan per orang yang dianggap cukup untuk memenuhi kebutuhan energi pada BMI (indeks massa tubuh) minimum yang dapat diterima dari seseorang yang melakukan aktivitas fisik rendah (dinyatakan dalam kilokalori per hari). Kebutuhan makanan rata-rata menghitung jumlah rata-rata energi makanan per orang dinyatakan dalam kilokalori per hari). Jika tidak ada garis kemiskinan, maka dapat digunakan data harga lokal untuk memperkirakan perkiraan jumlah uang tunai yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan diet minimum.

Kenaikan tingkat harga secara umum dan biaya hidup merupakan pertimbangan yang paling sering dalam penyesuaian upah minimum. Ini karena inflasi mengikis nilai riil upah minimum dari waktu ke waktu. Salah satu indikator untuk menangkap perubahan harga adalah indeks harga konsumen (IHK). Indeks ini dapat digunakan untuk melacak evolusi perubahan harga untuk sejumlah barang dan jasa yang dibeli oleh konsumen dari waktu ke waktu. Indeks ini banyak digunakan di sebagian besar negara-negara untuk membantu menghitung besaran kebutuhan dan biaya hidup. Setiap bulan biasanya akan tersedia perubahan harga dalam waktu yang singkat. Namun, terkadang negara menerbitkan IHK yang berbeda. Beberapa negara mungkin ingin mempertimbangkan IHK yang dihitung untuk rumah tangga termiskin karena mereka termasuk yang paling mungkin terpengaruh oleh upah minimum. Secara

khusus, IHK ini memiliki relevansi khusus dalam kasus di mana harga pangan tumbuh lebih cepat daripada harga rata-rata karena rumah tangga miskin biasanya membelanjakan sebagian besar pendapatan mereka untuk makanan. Karena inflasi masa lalu belum tentu akan sama di masa depan, alternatifnya adalah menggunakan prediksi inflasi di masa depan. Namun, seperti kebanyakan prakiraan, perkiraan inflasi masa depan biasanya berbeda dari tingkat inflasi efektif. Dengan demikian, "penyesuaian korektif" ex-post dapat diterapkan jika perkiraan berbeda secara signifikan dari tarif efektif.

#### 4. Faktor Ekonomi

Saat menetapkan tingkat upah minimum, pembuat kebijakan harus mempertimbangkan faktor ekonomi. Jika upah minimum ditetapkan terlalu tinggi atau dinaikkan terlalu banyak, hal ini mungkin berdampak besar secara tidak terduga pada biaya tenaga kerja yang harus dibayar pemberi kerja dan. Dampak berikutnya dapat memicu inflasi harga, merugikan ekspor, dan mengurangi tingkat lapangan kerja berakibat banyak PHK. Upah yang terlalu rendah justru menghambat konsumsi rumah tangga dalam negeri. Menurut Konvensi ILO No. 131, faktor ekonomi yang harus dipertimbangkan termasuk, "persyaratan pembangunan ekonomi, tingkat produktivitas, dan keinginan untuk mencapai dan mempertahankan tingkat pekerjaan yang tinggi".

Faktor ekonomi lain yang dapat dipertimbangkan meliputi masalah yang berkaitan dengan daya saing, investasi, harga, dan pertumbuhan ekonomi<sup>9</sup>. Produktivitas tenaga kerja juga dipertimbangkan dalam menetapkan dan menyesuaikan upah minimum, pembuat kebijakan sering kali merujuk pada produktivitas tenaga kerja. Produktivitas tenaga kerja memberikan informasi kontekstual tentang nilai pasar dari apa yang diproduksi oleh rata-rata pekerja di negara, dengan tingkat modal dan teknologi yang ada<sup>10</sup>. Mempertimbangkan produktivitas tenaga kerja dalam penyesuaian rutin juga memastikan bahwa pekerja menerima bagian dari hasil kemajuan. Produktivitas tenaga kerja rata-rata di suatu negara biasanya diukur sebagai PDB per pekerja, atau PDB per jam kerja. Data tentang

---

<sup>9</sup> IOE. 2014. The Minimum Wage, Guidance paper of the International Organisation of Employers

<sup>10</sup> OECD. 2001. Measuring Productivity: OECD Manual, Measurement of aggregate and industry-level productivity growth. Paris, OECD .

produktivitas tingkat sektor juga berguna ketika upah minimum ditetapkan pada tingkat yang berbeda di industri yang berbeda. Namun, di beberapa sektor, mengukur produktivitas tenaga kerja menimbulkan masalah. Misalnya, mengukur nilai tambah di sektor pendidikan atau pekerjaan rumah tangga yang tidak dapat langsung diketahui hasilnya, karena pendidikan merupakan investasi masa depan<sup>11</sup>.

Dalam praktiknya, dalam penyesuaian periodiknya, banyak negara menggunakan beberapa indikator, seperti pertumbuhan PDB atau pertumbuhan PDB per kapita. Di Brasil, undang-undang tersebut menempatkan inflasi harga dan pertumbuhan PDB dalam rumus matematika untuk penyesuaian upah minimum. Negara lain, seperti Costa Rica, menaikkan upah minimum melalui inflasi ditambah bagian dari pertumbuhan ekonomi tahun sebelumnya.

Proporsi pekerja yang terkena dampak dan dampaknya terhadap total upah menjadi pertimbangan berikutnya. Indikator statistik berupa proporsi pekerja yang kemungkinan besar akan terpengaruh oleh penerapan upah minimum atau kenaikan upah minimum yang ada. Indikator ini menangkap dampak yang mungkin ditimbulkan oleh upah minimum terhadap struktur upah secara keseluruhan dan total upah. Proporsi pekerja ini pada akhirnya berakhir pada jumlah angkatan kerja. Jika upah minimum ditetapkan terlalu tinggi, kemungkinan akan mempengaruhi sejumlah besar pekerja dan hal ini dapat berdampak besar pada biaya tenaga kerja yang harus dibayar oleh pengusaha. Dampak berikutnya dapat memicu inflasi harga dan / atau menurunkan level pekerjaan. Proporsi pekerja ini juga dapat menjadi pertimbangan penentuan upah minimum. Proporsi pekerja yang jumlahnya terlalu besar sedangkan kemampuan menyerap pekerja sedikit akan menjadi daya tawar untuk menurunkan upah minimum. Jika proporsi pekerja mengikuti sistem pasar maka akan sulit tercipta keseimbangan dan justru hanya menguntungkan pada pengusaha.

Kepatuhan pengusaha untuk mengikuti upah minimum yang ditetapkan juga dipengaruhi oleh kenaikan upah minimum. Ada kemungkinan besar bahwa upah minimum yang ditetapkan terlalu tinggi akan menghasilkan tingkat kepatuhan yang rendah. Dengan demikian kenaikan upah juga harus memperhatikan kemampuan pengusaha agar tingkat kepatuhan dapat terpenuhi secara optimal.

---

<sup>11</sup>Atkinson. 2005. Atkinson Review: Final Report. Measurement of Government Output and Productivity and the National Accounts. New York, Palgrave Macmillan

Proporsi pekerja yang terkena dampak dapat dihitung di tingkat nasional, regional dan jenis industri. Proporsi ini juga dapat dihitung untuk kelompok pekerja tertentu (seperti berdasarkan jenis kelamin, ras, dan sebagainya). Analisis secara terpisah ini memungkinkan pemahaman yang lebih kaya tentang distribusi upah yang unik untuk setiap bagian atau kelompok pekerja dalam perekonomian. Mereka juga memungkinkan pemahaman yang lebih baik tentang individu, wilayah atau industri yang kemungkinan besar akan atau secara tidak proporsional dipengaruhi oleh upah minimum. Dengan demikian upah minimum perlu dibedakan pada bergantung sektor industri yang dijalankan.

Beberapa perusahaan perorangan, kenaikan gaji bisa menjadi masalah besar. Pada saat yang sama, bahkan selama periode krisis ekonomi, terdapat alasan ekonomi dan sosial yang kuat mengapa pemerintah mungkin ingin mendorong kenaikan upah sejalan dengan pertumbuhan produktivitas rata-rata. Salah satu alasannya adalah bahwa upah yang lebih tinggi bagi pekerja bergaji rendah dapat meningkatkan tingkat konsumsi mereka dan dalam beberapa keadaan menyebabkan permintaan agregat yang lebih tinggi. Saat upah didorong terlalu tinggi, namun ekspor dan investasi dapat menurun, dan permintaan agregat dapat turun.

Salah satu indikator statistik yang berguna dan banyak digunakan adalah rasio upah minimum dengan upah rata-rata atau median. Karena upah rata-rata dipengaruhi oleh nilai-nilai ekstrim, upah rata-rata menjadi acuan yang lebih baik, terutama di negara-negara yang memiliki ketimpangan upah yang tinggi. Indikator ini menunjukkan tingkat upah minimum relatif terhadap upah "pekerja rata-rata", dan upah rata-rata mencerminkan setidaknya sebagian dari tingkat produktivitas rata-rata akan memberikan informasi tentang faktor-faktor ekonomi.

## Kesimpulan

Formulasi kebijakan upah bagi pelaut Indonesia merujuk konvensi (perjanjian) yang ditetapkan oleh ILO dengan menggunakan asas keseimbangan yang menghasilkan standar upah tidak terlalu tinggi dan tidak terlalu rendah. Keseimbangan upah ini tidak hanya mencukupi kebutuhan pekerja, tetapi juga kebutuhan keluarga. Kebutuhan keluarga yang mengandung jaminan sosial, ketercukupan dalam biaya hidup, standar hidup pelaut, pendidikan jenjang pelaut, evaluasi upah minimum dua kali dalam setahun guna menyesuaikan dengan kondisi

inflasi negara, menentukan biaya rata-rata yang dibutuhkan pekerja meliputi biaya makanan, pendidikan jenjang pelaut, biaya partisipasi sosial, faktor kebutuhan gizi, biaya kesehatan dan biaya perumahan serta biaya pokok non pangan seperti pakaian, perabot serta menentukan biaya/incentif investasi bagi pekerja.

### **Daftar Bacaan**

#### **Peraturan Perundang-Undangan :**

ILO, 1970, Minimum Wage Fixing Convention, International Labour Organization,  
no.131

International Labour Organization (ILO), Maritime Labour Convention.

Peraturan Pemerintah No.51 Tahun 2012 Tentang Sumber Daya Manusia Di Bidang  
Transportasi

#### **Buku - buku**

Atkinson. 2005. Atkinson Review: Final Report. Measurement of Government Output and Productivity and the National Accounts. New York, Palgrave Macmillan  
Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, cetakan ketujuh, Kencana, Jakarta,2011.

Moh Nazir,*Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia,Jakarta,2005.

IOE. 2014.The Minimum Wage, Guidance paper of the International Organisation of Employers

OECD. 2001. Measuring Productivity: OECD Manual, Measurement of aggregate and industry-level productivity growth. Paris, OECD .

#### **Website :**

<http://ombudsman.go.id>."Pelaut mayday dan maladministrasi",selasa 07/05/2019  
laman web diakses 10 Oktober 2019, jam 10.00 WIB

<http://web berita Trans.com>. Anies bawesdan, Penetapan UMR Jakarta, Balai Kota, Jakarta. diakses 10 Oktober 2019, jam 13.00 WIB.

# Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 2

September 2021

## Kompetensi Tambahan Dokter Gigi Dalam Peraturan Perundang-Undangan di Indonesia

Dasuki\*

### *Abstract*

*The enactment of the Law on Medical Practice has changed the paradigm of health service delivery, dental practice from administration-based regulation to competency which is the domain of the Indonesian Medical Council (KKI) and Professional Organization, the obligation to follow developments in dental science and technology in Continuing Program Development as a lifelong learning process, for competency recertification and additional competency and competency Registration Certificate (STR) as a form of recognition and authority given after participating in CPD in accordance with applicable legal principles and norms so as not to cause problems in its implementation and can open as wide as possible additional competency programs in order to improve professional competence, as a solution to the limitations of specialized services in Indonesia. This study aims to examine the nature of the additional competencies of dentists and institutions with the authority to provide them in the prevailing laws and regulations in Indonesia. It is a normative juridical study with a statute approach, conceptual approach and comparative approach. The essence of Dentist Additional Competence is competence obtained through CPD as a lifelong learning organized by Professional Organizations and institutions authorized to legalize Additional Dentist Competencies in Indonesia, is the Indonesian Medical Council by issuing Additional Competency Registration Certificates in accordance with Law Number 29 Year 2004 Concerning Medical Practices, Indonesian Medical Council Regulations concerning Additional Authorities of Doctors and Dentists, Indonesian Medical Council Regulations concerning the Registration of Doctors and Dentists, Indonesian Medical Council Regulations concerning Additional Qualifications of Specialists and Dentists.*

**Keywords:** dentist, additional competence, legislation

### *Abstrak*

Lahirnya UU Praktik Kedokteran telah mengubah paradigma penyelenggaraan pelayanan kesehatan, praktik kedokteran gigi dari regulasi berbasis administrasi menjadi kompetensi yang menjadi domain Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Organisasi Profesi, kewajiban mengikuti perkembangan ilmu kedokteran gigi. dan teknologi dalam Pengembangan Program Berkelanjutan sebagai proses pembelajaran

sepanjang hayat, untuk sertifikasi ulang kompetensi dan tambahan kompetensi dan Surat Tanda Registrasi (STR) kompetensi sebagai bentuk pengakuan dan kewenangan yang diberikan setelah mengikuti PKB sesuai dengan prinsip dan norma hukum yang berlaku agar tidak menimbulkan permasalahan dalam pelaksanaannya dan dapat membuka seluas-luasnya program kompetensi tambahan dalam rangka peningkatan kompetensi profesional, sebagai solusi atas keterbatasan pelayanan spesialis di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji sifat dari kompetensi tambahan dokter gigi dan institusi yang memiliki kewenangan untuk menyediakannya dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif dengan pendekatan undang-undang, pendekatan konseptual dan pendekatan komparatif. Hakikat Kompetensi Tambahan Dokter Gigi adalah kompetensi yang diperoleh melalui PPK sebagai pembelajaran sepanjang hayat yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi dan lembaga yang berwenang untuk mengesahkan Kompetensi Tambahan Dokter Gigi di Indonesia, yaitu Konsil Kedokteran Indonesia dengan menerbitkan Tanda Daftar Kompetensi Tambahan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Pendaftaran Dokter dan Dokter Gigi, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Kualifikasi Tambahan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi.

**Kata Kunci:** dokter gigi, kompetensi tambahan, peraturan perundang-undangan

---

\* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

**Correspondence:** Dasuki, Magister Hukum, Universitas Hang Tuah.

### Pendahuluan

Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 34 ayat (3) menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak, hal ini bertujuan untuk memenuhi kewajiban konstitusional yang merupakan kebutuhan dasar warga negara dalam memperoleh kesejahteraan lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana termaktub dalam Pasal 38H ayat (1).

Kesehatan sebagai hak dasar manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang tidak saja merata tetapi juga harus terjangkau dan berkualitas dengan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang sangat luas dan jumlah penduduk yang sangat besar dengan berbagai suku, kebudayaan, strata sosial dan pendidikan yang sangat beragam.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menjelaskan bahwa kesehatan ialah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk terciptanya suatu kesehatan yang mencakup keempat aspek tersebut, diperlukan sumber daya kesehatan, yakni segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi, dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan

teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau oleh masyarakat.<sup>1</sup>

Lahirnya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut Undang-Undang Praktik Kedokteran) membuat perubahan secara prinsip dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan praktik kedokteran bagi dokter dan dokter gigi, yang pertama bahwa sebelumnya penyelenggaraan praktik kedokteran dan kedokteran gigi berbasis administrasi yaitu dengan dikeluarkannya izin praktik dokter dan dokter gigi yang hampir seluruhnya dilakukan oleh pemerintah sedangkan saat ini berbasis kompetensi dimana penyelenggarannya adalah organisasi profesi, Konsil Kedokteran Indonesia (selanjutnya disingkat KKI) dan Pemerintah, yang kedua terkonsentrasi kewenangan ini pada KKI bagi dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran dan kedokteran gigi dengan dilakukannya registrasi berupa Surat Tanda Registrasi sebagaimana diatur Pasal 29 ayat (3) huruf d yaitu untuk memperoleh surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi dan memenuhi persyaratan diantaranya harus memiliki sertifikat kompetensi, yang ketiga adalah tentang kewajiban dokter dan dokter gigi dalam yang Undang-Undang Praktik Kedokteran Pasal 27 menyebutkan Pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi, untuk memberikan kompetensi kepada dokter atau dokter gigi, dilaksanakan sesuai dengan standar pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi; Pasal 28 ayat (1) menyebutkan Setiap dokter atau dokter gigi yang berpraktik wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi dan lembaga lain yang diakreditasi oleh organisasi profesi dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi; ayat (2) Pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi profesi kedokteran atau kedokteran gigi, yang sering kali terjadi adalah dimana ilmu pengetahuan dan teknologi itu perkembangannya lebih cepat dibandingkan dengan peraturan perundang-undangan. Sebagai contoh ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi kosmetik, implant dan perawatan orthodontik telah umum dipelajari, dikuasai dan diterapkan oleh dokter gigi sementara belum diatur di dalam kompetensi dokter gigi, dan yang keempat adalah perubahan pada peraturan dan penyelenggaran Pendidikan Kedokteran dan Kedokteran Gigi dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 Tentang Pendidikan Kedokteran.

Pergeseran pemberian kewenangan dan kewenangan ini bukan tidak menyebabkan permasalahan dan gugatan di dalam penyelenggarannya, terbukti telah dilakukan empat kali gugatan uji materi (*judicial review*) ke Mahkamah Konstitusi (MK) terhadap pelaksanaan Undang-Undang Praktik Kedokteran ini, materi gugatan itu pada muatan kompetensi yang dimaksud dalam undang-undang ini juga terhadap pemberian kewenangan dan kewenangan yang dilakukan oleh KKI, organisasi profesi dokter atau Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) dan penyelenggara pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi di Indonesia yang tergabung dalam Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI) dan Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (AFDOKGI).

Kasus yang terbaru adalah adanya tuntutan pembatalan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 Tentang Pelayanan Radiologi Klinik oleh Kolegium

---

<sup>1</sup>Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2010, h.49.

Dokter Spesialis, Kolegium Dokter Gigi Spesialis, IDI, PDGI dan KKI karena dianggap bukan wewenang Menteri Kesehatan dalam pemberian dan pengaturan kompetensi, hal ini menunjukkan bahwa masih belum adanya kesatuan pemahaman yang baik diantara para pihak mengenai kompetensi dokter dan dokter gigi dan kewenangan siapakah yang berhak di dalam memberikan kompetensi tersebut beserta landasan hukumnya.<sup>2</sup>

Dokter gigi yang merupakan tenaga medis disamping dituntut memiliki kompetensi sebagaimana disyaratkan oleh Undang-Undang juga ada kewajiban untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi sebagaimana diatur oleh Undang-Undang Praktik Kedokteran dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi berupa Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran dan Kedokteran Gigi Berkelanjutan, sebagai bentuk pembelajaran sepanjang hayat. Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran atau Kedokteran Gigi, untuk memberikan kompetensi kepada dokter atau dokter gigi, dilaksanakan sesuai dengan standar Pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi, Pasal 28 ayat (1) menyebutkan setiap dokter atau dokter gigi yang berpraktik wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi dan lembaga lain yang diakreditasi oleh organisasi profesi dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi, ayat (2) menyebutkan pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi profesi kedokteran atau kedokteran gigi.

Rasio dokter gigi di Indonesia masih berbanding 1:24.000 penduduk. Jumlah rasio ideal menurut WHO adalah 1:2000 penduduk. Persebaran dokter gigi 70% masih terpusat di pulau Jawa. Permasalah lain yang dihadapi Indonesia adalah kondisi geografis yang berupa kepulauan yang tidak memungkinkan setiap daerah memiliki dokter gigi.<sup>3</sup> Kondisi semacam ini menyulitkan upaya pemerintah dalam meningkatkan pembangunan kesehatan di Indonesia secara merata sebagaimana juga diamanatkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yaitu bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Terbatasnya lulusan maupun lamanya pendidikan dokter gigi spesialis dan kurikulum pendidikan dokter gigi spesialis di institusi kedokteran gigi maka pemberian kompetensi tambahan dokter gigi, diharapkan bisa menjawab dan memberi solusi akan kebutuhan dokter gigi yang mempunyai keahlian memadai dalam melayani kebutuhan kesehatan masyarakat secara luas baik yang dilakukan dokter gigi secara mandiri maupun yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit baik pemerintah maupun swasta sebagaimana disyaratkan dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Setiap dokter gigi yang akan menjalankan profesinya wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai bukti tertulis dari Konsil Kedokteran

<sup>22</sup><https://www.cnnindonesia.com/nasional/20201124172047-12-573939/permendikbud-pelayanan-radiologi-terawan-digugat-ke-ma>, Diakses 5 Januari 2021 jam 23.30 WIB.

<sup>3</sup>Ratih Anbarini, *Jumlah Dokter Gigi Di Indonesia Jauh Dari Ideal*, dalam <http://news.unpad.ac.id>, Diakses 28 Agustus 2020, jam 22.15 WIB.

Indonesia (KKI) sebagaimana di atur dalam Pasal 1 ayat (3), (7) dan (8) Peraturan KKI Nomor 6 Tahun 2011 Tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat kompetensi tambahan, kualifikasi atau kualifikasi tambahan dan kewenangan tambahan serta diakui secara hukum untuk melakukan tindakan profesinya.

Tantangan pada era global menjadikan perkembangan praktik kedokteran semakin dinamis, disertai berbagai permasalahannya. Pada hakikatnya praktik kedokteran bukan hanya interaksi antara dokter, dokter gigi dengan pasiennya, namun lebih luas mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap yang sesuai standar profesi kedokteran saat memberikan pelayanan. Pengawalan profesionalisme dokter dan dokter gigi adalah salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melindungi masyarakat, serta memberikan kepastian hukum bagi masyarakat, dokter dan dokter gigi. Profesionalisme adalah kompetensi untuk melaksanakan tugas dan fungsinya secara baik dan benar dan juga komitmen dari para anggota dari sebuah profesi untuk meningkatkan kemampuan.<sup>4</sup>

Dengan demikian seorang dokter dan dokter gigi akan mempunyai kompetensi akademik profesional yang diperoleh melalui pendidikan profesi yang didasari oleh pendidikan akademik, sehingga setelah selesai pendidikannya akan memiliki kemampuan melaksanakan praktik sesuai dengan keahliannya, bersikap profesional, dengan selalu membekali dirinya dengan pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sangat pesat.<sup>5</sup> Hal ini juga menjadi tuntutan dokter dan dokter gigi sebagaimana Pasal 22 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 tahun 2011 yang menyatakan bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran harus sesuai dengan kewenangan dan kompetensi yang dimiliki.

Dalam rangka memberikan pelindungan hukum dan kepastian hukum kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan, baik yang melakukan pelayanan langsung kepada masyarakat maupun yang tidak langsung, dan kepada masyarakat penerima pelayanan itu sendiri, diperlukan adanya landasan hukum yang kuat sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.<sup>6</sup> Pasal 1 ayat (11) Undang-Undang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa 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. Upaya untuk meningkatkan kompetensi dokter gigi dalam kurikulum pendidikan di institusi kedokteran gigi dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan permasalahan kesehatan gigi sesuai konteks Indonesia dalam penyusunan standar kompetensi dokter gigi.<sup>7</sup>

Negara-negara maju dalam bidang kedokteran dan kedokteran gigi seperti Amerika, negara-negara di Eropa dan Asia juga telah melakukan perubahan dan menerapkan kurikulum kedokteran dan kedokteran gigi yang berbasis kompetensi

<sup>4</sup><http://sehatnegeriku.kemkes.go.id>, Diakses 23 Nopember 2020, jam, 23.00 WIB.

<sup>5</sup>Soekidjo Notoadmojo, *Op.cit.*, h. 13.

<sup>6</sup>*Ibid.*, h. 218.

<sup>7</sup>Rena Puji Erin, Mora Claramita, Efrayim Suryadi, Jurnal, Analisis Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia Sebagai Acuan Kurikulum Pendidikan Kedokteran Gigi, UGM, *Jurnal online*, 2017. h.8.

yang akan dipakai sebagai perbandingan dalam penelitian tentang kompetensi tambahan dibidang kedokteran gigi di Indonesia ini, sehingga kita mendapatkan gambaran tentang batasan kompetensi dibidang kedokteran gigi dan bagaimana cara penyusunannya di dalam Kurikulum Kedokteran Gigi Indonesia yang juga dipakai oleh KKI bersama AFDOKG dalam penyusunan *Kurikulum Kedokteran Gigi Indonesia dan Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia* sebagai rujukan.<sup>8</sup>

Menyadari pentingnya kompetensi tambahan kepada dokter gigi dengan mengkaji tentang landasan hukum, hakikat maupun lembaga yang berwenang memberikan kompetensi tambahan dokter gigi ini sehingga apakah kompetensi tambahan dokter gigi ini diperlukan atau justru merupakan jalan keluar dalam mengatasi berbagai persoalan yang berhubungan dengan pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi juga karena terbatasnya dokter gigi spesialis dan luasnya wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Oleh karena itu kewenangan, kualifikasi dan kompetensi yang secara normatif melekat pada dokter gigi, harus disertai tambahan perangkat hukum yang lain sebagai landasan yuridis apabila akan diberi kompetensi tambahan. Pemberian kompetensi tambahan kepada dokter gigi, meskipun memiliki argumentasi dalam mengatasi kekurangan dokter gigi spesialis, harus dipertimbangkan secara komprehensif terutama berkaitan dengan standar profesi, institusi atau lembaga pendidikan dan kewenangan dalam kompetensi tambahan tersebut sehingga mempunyai kepastian dan dasar hukum yang jelas.

### Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif yaitu penelitian yang membahas doktrin-doktrin atau azas-azas dalam ilmu hukum, dengan mencari pemecahan atas isu hukum untuk mengadakan identifikasi terhadap pengertian pokok dasar hak dan kewajiban, peristiwa hukum, hubungan hukum dan obyek hukum. Penelitian ini mengkaji pada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan tertentu secara hukum tertulis dan sistematis. Dalam penelitian ini, peneliti mengkaji pada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan.<sup>9</sup> Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) yaitu pendekatan yang mengkaji tentang asas-asas hukum, norma-norma hukum dan peraturan perundang-undangan.
- b. Pendekatan konseptual (*conceptual approach*) yaitu mengadakan identifikasi terhadap pengertian-pengertian pokok dasar dalam hukum yakni subyek hukum, kewenangan, hak dan kewajiban, peristiwa hukum, hubungan hukum dan obyek hukum.<sup>10</sup>
- c. Pendekatan komparatif (*comparative approach*) yaitu pendekatan perbandingan dimaksudkan sebagai bahan pembanding dengan memperhatikan praktik negara lain untuk diambil prinsip hukum yang bersifat universal. Perbandingan dilakukan

---

<sup>8</sup>Konsil Kedokteran Indonesia, *Standar Kompetensi Kedokteran Gigi Indonesia*, Cetakan Petama, KKI, Jakarta, 2006, h.32.

<sup>9</sup>Joko Subagyo, *Metode Penelitian Hukum Dalam Teori dan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta, 2011, h. 11.

<sup>10</sup>Soejono Soekamto, *Pengantar Penelitian Hukum*, Universitas Indonesia, Jakarta, 1984, h. 252.

terhadap beberapa negara maju yang terkait dengan aturan kompetensi dokter gigi seperti Amerika Serikat dan Korea Selatan.

### Analisis dan Diskusi

#### A. Hakikat Kompetensi Tambahan Dokter Gigi Dalam Peraturan Perundang-Undangan

Berdasarkan Pasal 1 Surat Keputusan Menteri Pendidikan Nasional No. 045/U/2002 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi, yang dimaksud dengan Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas, penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas di bidang pekerjaan tertentu. Kompetensi sebagai "seperangkat tindakan cerdas yang penuh tanggungjawab" menunjukkan bahwa hakikat dasar Kompetensi adalah sebuah kemampuan yang diperoleh dari integrasi 3 domain, yaitu :

- a) *cerdas*, sebagai kemampuan kognitif yang merupakan buah piker intelektual;
- b) *tindakan*, sebagai kemampuan psikomotorik,
- c) *bertanggung jawab*, merupakan kemampuan afektif sebagai buah perilaku dan sikap.

Wardiman Djojonegoro (1996), Kompetensi merupakan karakteristik dasar yang dimiliki oleh seorang individu yang berhubungan secara kausal dengan standar penilaian yang tereferensi pada performansi yang superior atau pada sebuah pekerjaan. Karakteristik dasar dari kompetensi yang dimaksud adalah:

1. Motivasi (*motives*), sesuatu yang secara konsisten menjadi dorongan, dipikirkan, atau diinginkan seseorang untuk kemudian menjadi penyebab munculnya suatu tindakan.
2. Bawaan (*trait*) merupakan suatu kecenderungan untuk secara konsisten merespons situasi atau informasi yang diterima individu.
3. Konsep diri (*self concept*), perilaku, nilai, sifat, yang menggambarkan pribadi seorang individu.
4. Pengetahuan (*knowledge*), keahlian yang dimiliki seseorang individu berdasarkan informasi yang dimiliki pada suatu bidang tertentu.
5. Keterampilan (*skill*), kepandaian atau kemampuan untuk melakukan suatu aktivitas mental maupun fisik tertentu.<sup>11</sup>

Wardiman Djojonegoro (1996) membagi kompetensi menjadi beberapa kelompok, yaitu kelompok prestasi dan tindakan (*achievement and action*), menolong dan melayani orang lain (*helping and human service*), kekuatan pengaruh (*impact and influence*), manajerial, kognitif dan efektivitas pribadi (*personal effectiveness*).<sup>12</sup>

Menurut Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 45 Tahun 2002 Tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi, yang dimaksud kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas, tanggungjawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat utama untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dalam bidang pekerjaan tertentu. Standar Kompetensi bagi penyelenggaraan pendidikan profesi dokter gigi mengandung pengertian sebagai kriteria minimal yang harus dicapai oleh setiap lulusan institusi pendidikan dokter gigi di Indonesia agar

<sup>11</sup> Wardiman Djojonegoro, *Ketrampilan Menjelang 2020 Untuk Era Global*, Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, 1996, h.11.

<sup>12</sup> *Ibid.*, h.12

para lulusannya dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan mutu yang setara.<sup>13</sup>

Kompetensi menunjukkan kemampuan atau kesanggupan untuk bertindak sebagai profesional didasarkan pendidikan dan pelatihan yang telah ditempuh.<sup>14</sup> Kompetensi, terdiri atas tiga unsur yang saling terkait, yaitu: pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), dan sikap profesional (*attitude*). Seseorang untuk dapat dikatakan telah kompeten terhadap suatu tindakan atau pekerjaan apabila yang bersangkutan telah memiliki cukup pengetahuan yang mendasari tindakannya, telah melihat dan melakukan tindakan tersebut di bawah pengawasan ahlinya, dan mampu bersikap profesional ketika melakukan tindakan. Untuk itu diperlukan pendidikan dan pelatihan yang memadai bagi seorang profesional sebelum yang bersangkutan diperbolehkan untuk melakukan pekerjaan keprofesiannya.<sup>15</sup>

Dokter gigi mendapatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan yang diikuti. Pendidikan kedokteran gigi memiliki ciri tersendiri dibandingkan dengan pendidikan lainnya di mana pendidikan profesi dokter gigi merupakan kelanjutan yang tak terpisahkan dari pendidikan sarjananya. Pendidikan formal kedokteran gigi umumnya dapat ditempuh dalam 5 tahun yang terdiri atas pendidikan sarjana 3,5 tahun dan pendidikan profesi 1,5 tahun. Setelah menyelesaikan pendidikan ini dan mendapatkan gelar "Dokter Gigi".

Kompetensi seorang dokter gigi secara formal dibuktikan oleh sertifikat kompetensi yang menyatakan bahwa yang bersangkutan telah diaukui kompetensinya dalam bidang tertentu. Seseorang yang menyelesaikan pendidikan kedokteran gigi dan lulus uji kompetensi nasional untuk pertama kalinya akan menerima sertifikat profesi dan sertifikat kompetensi sekaligus. Sertifikat Profesi diterbitkan oleh Perguruan Tinggi terkait dan berlaku seumur hidup, sedangkan Sertifikat Kompetensi diterbitkan oleh kolegium dokter terkait dan berlaku untuk jangka waktu tertentu. Sertifikat kompetensi yang telah habis masa berlakunya perlu diperbarui atau dilakukan resertifikasi. Resertifikasi dilakukan untuk memastikan bahwa dokter gigi yang bersangkutan masih kompeten untuk melakukan praktik kedokteran gigi. Proses resertifikasi dilaksanakan melalui penilaian terhadap pencapaian portofolio Program Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P3KGB) atau *Continuing Development Program* (CPD) dan Ujian Kompetensi. Undang-Undang Praktik Kedokteran mengamanahkan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan berbagai pihak terkait (*stakeholders*) menuju tercapainya pelayanan kesehatan yang bermutu, dengan konsep dasar melindungi masyarakat (*protecting the people*), membimbing dokter (*guiding the doctors*), serta memberdayakan institusi pendidikan dan profesi (*empowering the institution and profession*).

Dalam melaksanakan praktik kedokteran, seorang dokter sangat rentan bersinggungan dengan dunia hukum. Hal ini disebabkan karena profesi ini memiliki hubungan erat dengan kondisi keselamatan seseorang. Menyadari akan kondisi ini, maka dokter pun memiliki hubungan hukum dalam melaksanakan tugas dan wewenangnya, yang mana tidak dimiliki oleh profesi lainnya. Misalnya, dalam hal

---

<sup>13</sup> Konsil Kedokteran Indonesia, Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia, KKI, Jakarta, 2015, h.6.

<sup>14</sup>*Ibid.*, h.7.

<sup>15</sup>*Ibid.*, h.8.

melakukan tindakan medis terhadap pasien.<sup>16</sup> Menurut ketentuan Pasal 39 Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan kesepakatan antara dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam upaya untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Dari ketentuan tersebut dapat diketahui bahwa unsur-unsur penyelenggaraan praktik kedokteran, yaitu:

- a. Dilaksanakan berdasarkan kesepakatan antara dua subyek hukum
- b. Subyek hukumnya adalah dokter dan pasien
- c. Obyek perikatannya adalah upaya dalam hal pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Kesepakatan adalah esensi dari asas konsensuil yang mengikat para pihak yang melakukannya. Dalam hubungannya dengan praktik kedokteran, maka kesepakatan yang dimaksud adalah dasar terjadinya atau timbulnya kewajiban hukum dokter untuk memberikan pelayanan medis sesuai yang dibutuhkan pasien. Kesepakatan yang terjadi antara dokter dan pasien bukanlah hasil negosiasi seperti dalam transaksi bisnis, melainkan hasil dari wawancara pengobatan yang sekarang disebut komunikasi terapeutik. Dalam perspektif hukum, jenis perikatannya dikategorikan sebagai "*inspannings-verbintenis*" dan diartikan sebagai perikatan ikhtiar atau upaya yang dilakukan dengan kesungguhan niat.

Transaksi terapeutik merupakan suatu proses komunikasi antara dokter dan pasien yang objeknya berupa upaya penyembuhan.<sup>17</sup> Pelaksanaan praktik kedokteran menuntut adanya kompetensi dan kewenangan dokter dalam memberikan pelayanan medis dalam rangka upaya penyembuhan pasien.<sup>18</sup>

Sebagai konsekuensinya, profesi dokter gigi dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu, benar secara ilmiah dan baik dari aspek etik dan hukum. Setiap dokter gigi wajib menunjukkan kinerja yang prima (*best practices*) pada waktu melakukan pelayanan. Untuk itu disusun kompetensi profesi dokter gigi yang berlandaskan akademik-profesional, selain memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, juga memperhatikan perubahan paradigma pelayanan kesehatan dan perubahan pola hubungan dokter-pasien yang demokratis. Kemauan dan kemampuan belajar aktif dan mandiri yang berbasis pada *student-centered learning* harus dibina sejak awal program pendidikan dan sepanjang proses pendidikan sehingga dapat ditumbuhkan dan dibina sikap dan kemampuan belajar secara berlanjut sesuai asas belajar sepanjang hayat dan hakikat profesi kedokteran gigi.

Dalam kaitannya dengan kompetensi tambahan Dokter Gigi terhadap praktik dokter gigi sehubungan dengan adanya Standar Kompetensi dari Konsil Kedokteran Gigi, pembahasan akan difokuskan pada konsep peraturan, penetapan, dan keputusan. Penggunaan istilah peraturan, penetapan, dan sering kali tidak terlalu diperhatikan oleh banyak pihak pada saat melakukan pembentukan hukum. Padahal terdapat perbedaan konsep mendasar yang berakibat pada keberlakuan dari ketiga produk hukum tersebut. Menjadi penting untuk dipahami perbedaan di antara

<sup>16</sup>Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002, h. 134-139.

<sup>17</sup>Veronica Komalawati, *Hukum dan Etika dalam Praktek Dokter*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1989, h. 84.

<sup>18</sup>Ibid., h.85

ketiganya sehingga penerapan dari ketiga produk hukum tersebut menjadi tepat. Kesalahan atau kekeliruan dalam prosedur pembentukan hukum akan berimplikasi pada keabsahan hukum itu sendiri.

Diberlakukannya Undang-Undang Praktik Kedokteran menjadi paradigma baru dalam penyelenggaraan Praktik Kedokteran, karena sebelum diberlakukannya Undang-Undang Praktik Kedokteran tersebut, penyelenggaraan Praktik Kedokteran menggunakan basis administratif dengan menerbitkan Surat Ijin Dokter sedangkan setelah berlakunya Undang-Undang Praktik Kedokteran menjadi berbasis kompetensi dengan diterbitkannya Surat Tanda Registrasi (STR) bagi Tenaga Medis.

Sedangkan untuk mendapatkan STR membutuhkan persyaratan yang harus dipenuhi.<sup>19</sup> Hal tersebut juga berakibat pada perubahan dalam standar kompetensi dokter gigi, kurikulum kedokteran gigi, institusi penyelenggara kedokteran gigi, lembaga yang berwenang memberikan kompetensi pada dokter gigi dan juga dalam peraturan penyelenggaranya. Baik itu terdapat didalam suatu peraturan maupun keterkaitan peraturan perundang-undangan yang satu dengan yang lainnya.

## B. Kewenangan Dalam Memberikan Kompetensi Tambahan Dokter Gigi

Kewenangan adalah apa yang disebut kekuasaan formal, kekuasaan yang berasal dari Kekuasaan Legislatif (diberi oleh Undang-Undang) atau dari kekuasaan Eksekutif/Administratif. Kewenangan adalah kekuasaan terhadap segolongan orang-orang tertentu atau kekuasaan terhadap sesuatu bidang pemerintahan (atau bidang urusan) tertentu yang bulat, sedangkan wewenang hanya mengenai sesuatu onderdil tertentu saja. Di dalam kewenangan terdapat wewenang-wewenang. Wewenang adalah kekuasaan untuk melakukan kewenangan yang dapat diperoleh dari 3 (tiga) cara, yakni diperoleh secara atribusi, delegasi, dan mandat. Kewenangan atribusi diperoleh melalui Undang-Undang, kewenangan non-atributif diperoleh dari mandat ataupun delegasi.

Standar kompetensi bagi penyelenggaraan pendidikan kedokteran gigi merupakan kriteria minimal yang harus dicapai oleh setiap mahasiswa lulusan institusi pendidikan dokter gigi di Indonesia. Sedangkan Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia merupakan standar yang setara, saling terkait dan tidak terpisahkan dari Standar Pendidikan Profesi Dokter Gigi Indonesia, yang disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (Pasal ayat 1 Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 40 Tahun 2015 tentang Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia). Untuk mengetahui kedudukan dari Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia, perlu dilihat dari kedudukan Konsil Kedokteran Indonesia. Menurut Pasal 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Konsil Kedokteran Indonesia adalah suatu badan otonom, mandiri, nonstruktural, dan bersifat independen, yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi, dan lebih lanjut Pasal 4 ayat (2) menjelaskan bahwa Konsil Kedokteran Indonesia bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Nampak disini bahwa tidak ada yang bisa mengintervensi Konsil Kedokteran Indonesia selain presiden. Merujuk pada Pasal

---

<sup>19</sup>Konsil Kedokteran Indonesia, *Standar Kompetensi Dokter Gigi*, KKI, Jakarta, 2006, h.2.

8 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, maka Konsil Kedokteran Indonesia termasuk dalam kategori lembaga setingkat Menteri dan juga diamanahkan oleh undang-undang. Hal ini nampak dari pertanggung jawaban Konsil Kedokteran Indonesia yang langsung kepada Presiden, serta adanya wewenang untuk membuat dan mengesahkan standar kompetensi yang termuat dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran. Jadi dapat disimpulkan dalam hal ini bahwa kedudukan dari Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia setingkat dengan Peraturan Menteri.

Dalam praktik kedokteran gigi, peraturan dari Konsil Kedokteran Indonesia bersifat lebih khusus dan memiliki peran lebih penting. Hal ini dikarenakan Konsil Kedokteran Indonesia memiliki banyak wewenang dalam praktik kedokteran gigi. Hal ini nampak dalam Pasal 8 Undang-Undang Praktik kedokteran yang memuat wewenang dari Konsil Kedokteran Indonesia antara lain:

- a. Menyetujui dan menolak permohonan registrasi dokter dan dokter gigi;
- b. Menerbitkan dan mencabut surat tanda registrasi dokter dan dokter gigi;
- c. Mengesahkan standar kompetensi dokter dan dokter gigi;
- d. Melakukan pengujian terhadap persyaratan registrasi dokter dan dokter gigi;
- e. Mengesahkan penerapan cabang ilmu kedokteran dan kedokteran gigi;
- f. Melakukan pembinaan bersama terhadap dokter dan dokter gigi mengenai pelaksanaan etika profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi; dan
- g. Melakukan pencatatan terhadap dokter dan dokter gigi yang dikenakan sanksi oleh organisasi profesi atau perangkatnya karena melanggar ketentuan etika profesi.

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 48 Tahun 2010 Tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi, Pasal 3 Pemberian kewenangan tambahan kepada dokter dan dokter gigi bertujuan untuk:

- a. pemenuhan dan pemerataan kebutuhan pelayanan kedokteran spesialistik dan kedokteran gigi spesialistik sesuai kebutuhan bagi masyarakat di daerah tertentu
- b. mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kedokteran gigi.

Pasal 4 ayat (1) Kewenangan tambahan diberikan kepada dokter dan dokter gigi pada daerah tertentu berdasarkan program Pemerintah dan/atau sesuai kebutuhan. (2) Sesuai kebutuhan sebaqairnana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri. (3) Kewenangan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan sesuai dengan kompetensi tambahan. Pasal 5 ayat (1) Kompetensi tambahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (3) diperoleh dari pendidikan dan/atau pelatihan yang khusus diadakan untuk itu. (2) Pendidikan dan/atau pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh institusi atau lembaga yang diakui Pemerintah dan kolegium terkait.

Pasal 6 ayat (1) Standar pendidikan dan/atau pelatihan untuk kompetensi tambahan disusun oleh kolegium terkait. (2) Penyusunan standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (3) Standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disahkan oleh KKI. Pasal 8 ayat (1) Dokter dan dokter gigi yang lulus selah mengikuti pendidikan dan/atau pelatihan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 diberikan sertifikat kompetensi tambahan. Pasal 9 Pemberian sertifikat kompetensi tambahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 merupakan pemberian kewenangan tambahan.

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Registrasi Kualifikasi Tambahan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis, Pasal 1 ayat (10) Sertifikat Kompetensi Tambahan adalah surat pernyataan telah lulus pendidikan tambahan yang diselenggarakan berdasarkan standar pendidikan dan standar kompetensi yang diterbitkan oleh kolegium terkait dan disahkan oleh KKI. Ayat (15) Kolegium adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu di bidang kedokteran dan kedokteran gigi yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut. Pasal 9 ayat (4) Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis dengan Kualifikasi Tambahan dapat mengajukan permohonan STR KT berdasarkan Sertifikat Kompetensi Tambahan dari Kolegium. Pasal 10 STR KT yang diberikan oleh KKI kepada Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis bukan merupakan persyaratan penerbitan Surat Izin Praktik.

Tenaga medis memiliki kewenangan profesi (*profession authority*) yang bukan berasal dari kewenangan atau otoritas eksekutif (*executive authority*). Maka dengan karakteristik sedemikian khusus seperti ini, dokter dan dokter gigi secara alamiah munculah kepercayaan publik (*public trust*) dan kepercayaan negara.<sup>20</sup>

KKI telah diakui sebagai *Professional Medical Regulatory Authority* (PMRA) dan *Professional Dental Regulatory Authority* (PDRA) di dunia Internasional, antara lain di 10 negara anggota ASEAN, dan merupakan anggota *Medical Council Network of World Health Organization, South-East Asia Regional* (WHO-SEAR) sejak tahun 2007 dan sebagai anggota dari *International Association of Medical Regulatory Authority* (IAMRA) sejak tahun 2010. KKI memiliki legalitas hukum universal sebagaimana Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi di berbagai Negara, antara lain di Inggris, New Zealand, Singapore, Malaysia, Thailand, Kamboja dan lainnya.

Dalam Piagam ASEAN Mutual Recognition Arrangement (MRA) for Medical Practitioners and Dental Practitioner yang ditandatangani oleh 10 Negara ASEAN pada Tahun 2009, KKI selaku PMRA dan PDRA berperan penting dalam memfasilitasi mekanisme perpindahan jasa dokter dan dokter gigi sesuai roadmap ASEAN MRA 2016-2025, serta berwenang untuk merekognisi kualifikasi, kompetensi dan registrasi dokter dan dokter gigi serta dokter dan dokter gigi asing yang akan praktik kedokteran di Indonesia maupun di Negara ASEAN.<sup>21</sup>

### Kesimpulan

Hakikat Kompetensi Tambahan Dokter Gigi dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia adalah kompetensi yang diperoleh melalui kewajiban mengikuti Program Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P3KGB). Kewajiban pembelajaran sepanjang hayat yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi selama waktu tertentu sesuai dengan kurikulum pendidikan dan pelatihan diluar Institusi Pendidikan Kedokteran Gigi dalam rangka peningkatan kompetensi Dokter Gigi untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi. Ketentuan tersebut sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran Pasal 27, Peraturan Konsil Kedokteran

<sup>20</sup>Mahkamah Konstitusi, *Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 1/PUU-VIII/2010*, Jakarta, 2010, h.153

<sup>21</sup><https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-439505-4tahunan-549.pdf>, Diakses 26 Desember 2020, jam 20.15 WIB.

Indonesia Nomor 48 Tahun 2010 Tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi, Pasal 4 ayat (3), Pasal 5 ayat (1) dan (2), Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Kualifikasi Tambahan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis, Pasal 1 ayat (10).

Lembaga yang berwenang memberikan kompetensi tambahan adalah Konsil Kedokteran Indonesia. KKI berwenang mengesahkan Kompetensi Tambahan Dokter Gigi di Indonesia, dengan menerbitkan Surat Tanda Registrasi (STR) dengan Kompetensi Tambahan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Pasal 8 huruf b dan c, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 48 Tahun 2010 Tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi, Pasal 4 ayat (3), Pasal 5 ayat (1), Pasal 8 ayat (1) dan (2), Pasal 9; Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 6 Tahun 2011 Tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi, Pasal 15 ayat (1) dan (2), Pasal 17; Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Kualifikasi Tambahan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis, Pasal 1 ayat (10).

Oleh karena itu evaluasi kurikulum Pendidikan Kedokteran Gigi oleh AFDOKGI dalam menghadapi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi untuk menghasilkan lulusan dokter gigi dengan kualifikasi yang kompeten menghadapi persaingan global dengan membuka akses dan program kompetensi tambahan dokter gigi sesuai dengan disiplin dan peminatan yang berkembang di dunia kedokteran gigi. Selain itu, Konsil Kedokteran Indonesia sebagai badan atau lembaga yang berwenang mengesahkan Kompetensi Tambahan Dokter Gigi juga berusaha secara aktif untuk berinisiatif, mendorong dan meningkatkan program Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran Gigi Berkelanjutan yang selama ini merupakan domain dari Kolegium Organisasi Profesi dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia.

## Daftar Bacaan

- Erin, Rena Puji, Mora Claramita, Efrayim Suryadi, Jurnal, Analisis Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia Sebagai Acuan Kurikulum Pendidikan Kedokteran Gigi, UGM, *Jurnal online*, 2017.
- Djojonegoro, Wardiman. *Keterampilan Menjelang 2020 Untuk Era Global*, Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, 1996
- Komalawati, Veronica. *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Hukum dan Etika dalam Praktek Dokter*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1989.
- Konsil Kedokteran Indonesia, *Standar Kompetensi Kedokteran Gigi Indonesia*, Cetakan Petama, KKI, Jakarta, 2006
- Konsil Kedokteran Indonesia, *Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia*, KKI, Jakarta, 2015.
- Konsil Kedokteran Indonesia, *Standar Kompetensi Dokter Gigi*, KKI, Jakarta, 2006
- Mahkamah Konstitusi, *Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 1/PUU-VIII/2010*, Jakarta, 2010.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2010.
- Subagyo, Joko. *Metode Penelitian Hukum Dalam Teori dan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta, 2011
- Soekamto, Soejono. *Pengantar Penelitian Hukum*, Universitas Indonesia, Jakarta, 1984.

<https://www.cnnindonesia.com/nasional/20201124172047-12-573939/permendikbud-pelajaran-radiologi-terawan-digugat-ke-ma>, Diakses 5 Januari 2021 jam 23.30 WIB.

Ratih Anbarini, *Jumlah Dokter Gigi Di Indonesia Jauh Dari Ideal*, dalam <http://news.unpad.ac.id>, Diakses 28 Agustus 2020, jam 22.15 WIB.

<http://sehatnegeriku.kemkes.go.id>, Diakses 23 Nopember 2020, jam, 23.00 WIB.

<https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-439505-4tahunan-549.pdf>, Diakses 26 Desember 2020, jam 20.15 WIB.

## Legal Aspects of Genetically Modified Food Product Safety for Health in Indonesia

**Abdullah Khamdi, Dian Anggraini Wikamorys, Waty Anton dan Mokhamad Khoirul Huda\***

### *Abstract*

*Genetic Engineering is the transplantation of one gene to another, both between genes and across genes, to produce valuable products for living beings. The rapid growth of genetic engineering in Indonesia and Genetically Modified (GM) food products has raised many worries and issues about these foods posing a health risk when consumed. Concerns about GM food products are increasing, including the possibility of allergic reactions, gene transfer, and outcrossing. Indonesia is one of the countries that has accepted the Cartagena Protocol, a security protocol designed to protect biodiversity from the potential risk posed by genetically modified organisms created by contemporary biotechnology. The writer, through this study, would like to convey the extent to which the existing regulations in Indonesia regarding GM food product safety for public health and how the government's responsibility in GM food product safety is for public health. As a result of this study, GM food products had been regulated by law, and the establishment of a Biosafety Commission was one form of government responsibility for preserving the safety of GM food products for public health.*

**Keywords:** food, genetic engineering, cartagena protocol

\* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

**Correspondence:** Abdullah Khamdi, Magister Hukum, Universitas Hang Tuah.

### **Introduction**

Technology in the food supply has developed rapidly, especially in developed countries, such as the United States, Canada, England, Australia, etc. The research discovered a breakthrough in the form of Genetically Modified Organisms (GMOs), which may be utilized to solve the problem of food shortages swiftly, but there are still safety concerns. Internationally, the European Union and international organizations such as the Codex Alimentarius Commission (CAC) play a significant role in raising concerns about the consumption of Genetically Modified (GM) foods and the need for labelling and regulation of GM products (FAO, 2001). CAC is an intergovernmental organization founded by the Food and Agricultural Organization (FAO) and the World Health Organization (WHO) with 163 countries members.<sup>1</sup>

Traditional and modern biotechnology are the two types of biotechnology. Traditional biotechnology is the use of microorganisms (organisms) to alter materials and the environment in order to get optimal results. The making process of Tempe (fermented soybean cake), Tape (fermented cassava) and bread are examples of traditional biotechnology. Meanwhile, modern biotechnology employs human abilities to manipulate biological organisms to create the desired result, such as through genetic engineering procedures.<sup>2</sup> Genetic Engineering is the transplantation of one gene to another, both between genes and across genes, to produce useful for living things. Initially, genetic Engineering was used to produce ideal creatures; for example, tomatoes that could not be grown in low-temperature locations were designed to become frost-resistant plants with a longer growing season and the ability to be cultivated in any weather.<sup>3</sup> It is only done on plants to solve the problem of food shortages, and in its development, genetic engineering is used for plants and animals and has also evolved in humans. It is also commonly utilized in agricultural food technologies to increase production and quality and post-harvest improvements. Biotechnological plants authorized for use in food are modified to have traits such as (1) pest and disease resistance, (2) herbicide resistance, (3) nutritional content engineering, and (4) improved shelf life (Manuhara, 2006).<sup>4</sup>

Controversy over genetically modified products (from now on abbreviated as GM products) is still happening today. Several worldwide challenges have surfaced, including the dangers of genetically engineered foods for health. In 1996, WHO discovered a new type of chemical contained in transgenic organisms and their products. These chemicals resulted in new illnesses, such as the AAD gene, which was discovered in transgenic cotton and may be passed on to bacteria that cause gonorrhea.<sup>5</sup> GM product continues to bring up pros and cons in the community. According to agreed people, GM products can be useful in reducing the use of plant chemicals, overcoming food shortages, and being able to produce good quality food, yet, on the other hand, the disagreed people see the safety of GM products cannot be proven for consumption since it is thought to have a detrimental impact on health when ingested, as well as a destructive impact on the environment and the inability to improve lucrative yields.<sup>6</sup>

Imported genetically modified crops currently circulating in Indonesia include soybeans, corn, and potatoes. Most of the population in Indonesia daily consume Tempe (fermented soybean cake) and tofu as vegetable side dishes. According to Young and Lewis (1995), there was very little information on the effects of changes in the nutritional composition of GMO (Genetically Modified Organisms) foods from both plants and animals, such as nutrient interactions, gene interactions, bioavailability/absorption of nutrients, potency nutrition, nutrient metabolism, and gene expression in situations in which nutrients are altered.<sup>7</sup> Based on this information, it is suspected that there is no single study that guarantees genetically modified food is 100% safe for consumption. According to Dresbach et al., not all of the effects of GMOs have been examined. Thus there is no certainty about their safety.<sup>8</sup> Based on the above description, and the writers want to investigate the legal regulation of the safety of GM products for health in Indonesia and the government's responsibilities to the people who consume GM products.

### Research Method

There are five approaches in legal research, namely: the statute approach, the case approach, the historical approach, the comparative approach, and the conceptual approach. This research is normative in nature by taking a statute approach, which examines all laws and regulations related to the legal issues being handled (Peter Mahmud Marzuki, 2016:133), and a conceptual approach (conceptual approach) that moves from the views and doctrines that develop in the science of law, so that researchers will find ideas that give birth to understandings that are relevant to the legal issues faced (Peter Mahmud Marzuki, 2016: 133).

### Analysis and Discussion

#### A. Legal regulation of genetically modified (GM) food products in Indonesia

Genetic Engineering of living things, whether in plants, animals, or people, generates moral debate among scientists and legal controversy.<sup>9</sup> The United States, the European Union, China, Africa, Australia, and the Philippines have regulated the circulation of GM food products. According to the Biosafety Clearing-House database, food safety has been declared for 117 Genetically-Modified Corn, 33 Genetically-Modified soybeans, and 99 Genetically-Modified potatoes. Meanwhile, based on the Center for Environmental Risk Assessment database, currently, there are around 184 types of GMO declared as safe food.<sup>10</sup>

The government regulates the safety of genetically modified food products, referring to the results of the convention on biodiversity in the world. The Cartagena Protocol, an agreement between various parties that regulates the procedures for deliberate cross-border movement, including the handling and utilization of a living organism produced by modern biotechnology from one country to another by a person or entity, has been ratified by the Indonesian government.<sup>11</sup> The Cartagena Protocol is a further implementation of the Convention on Biological Diversity (Protocol Cartagena on Biosafety) which aims to ensure a level of protection in the safe transfer, handling and use of genetically modified organisms (GMO). GMO food products such as corn, soybeans, and potatoes are extensively distributed in Indonesia. Thus, the government must anticipate it, particularly those that threaten biodiversity and human health, by ratifying the Cartagena Protocol into Law No. 21 of 2004 on Ratification of the Cartagena Protocol on Biosafety to The Convention On Biological Diversity (from now on referred to as the Cartagena Protocol Law). Article 11 paragraph (1) of the Cartagena protocol states that the party making the final decision regarding domestic use within fifteen days after the decision is made must notify the parties through the Indonesia Biosafety Clearing House. The party shall submit a written copy of the material to the National Focal Point of each party, indicating that it does not have access to the Biosafety Clearing House in advance.<sup>12</sup> One of the Cartagena Protocol Law functions is to obtain optimal benefits from the safe use of modern biotechnology without harming biodiversity and human health.

According to Law No. 36 of 2009 on Health (from now on referred to as the Health Law) Article 109, anyone who distributes GMO products must guarantee their safety for the community or consumers and the surrounding environment. Meanwhile, based on Article 77 paragraph (1) of Law No. 8 of 2012 on Food (from now on referred to as the Food Law), there is a government authority in charge of issuing a permit from the GMO produced to regulate its circulation in public. Then Article 78 paragraph (1) explains that those who develop GMO products must adhere to the government's

guidelines to ensure the product's quality to be assured and safe for the general public consumption. For those who violate the provisions of the requirements set by the government, administrative consequences in the form of fines, temporary stoppage of operations, production, and circulation, withdrawal of food from circulation by producers, compensation, and license revocation will be imposed, as specified in Article 79.

As referred to as in Government Regulation No. 28 of 2004 on Food Safety, Quality and Nutrition Article 14 paragraph (2), the safety checks for GM food products must include genetic information, description of donor organisms, description of genetic Engineering, characterization of genetic Engineering, and information on food safety.

Government Regulation No. 69 of 1999 on food labelling and marketing was established by the government in order for the people to know whether the food they eat is the result of genetic engineering or not. According to Article 35 of Government Regulation No. 69 of 1999, GMO food must have a genetically modified food label, information on GMO food and a distinctive logo arising from genetic engineering.

The requirement to include information on genetically modified foods is informative because, in general, food products circulating in the market are safe products for consumption, free of harmful ingredients and processed well to ensure their safety.

Supervision and control of GMO food products are regulated in Article 25 of Government Regulation No. 21 of 2005 on the biosafety of Genetically Modified Product. Supervision and control of PRG products are carried out by the Minister or the authorized Head of LPND. After the Minister or head of the LPND receives the report, they will assign the Biosafety Commission to check the truth of the report. If the GMF product is found to have a harmful impact on health or the environment, the relevant Minister has the authority to cancel the GMF product's circulation.

#### **B. Government responsibility for the safety of genetically modified food (GMF) products for health.**

On the other hand, health insurance for GMO products such as soybeans is not yet guaranteed. One of the experts in genetic engineering, Jeffrey M. Smith in Seeds of Deception and Genetic Roulette, said there are at least 65 serious health risks due to consuming GMF products. In fact, according to Smith, between 1994-2001, there was a phenomenon where food-related diseases had doubled along with the circulating GMF products. According to Mae Wan Ho, genetically modified plants are useless and harmful to health.<sup>14</sup> The issue of food safety, including genetically modified food, has become a concern in several developed countries such as Australia, New Zealand, and several European countries.

Some countries are trying their best to protect their citizens from minimizing the impact of GMF products. However, it is not the case in developing countries like Indonesia, which focus solely on food sufficiency and not on food security. While developing countries have not been able to ensure the safety of food products in the form of agricultural commodities, the state must still ensure information disclosure and security.

Genetically modified food is derived from genetically modified living things. In general, food is sourced from plants; currently, genetic engineering in plants is being developed. GMO plants are widely used as food ingredients which are commonly

known as genetically modified food products. The usage of MGO products raises worries and issues that these foods may pose a health risk when consumed, including the possibility that GMO food products may cause allergic reactions, gene transfer, and outcrossing.

1) GM food products may affect allergic reactions.

Many GMO food products contain unknown or untested microorganisms as possible allergy contributors. Genes from non-food sources and new gene combinations can trigger allergic reactions in people who consume them or exacerbate existing ones. According to Nordlee et al. (1996), Brazil nuts, one of the MGO food products, were banned from circulation because they induced allergies in consumers. The allergic reaction is thought to be caused by specific gene engineering.<sup>15</sup> In principle, gene transfer from allergenic-caused food is undesirable unless proven that the protein produced by gene transfer is not allergenic. Although traditionally produced food products have not been tested for allergies, GMO food products must go through a range of testing procedures. FAO and WHO have prepared a testing and evaluation protocol for GM food products to be distributed. There has been no evidence of an allergenic reaction to GMO food products on the market.

2) Gene Transfer

The transfer of genes from GMO food products into body cells raises concerns if the transferred genes can cause harm to human health. It is possible if antibiotic-resistant gene transfer is used in the GMO food product manufacturing process, but it is pretty unlikely. In the body of transgenic organisms, it allows antibiotic resistance marker genes to be inserted into certain plants and transferred to disease-causing microbes in the intestines of humans or animals that consume GMO food products. This phenomenon had the potential to result in antibiotic-resistant microorganisms in live communities, as well as antibiotic-resistant human health issues (Bettelheim, 1999; Hileman, 1999).<sup>16</sup>

3) Outcrossing

Outcrossing is the transfer of genes from genetically modified plants to plants of other related species in nature, for example, mixing post-harvest products from conventional plant seeds with genetically modified plant products. Some countries have implemented a separation strategy between agricultural land for genetically modified crops and agricultural land for conventional crops.

With public concern about PRG, it is necessary to apply the precautionary principle and a structured system that regulates and assesses the safety and risk factors of GM food products. On the notion that alien, foreign genes might alter the nutritional value of foods in unexpected ways, reducing or increasing some nutrients and other nutrients, GM food products are assumed to be the cause of numerous diseases. Therefore, the government conducts a series of safety assessments of genetically engineered products as a responsibility to the community.

Procedures for assessing, releasing, distributing, and using GMO food products are regulated in Chapter V of Government Regulation No. 21 of 2005. The assessment is based on a written application submitted by the applicant to the authorized Minister or the head of the authorized Non-Ministerial Government Institution (LPNK). The head of the authorized Non-Ministerial Government Institution (LPNK). If applying for a permit for release to the environment, then the authorized Minister or the head of the authorized LPNK submits a request for a recommendation for the environmental safety of PRGs to the Minister. Authorized Minister is the Minister who is responsible

for the environment. In the context of providing recommendations for the biosafety of GMO food products, the authorized Minister or the Head of the authorized LPNK is assisted by the Biosafety Commission (KKH) and the Biosafety Technical Team (TTKH) to conduct a review of technical documents and further tests if necessary. The Biosafety Clearing-House (BKKH), as the Biosafety Commission (KKH) apparatus, announces the receipt of the application, process, and summary of the assessment results in an accessible place for the public to provide an opportunity for the community to submit their responses. Biosafety Commission (KKH) submits recommendations for environmental safety to the Minister, recommendations for food safety and feed safety to the authorized Minister or the Head of the authorized LPNK. The authorized Minister or the head of the authorized LPNK must base their decisions on the biosafety recommendations of the Minister or the Chair of the Biosafety Commission (KKH). The authorized Minister or the Head of LPNK issues release and distribution permits following applicable laws and regulations for GMO food products that have received biosafety recommendations and can be used for needs in various fields following their designation permits.<sup>17</sup>

## Conclusion

Legal regulations for genetically modified products in Indonesia are already very strict with the ratification of the Cartagena protocol; it is Law no. 21 of 2004 on Ratification of the Cartagena Protocol on Biosafety to The Convention on Biological Diversity and also strengthened by Law No. 8 of 2012 on Food.

The government has a role to play in ensuring the safety of genetically altered products for public health by conducting a series of studies on genetically modified food products before being distributed to the public by establishing a Biosafety Commission.

Therefore, we suggest that there is a need for biosafety regulatory analysis and decision-making on biosafety evaluation in Indonesia. Moreover, There has to be a massive public education campaign about the benefits and risks of genetically modified food products.

## Bibliography

- Raden Roro Sri Pudji Sinarni Dewi, Is It Safe To Eat GMO Fish, *Aquaculture Media* . 2012: 7 (1).
- Sutarno, Genetic Engineering and Biotechnology Development in Animal Husbandry, *National Seminar XIII Biology Education FKIP UNS* 2016.
- Ni Putu Agustin, Aspects of Food Safety Genetically Modified Food, *Journal of Nutrition Science*. 2011: 2 (1).
- Edi Tando, Efforts to Improve the Quality of Soybean Plants (Glycine Max L. Merill) Through the Use of Biotechnology in Overcoming Food Scarcity, *Agrotech Journal*. 2019: 3 (2).
- Nur Wahyuni, Legality of GMO Food in terms of Legal, Medical, and Religious, *Socia Akademika Journal*. 2017: 3 (1).
- Hardiansyah, Potential Strengths and Weaknesses of Genetically Modified Food Products, *Seminar paper on genetically engineered food*. 2000.

- Mahrus, Controversy of Genetically Modified Products Consumed by Society, *Journal of Tropical Biology*. 2014: 14 (2).
- Nurhayati Abbas, Technological Developments in Food and Drug Production and Consumer Rights, *Journal of Law*. 2009: 3 (1).
- Muhammad Syaifudin, Legal Relations, Morals, and Intellectual Property (Analysis of Legal and Moral Controversy of Genetic Engineering Living in Indonesia), *Journal of Legal Dynamics*.2014: 1(1).
- BPOM, Clarification of Explanations on the Issue of Food Safety of Genetically Engineered [Internet]. [cited 2021 June 26]. Available from: <https://www.pom.go.id/new/view/more/klarifikasi/50/Klarifikasi-Penjelasan-tentang-Isu-Keamanan-Pangan-Produk-Rekayasa-Genetik.html>.
- Indonesian Biodiversity Clearing House, [Internet]. [cited 2021 April 7]. Available from: <https://balaikliringkehati.menlhk.go.id/about/protocol-cartagena/>.
- Cartagena Protocol on Biological Safety of the Convention on Biological Diversity, [Internet]. [cited 2021 April 14]. Available from: <https://docplayer.info/37722676-Protocol-cartagena-about-keamanan-hayati-atas-konvensi-about-keanekaragaman-hayati.html>.
- Suyadi, Legal Protection for Consumers of Processed Food Products Containing Genetically Modified Materials, *Journal of Legal Dynamics*. 2010: 10 (1).
- Faiz Balya Marwan, Food Politics: Hegemony of United States Genetically Modified Organisms Agricultural Commodities in the World 2011-2014, *Journal of International Relations*. 2016: 2 (4).
- Mahrus, Controversy of Genetically Modified Products Consumed by Society, *Journal of Tropical Biology*. 2014: 4 (2).
- Amy Estiati and M. Herman, Regulation of Biosafety of Genetically Modified Products in Indonesia. *Analysis of Agricultural Policy*.2015: 2 (1).

# Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 2

September 2021

## Kewajiban Hukum Vaksinasi Dalam Perpres No.14 Tahun 2021 Perspektif HAM di Indonesia

Beti Amalia<sup>1</sup>, Wahyu Kurnianingsih<sup>2</sup> dan Ahmadi Hasanuddin Dardiri<sup>3</sup>

### Abstract

*Indonesia is currently facing a COVID-19 emergency situation. The Indonesian government has implemented a vaccination program to suppress the spread of COVID-19 as regulated in Presidential Decree No. 14 of 2021 concerning the procurement of vaccines and the implementation of COVID-19 vaccination which includes the obligation to vaccinate. This vaccination obligation reaps the pros and cons in society. People who refuse to think that the obligation to vaccinate against human rights. According to them, the choice to vaccinate is the right of every individual to exercise or not to exercise their rights. On that basis, we conducted a study of mandatory vaccination from a human rights perspective. The purpose of this study is to find out how the Legal Review of Vaccination Obligations in the Perspective of Human Rights in Indonesia. The analytical method used is a descriptive analytic study using a normative juridical approach. The collected data was then analyzed by deductive method. The results of the study indicate that the obligation to vaccinate the community does not violate human rights as stated in Article 28H paragraph (1) of the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia which regulates the limitation of human rights. Basically, the nature of human rights is grouped into two, namely Derogable Right and Non Derogable Right. The obligation to vaccinate is actually a way to protect the human rights of others, namely the right to life. The right to life is part of human rights which are non-derogable rights. The presence of the state in guaranteeing the right to life is implemented in the implementation of vaccination obligations. The absence of the obligation to vaccinate is actually a violation of human rights because it overrides the community's right to life.*

**Keywords:** vaccination obligations, human rights, the right to life

### Abstrak

Indonesia saat ini sedang dihadapkan dengan situasi darurat COVID-19. Pemerintah Indonesia menerapkan program vaksinasi untuk menekan persebaran COVID-19 sebagaimana diatur dalam Perpres No. 14 Tahun 2021 tentang pengadaan vaksin dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 yang memuat kewajiban untuk vaksinasi. Kewajiban vaksinasi ini menuai pro kontra di masyarakat. Masyarakat yang menolak beranggapan bahwa kewajiban vaksinasi bertentangan dengan Hak Asasi Manusia. Menurut mereka, pilihan untuk vaksinasi merupakan hak setiap individu untuk menjalankan atau tidak menjalankan haknya. Atas dasar itulah, kami melakukan penelitian kewajiban vaksinasi menurut perspektif HAM. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Tinjauan Hukum Kewajiban Vaksinasi Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia di Indonesia. Metode analisis yang digunakan adalah studi deskriptif analitik menggunakan pendekatan yuridis normatif. Data yang terkumpul kemudian dianalisis dengan metode deduktif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kewajiban vaksinasi bagi masyarakat tidak melanggar Hak Asasi Manusia sebagaimana tertuang dalam Pasal 28H ayat (1) UUD NRI 1945 yang

mengatur pembatasan Hak Asasi Manusia. Pada dasarnya, sifat HAM dikelompokkan menjadi dua, yaitu *Derogable Right* dan *Non Derogable Right*. Kewajiban vaksinasi justru merupakan sebuah cara untuk menjaga Hak Asasi Manusia orang lain yakni hak untuk hidup. Hak untuk hidup merupakan bagian dari Hak Asasi Manusia yang bersifat *non derogable right*. Kehadiran negara dalam menjamin hak untuk hidup ini diimplementasikan dalam pelaksanaan kewajiban vaksinasi. Ketiadaan kewajiban vaksinasi justru merupakan pelanggaran terhadap Hak Asasi Manusia karena mengesampingkan hak hidup masyarakat.

**Kata Kunci:** kewajiban vaksinasi, hak asasi manusia, hak hidup

---

<sup>1,2,3</sup>IAIN Salatiga

**Correspondence:** [Betiamalia2511@gmail.com](mailto:Betiamalia2511@gmail.com), [ayukwahyu49@gmail.com](mailto:ayukwahyu49@gmail.com), [acanmusica@gmail.com](mailto:acanmusica@gmail.com).

## Pendahuluan

Saat ini, dunia tengah dihebohkan dengan adanya virus COVID-19. Pemerintah juga mengupayakan berbagai cara untuk menghentikan rantai penyebaran COVID-19 ini. Kesehatan merupakan aspek vital yang wajib dijamin oleh Pemerintah sesuai dengan pasal 28H ayat 1 UUD NRI 1945 menyebutkan "Bawa setiap orang berhak hidup sejahtera, lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Lebih lanjut, Pasal 28H Ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 mengatur tentang hak asasi manusia yang terkait dengan hak masyarakat untuk memperoleh jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan diri pada masyarakat sebagai manusia yang memiliki harkat dan martabat.

Salah satunya adalah dengan kewajiban vaksinasi. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.10 pasal 3 Vaksinasi adalah pemberian vaksin yang khusus diberikan dalam rangka menimbulkan atau meningkatkan kekebalan tubuh seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan dan tidak menjadi sumber penularan. Sebagaimana yang telah diatur dalam Perpres No.14 tahun 2021 tentang pengadaan vaksin dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 yang memuat kewajiban untuk vaksinasi menuai banyak pro dan kontra dimasyarakat. Masyarakat yang menolak beranggapan bahwa vaksinasi merupakan Hak Asasi manusia. Menurut mereka, setiap orang berhak untuk memilih fasilitas kesehatannya sendiri.

Landasan utama bahwa perlindungan HAM merupakan kewajiban pemerintah adalah prinsip demokrasi bahwa sesungguhnya pemerintah diberi amanah kekuasaan adalah untuk melindungi hak-hak warga negara.

## Metode Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian yuridis normatif. Penelitian hukum normatif adalah penelitian yang diakukan dengan cara meneliti bahan pustaka atau penelitian hukum kepustakaan,<sup>1</sup> yaitu penelitian yang dimaksudkan untuk menganalisis kewajiban vaksinasi dalam perspektif Hak Asasi Manusia. Dilihat dari sifatnya, penelitian ini bersifat analisis deskriptif, yang menggambarkan fakta-fakta yang diteliti, yang selanjutnya dihubungkan dengan peraturan perundang - undangan,

---

<sup>1</sup> Ediwarman, *Metodologi Penelitian Hukum*, (Medan: Sofmedia), 2015, hal. 25.

teori-teori, dan pendapat ahli hukum. Deskriptif analisis, yaitu suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum.<sup>2</sup> Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan yuridis normatif, yaitu pendekatan yang menjadi bahan-bahan hukum utama sebagai dasar analisis dengan memahami peraturan perundang-undangan, konsep-konsep, teori-teori, serta asas-asas hukum yang berhubungan dengan penelitian ini. Metode pendekatan ini juga disebut pendekatan kepustakaan, yakni dengan mempelajari peraturan perundang-undangan, buku dan dokumen lain yang berhubungan dengan penelitian ini.

Bahan hukum primer dalam penelitian ini adalah Perpres No.14 Tahun 2021 tentang pengadaan vaksin dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 yang memuat kewajiban untuk vaksinasi serta teori-teori Hak Asasi Manusia.

## Analisis dan Diskusi

### A. Dasar Hukum Kewajiban Vaksinasi

Sebagai negara demokratis yang berlandaskan supremasi hukum, Indonesia selalu mengatasi permasalahan yang ada melalui demokrasi yang berlandaskan konstitusi. Jika dikaitkan dengan kesehatan, konstitusi negara Indonesia telah mengklaim adanya jaminan kesehatan bagi masyarakat negaranya, yang terejawantahkan dalam Pasal 28H ayat (1) UUD NRI 1945. Artinya Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memberikan perlindungan dan jaminan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan amanat konstitusi. Karena rakyat Indonesia memiliki hak yang sama didepan hukum dan pemerintahan. Sehingga Jika ada pertarungan di negara ini seperti merebaknya COVID-19 dapat teratasi dengan adanya jaminan tersebut.

COVID-19 merupakan wabah yang menjadi *trend* di Indonesia saat ini. Wabah muncul sejak seorang WNI terdeteksi kasus COVID-19 setelah melakukan kontak dengan WNA asal Jepang yang dinyatakan positif COVID-19 oleh pemerintah. Kasus pertama ini kemudian mengalami peningkatan pada 1 Januari 2021 dengan jumlah kasus terkonfirmasi positif 751.270, kemudian jumlah kasus positif ini mengalami kenaikan yang sangat signifikan pada 31 Januari 2021 yakni sejumlah 1.078.314.<sup>3</sup>

Berdasarkan data persebaran kasus COVID-19 yang terus mengalami kenaikan, maka pemerintah Indonesia sendiri telah menetapkan COVID-19 sebagai penyakit menular yang meresahkan masyarakat, sebagaimana yang termaktub dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 Pasal 1 angka 2 UU Kekarantinaan Kesehatan yaitu; "kejadian kesehatan masyarakat yang luar biasa dengan ditandai dengan penyakit menular", yang harus ditanggulangi secepat mungkin.

Adapun upaya pemerintah dalam menanggulangi keadaan tersebut adalah dengan mengusung sejumlah kebijakan. Seperti *social distancing/physival distancing*, *Lockdown*, Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM), PPKM mikro, PPKM darurat, hingga PPKM level 432. Namun meskipun demikian, tingkat kesadaran masyarakat atas kebijakan tersebut

<sup>2</sup> Sugiyono, *Metode Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: Rajawali Pers), 2010, hal. 46.

<sup>3</sup>Haryanti Puspa Sari, <https://nasional.kompas.com/read/2021/01/02/07213961/ada-751270-kasus-harian-covid-19-di-indonesia-vaksinasi-mulai-pertengahan?page=all>, diakses pada 4 November 2021.

relatif masih rendah.<sup>4</sup> Penyebaran virus COVID-19 terus mengalami keningkatan hingga *World Health Organization* (WHO) menetapkan COVID-19 sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD).

Pemerintah dalam pelaksanaan vaksinasi terhadap masyarakat telah mengeluarkan beberapa peraturan yaitu berupa 5 Undang-Undang, 2 Peraturan Pemerintah dan 2 Peraturan Menteri Kesehatan.<sup>5</sup> Pemerintah indonesia dalam rangka penanggulangan wabah pandemi COVID-19 dan menjaga kesehatan masyarakat, mencanangkan program vaksinasi melalui Perpres No. 14 Tahun 2021 tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19. Adapun kewajiban vaksinasi telah secara jelas dinyatakan dalam Pasal 13A :

(1) Kementerian Kesehatan melakukan pendataan dan menetapkan sasaran penerima vaksin COVID-19.

(2) Setiap orang yang telah ditetapkan sebagai sasaran penerima vaksin COVID-19 berdasarkan pendataan sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) wajib mengikuti vaksinasi COVID- 19.

(3) Dikecualikan dari kewajiban sebagaimana dimaksud pada Ayat (2) bagi sasaran penerima vaksin COVID-19 yang tidak memenuhi kriteria penerima vaksin COVID-19 sesuai dengan indikasi vaksin COVID-19 yang tersedia.<sup>6</sup>

## B. Peran Pemerintah Terhadap Jaminan Kesehatan

Kesehatan merupakan sesuatu yang sangat penting dan mendasar, sehingga kesehatan merupakan hak yang wajib dilindungi oleh undang-undang. Pemerintah wajib melindungi kesehatan warga negaranya. Hal itu tertuang di Pasal 28 H Ayat (1) UUD 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 9 UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa: Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya. Setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera, lahir dan batin. Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Jaminan atas hak memperoleh derajat kesehatan yang optimal juga terdapat dalam pasal 4 UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Pemenuhan kebutuhan dasar rakyat terutama berupa pelayanan kesehatan sangatlah penting karena hal tersebut termasuk hak asasi manusia yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan wajib dilindungi oleh negara.<sup>7</sup> Landasan yuridis internasional dalam konteks kewajiban pemerintah untuk memenuhi hak atas kesehatan termaktub dalam Pasal 2 Ayat (1) Konvensi Hak Ekonomi, Sosial dan

<sup>4</sup>Sylvia Hasanah Thorik, (2020), Efektivitas Pembatasan Sosial Berskala Besar Di Indonesia Dalam Penanggulangan Pandemi Covid-19, *Adalah: Buletin Hukum Dan Keadilan*, 4(1), hal.115.

<sup>5</sup> Ginting, O. A., Lubis, M. Y., & Affan, I. (2021). Analisis Kebijakan Kewajiban Vaksinasi COVID-19 Oleh Pemerintah Terhadap Setiap Warga Masyarakat dalam Perspektif Hak Asasi Manusia dan Hak Konstitusional Warga Negara. *Jurnal Ilmiah Metadata*, 3(2), hal. 508-524.

<sup>6</sup> Gandryani, F., & Hadi, F. (2021). Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia: Hak atau Kewajiban Warga Negara. *Jurnal Rechts Vinding: Media Pembinaan Hukum Nasional*, 10(1), hal. 23.

<sup>7</sup> Wiwik Afifah dan Deasy N Paruntu, “Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial”, Mimbar Keadilan, 2015, hal. 96.

Budaya. Pasal 28 I Ayat (4) UUD 1945 menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah. Hal ini juga ditegaskan kembali dalam Pasal 8 UU HAM. Dibidang kesehatan, Pasal 7 UU Kesehatan yang menyatakan bahwa pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pasal 9 UU Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Kemudian, menurut Pasal 17 UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak merupakan salah satu hak atas kesehatan.<sup>8</sup>

Dalam hal ini, pemerintah wajib memberikan pelayanan kesehatan berupa vaksinasi COVID-19 sebagai upaya pemenuhan pelayanan kesehatan kepada warganya. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.10 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 pasal 3 menyebutkan bahwa vaksinasi adalah pemberian vaksin yang khusus diberikan dalam rangka menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat perpajan dengan pernyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan dan tidak menjadi sumber penularan. Upaya ini semata-mata bertujuan untuk kebaikan bersama. Karena tujuan utama vaksinasi COVID-19 adalah untuk melindungi dan memperkuat daya tahan tubuh dan sistem kesehatan, mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat virus COVID-19.

### C. Konsep Hak Asasi Manusia di Indonesia

Indonesia adalah negara hukum. Secara sederhana negara hukum dapat didefinisikan sebagai negara yang bertujuan untuk menyelenggarakan ketertiban hukum berdasarkan hukum yang ada di masyarakat agar ketertiban hukum dapat berjalan. Maka, dapat dipahami bahwa penyelenggaraan negara dilakukan berdasarkan atas hukum. Setiap tindakan pemerintah maupun warga negara harus dilandasi hukum yang berlaku.<sup>9</sup> Hal tersebut bermakna bahwa apapun yang dilakukan oleh setiap pejabat negara dalam melaksanakan pemerintahan harus dilandasi dengan aturan-aturan yang ditetapkan bersama. Penguasa tidak dapat bertindak sewenang-wenang. Demikian halnya warga negara tidak boleh bertindak bertentangan dengan hukum.<sup>10</sup>

Menurut F. Julius Stahl dalam tulisan Abu Daud Busroh menyatakan terdapat 4 (empat) elemen penting negara hukum, yakni :<sup>11</sup> (1) Pengakuan dan perlindungan hak asasi manusia; (2) Pembagian atau pemisahan kekuasaan untuk menjamin hak asasi manusia; (3) Pemerintahan berdasarkan undang-undang; dan (4) Adanya peradilan tata usaha atau administrasi negara.

<sup>8</sup> Siska Elvandari, *Hukum Penyelesaian Sengketa Medis* (Yogyakarta: Thafa Media Cetakan 1), 2015, hal. 9.

<sup>9</sup> Abdul Mukthie Fadjar, *Tipe Negara Hukum, Edisi Pertama, Cetakan Pertama*, (Malang: Bayumedia Publishing), 2004, hal. 5.

<sup>10</sup> Akhamah Konstitusi, *Modul Pendidikan Negara Hukum dan Demokrasi*, (Jakarta : Pusat Pendidikan Pancasila dan Konstitusi Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia), 2016, hal. 8-9.

<sup>11</sup> Abu Daud Busroh, *Ilmu Negara, Cetakan Kesembilan*, (Jakarta: Sinar Grafika), 2011, hal. 151 – 152.

Sementara itu, Albert Vein Dicey dalam tulisan I Dewa Gede Atmadja menunjukkan 3 (tiga) ciri penting setiap negara hukum, yakni :<sup>12</sup> (1) Supremasi hukum (*supremacy of law*), dalam arti tidak boleh ada kesewenang-wenangan sehingga seseorang hanya boleh dihukum bilamana melanggar hukum; (2) Persamaan kedudukan di hadapan hukum (*equality before the law*), baik bagi rakyat biasa maupun bagi pejabat; dan (4) Terjaminnya hak asasi manusia oleh undang - undang dan keputusan-keputusan pengadilan. Dengan demikian, maka dapat diketahui bahwa sebagai negara hukum, Indonesia sangat menjunjung tinggi eksistensi hak asasi manusia warga negara.

Menurut Undang - Undang No. 39 Tahun 1999 hak asasi manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk ciptaan Tuhan Yang Maha Esa dan yang merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara, pemerintah, hukum, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia. Sebagaimana yang dijelaskan dalam Undang-undang No. 39 Tahun 1999 hak asasi manusia adalah hak yang melekat pada diri manusia sejak mereka lahir dan harus dihormati oleh setiap orang tidak terkecuali yang berkuasa. Berdasarkan hukumlah hak asasi manusia dapat memberikan kekuatan moral untuk melindungi dan juga menjamin martabat manusia, bukan atas dasar keadaan, kecenderungan politik tertentu, ataupun kehendak tertentu.<sup>13</sup>

Jimly Asshiddiqie mendefinisikan hak asasi selain sebagai hak mendasar yang dimiliki umat manusia juga merupakan hak yang secara konstitusional wajib untuk dihormati, dilindungi, dan dipenuhi oleh negara.<sup>14</sup> Hal ini didasarkan pada Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 yang berbunyi, "Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah".<sup>15</sup> Sehingga dapat disimpulkan, bahwa dalam manifestasinya, hak asasi manusia merupakan hak yang melekat erat pada diri manusia yang harus dijaga, dilindungi, dan dipenuhi oleh negara sebagai bentuk jaminan kepastian hukum.

Berkaitan dengan klasifikasi hak asasi manusia, Indonesia membagi hak asasi manusia menjadi 2 (dua), yakni *non derogable rights* dan *derogable rights*. *Non derogable rights* adalah hak yang tidak dapat dikurangi dalam kondisi apapun dan oleh siapapun. Sedangkan *derogable rights*<sup>16</sup> adalah hak yang dapat dibatasi dan dikurangi dalam keadaan tertentu oleh negara. Dalam pasal 4 paragraf 2 *International Covenant*

<sup>12</sup> Dewa Gede Atmadja, *Ilmu Negara, Perspektif Historis Yuridis Ketatanegaraan Cetakan Pertama*, (Malang: Setara Press), 2011, hal. 75-77.

<sup>13</sup> Go Lisnawati, (2014), Pendidikan tentang Pencegahan Kekerasan terhadap Perempuan dalam Dimensi Kejahatan Siber, *Jurnal Ilmu Hukum Pandecta*, Vol. 9, No. 1, Januari, hal. 5.

<sup>14</sup> Jimly Asshiddiqie, *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara, Edisi Revisi*, (Jakarta: Rajawali Grafindo Press), 2011, hal. 345-348.

<sup>15</sup> Majelis Permusyawaratan Rakyat, *Panduan Pemasyarakatan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 (Sesuai dengan Urutan Bab, Pasal dan ayat)*, (Jakarta: Sekretariat Jenderal Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia), 2015, hal. 155.

<sup>16</sup> Hak *derogable right* meliputi Hak asta kebebasan berkumpul secara damai, Hak atas kebebasan berserikat, termasuk membentuk dan menjadi anggota serikat buruh, dan Hak atas kebebasan menyatakan pendapat ayau ekspresi, termasuk kebebasan mencari, menerima, dan memberikan informasi dan segala macam gagasan tanpa memperhatikan batas (baik secara lisan maupun tulisan).

*Civil And political Rights (ICCPR)*, mengklasifikasikan *non derogable rights* menjadi 7 (tujuh) macam, diantaranya :<sup>17</sup>

1. Hak atas hidup
2. Hak bebas dari penyiksaan
3. Hak bebas dari perbudakan
4. Hak bebas dari penahanan karena gagal memenuhi perjanjian utang
5. Hak bebas dari pemidanaan yang berlaku surut
6. Hak sebagai subjek hukum
7. Hak atas kebebasan berfikir, keyakinan, dan agama.

Secara garis besar, terdapat 2 (dua) ratio pembatasan (*limitation*) dapat dilakukan terhadap HAM. Pertama, adanya gagasan bahwa hak asasi manusia tidak bersifat mutlak melainkan mencerminkan keseimbangan antara kepentingan individu dan kepentingan masyarakat. Kedua, untuk mengatasi konflik antar hak. Disamping itu, berdasarkan pasal 4 ICCPR ratio suatu negara melakukan pembatasan adalah adanya ancaman atau keadaan darurat (*public emergency*) terhadap kehidupan berbangsa dan bernegara.<sup>18</sup>

Adapun syarat – syarat pembatasan dan pengurangan hak asasi manusia telah diatur secara detail dalam prinsip siracusa (*Siracusa Principles on the Limitation and Derogable of Provisions in the International Covenant on Civil and Political rights*).<sup>19</sup> kegantungan yang terjadi akibat Pandemi COVID-19 telah selaras dengan syarat pembatasan hak yang tercantum dalam prinsip siracusa. Diantaranya adalah *Public order, Public health, National security, Public safety, and Public Emergency Which Threatens the Life of the Nation*.

*Public health* atau kesehatan masyarakat dapat dijadikan dasar untuk membatasi hak-hak tertentu agar negara mengambil langkah – langkah terkait adanya ancaman serius bagi kesehatan penduduk. Langkah secara khusus ini bertujuan untuk mencegah penyakit dan memberikan perawatan. *National security* atau keamanan nasional dapat dijadikan justifikasi untuk membenarkan tindakan yang membatasi hak-hak tertentu hanya jika digunakan untuk melindungi keberadaan bangsa. *Public safety* atau keselamatan publik adalah perlindungan terhadap bahaya yang mengancam keselamatan orang, hidup atau integritas fisik, atau kerusakan serius atas harta benda mereka. *Public Emergency Which Threatens the Life of the Nation* atau darurat publik yang mengancam kehidupan bangsa. Dalam hal ini negara dapat mengambil langkah yang mengurangi kewajibannya berdasarkan konvenan internasional tentang hak sipil dan politik hanya bila menghadapi situasi bahaya yang luar biasa dan aktual atau bahaya yang bersifat mengancam kehidupan bangsa.<sup>20</sup>

Dalam konstitusi Indonesia, ketentuan terkait *non derigable rights* dan *derogable rights* telah diatur dalam UUD NRI 1945 Pasal 28 I yang menyatakan bahwa "Hak untuk hidup, hak untuk tidak disiksa, hak untuk kemerdekaan pikiran dan hati

<sup>17</sup> Matompo, O. S. (2014). Pembatasan Terhadap Hak Asasi Manusia Dalam Prespektif Keadaan Darurat. *Jurnal media hukum*, 21(1), hal. 16.

<sup>18</sup> Purnamasari, G. C. (2017). Problematika Penerapan Aturan Pembatasan Hak Asasi Manusia Dalam Konstitusi Indonesia. *Jurnal Hukum PRIORIS*, 6(2), hal. 183-202.

<sup>19</sup> Aryani, N. M., & Hermanto, B. (2018). Gagasan Pengaturan yang Ideal Penyelesaian Yudisial maupun Ekstra Yudisial Pelanggaran Hak Asasi Manusia di Indonesia. *Jurnal Legislasi Indonesia*, 15(4), hal. 369-383.

<sup>20</sup> Galih, Y. S. (2017). Kewajiban Negara Melindungi Anak Bangsa. *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 5(1), hal. 113-133.

nurani, hak beragama, hak untuk tidak diperbudak, hak untuk diakui sebagai pribadi dihadapan hukum, dan hak untuk tidak dituntut atas dasar hukum yang berlaku surut adalah hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apapun". Pasal tersebut secara langsung menjelaskan bahwa beberapa hak yang disebutkan merupakan hak yang tidak dapat dibatasi atau *non derogable rights*. Sedangkan dalam pasal 28 J memberikan **pembatasan yang ditetapkan dengan undang-undang** dan untuk menjamin pengakuan serta penghormatan atas hak dan kebebasan orang lain dan untuk memenuhi tuntutan yang adil sesuai dengan pertimbangan moral, nilai-nilai agama, keamanan, dan ketertiban umum dalam suatu masyarakat demokratis. Artinya Indonesia juga mengenal adanya pembatasan HAM (*derogable rights*).

#### D. Analisis Kewajiban Vaksinasi dalam Perspektif HAM

Dalam rangka menanggulangi persebaran COVID-19 yang kian masif, pemerintah Indonesia telah mengeluarkan Perpres No. 14 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 99 Tahun 2020 Tentang Pengadaan Vaksin dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19. Adapun kewajiban vaksinasi telah secara jelas dinyatakan dalam Pasal 13A ayat (2) yang menyatakan bahwa setiap orang yang telah ditetapkan sebagai sasaran penerima vaksin COVID-19 berdasarkan pendataan sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) wajib mengikuti vaksinasi COVID- 19.<sup>21</sup>

Terdapat pro kontra di masyarakat terkait kewajiban vaksinasi. Beberapa masyarakat beranggapan bahwa kewajiban vaksinasi bagi masyarakat telah melanggar Hak Asasi Manusia. Pada dasarnya untuk urusan kesehatan, setiap warga berhak menentukan sediri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya (pasal 5 ayat 3 UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan). Bahkan dipertegas dalam pasal 56 ayat 1 UU yang sama, bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak tindakan pertolongan setelah menerima informasi data kesehatan.<sup>22</sup>

Namun jika melihat tingkat virulensi COVID-19 yang memiliki resiko tingkat kematian yang tinggi, maka pemerintah memiliki peran yang besar dalam menanggulanginya. Karena secara tidak langsung COVID-19 telah mengancam hak hidup warga negara yang telah dijamin oleh konstitusi. Artinya kewajiban vaksinasi dalam hal ini merupakan wujud pemerintah dalam memenuhi dan menjamin hak hidup warga negara. Hal ini sejalan dengan pasal 28A yang menyatakan bahwa setiap orang berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.

Lebih lanjut jika merujuk pada klasifikasi hak asasi manusia yang ada di Indonesia, terbagi menjadi 2 (dua) yakni *non derogable rights* dan *derogable rights*. Hak hidup merupakan hak yang tidak dapat dibatasi. Hal ini tercantum dalam pasal 28I yang menyatakan bahwa hak untuk hidup adalah hak asasi manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apapun atau *non derogable rights*. Maka dapat dikatakan bahwa kewajiban vaksinasi merupakan wujud pemenuhan pemerintah terhadap hak *non derogable rights*. Dalam konteks Pandemi COVID-19, untuk mempertahankan hidup, maka masyarakat wajib melakukan vaksinasi.

Apabila pemerintah tidak mencanangkan program wajib vaksinasi, maka hak hidup warga negara tidak terjamin. Mengingat tingginya tingkat virulensi COVID-19 yang menyebabkan kematian. Hal ini dibuktikan dengan data statistik kematian yang

<sup>21</sup> Gandryani, F., & Hadi, F. (2021). Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia: Hak atau Kewajiban Warga Negara. *Jurnal Rechts Vinding: Media Pembinaan Hukum Nasional*, 10(1), hal. 23.

<sup>22</sup> Nabila, W. S. (2021). Hak dan Kewajiban Masyarakat Indonesia Terhadap Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19.

terjadi akibat terkonfirmasi positif COVID-19 sebelum dicanangkannya program vaksinasi oleh pemerintah. Tercatat per 15 Mei 2021, angka kematian akibat COVID-19 di Indonesia sebesar 2,27%.<sup>23</sup> Kemudian pada 24 Agustus 2021 tingkat kematian pasien COVID-19 di Indonesia mencapai 3,2%. Jumlah tersebut terbukti telah melebihi rata-rata dunia. Adapun rata-rata dunia sebesar 2,09%. Tingginya tingkat kematian di Indonesia menyebabkan Indonesia menduduki peringkat ke-9 kematian kumulatif tertinggi di dunia.<sup>24</sup> Hal tersebut bermakna bahwa tingkat kematian di Indonesia akibat COVID-19 terus mengalami peningkatan sebelum adanya kewajiban vaksinasi bagi masyarakat.

Data lain menunjukkan bahwa menurut Menteri Komunikasi dan Informatika (Menkominfo) Johnny G. Plate menilai bahwa vaksinasi mampu menekan gejala berat dan kematian akibat COVID-19. Beliau mengungkapkan bahwa data yang dilaporkan oleh Gubernur DKI Jakarta, Anies Baswedan menunjukkan efektifitas vaksinasi terhadap pencegahan infeksi dan penularan COVID-19. Tingkat kematian atau *case fatality rate* untuk Jakarta berada pada angka 1,7% pada kasus orang yang belum divaksin. Sementara setelah divaksin dosis pertama, angka kematian turun menjadi 0,33% dan setelah dosis kedua menjadi 0,21%.<sup>25</sup> Data tersebut merupakan bukti kuat bahwa vaksinasi mampu menekan angka kematian di Indonesia. Oleh sebab itu, dapat dikatakan bahwa melalui program kewajiban vaksinasi ini, pemerintah telah berhasil memberikan jaminan hak hidup warga negara Indonesia.

Dalam konteks Pandemi COVID-19, pemerintah memiliki kewajiban memberikan jaminan hak hidup bagi warga negaranya. Karena kewajiban tersebutlah, vaksinasi juga menjadi wajib bagi pemerintah maupun warga negara. Menurut kaidah *kulliyah* dalam kitab Asy Syakhsiyah Al Islamiyya, hal tersebut selaras dengan kaidah yang bang berbunyi :

هَذِهِ الْأُوْلَى الْمُجَرَّدَاتُ امْ بَعْدَهُنَّ

Artinya : "Sesuatu yang menjadi syarat bagi sebuah kewajiban, maka hukumnya juga menjadi wajib."

Secara sederhana dapat ditafsirkan bahwa sesuatu yang asalnya tidak wajib bisa menjadi wajib apabila menjadi syarat terlaksananya suatu kewajiban. Maka, apabila dikaitkan dengan vaksinasi, vaksinasi pada dasarnya bukan merupakan kewajiban melainkan hak warga negara. Namun karena vaksinasi berkaitan erat dengan kewajiban pemerintah dalam menjamin hak hidup, dan hak memperoleh pelayanan kesehatan maka vaksinasi menjadi wajib. Ketika vaksinasi tidak diwajibkan, maka artinya pemerintah tidak dapat melaksanakan kewajiban dalam menjamin hak-hak warga negara.

## Kesimpulan

---

<sup>23</sup>Haryanti Puspa Sari, <https://nasional.kompas.com/read/2021/01/02/07213961/ada-751270-kasus-harian-covid-19-di-indonesia-vaksinasi-mulai-pertengahan?page=all>, diakses pada 4 November 2021.

<sup>24</sup>Fitria Chusna Farisa, <https://nasional.kompas.com/read/2021/08/24/18233971/indonesia-peringkat-9-kematian-pasien-covid-19-tertinggi-di-dunia>, diakses pada 7 November 2021.

<sup>25</sup>Natisha Andarnintyas., [https://m.antaranews.com/amp/berita/2282502/vaksin covid-19-tekan-angka-kematian-di-jakarta](https://m.antaranews.com/amp/berita/2282502/vaksin-covid-19-tekan-angka-kematian-di-jakarta), diakses pada 7 November 2021.

Hak hidup merupakan hak yang tidak dapat dibatasi dan dikurangi dalam keadaan apapun atau hak *non derogable rights*. Kewajiban vaksinasi merupakan upaya negara dalam menjamin hak hidup. Dapat ditarik kesimpulan bahwa kewajiban vaksinasi sebagaimana yang tercantum dalam Perpres No.14 Tahun 2021 tidak dapat dimaknai sebagai pelanggaran hak asasi manusia.

**Daftar Bacaan****Buku**

- Abdul Mukthie Fadjar. (2004). *Tipe Negara Hukum, Edisi Pertama, Cetakan Pertama*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Abu Daud Busroh. (2011). *Ilmu Negara, Cetakan Kesembilan*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Dewa Gede Atmadja. (2011). *Ilmu Negara, Perspektif Historis Yuridis Ketatanegaraan Cetakan Pertama*. Malang: Setara Press.
- Ediwarman. (2015). *Metodologi Penelitian Hukum*. Medan: Sofmedia.
- Jimly Asshiddiqie. (2011) *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara, Edisi Revisi*. Jakarta: Rajawali Grafindo Press.
- Majelis Permusyawaratan Rakyat. (2015). *Panduan Pemasyarakatan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 (Sesuai dengan Urutan Bab, Pasal dan ayat)*. Jakarta: Sekretariat Jenderal Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia.
- Makhamah Konstitusi. (2016). *Modul Pendidikan Negara Hukum dan Demokrasi*. Jakarta : Pusat Pendidikan Pancasila dan Konstitusi Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia.
- Siska Elvandari. (2015). *Hukum Penyelesaian Sengketa Medis*. Yogyakarta: Thafa Media Cetakan 1.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rajawali Pers.

**Jurnal**

- Aryani, N. M., & Hermanto, B. (2018). Gagasan Pengaturan yang Ideal Penyelesaian Yudisial maupun Ekstra Yudisial Pelanggaran Hak Asasi Manusia di Indonesia. *Jurnal Legislasi Indonesia*. 15(4), hal 369 – 383.
- Galih, Y. S. (2017). Kewajiban Negara Melindungi Anak Bangsa. *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 5(1), 113-133.
- Gandryani, F., & Hadi, F. (2021). Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 di Indonesia: Hak atau Kewajiban Warga Negara. *Jurnal Rechts Vinding: Media Pembinaan Hukum Nasional*. 10(1), hal 23.
- Ginting, O. A., Lubis, M. Y., & Affan, I. (2021). Analisis Kebijakan Kewajiban Vaksinasi COVID-19 Oleh Pemerintah Terhadap Setiap Warga Masyarakat Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia dan Hak Konstitusional Warga Negara. *Jurnal Ilmiah Metadata*, 3(2), hal 508-524.
- Go Lisnawati, (2014), Pendidikan tentang Pencegahan Kekerasan terhadap Perempuan dalam Dimensi Kejahatan Siber, *Jurnal Ilmu Hukum Pandecta*, Vol. 9, No. 1, Januari. Hal 5
- Matompo, O. S. (2014). Pembatasan Terhadap Hak Asasi Manusia Dalam Prespektif Keadaan Darurat. *Jurnal media hukum*. 21(1), hal.16.
- Nabila, W. S. (2021). Hak dan Kewajiban Masyarakat Indonesia Terhadap Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19.
- Purnamasari, G. C. (2017). Problematika Penerapan Aturan Pembatasan Hak Asasi Manusia Dalam Konstitusi Indonesia. *Jurnal Hukum Prioris*. 6(2), hal 183 – 202.

Sylvia Hasanah Thorik, (2020), Efektivitas Pembatasan Sosial Berskala Besar Di Indonesia Dalam Penanggulangan Pandemi Covid-19, *Adalah: Buletin Hukum Dan Keadilan.* 4(1), hal 115.

Wiwik Afifah dan Deasy N Paruntu. (2015) *Perlindungan Hukum Hak Kesehatan Warga Negara Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.* Mimbar Keadilan. *Jurnal Hukum Prioris.*

**Internet**

Natisha Andarnintyas. <https://m.antaranews.com/amp/berita/2282502/vaksin-covid-19-tekan-angka-kematian-di-jakarta>, diakses pada 7 November 2021.

Fitria Chusna Farisa,  
<https://nasional.kompas.com/read/2021/08/24/18233971/indonesia-peringkat-9-kematian-pasien-covid-19-tertinggi-di-dunia>, diakses pada 7 November 2021.

Haryanti Puspa Sari, <https://nasional.kompas.com/read/2021/01/02/07213961/ada-751270-kasus-harian-covid-19-di-indonesia-vaksinasi-mulai-pertengahan?page=all>, diakses pada 4 November 2021.

# Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan

Volume 1 Nomor 2

September 2021

## Kedudukan Korporasi Rumah Sakit Dalam Tanggung Gugat Kelalaian

Eko Pujiyono\*

### Abstract

*The hospital is not merely a kind of place in medical practice but it have legal position as legal subject. In case legal subject, the hospital must be constructed by legal entity on corporation. As corporation, the hospital have unique characterizing than the others. It is affected by the corporate organ structure that forms legal entity. The positioning of organ structure classify in governing body-trustee, CEO-staff, medical staff. Therefore, vicarious liability as provided on article 46 statute number 44/2009 must be applied properly. The application of law should consider a corporation characteristic and the nature of medical transaction. In adjudication of law, a court condemn to legal entity and legal person on negligence cases relating with a damage. On the other hand, construction of defendant on corporation legal sue arise a kind of circumstances. This research focus to formulate about hospital legal standing and liability as legal entity on medical services.*

**Keywords :** Corporation, Hospital, Liability

### Abstrak

Rumah sakit bukan semata tempat praktik pelayanan kesehatan namun memiliki kedudukan sebagai subyek hukum. Subyek hukum rumah sakit berbentuk korporasi yang berbadan hukum. Karakteristik badan hukum korporasi rumah sakit mempunyai perbedaan dengan korporasi lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh struktur organ korporasi rumah sakit yang membedakan pemilik, organisasi manajerial, dan pelayanan. Oleh karena itu, penerapan tanggung gugat atas kelalaian sebagaimana diatur pada pasal 46 UU no 44 tahun 2009 harus dikaji secara tepat dengan mempertimbangkan karakteristik korporasi dan sifat transaksi. Pada praktik putusan pengadilan, hakim membebankan kerugian tidak semata pada korporasi namun juga pada pribadi dokter pelayanan. Selain itu, pada beberapa putusan pengadilan belum ada keseragaman perihal konsep korporasi yang ditempatkan sebagai tergugat dalam korporasi. Berdasarkan hal tersebut penerapan dan tafsir hukum pasal 46 UU no 44 tahun 2009 harus dikaji secara proporsional agar tanggung gugat korporasi rumah sakit dapat memenuhi konsep keadilan.

**Kata Kunci :** Korporasi, Rumah Sakit, Tanggung Gugat

\* Fakultas Hukum, Universitas Hang Tuah, Surabaya.

**Correspondence:** Eko Pujiyono, Fakultas Hukum Universitas Hang Tuah, Surabaya, Indonesia. Email: eko.pujiyono@hangtuah.ac.id

### Pendahuluan

Undang-Undang no 44 tahun 2009 telah menempatkan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dalam bentuk pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan

gawat darurat. Pembentuk Undang-Undang rumah sakit telah memposisikan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang berbadan hukum. Hal itu mengandung maksud bahwa rumah sakit merupakan bagian subyek hukum. Rumah sakit memiliki hak dan kewajiban. Konsekuensinya, hal tersebut melahirkan pertanggungjawaban hukum rumah sakit dalam transaksi pelayanan kesehatan.

Pasal 46 Undang-Undang no 44 tahun 2009 telah menegaskan adanya pengalihan tanggung jawab atas perbuatan kelalaian kepada rumah sakit. Rumah sakit bertanggung jawab hukum atas kelalaian yang ditimbulkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Pada sisi lain, rumah sakit juga mempunyai pendiri yang berstatus sebagai subyek hukum pendiri. Pendiri rumah sakit dibedakan dalam dua jenis yaitu pemerintah dan non pemerintah. Oleh karena itu, pengkonstruksian rumah sakit pada dialektika subyek hukum dan pertanggungjawaban hukum harus juga memperhatikan cara kerja transaksi kepentingan hubungan perawatan medis. Hal itu menuntut sketsa tepat perihal gambaran kandungan hak dan kewajiban dari tiap bagian korporasi rumah sakit. Hak dan kewajiban yang melekat pada tiap bagian korporasi rumah sakit berhubungan dengan pertanggungjawaban hukum rumah sakit yang lahir dari hubungan hukum pelayanan kesehatan.

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia belum mengatur tentang kontrak yang berkaitan dengan perawatan medis. Dari sekian perjanjian bernama yang diatur KUH Perdata, tidak ditemukan jenis kontrak perawatan medis. Undang-Undang kesehatan, Undang-Undang rumah sakit, Undang-Undang praktik kedokteran, Undang-Undang tenaga kesehatan juga belum memberikan pengaturan perihal relasi kontraktual antara penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis/pasien. Namun, ini bukan berarti sifat kontraktual pelayanan kesehatan tidak diakui oleh KUH Perdata Indonesia. Peraturan perundang-undangan telah menetapkan hak dan kewajiban yang terkandung dalam hubungan perawatan medis. Pengaturan hak dan kewajiban tersebut tentu mempengaruhi isi dari hubungan hukum antara rumah sakit dengan pengguna jasa/pasien.

Ada beberapa kalangan ahli hukum memposisikan hubungan perawatan medis dalam bentuk sederhana. Hubungan transaksi terapeutik disederhanakan melalui hubungan dokter-pasien (Hermin Hadiati Koeswadji, 1998, 28 dan Veronika Komalawati, 2002, 45). Namun, pasal 46 Undang-Undang no 44 tahun 2009 menerapkan rezim hukum *vicarious liability* dalam mensketsa pertanggungjawaban hukum atas kelalaian yang terjadi di rumah sakit. Hal ini membawa implikasi adanya pengakuan rumah sakit sebagai pihak yang berhubungan hukum dengan pasien. Akhirnya, hal ini juga menjadi pemicu perihal konstruksi Rumah Sakit sebagai subyek hukum. Oleh karena rumah sakit merupakan subyek hukum, maka subyek hukum rumah sakit tentu berbentuk korporasi.

Korporasi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan seperti rumah sakit tentu mempunyai karakteristik yang berbeda dengan karakteristik korporasi yang lain. Hal ini terlihat dari konstruksi yang dibuat oleh pembuat Undang-Undang rumah sakit yang menggunakan istilah pendiri, management dan pelaksana. Selain itu, bidang layanan kesehatan juga tidak dapat dipersamakan dengan bidang jasa yang diperdagangkan lainnya. Meskipun Undang-Undang perdagangan mengkontruksikan jasa kesehatan sebagai bagian dari obyek yang dapat diperdagangkan, namun produk yang dihasilkan dari perdagangan jasa kesehatan tidak bisa dipersamakan dengan perdagangan lainnya. Berdasarkan uraian diatas maka dirumuskan permasalahan berupa Kedudukan korporasi rumah sakit dalam tanggung gugat perdata.

### Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian normatif yang bersifat preskriptif yang menggunakan pendekatan konseptual (*conceptual approach*), perundang-undangan (*statute approach*), dan putusan pengadilan (*case approach*) (Peter Mahmud Marzuki, 2005, 47). Bahan hukum diklasifikasi menjadi dua, pertama bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan dan putusan pengadilan, kedua bahan hukum sekunder berupa pandangan para ahli atau doktrin yang diperoleh dari literatur atau jurnal hukum atau buku-buku dan hasil penelitian terkait dengan permasalahan yang diangkat. Bahan hukum selanjutnya diseleksi, diklasifikasi, dianalisis secara kritis terkait permasalahan yang diangkat.

### Analisis dan Diskusi

#### A. Korporasi Rumah Sakit

Hukum berpandangan bahwa rumah sakit tidak sekadar tempat praktik pelayanan kesehatan namun juga suatu organisasi yaitu institusi. Hal ini dirumuskan oleh Undang-undang no 44 tahun 2009 pasal 1 angka 1, yang menyatakan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut kamus bahasa indonesia, kata institusi merujuk pada sesuatu yang bersifat kelembagaan. Oleh karena itu, rumah sakit memiliki unsur kelembagaan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kelembagaan rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari model kelembagaan yang diatur oleh aturan hukum Indonesia. Kelembagaan ini berhubungan dengan kedudukannya dalam teori subyek hukum.

Rumah sakit sebagai lembaga merupakan badan hukum karena lembaga ini oleh hukum diberikan kekuasaan pendukung hak dan kewajiban. Hal ini telah ditegaskan pasal 29 dan pasal 30 UU nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, yang memberikan kekuasaan pendukung yaitu kewajiban dan hak. Meskipun Rumah sakit tidak mempunyai jiwa sebagaimana subyek hukum manusia, namun pendukung hak dan kewajiban yang melekat pada rumah sakit menciptakan kedudukan Rumah sakit sebagai badan hukum (Chidir Ali, 1991, 18). Pengurus badan hukum rumah sakit pada hakekatnya dapat dibedakan dalam tiga kategori sebagai perwujudan 3 jenis kekuasaan di rumah sakit yaitu pemilik rumah sakit, management rumah sakit dan staff medis (Don Griffin, 2006, 26). Konstruksi analogi istilah tersebut pada Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 terwujud melalui konsep pendiri rumah sakit, organisasi rumah sakit dan staff fungsional pelayanan kesehatan.

Baik pemilik, *management* dan pelaksana pelayanan kesehatan merupakan bagian-bagian yang membentuk unsur organisasi badan hukum korporasi rumah sakit. Ketiganya berintegrasi dalam satu kesatuan korporasi rumah sakit dan diikat dalam satu pengaturan hukum rumah sakit yang disebut *hospital bylaw-corporate bylaw*. *Hospital bylaw-corporate bylaw* merupakan aturan hukum yang tidak otonom untuk menunjukkan hubungan pendiri, management dan pelayanan kesehatan dalam suatu korporasi. Keberlakuan *hospital bylaw-corporate bylaw* di rumah sakit telah diwajibkan oleh hukum yaitu Pasal 29 Ayat 1 Huruf r UU no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit "Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*)".

Bentuk badan Hukum rumah sakit terkategori empat jenis yaitu Perseroan Terbatas ( PT), Perkumpulan, Yayasan dan Badan Layanan umum. Pada badan hukum berbentuk perseroan terbatas ( PT), organisasi pemilik terdiri atas Rapat umum

pemegang saham (RUPS), komisaris dan direksi. Organisasi pemilik pada badan hukum berbentuk yayasan meliputi pembina, pengawas, pengurus. Pada badan hukum perkumpulan, organisasi pemilik merujuk pada anggaran dasar (AD)/anggaran rumah tangga (ART) perkumpulan tersebut. Staatsblad 1870 nomor 64 belum mengatur secara spesifik struktur organisasi dari perkumpulan.

Merujuk pada pendekatan perijinan, identitas badan hukum rumah sakit memiliki karakteristik berbeda dengan karakteristik badan usaha yang lain. Badan usaha rumah sakit terpisah dalam dua unsur yaitu unsur pendiri dan unsur pengelola/penyelenggara. Keberlakuan status badan hukum rumah sakit tidak dapat bertolak pada keabsahan badan hukum pendirinya. Keabsahan badan hukum pendiri rumah sakit berdasarkan pada Surat Keputusan menteri hukum dan hak asasi manusia, kecuali pendiri rumah sakit yang berbentuk badan layanan umum. Melekatnya status badan hukum pada pendiri rumah sakit tidak secara otomatis berakibat pada legalitas operasional rumah sakit. Keberadaan dua perijinan yang terpisah dengan fungsi yang berbeda-beda, berimplikasi pada gambaran bentuk perijinan korporasi rumah sakit.

Izin operasional rumah sakit merupakan syarat utama keabsahan usaha rumah sakit dalam bertransaksi dengan pihak ketiga. Tanpa ada izin operasional rumah sakit, status subyek hukum yang melekat pada pendiri rumah sakit tidak membawa dampak apa-apa terhadap transaksi pelayanan kesehatan dengan anggota masyarakat. Tanpa ijin pendirian rumah sakit yang dimiliki pendiri rumah sakit, status badan hukum pendiri rumah sakit tidak dapat mengambil fungsinya sebagai badan hukum dengan fungsi rumah sakit. Pada badan hukum yang berbentuk perkumpulan dan yayasan, tidak mensyaratkan *single purpose* pendirian rumah sakit. Hal ini berbeda dengan Pendiri rumah sakit yang berbentuk perseroan terbatas, dalam halmana sejak awal pendirian PT mencantumkan secara spesifik *single purpose* Perseroan Terbatas untuk perumahsakitan.

### B. Kedudukan Tenaga Kesehatan

Hubungan hukum perawatan medis kepada pasien pada hakekatnya timbul dari perikatan awal yang bersifat kontraktual. Kepentingan yang terkandung dalam perawatan medis bersifat transaksional dan membutuhkan kewajiban prestasi berimbang balik antara penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis. Lahirnya status pasien tidak lahir serta merta akibat penstatusan Undang-Undang namun hasil interaksi transaksional antara penyedia jasa medis dan pengguna jasa medis. Eksistensi hubungan kontraktual pada perawatan medis dimaksudkan untuk menegaskan batas intervensi negara menentukan dan mengatur substansi hubungan hukum perawatan medis. Unsur kontraktual juga akan mampu menyeimbangkan *cost-benefit* para pihak sehingga dasar kesukarelaan, unsur kesetaraan antar para pihak yang terikat hubungan hukum bisa dipertahankan dalam konstruksi hubungan hukum penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis.

Sifat Hubungan kontraktual pada pelayanan kesehatan tidak dapat dipersamakan dengan Hubungan kontraktual bidang perdagangan lainnya. Hukum yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan merupakan hukum yang bersifat *sui generis*. Hukum kesehatan bertolak dari etika kesehatan yang menjadi obyek telaah filsafat hukum di bidang pelayanan kesehatan (H.J.J. Leenen, 1991, 23). Oleh karenanya, Sifat kontraktual dalam pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik khusus. Prestasi yang terbentuk dan mengisi hubungan kontraktual pelayanan kesehatan dibentuk, dikontruksikan dan ditentukan oleh Undang-Undang. Isi

hubungan kontraktual tidak diserahkan pada kehendak bebas penyedia jasa medis dan pengguna jasa medis. Negara membatasi kebebasan para pihak dalam menentukan bentuk *prestatie* melalui perangkat Undang-Undang. Hukum kesehatan pada perawatan medis tidak berfokus pada kontrak tetapi pada interaksi hak kewajiban yang membentuk hubungan kontraktual tersebut sehingga tercipta keadilan. Hal itu ditegaskan oleh Mark A. Hall (Mark A. Hall, 2008, 596-597):

*"The beginning and ending of treatment relationships are nominally determined by contract principles, but most of the content of a medical provider's obligation is determined by substantive rules of tort and fiduciary law (such as medical malpractice, informed consent, and confidentiality) that are attuned to the interpersonal dynamics and psychological realities of medical treatment relationships. Even the contractual shell differs substantially from normal commercial law"*

KUH perdata Indonesia tidak pernah mengatur secara khusus tentang hubungan kontrak dalam perawatan medis. Undang-Undang praktik kedokteran menyinggung sekilas tentang sepakat dalam penyelenggaraan praktik kedokteran namun kontruksi ini sesungguhnya tidak berhubungan dengan hubungan awal penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis. Sebaliknya, beberapa negara Luar negeri seperti Belanda dan Austria telah memberikan pengaturan secara tegas pada KUH perdatanya terkait dengan bentuk hubungan hukum antara penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis, yaitu hubungan kontraktual. Bahkan, di eropa pada bagian *Principles Of European Law On Service Contracts (PELSC)* juga telah menegaskan usnur hubungan kontraktual antara penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis.

Undang-Undang no 36 tahun 2009 telah menetapkan bahwa maksud hubungan penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis adalah penyelenggaraan upaya kesehatan. Pasal 1 angka 2 UU no 36 tahun 2009 mendefinisikan penyelenggaraan upaya kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat. Penyelenggaraan usaha pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat berbentuk tenaga kesehatan, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi. Obyek perikatan yang terkandung dalam hubungan penyelenggaraan upaya kesehatan antara penyedia jasa medis-pengguna dapat berbentuk keseluruhan obyek atau hanya bagian -bagian tertentu.

Bertolak pada kategorisasi sumber daya kesehatan, hakekat obyek perikatan antara penyedia jasa medis dengan pengguna jasa medis dapat dikategorisasi dalam dua bentuk yaitu perikatan dengan obyek benda (barang), dan perikatan dengan obyek perbuatan (jasa). Perikatan dengan obyek benda hanya terkandung pada perikatan yang berkaitan dengan perbekalan kesehatan dan sumber daya sediaan farmasi, kecuali yang bersifat pelayanan farmasi klinis. Pada farmasi klinis, obyek perikatan sesungguhnya berbentuk perbuatan pelayanan. Obyek perikatan yang terkandung pada upaya kesehatan yang berbentuk perbuatan lainnya adalah pelayanan kesehatan melalui keahlian yang dimiliki tenaga kesehatan dan penggunaan fasilitas alat kesehatan, penggunaan fasilitas akomodasi dan teknologi yang disediakan oleh penyedia jasa.

Bagi obyek perikatan berbentuk perbuatan maka perikatan tersebut memiliki sifat *inspanning verbintenis*. Sedangkan bentuk perikatan berupa benda, adalah perikatan benda. Pemilahan ini akan membawa dampak pada pertanggungjawaban risiko dan konstruksi hukumnya. Pada bentuk perbekalan, meskipun perikatannya berbentuk barang/benda, benda berupa perbekalan pada hakekatnya merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan rangkaian *skill* yang diselenggarakan oleh

tenaga kesehatan. Risiko penggunaan perbekalan sesungguhnya satu kesatuan dengan perikatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan. Risiko pertanggungjawaban ini tentu berbeda dengan obyek perikatan berbentuk sediaan farmasi. Pada bentuk ini, tanggung jawab atas produk selalu melekat pada farmasi. Oleh karena itu tanggung jawab tidak sebatas pada penyedia produk tetapi juga pada pencipta produk seandainya produk tersebut mengalami kecacatan produk yang membahayakan masyarakat. Berbeda lagi, bila kerugian pasien terjadi bukan karena cacat produk tetapi akibat pelayanan kesehatan dan farmasi klinis yang tidak memenuhi standar maka pencipta produk tidak dapat dipersalahkan. Pengetahuan atas ini menjadi penting untuk memilah antara tanggung jawab produk dengan tanggungjawab suatu perbuatan.

### C. Tanggung Gugat

Makna pertanggungjawaban hukum atas kelalaian yang terjadi dalam rumah sakit sebagaimana dimaksud pasal 46 Undang-Undang no 44 tahun 2009 tidak berdiri sendiri. Pertanggungjawaban rumah sakit semestinya menyesuaikan obyek perawatan medis di rumah sakit. Ada berbagai macam bentuk produk yang bisa dimanfaatkan yaitu, tenaga kesehatan, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi. obyek perikatan rumah sakit dapat dibagi-bagi jenisnya. Urusan perbuatan kewajiban melakukan perawatan medis merupakan prestasi dokter dengan dibantu tenaga kesehatan lainnya. Rumah sakit tidak mempunyai kendali terhadap prestasi yang dilakukan oleh dokter yang dibantu tenaga kesehatan lainnya tersebut. Usaha ini menjadi kontrol sepenuhnya dari tenaga kesehatan. Rumah sakit/korporasi tidak memiliki kontrol secara penuh sebab profesi tenaga kesehatan mempunyai diskresi yang tidak bisa dikendalikan oleh pihak manapun. Namun, tindakan merawat pasien sesungguhnya tidak lepas dari perikatan awal yang dibentuk oleh korporasi rumah sakit sebagai penyedia jasa medis.

Sejarah tanggung gugat rumah sakit dapat disimak pada *Landmark legal decision, Darling v. Charleston Community memorial hospital, Johnson v. misericordia*. Pada dua kasus tersebut, dapat ditelusuri bahwa '....The hospital was negligent for two reason : It failed to properly review the work of an independent doctor and its nurses failed to administer necessary care (Simon Taylor, 2015, 20). Di Indonesia, ada dua putusan pengadilan yang memasukkan tanggung gugat tanggung renteng yaitu pada kasus Putusan Peninjauan Kembali Mahkamah Agung no 515/PK/Pdt/2015 dan putusan no 630/Pdt.G/2015/PN.Bks. Pada dua putusan tersebut dapat diambil kontruksi hukum bahwa pengalihan tanggung gugat kepada rumah sakit secara mutlak melalui pasal 46 tidaklah sesuai. Tanggung jawab atas prestasie harus dilaksanakan secara cermat sesuai dengan peran masing-masing pihak pada korporasi rumah sakit.

Pada putusan Peninjauan Kembali Mahkamah Agung no 515/PK/Pdt/2015, perkara peninjauan kembali perkara Pitra Azmirla dan Damitra Almira melawan Rumah Sakit Pondok Indah, Dr. Hermansur Kartowisastro SpB-KBD, Prof. Dr. Icharmsjah A. Rachman, SpOG, Prof Dr I made Nazar SpPPa, Dr. Mirza Zoebir SpPD hakim memutuskan dalam pokok perkara sebagai berikut :

#### DALAM POKOK PERKARA :

- Mengabulkan gugatan Penggugat sebahagian.
- Menyatakan Para Tergugat telah melakukan perbuatan melawan hukum.
- Menghukum **Para Tergugat secara tanggung renteng** untuk membayar ganti rugi materil dan immaterial kepada Para Penggugat yaitu sebesar Rp.2.000.000.000,- (dua milyar rupiah).

- Menolak gugatan Penggugat selebihnya.

Sedangkan pada putusan no 630/Pdt.G/2015/PN.Bks. dalam perkara Ibrahim Blegur melawan Rumah Sakit AwaL Bros Bekasi, Dr. Yenny Wiarni Abbas Spa, hakim memutuskan dalam pokok perkara adalah sebagai berikut:

Dalam Pokok perkara

1. Mengabulkan gugatan Penggugat sebagian
2. Menyatakan Tergugat I dan Tergugat II telah melakukan perbuatan melawan hukum
3. Menghukum tergugat I dan Tergugat II untuk membayar ganti rugi materi secara tanggung renteng kepada penggugat sebesar Rp. 205.500.000 ( dua ratus lima juta lima ratus ribu rupiah);
4. Menghukum tergugat I dan Tergugat II membayar biaya perkara secara tanggung renteng sejumlah Rp. 406.000 ( empat ratus enam ribu rupiah)
5. Menolak gugatan Pwnggugat untuk lain dan selebihnya

Pada Pertimbangan hukum hakim putusan no 630/Pdt.G/2015/PN.Bks, Hakim mengkonstruisikan badan usaha rumah sakit sebagai kesatuan kesatuan yuridis dan ekonomis atau kesatuan organisasi yang terdiri atas kesatuan faktor-faktor produksi yang bertujuan mencari laba dan keuntungan. Oleh karenanya, Pertanggungjawaban hukum berdasarkan risiko didasarkan pada produk-produk tertentu, dan sistem pertanggungjawaban tak langsung (*vicarious liability*), rumah sakit bertanggung jawab merawat pasien termasuk atas kesalahan yang dilakukan oleh bawahan. Ada hubungan fungsional antara rumah sakit dengan dokter. Dokter adalah petugas yang melaksanakan tugas dalam rangka kepentingan rumah sakit. Dalam konteks perbuatan melanggar hukum, berlaku pasal 1367 KUH perdata. Hakim berpandangan bahwa baik rumah sakit dan dokter bersama-sama melaksanakan tujuan organisasi dalam kesatuan badan hukum.

Pertanggunggugatan perdata secara tanggung renteng dalam hal dokter ikut terlibat bertanggung jawab atas kelalaian telah memberikan gambaran perihal sejauhmana penegakan pasal 46 Undang-Undang no 44 tahun 2009. Penggunaan pasal 1367 KUH perdata dan pasal 46 Undang-Undang no 44 tahun 2009 tidak secara serta merta melepaskan dokter untuk lepas tanggung jawab atas kerugian yang diderita pasien. Ada tiga hal yang harus diperhatikan untuk mensketsa keterlibatan dokter ikut bertanggung jawab yaitu pertama, aspek control perawatan medis, kedua aspek pemberian instruksi, ketiga kedudukan perawat. Hal ini dapat disimak dari putusan no 630/Pdt.G/2015/PN, hakim menegaskan bahwa dokter bertanggung jawab atas perintah yang diberikan kepada perawat. Dalam konstruksi pertimbangan hukumnya, hakim berpendapat bahwa pengantian infus dan injeksi antibiotik oleh perawat atas perintah tergugat 2 dan, ketelitian dan kelalaian ditiadakan adalah indikasi kelalaian yang memungkinkan ; ada hubungan risiko meninggal dengan pergantian infus dan injeksi. Menurut Paul Gilicker, kesalahan perintah yang dilakukan oleh dokter kepada perawat terkait pelaksanaan intervensi medis dianggap sebagai tanggung jawab dokter sebagai pihak yang berperan sebagai pengendali dan pemberi perintah intervensi medis tersebut kepada pasien (Paul Gilicker , 2010, 64).

Menurut Paul Gilicker, perbuatan melanggar hukum yang dilakukan oleh karyawan akan dikenakan kepada majikan, bukan karena kesalahan yang dilakukan oleh si majikan tetapi karena adanya hubungan antara majikan dengan si pelaku perbuatan melanggar hukum yaitu karyawan. Pada situasi demikian ada dua pihak yang berpotensi menjadi tergugat yaitu individu pelaku perbuatan melanggar hukum

dan pihak ketiga yaitu si majikan ( Paul Gilicker, 2010, 1). Tanggung gugat terhadap rumah sakit hanya meliputi perbuatan yang berhubungan dengan aspek pelayanan dan administrasi. Tanggung gugat rumah sakit yaitu organ korporasi/manajemen terbatas pada perbuatan-perbuatan yang menjadi kewajiban rumah sakit yang tidak dapat terdelegasikan kepada pihak lainnya ( Paul Gilicker, 2010, 2). Andre Den Exter dan Martin Buijsen menjelaskan bahwa tanggung gugat yang diterapkan kepada dokter dalam sengketa medis dapat dikategorii menjadi dua pilihan yaitu tanggung gugat wanprestasi atau tanggung gugat perbuatan melanggar hukum (Andre Den Exter dan Martin Buijsen, 2013, 66) “ *If a doctor causes injury to a patient by his treatment, he may be sued on the grounds of default or tort.* Selanjutnya Andre den exter menjelaskan bahwa kedua jenis tanggung gugat itu bergantung pada kedudukan hukumnya dalam hubungan hukum perawatan medis tersebut (Andre den exter, 2013, 69) “ . “ *When a doctor is employed by a hospital, the hospital may be held liable for default and the doctor for tort if an error has been committed.* ”

### **Kesimpulan**

Praktik pengadilan di Indonesia Mengakui kedudukan rumah sakit sebagai subyek hukum yang dapat digugat di muka pengadilan. Rumah Sakit merupakan korporasi yang dapat dimintai pertanggungjawaban hukum pada transaksi pelayanan kesehatan. Gugatan kepada korporasi rumah sakit sebagai badan hukum merupakan kesatuan integral badan hukum yang meliputi organ pada organisasi pendiri dan organ pada organisasi rumah sakit. Pengaturan pasal 46 Undang-Undang no 44 tahun 2009 diterjemahkan oleh putusan pengadilan melalui konsep tanggung gugat renteng pada kasus kelalaian dalam tindakan pelayanan kesehatan. Tanggung gugat renteng telah menempatkan rumah sakit sebagai korporasi badan hukum dan dokter sebagai pribadi subyek hukum. Kedua belah pihak berkontribusi terhadap pembayaran kerugian sepanjang ditemukan adanya kelalaian sebagaimana dikontruksikan pada pasal 1365 KUH Perdata.

### **Daftar Bacaan**

Andre Den Exter, Martin Buijsen, *The Netherlands Medical Law*, Wolters Kluwer Law & Business, The Netherlands, 2013

Chidir Ali, Badan Hukum, Penerbit Alumni, Bandung, 1991

Don Griffin, *Hospitals : What they are and how they work*, third edition, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 2006

H.J.J. Leenen ( diterjemahkan oleh P.A.F Lamintang), *Pelayanan kesehatan dan Hukum*, Penerbit Bina Cipta, Bandung, 1991

Hermin Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran, Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Halmana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak*, Citra Aditya Bhakti, Bandung, 1998

Paul Gilicker, *Vicarious Liability in Tort, A Comparative Perspective*, Cambridge University Press, New York, 2010

Peter Mahmud Marzuki, Penelitian Hukum Prenada Media, Tahun 2005

Simon Taylor, medical Accident liability and redress in English and French Law,  
cambridge university press, 2015

Veronika komalawati dalam *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik ( Persetujuan Dalam Hubungan Dokter Dan Pasien )*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002

Kamus besar bahasa Indonesia, cetakan kedua, balai Pustaka, 1989

Mark A hall , The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers,  
The Georgetown Law Journal, vol 96, 2008

Putusan Mahkamah Agung Peninjauan Kembali no 515/PK/Pdt/2015

Putusan Pengadilan Negeri Bekasi no 630/Pdt.G/2015/PN.Bks



**Jurnal Hukum &  
Etika Kesehatan**