

**HUKUM KEDOKTERAN
(UNTUK MAHASISWA FAKULTAS
KEDOKTERAN DAN HUKUM)**

**OLEH :
SOFYAN DAHLAN
DAN
EKO SOPONYONO**

**FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG**

DAFTAR ISI

HUKUM KESEHATAN	1
SEJARAH HUKUM KEDOKTERAN	8
PROFESI MEDIK	15
HUBUNGAN DOKTER PASIEN	23
HAK DAN KEWAJIBAN	34
INFORMAMED CONSENT	38
DEFENSIVE MEDICINE	46
KONFIDENSIALITAS MEDIK	48
REKAN MEDIK	57
OPERASI PENYESUAIAN KELAMIN	61
MALPRAKTEK	70
TRANSPLATASI ORGAN	78
KEGAWATAN MEDIK	84
BAYI TARUNG	92
KELUARGA BERENCANA	98
KETENTUAN-KETENTUAN PIDANA DALAM UNDANG-UNDANG NO.23/1992 TENTANG KESEHATAN	99

HUKUM KESEHATAN

Di negara yang berlandaskan hukum, sudah selayaknya jika hukum dijadikan supremasi dimana semua orang diharapkan tunduk dan patuh kepadanya tanpa kecuali. Untuk mewujudkan cita-cita yang demikian itu maka perlu diciptakan perangkat-perangkat hukum yang mengatur seluruh sektor kehidupan; meliputi bidang ekui, polkam dan kesra. Masing-masing sektor, tersebut masih perlu dirinci lagi kedalam subsektor-subsektor, dan salah satu subsektor yang terpenting didalam kehidupan di suatu negara adalah subsektor kesehatan, sebab subsektor ini ikut menentukan keberhasilan dari sektor kesra. Oleh karena itu pada subsektor tersebut perlu diciptakan perangkat hukum yang akan menentukan pola kehidupan didalam subsektor yang bersangkutan. Perangkat hukum tersebut dinamakan hukum kesehatan atau Health Law.

Menurut Van Der Mijl, hukum kesehatan diartikan sebagai perangkat hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan kesehatan, meliputi: penerapan perangkat-perangkat hukum perdata, pidana dan tata usaha negara. Sedangkan menurut Loenen, Profesor pada mptu Kuliah hukum kedokteran dari negeri Belanda, hukum kesehatan diartikan sebagai keseluruhan dari aktifitas juridis dan peraturan hukum dibidang kesehatan serta studi ilmiahnya.

Ringkasnya, hukum kesehatan adalah aturan hukum yang mengatur semua aspek yang berkaitan dengan usaha-usaha dan pemeliharaan dibidang kesehatan.

Perbedaan antara hukum kesehatan (Health Law) dan hukum kedokteran (Medical Law) hanyalah terletak pada ruang lingkupnya saja. Hukum kesehatan menitik beratkan pada masalah-masalah yang

berkaitan dengan kesehatan (meliputi kesehatan badaniah, rohaniah, dan sosial) secara keseluruhan, sedangkan hukum kedokteran hanya pada masalah-masalah yang berkaitan dengan profesi kedokteran.

Jadi hukum kedokteran adalah bagian dari hukum kesehatan yang hanya mengatur aspek-aspek yang berkaitan dengan profesi dibidang kedokteran saja.

Sejak tahun lima puluhan, hukum kesehatan mulai berkembang sebagai pengkhususan dari ilmu hukum, terutama di negeri Belanda dan Perancis. Sesudah itu barulah Amerika Serikat menyusul mengembangkan pengkhususan dari ilmu hukum tersebut. Menurut Leenen, usaha pengembangan tersebut dilatar belakangi oleh:

1. Kemajuan ilmu dan teknologi dibidang kedokteran yang semakin hari semakin memperlihatkan adanya bentuk intervensi terhadap jasmani dan rohani seseorang, sehingga mempengaruhi integritas fisik dan mental.
2. Berubahnya dunia kedokteran menjadi lembaga birokratik, dimana hubungan personal cenderung menurun.
3. Semakin diterimanya gagasan mengenai hak azasi manusia (termasuk hak penentuan nasib sendiri) sebagai landasan bagi kebijakan hukum dan kebijakan sosial sehingga menyebabkan timbulnya benturan antara birokrasi pelayanan kesehatan, adanya campur tangan yang mendalam dari tindakan medik dan semakin tingginya kesadaran pasien akan hak-haknya.

Adanya kondisi seperti ini mendorong para pembuat undang-undang untuk menyusun perundang-undangan dibidang pelayanan kesehatan. Menurut Van Der Mijn, pembentukan undang-undang

tersebut didorong oleh motif sebagai berikut:

1. Kebutuhan akan pengaturan pemberian jasa keahlian.
2. Kebutuhan akan tingkat kualitas keahlian.
3. Kebutuhan akan keterarahan.
4. Kebutuhan akan pengendalian biaya.
5. Kebutuhan akan kebebasan warga masyarakat untuk menentukan kepentingannya dan identifikasi kewajiban pemerintah.
6. Kebutuhan pasien akan perlindungan hukum.
7. Kebutuhan para ahli akan perlindungan hukum.
8. Kebutuhan pihak ketiga akan perlindungan hukum.
9. Kebutuhan akan perlindungan bagi kepentingan umum.

FUNGSI HUKUM KESEHATAN:

Kalau hukum kesehatan dikaitkan dengan Kerangka Landasan Hukum yang sedang digarap oleh pemerintah maka hukum kesehatan dikelompokkan kedalam perangkat hukum sektoral. Disamping hukum sektoral tersebut masih ada satu lagi yang disebut sebagai perangkat hukum pokok; meliputi kodifikasi-kodifikasi hukum perdata, hukum pidana, hukum acara pidana dan sebagainya. Hubungan antara hukum pokok dan hukum sektoral adalah bahwa hukum pokok merupakan *Lex Generalis* sedangkan hukum sektoral merupakan *Lex Specialis*. Meskipun hukum kesehatan mengatur secara khusus hal-hal yang berkaitan dengan sektor yang bersangkutan, namun tidak boleh menyimpang dari prinsip-prinsip dasar atau azas-azas yang terkandung dalam perangkat-perangkat hukum pokok yang relevan.

Atas dasar itu maka sebetulnya fungsi hukum kesehatan tidak berdiri sendiri. Dalam kondisi hukum kesehatan yang belum lengkap

dan belum sempurna maka ia bersama-sama perangkat hukum pokok mempunyai fungsi yang saling melengkapi.

Fungsi-fungsi tersebut antara lain:

1. Menjaga ketertiban didalam masyarakat:

Perlu diketahui bahwa hukum, berdasarkan pengertiannya sebagai peraturan, mempunyai bermacam-macam fungsi. Salah satu dari fungsi tersebut, termasuk hukum kesehatan, adalah menjaga ketertiban didalam masyarakat. Meskipun hukum kesehatan hanya mengatur tata kehidupan di dalam sub sektor yang kecil, namun keberadaannya akan memberi sumbangan yang besar bagi ketertiban di dalam masyarakat secara keseluruhan.

2. Menyelesaikan sengketa yang timbul di dalam masyarakat:

Perlu diketahui bahwa kepentingan diantara anggota masyarakat, baik yang bersifat individu ataupun kelompok, tidak selamanya sejajar. Bahkan kadang-kadang kepentingan diantara anggota masyarakat tersebut saling berbenturan atau saling memotong satu sama lain. Keberadaan hukum kesehatan dalam hal ini sangat diperlukan sebagai dasar bagi penyelesaian perkara-perkara yang timbul di bidang kesehatan, lebih-lebih dinegara yang menganut azas legalitas.

3. Merekayasa sikap dan pandangan masyarakat (Social Engineering):

Jika masyarakat menghalang-halangi dokter melakukan pertolongan terhadap penjahat yang luka parah karena tertembak, maka tindakan tersebut sebenarnya keliru dan perlu diluruskan. Contoh lain adalah mengenai pandangan

masyarakat yang menganggap bahwa "doctor can do no wrong". Pandangan ini juga keliru mengingat dokter adalah manusia biasa yang dapat melakukan kesalahan didalam menjalankan profesinya, sehingga ia perlu dihukum jika ternyata perbuatannya memenuhi unsur-unsur pidana yang telah dirumuskan. Keberadaan hukum kesehatan disini tidak saja perlu untuk meluruskan sikap dan pandangan masyarakat, tetapi juga sikap dan pandangan kelompok dokter itu sendiri terhadap sesuatu masalah dibidang kedokteran.

RUANG LINGKUP:

Sebelum membicarakan lebih lanjut tentang ruang lingkup hukum kesehatan, perlu dikemukakan lebih dahulu tentang apa sebenarnya yang disebut dengan sehat.

Pasal 2 Undang-Undang No.9 tentang Pokok-Pokok Kesehatan menyatakan bahwa keadaan sehat tidak hanya terbatas pada kesehatan badaniyah saja, tetapi meliputi juga kesehatan rohani dan sosial. Kesehatan rohani diartikan sebagai kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Sedangkan kesehatan sosial diartikan sebagai perikehidupan didalam masyarakat yang memungkinkan setiap warganya mempunyai cukup kemampuan untuk memelihara dan memajukan kehidupannya sendiri serta kehidupan keluarganya dan memungkinkan mereka bekerja, beristirahat dan menikmati hiburan.

Melihat pengertian sehat seperti itu maka sebenarnya masalah kesehatan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas dan tidak

hanya terbatas pada masalah pembebasan terhadap penyakit, kecacatan dan kelemahan. Oleh Leenen, masalah kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi 13 kelompok, yang sudah barang tentu tidak selalu relevan dengan masalah kesehatan di tiap-tiap negara. Di Amerika Serikat misalnya, bagian dari hukum kesehatan meliputi Hospital Law, Occupational Health and Safety Law, Children at Risk, Public Health Law, Mental Health Law dan sebagainya. Sedangkan masalah kesehatan di Indonesia, menurut Undang-Undang No. 9 th.1960 Tentang Pokok-Pokok Kesehatan meliputi:

1. Pencegahan dan pemberantasan penyakit, meliputi usaha-usaha dibidang:
 - hygiene lingkungan termasuk kebersihan.
 - pengebalan atau imunisasi.
 - karantina.
 - hal-hal lain yang perlu.
2. pemulihan kesehatan.
3. penerangan dan pendidikan kesehatan pada rakyat.
4. pendidikan tenaga kesehatan.
5. perlengkapan obat-obatan dan alat-alat kesehatan.
6. penyelidikan-penyelidikan.
7. pengawasan.
8. usaha-usaha lain yang diperlukan.

Menurut Soerjono Soekanto, hukum kesehatan di Indonesia belum seluruhnya memenuhi ruang lingkup yang ideal. Yang diperlukan sekarang ini adalah melakukan inventarisasi dan analisis terhadap perundang-undangan yang sudah ada untuk dikaji apakah sudah cukup atau belum. Yang kedua ialah perlunya dilakukan penyuluhan hukum kesehatan, tidak hanya terbatas pada tenaga kesehatan saja tetapi

juga kalangan penegak hukum dan masyarakat. Yang ketiga ialah perlunya dilakukan identifikasi tepat bagi pengaturan masalah-masalah kesehatan guna pembentukan perundang-undangan yang benar, sehingga secara yuridis-formal efektif.

SUMBER HUKUM KESEHATAN:

Hukum kesehatan tidak hanya bersumber pada hukum tertulis (Statute Law) saja tetapi juga yurisprudensi, traktat, konsensus dan pendapat para ahli hukum maupun kedokteran (termasuk doktrin). Sudah barang tentu tidak semua yang disebutkan diatas itu mempunyai kekuatan mengikat (binding authority). Peraturan tertulis atau yurisprudensi memang mempunyai kekuatan mengikat, tetapi doktrin atau pendapat para ahli tidak. Kendati demikian doktrin atau pendapat para ahli dapat dijadikan persuasive authority, bagi hakim misalnya, didalam rangka membuat penafsiran futurologis atau didalam rangka menemukan hukum.

Sebagaimana diketahui bahwa meskipun yang dianut di Indonesia adalah sistem kodifikasi (bukan Common Law System), tetapi tidak benar-benar murni mengingat dimungkinkannya hakim membuat penafsiran dan menemukan hukum. Dalam rangka itulah maka doktrin atau pendapat para ahli itu dapat dijadikan acuan.

SEJARAH HUKUM KEDOKTERAN

Tak ada keinginan disini untuk mengupas sejarah kedokteran, namun ulasan terbatas memang diperlukan bagi pembahasan sejarah hukum kedokteran, setidaknya-tidaknya tentang sejarah usaha-usaha manusia didalam rangka penyembuhan penyakit. Sudah tentu usaha-usaha tersebut tidak dapat dipisahkan dari konsep-konsep tentang penyakit yang berkembang sesuai dengan zamannya, yang menjadi landasan bagi usaha-usaha tersebut.

Pada awalnya, ilmu kedokteran benar-benar merupakan misteri. Tak ada yang dapat menjawab secara benar, mengapa suatu penyakit hanya menyerang seseorang dan tidak menyerang lainnya. Konsep-konsep penyakit yang kemudian berkembang pada masa itu selalu dikaitkan dengan kekuatan yang bersifat supernatural. Penyakit dianggap sebagai hukuman Tuhan atas orang-orang yang melanggar hukum Nya atau disebabkan oleh roh jahat yang berperang melawan Dewa-Dewa pelindung manusia. Maka penyembuhannya pun hanya dapat diusahakan melalui doa-doa para pendeta atau melalui upacara-upacara pengorbanan.

Konsep itulah yang kemudian melahirkan "priestly medicine", dimana profesi kedokteran menjadi monopoli kaum pendeta. Mereka merupakan kelompok masyarakat yang tertutup, yang mengajarkan ilmu kedokteran hanya dikalangan mereka sendiri atau menarik siswanya dari golongan atas. Mereka memanfaatkan keuntungan berorganisasi dan berkodifikasi (membuat undang-undang) untuk mempertahankan ketertutupan dan imago superior mereka. Undang-undang yang dibuat, yang memberi ancaman hukuman berat (misalnya hukuman potong tangan bagi seseorang yang melakukan pekerjaan

dokter dengan menggunakan metode yang menyimpang dari buku-buku yang ditulis sebelumnya) menyebabkan orang lain enggan memasuki profesi ini.

Salah satu contoh dari model dokter jaman "priestly medicine" adalah Imhotep. Ia tidak saja dipercaya sebagai dokter, tetapi juga sebagai pendeta dan ahli hukum yang bertugas menyampaikan hukum Tuhan. Hanya saja Imhotep tidak seperti dokter pada umumnya. Ia mempunyai pemikiran yang lebih maju dan berhasil meletakkan landasan moral (meskipun tidak lengkap) bagi pelaksanaan profesi kedokteran. Keberhasilannya itu menyebabkan namanya dikenang sebagai Bapak Kedokteran Mesir hingga sekarang.

Mesir memang merupakan negeri yang tidak hanya maju dalam bidang kedokteran sejak 2000 tahun sebelum Masehi, tetapi juga merupakan negeri yang sudah memiliki hukum kedokteran. Dari papyrus yang ditemukan mengungkapkan bahwa negeri itu sudah memiliki undang-undang kesehatan yang rapi, yang kira-kira hampir sebanding dengan undang-undang kesehatan sekarang. Konsep pelayanan kesehatan nasional sudah mulai dikembangkan. Penderita tidak ditarik bayaran oleh petugas kesehatan yang dibiayai oleh masyarakat. Peraturan ketat diberlakukan bagi pengobatan eksperimen. Tak ada hukuman bagi dokter atas kegagalannya, selama buku standar diikuti. Meskipun demikian, profesi kedokteran tetap menjadi milik kasta pendeta dan bau mistik tetap mewarnai dunia kedokteran.

Pada era yang lebih kurang bersamaan dengan era Mesir kuno, ilmu kedokteran juga sudah maju di Babylonia, ketika negeri ini diperintah oleh raja Hammurabi (2200 sebelum Masehi). Pada era

ini, praktek pembedahan sudah mulai dilakukan oleh para dokter. Sistem imbalan dokter juga sudah diatur berdasarkan hasil pengobatan, status pasien dan kemampuan membayar. Bahkan sebenarnya hukum kedokteran yang pertama berasal dari Babylonia, bukan dari Mesir.

Didalam Kode Hammurabi dapat dilihat adanya beberapa ketentuan yang mengatur tentang kelalaian dokter serta daftar hukumannya, mulai dari hukuman denda sampai pada hukuman yang mengerikan. Kode Hammurabi juga mengatur masalah perdata yang berkaitan dengan praktek kedokteran. Pada paragraf 219 misalnya, dapat dilihat adanya ketentuan yang mengharuskan dokter mengganti seorang budak jika karena kelalaiannya menyebabkan matinya budak yang diobati.

Tahapan selanjutnya adalah tahapan dimana ilmu kedokteran mengalami sekularisasi sesudah ilmu ini dibawa dari Mesir dan Babylonia (ke Yunani) (500 tahun sebelum Masehi). Disini pengaruh kuat pendeta meluntur dan diambil alih oleh filosof-filosof. Melalui proses pemikiran logis, pengamatan dan deduksi maka filosof-filosof tersebut berhasil merubah praktek kedokteran yang berbau mistik itu. Sekolah-sekolah kedokteran dibangun, kode intra-profesional disusun dan konsep-konsep baru mengenai pengobatan dibuat. Pasien tak perlu lagi datang ke rumah peribadatan untuk berobat, melainkan dokter yang harus mengunjungi pasiennya.

Salah satu dari filosof Yunani yang berhasil meletakkan landasan bagi sumpah dokter dan etika kedokteran, yang kemudian diakui sebagai bapak ilmu kedokteran, adalah Hippocrates.

Ada beberapa pemikiran penting dari sumpah Hippocrates itu

yang perlu diketengahkan disini. Pertama adanya pemikiran untuk melindungi masyarakat dari penipuan dan praktek kedokteran yang bersifat coba-coba. Kedua, adanya keharusan dokter untuk berusaha semampu mungkin bagi kesembuhan pasien dan larangan melakukan hal-hal yang dapat merugikan. Ketiga, adanya penghormatan terhadap makhluk insani melalui pelarangan terhadap euthanasia dan aborsi. Keempat, menggaris bawahi hubungan dokter pasien sebagai hubungan dimana dokter dilarang mengambil keuntungan. Terakhir, dengan keharusan memegang teguh rahasia kedokteran, Hippocrates telah berhasil meletakkan landasan bagi hubungan yang bersifat konfidensial.

Pada zaman Renaissance dunia kedokteran berubah menjadi ilmiah dan periode riset pun dimulai. Hal ini terutama disebabkan oleh sekularisasi dan konsentrasi pendidikan di Universitas. Namun persoalan baru timbul. Pada satu sisi, ilmu kedokteran tak dapat maju tanpa riset yang ekstensif dan pada sisi lain proses ini cenderung merubah praktek pengobatan kepada bentuk latihan mengatasi masalah yang pada waktu itu pun sudah mengundang berbagai kritik yang hebat.

Ilmu bukanlah segalanya. Bagaimana hubungan keseluruhan antara profesi dan masyarakat itulah yang pada akhir abad ini mengalami perubahan besar. Seorang penulis masalah-masalah etik dari Edinburgh pada tahun 1772 pernah menggambarkan kedokteran sebagai profesi yang bebas, yang hanya boleh dilakukan oleh seorang laki-laki yang sangat sopan dan terhormat, yang didalamnya terkandung pemikiran paternalisme. Pada abad ke 19, profesi kedokteran yang dikaitkan dengan perguruan tinggi menjadi hak

istimewa kalangan menengah keatas. Hasilnya para dokter cenderung merasa superior terhadap pasien. Situasi seperti ini berlangsung sampai pertengahan abad 20.

Kemudian terjadi perubahan sosial yang besar. Pintu pendidikan tertier dibuka lebar-lebar untuk transfusi pemikiran ilmiah dan ketrampilan teknik terhadap kedokteran. Departemen Kesehatan dibuka dimana-mana, sehingga merubah seorang dokter dari pembagi belas kasih menjadi pelayan masyarakat. Sejalan dengan perubahan struktural pada profesi ini, terjadi pula kemajuan individualisme didalam masyarakat. Penghargaan terhadap hak-hak azasi berkembang cepat dan menambah kekuatan politik melalui peningkatan kekuatan kaum muda dan kelompok determinasi, seperti kelompok pembebasan wanita. Norma-norma yang ada mulai dipertanyakan, termasuk norma-norma yang berlaku di dunia kedokteran. Banyak diantaranya yang berkaitan erat dengan praktik kedokteran mulai ditolak.

Gambaran dunia kedokteran pada abad ke 20 ini adalah dipengaruhi oleh kemajuan yang sangat pesat dibidang teknologi sehingga mengakibatkan lingkungan menjadi reseach oriented dan dipengaruhi oleh perubahan masyarakat yang semakin hedonis (semata mata ingin bersenang-senang) dan materialistik. Hukum berkembang lebih lambat dibanding dengan kemajuan kedokteran dan masyarakat. Jauh sebelum Undang-Undang Abortus diberlakukan, 2 % wanita Aberdeen telah melakukan abortus setiap tahunnya. Banyak respirator (alat pernafasan buatan) dilepas sebelum memperoleh kejelasan mengenai kedudukan hukumnya. Begitu pula mengenai inseminasi buatan yang telah dipraktekkan secara luas sebelum disusun undang-undang yang dapat meringankan akibat hukumnya.

Mungkin para filosof merasa senang dengan keterlambatan hukum

terhadap kesejahteraan politik dan sikap masyarakat, salah mereka tidak senang dengan semakin meningkatnya campur tangan terhadap aturan alami. Namun membiarkan para dokter bekerja dalam situasi yang secara hukum tidak pasti akan menyebabkan polarisasi dan pandangan yang emosional.

Pertanyaan penting yang perlu diajukan adalah bagaimana menentukan belasan dimana keputusan medis perlu diamati dan dikontrol oleh hukum?

Di satu ujung, profesi kedokteran perlu dipertahankan sebagai profesi yang harus mengatur dirinya sendiri dan harus bebas untuk memutuskan tindakan yang dapat diterima. Di ujung yang lain dipertanyakan mengapa harus dokter itu sendiri yang mengatur hubungannya dengan pasiennya. Membiarkan profesi kedokteran menentukan sendiri hidup lainnya seseorang misalnya, dapat merupakan ancaman terhadap hak-hak azasi manusia. Maka sesuai dengan pandangan ini, hukum, meskipun tak selalu benar, paling tidak merupakan salah satu cara untuk mengontrol profesi medis.

Sudah barang tentu dengan kehadiran hukum kedokteran tidak berarti etika kedokteran tidak lagi diperlukan, meskipun karena singkatnya dan sifatnya yang sangat umum itu etika kedokteran menghadapi berbagai problema dalam pelaksanaannya (problem aplikasi, konsistensi dan bahkan moral). Hukum dan etika kedokteran mempunyai kedudukan yang sama didalam masyarakat. Keduanya sama-sama merupakan alat untuk menilai perilaku manusia, sama-sama membahaskan pernyataan-pernyataan tentang apa yang benar dan apa yang salah atau tentang mana yang dibolehkan dan mana yang dilarang. Tetapi hukum dan etika berbeda dalam hal objek,

otorita, tujuan dan sanksi. Objek hukum lebih menitik beratkan pada perbuatan lahir (uitwendig handelen) sedang etika lebih menitik beratkan pada perbuatan batin (inwendig handelen). Otorita hukum bersifat heteronom sedang etika bersifat otonom. Tujuan hukum adalah untuk perdamaian lahiriah sedang etika untuk kesempurnaan manusia, sehingga kadang-kadang hukum membolehkan apa yang dilarang oleh etika. Sanksi hukum bersifat paksaan sedang sanksi etika berupa penyesalan dan tidak bersifat paksaan.

Dilihat dari perbedaan-perbedaan itu maka etika kedokteran tetap diperlukan untuk mendampingi hukum kedokteran. Bahkan etika kedokteran perlu untuk terus dikembangkan dan dihayati oleh setiap dokter agar etika tersebut tidak menjadi arena pemikiran yang bersifat teoritis saja sebagaimana kegentelungannya pada akhir-akhir ini.

PROFESI-MEDIK

Sejauh ini hanya ada 2 macam profesi, yaitu profesi hukum dibidang kepengacaraan dan profesi kedokteran. Karena itu, jika ada ungkapan yang menyatakan bahwa pelacuran merupakan profesi yang tertua didunia, maka ungkapan tersebut sebenarnya merupakan ungkapan yang salah. Pengertian profesi mempunyai makna yang khusus dan tidak identik dengan pekerjaan, meskipun tidak tertutup kemungkinan profesi dipakai untuk mencari nafkah.

Menurut Barber, pengertian profesi mengandung essensi sebagai berikut:

1. Memiliki ilmu pengetahuan yang tinggi yang dipelajari secara sistematis.
2. Orientasi primernya lebih cenderung untuk kepentingan umum dari pada kepentingan diri pribadi.
3. Memiliki mekanisme kontrol terhadap tingkah laku, melalui kode etik yang dibuat sendiri oleh organisasi profesi dan diterima sebagai kewajiban untuk mematuhi aturan dalam kode etik tersebut. Dengan kata lain; memiliki self organizing, self disciplining dan self perpetuating.

Profesi kedokteran misalnya, memerlukan pendidikan yang lama diperguruan tinggi dan orientasinya pun lebih ditujukan kepada kepentingan masyarakat dari pada kepentingan diri pribadi.

Masyarakat yang menjadi obyek dari pekerjaan-dokter itu umumnya awam dalam bidang kedokteran sehingga tidak mungkin bagi mereka melakukan kontrol terhadap pekerjaan dokter. Kondisi yang demikian itu menempatkan dokter pada posisi yang lebih superior sedang pasien pada posisi yang lebih inferior. Satu-satunya usaha

yang dapat ditempuh agar superioritas dokter itu tidak digunakan untuk menekan masyarakat demi kepentingan diri pribadi semata-mata adalah dengan self kontrol. Untuk itulah maka Ikatan Dokter Indonesia perlu menyusun kode etik kedokteran sebagai penuntun sikap dan perilaku dokter, membentuk Majelis Kehormatan Etik Kedokteran yang mempunyai tugas mengadili dokter yang melanggar etik kedokteran dan membentuk Badan Pembelaan Anggota yang bertugas mencegah terjadinya kesewenang-wenangan terhadap dokter yang diadili oleh majelis tersebut.

DEFINISI PEKERJAAN DOKTER:

Istilah pekerjaan dokter atau tindakan medik banyak ditemukan di berbagai peraturan perundang-undangan dibidang kedokteran. Tetapi undang-undang yang bersangkutan tak pernah memberikan definisi yang jelas tentang apa sebenarnya yang dimaksudkan dengan pekerjaan-dokter tersebut. Pada pasal 513a KUHP (Undang-Undang tahun 1951 nomor 8) misalnya, menyebutkan bahwa barang siapa melakukan pekerjaan-dokter sebagai mata pencaharian atau sambil tanpa surat izin dalam keadaan yang tidak memaksa maka kepadanya dapat dihukum dengan hukuman paling lama 2 bulan atau denda paling banyak 150.000 rupiah. Pasal tersebut tidak merinci apa sebenarnya yang dimaksudkan dengan pekerjaan-dokter itu. Apakah melakukan praktek perdukunan untuk menyembuhkan suatu penyakit dapat digolongkan sebagai melakukan pekerjaan-dokter?

Definisi yang lengkap tentang pekerjaan dokter yang perlu dikemukakan disini, setidaknya-tidaknya untuk bahan perbandingan adalah definisi yang terdapat pada undang-undang yang berlaku di negara bagian Florida Amerika Serikat, yang bunyinya sebagai

berikut:

Any person shall be deemed to be practising medicine who holds himself out as being able to diagnose, treat, operate or prescribe for any any human disease, pain, injury, deformity or phisical condition, or who shall offer or undertake by sny means or methodes, to diagnose, treat, operate or prescribe for any human disease, pain, injury, deformity or phisical condition.

Yang lebih rinci lagi adalah yang berlaku di negara bagian Delaware, yang menyebutkan bahwa praktek kedokteran atau pembedahan meliputi:

1. Membuka klinik atau kantor untuk tujuan itu.
2. Mengumumkan dengan segala cara kepada khalayak ramai atau perorangan dengan berbagai cara bahwa ia bersedia dan siap mengobati orang sakit di setiap tempat di negara tersebut.
3. Melakukan atau menawarkan suatu penyelidikan atau diagnosis tiap gangguan fisik, mental atau penyakit.
4. Memberi bantuan pembedahan, resep, obat-obatan atau menggunakan secara langsung obat-obatan atau bahan-bahan lain untuk menyembuhkan, meredakan atau meringankan penyakit jiwa atau raga, setelah menerima atau berharap akan menerima dalam bentuk uang atau bentuk lain sebagai kompensasi.

Praktek pengobatan yang dimaksud dalam bab ini juga termasuk tindakan menyantumkan namanya sendiri dengan tambahan kata-kata dokter, doktor, profesor, MD, DO, healer, atau gelar-gelar lain yang dapat memberikan

pengertian sebagai penyembuh atau ahli bedah.

Selain definisi diatas, masih banyak lagi definisi lain yang berlaku diberbagai negara. Ada yang lebih menekankan pada apa yang dapat dilakukan oleh pelakunya (misalnya diagnosis, terapi dan sebagainya), tetapi ada pula yang lebih menekankan pada caranya (misalnya memberikan resep, obat-obatan, pembedahan, instrumen-instrumen lain dan sebagainya).

Nampaknya tidak mudah untuk menyusun definisi yang dapat diterima oleh semua negara. Kendati demikian hendaknya definisi pekerjaan-dokter itu mengandung esensi sebagai berikut:

- a. bahwa pekerjaan-dokter itu merupakan tindakan intervensi terhadap rohani atau jasmani seseorang dalam bentuk anamnesis (wawancara), inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi mengketok ketok), auscultasi (mendengarkan sesuatu bunyi dari dalam tubuh, insisi (mengiris), mengambil sesuatu benda atau jaringan dari dalam tubuh dan memasukkan sesuatu benda kedalam tubuh.
- b. bahwa tindakan tersebut dapat dikelompokkan sebagai tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, rehabilitatif, promotif, paliatif (meringankan penderitaan) atau penelitian.
- c. bahwa tujuan tindakan tersebut untuk kepentingan yang bersangkutan, orang lain (pengambilan organ dari donor hidup) atau untuk kemajuan ilmu kedokteran.

PERSYARATAN MELAKUKAN PEKERJAAN-DOKTER:

Tak ada satupun negara yang tak punya kepentingan untuk melindungi warganya. Maka dalam pelayanan medik, pemerintah perlu

melakukan intervensi hukum untuk mencegah mereka dari penipuan atau dari usaha-usaha penyembuhan oleh orang-orang yang tidak qualified. Dalam rangka itulah maka pemerintah menetapkan suatu persyaratan, meliputi persyaratan kemampuan dan kewenangan.

Sudah barang tentu antara negara satu dengan negara lainnya berbeda. Bahkan di Amerika Serikat, untuk dapat menjalankan praktek kedokteran antara negara bagian satu dengan negara bagian lainnya tidak sama. Persyaratan tersebut antara lain meliputi umur, karakter, kewarga-negaraan, basic-science, domisili dan sebagainya. Di Colorado misalnya, seseorang baru boleh melakukan pekerjaan-dokter jika ia sudah berumur 21 tahun, memiliki karakter moral yang baik, warga negara Amerika, tamat sekolah kedokteran serta lulus ujian yang diselenggarakan oleh Board of Medical Examiners dan berdomisili di daerah tempat prakteknya.

Umumnya di negara-negara maju, persyaratan mengenai basic-science adalah lulus dari sekolah kedokteran. Ini berarti bahwa pekerjaan dokter di negara-negara tersebut merupakan monopoli bidang ilmu kedokteran moderen dan tidak dibenarkan melakukan usaha-usaha pengobatan dengan menggunakan dengan cara-cara lain (kedokteran alternatif atau kedokteran paralel). Ironisnya adalah bahwa pada masa kolonial, peraturan dari negara tersebut dibawa sampai ke negara-negara jajahannya, yang kondisinya jauh berbeda. Di beberapa negara Afrika misalnya, peraturan seperti itu berlaku meskipun disana sulit ditemukan dokter pada daerah yang sangat jauh jaraknya.

Negara yang secara ketat menjalankan monopoli dalam sistem pelayanan kesehatan ialah Perancis, Italia, Belgia dan sebagainya. Sedangkan Jerman Barat atau Inggris masih membuka

kemungkinan untuk menggunakan cara-cara lain bagi pekerjaan-dokter tertentu, seperti misalnya akupuntur. Pertimbangannya ialah bahwa orang yang menderita penyakit mempunyai hak untuk menentukan kepada siapa dan dengan cara apa ia ingin berobat. Meskipun demikian, dalam masalah kedokteran gigi negara tersebut tetap menjalankan sistem monopoli bagi lulusan perguruan tinggi, mengingat besarnya resiko.

Sistem monopoli yang mulai berkembang sejak abad 17 itu, dewasa ini mulai mendapat tantangan. Banyak usaha-usaha yang kemudian dilakukan untuk mencoba mengintegrasikan kedokteran tradisional kedalam sistem pelayanan kesehatan. Organisasi kesehatan dunia (WHO) bahkan sangat mendukung ide tersebut. Harus diakui bahwa dalam beberapa hal, sistem kedokteran moderen gagal menjalankan misinya sebagai profesi yang lebih mementingkan masyarakat. Tingginya biaya pengobatan, birokrasi serta adanya erosi terhadap nilai-nilai tradisional yang lahir dari hubungan dokter-pasien menyebabkan metode pengobatan tradisional tetap mendapatkan tempat di hati masyarakat. Banyak negara maju, seperti misalnya Belanda, sedang melakukan usaha-usaha liberalisasi dibidang kedokteran.

Indonesia sendiri hingga kini tidak menganut sistem monopoli, mengingat kurangnya jumlah dokter guna melayani kebutuhan seluruh rakyatnya. Sistem yang berlaku disini membuka peluang bagi pengobatan dengan cara-cara lain diluar kedokteran (kedokteran alternatif), tetapi dengan pengawasan dan pembinaan (pasal 9 UU No.6 Th.1963 tentang Tenaga Kesehatan). Memang belum ada aturan pelaksanaannya! Namun dalam hal dukun bayi, melalui Departemen

Kesehatan, pemerintah telah melakukan usaha-usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan kecampilannya. Pemerintah menyadari pentingnya peranan dukun bayi, terutama di daerah-daerah terpencil. Yang sudah ada ialah aturan dari Menteri Kesehatan tentang tenaga para-medis dan bidan. Mereka diberi kewenangan terbatas untuk melakukan pekerjaan dokter jenis tertentu.

Syarat kualitas bagi pekerjaan-dokter yang berlaku di Indonesia, berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 Tentang Tenaga Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1964 Tentang Pendaftaran Ijazah dan Pemberian Izin Menjalankan Pekerjaan Dokter/Dokter Gigi/Apoteker adalah sebagai berikut:

- a. mempunyai ijazah dokter, baik dari perguruan tinggi didalam negeri perguruan tinggi luar negeri yang sederajat.
- b. mempunyai kesehatan fisik dan mental.

Selain persyaratan kemampuan, sudah barang tentu pemerintah perlu menetapkan persyaratan kewenangan. Orang yang telah memiliki persyaratan kemampuan seperti diuraikan diatas tidak dengan sendirinya lalu boleh melakukan pekerjaan dokter. Diperlukan Surat Izin Dokter (SID) dari Departemen Kesehatan untuk dapat melakukan pekerjaan dokter di rumah sakit atau puskesmas di seluruh wilayah Indonesia, dengan mendaftarkan ijazahnya. Bagi lulusan sekolah kedokteran di luar negeri, diwajibkan mengikuti program adaptasi di Fakultas Kedokteran Negeri sebelum mereka memperoleh SID. Tujuan adaptasi ini adalah untuk memperkenalkan pola penyakit dan semua permasalahan kesehatan yang ada di Indonesia. Sekarang istilah SID sudah diganti menjadi Surat Penugasan.

Jika ingin disamping bekerja di rumah sakit atau puskesmas

juga ingin membuka paraktek swasta perorangan maka mereka
diwajibkan memiliki Surat Izin Praktek Partikelir (SIPP) sesuai
ketentuan yang berlaku.

HUBUNGAN DOKTER-PASIHEN

Hampir semua orang pernah kedokter, tetapi tak banyak yang menyadari (termasuk dokternya sendiri) bahwa hubungan dokter-pasien merupakan hubungan kontraktual, bahwa tiap-tiap kontrak itu memberikan hak dan kewajiban kepada masing-masing pihak dan bahwa pihak yang tak melaksanakan kewajibannya dapat digugat karena wanprestasi (cacat janji).

Barang kali saja tak sedap istilah kontrak itu buat sementara dokter yang merasa bahwa pekerjaan mereka yang mulia dipersamakan sebuah komoditi. Apa boleh buat. Hukum, berdasarkan pengertiannya sebagai peraturan, memang harus diciptakan, guna menjaga kedamaian didalam masyarakat dan menyelesaikan sengketa manakala ada kepentingan diantara anggota masyarakat yang saling berbenturan. Dalam rangka itulah hukum perdata memandang hubungan dokter pasien sebagai hubungan kontraktual. Dengan sendirinya, semua azas (misalnya azas konsesual, azas kebiasaan dan azas bebas) dan semua ketentuan dalam berkontrak berlaku disini. Memang ada beberapa hal yang perlu digaris bawahi mengingat hubungan dokter-pasien merupakan hubungan atas dasar kepercayaan, bukan hubungan yang lebih mementingkan aspek komersial.

Sudah barang tentu semua persyaratan bagi syahnya kontrak itu berlaku. Tidakkah syah demi hukum jika salah satu pihak tidak menyetujui. Jika salah satu atau keduanya tidak cakap atau jika kontrak itu mengenai sesuatu hal yang tak jelas atau tak legal. Jika misalnya pasien meminta dokter melakukan abortus provokatus tanpa indikasi medis dan dokter setuju maka yang demikian itu tidak dapat diperlakukan sebagai kontrak terapeutik, mengingat

abortus semacam itu merupakan tindakan kriminal. Bahkan kesepakatan seperti itu harus dipandang sebagai pemufakatan jahat yang justru dapat menyeret dokter serta pasien kemeja hijau. Karena bukan merupakan hubungan kontraktual maka dokterpun tak dapat digugat mengganti kerugian yang terjadi atas dasar wanprestasi, jika seandainya timbul kerugian pada pasien akibat kelalaian dokter ketika melakukan abortus ilegal tersebut.

MULAI BERLAKUNYA HUBUNGAN KONTRAKTUAL:

Hubungan kontraktual antara dokter dan pasien tidak dimulai sejak pasien datang dan meminta dokter untuk mengobatinya, karena pada tahap tersebut proses pembentukan kontrak baru pada tahap penawaran. Sesudah dokter, atas permintaan tersebut, menyatakan persetujuannya untuk mengobati melalui *expressed statement* (lisan atau tertulis) atau *implied statement* (menunjukkan sikap atau tindakan yang dapat diartikan menyetujui) maka kontrak terapeutik mulai terjadi. Dengan kata lain, kontrak terapeutik tidak saja memerlukan persetujuan pasien, tetapi juga memerlukan persetujuan dokter. Hal ini sesuai dengan azas konsensual dalam berkontrak.

Yang menjadi pertanyaan sekarang ialah apakah dengan demikian dokter lalu bebas menerima atau menolak pasien yang datang kepadanya untuk berobat?

Pertanyaan tersebut diatas merupakan pertanyaan yang sulit, mengingat banyaknya nilai yang harus dipertimbangkan oleh setiap dokter. Kalau hanya lakukan perdata saja yang dijadikan pertimbangannya, maka jawabnya adalah "Ya". Dokter (atas kemauannya sendiri dan tanpa menggunakan akal sehatnya) boleh

menolak pasien, karena hal itu sejalan dengan azas bebas dan azas konsensual dalam berkontak. Dokter boleh menolak pasien karena ia misalnya sedang tidak membutuhkan uang, karena pasien tak mampu membayar, atau karena sebab lain. Bahkan dokter menurut Morris dalam bukunya "Doctor and patient and the law" boleh menolak pasien meskipun ia telah tidak ada dokter lain lagi yang dapat diperoleh (he may arbitrarily refuse to accept any person as a patient, even though no other physician is available).

Kalau disamping hukum perdata juga hukum pidana yang dijadikan pertimbangannya maka jawabannya ialah "bahwa dokter boleh menolak kecuali pasien dalam keadaan emergensi". Perlu disadari bahwa didalam KUHP terdapat pasal yang secara implisit mewajibkan setiap dokter untuk menolong seseorang dalam keadaan emergensi, kecuali ia yakin ada dokter lain yang akan segera menolongnya. Jika kewajiban tersebut tidak dilaksanakan sehingga orang itu mati maka dokter dapat dituntut berdasarkan pasal 531 KUHP. Di luar negeri, kewajiban dokter menolong orang yang berada dalam keadaan emergensi diatur oleh apa yang dinamakan Good Samaritan Law, dimana dokter mempunyai hak imunitas atas kelalaian sepanjang kelalaian itu bukan kelalaian yang keterlaluan (culpa lata).

Yang paling bijak tentunya kalau bukan hanya hukum perdata dan hukum pidana saja yang akan dijadikan pertimbangannya, melainkan juga sumpah dokter dan etika kedokteran. Tidaklah berlebihan jika dokter mau melaksanakan sumpah yang telah diucapkan atas nama Tuhannya dan sebagai bagian dari organisasi profesi juga sudah selayaknya dokter melakukan pekerjaannya sesuai etika

kedokteran yang telah dikuatkan oleh peraturan pemerintah. Jika semua nilai tersebut dijadikan pegangan oleh dokter maka tak satupun pasien yang perlu ditolak; baik ia dalam keadaan emergensi atau tidak, pejabat atau gembel, kaya ataupun miskin. Tetapi harus diingat bahwa apapun alasan dokter menerima penderita sebagai pasiennya, hubungan dokter-pasien tersebut merupakan hubungan kontraktual. Jika misalnya dokter bersedia mengobati penderita tak mampu dan tak kuat membayar, dokter tetap dapat digugat atas kerugian pasien karena kelalaiannya.

Hanya saja etika pasien perlu juga untuk dikembangkan agar kedudukannya menjadi seimbang dan dokter tidak selalu berada pada posisi yang lemah menghadapi berbagai kritikan masyarakat, yang kadang-kadang kritikan tersebut hanya didasarkan pada persepsi yang salah tentang pelaksanaan etika kedokteran serta keinginan dari masyarakat yang kadang-kadang amat berlebihan. Kalau hanya menderita pilek atau flu, berang kali saja tak perlu membangunkan dokter ditengah malam mengingat keluhan tersebut dapat diatasi lebih dahulu dengan obat-obat bebas atau kalau terpaksa pintu rumah sakit juga terbuka lebar sepanjang malam. Dokter juga manusia biasa yang dapat merasa lelah sesudah seharian bekerja, sehingga perlu memulihkan kesegaran fisik dan mentalnya.

Mengenai isi dari kesepakatan dokter pasien dapat juga dinyatakan secara jelas dalam bentuk *express contract* (baik secara tertulis ataupun lisan), meliputi: waktu yang diperlukan bagi pelayanan medis, caranya, tempatnya, uang jasa yang harus dibayarkan dan kewajiban-kewajiban lain yang harus diberikan oleh masing-masing pihak. Selain itu isi kesepakatan juga dapat diberikan dalam bentuk *implied contract*.

BERAKHIRNYA HUBUNGAN KONTRAKTUAL:

Berakhirnya hubungan kontraktual antara dokter dan pasien tergantung dari bentuk kesepakatan yang dibuat. Jika tidak dinyatakan secara khusus (special agreement) maka yang berlaku adalah ketentuan-ketentuan sebagaimana lazimnya, yaitu jika keadaan pasien tak lagi memerlukan bantuan dokter karena sembuh, pasien meninggal dunia atau dokter meninggal dunia. Tetapi jika kontrak itu dinyatakan secara khusus maka berakhirnya hubungan kontrak itu ialah jika dokter telah menyelesaikan bagian dari kewajibannya.

Yang dimaksudkan dengan kesepakatan khusus ialah bentuk kesepakatan yang hanya memberikan kepada dokter kewajiban terbatas (sebagian dari waktu atau sebagian dari prosedur medis yang diperlukan). Jika misalnya seorang anak menderita penyakit difterie yang menyebabkan tenggorokannya sembab dan tersumbat maka upaya pengobatannya tidak hanya menggunakan obat-obatan saja, melainkan juga perlu dilakukan operasi trakheotomi (membuat lubang pada leher dibawah sumbatan) agar supaya udara pernafasan dapat masuk kedalam paru-paru. Operasi ini tidak dikerjakan sendiri oleh dokter anak-anak yang merawatnya, melainkan oleh ahli bedah atau ahli THT. Hubungan kontraktual yang terjadi dengan dokter ahli bedah atau ahli THT ini bersifat khusus. Mereka hanya bertanggung jawab atas pelaksanaan operasi trakheotomi saja dan tidak bertanggung jawab atas penyembuhan penyakit difterie secara keseluruhan.

OBJEK TRANSAKSI:

Satu hal yang tak boleh dilupakan dalam rangka memahami aspek yuridis hubungan dokter pasien adalah memahami apa yang menjadi objek transaksi; kesembuhan pasien dari penyakitnya atautkah upaya dokter? Kalau kesembuhan pasien berarti hubungan kontrak tersebut termasuk *resultaats-verbintenis*, tetapi jika usaha dokter (upaya medik) yang dijadikan obyeknya berarti hubungan tersebut termasuk *inspannings-verbintenis*.

Hal ini perlu dikemukakan disini karena banyak orang mengira bahwa objek transaksi itu adalah kesembuhan pasien. Dokter dianggap tidak atau belum memberikan prestasi yang seharusnya jika pasien tak sembuh dan oleh karena itu pasien tak perlu membayar kepadanya sebagai kontra-prestasi. Anggapan yang demikian itu jelas keliru mengingat masalah kesembuhan pasien bukanlah masalah yang semata-mata tergantung pada upaya dokter. Banyak faktor-faktor lain yang ikut mempengaruhi usaha dokter, seperti misalnya: jenis penyakit, stadium penyakit pada saat pasien datang kedokter, kondisi tubuh, kondisi lingkungan, kualitas obat dan kepatuhan pasien terhadap nasehat dokter; yang kesemuanya itu berada diluar kontrol dokter. Berdasarkan alasan tersebut maka para ahli hukum sepakat bahwa yang menjadi obyek transaksi adalah upaya dokter, bukan kesembuhan pasien. Dengan kata lain, hubungan dokter-pasien dikategorikan sebagai *inspannings-verbintenis*.

Upaya dokter tersebut harus diberikan secara layak sepanjang dibutuhkan, kecuali ada kesepakatan khusus (*special agreement*). Jika kesepakatan khusus itu tidak ada maka yang akan berlaku adalah ketentuan-ketentuan sebagaimana layaknya, yaitu sampai

keadaan atau alasan yang menyebabkan pasien datang kedokter tidak ada lagi atau dengan kata lain tak memerlukan pengobatan lagi karena sembuh atau meninggal dunia.

PEMUTUSAN SEPIHAK:

Jika kontrak telah disetujui bersama maka tidak ada satupun pihak yang boleh memutuskan hubungan kontrak itu tanpa persetujuan pihak lainnya. Apakah ketentuan yang demikian ini juga berlaku bagi hubungan kontraktual antara dokter dan pasien, mengingat sifat hubungan ini yang lebih menonjolkan aspek kepercayaan dari pada aspek komersial. Selain itu upaya medik merupakan upaya yang tidak dapat dipastikan keberhasilannya dan melibatkan milik manusia yang paling berharga (kesehatan dan nyawa). Suatu kesalahan kecil atau bahkan tindakan medik yang sudah benar sekalipun dapat memberikan hasil yang sebaliknya, yang kadang-kadang bersifat irreversibel serta sulit dikoreksi kembali.

Melalui kepercayaan bahwa penyakitnya akan sembuh ditangan dokter maka pasien akan dapat diajak bekerja sama untuk menanggulangi penyakitnya. Apabila pada suatu saat pasien tak lagi mempercayainya maka hubungan dokter pasien tak ada gunanya untuk diteruskan. Atas dasar pertimbangan itulah maka sudah sepatutnya pemutusan kontrak sepihak oleh pasien dapat dibenarkan. Dokter tak perlu merasa kecewa mengingat masalah kepercayaan merupakan masalah yang tak dapat dipaksa-paksakan.

Meskipun tak terpakai lagi, dokter tetap mempunyai kewajiban moral untuk mengingatkan pasien akan pentingnya meneruskan pengobatan kedokter lain dan mempunyai kewajiban untuk memberikan

kepadanya catatan medik yang penting-penting. Catatan medik ini perlu bagi dokter pengganti untuk menghindari pemeriksaan ulang yang memerlukan waktu dan biaya mahal (misalnya pemeriksaan laboratoris), menghindari pengulangan obat-obatan yang tak efektif dan mungkin juga untuk memperbaiki diagnosis.

Buat dokter masalahnya tidak sama dengan pasien. Ia sama sekali tidak dibenarkan dengan sesuka hatinya memutuskan hubungan kontrak tanpa memberitahukan lebih dahulu dan tanpa alasan yang dapat dipertanggung jawabkan; seperti misalnya terbatasnya kemampuan untuk menangani penyakitnya lebih lanjut, penolakan pasien terhadap metode pengobatan yang ditawarkan oleh dokter atau adanya sikap non-kooperatif dari pasien. Disamping itu dokter juga harus mempertimbangkan beberapa faktor penting sebelum menyampaikan maksudnya, yaitu mempertimbangkan kondisi pasien dan kemungkinannya mendapatkan dokter pengganti. Sebelum diperoleh dokter pengganti ia tetap mempunyai kewajiban hukum untuk merawat pasien.

Untuk lebih memperjelas masalah pemutusan kontrak terapeutik secara sepihak maka Holder dalam bukunya "Medical Malpractice Law" menampilkan sebuah kasus yang amat menarik, yaitu kasus *Lathrope v Flood*.

Kasus tersebut bermula dari pasien seorang wanita yang mengalami kesulitan bersalin (*partus lama*). Oleh dokter yang merawatnya diputuskan untuk dilakukan persalinan dengan *forcep* (*tang*). Karena pasien selalu berontak dan berteriak-teriak setiap kali dokter mulai memasang *tang* maka dokter mengancam untuk meninggalkannya, kalau ia tak mau tenang. Ternyata ancaman

tersebut tak dipedulikan oleh pasien sehingga dokter benar-benar meninggalkan rumah yang melihat kejadian itu mengejar dokter sampai kejalan dan memintanya untuk kembali. Tetapi dokter tetap saja pergi sehingga lebih dari satu jam lamanya pasien tak ditunggu dokter sampai datangnya dokter pengganti. Mungkin alasan dokter memutuskan kontrak sudah benar, tetapi pengadilan tetap mempersalahkan karena tak memperhatikan kondisi pasien bahwa sikap non-kooperatifnya itu disebabkan oleh emosi akibat merasakan kesakitan menghadapi persalinan. Disamping itu dokter tak sabar menunggu sampai datangnya dokter pengganti, yang menurut pengadilan dianggap menyalahi azas kepatutan.

GANTI RUGI:

Ada 2 macam kontrak terapeetik yang sering dilakukan oleh dokter di Indonesia, yaitu kontrak terapeetik atas beban dan kontrak terapeetik cuma-cuma. Dikatakan kontrak terapeetik atas beban jika dokter dan pasien sama-sama dibebani kewajiban untuk melakukan atau memberikan sesuatu keuntungan bagi pihak lain. Dokter dibebani kewajiban memberikan pelayanan medik (prestasi) dan pasien dibebani kewajiban membayar imbalan jasa (kontraprestasi). Apabila dokter melepaskan haknya dan tidak membebani pasien membayar imbalan jasa untuk prestasinya (pengobatan gratis) maka hubungan hukum semacam itu disebut kontrak terapeetik dengan cuma-cuma. Kendati demikian, kualitas upaya medik yang diberikan tidak boleh berkurang. Bahkan dokter dapat digugat membayar ganti rugi apabila terbukti melakukan wanprestasi (civil malpractice). Dengan kata lain, gugatan ganti rugi oleh pasien atas dasar wanprestasi dapat diajukan tanpa

mempersoalkan apakah kontrak dilakukan atas beban atau dengan cuma-cuma.

Menurut Smith, gugatan ganti rugi oleh pasien harus memenuhi 4 syarat, yaitu:

1. Dokter yang digugat dalam keadaan mempunyai kewajiban hukum (duty):

Kewajiban hukum itu timbul karena adanya kontrak terapeutik. Jika misalnya seseorang, dalam perjalanan dikereta api atau pesawat terbang, menanyakan kepada dokter yang duduk disebelahnya tentang obat rematik dan kemudian atas inisiatifnya sendiri membeli dan minum obat itu maka hal-hal yang terjadi, misalnya perdarahan lambung, tidak dapat dibebankan keatas pundak dokter meskipun ketika berbincang-bincang itu dokter lupa memberitahukan kontra-indikasinya. Hubungan seperti itu bukan merupakan hubungan kontraktual yang membebani dokter suatu kewajiban.

2. Dokter melakukan kecerobohan dalam melaksanakan kewajibannya (dereliction of duty):

Tolok ukurnya adalah standard of care yaitu suatu kualitas tindakan medik yang menggambarkan penerapan pengetahuan, keterampilan, perhatian dan pertimbangan yang rata-rata oleh dokter dengan keahlian yang sama dalam menghadapi situasi dan kondisi yang sama pula.

3. Timbul kerusakan (damage).

4. Terdapat kaitan langsung antara kelalaian melaksanakan kewajiban dengan kerusakan yang terjadi yang terjadi (direct causation).

Sebetulnya pihak dokter atau rumah sakit juga dapat

menggugat pasien yang tak melaksanakan kewajibannya membayar imbalan jasa, seperti yang sudah biasa terjadi dinegara-negara barat. Tindakan melalui jalur hukum tersebut lebih baik dari pada menyandera pasien dirumah sakit. Penyanderaan bukan saja membatasi kemerdekaan pasien, tapi juga akan meningkatkan jumlah tagihan yang harus dibayar.

Memang dalam sejarah hukum perdata di Indonesia lembaga penyanderaan pernah diberlakukan, tetapi penyanderaan pada waktu itu hanya dilakukan melalui prosedur tertentu, disandera dirumah penjara dan biaya selama penyanderaan ditanggung oleh penagih utang. Penyanderaan dirumah sakit oleh penguasa rumah sakit bukan saja tidak etis, tetapi juga menjerus kearah tindakan kriminal (merampas kemerdekaan seseorang).

Yang jelas tak semua pasien yang tak melaksanakan kewajibannya mempunyai iktikat jelek. Mungkin pasien tak menyadari bahwa semua komponen atau semua tindakan medik harus dibayar atau mungkin mereka tak menduga bahwa penyakitnya membutuhkan perawatan yang lama sehingga perkiraan jumlah biaya melampaui kemampuannya. Kalau itu yang terjadi, bolehkah pasien sedikit mempersalahkan dokter atau rumah sakit yang tak mau memberikan informasi sejelas-jelasnya mengenai tarif-tarif itu serta biaya-biaya yang telah dihabiskan secara periodik?

HAK DAN KEWAJIBAN

Konsekuensi hukum sebagai akibat dipakainya hubungan kontraktual antara dokter dan pasien adalah timbulnya hak dan kewajiban pada masing-masing pihak. Jika tidak ditentukan secara khusus sebelumnya (special agreement) maka yang akan berlaku adalah hak dan kewajiban yang didasarkan atas asas kebiasaan dan kepatutan. Berdasarkan asas-asas tersebut maka hak-hak dan kewajiban-kewajiban tersebut adalah sebagai berikut:

HAK-HAK PASIEN:

- a. hak primer: - hak memperoleh pelayanan medik yang benar dan layak, berdasarkan teori kedokteran yang telah teruji kebenarannya.
- b. hak sekunder: - hak memperoleh informasi medik tentang penyakitnya.
 - hak memperoleh informasi tentang tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter.
 - hak memberikan konsen (informed consent) atas tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter.
 - hak memutuskan hubungan kontraktual setiap saat (sesuai asas kepatutan).
 - hak atas rahasia kedokteran.
 - hak memperoleh surat keterangan dokter bagi kepentingan pasien yang bersifat

non yustisial (non yustificatoir), seperti misalnya: surat keterangan sakit, surat keterangan untuk kepentingan asuransi, surat kematian dan sebagainya.

HAK-HAK DOKTER:

- hak untuk memperoleh imbalan jasa yang layak.
- hak memperoleh informasi yang selengkap-lengkapny dan sejujur-jujurnya bagi kepentingan diagnosis dan terapi.

KEWAJIBAN PASIEN:

- kewajiban memberikan informasi yang sejujur-jujurnya dan selengkap-lengkapny bagi kepentingan diagnosis dan terapi.
- kewajiban mematuhi semua nasehat dokter.
- kewajiban memberikan imbalan yang layak.

KEWAJIBAN DOKTER:

a. Kewajiban primer:

- memberikan pelayanan medik yang benar dan layak, berdasarkan teori kedokteran yang telah teruji kebenarannya.

b. Kewajiban sekunder:

- memberikan informasi medik tentang penyakit pasien.
- memberikan informasi tentang tindakan

- medik yang akan dilakukan.
- memberikan kesempatan kepada pasien untuk memutuskan apakah ia akan menerima atau menolak tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter.
- menyimpan rahasia kedokteran.
- memberikan surat keterangan dokter bagi berbagai kepentingan pasien yang bersifat non yustisial (non-yustificatoir).

WANPRESTASI (CACAT JANJI):

Sebetulnya wanprestasi dalam hubungan kontraktual antara dokter dan pasien dapat dilakukan oleh masing-masing pihak. Pasien dapat menggugat dokter jika ternyata dokter tak melaksanakan kewajibannya dan sebaliknya dokter juga dapat menggugat pasien jika ternyata pasien tak melaksanakan kewajibannya. Sudah barang tentu gugatan itu harus didasarkan atas kerugian yang terjadi sebagai akibat tidak dilaksanakannya sesuatu kewajiban oleh pihak lain.

Dalam hal dokter digugat mengganti kerugian oleh pasien, maka gugatan tersebut dapat dibenarkan jika memenuhi 4 syarat, yaitu:

- dokter yang digugat memang mempunyai kewajiban (duty) sebagai akibat adanya hubungan kontraktual.
- adanya wanprestasi atau melalaikan kewajiban (dereliction of duty).
- terjadi kerusakan (cacat, luka-luka atau mati) yang dapat dinilai dengan uang (compensable injury).

- adanya hubungan langsung antara kekusakan itu dengan kelalaian melaksanakan kewajiban (direct causation).

Mengenai kelalaian melaksanakan kewajiban dalam kaitannya dengan tindakan medik diukur berdasarkan tolok ukur standard of care; yaitu suatu tingkatan tindakan medik yang menggambarkan penerapan pengetahuan, ketrampilan, perhatian dan pertimbangan yang rata-rata oleh dokter dengan keahlian sama dalam menghadapi pasien dengan situasi dan kondisi yang sama pula. Gugatan ini dapat diajukan tanpa mempersoalkan apakah pasien tersebut pasien gratis atau membayar.

Jika pasien melakukan wanprestasi (cacat janji), yaitu tidak membayar kepada dokter atau rumah sakit, maka dokter dapat juga menggugat pasien untuk membayar semua biaya yang menjadi kewajibannya. Tindakan yang demikian itu merupakan tindakan yang sudah sepantasnya dilakukan dinegara hukum. Tidak dibenarkan melakukan penyanderaan dirumah sakit, sebab disamping melanggar hukum (membatasi kemerdekaan pasien) penyanderaan juga akan lebih memberatkan pasien.

INFORMED CONSENT

"A MAN IS THE MASTER OF HIS OWN BODY", kata hakim yang mengadili kasus Natanson melawan Kline. Maka jika seseorang menderita penyakit dan amat mendambakan kesembuhan, tak berarti dokter dapat melakukan intervensi medik dengan sesuka hatinya. Dokter harus memperoleh persetujuan terlebih dahulu bagi tiap-tiap tindakan medik yang akan dilakukannya, baik yang bersifat diagnostik maupun terapeutik. "Tanpa persetujuan tersebut", kata hakim Cardozo dalam perkara Ny Schloendorff lawan New York Hospital, "maka dokter dapat dianggap telah melakukan pelanggaran hukum dan harus bertanggung jawab atas semua kerugian yang terjadi".

Perlu diketahui bahwa dalam perkara Ny Schloendorff, persetujuan hanya diberikan bagi tindakan diagnostik guna menemukan dan mengidentifikasi penyakitnya tetapi dokter telah melampaui kewenangannya dengan mengangkat tumor yang ditemukan selagi Ny Schloendorff dalam keadaan terhibur.

Kasus lain yang tak kalah menariknya terjadi atas diri pasien bernama Mohr, yang menderita gangguan pendengaran pada telinga sebelah kiri. Dokter yang merawatnya menganjurkan agar telinga itu dioperasi dan Mohr setuju. Ketika Mohr sudah dalam keadaan tak sadar dikamar operasi, sekali lagi dokter melakukan pemeriksaan. Ternyata keadaan telinga sebelah kanan jauh lebih parah sehingga dokter merubah rencananya semula. Mohr pun menggugat dokter yang telah menolongnya itu atas dasar melakukan operasi pada telinga sebelah kanan tanpa meminta persetujuannya terlebih dahulu.

Sejak kedua kasus itu para dokter mulai sadar, bahwa tindakan medik yang benar belum cukup baginya untuk dapat menghindarkan diri dari tuntutan dan gugatan, meskipun tindakan tersebut sudah dilandasi niat dan tujuan yang baik. Masih ada satu hal lagi yang tidak boleh dilupakan oleh setiap dokter, yakni menghormati hak asasi pasien untuk menentukan nasibnya sendiri (the right to self determination). Bertolak dari hak asasi itulah, maka persetujuan pasien bagi setiap tindakan medik menjadi mutlak diperlukan, kecuali pasien dalam keadaan tak sadar. Persetujuan pasien tersebut di dunia kedokteran lebih dikenal dengan sebutan informed consent, sebab sebelum diberikan, pasien harus diberi informasi lebih dahulu mengenai tindakan medik yang akan dilakukannya, kecuali pasien menolaknya.

Sudah barang tentu informasi yang harus diberikan itu meliputi juga risiko yang mungkin terjadi. Dokter dapat dipersalahkan jika risiko tindakan medik tidak diberitahukan sama sekali. Bahkan dalam kasus Fiorentino lawan Wegner, hakim banding pada pengadilan Tinggi di New York berpendapat lebih ekstrem lagi; bahwa pemberitahuan yang kurang lengkap mengenai bahaya suatu operasi tidak dapat dijadikan dukungan bagi persetujuan pasien. Dengan kata lain, persetujuan yang telah diberikan dianggap tak pernah ada jika risiko pengobatan tak diberitahukan secukupnya.

CARA MEMBERIKAN IZIN:

Sebetulnya persetujuan yang diberikan secara lisan sudah cukup bagi dokter untuk dijadikan dasar bagi intervensi medik. Bahkan persetujuan dapat dinyatakan secara implisit dengan menunjukkan sikap-sikap yang memberi kesan setuju. Hanya saja kedua cara itu

dapat meropokkan dokter jika dibelakang hari pasien mengingkarinya. Yang paling aman bagi dokter ialah kalau persetujuan dinyatakan secara tertulis, meskipun tidak praktis. Oleh sebab itu kebanyakan dokter hanya akan meminta secara tertulis jika tindakan medik yang akan dilakukannya mempunyai risiko tinggi.

Di negara-negara yang sudah maju, berbagai bentuk formulir persetujuan telah tersedia di rumah sakit-rumah sakit. Rupanya pengalaman dituntut dan digugat menjadikan mereka lebih berhati-hati, sampai-sampai soal transfusi darah disediakan formulir tersendiri. Dari berbagai jenis persetujuan pasien, pada prinsipnya memuat pernyataan bahwa: ia telah diberi informasi mengenai tindakan medik, akibat-akibatnya dan risiko-risikonya; mengerti dan menyadari sepenuhnya; menyetujui tindakan medik itu, meskipun tahu bahwa dalam soal pengobatan tidak dikenal adanya garansi.

Yang menjadi pertanyaan sekarang ialah bagaimana halnya dengan bentuk persetujuan yang menyatakan bahwa pasien atau keluarganya tak akan menuntut jika terjadi apa-apa, yang pada akhir-akhir ini dijadikan mode oleh sementara dokter? Yang jelas model persetujuan semacam itu tidak lazim dan berlebihan. Selain tidak perlu juga diragukan dapat menyelamatkan dokter jika yang dikhawatirkan itu benar-benar terjadi.

Ditinjau dari sudut hukum pidana misalnya; model persetujuan seperti itu amat diragukan dapat dijadikan alasan pemaaf atau pembenar bagi penghapusan pidana. Perlu diketahui bahwa menurut kaca mata hukum, kesalahan dokter tidak diukur dari buruknya

hasil tindakan medik, melainkan dari buruknya kualitas tindakan medik yang menjadi penyebab timbulnya hasil yang buruk itu. Jadi kalau yang dimaksudkannya itu hendak mencari suatu perisai terhadap tuntutan atau gugatan, maka sebenarnya Kode Etik Kedokteran merupakan perisai yang paling ampuh.

PENDERITA ANAK-ANAK:

Di banyak negara, termasuk Indonesia kedudukan anak yang belum cukup umur diletakkan dibawah ampunan orang tuanya. Mereka belum dianggap cakap untuk dapat menentukan sendiri nasib dan masa depannya, termasuk mengurus kesehatannya. Oleh sebab itu jika anak-anak dibawah umur itu sakit, maka persetujuan pengobatan harus dimintakan kepada orang tuanya atau walinya. Prinsip yang kelihatannya amat sederhana ini pada prakteknya dapat menimbulkan konflik-konflik karena dua kepentingan yang berbeda. Orang tua menolak pengobatan yang disetujui anaknya, anak menolak pengobatan yang disetujui oleh orang tuanya dan bahkan kadang-kadang anak tidak menghendaki sama sekali orang tuanya tahu penyakit (misalnya penyakit kelamin) yang diderita atau jenis pengobatan (misalnya tindakan kontrasepsi) yang dijalannya.

Konflik-konflik seperti ini akan menempatkan dokter pada posisi yang sulit. Disatu pihak harus menghormati hak otoritas orang tua, tetapi di pihak lain ia juga harus memperhatikan kepentingan anak. Keselamatan anak harus dinomor satukan, keinginan anak harus diperhatikan dan hak-hak dasar anak juga harus dihormati. Barangkali tidaklah bijaksana atau bahkan mungkin melanggar hukum, dokter yang membiarkan anak dalam keadaan sengsara sampai mati, hanya karena tidak adanya

persetujuan dari orang tuanya. Juga tidaklah bijaksana, atau bahkan mungkin melanggar hukum, orang tua yang membiarkan anaknya dalam keadaan sengsara sampai mati, dengan tidak memberikan persetujuan pengobatan yang amat diperlukan.

Kedudukan dokter akan lebih dipersulit lagi oleh kurangnya hukum positif (semacam Law on Youth Protection, Family Reform Act, atau Medical Law) yang dapat dijadikan pegangan untuk menentukan sikap. Tetapi cukup banyak dokter yang lebih suka diseret kemeja hijau dari pada harus membiarkan anak mati. Salah satu dari mereka yang cukup berani itu ialah seorang dokter Israel yang tetap melakukan operasi meskipun orang tua anak tak menyetujuinya, mengingat operasi itu akan menyebabkan si anak menjadi pincang (kasus Gerti). Agaknya dokter tersebut merasa yakin bahwa meja hijau itu sejuk. Ia benar, sebab Mahkamah Agung yang melakukan pemeriksaan di tingkat kasasi sependapat dengannya; bahwa keselamatan nyawa anak lebih penting dari pada keberatan orang tuanya. Dalam kasus Bellotti v Baird, Mahkamah di Amerika Serikat juga berpendapat bahwa dalam soal abortus pada anak-anak dibawah umur tidak diperlukan persetujuan orang tua.

Dari kedua jurisprudensi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa sebenarnya otoritas orang tua atas anaknya dalam masalah persetujuan pengobatan tidaklah mutlak. Pemerintah dalam rangka melindungi anak-anak juga mempunyai wewenang untuk menyetujui tindakan medis yang tidak disetujui orang tuanya, seperti misalnya transfusi darah pada anak-anak dari pemeluk Saksi Jehova. Bahkan pemerintah dalam rangka memberantas epidemi juga berhak memaksakan dilakukannya vaksinasi pada anak-anak, seperti yang pernah diluncurkan oleh pemerintah Belanda (terakhir pada

tahun 1978) guna mengatasi epidemi penyakit polio.

Kemudi demikian masih banyak dokter yang merasa ragu menghadapi konflik. Barangkali diperlukan suatu kriteria acuan yang dapat dipakai sebagai pegangan. Maka Goldstein, Fried dan Solnit dalam bukunya "Before the best interest of the child" mencoba menyusun kriteria itu, bahwa tindakan medik dapat dilakukan tanpa persetujuan orang tua apabila:

- tindakan medik itu merupakan tindakan medik non eksperimental yang sudah seharusnya.
- tanpa tindakan medik itu anak akan mati.
- tindakan medik itu memberi harapan atau peluang kepada anak untuk dapat hidup secara normal, sehat dan bermanfaat.

BATAS USIA DEWASA:

Seseorang dianggap berkompeten dan dapat melakukan perbuatan hukum (termasuk memberi persetujuan pengobatan) apabila ia sudah dianggap cakap. Penilaiannya didasarkan atas kematangan berpikir dalam menghadapi sesuatu masalah. Dengan melakukan wawancara yang intensif, akan dapat ditentukan cakap dan tidaknya seseorang. Namun cara ini amat subjektif, sulit dan tidak praktis. Cara lain yang lebih objektif, lebih mudah dan praktis ialah dengan melihat umur seseorang. Sebagaimana diketahui bahwa dalam perkembangan jiwa yang normal, dengan bertambahnya umur anak maka akan bertambah pula kompetensinya.

Yang menjadi masalah sekarang ialah pada umur berapa seorang anak dapat dianggap kompeten? Sudah barang tentu tidak dapat digeneralisasi, melainkan tergantung pada masalah yang dihadapi.

Dalam masalah aborsi dan persetubuhan misalnya, sedang sedang di Israel memberikan penilaian yang berbeda. Seorang anak perempuan yang baru berumur 15 tahun sudah dianggap kompeten dalam soal aborsi, tetapi seorang anak perempuan yang sudah berumur 17 tahun belum dianggap kompeten dalam soal persetubuhan.

Pada dekade terakhir ini, pandangan masyarakat dan praktisi hukum di Eropa tentang persetujuan pasien mulai bergeser dari konsep lama, yaitu tidak lagi umur 21 tahun. Hal ini sejalan dengan anjuran Parlemen Eropa; agar anak-anak tidak terlalu lama ditempatkan dibawah otoritas orang tuanya, melainkan agar segera diakui sebagai individu dengan hak-haknya dan kebutuhan-kebutuhannya sendiri.

Saran yang dikemukakan oleh para ahli bervariasi, yaitu antara umur 14 sampai 16 tahun. Pada tindakan medik yang sangat riskan atau tindakan medik yang menimbulkan akibat tetap (sterilisasi, amputasi atau pengambilan organ untuk kepentingan transplantasi) diusulkan untuk dinaikkan.

Sistem diferensial yang diusulkan oleh Herman (Department of Health Services Administration, Erasmus University, Rotterdam) pada kongres Medical Law di Gent, Belgia tahun 1985 ialah:

pada umur 12 tahun, persetujuan pengobatan harus diberikan oleh orang tuanya.

pada umur 12-15 tahun, harus diberikan oleh yang bersangkutan dan orang tuanya.

pada umur lebih dari 15 tahun, harus diberikan oleh yang bersangkutan.

Bagaimana di Indonesia? Kita memang belum memiliki undang-

undang yang secara khusus mengatur masalah ini. Namun karena hubungan Dokter dan pasien merupakan hubungan kontraktual maka acuan yang dapat dipakai adalah Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Ini berarti bahwa umur kompetensi bagi persetujuan pengobatan yang harus dianut adalah 21 tahun. Hanya saja, bijaksanakah kita dalam masalah umur kompetensi mempersamakan urusan penyelamatan nyawa anak dengan urusan utang piutang atau urusan perdata yang lain?

Barangkali karena sebab itulah maka IDI mengusulkan agar batas umur kompetensi dalam soal informed consent ditetapkan 18 tahun. Yang jelas berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan yang baru, batas anak-anak yang boleh memberikan informed consent adalah 21 tahun.

DEFENSIVE - MEDICINE

Sejak meningkatnya tuntutan hukum yang diajukan oleh pasien kepada dokter, maka para dokter pun mulai melakukan usaha-usaha untuk menghindari tuntutan itu, yang kemudian dikenal dengan istilah defensive medicine. Jadi yang disebut defensive medicine adalah jenis tindakan medik yang dilakukan oleh dokter guna menghindari tuntutan hukum dikemudian hari. Dikenal 2 macam defensive medicine, yaitu defensive medicine type I (positive defensive medicine) dan defensive medicine type II (negative defensive medicine).

Yang disebut defensive medicine type I ialah apabila dokter melakukan tes-tes atau prosedur-prosedur medik yang sebetulnya tidak esensial, tetapi dilakukan untuk menghindari tuntutan kalau-kalau dibelakang hari tindakan dokter itu memberikan hasil yang buruk. Sudah barang tentu tindakan medik seperti itu akan menyebabkan biaya pengobatan menjadi lebih tinggi, yang pada akhirnya akan ditanggung oleh pasien.

Sedang yang disebut dengan defensive medicine type II ialah tindakan dokter menghindari tes-tes atau prosedur-prosedur medik yang menguntungkan karena dokter takut timbulnya komplikasi-komplikasi dari tindakan-tindakan tersebut. Tindakan dokter seperti itu memang tidak menyebabkan biaya pengobatan menjadi lebih tinggi, tetapi masalahnya mungkin berkaitan erat dengan masalah kualitas pengobatan. Sepanjang tindakan dokter sudah memenuhi standar pengobatan maka tindakan dokter tersebut tidak dapat digolongkan sebagai tindakan malpraktek.

Contoh tindakan dokter yang dapat digolongkan sebagai

defensive medicine type II adalah sebagai berikut:

Seorang pasien wanita yang mengalami keterlambatan menstruasi membutuhkan pemeriksaan sinar x pada perutnya untuk m- diagnosis ada tidaknya kehamilan. Tetapi dokter tidak melakukannya mengingat adanya resiko radiasi pada janin jika seandainya wanita itu betul-betul hamil. Tentu saja tindakan ini akan menyebabkan tertundanya diagnosis dan terapi.

KONFIDENSIALITAS MEDIK

Konsep konfidensialitas medik sebenarnya hampir sama tuanya dengan kedokteran itu sendiri. Sejak zaman Priestly Medicine, jauh sebelum Hippocrates, sudah banyak dokter yang melakukan praktek kedokteran atas dasar konfidensial. Agaknya mereka sadar bahwa dengan cara ini penderita tak akan segan-segan datang meminta pertolongan, karena mereka percaya bahwa dokter akan merahasiakan segala sesuatu yang berkaitan dengan penyakitnya. Dengan begitu, penyakit yang timbul didalam masyarakat akan mudah dikontrol.

Kepercayaan bahwa dokter akan selalu merahasiakan segala sesuatu tentang dirinya juga akan menyebabkan penderita tak segan-segan mengemukakan hal hal yang berkaitan dengan penyakitnya, termasuk hal hal yang dianggap memalukan yang mungkin justru sangat penting bagi keperluan diagnosis maupun terapi. Perlu diketahui bahwa dalam rangka mengenali jenis penyakit seseorang diperlukan keterangan yang selengkap-lengkapnya, termasuk latar belakang kehidupannya. Disamping itu, diperlukan pula pemeriksaan-pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan bagian tubuh yang paling pribadi.

Menyadari pentingnya konsep konfidensial medik ini maka Hippocrates memandang perlunya menjadikan rahasia kedokteran sebagai bagian dari sumpahnya. Dalam sumpah yang diucapkan atas nama seluruh dewa-dewa yang ada, Hippocrates berjanji sebagai berikut:

"Whatever, in connection with my professional practice, or not in connection with it, I see or hear, in the life of men, which

ought not to be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret." Oleh World Medical Association, masalah rahasia kedokteran ini kemudian dicantumkan didalam Deklarasi Jenewa, yang bunyinya sebagai berikut:

"I will respect the secrets which are confided in me, even after patient has died."

Penggantian kata "I will not divulge" menjadi "I will respect" oleh Persatuan Dokter Sedunia dimaksudkan agar masalah konfidensial ini tidak dipandang sebagai sesuatu yang kaku. Dengan kalimat "I will respect" berarti terbuka peluang bagi suatu interpretasi.

Bagaimanapun kewajiban dokter untuk merahasiakan hal hal yang diketahuinya itu merupakan kewajiban moral yang bersumber pada norma-norma kesusilaan. Untuk mematuhiya, tergantung kepada pribadi masing-masing dokter. Tak ada sanksi yang bersifat memaksa yang dapat diterapkan kepada dokter yang melakukan pelanggaran, kecuali mungkin tindakan pengucilan oleh masyarakatnya. Oleh sebab itu lalu timbul pemikiran untuk memperkokoh kedudukan rahasia kedokteran ini melalui norma hukum, dalam hal rahasia kedokteran itu ikut menjamin kepentingan masyarakat.

Perlu diketahui bahwa tiap-tiap masyarakat, di negeri manapun, dapat tersusun baik bila tiap-tiap anggotanya mempunyai kesehatan yang baik. Kesehatan yang baik dapat tercapai jika tiap orang yang sakit, dengan perasaan bebas, dapat pergi kedokter dan menceritakan dengan hati terbuka segala keluhan tentang

penderitanya. Semasa itu dimungkinkan jika tiap orang yang sakit menaruh kepercayaan bahwa penyakitnya tidak akan diungkapkan kepada orang lain. Jika kepercayaan itu tidak ada maka tidak mustahil bahwa orang yang sakit akan segan berobat, sehingga penyakit yang ada di masyarakat tersebut tidak dapat dikontrol.

Alas dasar pemikiran tersebut maka norma-norma kesusilaan yang sudah ada sejak zaman Priestly Medicine itu perlu dikuatkan dengan peraturan perundang-undangan. Perancis dan Belgia merupakan contoh dari negara yang memandang pentingnya masalah konfidensialitas medik ini dijadikan suatu kewajiban hukum serta memberikan sanksi pidana kepada dokter yang tidak melaksanakan kewajiban tersebut.

Di Indonesia, kedudukan konfidensialitas medik sebelum dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 10 Th. 1966 Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran tanggal 21 Mei 1966, hanyalah merupakan kewajiban moral saja. Tetapi sejak dikeluarkannya Peraturan Pemerintah itu, kewajiban tersebut diberi tambahan status yang lebih kuat lagi, yaitu sebagai kewajiban hukum. Ada sanksi-sanksinya yang bersifat paksaan yang dapat diterapkan jika kewajiban tersebut dilanggar: yaitu sanksi pidana, sanksi administratif dan sanksi perdata.

Sanksi pidana dapat dilihat pada pasal 322 KUHP, yang bunyinya:

- 1). Barang siapa dengan sengaja membuka rahasia yang ia wajib menyimpannya oleh karena jabatan atau pekerjaannya, baik sekarang maupun yang dulu, dihukum dengan hukuman penjara selama lamanya sembilan bulan atau denda sebanyak banyaknya enam ratus rupiah.

2). Jika kejahatan itu dilakukan terhadap seorang yang tertentu, maka ini hanya dituntut atas pengaduan orang itu.

Sanksi pidana yang lebih berat diberikan jika rahasia kedokteran yang dibocorkan tersebut menyangkut kepentingan negara (misalnya keadaan kesehatan Presiden) dan dibocorkan kepada negara lain. Hal ini sesuai dengan pasal 112 KUHP.

Dari pasal 322 KUHP nampak jelas bahwa pembocoran rahasia kedokteran atas seseorang pasien oleh dokter merupakan delik aduan, dimana dokter hanya dapat dituntut jika ada pengaduan dari pasien. Meskipun demikian, andaikata pasien menerima atau memaafkan perlakuan dokter, berdasarkan pasal 4 dari PP No. 10 Th. 1966, Menteri Kesehatan berhak melakukan tindakan administratif.

Sudah barang tentu, pembocoran rahasia kedokteran itu dapat mengakibatkan kerugian di pihak pasien, baik moril maupun materiil. Atas kerugian tersebut, berdasarkan pasal 1365 KUH Perdata, pasien dapat menggugat dokter seperti kasus di bawah ini:

Seorang pasien wanita berobat ke dokter ahli kandungan karena menderita keputihan. Dalam pemeriksaan ternyata dokter menemukan sisa-sisa kondom didalam vaginanya, yang menjadi penyebab dari keputihan tersebut. Kebetulan suami pasien tadi adalah temannya bermain tenis. Dalam suatu kesempatan bertemu di lapangan tenis, dokter ahli kandungan itu sambil bergurau berkata: "Kalau pakai kondom jangan sampai kebinggalan". Mendengar kata-kata itu, si suami

segera sadar apa yang sebenarnya terjadi, mengingat ia sendiri tidak pernah menggunakan kondom. Karena itulah ia segera menceraikan isterinya. Akibat perceraian itulah wanita tersebut menderita kerugian dan menggugat dokter ke Pengadilan.

OBJEK PERAHASIAAN:

Konsep konfidensialitas medik pada zaman Priestly Medicine tidak dapat dipisahkan dari konsep tentang penyakit yang berkembang pada masa itu, yang dianggap sebagai hukuman dari Tuhan atas dosa-dosa yang dibuat oleh manusia. Memberitakan bahwa seseorang menderita sakit pada hakekatnya juga memberitakan bahwa orang tersebut telah melakukan dosa. Karena alasan itulah maka banyak dokter pada masa itu menerapkan konfidensialitas medik.

Objek yang harus dirahasiakan oleh dokter tidak dibatasi. Hal ini dapat dilihat dari sumpah yang diucapkan oleh Hippocrates, yang bunyinya sebagai berikut:

"Whatever, in connection with my professional practice, or not in connection with it, I see or hear, in the life of men"

Pada era kedokteran moderen sekarang ini, dimana konsep tentang penyakit telah diperbaiki, tidak berarti lalu objek perhasiaan juga mengalami perubahan, misalnya hanya dibatasi pada penyakit-penyakit yang dapat menimbulkan rasa malu saja. Bagaimanapun pengaruh dari sumpah Hippocrates memang ada, namun harus diakui bahwa konsep individualisme yang nampaknya sangat dominan sekarang ini

Pada pasal 1 dari Peraturan Pemerintah Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran dapat dilihat dengan jelas bahwa objek perahasiaan itu adalah segala sesuatu yang diketahui selama melakukan pekerjaannya di lapangan kedokteran. Menurut penjelasannya, segala sesuatu yang diketahui itu ialah segala fakta yang didapat pada pemeriksaan, interpretasinya untuk menegakkan diagnosa dan melakukan pengobatan. Ini meliputi anamnesa, pemeriksaan jasmani, pemeriksaan dengan alat-alat kedokteran, fakta yang dikumpulkan oleh pembantu-pembantunya dan sebagainya.

Rahasia kedokteran tersebut harus dijaga oleh semua orang-orang yang menurut Peraturan Pemerintah itu wajib menjaganya, yaitu: semua tenaga kesehatan menurut pasal 2 Undang-Undang Tentang Tenaga Kesehatan.

mahasiswa kedokteran.

murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan atau perawatan.

orang-orang yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Jadi Menteri Kesehatan dapat menetapkan, baik secara umum maupun secara insidental, orang-orang lain untuk wajib menyimpan rahasia kedokteran; misalnya pegawai tata usaha, pegawai laboratorium atau pegawai yang ditugasi untuk mengurus rekam medik (medical record).

PENGHINDARAN TERHADAP KONFIDENSIALITAS MEDIK.

Meskipun dokter harus memperlakukan semua informasi medik sebagai rahasia kedokteran yang harus dipegang teguh, tidak berarti bahwa informasi medik itu tidak dapat dibicarakan kepada

pihak ketiga. Dalam keadaan tertentu, dokter dapat membocorkan rahasia kedokteran itu tanpa perlu merasa takut mendapatkan sanksi.

Yang dimaksud membocorkan rahasia kedokteran ialah memberikan informasi medik kepada pihak lain yang tidak berhak, baik perorangan ataupun badan (misalnya perusahaan asuransi). Perlu diketahui bahwa yang berhak atas informasi medik hanyalah pasien yang bersangkutan atau orang tua / wali dalam hal pasien itu tidak sehat akalnya atau pasien itu belum dewasa.

Jika misalnya dokter memberi informasi medik kepada pasien, baik tertulis ataupun lisan, dan kemudian informasi medik itu oleh pasien diberikan kepada pihak ketiga (misalnya asuransi) maka tindakan dokter tersebut tidak dapat dikategorikan sebagai membocorkan rahasia kedokteran. Tindakan pasien tersebut sepenuhnya menjadi tanggung jawab pasien itu sendiri.

Pemberitahuan informasi medik oleh dokter langsung kepada pihak ketiga dimungkinkan jika:

A. TELAH HENDAPAT IZIN DARI PASIEN YANG BERSANGKUTAN:

Pada hakikatnya tindakan memberikan informasi medik oleh dokter atau rumah sakit kepada pihak ketiga tetap merupakan tindakan membocorkan rahasia kedokteran, meskipun dengan izin pasien. Hanya saja, perbuatan pembocoran rahasia kedokteran dengan izin pasien itu tidak akan menimbulkan akibat hukum. Dokter tidak dapat dihukum, baik dalam perkara pidana ataupun perkara perdata. Justru perbuatan dokter seperti itu sering diperlokkan bagi keuntungan pasien; seperti misalnya untuk mengurus klaim asuransi kecelakaan, asuransi kesehatan,

mendapatkan rekomendasi bagi cuti sakit dan sebagainya.

Pemeriksaan kesehatan untuk kepentingan pengangkatan pegawai, pada hakikatnya juga merupakan pembocoran rahasia kedokteran atas izin yang bersangkutan. Izin calon pegawai tersebut mungkin tidak diberikan secara lisan ataupun tertulis, tetapi dengan kesediaannya diperiksa oleh dokter maka secara implisit yang bersangkutan sebetulnya juga setuju bahwa semua informasi medik miliknya diserahkan (dibocorkan) kepada instansi atau perusahaan yang akan mengangkatnya. Perlu diketahui bahwa sudah menjadi pengetahuan umum bahwa setiap calon pegawai pasti akan diperiksa kesehatannya dan hanya calon yang memenuhi syarat kesehatan yang dapat diterima.

B. DALAM KEADAAN DARURAT:

Informasi medik juga dapat dibocorkan dalam keadaan darurat. Ukuran normatif yang dapat dipakai sebagai pegangan untuk menentukan adanya keadaan darurat itu ialah adanya benturan antara 2 kewajiban hukum, adanya benturan antara kewajiban hukum dan kepentingan hukum atau adanya benturan antara 2 kepentingan hukum.

Perbedaan antara kewajiban hukum dan kepentingan hukum sebetulnya hanyalah terletak pada cara memandanganya saja. Jika undang-undang menyatakan bahwa setiap dokter harus membantu proses peradilan disidang pengadilan maka peraturan tersebut adalah untuk kepentingan hukum, sedangkan bagi dokter membantu proses peradilan tersebut merupakan kewajiban hukum.

Benturan 2 kewajiban hukum yang mungkin dialami oleh dokter ialah jika ia menemukan penyakit menular. Berdasarkan Undang-

Undang Penyakit. Wabah ia harus melaporkan temuannya itu dalam waktu 24 jam, yang berarti ia harus membongkar rahasia kedokteran. Tetapi berdasarkan Peraturan Pemerintah Tentang Wajib Simpan Rahasia kedokteran ia wajib merahasiakan temuannya. Dalam menghadapi keadaan darurat seperti ini, dokter tak usah ragu-ragu sebab ada ketentuan didalam KUHE yang menyatakan bahwa tidak akan dihukum orang yang melakukan perbuatan untuk melaksanakan undang-undang.

Hanya saja yang perlu diperhatikan disini ialah peringkat dari 2 peraturan yang bertentangan itu. Pada contoh diatas, jelas bahwa peraturan dalam bentuk Undang-Undang lebih tinggi peringkatnya dari pada peraturan dalam bentuk Peraturan Pemerintah. Pada pasal 2 Peraturan Pemerintah Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran juga sudah ditoncokkan tentang pengecualianya, yaitu apabila ada peraturan lain yang sederajat atau yang lebih tinggi menentukan lain.

Yang menjadi persoalan sekarang adalah jika dokter menemukan penyakit tuberkulosa pada pasiennya yang bekerja sebagai guru atau menemukan penyakit epilepsi pada pasiennya yang bekerja sebagai sopir bus. Apakah keadaan seperti ini cukup memenuhi persyaratan sebagai keadaan darurat untuk melaporkan temuannya itu guna mencegah terjadinya penularan penyakit pada anak didik atau mencegah terjadinya kecelakaan yang akan menimpa banyak penumpang. Bertanggung dari jawaban pertanyaan apakah usaha pencegahan tersebut merupakan kewajiban hukum/ kepentingan hukum atau tidak.

REKAM - MEDIK

Rekam medik merupakan kompendium yang berisi informasi tentang keadaan seseorang selama dalam perawatan penyakitnya atau selama dalam pemeliharaan kesehatannya. Informasi tersebut terdiri atas berbagai komponen yang disusun dalam bentuk rangkaian yang logis (logical sequence), meliputi: riwayat penyakit yang sekarang maupun yang lalu, faktor-faktor sosial yang ikut mempengaruhi timbulnya penyakit (misalnya pekerjaan, perkawinan atau konflik-konflik), penemuan-penemuan dari pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan laboratorik, penemuan-penemuan atau kesimpulan-kesimpulan dari dokter konsultan, diagnosa, terapi, respon terapi dan sebagainya.

Pertimbangan yang melatar belakangi perlunya dibuat rekam medik adalah untuk mendokumentasikan semua kejadian yang berkaitan dengan perawatan kesehatan pasien dan untuk menyediakan media komunikasi diantara tenaga kesehatan bagi kepentingan perawatan penyakitnya yang sekarang maupun yang akan datang. Untuk tujuan itu maka sejumlah data yang penting harus diungkapkan dan dicatat. Pasien harus diberi jaminan bahwa semua informasi yang berkaitan dengan kesehatannya itu akan dijaga kerahasiannya.

KONFIDENSIALITAS REKAM MEDIK

Tidak dapat dibantah lagi bahwa dunia kedokteran dewasa ini sedang berjalan menjauhi sifat paternalistiknya yang semula. Perubahan tersebut, sejalan dengan perubahan masyarakat yang semakin hedonis dan materialistik, tingkat kesadaran mereka akan

hukum yang semakin tinggi dan adanya penghormatan berlebihan terhadap hak-hak asasi manusia. Dalam beberapa dasa terakhir ini, yang terjadi di dunia kedokteran adalah terbentuknya suatu lingkungan yang lebih mengarah kepada research oriented. Akibatnya ilmu dan teknologi di bidang kedokteran semakin hari semakin pesat kemajuannya, sehingga menyebabkan orang tak mungkin lagi menguasai ilmu kedokteran secara menyeluruh dan mendalam. Pendidikan kedokteran terpaksa harus dipecah-pecah kedalam pendidikan spesialis atau sub-spesialis yang nyaris memberi kesan membagi-bagi tubuh manusia menjadi bagian-bagian yang seolah-olah berdiri sendiri.

Dahulu dokter melakukan sendiri semua pemeriksaan yang diperlukan, melakukan sendiri semua perawatan yang diperlukan dan meracik sendiri obat-obatan yang akan diberikan kepada pasiennya sehingga konfidensialitas medik benar-benar terjaga. Tetapi sekarang, bagian dari pemeriksaan dan terapi yang bukan bidang keahliannya, apakah karena benar-benar dokter tak mampu ataukah karena pertimbangan etis saja, harus dilakukan oleh dokter/ahli lain. Untuk banyak penyakit, dokter tak mungkin lagi menangani tanpa tim. Disinilah pentingnya rekam medik sebagai media komunikasi antar personil kesehatan, tetapi disisi lain masalah konfidensialitasnya akan mendapatkan tantangan.

Kalau melihat pasal 1 Peraturan Pemerintah Tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran, memang tidak diragukan lagi bahwa semua informasi medik yang dicatat didalam rekam medik merupakan rahasia kedokteran yang harus dijaga oleh semua tenaga kesehatan yang terkait. Apakah dengan demikian lalu rekam medik tidak boleh dimanfaatkan untuk berbagai kepentingan lain?

Pada dewasa ini, informasi medik banyak dimanfaatkan oleh berbagai pihak untuk berbagai tujuan. Penggunaan oleh pemberi jasa medik (rumah sakit atau individu) antara lain: sebagai media komunikasi bagi personil di bidang kesehatan, sebagai referensi bagi kepentingan perawatan penyakitnya yang akan datang, untuk evaluasi prospektif dan retrospektif terhadap kualitas pengobatan, untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi melalui analisis secara statistik, untuk akreditasi rumah sakit dan sebagainya.

Informasi medik juga banyak dimanfaatkan oleh pihak-pihak yang akan menanggung biaya perawatan (misalnya asuransi) untuk kepentingan penelitian terhadap klaim asuransi, memonitor kualitas serta kewajaran tindakan medik dan sebagainya. Selain itu informasi medik juga dapat dimanfaatkan bagi kepentingan penegakan hukum dan kepentingan masyarakat (misalnya survey epidemiologik).

Yang perlu dipersoalkan disini ialah kaitannya antara kepentingan-kepentingan tersebut dengan konfidensialitas medik. Pada kenyataannya, banyak pasien tak mempersoalkannya dan tak menyadari adanya ancaman terhadap konfidensialitas medik serta tidak menyadari konsekuensi dari hilangnya konfidensialitas didalam sistem pemeliharaan kesehatan. Oleh sebab itu perlu dipikirkan adanya norma atau ukuran, yang di satu pihak dapat melindungi nilai dari konfidensialitas dan di pihak lain tidak mengurangi hak pasien untuk mendapatkan semua informasi yang terdapat didalam rekam medik.

Untuk berbagai kepentingan yang sudah disebutkan diatas tadi

maka rumah sakit - rumah sakit di luar negeri mengeluarkan peraturan yang berbeda-beda, namun pada prinsipnya mengakui adanya hak pasien untuk mendapatkan informasi medik itu. Bahkan tidak sedikit rumah sakit yang mengizinkan pasien memperoleh kopi dari rekam medik dengan mengganti biaya yang diperlukan. Pengisian formulir oleh dokter atau rumah sakit bagi kepentingan klaim asuransi juga merupakan salah satu contoh yang menggambarkan adanya hak pasien mendapatkan informasi medik. Dalam kaitannya dengan asuransi ini, formulir yang telah diisi informasi medik dapat diserahkan kepada pasien yang bersangkutan atau dengan izin tertulis dari pasien tersebut langsung diserahkan kepada asuransi.

OPERASI PENYESUATAN KELAMIN

Tak mudah untuk dimengerti, apalagi oleh kalangan non-medis, bahwa ada orang tak suka dengan jenis kelaminnya sendiri. Mereka tidak saja menginginkan agar alat kelaminnya diganti dengan jenis kelamin lain, tetapi juga sangat yakin bahwa jenis alat kelamin yang dibawanya sejak lahir itu merupakan kesalahan. Gejala seperti itulah yang didunia kedokteran dikenal sebagai transeksual.

Kelainan seperti itu ternyata bukan merupakan fenomena baru. Dari sebuah legenda kuno yang berasal dari India misalnya, diperoleh petunjuk bahwa setidaknya-tidaknya transeksual sudah lama dikenal orang. Legenda itu ialah tentang seorang raja yang dapat berubah bentuknya menjadi wanita jika mandi disebuah sungai yang amat keramat. Raja itu menolak untuk kembali ke jenis kelaminnya semula, karena merasa bercinta sebagai wanita jauh lebih menyenangkan dari pada sebagai laki-laki. Ia tak menyesal meskipun sebagai akibatnya harus melahirkan 100 orang anak.

Bukti lain yang lebih konkrit yang menunjukkan bahwa fenomena transeksual sudah ada sejak dahulu kala dapat dilihat pada kasus Hua Moo Lan pada zaman dinasti Tang. Ia dilahirkan sebagai wanita tetapi lebih suka menyatakan dirinya laki-laki, memakai pakaian laki-laki dan tak segan-segan menggantikan kewajiban ayahnya mengabdikan kepada negara sebagai tentara. Justru karirnya dibidang militer terus menanjak, sampai akhirnya menjadi seorang jenderal. Ketika pada suatu waktu Kaisar mengetahui bahwa sebenarnya Hua Moo Lan seorang wanita yang cantik maka Kaisarpun

lahu melamarnya. Ternyata lamaran itu ditolakanya karena ia lebih merasa bahagia sebagai laki-laki dari pada menjadi isteri Kaisar.

Masalah transeksual baru mendapatkan perhatian yang luas dari berbagai disiplin ilmu sesudah seorang remaja Amerika George Jorgensen datang ke Denmark untuk menjalani operasi penyesuaian kelamin pada tahun 1952 dan kemudian tiba kembali kekampung halamannya pada tahun 1953 dengan nama Christine Jorgensen. Adakah sesuatu yang tak beres pada diri raja dari legenda itu, pada Hua Moo Lan, pada George Jorgensen dan juga pada orang-orang transeksual yang lain?

Kalau melihat kenyataan bahwa ada sebagian penderita transeksual yang tak segan-segan memotong penisnya sendiri untuk mendukung keinginannya dan menciptakan keadaan fait accompli bagi dokter atau melihat kenyataan bahwa tak sedikit dari mereka yang mencoba melakukan bunuh diri, maka keinginan mereka untuk menjalani operasi penyesuaian kelamin tersebut harus dipandang sebagai keinginan yang memerlukan perhatian khusus.

Bahwa faktor psikologik banyak dituding sebagai penyebabnya barangkali saja ada benarnya, mengingat sebagian dari mereka sebenarnya tidak mempunyai masalah anatomik maupun fisiologik. Mereka umumnya memiliki kelenjar prostat normal, testis normal dan penis yang normal pula. Mereka juga dapat melakukan senggama, merasakan nikmat dan bahkan orgasme seperti layaknya laki-laki normal.

Lihat penelitian yang dilakukan oleh Lim dan kawan-kawan dari Department of Obstetrics and Gynaecology, National University of Singapore, yang melibatkan 21 pasien laki-laki transeksual yang telah menjalani operasi penyesuaian kelamin. Dari sampel

sebanyak itu diperoleh gambaran bahwa 2 orang (10%) mempunyai kelenjar prostat normal, 4 orang (19%) mempunyai testis normal dan 12 orang (58%) mempunyai ukuran penis normal. Mengenai respon seksual sebelum operasi menunjukkan bahwa 6 orang (29%) dapat merasakan nikmat (enjoy) tetapi tidak mengalami orgasme dan 8 orang (38%) dapat merasakan nikmat serta orgasme.

Banyak teori yang kemudian dikembangkan oleh para ahli, diantaranya yang perlu saya kemukakan, meskipun banyak yang menentangnya, adalah yang menyatakan transeksual sebagai gejala delusi dan dikaitkan dengan penyakit schizophrenia. Teori yang lebih banyak diterima adalah yang dikaitkan dengan perkembangan psikologik, yang pada dasarnya semua orang dilahirkan dengan jenis kelamin neutral. Bahwa kemudian orang secara psikologik menjadi laki-laki atau wanita adalah karena berbagai variabel. Barangkali saja ada benarnya, kalau dikaitkan dengan insiden terjadinya transeksual. Jika pada umumnya di negara barat terdapat seorang penderita untuk tiap 100.000 sampai 130.000 penduduk dan jika di suatu kota pantai di Oman terdapat seorang penderita untuk tiap 50 penduduk, tentu ada apa-apa yang berkaitan dengan masalah kultur atau sosial budaya.

CARA OPERASI:

Jika penyebabnya adalah karena masalah psikologik, logikanya adalah bahwa pengobatannya pun sudah barang tentu dengan pengobatan psikologik pula. Tetapi pada kenyataannya masalah pengobatan ini tidak segampang yang diduga orang. Hampir tidak ada penderita yang dapat disembuhkan dengan cara psikodinamik, sehingga satu satunya alternatif yang mungkin dan banyak

diminati oleh penderita transeksual adalah operasi penyesuaian kelamin. Tentu dengan persyaratan yang sangat ketat. Pada transeksual wanita ke laki-laki (female to male), tindakan operatif yang dilakukan terdiri atas: pemberian hormon androgen selama beberapa bulan sampai beberapa tahun (untuk merubah volume suara menjadi suara laki-laki, menumbuhkan rambut pada wajah, rambut dada dan anggota tubuh), membuang buah dada dengan meninggalkan puting susu, membuang rahim dan indung telur melalui sayatan lewat dinding perut, membuat penis artifisial (tiruan) dari kulit dinding perut bagian bawah yang dalamnya diisi jaringan lemak, membuat kantung buah pelir tiruan dari jaringan bekas labium dan kemudian mengisinya dengan testis tiruan.

Pada transeksual laki-laki ke wanita (male to female), tindakan operasi yang dilakukan terdiri atas: pemberian hormon estrogen selama beberapa bulan sampai beberapa tahun, melakukan operasi plastik untuk membesarkan buah dada, membuat vagina tiruan dengan melakukan pengirisan kulit didepan dubur, membuang bagian dalam dari penis dan kemudian kulit dari penis dimasukkan kedalam irisan tadi untuk membentuk liang senggama tiruan, membuang testis, membuat labium dari bekas kulit kantong testis, membuang jakun dan membuang rambut-rambut pada tubuh dengan elektrolisis.

Benar-benar merupakan operasi yang tidak saja menyiksa, tetapi juga membutuhkan kesabaran dan pengorbanan. Pertanyasannya sekarang adalah apakah dengan semua pengorbanan seperti itu masalahnya dapat teratasi?

Dari penelitian jangka pendek yang banyak dilakukan oleh para ahli diperoleh kenyataan bahwa mereka umumnya menyatakan lebih berbahagia dengan jenis kelaminnya yang baru, meskipun ada juga beberapa penderita yang menyatakan penyesalannya yang sangat. Tidak dijelaskan apakah penyesalan tersebut disebabkan oleh hasil operasi yang jelek atau bukan.

Dalam soal respon seksual, Lim menyodorkan data bahwa dengan operasi penyesuaian kelamin, jumlah mereka yang dapat merasakan kenikmatan dan orgasme meningkat. Apakah hasil penelitian Lim tersebut, sejauh yang menyangkut orgasme, dapat dipercaya? Penulis sendiri meragukannya, mengingat masalah orgasme tak dapat dilepaskan dari organ-organ yang dapat berlaku sebagai reseptor dan transformor terhadap rangsangan-rangsangan seksual. Bukankah penderita transeksual yang telah menjalani operasi tak lagi mempunyai organ-organ itu (klitoris atau penis)? Orgasme atau tidak, menurut salah seorang transeksual yang sudah melakukan operasi di Rumah Sakit Dokter Kariadi yang sempat saya wawancarai, tidak menjadi masalah. Penyesuaian kelamin itu sendiri baginya sudah merupakan kebahagiaan tersendiri.

Pertanyaan yang sering diajukan oleh ahli-ahli hukum mengenai operasinya sendiri adalah bersumber pada pembuangan kelenjar gonad (testis atau indung telur) yang menurut hukum yang berlaku di beberapa negara dikategorikan sebagai tindakan pengebirian (kastisasi) dan dilarang. Kendati demikian para dokter tetap saja melakukan operasi ini atas dasar "doctrine of necessity" atau "doctrine of genuine medical treatment". Beberapa negara memang sudah mengatur masalah ini dalam bentuk undang-undang, sehingga prosedur dan pelaksanaannya dapat dikontrol dan diawasi. Di

Suedia misalnya, operasi penggantian kelamin hanya boleh dilakukan jika sudah berusia 18 tahun, sedangkan di Jerman Barat 25 tahun.

KONSEP HUKUM TENTANG JENIS KELAMIN:

Sejauh ini memang tidak ada masalah mengenai legalisasi perubahan status kelamin, bahkan beberapa kasus penggantian kelamin di Indonesia telah mendapatkan pengesahan dari berbagai pengadilan negeri. Apakah pengadilan sudah mempertimbangkan dari berbagai aspek sebelum memberikan keputusannya? Yang pasti sampai sekarang pengertian mengenai laki-laki dan wanita belum pernah didiskripsikan secara jelas, sehingga satu-satunya pegangan yang biasanya dipakai oleh para hakim adalah kesaksian medik.

Masalahnya sekarang adalah bagaimana memberikan kesaksian medik yang benar-benar dapat dipertanggung jawabkan. Hal ini perlu penulis kemakakan disini mengingat adanya 4 aspek yang harus dipertimbangkan dalam rangka penentuan jenis kelamin, yaitu: jenis kromosom/genetik, jenis gonad (testis atau indung telur), jenis kelamin sekunder (penis atau vulva) dan aspek psikiknya. Celakanya adalah bahwa ke 4 aspek itu tak selalu menunjang satu sama lain.

Tak jarang orang mempunyai kromosom laki-laki, mempunyai kelenjar gonad laki-laki dan mempunyai alat kelamin laki-laki; tetapi psikiknya menunjukkan seorang wanita dan mengajukan permintaan operasi perubahan kelamin. Pada kasus seperti itu, haruskah dokter memberikan kesaksian medik bahwa sesudah operasi penderita transseksual tersebut telah berubah menjadi seorang wanita? Kalau jawabannya ya, berarti dokter telah menempatkan

aspek psikik menjadi aspek terpenting dan mengabaikan aspek lainnya dalam penentuan status kelamin.

Nampaknya sekarang banyak kalangan medik cenderung beralih ke aspek kromosom/genetik sebagai aspek yang paling menentukan, karena sifatnya yang tidak dapat berubah. Implikasinya adalah bahwa operasi pembentukan kelamin yang bertentangan dengan jenis kromosomnya/genetiknya tidak dapat dikalakan sebagai operasi penyesuaian, melainkan operasi perubahan kelamin. Kalangan ahli hukum sendiri sekarang juga sudah mulai berpaling terhadap operasi penggantian kelamin, kecuali operasi yang bersifat korektif pada kasus yang benar-benar terdapat kesalahan bentuk (malformation).

ASPEK HUKUM SESUDAH OPERASI:

Sekali identitas mengenai kelamin ditentukan oleh badan-badan yang berwenang, sudah selayaknya jika semua konsekuensinya juga berlaku pada kenyataannya, mengenai pelaksanaan Woman's Charter misalnya, tidak semudah yang diharapkan. Beberapa kasus perkawinan di Inggris dari orang-orang transeksual yang telah menjalani operasi perubahan kelamin, ditolak oleh berbagai pengadilan. Salah satu kasus tersebut yang paling menarik adalah kasus Corbett v. Corbett (1970). Pengadilan yang memeriksanya memperoleh bukti bahwa sebelum operasi yang bersangkutan diketahui memiliki kromosom XY (kromosom laki laki), gonad laki-laki dan bentuk kelamin luar laki-laki. Dalam keputusannya, hakim Ormrod yang memimpin sidang berkata:

"Sejauh yang menyangkut perkawinan, yang paling utama adalah apakah yang bersangkutan itu wanita atau bukan. Pertanyaan

selanjutnya adalah apakah yang dimaksud wanita dalam kaitannya dengan perkawinan? Menurut hemat saya, penentuannya tidak boleh difokuskan pada status hukumnya melainkan harus didasarkan pada keadaan biologisnya. Mengingat yang bersangkutan secara biologis mempunyai kromosom laki-laki, kelenjar gonad laki-laki dan alat kelamin laki-laki maka (dalam kaitannya dengan perkawinan) menurut pendapat saya tetap harus dianggap sebagai seorang laki-laki meskipun sudah dilakukan operasi penggantian bentuk kelamin dan sudah dilegalisir menjadi wanita. Karenanya perkawinannya tidak dapat disyahkan".

Lain persoalannya kalau liang senggama tidak terbentuk sempurna (atresia vaginae). Kelainan semacam ini memang sudah sepantasnya untuk dikoreksi dengan membuat liang senggama artifisial (buatan).

Memang banyak yang tak setuju dengan pendapat Ormrod. Banyak ahli hukum yang kemudian mengusulkan agar perkawinan mereka dianggap syah jika mereka dapat menunaikan kewajibannya yang esensial di bidang sek, termasuk kemampuan mereka untuk saling menyintai dan saling mengerti satu sama lain. Golongan ini juga mengusulkan agar perkawinan orang-orang homoseks juga dilegalisasi.

Satu lagi masalah yang perlu mendapat perhatian semua pihak, yaitu masalah yang berkaitan dengan tindak pidana yang rumusannya mensyaratkan adanya unsur persetujuan, seperti misalnya perkosaan. Di banyak negara termasuk Indonesia, tindak pidana perkosaan termasuk male crime, yang hanya dapat dilakukan terhadap wanita. Yang menjadi pertanyaan adalah apakah orang-

orang transeksual yang telah menjalani operasi penggantian kelamin dapat menjadi korban perkosaan?

Sehubungan dengan pertanyaan itu, dalam kasus SY v SY, Wilmer LJ berkomentar:

"If a woman with an artificial vagina is incapable of true intercourse she cannot be raped or commit adultery. I would regard such a result as bordering fantastic" Semoga bermanfaat.

MALPRAKTEK

Sebetulnya istilah malpraktek bukanlah istilah yuridis, melainkan merupakan istilah yang mempunyai konotasi lebih luas lagi. Meskipun demikian istilah ini biasanya hanya digunakan untuk menyatakan adanya tindakan yang salah dalam rangka pelaksanaan sesuatu profesi; baik di bidang kedokteran ataupun di bidang hukum (kepengacaraan). Sedangkan profesi itu sendiri merupakan pekerjaan yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Membutuhkan tingkat ilmu pengetahuan yang tinggi atau ketrampilan yang dipelajari secara sistematis.
2. Orientasi primernya lebih cenderung untuk kepentingan umum dari pada kepentingan diri pribadi.
3. Memiliki mekanisme kontrol terhadap tingkah laku pemegang profesi, melalui kode etik yang dibuat sendiri oleh organisasi profesi yang kemudian tidak saja diterima sebagai kewajiban untuk mematuhi, tetapi juga diterima sebagai idealisme profesi.
4. Memiliki reward-system yang tidak didasarkan pada tujuan komersial.

Tindakan yang salah dalam rangka pelaksanaan profesi di bidang kedokteran disebut malpraktek medik (Medical Malpractice). Yang menjadi pertanyaan sekarang adalah apa sebenarnya yang disebut tindakan medik (Medical Practice) itu?

Pertanyaan tersebut diatas perlu diajukan disini mengingat di berbagai produk perundang-undangan, istilah semacam itu ada. Didalam KUHP misalnya (Pasal 512a), terdapat istilah yang identik yaitu "pekerjaan-dokter", tetapi undang-undang tersebut tidak

memberikan penjelasan tentang apa yang dimaksudkannya. Apakah melakukan praktek perdukunan untuk menyembuhkan sesuatu penyakit dapat digolongkan sebagai melakukan tindakan medik atau pekerjaan dokter? Pertanyaan yang terakhir ini jelas akan dapat dijawab kalau kita tahu ruang lingkungannya serta tahu sampai dimana batas-batasnya.

Sebagai bahan pertimbangan, perlu saya kemukakan definisi yang berlaku di negara bagian Florida, Amerika Serikat, yang bunyinya sebagai berikut:

Any person shall be deemed to be practising medicine who holds himself out as being able to diagnose, treat, operate or prescribe for any any human disease, pain, injury, deformity or phisical condition, or who shall offer or undertake by any means or methodes, to diagnose, treat, operate or prescribe for any human disease, pain, injury, deformity or phisical condition.

Yang lebih rinci lagi adalah yang berlaku di negara bagian Delaware, yang menyebutkan bahwa praktek kedokteran itu meliputi:

1. Membuka klinik atau kantor untuk tujuan itu.
2. Mengumumkan dengan segala cara kepada khalayak ramai atau perorangan dengan berbagai cara bahwa ia bersedia dan siap mengobati orang sakit di setiap tempat di negara tersebut.
3. Melakukan atau menawarkan suatu penyelidikan, atau diagnosis tiap gangguan fisik, mental atau penyakit.
4. Memberi bantuan pembedahan, resep, obat-obatan atau

menggunakan secara langsung obat-obatan atau bahan-bahan lain untuk menyembuhkan, meredakan atau meringankan penyakit jiwa atau raga, setelah menerima atau berharap akan menerima dalam bentuk uang atau bentuk lain sebagai kompensasi.

Meskipun definisi yuridis antara negara satu dengan negara lainnya berbeda, namun dapat saya simpulkan disini bahwa tindakan medik itu pada hakekatnya mengandung esensi sebagai berikut:

- a. bahwa tindakan medik itu merupakan intervensi terhadap jasmani atau rohani seseorang.
- b. bahwa tindakan tersebut dapat dikelompokkan sebagai tindakan pencegahan, diagnosis, terapi atau penyelidikan.
- c. bahwa tujuan tindakan itu adalah untuk mempertinggi kesehatan individu (melalui tindakan promotif, kuratif atau rehabilitatif) atau untuk mempertinggi kesehatan orang lain (misalnya operasi pengambilan organ dari tubuh donor) atau untuk kemajuan ilmu kedokteran.

Pada umumnya tindakan melakukan pertolongan pertama dengan menggunakan obat-obatan yang biasanya tersedia dirumah tangga (misalnya minyak angin) atau melakukan penyembuhan dengan menggunakan doa-doa tidak dianggap sebagai tindakan medik.

JENIS JENIS MALPRAKTEK DI BIDANG KEDOKTERAN:

Meskipun sudah ada KODEKI, pelaksanaan profesi di bidang kedokteran tetap harus tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Oleh sebab itu, setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter dapat dinilai dari 2 kaca-mata itu, yaitu etika dan hukum. Karena antara etika dan hukum terdapat perbedaan-perbedaan yang

menyangkut substansi, otoritas, tujuan dan sanksi; maka ukuran normatif yang dipakai untuk menentukan Ethical Malpractice dan Juridical Malpractice berbeda. Yang jelas tidak setiap Ethical Malpractice merupakan Juridical Malpractice, tetapi semua bentuk Juridical Malpractice pada hakekatnya juga merupakan Ethical Malpractice. Ini sejalan dengan apa yang dikatakan oleh Lord Chief Justice Coleridge dalam kasus R v Instan (1893): It would not be correct to say that every moral obligation involves a legal duty: but every legal duty is founded on a moral obligation".

Karena hukum yang mengatur semua aspek yang berkaitan dengan pelaksanaan profesi di bidang kedokteran (Medical Law) merupakan penerapan dari hukum pidana, hukum perdata dan hukum administrasi negara maka tindakan yang salah dalam bidang kedokteran itu dapat dikelompokkan menjadi Criminal Malpractice, Civil Malpractice dan Administrative Malpractice.

Disebut Criminal Malpractice jika tindakan dokter memenuhi rumusan delik pidana, baik yang bersifat intensional (misalnya abortus provocatus criminalis atau euthanasia) ataupun yang bersifat kealpaan (misalnya tanpa sengaja meninggalkan gunting didalam perut pasien). Pada Criminal Malpractice tanggung jawab (criminal responsibility) selalu bersifat individual (pada dokter yang melakukan tindakan) dan personal (bukan badan hukum atau perusahaan).

Disebut Civil Malpractice jika dokter tidak melaksanakan kewajibannya yaitu tidak memberikan prestasi yang seharusnya. Istilah lain dari Civil Malpractice adalah wanprestasi. Pada Civil Malpractice tanggung gugat (liability) dapat dialihkan

kepada pihak lain berdasarkan principle of vicarious liability (misalnya doktrin respondeat superior). Dengan prinsip tadi maka rumah sakit dapat bertanggung gugat atas kesalahan yang dilakukan oleh dokter-dokternya, asalkan dapat dibuktikan bahwa tindakan dokter itu dalam rangka melaksanakan kewajiban rumah sakit.

Doktrin vicarious liability ini sebenarnya baru mulai diterapkan di Amerika sejak kasus Darling v. Charleston Community Memorial Hospital tahun 1965. Sebelumnya tak pernah ada rumah sakit dihukum membayar ganti rugi atas dasar doctrine of charitable immunity, sebab menghukum rumah sakit seperti itu sama artinya dengan mengurangi assetnya yang pada gilirannya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat. Sejak kasus tadi pandangan para hakim disana mulai berubah, apalagi ditambah kenyataan bahwa banyak rumah sakit yang sudah mulai melupakan fungsi sosialnya dan dikelola seperti perusahaan. Selain itu, rumah sakit juga sudah dapat memanfaatkan jasa asuransi untuk melindunginya dari kemungkinan gugatan malpraktek.

Dikatakan Administrative Malpractice jika dokter melanggar hukum administrasi (misalnya melakukan tindakan medik tanpa izin atau tidak sesuai dengan izinnya). Perlu ditambahkan disini bahwa untuk melakukan tindakan medik (tindakan dokter) diperlukan syarat yang menyangkut kemampuan dan kewenangan. Seorang ahli kandungan jelas mampu melakukan operasi usus buntu, tetapi kalau ia kemudian menerima pasien-pasien radang usus buntu untuk dioperasi di kliniknya maka tindakan itu dapat dikategorikan sebagai Administrative Malpractice.

PEMBUKTIAN JURIDICAL MALPRACTICE:

Mengingat kesalahan dokter merupakan kesalahan di bidang profesi, maka tidaklah mudah bagi hakim yang tak menguasai profesi ini untuk membuktikannya di pengadilan. Meskipun demikian, bukannya tidak mungkin membuktikan kesalahan dokter itu. Ada 2 cara yang dapat ditempuh oleh para hakim untuk membuktikan adanya juridical malpractice, yaitu:

1. SECARA LANGSUNG: yaitu membuktikan semua unsur dari malpraktek, yang terdiri atas 4 D (Duty, Dereliction of duty, Damage dan Direct causation) seperti yang dikembangkan oleh Hubert Smith.

Duty terbukti jika:

- a. dokter secara afirmatif menerima suatu tanggung jawab untuk melakukan tindakan medik yang penuh resiko itu melalui hubungan kontraktual (a contract basis), baik yang dibuat atas beban atau dengan cuma-cuma (gratuitous service).
- b. dokter, berdasarkan ketentuan-ketentuan yang ada wajib melakukan tindakan medik (a tort basis).

Dereliction of duty terbukti jika ternyata dokter melakukan tindakan medik yang kualitasnya dibawah standard of care, yaitu suatu tindakan medik yang tidak menggambarkan telah diterapkannya ilmu, ketrampilan, perhatian dan pertimbangan yang layak seperti yang biasanya dilakukan oleh kebanyakan dokter dengan keahlian yang sama ketika menghadapi situasi dan kondisi yang sama pula.

Damage terbukti jika pasien mengalami nominal damage.

actual damage atau punitive damage.

Direct causation terbukti jika memang benar ada hubungan kausalitas langsung antara damage dengan tindakan dokter yang kualitasnya dibawah standard of care itu.

2. SECARA TAK LANGSUNG: yaitu dengan cara mencari fakta-fakta yang berdasarkan doktrin Res Ipsa Loquitor (the thing speaks for itself) dapat membuktikan adanya kesalahan di pihak dokter.

Doktrin Res Ipsa Loquitor ini sebetulnya merupakan varian dari "doctrine of common knowledge", hanya saja disini masih diperlukan bantuan kesaksian ahli untuk menguji apakah fakta atau damage yang ditemukan itu memang dapat menunjukkan adanya kelalaian dokter.

Doktrin Res Ipsa Loquitor hanya dapat diterapkan jika fakta atau damage yang ditemukan memenuhi kriteria seperti tersebut dibawah ini:

- fakta atau damage itu tidak mungkin terjadi jika dokter tidak lalai.
- fakta atau damage itu disebabkan oleh sesuatu yang berada di bawah tanggung jawab dokter yang digugat.
- pasien tidak ikut menyumbang terjadinya fakta atau damage itu.

Jika misalnya ada gunting atau tang tertinggal dalam perut pasien yang menjalani operasi maka gunting atau tang itu, berdasarkan doktrin Res Ipsa Loquitor, dapat dijadikan fakta yang dapat membuktikan kesalahan dokter,

sebab:

gunting atau tang itu tak mungkin tertinggal kalau tak ada kelalaian.

- alat-alat yang tertinggal itu berada dibawah pengawasan dokter.
- pasien dalam keadaan tak sadar sehingga tidak mungkin memberi andil terhadap tertinggalnya alat-alat itu.

TRANSPLANTASI ORGAN

Didalam kehidupan masyarakat, tiap-tiap manusia menjadi penanggung hak dan kewajiban. Hukum hanya akan melakukan intervensi manakala ada perbenturan antara hak manusia yang satu dengan manusia yang lain atau antara kepentingan manusia yang satu dengan hak manusia yang lain. Dalam keadaan demikian maka hukum, berdasarkan pengertiannya sebagai undang-undang atau peraturan-peraturan tertulis, perlu diciptakan agar keamanan dan ketertiban didalam masyarakat dapat terwujud. Disamping itu hukum juga diperlukan untuk menyelesaikan berbagai sengketa yang mungkin terjadi.

Dalam kaitannya dengan transplantasi, maka pada transplantasi dapat dilihat adanya berbagai kepentingan yang melibatkan hak orang lain (donor) yaitu hak atas bagian-bagian dari tubuhnya. Oleh sebab itu transplantasi organ manusia perlu diatur dengan undang-undang. Sejauh ini peraturan yang mengatur transplantasi organ manusia di Indonesia, dituangkan didalam Peraturan Pemerintah No. 18 Th. 1981 tentang Bedah Mayat Klinis dan Bedah Mayat Anatomis serta Transplantasi Alat atau jaringan manusia.

IZIN PENDONORAN:

Transplantasi organ memerlukan donor, baik donor hidup ataupun mati. Persoalannya ialah karena hal ini melibatkan hak orang lain maka diperlukan persetujuan / ijin dari yang bersangkutan agar dokter dapat mengambil organ-organ bagian-bagian dari tubuhnya untuk keperluan transplantasi.

A. DONOR HIDUP:

Pada transplantasi organ yang menggunakan donor hidup maka ijin atau persetujuan harus diberikan diatas kertas bermeterai oleh yang bersangkutan dengan disaksikan oleh 2 orang saksi (Pasal 13 PP 18 th. 1981). Tidak disebut-sebut mengenai siapa yang harus menjadi saksi itu.

Kalau melihat undang-undang mengenai transplantasi yang berlaku di Belgia, maka saksi itu ialah orang yang mengetahui umur calon donor. Disamping itu diperlukan pula ijin atau persetujuan dari suami atau isteri bagi calon donor yang sudah kawin.

Mengenai informed consent disebutkan dalam Peraturan pemerintah itu bahwa calon donor harus diberitahu terlebih dahulu mengenai sifat operasi, akibat-akibatnya dan kemungkinan-kemungkinannya yang dapat terjadi. Dokter harus yakin benar bahwa calon donor telah menyadari sepenuhnya arti dari pemberitahuan tadi. Oleh sebab itu calon donor hidup haruslah orang yang sudah cukup umur dan sehat akalnya. Berdasarkan hukum perdata yang berlaku disini, cukup umur ialah apabila umur seseorang telah mencapai 21 tahun atau sudah kawin. Jadi seseorang yang belum cukup umur tidak dapat sama sekali menjadi donor hidup. Para orang tua, merekapun tidak dibenarkan mendonorkan bagian-bagian dari tubuh anaknya yang masih dibawah umur.

Yang agak berlainan ialah yang berlaku di Belgia. Seorang anak yang berumur antara 18 th - 21 th sudah dapat menjadi donor, asalkan yang bersangkutan telah menyatakan persetujuannya disertai persetujuan dari orang tuanya.

Mengenai organ yang dapat disumbangkan oleh donor hidup, tidak

disebut-sebut di dalam Peraturan pemerintah No.18 tahun 1981. Dibeberapa negara hanya dibatasi pada organ ginjal saja. Pertimbangannya ialah bahwa ginjal merupakan organ yang sangat vital, yang bagi penderita gagal ginjal stadium akhir ~~merupakan~~ akan merupakan penyelamatan jiwa. ^{mp.} Pertimbangan yang kedua ialah bahwa orang dapat hidup dengan satu ginjal. Organ yang tidak ada kaitannya dengan penyelamatan jiwa resipien tidak dibenarkan diperoleh dari donor hidup, meskipun ada orang yang bersedia untuk itu. Kornea mata misalnya, tidak boleh diperoleh dari donor hidup sebab kornea bagi orang buta bukan merupakan tindakan penyelamatan jiwa. Disamping itu kornea bukan merupakan organ atau jaringan yang dapat pulih kembali, sehingga tidak dapat disamakan dengan pengambilan darah untuk kepentingan transfusi.

B. DONOR MATI:

Pada donor mati kewenangan dokter melakukan pengambilan organ untuk kepentingan transplantasi dapat diperoleh melalui 2 system, yaitu:

- Sistem "persetujuan" (opting in system / contracting in system). Pada system ini kewenangan dokter diperoleh berdasarkan ijin atau persetujuan dari yang bersangkutan sewaktu masih hidup. Sesudah mati ijin atau persetujuan diperoleh dari ahli warisnya.
- Sistem "tidak berkeberatan" (opting out system / contracting out system). Pada sistem ini kewenangan dokter untuk mengambil organ diperoleh tanpa ada persetujuan, kecuali apabila ada keberatan dari yang bersangkutan sewaktu masih hidup atau ada keberatan dari ahli warisnya

sesudah yang bersangkutan meninggal.

Sudah barang tentu masing-masing sistem tersebut memiliki kekurangan dan kelebihan. Yang jelas berdasar Peraturan Pemerintah No.18 Th.1981, system yang dianut disini ialah system "persetujuan" seperti yang berlaku di Inggris, Belanda dan Amerika. System yang dianut di Perancis ialah system "tidak berkeberatan". Sedang di Belgia meskipun undang-undangnya menganut system "persetujuan", pada kenyataannya di rumah sakit-rumah sakit pendidikan diterapkan sistem "tidak berkeberatan".

PENERAPAN TRANSPLANTASI:

Sejak keberhasilan transplantasi ginjal yang pertama pada th.1950 dan transplantasi jantung pada Th.1967, maka sejak saat itu para ahli berlomba-lomba melakukan percobaan transplantasi dari berbagai macam organ dan jaringan tubuh manusia. Namun sampai kini baru ada 3 macam transplantasi yang oleh para ahli dianggap sebagai sudah mantap serta dapat diterapkan untuk tujuan pengobatan rutin, yaitu :

- transplantasi gigi.
- transplantasi cornea.
- transplantasi ginjal.

Transplantasi selain itu masih dianggap berada pada tahap eksperimental, sehingga cara melakukannya pun harus memperhatikan kaidah-kaidah yang lazim berlaku bagi setiap eksperimen terhadap manusia (misalnya Declaration Of Helsinki).

Dengan bertambah majunya ilmu dan teknologi dibidang kedokteran, rasanya pada masa yang tidak lama lagi seluruh organ, atau jaringan tubuh manusia sudah akan dapat ditransplantasikan. Yang menjadi pertanyaan sekarang ialah apakah semua jenis

transplantasi itu dapat diterapkan untuk tujuan pengobatan rutin ataukah perlu diadakan pembatasan.

Dibeberapa negara yang telah memiliki Undang-Undang Transplantasi memang mengatur masalah ini. Belgia misalnya, melarang transplantasi embrio, testis dan ovarium, baik untuk tujuan pengobatan ataupun eksperimen. Sedangkan Luxembourg dan Turki masih mengizinkan untuk tujuan penelitian. Alasan pembatasan itu ialah karena transplantasi embrio, testis maupun ovarium tidak berkaitan langsung dengan penyelamatan jiwa resipien, disamping masalah moral dan hukum.

DIAGNOSIS KEMATIAN :

Pada transplantasi dengan donor mati, organ harus diambil pada saat donor sudah mati agar tidak menimbulkan persoalan-persoalan etik dan hukum. Tetapi perlu dimengerti bahwa organ yang diambil pada saat jantung sudah berhenti mempunyai kesempatan hidup lebih kecil pada tubuh resipien dibanding dengan organ yang diambil pada saat jantung masih berdenyut. Oleh sebab itu jantung donor mati perlu tetap dipertahankan berdenyut agar proses oksigenasi tetap berlangsung (beating heart donor).

Dengan kemajuan teknologi dibidang kedokteran maka hal seperti itu sekarang bukan lagi menjadi masalah. Namun akibatnya timbul masalah baru yaitu masalah penentuan kematian yang tidak lagi dapat digunakan kriteria diagnosis yang lazim (permanent cessation of heart-beating and respiration).

Untuk mengatasi masalah tersebut maka pada tahun 1968 panitia Ad Hoc dari Harvard Medical School menyusun suatu kriteria diagnosis yang didasarkan atas konsep "brain death". Th 1974

ward Medical School merevisi. Sejak saat itu tak kurang dari 30 kriteria diagnosis disusun oleh para ahli untuk menentukan kematian donor, yang kesemuanya bertolak dari konsep brain death. Lain death itu sendiri sebenarnya merupakan proses bertingkat, sebagai akibat dari resistensi yang berbeda-beda dari bagian-bagian otak terhadap kekurangan oksigen. Dari berbagai bagian otak (cortex, thalamus, batang otak) maka batang otak (brain stem) yang mengatur fungsi vital terutama pernapasan merupakan bagian yang paling tahan terhadap kekurangan oksigen. Oleh sebab itu pengertian brain death pada dewasa ini ditekankan pada adanya brain - stem death.

Mengenai dokter yang menentukan kematian donor diberbagai negara mempunyai peraturan yang berbeda-beda, baik yang menyangkut jumlahnya maupun hubungannya dengan team yang melakukan transplantasi. Turki mensyaratkan 4 orang dokter, sedang belgia dan Spanyol 3 orang dokter. Negara lain termasuk Indonesia mensyaratkan 2 orang dokter yang tidak ada sangkut pautnya dengan dokter yang melakukan transplantasi. Ini sesuai dengan deklarasi Sidney.

KEGAWATAN - MEDIK

Membahas masalah "kegawatan medik" ditinjau dari aspek hukumnya maka paling sedikit ada 4 buah issue yang perlu dipahami benar-benar oleh setiap dokter atau rumah sakit, agar didalam melayani pasien dengan kegawatan medik tersebut tidak menjadi korban ketidaktahuan. Memang benar bahwa bekerja di emergency-room, menurut hasil penelitian, sebetulnya justru tidak rawan terhadap tuntutan hukum dibandingkan dengan bagian-bagian lain. Namun bagaimanapun, masalah-masalah hukum dari "kegawatan medik" perlu dipahami oleh semua orang yang bekerja dalam bidang kedokteran.

Issue pertama yang ingin saya kemukakan disini adalah yang menyangkut masalah batasan atau terminologi dari kegawatan medik. Saya kira ini penting mengingat beberapa sengketa hukum yang timbul, penyelesaiannya sering memerlukan kejelasan lebih dahulu tentang batasan dari kegawatan medik tersebut. Dan ini menjadi tugas kalangan medik untuk merumuskannya secara benar, sebab rumusan itulah nanti yang oleh hakim akan dijadikan salah satu sumber hukum yang bersifat persuasif atau lebih jauh lagi dapat dijadikan bahan masukan oleh lembaga legislatif untuk menentukan kebijakan didalam rangka menyusun undang-undang tentang kegawatan medik jika hal itu sudah dirasa perlu.

Sudah barang tentu bukanlah pekerjaan yang mudah untuk merumuskannya dan mempersatukan pendapat diantara para ahli tentang batasan tersebut. Harus diakui bahwa pengertian tentang kegawatan medik itu sendiri nampaknya sekarang ini sudah sedikit bergeser dari pengertian semula. Kalau dahulu yang disebut

Emergency Room hanyalah diperuntukkan bagi kasus-kasus trauma atau sudden injury sehingga sering disebut sebagai Accident Room, tetapi sekarang sudah diperluas lagi meliputi keadaan kegawatan medik oleh sebab-sebab lain.

Umumnya sekarang ini para ahli kedokteran mendefinisikan kegawatan medik sebagai keadaan, baik karena penyakit atau kecelakaan, yang dapat mengakibatkan kematian atau kerusakan tubuh yang bersifat menetap. Kalau kita mau mengacu pada definisi yang disusun oleh American Hospital Association, maka ada 2 macam pengertian yaitu: emergency (dianggap gawat medik) dan true-emergency (gawat medik yang sebenarnya).

1. Emergency:

Setiap kondisi yang menurut pendapat pasien, keluarganya atau orang-orang yang merasa bertanggung jawab membawa pasien ke rumah sakit, memerlukan penanganan medis segera.

Kondisi ini berlangsung sampai kalangan medik menentukan yang sebaliknya.

2. True Emergency:

Setiap kondisi yang secara klinik memerlukan penanganan medis segera.

Elaknya dari rumusan yang dibuat oleh American Hospital Association itu ialah karena ia mau menghormati penilaian yang dibuat oleh masyarakat, yang notabene awam dalam bidang kedokteran, tentang gawat tidaknya seseorang, sampai kalangan medik menemukan yang sebaliknya.

Issue kedua adalah yang menyangkut tanggung jawab dokter.

menghadapi kasus-kasus dengan kegawatan medik. Pertanyaan yang sering diajukan adalah apakah hal itu merupakan tanggung jawab moral saja ataukah juga merupakan tanggung jawab hukum.

Sebelum menjawab pertanyaan diatas saya ingin kemukakan sebuah kasus menarik yang pernah ditayangkan oleh jaringan TV Amerika WABC selama 4 malam berturut-turut menjelang Natal tahun 1963. Kasus itu dikenal sebagai "A doctor at a brigde". Kejadiannya bermula dari sebuah kecelakaan lalu lintas yang menimpa seorang pengendara sepeda motor di jembatan Bronx Whitestone Brigde di New York. Korban tergeletak di tengah jalan dan memerlukan pertolongan segera. Tak lama kemudian lewat seorang dokter, tetapi dokter itu terus saja berlalu tanpa memberikan pertolongan apa-apa.

Yang kemudian diperdebatkan secara gencar adalah tentang moral dari dokter-dokter di Amerika yang dinilai amat buruk. Tetapi bijaksanakah kita mempersoalkan moral para dokter hanya dari satu dua kejadian, apalagi tanpa melihat alasan mengapa mereka berbuat begitu. Bagaimanapun dokter adalah bagian dari masyarakat yang tidak kebal terhadap perubahan nilai. Apa yang sedang terjadi di masyarakat dapat juga mempengaruhi sikap dan perilaku dokter. Karena itu, kalau dokter menjadi brengsek mungkin saja ada something having gone wrong with their society.

Marilah sekarang kita bandingkan kasus itu dengan tragedi Kitty Genovese, yaitu seorang wanita muda yang ditusuk sampai mati diluar apartemennya di New York City. Ada 38 orang yang menyaksikan kejadian itu, tetapi tak seorang pun dari mereka mau menelepon polisi karena tak mau direpotkan oleh urusan-urusan selanjutnya. Dari kedua kasus itu memberi bukti kepada kita

bahwa memang ada sesuatu yang tak beres sedang terjadi pada masyarakat Amerika.

Dari poll yang kemudian diadakan oleh Medical Tribune membuktikan bahwa memang benar banyak dokter tak mau memberikan pertolongan pertama di tempat kejadian mengingat pengalaman rekan-rekan mereka sebelumnya yang harus membayar mahal. Padahal pertolongan pertama di tempat kejadian oleh tenaga medik banyak menyelamatkan nyawa korban dan menghindarkan mereka dari kecacatan. Untuk mengatasi masalah tersebut maka negara-negara bagian di Amerika berlomba-lomba membuat undang-undang "Good Samaritan Law" guna meningkatkan semangat para dokter supaya mau melakukan perbuatan seperti yang pernah dilakukan oleh orang Samaria yang baik budi. Undang-Undang tersebut pada prinsipnya memberikan kekebalan kepada para dokter dari tuntutan malpraktek mengingat bekerja dalam situasi kegawatan medik, tidak tersedia cukup waktu untuk memikirkan diagnosa yang cermat, berkonsultasi dengan sejawatnya, memikirkan terapi yang paling baik dan juga tidak cukup waktu untuk mendapatkan informed consent dari pasien yang bersangkutan atau dari keluarganya.

Bentuk dari Good Samaritan Law di negara-negara bagian di Amerika Serikat itu tidak seragam. Ada beberapa negara bagian yang hanya memberlakukan undang-undang itu untuk pertolongan di luar rumah sakit saja atau untuk pertolongan-pertolongan yang tidak memungut bayaran. Selain itu ada juga negara bagian yang hanya memberikan kekebalan terhadap tuntutan hukum bagi tindakan malpraktek yang ringan, bukan tindakan malpraktek yang berat (gross negligence).

Memang ada sementara ahli hukum yang kemudian mempersoalkan eksistensi dari undang-undang ini karena dinilai menyalahi prinsip hukum yang bersifat universal, disamping menciptakan kelas-kelas tertentu di masyarakat yang kebal hukum. Oleh karena itu, beberapa negara bagian di Amerika membuat Good Samaritan Law yang tidak hanya berlaku bagi tenaga medik saja, tetapi juga bagi semua orang yang melakukan pertolongan terhadap seseorang yang berada dalam keadaan terancam jiwanya.

Disini kita tidak punya Good Samaritan law. Yang ada justru pasal didalam KUHP yang secara implisit mewajibkan siapa saja, termasuk dokter, untuk menolong seseorang yang berada dalam situasi bahaya maut. Apabila mereka tidak melakukan pertolongan, sehingga karenanya orang itu mati, maka mereka dapat dituntut berdasarkan Pasal 531 KUHP dan digugat membayar ganti rugi karena melakukan onrechtmatige-daad. Kendati demikian, sampai hari ini tak satu pun dokter disini pernah dituntut melakukan malpraktek ketika menolong seseorang yang sedang terancam jiwanya. Saya kira untuk waktu ini Good Samaritan Law belum begitu perlu disini.

Issue yang ketiga adalah yang berkaitan dengan pasien-pasien yang datang ke Emergency Room. Perlu saya kemukakan disini bahwa sejak diadakannya Emergency Room di berbagai rumah sakit, sambutan masyarakat benar benar luar biasa. Ada banyak alasan yang menyebabkan orang lebih senang datang ke Emergency Room, antara lain:

- semakin menurunnya jumlah dokter yang mau bertandang kerumah pasien.
- Emergency Room terbuka 24 jam.
- Emergency Room biasanya dikelola oleh personil-personil

yang terampil sehingga dapat melakukan tindakan medik yang paling baik

asuransi mau membayar semua pengeluaran untuk setiap kunjungan ke Emergency Room.

Pertanyaannya ialah apakah Emergency Room mempunyai kewajiban untuk memeriksa setiap orang yang datang meminta pertolongan mengingat tak semua yang datang itu memerlukan emergency care?

Kalau kita berpegang teguh pada definisi yang disusun oleh American Hospital Association yang menghargai penilaian masyarakat tentang kegawatan seseorang sampai kalangan medik menentukan yang sebaliknya maka tidak seorangpun dari mereka yang mengunjungi Emergency Room boleh ditolak. Kalau dikaitkan dengan hukum yang berlaku di Indonesia maka kita tidak seharusnya mempersoalkan ada tidaknya kewajiban hukum untuk menerima semua pasien yang datang, tetapi pasien akan mati atau tidak jika kita tidak melakukan tindakan medik. Pertanyaan itu hanya bisa dijawab kalau kita sudah memeriksa lebih dahulu. Dengan kata lain, kita memang harus menerima semua pasien yang datang, hanya saja, tindakan medik selanjutnya tergantung dari penilaian dokter di Emergency Room.

Menurut American Hospital Association, di Emergency Room lah mereka kemudian dikelompokkan menjadi 3 golongan, yaitu:

1. Emergent:

- membutuhkan penanganan medis segera.
- keterlambatan penanganan akan membahayakan jiwanya.
- penyakitnya bersifat akut dan mengancam jiwanya.

2. Urgent:

- membutuhkan penanganan medis dalam beberapa jam.
- akan membahayakan jika tidak dilakukan penanganan medis.
- penyakitnya bersifat akut, tetapi tidak parah.

3. Non-urgent:

- tidak membutuhkan penanganan emergency.
- penyakitnya ringan dan tidak akut.

Dari ketiga katagori tersebut maka hanya golongan emergent dan mungkin juga beberapa dari gol. urgent saja yang agaknya memperoleh kedudukan hukum yang khusus. Kalau misalnya di mata hukum, hubungan dokter dan pasien merupakan hubungan kontraktual, dimana dokter berdasarkan azas konsensual boleh menolak untuk menangani penderita yang datang meminta pertolongannya, maka dalam hal gawat darurat, azas tersebut tidak berlaku bagi dokter. Dengan kata lain, dokter atau rumah sakit tak boleh menolak pasien dengan kondisi emergent dan mungkin juga beberapa dari golongan urgent.

Lain hendak dikemukakan penderita yang dikatagorikan nonurgent dan bisa dari golongan urgent? Saya setuju bahwa itu tergantung kepada pimpinan rumah sakit untuk menentukan kebijakannya. Hanya saja, jangan sampai kebijakan itu merubah fungsi emergency room menjadi out-patient center atau back-up center (pengganti out-patient center). Andai kata pasien tersebut kemudian disarankan untuk datang esoknya di poliklinik umum atau disarankan menghubungi dokter pribadinya maka kebijakan tersebut tidak menyslahi aturan hukum yang berlaku.

Issue terakhir yang tidak kalah pentingnya untuk dibicarakan disini adalah tentang informed consent. Perlu saya tekankan disini bahwa pasien mempunyai hak untuk menerima atau menolak

tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter. Dengan kata lain, dokter tidak boleh melakukan tindakan medik sebelum memperoleh informed consent. Hak pasien tersebut merupakan penjabaran dari hak azasi manusia untuk menentukan nasibnya sendiri (the right to self-determination).

Pada situasi emergency dimana tidak tersedia cukup waktu bagi dokter untuk menunggu sampai pasien atau keluarganya memberikan informed consent maka dokter dapat melakukan semua tindakan medik yang diperlukan tanpa izinnya. Bahkan dokter dapat melakukan tindakan medik, meskipun ada pihak keluarga yang tak setuju dengan tindakan itu. Kebijakan yang demikian itu ternyata memperoleh dukungan dari kalangan penegak hukum. Ini terbukti dengan banyaknya jurisprudensi yang membenarkan tindakan dokter tersebut atas dasar doctrine of necessity (keadaan darurat), yaitu keadaan yang mengakibatkan:

adanya benturan antara kewajiban hukum dengan kewajiban hukum.

adanya benturan antara kepentingan hukum dengan kepentingan hukum.

adanya benturan antara kewajiban hukum dengan kepentingan hukum.

BAYI TABUNG

Entah sudah berapa pasangan mendaftar pada klinik fertilitas di Rumah Sakit Harapan Kita untuk mencoba teknologi bayi tabung, menyusul keberhasilan demi keberhasilan yang dilakukan oleh lianya menaungi teknologi yang relatif baru itu. Yang jelas, sesudah Dr Patrick Steptoe dan Dr Robert Edwards berjaya melakukan percobaan bayi tabung pertama, Louise Brown, kliniknya dibanjiri pasangan yang belum mempunyai anak dari seluruh penjuru dunia.

Kalaupun melihat kenyataan bahwa lebih dari 3 juta pasangan mandul disini, maka tentu yang berminat akan jauh lebih banyak dari yang diduga semula. Lebih-lebih di negara yang masyarakatnya masih memandang anak sebagai bagian yang harus ada pada setiap keluarga, untuk melestarikan keturunan mereka. Pertanyaannya sekarang ialah sudahkah mereka memahami semua aspek yang berkaitan dengan teknologi alternatif tersebut, terutama aspek hukum jika metode bayi tabung dikerjakan dengan sperma donor atau ovum donor atau dengan rahim perempuan lain.

Yang masih dipersoalkan oleh ahli ahli hukum bukan pada metodenya, melainkan akibat-akibat yang timbul yang berkaitan dengan status anak, status embrio, status ibu tempang, status spermatozoa dan status ovum diluar tubuh manusia.

Dalam hal status anak, yang masih terus diperdebatkan adalah mengenai syah tidaknya anak itu sebagai anak dari pasangan mandul tersebut dengan segala konsekuensinya. Di Amerika sendiri belum semua negara bagian mensyahkan anak yang lahir melalui bayi tabung atau inseminasi buatan yang menggunakan spermatozoa donor

(orang lain). Yang menjadi pertanyaan adalah apakah anak tersebut berhak menggunakan nama keluarga, berhak menerima tunjangan hidup dan berhak menerima warisan dari suami ibunya?

Bagaimana jika pasangan mandul itu dikemudian hari bercerai? Apakah anak itu masih tetap berhak menggunakan nama keluarga, berhak menerima tunjangan hidup dan berhak menerima warisan dari bekas suami ibunya?

Untuk memperjelas masalah ini ada baiknya penulis tampilkan sebuah kasus menarik.

Suami janda Sorenson, sudah 15 tahun menikah dan belum dikaruniai anak. Keduanya setuju untuk mencoba inseminasi buatan dengan menggunakan sperma orang lain pada seorang dokter di San Francisco. Dan pada tahun 1960 lahirlah seorang bayi laki-laki. Sampai saat ini sudah 10 mereka bercerai, tetapi janda Sorenson tidak menuntut tunjangan bagi anaknya. Sesudah jatuh sakit dan tak mampu lagi membiayainya, barulah janda Sorenson menggugat bekas suaminya ke pengadilan. Tidak dijelaskan apa yang diputuskan oleh pengadilan itu, tetapi Mahkamah Agung yang kemudian menetapkan bahwa tuan Sorenson adalah ayah yang sah. Selain itu dari anak itu dan wajib membiayai kehidupannya. Mahkamah juga menetapkan bahwa penyumbang sperma (biological father) tidak bertanggung atas penggunaan spermanya, sama seperti penyumbang darah yang tidak bertanggung jawab atas penanamannya di tubuh.

Mengenai status sisa embrio yang disimpan didalam cairan Nitrogen juga dapat menimbulkan persoalan tersendiri. Apakah hukum harus melindungi embrio itu sama seperti hukum melindungi

bayi yang hidup didalam rahim ibunya? Kalau undang-undang selama ini mengakui dan melindungi hak waris dari bayi yang masih berada di dalam rahim ibunya, apakah undang-undang juga memperlakukan hal sama terhadap embrio yang masih disimpan di dalam almari pendingin? Kendati undang-undang belum berhasil dirumuskan, beberapa kasus gugat menggugat mengenai masalah ini sudah mulai bermunculan di berbagai pengadilan.

Kasus yang pertama adalah yang menimpa pasangan John dan Doris Del Zio dari Florida.

Pada tahun 1973, pasangan itu mencoba teknologi bayi tabung pada sebuah rumah sakit di New York. Pada mulanya seorang ahli infertilitas yang menolaknya, melakukan pengambilan ovum dari Ny Del Zio dan melarikannya ke Columbia Presbyterian Medical Center untuk dipertemukan dengan spermatozoa suaminya. Esoknya Dr Raymond Vaede Bliele yang mengopirai rumah sakit itu marah-marah dan menuduh bahwa embrio yang menurut penilainya melanggar etika kedokteran. Atas perbuatannya itu ia diganjar oleh pengadilan, membayarkan ganti rugi sebesar 50.000 dollar kepada pasangan Del Zio.

Kasus lain yang menggambarkan masalah yang serupa adalah yang menimpa pasangan dari Los Angeles, Mario dan Elsa Rios.

Pasangan itu mencoba meminta bantuan kepada sebuah Rumah Sakit di Australia untuk melakukan percobaan bayi tabung. Pada proses implantasi, beberapa embrio dimasukkan kedalam rahim dan sisanya sebanyak 2 buah disimpan untuk sewaktu-waktu digunakan jika implantasi mengalami kegagalan. "Anda harus simpan embrio ini untuknya," kata dokter Rios kepada pasangannya tentang 2 buah embrio yang itu. Pada lama kemudian pasangan itu meninggal

dunia akibat kecelakaan pesawat terbang di Chili. Apakah pihak rumah sakit berhak menghancurkan kedua embrio yang tak lagi mempunyai ayah dan ibu itu? Bolehkah pihak rumah sakit menyumbangkan embrio itu kepada pasangan yang membutuhkannya? Berhakkah embrio itu atas warisan yang ditinggalkan oleh Mario dan Elsa Rios? Ternyata hukum di Australia belum dapat memberikan jalan keluarnya.

Status spermatozoa dan ovum yang disimpan diluar kandungan juga merupakan masalah yang sewaktu-waktu dapat berkembang menjadi kasus yang sulit untuk dipecahkan di pengadilan, seperti yang dialami oleh Corinne Parpalaix, seorang sekretaris Departemen Polisi di Marseille. Ia menggugat sebuah bank sperma di Perancis, untuk meminta kembali sperma suaminya yang telah meninggal dunia karena kanker. Pihak bank menolak menyerahkannya karena menganggap sperma itu bagian dari tubuh suaminya yang telah mati dan oleh karenanya harus ikut mati meskipun sperma itu sudah lama berpisah dari tubuhnya. Disamping itu, sebelum meninggal dunia suaminya tidak berpesan apa-apa. Seperti halnya Australia, Perancis juga belum memiliki undang-undang yang memadai yang dapat dijadikan acuan. Bahwa kemudian pengadilan memenangkan janda itu, semata-mata didasarkan atas argumentasi yang bersifat filosofis. Menanggapi kemenangannya itu Corinne Parpalaix berjanji menamakan anak laki-laki yang lahir dari sperma itu Thomas dan menjadikannya seorang pemain piano seperti yang dikehendaki oleh almarhum ayahnya".

Masalah terakhir yang tak kurang peliknya adalah masalah ibu tumpang (Surrogate Mother), yaitu seorang perempuan yang

menyediakan rahimnya dihuni oleh embrio dari pasangan lain atas dasar hubungan yang bersifat kontraktual. Dalam kontrak itu biasanya disebutkan bahwa: ibu pengganti bersedia menerima prosedur medis yang diperlukan, ibu pengganti bersedia mengandung, melahirkan dan menyerahkannya kepada pasangan yang menitipkan embrionya, ibu pengganti bersedia membantu menyelesaikan prosedur hukum yang diperlukan, pasangan yang menitipkan embrionya bersedia menerima anaknya bagaimanapun bentuknya dan pasangan yang menitipkan embrionya bersedia menanggung semua biaya yang diperlukan.

Apakah perjanjian seperti itu sudah memenuhi azas-azas dalam berkontrak, merupakan persoalan tersendiri. Yang jelas, tindakan medis yang memungkinkan seseorang menitipkan embrionya ke rahim perempuan lain menyebabkan konsep hukum tentang ibu kandung sebagai ibu yang mengandung dan melahirkan anak menjadi tidak lagi relevan.

Tentang kasus pengadilan dalam kaitannya dengan ibu tumpang, ternyata, tidak hanya terjadi di film-film atau sandiwara TV saja, tetapi benar-benar pernah menjadi kenyataan. Salah satunya adalah yang terjadi di Michigan.

Kasus tersebut berawal dari kehamilan pasangan Malahoff menggunakan jasa ibu tumpang, Judy Slaver, dengan bayaran sebesar 10.000 dollar. Ternyata anak yang dilahirkannya menderita cacat fisik dan mental, sehingga Malahoff enggan menerimanya. Kebutuhan hasil pemeriksaan medis yang diusahakan oleh Malahoff menunjukkan bahwa anak itu bukan anaknya. Sampai sekarang masing-masing pihak masih terus saling menggugat untuk melepaskan tanggung jawabnya atas bayi yang melahirlahkannya.

Kasus lain yang juga terjadi di Amerika (New Jersey), justru merupakan kasus kebalikannya, dimana ibu lumpang menolak menyerahkan bayi yang ditilipkan dirahimnya. Ia merasa bahwa bayi yang manis dan lucu itu merupakan bagian dari darah dagingnya. Keputusan yang saling bertentangan antara pengadilan tingkat bawah dan pengadilan tinggi menggambarkan tidak adanya landasan hukum yang kokoh mengenai masalah ini.

Menarik pelajaran dari banyak kasus yang terjadi di berbagai negara maju itu, penulis berpendapat bahwa undang-undang tentang bayi tabung perlu segera dirumuskan. Teknologi bayi tabung sudah dimulai disini dan apa yang pernah terjadi di negara-negara lain dapat terulang kembali. Kalau undang-undangnya tak ada, bagaimana hakim disini dibantu menyelesaikan perkara?

KELUARGA BERENCANA

Usaha pencegahan kehamilan tidak saja dilakukan oleh orang-orang pada zaman moderen, tetapi juga sudah dilakukan oleh orang-orang pada zaman dahulu. Pada zaman Mesir kuno misalnya; usaha pencegahan kehamilan sudah dilakukan dengan memasukkan madu, getah akasia, kotoran buaya atau gajah kedalam vagina. Agaknya orang-orang Mesir kuno sudah menyadari bahwa kehamilan terjadi sebagai akibat dari persetubuhan. Bahkan tehnik inseminasi buatan pada kuda yang mereka lakukan sejak tahun 1300 an, memberi petunjuk bahwa mereka sudah menyadari betul akan pentingnya sperma bagi terjadinya kehamilan.

Kotoran gajah memang mempunyai khasiat yang hampir sama baiknya dengan bahan-bahan kimia lain, getah akasia dapat berfungsi sebagai spermaticide (pembunuh benih laki-laki) dan madu sebagai penghambat motilitas (pergerakan) spermatozoa. Yang diragukan manfaatnya oleh ahli-ahli kedokteran masa kini adalah kotoran buaya. Justru sifat alkalinitasnya yang ringan akan lebih merangsang terjadinya fertilitas dari pada mencegah konsepsi.

Di negara-negara Eropa, usaha pengendalian terhadap kelahiran dimulai sejak tahun 1700 an. Mereka menggunakan metode withdrawal, absorben, post coital douching, aborsi dan bahkan infanticide. Cara-cara yang lebih efektif ditemukan pada sekitar tahun 1800 an, antara lain: diafragma, cervical caps, kondom dan sterilisasi pada wanita. Metode IUD, tehnik sterilisasi yang baru pada laki laki dan tehnik aborsi yang baru diperkenalkan pada permulaan tahun 1900 an; sedangkan pemasaran pil yang pertama kali dilakukan pada tahun 1960.

ASPEK HUKUM:

Sampai pertengahan abad ke 20, usaha-usaha pencegahan kehamilan di negara-negara Barat masih dianggap sebagai pelanggaran hukum. Apa yang menjadi alasan filosofisnya, tidak diketahui dengan jelas. Nampaknya pengaruh dari doktrin Judaisme (anjuran kawin, beranak-pinak dan kemudian menguasai dunia) terhadap kultur di negara-negara Barat yang menyebabkan masyarakatnya memandang usaha pencegahan kehamilan sebagai tindakan yang tak bermoral. Pandangan yang berlawanan terhadap sikap masyarakat dan pemerintah pada masa-masa itu menyebabkan kontrasepsi dan birth control selalu menjadi isu politik dan isu sosial yang menarik.

Salah seorang yang mempunyai pandangan yang radikal terhadap kontrasepsi dan birth control itu ialah Margaret Sanger (1883-1966). Sebagai salah seorang anak dari keluarga yang memiliki 11 anak dan sebagai seorang perawat maka ia tahu betul banyaknya problem yang berkaitan dengan fertilitas yang tidak terkontrol, aborsi ilegal dan anak-anak yang tak dikehendaki (unwanted children). Ditinggalkan suaminya, ia memusatkan seluruh perhatiannya untuk menunjang pergerakan kontrasepsi pada wanita. Ia mendirikan The National Birth Control League di Amerika Serikat pada tahun 1914, menerbitkan majalah Woman Rebel dan membuka klinik birth control di Brooklyn. Hanya dalam waktu 2 minggu usahanya itu ditutup oleh pihak kepolisian. Kendati diasingkan selama 2 tahun untuk menghindari hukuman 45 tahun, ia tetap meneruskan perjuangannya membantu keuangan bagi penelitian ilmiah, termasuk kepada Gregory Pincus, bapak pil keluarga

berencana.

Di Indonesia, tindakan melakukan sesuatu ikhtiar untuk mencegah hamil, termasuk menyebar luaskan ikhtiar tersebut, digolongkan sebagai pelanggaran terhadap kesopanan (Psl 534 KUHP). Jika ikhtiar tersebut ditawarkan atau dipertunjukkan kepada anak-anak yang belum berumur 17 tahun maka tindakan tersebut dikategorikan sebagai kejahatan terhadap kesopanan (Psl 283 KUHP).

Perlu diketahui bahwa KUHP yang berlaku di Indonesia hingga kini merupakan terjemahan dari KUHP Belanda (Wetboek van Strafrecht) yang disusun lebih dari 100 tahun yang lampau, jauh sebelum gerakan keluarga berencana mulai dikumandangkan di negara-negara Eropa. Pengaruh Jodanisme yang menonjol pada KUHP Belanda itu, dengan sendirinya juga terwariskan pada KUHP Indonesia. Keadaan yang demikian itu jelas tidak sejalan dengan program Pemerintah dalam rangka pengendalian pertumbuhan penduduk. Oleh sebab itu, kendati secara formal melanggar hukum, namun secara materiil usaha pencegahan kehamilan tidak dianggap melanggar hukum.

Ada alasan yang cukup kuat untuk tidak memperkarakan tenaga-tenaga kesehatan yang melakukan praktek keluarga berencana. Alasan penghapusan pidana itu ialah melakukan perbuatan untuk menjalankan peraturan undang-undang (Psl 50 KUHP). Dalam hal ini peraturan undang-undang itu ialah TAP MPR No. II tahun 1988 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara. Sepanjang pelaksanaannya dilakukan atas dasar suka rela, dengan mempertimbangkan nilai-nilai agama dan kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa serta

norma sosial dan kesucilaan maka tindakan melakukan pencegahan kehamilan (termasuk menyebarkan luaskannya) tidak dianggap sebagai pelanggaran hukum.

KEBIJAKAN KELUARGA BERENCANA:

Ada 2 pilihan yang tersedia dalam rangka menetapkan kebijakan melaksanakan program keluarga berencana; yaitu kontrasepsi atau birth control. Kontrasepsi adalah tindakan mencegah konsepsi sedangkan birth control mengatur konsepsi, kehamilan dan kelahiran. Karena pengertian birth control meliputi juga abortus provokatus maka kebijakan yang selayaknya ditempuh oleh pemerintah sesuai dengan TAP MPR No. II th. 1988 adalah kontrasepsi.

Dalam prakteknya, berbagai metode kontrasepsi sengaja dirancang sesudah embrio terbentuk, yang kemudian disebut sebagai post coital contraception. Termasuk katagori ini ialah "morning after pills", IUD dan menstrual extraction. Sudah barang tentu masalah hukum yang timbul adalah karena metode tersebut lebih bersifat sebagai abortifisien (pengguguran) dari pada sebagai kontrasepsi. Dalam menghadapi keadaan seperti ini diperlukan sikap yang tegas dari pemerintah dan dituangkan dalam bentuk undang-undang.

Sejauh ini memang belum ada undang-undang yang mengatur keluarga berencana dari segala aspeknya, meskipun hal itu sebenarnya perlu agar pelaksanaan keluarga berencana dapat berjalan sesuai yang diharapkan oleh semua pihak, mudah dikontrol karena ada alat pengontrolnya dan dapat dipakai untuk menyelesaikan sengketa yang sewaktu-waktu dapat timbul antara

pemberi dan pemakai jasa.

STERILISASI:

Sterilisasi merupakan tindakan medik guna mengakhiri kemampuan reproduksi dari seseorang yang masih dalam keadaan subur. Pada wanita, tindakan medik yang dapat dilakukan adalah: pengambilan atau radiasi kedua indung telur, pengikatan atau pemotongan saluran Fallopii (tubectomy) atau pengambilan rahim secara total (total hysterectomy). Sedangkan pada laki-laki, tindakan yang dapat dilakukan meliputi: pengambilan atau radiasi kedua testis dan pemotongan atau pengikatan vas deferens (vasectomy). Dengan tindakan medik tersebut maka yang bersangkutan tak mampu lagi dibuahi oleh atau membuahi pasangannya yang subur.

Dari tindakan tersebut yang paling safe dilihat dari sudut keberhasilannya adalah pengambilan kedua indung telur, kedua testis atau rahim. Namun metode ini merupakan metode kontrasepsi yang paling tidak disenangi, baik oleh pasien maupun oleh dokter, mengingat efek sampingnya yang kurang baik terhadap kesehatan pasien. Oleh sebab itu, metode sterilisasi yang paling banyak dipilih ialah vasectomy pada laki-laki atau tubectomy pada wanita. Selain tak menimbulkan gangguan hormon, kedua metode yang terakhir ini mungkin masih dapat diusahakan penyambungan kembali, meskipun sangat kecil kemungkinan keberhasilannya. Oleh sebab itu, vasectomy dan tubectomy tetap dianggap sebagai metode kontrasepsi yang irreversibel (tetap).

Mengenai masalah etik, agama dan hukum yang timbul dari metode sterilisasi untuk kepentingan kontrasepsi bersumber pada sifat irreversibilitasnya, yang tak memberi harapan perbaikan jika

yang bersangkutan merubah pikirannya dikemudian hari. Pemerintah sendiri, belum memasukkan metode sterilisasi sebagai bagian dari programnya. Selain itu, pihak pemerintah juga belum pernah mengeluarkan suatu pernyataan resmi, baik yang berupa larangan atau anjuran, mengenai sterilisasi bagi kepentingan kontrasepsi. Kendati demikian tidak berarti bahwa sterilisasi tak pernah dilakukan disini. Sudah barang tentu dengan persyaratan yang sangat ketat, dengan mempertimbangkan jumlah anak yang sudah dimiliki serta umur dari calon peserta.

Pertimbangan-pertimbangan itu tadi tentunya tidak berlaku bagi sterilisasi untuk kepentingan lain, yaitu sterilisasi eugenik dan sterilisasi terapeutik. Sterilisasi eugenik ialah sterilisasi yang dilakukan terhadap penderita gangguan jiwa (misalnya schizophren, idiot, emboeil) atau penjahat residivis. Di beberapa negara bagian di Amerika Serikat, sterilisasi eugenik ini akan dilakukan setelah ada putusan dari pengadilan. Sedangkan sterilisasi terapeutik adalah sterilisasi yang tujuan utamanya untuk menolong jiwa seseorang yang menderita penyakit tertentu; misalnya penyakit kanker dari organ-organ reproduksi atau penyakit jantung yang parah.

INFORMED CONSENT:

Setiap tindakan medik, termasuk kontrasepsi, memerlukan informed consent. Yang menjadi pertanyaan ialah siapakah yang harus memberikan informed consent? Pertanyaan tersebut perlu diajukan mengingat akibat dari tindakan medik ini tidak hanya bakal ditanggung oleh peserta, melainkan juga oleh pasangannya. Bukan hanya peserta yang bersangkutan yang tidak mampu lagi

menghasilkan anak, tetapi suami isteri itu. Apakah dengan demikian berarti setiap tindakan kontrasepsi harus mendapatkan informed consent lebih dahulu dari suami isteri?

Jawabnya ialah tidak selalu. Tergantung sifat dari metode kontrasepsi yang hendak dijalani. Jika metode itu mempunyai sifat reversibel (dapat diperbaiki lagi), maka informed consent tidak harus dimintakan kepada suami isteri. Metode kontrasepsi yang bersifat reversibel itu ialah pil, suntikan, IUD dan susuk. Lain halnya jika metode itu bersifat irreversibel (sterilisasi) maka informed consent harus dimintakan kepada suami isteri.

Mengenai sterilisasi eugenik dan sterilisasi terapeutik, memang agak berbeda dengan sterilisasi kontraseptik. Sterilisasi eugenik bahkan tidak memerlukan informed consent, sebab sterilisasi jenis ini dilakukan atas perintah pengadilan. Sedangkan pada sterilisasi terapeutik, informed consent hanya diberikan oleh peserta yang bersangkutan, mengingat tujuan utamanya adalah untuk menolong jiwanya. Jadi tidak diperlukan informed consent dari pihak suami atau isteri.

KEGAGALAN:

Tidak semua tindakan medik memberikan hasil seperti yang diharapkan, meskipun tindakan itu sudah dilaksanakan secara benar menurut teori kedokteran yang telah teruji. Begitu pula halnya dengan kontrasepsi. Memang ada metode kontrasepsi tertentu yang dapat memberikan hasil yang sempurna; seperti misalnya pengambilan kedua indung telur, kedua testis atau pengambilan rahim secara total. Tetapi kontrasepsi jenis ini merupakan metode kontrasepsi yang sangat tidak disukai mengingat efek sampingnya

yang berbahaya terhadap keseimbangan hormon, disamping adanya masalah moral yang berkaitan dengan etik, moral dan agama.

Harus diingat bahwa tindakan medik itu merupakan upaya dokter untuk menolong pasiennya. Keberhasilannya tidak hanya tergantung dari upaya dokter, melainkan juga tergantung dari faktor-faktor lain; seperti misalnya kondisi tubuh pasien, kepatuhannya, kualitas obat dan sebagainya. Oleh sebab itu kegagalan yang dialami oleh peserta keluarga berencana tidak selalu harus menjadi tanggung jawab dokter.

Memang tidak tertutup kemungkinan bahwa kegagalan itu akibat kelalaiannya, tetapi untuk menentukan adanya kelalaian itu harus dianalisa berdasarkan rumus malpraktek dari Hubert W Smith (rumus 4 D), yaitu: adanya duty, dereliction of duty, damage dan direct causation antara damage dan dereliction of duty. Yang terpenting disini adalah menilai apakah dokter telah melaksanakan kewajibannya dengan benar atau tidak? Jika ternyata ada kecerobohan (dereliction of duty) maka penilaian selanjutnya adalah apakah kecerobohan itulah yang menyebabkan damage? Jika terjadinya kehamilan yang tak diinginkan (unwanted child) itu, yang oleh banyak ahli digolongkan sebagai damage, merupakan akibat langsung dari kecerobohan dokter maka terjadinya kehamilan tersebut menjadi tanggung jawab dokter.

Dokter bisa saja berbuat ceroboh, tetapi kalau kecerobohan itu tidak mengakibatkan damage maka kecerobohan tersebut belum dapat digolongkan sebagai tindakan malpraktek. Jika misalnya dokter keliru melakukan perhitungan dan menasehatkan peserta kontrasepsi dengan metode suntik, tetapi kekeliruan itu ternyata tidak mengakibatkan kehamilan maka hal itu tidak menjadi masalah.

Juga bukan merupakan tindakan malpraktek jika scandainya terbukti ada kecerobohan dokter dan ada damage, tetapi antara kedua hal itu tidak ada hubungan langsung (direct causation). Misalnya, seorang dokter menasehatkan kepada peserta keluarga berencana agar datang tanggal 17 Agustus untuk suntikan berikutnya padahal sebenarnya suntikan yang berikutnya itu harus dilakukan tanggal 17 Juli, bukan tanggal 17 Agustus. Ternyata di kemudian hari peserta tersebut hamil. Jadi disini ada dereliction of duty dan ada damage. Jika sesudah dilakukan penelitian ternyata kehamilan itu terjadi sebelum tanggal 17 juli maka dokter tak dapat dipertalihkan sebab kehamilan itu bukan sebagai akibat langsung dari kecerobohannya, kecuali jika kehamilan terjadi sesudah tanggal tersebut.

**KETENTUAN-KETENTUAN PIDANA
DALAM UNDANG-UNDANG NO. 23/1992
TENTANG KESEHATAN**

PENDAHULUAN

Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Alenia ke IV Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Pembangunan Nasional hingga dewasa ini bertujuan mewujudkan cita-cita Nasional tersebut, merupakan upaya Nasional yang diarahkan untuk tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua segi kehidupan baik fisik, mental maupun sosial ekonomi. Dalam perkembangannya, pembangunan kesehatan selama ini telah terjadi perubahan orientasi, baik tata nilai maupun pemikiran terutama mengenai upaya pemecahan masalah di bidang pertahanan yang dipengaruhi oleh politik, ekonomi, sosial budaya dan pertahanan keamanan serta ilmu pengetahuan dan teknologi. Perubahan orientasi tersebut akan mempengaruhi proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumberdayanya yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan guna mencapai hasil yang optimal.

Upaya kesehatan yang semula dititik-beratkan pada upaya penyembuhan penderita, secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan

* Makalah disajikan dalam Diskusi Panel Pelaksanaan UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992. Diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Dati I Jawa Tengah bekerjasama dengan Fakultas Hukum Kedokteran Universitas Diponegoro, 11 Desember 1996 di RS. Kariadi.

Upaya kesehatan yang semula dititik-beratkan pada upaya penyembuhan penderita, secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan yang menyeluruh. Oleh karena itu pembangunan kesehatan yang menyangkut upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan dilaksanakan bersama antara Pemerintah dengan masyarakat.

dilaksanakan bersama antara Pemerintah dan masyarakat.

Upaya Pemerintah dalam pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan yang besar artinya bagi pengembangan dan pembinaan sumberdaya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan Nasional yang pada hakekatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia.

Atas dasar pemikiran itulah Pemerintah Republik Indonesia pada tanggal 17 September 1992 mengundangkan Undang-Undang nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Peraturan-peraturan di bidang Kesehatan seperti halnya peraturan bidang hukum pada umumnya perlu ditegakkan.

Prof. Sudarto menegaskan; "adanya hukum itu pasti ada yang melawan atau ada yang melanggarnya"¹⁾ Sanksi merupakan reaksi atas terjadinya pelanggaran terhadap ketentuan hukum yang telah ditetapkan.

Sistem sanksi yang dikenal saat ini mencakup; sistem sanksi hukum perdata, sistem sanksi hukum administratif dan sistem sanksi hukum pidana. Dalam satu ketentuan perundang-undangan dapat menggunakan satu sistem sanksi atau lebih.

Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan di dalamnya banyak memuat ketentuan tentang bagaimana para tenaga kesehatan melaksanakan tugasnya. Di samping itu terdapat perumusan bagaimana pemerintah ikut melaksanakan pembinaan dan

¹⁾ Sudarto, Hukum dan Hukum Pidana, (Bandung, Alumni 1986), hal .75.

pengawasan terhadap semua kegiatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan.

Berdasarkan rumusan-rumusan tersebut dapat dikatakan, bahwa Undang-undang Kesehatan memuat hukum Administratif.

Prof. Sudarto kembali menegaskan, bahwa hal-hal yang diatur di dalam hukum administratif meliputi aktivitas alat-alat perlengkapan negara berikut para pejabatnya yang bertujuan untuk mencapai kepentingan umum²⁾

Bukti dilibatkannya Hukum Administratif dalam Undang-undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 adalah dicantumkannya sistim sanksi Hukum administratif, dalam pasal 54 ayat 1 : terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin.

Disamping memuat hukum Administratif, Undang-undang Kesehatan juga merumuskan hak dan kewajiban setiap orang dalam memperoleh kesehatan. Pasal 4 UU No. 23 Tahun 1992 mengatakan; Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan yang optimal tidak mungkin diperoleh tanpa bantuan pihak lain. Dalam hal ini hubungan Dokter dan pasien merupakan wujud nyata dapat diperolehnya derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan yang optimal tidak mungkin diperoleh tanpa bantuan pihak lain. Dalam hal ini hubungan Dokter dan pasien merupakan wujud nyata dapat diperolehnya derajat kesehatan yang optimal. Adanya hubungan antara dokter dan pasien menjadi Undang-undang Kesehatan memuat ketentuan Hukum Perdata. Pasal 55 UU. No. 23 tahun 1992 mengatakan;

- (1) Setiap yang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan.
- (2) ganti rugi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kesalahan atau kelalaian dalam Hukum Pidana dapat diartikan dengan kesengajaan dan kealpaan. Di dalam sistem pemidanaan KUHP saat ini tidak dirumuskan ancaman pidana

²⁾ Ibit, hal. 76.

ganti rugi. Namun dalam Konsep KUHP baru, pidana ganti rugi ini dirumuskan sebagai pidana tambahan yang tercantum dalam pasal 60 ayat 1 Konsep KUHP Baru 1991/1992. Oleh karenanya, ganti rugi yang dimaksud dalam pasal 55 ayat 1 di atas ada dalam ketentuan hukum perdata (pasal 1243 KUH Perdata).

Sebagaimana telah diuraikan di atas, bahwa adanya hukum pasti ada yang melawan atau melanggarnya, maka pelanggaran atas hukum dapat berupa kejahatan atau pelanggaran. Demi ditegakkannya Undang-undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992, maka di dalamnya dirumuskan sistim sanksi hukum pidana. Rumusan sanksi pidanya ada dalam pasal 80 sampai dengan pasal 86 UU No. 23 tahun 1992.

Mengamati sistim sanksi yang termuat dalam UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan dapat ditarik suatu kesimpulan, bahwa Undang-undang tersebut memuat seluruh sistim sanksi, baik hukum perdata, hukum administrasi maupun hukum pidana.

PERMASALAHAN

Beranjak dari uraian pendahuluan di atas, maka permasalahan yang dapat dikemukakan adalah, apakah sistim sanksi hukum pidana yang tercantum dalam UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan efektif mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam pelaksanaannya.

PEMBAHASAN

Membicarakan masalah efektifitas suatu sistim sanksi tidak dapat dipisahkan dengan tujuan yang hendak dicapai.

Sistim sanksi hukum pidana yang tercantum dalam Undang-undang kesehatan di samping memiliki tujuan prevensi spesial dalam prevensi general sebagai tujuan pemudanaan dalam artian umum, juga memiliki tujuan yang lebih khusus sebagaimana tercantum dalam rumusan pasal 3 UU No. 23 tahun 1992 : "Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal".

Penggunaan sistim sanksi hukum pidana dimaksudkan untuk melindungi berbagai kepentingan hukum dalam bidang kesehatan dari pelanggaran terhadapnya. Kepentingan hukum yang hendak dilindungi oleh sistin sanksi hukum pidana sebenarnya hanya satu, yakni "kesehatan". Tetapi karena kesehatan yang dimaksudkan oleh Undang-undang tersebut meliputi banyak hal, maka kepentingan hukum yang kemudian perlu memperoleh perlindungan sitim sanksi hukum pidana menjadi luas. Luasnya perlindungan terhadap kepentingan hukum kesehatan dapat diamati dalam rumusan pasal 10 dan 11 UU No.23 tahun 1992.

Pasal 10 : "Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemiharaan, peneingkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan".

Pasal 11 : (1) Penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10 dilaksanakan melalui kegiatan:

- a. kesehatan keluarga;
- b. perbaikan gizi;
- c. pengamanan makanan dan minuman;
- d. kesehatan lingkungan;
- e. kesehatan kerja;
- f. kesehatan jiwa;
- g. pemberantasan penyakit;
- h. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
- i. penyuluhan kesehatan masyarakat;
- j. pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
- k. pengamanan zat adiktif;
- l. pengamatan sekolah;
- m. kesehatan olahraga;
- n. pengobatan trdisional;

o. kesehatan matra.

Pasal 10 dan 11 UU. No. 23 tahun 1992 di atas merupakan aktifitas untuk tercapainya tujuan yang hendak dicapai dengan dilandasi pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan.

Mengingat betapa luasnya kegiatan penyelenggaraan upaya kesehatan (pasal 10) maka wajar jika upaya penegakannyapun menggunakan lebih dari satu sistim sanksi hukum.

Dilibatkannya hukum pidana dengan sanksi pidannya merupakan bagian terakhir dari keseluruhan syarat penjatuhan pidana, setelah tindak pidana dan pertanggungjawaban pidana. Justru bagian terakhir inilah yang menjadi tolak ukur efektifitas sanksi pidana dalam Undang-undang Kesehatan.

Pembahasan berikut ini lebih terfokus kepada BAB X KETENTUAN PIDANA dalam UU. No. 23 tahun 1992.

Ketentuan Pidana yang hendak dibahas adalah; pasal 80, pasal 81, pasal 82 dan pasal 84.

Pembahasan terhadap pasal-pasal tersebut di atas meliputi; klasifikasi deliknya, unsur tindak pidananya dan ancaman pidannya.

Penentuan klasifikasi delik dalam "ketentuan pidana" Undang-undang kesehatan dapat diketahui dari "rumusan atau redaksi" dari pasal-pasal yang ada.

Pasal 80 ayat 1 : "Barangsiapa dengan sengaja melakukan tindakan medis tertentu terhadap ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun dan pidana denda paling banyak Rp.500.000,-- (lima ratus juta rupiah)".

Pasal 81 ayat 1 : "Barangsiapa yang tanpa keahlian dan kewenangan dengan senjata;

- a. melakukan transplantasi organ dan atau jaringan tubuh sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1);
- b. dst. ...
- c. dst. ...

Pasal 82 ayat 1 : "Barangsiapa yang tanpa keahlian dan kewenangan dengan sengaja;

- a. melakukan pengobatan dan atau perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (4);
- b. dst. ...
- c. dst. ...
- d. dst. ...
- e. dst. ...

Pasal 84 : "Barangsiapa":

1. mengedarkan makanan dan atau minuman yang keras tanpa mencantumkan tanda atau label sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2);
2. dst. ...
3. dst. ...
4. dst. ...
5. dst. ...

Semua kelengkapan dari pasal-pasal di atas di lampirkan dalam makalah ini. Mencerminkan redaksi dari pasal-pasal di atas, dapat dinyakinkan, bahwa delik dalam rumusannya adalah delik umum. Dibuktikan dengan rumusan kata "barangsiapa" yang berarti siapa saja dan tentu termasuk tenaga kesehatan. Tampaknya Pembentuk Undang-undang ingin lebih berhati-hati dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Tetapi masalahnya, apakah mungkin tindak pidana dalam rumusan pasal-pasal 80,81, dan 82 dapat dilakukan oleh orang selain tenaga kesehatan sementara rumusan pasal-pasal 15 ayat 1 dan 2, 34 ayat 1, 32 ayat 4 menegaskan, bahwa tindakan tersebut hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Memang tidak tertutup kemungkinan rumusan delik yang benar-benar dapat dilakukan oleh umum. Rumusan yang dimaksud adalah pasal 84 dan sejenisnya.

Klasifikasi delik dari rumusan pasal 80 adalah delik materiil artinya rumusan deliknya di titik beratkan pada segi akibat perbuatan pelaku. Klasifikasi sebagai delik materiil juga terkait dari rumusan pasal 81 dari pasal 82. Klasifikasi delik materiil untuk pasal 80, 81

dan 82 diatas. Berdasarkan pasal 83 83 yang berbunyi : “Ancaman pidana sebagaimana dimaksud dalam pasal 80, pasal 81 dan pasal 82 ditambah seperempat apabila menimbulkan luka berat atau atau sepertiga apabila menimbulkan kematian”. Kendati maksud tindak pidan pasal 80, 81, dan 82 tidak dirumuskan dalam pasal tersendiri seperti pasal 85 ayat 2 sebagai kejahatan, tetapi dari unsur pasal-pasal itu adalah kejahatan. Pasal 84 merumuskan tindak pidana pelanggaran yang dibuktikan oleh rumusan pasal 85 ayat 2.

Unsur tindak pidana dalam rumusan pasal 80 ayat 1 adalah “melakukan tindakan medik terhadap ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan “Pasal 80 ayat 2 unsur tindak pidananya adalah” menghimpun dana masyarakat untuk menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan yang tidak berbentuk badan hukum dan tidak memiliki ijin operasional”

Unsur pasal 80 ayat 3 adalah “melakukan perbuatan dengan tujuan komersial dalam pelaksanaan transplantasi organ tubuh dan sebagainya”

Pasal 80 ayat 4a menampakkan rumusan secara materiil, tetapi penjelasan mengenai batasan membahayakan, perlu dikemukakan.

Unsur pasal 80 ayat 4a adalah “ mengedarkan makanan dan atau minuman yang tidak memenuhi standar dan seterusnya”. Unsur pasal 80 ayat 4b adalah “memproduksi dan atau mengedarkan sediaan farmasi tidak memenuhi syarat”

Unsur pasal 81 ayat 1a adalah “tanpa wewenang melakukan transplantasi organ dan seterusnya” Unsur pasal 81 ayat 1b adalah “melakukan implan alat kesehatan”. Pasal 81 ayat 1c unsur pasalnya adalah “melakukan bedah plastik dan rekontruksi”.

Pasal 81 ayat 2a unsur pasalnya adalah “mengambil organ dari seorang donor tanpa memperhatikan kesehatan donor,

Pasal 81 ayat 2b unsur pasalnya adalah “meproduksi dan atau mengedarkan alat kesehatan tidak memenuhi standar”

Pasal 81 ayat 2c unsup pasalnya adalah “mengedarkan sediaan farmasi tanpa ijin”

Pasal 81 ayat 2d unsur pasalnya adalah”menyelenggarakan penelitian tanpa memperhatikan kesehatan dan keselamatan yang bersangkutan”

Unsur-unsur pasal di atas membuktikan, bahwa rumusan deliknya adalah formil dengan menitikberatkan pada perbuatan pelaku.

Unsur pasal 82 dapat disebutkan sebagai berikut : tanpa keahlian dan kewenangan yang tersebut ayat 1 :

1. melakukan pengobatan dan atau perawatan
2. melakukan transfusi darah
3. melakukan implan obat
4. melakukan pekerjaan kefarmasian
5. melakukan bedah mayat

Ayat 2 nya mempunyai unsur :

1. melakukan upaya kehamilan diluar cara alami
2. memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi berupa obat tradisional tidak memenuhi standar
3. memproduksi dan atau mengedarkan sediaan farmasi berupa kosmetika yang tidak memenuhi standar
4. mengedarkan sediaan farmasi dan atau alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan penandaan dan informasi
5. memproduksi dan atau mengedarkan bahan yang mengandung zat aktif yang tidak memenuhi standar dan atau persyaratan

Unsur pasal 84 meliputi ;

1. mengedarkan makanan dan atau minuman yang dikemas tanpa mencantumkan tanda atau label
2. menyelenggarakan tempat atau sarana pelayanan umum yang tidak memenuhi ketentuan standar dan atau persyaratan lingkungan yang sehat
3. menyelenggarakan tempat kerja yang tidak memenuhi ketentuan
4. menghalangi penderita gangguan jiwa yang akan diobati dan atau dirawat
5. menyelenggarakan sarana kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan.

Rumusan pasal 84 ini menyaratkan adanya konsep Strict Liability

Ancaman pidana atas pasal 80 ayat 1 dirumuskan secara kumulatif di kaitkan dengan kata “dan” hakim terikat oleh ketentuan seperti ini dan tidak mungkin menjatuhkan 1 pidana saja penjara atau denda.

Ancaman pidana penjara paling lama 15 tahun sama dengan ancaman pidana penjara pada pembunuhan biasa pasal 338 KUHP. Unsur “merampas nyawa orang lain” memberikan isyarat bahwa untuk terpenuhinya unsur tersebut, orang yang dirampas nyawanya harus dalam keadaan meninggal dunia.

Akibat yang terjadi seperti tersebut dalam pasal 338 KUHP, tidak mesti terjadi pada pasal 80 UU. O. 23/1992. Terpenuhinya pasal 80 tersebut ayat 1 asal pelaku telah melakukan tindakan mendilid tertentu terhadap ibu hamil dan tidak memenuhi ketentuan pasal 15 ayat 1 dan 2 UU. No. 23/1992.

Pasal 15 ayat 1 berbunyi : dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau jiwanya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu.

Syarat-syarat dibenarkannya melakukan tindakan medis tertentu adalah :

1. dalam keadaan darurat
2. bertujuan menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau jiwanya.

Pasal 80 ayat 1 ini hendak melindungi pasien dari usaha pengguguran kandungan, namun unsur “menggugurkan (penjelasan pasal 15 ayat 1) tidak secara eksplisit di rumuskan dalam pasal 80 ayat 1 maupun pasal 15.

Dua syarat pada pasal 15 ayat 1 lebih dipertegas dengan melengkapi syarat tindakan medis seperti yang termuat dalam pasal 15 ayat 2 yakni :

3. tindakan medis tersebut harus berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut
4. tindakan medis dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggungjawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli
5. ada persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarga
6. pada sarana kesehatan tertentu

Ancaman pidana penjara maksimal 15 tahun diterima kepada siapa saja yang melakukan tindakan medis terhadap ibu hamil tanpa memenuhi ke 6 (enam) syarat tersebut.

Unsur "Tidak memenuhi ketentuan sebagaimana demikian dalam pasal 1 dan ayat 2" dapat diartikan seluruh syarat yang ada di dalamnya (enam syarat).Seluruh syarat berkaitan satu sama lain, sehingga tidak dapat satu syarat di tiadakan. Tidak dapat serta mereka di kaitkan bahwa tidak di penuhiya syarat tersebut merupakan tindak pidana aborsi. Sebagai bahan bandingan di kembalikan pasal 348 ayat 1 KUHP yang berbunyi : barang siapa dengan sengaja menyebabkan gugur atau mati kandungan seorang perempuan dengan izin perempuan itu di hukum penjara selama - lamanya lima tahun enam bulan".

Ayat 2 : "jika karena perbuatan itu perempuan itu jadi mati, dia dihukum penjara selama-lamanya tujuh tahun.

Akibat perbuatan pelaku adalah gugur atau matinya kandungan perempuan (pasal 348 KUHP). Akibat perbuatan pelaku yang tidak memenuhi rumusan pasal 15 ayat 1 dan 2 tentu tidak sama persis dengan akibat pada pasal 348 KUHP (pasal 80 ayat 1 UU. No.23/1992). Akibat perbuatan pelaku sepanjang yang ditentukan oleh pasal 93 atas tindak pidana pasal 80 ayat 1 adalah apabila "timbul luka berat dan menimbulkan kematian"

Pasal 80 ayat 1 UU. No. 23/1992 jika unsurnya terpenuhi, kemungkinan ada akibat yang terjadi, tetapi bila tanpa akibat (karena akibat dari pasal 80 ayat 1 sudah tertera dalam pasal 83) tetap dapat dipidana sebab rumusan pasal 80 ayat 1 menegaskan "barang siapa melakukan tindakan medis tertentu terhadap ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan pasal 15 ayat 1 dan 2.

Jika akibat tidak terjadi dan pelaku tetap dapat dipidana (pasal 80 ayat 1 UU. No. 23/1992), maka dapat ditarik kesimpulan, bahwa pasal 80 ayat 1 ini merupakan delik formil, artinya rumusannya dititik beratkan pada perbuatan yang dilarang.

Rumusan pasal 83 UU. No. 23/1992 perlu penjelasan mengenai timbulnya akibat luka berat atau mati. Akibat ini sebenarnya ditujukan kepada siapa, ibu atau janinnya atas keduanya.

Rumusan pasal 15 ayat 1 UU. No. 23/1992 menyatakan : "dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya".

Pasal 83 UU. No. 23/1992 merupakan pemberatan pidana atas pasal 80 ayat 1 UU. No. 23/1992 masalahnya, apakah harus menerima ancaman yang untuk korban yang berbeda. Masalah juga, bagaimana menetapkan bahwa akibat yang terumuskan dalam pasal 83 UU. No. 23/1992 itu justru menimpa sijnin.

Akibat matinya janin mungkin dapat diukur, tetapi bagaimana mengukurnya jika janin ibu hamil itu luka berat. Apakah yang luka berat mesti mati. Penjelasan atas pasal 83 UU. No. 23/1992 mangatakan cukup jelas.

Pasal 80 ayat 2 dan 3 merumuskan ancaman pidana secara kumulatif. Tidak ada kelonggaran buat hakim untuk keluar dari ketentuan tersebut. Mengamati unsur pasal 80 ayat 2, tampak bahwa rumusannya lebih ringan daripada ayat 1 nya, namun ancaman pidananya sama.

Rumusan pasal 80 ayat 2 unsur pokok pasalnya adalah "menghimpun dana dari masyarakat". Berbeda dengan ayat 1 nya, pada ayat 2 ini tindakan medika tidak jelas. Demikian halnya jika unsus pokok itu dikaitkan dengan peruntukannya yang antara lain "menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan". Secara implisit dalam aktifitas menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan memang ada tindakan medis tertentu namun bersifat insidental.

Analisa diatas jika dikaitkan dengan akibat seperti yang dirumuskan pasal 83 UU. No. 23/1992 menjadi kurang relevan. Dengan demikian dapatlah dikatakan, bahwa rumusan pasal 80 ayat 2 ini kualifikasi deliknya adalah delik formil.

Dari uraian di atas, sifat ringannya tindak pidana yang dirumuskan ayat 2 pasal 80 ini tampak jelas. Namun masalahnya justru terletak pada ancaman pidana yang sama dengan ayat 3 nya, ancaman pidannya juga sama.

Ancaman pidana kumulatif ini menyiratkan kehendak atas perlindungan hukum yang begitu besar terhadap kepentingan hukum yang begitu besar terhadap kepentingan hukum. Kehendak seperti akan menjadi timpang jika tidak diikuti dengan putusan pidana yang

sepadan. Apakah artinya ancaman pidana 15 tahun dan denda Rp.500.000.000,- jika ternyata putusan pidananya 1 tahun penjara dan denda 5 juta rupiah. Kegiatan seperti tersebut

Rumusan ancaman pidana untuk pasal-pasal 81, 82, 83 dan 84 UU. No. 23/1992 bersifat kumulatif atau alternatif. Dalam rumusan demikian, hakim ada kesempatan untuk memutuskan kumulatif atau alternatif disesuaikan dengan kualitas perkara yang sedang diproses.

Rumusan pasal 81 bersifat lebih konkrit, karena unsur pasalnya adalah tindakan nyata yang berkaitan dengan tindakan medis, seperti melakukan transplantasi organ dan sebagainya. Rumusan pasal 82 juga tampak jelas unsur pasalnya, berupa tindakan medis tertentu seperti melakukan transfusi darah.

Pasal 83 merupakan pemberatan atas pasal-pasal 80, 81, 82 jika akibat yang dirumuskan didalamnya terjadi. Jika akibat yang timbul adalah kematian maka ancaman pidananya ditambah sepertiga. Untuk pasal 80 ayat 1 pemberatannya adalah 20 tahun penjara dan denda Rp. 650.000.000,-.

Pemberatan seperti itu dapat dikatakan lebih berat daripada ancaman maksimal umum yang tertera dalam pasal 12 ayat 4 KUHP yang menyatakan, bahwa ancaman maksimal adalah 20 tahun. Pemberatan pasal 80 ayat 1 untuk pidana penjaranya adalah 20 tahun sedang dendanya Rp. 650.000.000,-. Pemberatan ini lebih besar daripada pasal 80 ayat 1 sebab perumusan ancaman pidanya adalah kumulatif.

Dapat dikatakan bahwa rumusan ancaman pidana pasal 80 ayat 1 dan 2 menyimpang dari ketentuan umum pasal 12 ayat 4 KUHP.

Pasal 84 kendatipun rumusan ancaman pidana kumulatif atau alternatif umum besarnya lebih kecil dari pada pasal-pasal sebelumnya. Hal ini dapat disadari karena tindak pidana pasal 84 ini adalah pelanggaran) pasal 85 ayat 2).