

## STANDARISASI PELAYANAN KEDOKTERAN SEBAGAI UPAYA PREVENTIF MALPRAKTEK KEDOKTERAN DALAM PERSPEKTIF HUKUM

Alfis Setyawan

### *Abstract*

---

*Act No. 36 year 2009 on Health and Act No. 29 year 2004 on Doctoral Practice were not enough to regulate about the doctoral service standardization. The doctoral service standardization as a national minimum standard was very required. The doctoral service standardization had to be in the legal regulation form so that it's binding, had a law force, and at the same time became a doctoral malpractice preventive action because doctors had the legal obligations to do the practice based on the doctoral service standardization.*

**Keywords:** *Doctoral Services Standardization, Preventive, Malpractice*

### **A. Latar Belakang**

Perkembangan pelayanan medis di Indonesia dari tahun ke tahun telah mengalami perubahan yang sangat pesat yang menuju kearah dimana pelayanan medis itu sudah dikategorikan sebagai suatu gaya hidup. Proses perubahan ini merupakan suatu proses perubahan yang sangat mendasar dan konsepsional, yang mencakup seluruh aspek dari pelayanan medis tersebut, mulai dari aspek pelayanan atau asuhan, aspek pelayanan medis juga sebagai suatu pendidikan, pengembangan dan pemanfaatan ilmu pengetahuan medis dan teknologi yang berhubungan dengan pelayanan medis, serta juga tidak dapat dilupakan akibat hukum yang dapat ditimbulkan apabila terjadi suatu kesalahan dalam proses pelayanan medis. Perubahan gaya hidup tersebut melahirkan kebutuhan akan jaminan pelayanan medis yang lebih berkualitas, jaminan atas pelayanan medis hanya akan dapat diperoleh dari tenaga medis yang lebih professional. Di dalam konsep profesi terkait erat tiga nilai sosial, antara lain adalah:

1. Pengetahuan yang lebih mendalam dan lebih sistematis,
2. Keterampilan teknis dan kiat yang diperoleh melalui latihan yang lama dan sangat teliti, dan
3. Pelayanan/asuhan kepada yang memerlukan berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan teknis tersebut dengan berpedoman kepada filsafat moral yang diyakini, yaitu etika profesi.

Dalam melaksanakan tugas-tugasnya memberikan suatu pelayanan medis, seorang dokter selalu berhubungan dengan orang-orang yang sedang menderita suatu penyakit tertentu, seringnya apapun penyakit tersebut, tetap akan menimbulkan perasaan yang tidak enak yang tentu juga akan mempengaruhi emosi dari pasien. Di samping itu, obat dapat memberikan kesembuhan kepada seorang pasien, tetapi obat juga dapat merugikan seorang pasien. Pemakaian obat yang diberikan secara tepat akan memberikan keuntungan terhadap seorang pasien, namun meskipun telah diberikan dalam ukuran/dosis yang tepat, kadang-kadang dari dalam tubuh si pasien terjadi penolakan terhadap obat yang telah diberikan sehingganya dapat menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan oleh pihak manapun khususnya oleh pihak pasien. Yang paling utama dan paling dituntut dari seorang dokter adalah untuk menjalankan tugas dan pekerjaannya dengan seksama dan seteliti mungkin, sebab apabila seorang dokter melakukan kelalaian dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya, maka taruhannya adalah kesehatan pasien yang dirawat atau bahkan dapat juga membahayakan nyawa dari pasien, bentuk kelalaian dokter itu dikenal dengan istilah malpraktek kedokteran.

Berbicara malpraktek kedokteran tidak terbantahkan bahwa dari tahun ke tahun kasus dugaan malpraktek kedokteran semakin meningkat, misalnya:

1. Kasus Rembang pada tahun 1980, setelah disuntik antibiotic pasien mengalami anaphylactic syok.
2. Kasus Dr Setianingrum di Pati, tahun 1981.
3. Kasus pasien jantung dan pasien gantung diri di RSCM tahun 1982.
4. Kasus Ny. Samsiah, tinggal kain kasa tahun 1982
5. Kasus di Cilacap tahun 1982, setelah disuntik antibiotic pasien mengalami anaphylactic syok.
6. Kasus Dr Nusyrwan di Pekan Baru, pasien meninggal beberapa lama setelah operasi kehamilan ektopik, tahun 1982.
7. Kasus bayi Wong salah obat, tahun 1983
8. Kasus Ny. Ngatami kasus Kuret, tahun 1983.
9. Kasus Dr. Stefanus Lesnusa di Rumah Sakit Bayuarka Krawang, pasien meninggal dunia setelah 2 (dua) kali operasi usus buntu.
10. Kasus Siti Aisyah, suntikan bidan, tahun 1985.
11. Kasus Adriani, operasi mata, kaki diamputasi, tahun 1986
12. Kasus Candra, bedah plastic di Manggabesar, tahun 1988.
13. Kasus Drg. Siska di Cirebon, kasus cabut gigi, tahun 1997.
14. Kasus Tabung Meledak di Lampung, tahun 1988

15. Kasus 3 (tiga) orang Dokter Spesialis THT, Dr. T.D. Roestam Cs di RS Pusat Pertamina Jakarta.

16. Kasus salah obat akibatkan pasien lumpuh di Jakarta, tahun 2000

Kasus-kasus lain diantaranya yang sampai diperiksa dan diadili di Pengadilan, antara lain adalah:

1. Kasus Pengangkatan Testis tanpa sepengetahuan pasien, hanya diketahui oleh anak-anaknya. Kasus terjadi di sebuah Rumah Sakit di Jakarta, tahun 1997.
2. Kasus di UGD Rumah Sakit Daerah oleh Co. Asisten. Pukul 17.00 lahir kaki, badan, bahu, dagu, kepala tidak berhasil dikeluarkan. Selama 30 menit kepala tidak keluar, placenta diperiksa ternyata tidak ada lagi denyutnya, disimpulkan bayi sudah meninggal. Co Assisten melakukan tindakan di luar teori dengan cara: 1 Kaki Co Asisten ke paha ibu dan ke 2 tangan Co Asisten menari bayi. Tarikan pertama gagal, pada tarikan kedua baru berhasil. Keadaan bayi lahir apneu, bayi dianggap meninggal dan di taruh di kardus untuk diserahkan kepada keluarga. Co Assisten mencoba memeriksa ulang bayi dan dilakukan resusitasi jantung paru ½ jam. Bayi bisa bernafas, bayi di urus di bagian NICU sampai ke incubator, 2 minggu kemudian bayi pulang. Masalahnya adalah bagaimana masa depan bayi kemungkinan kerusakan otak dan pasien melahirkan terlalu lama oleh karena tidak sesuai prosedur yang menyebabkan luka pada jalan lahir.
3. Rekam medis yang tidak lengkap. Pasien pertama kali datang ke Dokter, pasien dinyatakan sehat, tidak ada masalah lalu diberikan obat golongan Sulfa penurunan panas ditambah vitamin. Pasien pulang ke rumah, keadaan tambah berat. Kembali ke Rumah sakit, diperiksa di IGD, diagnosa pasien mengalami keracunan obat dengan tanda-tanda seperti Syndrome seteven Johnson dan pasien hanya dirawat di ruang ICU dan setelah sembuh terjadi luka parut di bagian muka pasien. Kemudian diperiksa rekam medisnya ternyata tidak di isi dengan lengkap, antara lain mengenai:
  - Tidak dinyatakan riwayat alergi pasien pada obat tertentu
  - Tidak dinyatakan riwayat pasien menyangkut, riwayat keluarganya, riwayat perjalanan penyakit, keadaan sekarang<sup>101</sup>.

Menurut data MKDKI sejak tahun 2006 sudah terdapat 220 laporan atau pengaduan atas dugaan malpraktek dan 40 diantara dokter dinyatakan telah melakukan pelanggaran<sup>102</sup>, sedangkan data Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) hingga Januari 2013 jumlah pengaduan atas adanya dugaan malpraktek tercatat 183

---

<sup>101</sup> R. Sianturi. Makalah berjudul *Malpraktek Dalam Pelayanan Kesehatan* dalam Seminar di RS Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang. 2001.

<sup>102</sup> Majalah Gatra. edisi September 2013. hlm 46.

Kasus, sebanyak 60 kasus dilakukan oleh dokter umum, 49 kasus oleh dokter bedah, 33 kasus oleh dokter kandungan, 16 kasus dilakukan oleh dokter spesialis anak dan sisanya 10 macam kasus-kasus<sup>103</sup>.

Terakhir kasus dr. Dewa Ayu, dr. hendy dan dr. Hendry, dimana ketiga dokter tersebut di tingkat kasasi dinyatakan oleh Mahkamah Agung terbukti bersalah melakukan tindakan kelalaian yang berakibat meninggalnya seorang pasien yang bernama Sisika Makele, ke 3 (*tiga*) orang dokter tersebut dihukum selama 10 (*sepuluh*) bulan, akan tetapi Putusan Peninjauan Kembali (PK) Mahkamah Agung, dr. Dewa Ayu, dr. hendy dan dr. Hendry dinyatakan bebas karena tidak terbukti melakukan tindak pidana.

Untuk Batam sendiri ada beberapa dugaan terjadinya kasus malpraktek kedokteran, walaupun belum ada satupun diantara kasus-kasus tersebut yang sampai diperiksa hingga ke persidangan pengadilan, kasus-kasus dimaksud antara lain adalah:

1. Kasus pasien yang bernama Cut Lie umur 30 tahun, setelah 2 (*dua*) bulan pasca melahirkan normal pasien mengalami pendarahan, setelah diperiksa mendapati didalam perut pasien masih terdapat sisa plasenta, bulan Desember 2008.
2. Kasus pasien yang bernama Raya Nainggolan, umur 48 tahun, pasien yang meninggal dengan kondisi kulit di sekujur tubuh melepuh setelah mengkonsumsi obat yang diresepkan seorang dokter, bulan Oktober 2012.
3. Kasus pasien yang bernama Ipayanti umur 26 tahun, beberapa hari setelah melahirkan di klinik pasien mengalami kesakitan dan badan kedinginan, setelah dilakukan pemeriksaan di Rumah Sakit ternyata masih banyak ari-ari atau selaput yang tertinggal didalam rahim pasien, bulan Juli 2013;

Semakin tingginya tuntutan terhadap dugaan malpraktek kedokteran merupakan bukti makin tingginya kesadaran hukum masyarakat, setiap terjadinya hal-hal yang merugikan pasien selama masa pengobatan atau pasca pengobatan, dinilai dokter telah melakukan malpraktek kedokteran, akan tetapi bagi dokter, dokter tidak pernah melakukan malpraktek, tidak ada dokter yang mempunyai keinginan untuk mencelakai pasien, apabila pasien mengalami hal-hal yang tidak diinginkan maka bukanlah malpraktek kedokteran akan tetapi adalah risiko medis, pemberian terapi dan pengobatan terhadap pasien telah dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional Rumah Sakit tempat dimana dokter melaksanakan praktek kedokteran, sedangkan mengenai standar pelayanan kedokteran atau standar profesi kedokteran

---

<sup>103</sup> [www.dokterindonesiaonline.com](http://www.dokterindonesiaonline.com)

hingga saat ini Indonesia belum memiliki standar pelayanan kedokteran yang berlaku secara nasional.

Berangkat dari fenomena semakin tingginya tuntutan dugaan malpraktek kedokteran terhadap profesi dokter dan tidak adanya standarisasi pelayanan kedokteran yang berlaku secara nasional telah menciptakan jurang pemisah antara dokter dan pasien, maka penulis tertarik melakukan penelitian, yaitu bagaimana standarisasi pelayanan kedokteran yang dimiliki oleh dokter menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan apakah standarisasi pelayanan kedokteran dapat menjadi upaya preventif malpraktik kedokteran dalam perspektif hukum.

## **B. Metode Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian yuridis normatif yaitu jenis penelitian yang lebih menekankan kepada penelitian kepustakaan, dimana bahan-bahan yang digunakan akan didapatkan dari undang-undang, peraturan pemerintahan, literatur-literatur, putusan-putusan pengadilan yang berhubungan dengan bahan penulisan, selain dari data yang diperoleh dari kepustakaan, akan turut disertakan data dari hasil penelitian di masyarakat yang dilakukan dalam bentuk wawancara, dari penelitian ini diharapkan diperoleh hasil penelitian yang bersifat deskriptif kualitatif. Objek penelitian adalah standarisasi pelayanan kedokteran, standarisasi pelayanan kedokteran merupakan standar yang wajib dimiliki oleh dokter dalam melakukan pelayanan kedokteran, persyaratan tentang standar ini diatur Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran. Setiap data primer dan sekunder yang diperoleh akan diseleksi dan selanjutnya dianalisa dengan menggunakan metode kualitatif dengan penalaran deduktif.

## **C. Hasil Penelitian dan Pembahasan**

### **1. Standarisasi Pelayanan Kedokteran Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran**

Dokter dalam menjalankan profesinya diwajibkan untuk bersadarkan kepada standar pelayanan profesi kedokteran, pelayanan kedokteran yang dilakukan dokter tidak boleh dibawah standar pelayanan profesi, kenapa hal ini diwajibkan karena dokter sebagai manusia biasa tidak luput dari keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki manusia pada umumnya, seperti sifat lupa, rasa letih, sifat ceroboh dan lain sebagainya, sementara dokter dalam memberikan pelayanan kedokteran kadangkala dihadapkan kepada hidup dan matinya seorang pasien, terjadinya malpraktek

kedokteran secara umum dianggap dokter melakukan praktek kedokteran dibawah standar atau tidak sesuai standar. Kewajiban melaksanakan praktek sesuai standar telah ditetapkan dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. Pasal 24 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, mengatur:

- (1) *Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak penggunaan pelayanan kesehatan, standar pelayanan dan standar prosedur operasional.*
- (2) *Ketentuan kode etik dan standar profesi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur oleh organisasi profesi.*
- (3) *Ketentuan mengenai hak penggunaan pelayanan kesehatan standar pelayanan, dan standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri<sup>104</sup>.*

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Pasal 44 berbunyi:

- (1) *Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi.*
- (2) *Standar pelayanan sebagaimana dimaksud ayat (1) dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan.*
- (3) *Standar pelayanan untuk dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan peraturan menteri<sup>105</sup>.*

Pasal 51, mengatur:

*Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:*

- (1) *Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;*

Mencermati Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran sebagai aturan perundang-undangan yang mengatur tentang profesi dokter, terdapat pasal-pasal yang dapat dinyatakan bahwa aturan tersebut merupakan Standar Pelayanan Kedokteran, yang harus dilakukan oleh dokter dalam setiap pemberian layanan kedokteran kepada pasien, adapun aturan dimaksud adalah:

Pasal 23 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan:

- (1) *Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.*

---

<sup>104</sup> Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Departemen Kesehatan RI

<sup>105</sup> Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran. Bandung: Citra Umbara.

- (2) *Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.*
- (3) *Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah.*
- (4) *Selama memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi.*
- (5) *Ketentuan mengenai perizinan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Menteri*

*Penjelasan ayat (4) : selama memberikan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan harus mengutamakan indikasi medik dan tidak diskriminasi, demi kepentingan terbaik dari pasien dan sesuai dengan indikasi medik<sup>106</sup>.*

Pasal 23 ini memberikan kewajiban kepada dokter yang ada di Indonesia, dalam memberikan pelayanan kedokteran harus berangkat dari dasar keahlian yang dimiliki, artinya tidak dibenarkan secara hukum apabila dokter melakukan pelayanan kedokteran yang tidak sesuai dengan dasar keahlian yang dimiliki, dasar keahlian tersebut harus didukung oleh izin yang diberikan oleh pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran. Keahlian dan izin ini merupakan standar yang wajib dimiliki oleh setiap dokter sebelum melakukan pelayanan kedokteran terhadap pasien, apabila dokter memberikan pelayanan kedokteran tidak bersandarkan kepada keahlian yang dimiliki, maka dokter dapat dinyatakan melanggar standar yang diatur dalam UUKesehatan.

Kemudian Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran terdapat aturan yang dapat diklasifikasikan sebagai Standar Pelayanan Kedokteran yang wajib dipatuhi oleh setiap dokter dalam pemberian tindakan kedokteran kepada pasien, aturan dimaksud adalah:

Pasal 45:

- (1) *Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan.*
- (2) *Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapatkan penjelasan secara lengkap.*
- (3) *Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup:*
  - a. *Diagnosis dan tata cara tindakan medis*
  - b. *Tujuan tindakan medis yang dilakukan*
  - c. *Alternative tindakan lain dan risikonya*
  - d. *Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan*

---

<sup>106</sup> Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Departemen Kesehatan RI

*e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan*

- (4) *Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan.*
- (5) *Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.*
- (6) *Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4) dan ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.*

Pasal 46:

- (1) *Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.*
- (2) *Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.*
- (3) *Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan<sup>107</sup>.*

Ketentuan Pasal 45 UUPraktek Kedokteran diatas, sebagai Standar Pelayanan Kedokteran harus dipenuhi oleh dokter dalam memberikan pelayanan kedokteran, dokter dalam melakukan pelayanan kedokteran berbentuk tindakan medis, tidak diperbolehkan untuk melakukan tindakan medis tersebut, apabila pasien belum memberikan persetujuan kepada dokter untuk itu, persetujuan atas tindakan medis dimintakan kepada pasien setelah dokter terlebih dahulu memberikan penjelasan kepada pasien mengenai diagnosa penyakit yang diderita, bentuk tindakan medis yang akan dilakukan, alternative dari tindakan medis tersebut dan kemungkinan risiko yang dapat diderita oleh pasien pasca tindakan medis dilakukan, jadi dengan demikian dapat disimpulkan terdapat 2 (*dua*) standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh dokter sebelum melakukan tindakan medis terhadap pasien, yaitu *pertama* memberikan penjelasan tentang penyakit dan tindakan medis yang akan dilakukan dan *kedua* meminta persetujuan dari pasien atau pihak yang berhak. Sedangkan terhadap tindakan medis yang mengandung risiko tinggi, diwajibkan persetujuan yang diberikan oleh pasien atau pihak yang berhak dalam bentuk tertulis, sedangkan khusus terhadap kondisi pasien gawat darurat, Undang-Undang memberikan pengecualian, dimana dokter tidak diwajibkan mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dalam melakukan tindakan medis terhadap pasien, tindakan medis tersebut dilakukan dengan tujuan menyelamatkan jiwa pasien.

---

<sup>107</sup> Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran. Bandung: Citra Umbara.

Ketentuan Pasal 46 UUPraktek Kedokteran juga merupakan standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh dokter dalam pemberian layanan kedokteran, dokter terhadap semua pengobatan dan tindakan atau rangkaian tindakan dalam upaya pemberian layanan kedokteran kepada pasien diwajibkan untuk mencatatkannya dalam bentuk catatan yang bernama rekam medis, rekam medis tersebut memuat identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis dan bentuk pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Pencacatan dalam rekam medis harus dibuat dengan lengkap apabila terdapat kekurangan, maka diwajibkan untuk dilengkapi setelah pelayanan kedokteran diberikan kepada pasien, sedangkan terhadap pencoretan dan perubahan atas isi rekam medis diwajibkan dibubuhkan paraf yang bersangkutan, kewajiban pencatatan rekam medis ini yang paling utama adalah untuk mempermudah mengetahui perjalanan penyakit pasien dan pelayanan kedokteran apa saja yang telah diterima oleh pasien termasuk pengobatan, sehingganya untuk tindakan kedokteran dan pengobatan lebih lanjut dokter akan lebih mudah menentukannya, terlebih lagi untuk proses pengobatan berkelanjutan, disamping itu rekam medis juga sangat dibutuhkan untuk melihat layanan kedokteran yang dilakukan oleh dokter dan upaya yang telah dilakukan dokter dalam pemulihan kesehatan pasien. Untuk menetapkan adanya kelalaian atau kecerobohan layanan kedokteran, Standarisasi Pelayanan Kedokteran dibutuhkan untuk menilai rekam medis pasien tersebut. Terhadap dokter yang tidak melakukan pencacatan atau tidak melakukan penyempurnaan cacatan rekam medis pasien, dokter dapat dinyatakan telah melakukan praktek tidak sesuai dengan standar yang diatur UUPraktek Kedokteran,.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, sebagai peraturan pelaksana UUPraktek Kedokteran memberikan definisi bahwa yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Kedokteran adalah *“perdoman yang harus diikuti oleh dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran”* dan dalam ketentuan Pasal 3 ayat (1) menyebutkan bahwa *“standar pelayanan kedokteran meliputi Pendoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan SPO, ayat (2) PNPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan standar pelayanan kedokteran yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi serta disahkan oleh menteri”*. Pasal 15 *“standar pelayanan dan SPO yang telah disusun sebelum ditetapkannya peraturan ini dinyatakan masih berlaku sepanjang tidak bertentangan dan belum diperbaharui”*, dengan demikian Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit yang dibuat dan telah diberlakukan semenjak tahun 1993 oleh organisasi profesi kedokteran dalam hal ini PB IDI dan telah disahkan oleh menteri kesehatan, memiliki daya pemberlakuan

bersifat nasional dimana seluruh dokter baik itu dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran harus berdasarkan atas standar pelayanan medis yang disusun oleh PB IDI (*standar PB IDI*) tersebut. Akan tetapi sebagaimana penjelasan dr Koni Elfina dan dr. Made Tantra Wirakusuma dan dr Novri Herman, standar pelayanan medis tersebut tidak dapat diberlakukan untuk seluruh Rumah Sakit, masing-masing Rumah Sakit akan menyusun sendiri standar pelayanan Rumah Sakit, standar PB IDI adalah pedoman dalam penyusunan standar pelayanan Rumah Sakit hal ini dikarenakan terdapatnya perbedaan sumber daya manusia, fasilitas atau sarana dan prasarana dari masing-masing Rumah Sakit.

## **2. Standarisasi Pelayanan Kedokteran Sebagai Upaya Preventif Malpraktik Kedokteran Dalam Perspektif Hukum**

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, sangat jelas mengatur bahwa seluruh dokter, baik yang berpraktek secara mandiri atau yang berpraktek ditempat-tempat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Balai Pengobatan, Klinik, Rumah Bersalin dan lain-lain sebagainya, diwajibkan dalam menjalankan praktek kedokteran bersandarkan kepada Standar Pelayanan Kedokteran. Terhadap dokter yang berpraktek tidak sesuai standar atau dibawah standar dinilai dokter tersebut telah melakukan malpraktek kedokteran sebagaimana defenisi malpraktek kedokteran oleh Veronika *"kesalahan dalam menjalankan profesi medis yang tidak sesuai dengan standar profesi medis dalam menjalankan profesinya"*<sup>108</sup>, dan pendapat M Jusuf Hanafiah *"kelalaian seorang dokter untuk mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan berdasarkan ukuran yang lazim orang lain mengobati pasien untuk ukuran standar di lingkungan yang sama, kelalaian diartikan pula dengan melakukan tindakan medis dibawah standar pelayanan medik"*<sup>109</sup>.

Malpraktek kedokteran di Indonesia dewasa ini telah menjadi perhatian serius, perhatian serius tersebut sebenarnya diawali sejak kasus dr. Setianingrum di tahun 1981 dan akhir-akhir ini di tahun 2011 terjadi kasus dr. Dewa Ayu, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian, kasus ini menjadi sorotan seluruh dokter di Indonesia. *Pertama* melihat kasus dr. Setianingrum, seorang dokter Pukesmas di

---

<sup>108</sup> D. Veronica Komalawati, *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*, Jakarta, Penerbit Pustaka Sinar Harapan, 1999, hal 115

<sup>109</sup> M. Yusuf Hanafiah & Amir Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Egc, Jakarta, 1999

daerah Pati, dr. Setianingrum diadili karena pasiennya Ny. Rukmini Kartono meninggal dunia akibat *shock anafilaktik*, setelah mendapat injeksi *streptomycin*, tanggal 2 September 1981 Pengadilan Negeri Pati memvonis dr. Setianingrum bersalah melakukan kejahatan sebagaimana diatur Pasal 359 KUHPidana/Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dengan hukuman kurungan selama 3 bulan masa percobaan 10 bulan<sup>110</sup>, adapun pertimbangan hukum Hakim Pengadilan Negeri Pati, adalah:

- *Bahwa dari pengakuan atau keterangan dr. Setianingrum dan saksi-saksi yaitu Tamirah, Imam Suyudi, Dr. Imam Parsudi dipersidangan ternyata dr. Setianingrum telah menyuntik Ny Rukmini Kartono sebanyak 4 (empat) kali yaitu:*
  1. *Streptomycin 1 gram*
  2. *Cortizon 2cc*
  3. *Delladryl 2cc*
  4. *Adrenalin 0,5cc*
- *Kemungkinan timbulnya ketidaktahanan obat (alergi) pasien harusnya dapat diduga, sebab dr. Setianingrum sebagai dokter umum dapat mengadakan kewaspadaan/penelitian dengan cara menanyakan apakah Ny. Rukmini Kartono mempunyai riwayat alergi yang lain (anamnesis) dan test kulit, sehingga dapat diketahui adanya alergi dan jenis penyebabnya, sebagaimana dijelaskan oleh saksi dr. Imam Parsudi dan dr. Lucas Susiloputro..*
- *Bahwa dr. Setianingrum sebagai dokter umum sebelum penyuntikkan streptomycin kepada Ny. Rukmini Kartono, seharusnya dapat menduga ada kemungkinan pasien tidak tahan obat, sebab menurut ilmu kedokteran ketidaktahanan obat (alergi) seseorang bisa timbul karena bawaan/alami ataupun pengaruh obat yang diterimanya, sehingganya perlu ketelitian dan kewaspadaan terhadap pasien sebagaimana dijelaskan saksi dr. Imam Parsudi, dr. Moch Prihadi, dr. Goemoro Suparno dan dr. Lulas Susiloputro.*
- *Bahwa kematian Ny. Rukmini Kartono bukan sekedar accident, sebab kemungkinan ketidak tahanan obat seseorang terhadap suntikan antibiotik/streptomycin menurut ilmu kedokteran dan para saksi ahli, bisa karena alamiah/bawaan atau pengaruh obat yang diterimanya serta sebahagian besar dokter puskesmas pernah mengalami kasus *analphylactic shook* (88%) dan kejadian tersebut sering dijumpai pada usia dewasa 20 s/d 40 tahun (60%),*

---

<sup>110</sup> Ninik Mariyati. *Malpraktek Medis dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*. Jakarta: 1988

*sehingga dr. Setianingrum sebagai dokter umum bisa menduganya apabila bertindak waspada, cermat, cepat dan tepat.*

- *Kekurang hati-hatian dr. Setianingrum ternyata karena sebelum melakukan penyuntikan tidak meneliti dengan menanyakan riwayat sakit Ny. Rukmini Kartono yang berhubungan dengan alergi (anamnesis), melainkan hanya percaya perkataan pasien yang berpendidikan rendah dan awam terhadap obat-obatan tanpa meneliti kapan, dimana, siapa dulu yang menyuntikannya dan apa jenis sakitnya dulu sama yang dideritanya sekarang dan bagaimana reaksinya.*
- *dr. Setianingrum sebagai dokter seharusnya mengerti bahwa setelah penyuntikan streptomycin sebenarnya telah terjadi anaphilactic shock bukan anaphilactic ringan karena Ny. Rukmini Kartono sudah dalam keadaan lemah, pucat, mual, muntah, kulitnya dingin, nadinya kecil dan cepat, tekanan darahnya rendah, mengeluh kesakitan, sesak nafas dan kesadaran menurun sehingga perlu segera diberikan suntikan adrenalin dahulu, sebab terlambat sedikit saja membahayakan kesehatan Ny. Rukmini Kartono dan kalau belum berhasil wajib diulangi lagi 15 menit kemudian, sementara dr. Setianingrum membutuhkan cukup waktu karena Ny. Rukmini Kartono berada dalam pemeriksaan selama lebih kurang 45 menit.*

Mahkamah Agung RI ditingkat kasasi dengan Putusan Mahkamah Agung RI No. 600/K/Pid/1983 tanggal 27 Juni 1984, berpendapat:

- *Dari keterangan ke enam orang dokter itu, terkecuali keterangan saksi dr. Imam Parsudi, Mahkamah Agung menyimpulkan bahwa tindakan dr. Setianingrum menanyakan kepada Ny. Rukmini Kartono apakah sudah pernah mendapatkan suntikan streptomycin dan kemudian berturut-turut memberikan suntikan cortizon, delladryl dan adrenalin setelah melihat tanda-tanda penderita mengalami alergi terhadap streptomycin yang disuntikan merupakan petunjuk bahwa dr. Setianingrum telah melakukan upaya yang sewajarnya dapat dituntut dari padanya sebagai dokter dengan pengalaman kerja selama 4 (empat) tahun dan sedang melaksanakan tugasnya di Puskesmas dengan sarana yang serba terbatas.*

Mempelajari kedua putusan diatas, dapat dilihat perbedaaan kesimpulan Hakim dalam Putusan Pengadilan Negeri Pati No. 8/1980/Pid.B/PN.PT dengan kesimpulan Hakim dalam Putusan Mahkamah Agung No. 600/K/Pid/1983 untuk menetapkan kelalaian yang dilakukan dr. Setianingrum. Tindakan dr. Setianingrum yang dinilai Hakim Pengadilan Negeri Pati adalah tindakan sebelum diputuskannya pemberian suntikan *streptomycin*, menurut Hakim Pengadilan Negeri Pati, dr. Setianingrum telah melakukan kelalaian, karena sebelum pemberian suntikan

*streptomycin*, terlebih dahulu tidak dilakukan penyelidikan secara mendalam dan tuntas tentang ketahanan tubuh pasien terhadap obat *streptomycin*. Sedangkan Hakim Mahkamah Agung menilai tindakan dr. Setianingrum setelah pemberian suntikan *streptomycin*, menurut Hakim Mahkamah Agung ada atau tidak melakukan kelalaian adalah bergantung pada apakah dokter telah berusaha secara maksimal untuk menyelamatkan jiwa pasien berdasarkan kemampuan yang sewajarnya yang dimiliki serta alat/prasarana yang tersedia padanya, menurut Hakim Mahkamah Agung, dr. Setianingrum telah berupaya untuk terhindar akibat kematian yang sudah tampak gejala-gejalanya setelah pemberian suntikan *streptomycin*.

Pertimbangan tentang syarat kelalaian apakah dokter telah berusaha secara maksimal untuk menyelamatkan jiwa pasien berdasarkan kemampuan sewajarnya yang dimiliki serta alat/sarana yang tersedia padanya, kalau diterapkan pada perbuatan pemberian suntikan *streptomycin* justru dapat menghasilkan kesimpulan yang sebaliknya, karena logikanya dokter seharusnya menyadari tentang pengalamannya berpraktek yang belum lama dan alat yang ada padanya serba terbatas, sewajarnya diperlukan kehati-hatian yang lebih tinggi agar tidak melakukan perbuatan yang berisiko yang akibatnya tidak dapat ditanggulangi dengan segera, berhubung pengalaman belum banyak dan alat yang tersedia tidak cukup untuk mengatasinya. Untuk mengukur apakah dr. Setianingrum telah berhati-hati dalam memberikan suntikan *streptomycin* kepada Ny. Rukmini Kartono dan melakukan upaya setelah didapatkan reaksi alergi obat dalam diri Ny. Rukmini Kartono, diperlukanlah Standar Pelayanan Kedokteran.

*Kedua* kasus dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian, di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandouw Malalayang Kota Manado, pasien yang bernama Siska Makatey meninggal dunia setelah menjalani operasi *cito secsio sesaria*. Putusan Pengadilan Negeri Manado Nomor: 90/PID.B/2011/PN.Manado tanggal 22 September 2011 memberikan putusan bebas terhadap dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian, berkesimpulan:

1. *Operasi cito secsio sesarian merupakan operasi darurat (cito), operasi darurat tidak diperlukan pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan pendukung terhadap pasien in casu korban (siska makatey) dan tidak memerlukan persetujuan dari pasien atau keluarga, sehingga dengan demikian menurut Majelis Hakim perbuatan dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian sebagai dokter dalam melaksanakan operasi cito secsio sesaria terhadap diri korban yang tidak melakukan pemeriksaan penunjang, seperti pemeriksaan jantung, foto rontgen, dada dan pemeriksaan penunjang lainnya bukanlah merupakan suatu kelalaian.*

2. *dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian, tidak lalai dalam menangani korban pada saat masih hidup dan saat pelaksanaan operasi, penanganan operasi cito section caeseria telah sesuai dengan standar prosedur operasional, keilmuan dan kompetensi. Penyebab kematian pasien Siska Makatey karena masuknya udara dalam bilik kanan jantung yang menghambat darah masuk ke paru-paru dan terjadinya kegagalan fungsi paru-paru dan selanjutnya terjadi kegagalan fungsi jantung merupakan peristiwa yang tidak dapat diprediksi sebelumnya .*

Mahkamah Agung RI dalam putusan Kasasi Nomor: 365 K/Pid/2012 tanggal 18 September 2012, memberikan kesimpulan”*dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian, melakukan perbuatan yang karena kealpaannya menyebabkan matinya orang lain*”, kealpaan yang dilakukan dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian (*dr. Dewa Ayu dkk*) menurut Hakim Kasasi adalah:

1. *Pasien Siska Makatey masuk RSUD Prof. R. Dr. Kandou Manado, dalam keadaan umum lemah dan status penyakit korban adalah berat, ketuban sudah dipecahkan, air ketuban sudah keluar semua, pukul 09.00 WITA sejak dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani mengawasi pasien sampai pukul 18.00 WITA, tindakan yang dilakukan dr. Dewa Ayu dkk, hanya pemeriksaan tambahan dengan USG (Ultrasonografi) dan sebagian tindakan medis yang dilakukan tidak dicatatkan dalam rekam medis.*
2. *Sebelum melakukan operasi cito secsio sesaria tidak disampaikan kepada pihak keluarga pasien tentang kemungkinan yang dapat terjadi terhadap diri pasien. Seharusnya sejak korban datang dengan surat rujukan dari Puskesmas dan masuk ke ruang Instalasi Gawat Darurat Obstetrik keadaan korban sudah dapat dikatakan darurat.*
3. *Pasien dinyatakan darurat sejak tidak terdapatnya kemajuan persalinan pada pukul 18.30 WITA, dan pasien dibawa ke kamar operasi kurang lebih pukul 20.15 WITA, dalam keadaan sudah terpasang infus dan pukul 20.55 WITA dilaksanakan operasi, selama proses operasi nadi korban 160 x permenit, saturasi oksigen hanya berkisar 85% s/d 87% dan sayatan pertama mengeluarkan darah hitam sampai selesai, kemudian pukul 22.00 WITA operasi telah selesai dilaksanakan kondisi nadi korban 180 x permenit dan setelah selesai operasi baru dilakukan pemeriksaan EKG/periksa jantung.*
4. *Visum et Repertum menyebutkan bahwa udara yang ditemukan pada bilik kanan jantung korban, masuk melalui pembuluh darah balik yang terbuka pada saat korban masih hidup, pembuluh darah balik yang terbuka pada korban terjadi*

*pada pemberian cairan obat-obatan atau infus dan dapat terjadi akibat komplikasi dari persalinan itu sendiri.*

5. *Pemasangan infus dengan jenis obat yang tidak diketahui oleh dr. Dewa Ayu dkk, sampai dikeluarkannya resep obat secara berulang-ulang sehingga berkali-kali ditolak oleh apotik dan 30 menit sebelum operasi sudah terdapat 35cc udara dalam tubuh pasien.*

Putusan Peninjauan Kembali/PK Mahkamah Agung RI Nomor: 79 PK/Pid/2013 tanggal 7 Februari 2014, berkesimpulan:

*”bahwa penyebab kematian korban adalah masuknya udara dalam jantung atau emboli, terjadinya emboli bukan karena kelalaian dari dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian karena tidak bisa diprediksi sebelumnya dan dalam keadaan gawat darurat untuk menyelamatkan jiwa pasien tidak diperlukan persetujuan serta tindakan dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian tidak bertentangan dengan standar prosedur operasional dan dalam operasi cito (darurat) tidak harus dilakukan pemeriksaan penunjang atau pendukung terhadap pasien. Oleh karenanya tidak ada hubungan kausalitas antara tindakan dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian dengan kematian pasien/korban”.*

Hakim Agung Prof. Dr. Surya Jaya, SH, M.Hum, sebagai salah satu hakim PK, dalam *dissenting opinion*nya menyatakan *”dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian, dalam proses penanganan operasi cito sectio caesaria telah melakukan sesuatu kesalahan dalam arti sempit, suatu kealpaan atau kelalaian yang tidak sesuai dengan standar prosedur operasional”.* Menurut Prof. Surya *”EMBOLI”* dapat saja tidak terjadi apabila operasi dilakukan lebih awal terhadap Siska Makatey, disaat kondisi pasien masih relatif baik, ketepatan dan kecepatan dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian dalam mengambil keputusan dan tindakan merupakan hal yang penting untuk menentukan keberhasilan operasi, operasi dilakukan kurang lebih 12 jam kemudian, saat kondisi pasien dalam keadaan gawat, genting atau sangat terpuruk, dasar pertimbangan tersebut menunjukkan adanya hubungan causalitas perbuatan dan kesalahan (kelalaian) dr. Dewa Ayu dkk, berkaitan dengan pelanggaran standar prosedur operasional dalam melaksanakan operasi *cito sectio caesaria*. Kesalahan/kelalaian berikutnya yang dilakukan oleh dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr. Hendry Simanjuntak dan dr. Hendy Siagian dalam melakukan tindakan medik terhadap pasien Siska Makatey yaitu pasien masuk Rumah Sakit dengan posisi tekanan darah cukup tinggi yaitu 160/70 disertai kecepatan denyut nadi pasien sangat tinggi 180 per-menit (normal 90 per-menit) dan tidak ada upaya yang dilakukan

untuk menormalkan tekanan darah dan menurunkan deytut nadi yang sangat cepat, padahal keadaan semacam itu sangat berisiko bagi pasien (dapat menyebabkan kematian) apabila dilakukan operasi.

Mempelajari kesimpulan-kesimpulan Hakim dari 3 (*tiga*) putusan diatas ditambah *dissenting opinion* Prof. Dr. Surya Jaya, SH, M.Hum, dapat dilihat adanya perbedaan kesimpulan para Hakim untuk menetapkan ada atau tidaknya kelalaian yang dilakukan dr. Dewa Ayu dkk, perbedaan tersebut disebabkan, perbedaan sudut pandang masing-masing Hakim dalam menilai tindakan dr. Dewa Ayu dkk, yaitu:

- Hakim Pengadilan Negeri Manado, sudut pandang penilaian Hakim adalah tindakan *operasi cito sectio caeseria* yang dilakukan dr. Dewa Ayu dkk, operasi *cito sectio caeseria* adalah operasi darurat sehingganya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang dan “EMBOLI” atau masuknya udara ke paru-paru dan terjadinya kegagalan jantung pasien diluar dugaan dan tidak bisa diprediksi sebelumnya, udara masuk sebelum operasi dilakukan dan kematian pasien tidak ada hubungannya dengan operasi *cito sectio caeseria*.
- Hakim Kasasi Mahkamah Agung, sudut pandang penilaian Hakim adalah tindakan dr. Dewa Ayu dkk sebelum *operasi cito sectio caeseria* dilaksanakan. Tindakan dr. Dewa Ayu yang dinilai merupakan bentuk perbuatan kelalaian, yaitu pasien masuk Rumah Sakit sekitar jam 09.00 WITA, pasien dinyatakan darurat jam 18.30 WITA dan 30 (*tiga puluh*) menit sebelum operasi *cito sectio caeseria* telah terdapat 35cc udara dalam tubuh pasien, rekam medis pasien tidak dibuat sepenuhnya, sehingganya tindakan pemasangan infus dengan jenis obat tidak diketahui. Sebelum operasi dan saat dilakukannya operasi, nadi pasien 160 kali permenit, saturasi oksigen berkisan 85% s/d 87% dan pada sayatan pertama pasien mengeluarkan darah hitam, operasi selesai nadi korban 180 kali permenit.
- Hakim Peninjauan Kembali Mahkamah Agung, sudut pandang penilaian Hakim adalah tindakan *operasi cito sectio caeseria* yang dilakukan dr. Dewa Ayu dkk, masuknya udara dalam jantung korban tidak bisa diprediksi sebelumnya dan kematian korban tidak ada hubungannya dengan tindakan operasi *cito sectio caeseria*, *operasi cito sectio caeseria* tidak harus dilakukan pemeriksaan pendukung. Sedangkan *dissenting opinion* Prof. Dr. Surya Jaya, SH, M.Hum memperlihatkan bahwa Prof. Surya memiliki sudut pandang penilaian yang sama dengan Hakim Kasasi, yaitu tindakan yang dilakukan sebelum *operasi cito sectio caeseria* dilaksanakan.

Kasus dr. Dewa Ayu dkk, didasarkan ketentuan Pasal 46 UUPraktik Kedokteran diatas, dokter dalam melakukan praktek kedokteran diwajibkan membuat

rekam medis, dr. Dewa Ayu dkk berdasarkan fakta di depan persidangan terbukti sebahagian dari tindakan kedokteran yang dilakukan tidak dicatatkan dalam rekam medis, tindakan dr. Dewa Ayu dkk tersebut merupakan tindakan dibawah standar atau tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran sebagaimana diatur dalam UUPraktik Kedokteran. Kemudian tentang kelalaian atau kealpaan sebagaimana konsep hukum pidana, kelalaian atau kealpaan merupakan tindakan kurang hati-hati atau kegagalan bersikap hati-hati atau tindakan yang tidak mengindahkan kewajiban. Dokter baru dapat dinyatakan telah melakukan kelalaian atau kealpaan dalam memberikan pelayanan kedokteran atau tindakan kedokteran terhadap pasien, ukuran yang digunakan adalah Standar Pelayanan Kedokteran, tanpa adanya Standar Pelayanan Kedokteran maka akan sangat sulit dinilai dokter telah melakukan kelalaian atau kealpaan dalam memberikan pelayanan kedokteran.

Sebagaimana defenisi kelalaian menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, merupakan sikap yang kurang hati-hati, tidak mengindahkan kewajiban pekerjaan atau lengah dan menurut *Memorie Van Toelicting*, merupakan sikap yang kurang cermat, kurang pengetahuan dan kurang terarah. Dokter sebagai manusia biasa yang memiliki kekurangan terbuka kecendrungan melakukan tindakan yang tidak hati-hati dan kurang cermat dan kurang pengetahuan terlebih lagi dimungkinkan terkontaminasi oleh perubahan pola hidup konsumtif dan matrealisitik, untuk mencegah terjadinya kelalaian oleh dokter, Standarisasi Pelayanan Kedokteran sebagai pedoman harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh dokter disetiap pelaksanaan pelayanan kedokteran dan tindakan kedokteran. Terjadinya perbedaan kesimpulan Hakim dalam memutuskan apakah dr. Setianingrum atau dr. Dewa Ayu dkk telah melakukan kelalaian dan kapan kelalaian itu terjadi apakah sebelum pelaksanaan operasi *cito sectio caeseria* atau disaat melaksanakan operasi *cito sectio caeseria*, merupakan suatu akibat tidak adanya Standarisasi Pelayanan Kedokteran.

Proses penegakan hukum atas dugaan malpraktek kedokteran, pendekatan hukum pidana menggunakan ketentuan Pasal 359 atau Pasal 360 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHPidana), pendekatan hukum pidana ini ditentang oleh kalangan dokter di Indonesia, dokter menilai bahwa penerapan ketentuan Pasal 359 atau Pasal 360 KUHPidana terhadap dokter, merupakan bentuk kriminalisasi terhadap profesi kedokteran. Pendekatan pidana sebagaimana yang dirumuskan Pasal 359 atau Pasal 360 KUHPidana apabila memang tidak dapat diterapkan sebagaimana pendapat kalangan dokter terhadap tindakan pelayanan kedokteran yang dilakukan oleh dokter, akan tetapi dari aturan hukum dibidang kesehatan, seperti Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, tidak ditemukan satu Pasal-pun yang mengatur tentang defenisi

atau kriteria atau rumusan kelalaian atau kealpaan dalam pelayanan kedokteran, sehingganya pendekatan hukum pidana dengan Pasal 359 atau Pasal 360 KUHPidana dalam penegakan hukum atas dugaan malpraktek kedokteran suka tidak suka tetap dapat diterapkan terhadap pelayanan kedokteran yang dilakukan oleh dokter yang berindikasi kelalaian dan merugikan pasien.

Akan tetapi kelalaian atau kealpaan yang terjadi dalam setiap praktek kedokteran yang dilakukan dokter menjadi dasar kebutuhan terhadap adanya Standarisasi Pelayanan Kedokteran, Standarisasi Pelayanan Kedokteran tidak hanya mengatur tentang standar minimum dalam melakukan tindakan kedokteran akan tetapi mengatur pelayanan kedokteran secara keseluruhan, dimulai dari pemeriksaan terhadap pasien sebelum mendiagnosa, kemudian melakukan diagnosa, dan berlanjut kepada tindakan kedokteran sebagai penegakan atas diagnosa dan terakhir pasca tindakan kedokteran dilakukan.

Adanya aturan Standarisasi Pelayanan Kedokteran, juga dapat menyeragamkan sudut pandang penegak hukum terutama hakim dalam menilai pelayanan dan tindakan kedokteran, tidak akan terjadi perbedaan sudut pandang Hakim seperti halnya dalam mengadili dr. Setianingrum dan dr. Dewa Ayu dkk, Hakim pertama kali akan menilai, apakah pemeriksaan yang dilakukan oleh dr. Setianingrum sebelum pemberian suntikan *streptomycin* terhadap pasien, telah sesuai atau tidak dengan Standarisasi Pelayanan Kedokteran, setelah itu barulah hakim menilai upaya-upaya yang dilakukan oleh dr. Setianingrum setelah pasien mengalami alergi pasca pemberian suntikan *streptomycin*, begitu juga halnya dr. Dewa Ayu dkk, Hakim pertama kali akan menilai, pemeriksaan dan pengobatan apa yang telah dilakukan oleh dr. Dewa Ayu dkk, sejak pasien masuk Rumah Sakit, tindakan-tindakan dokter tersebut telah sesuai atau tidak dengan Standarisasi Pelayanan Kedokteran.

Dengan demikian Standarisasi Pelayanan Kedokteran tidak hanya untuk mengukur apakah pelayanan kedokteran dan tindakan kedokteran terhadap pasien sudah tetap atau tidak, akan tetapi juga untuk mengukur seluruh rangkaian pemeriksaan yang telah dilakukan oleh dokter sebelum dokter memutuskan atau menetapkan memberikan suatu tindakan kedokteran terhadap pasien. Standarisasi Pelayanan Kedokteran tersebut haruslah berbentuk aturan hukum, hakekatnya hukum dalam wujudnya sebagai Undang-Undang, agar tujuan melindungi kepentingan dokter dan pasien dapat tercipta dan dokter akan patuh dalam melaksanakan kewajiban hukumnya, kepatuhan merupakan keutamaan dalam hukum, dokter yang mematuhi hukum akan bertindak hati-hati dan tidak lalai. Dengan kepatuhan dokter dalam melaksanakan kewajiban hukum yang diatur dalam Standarisasi Pelayanan Kedokteran akan mampu mencegah terjadinya malpraktek kedokteran.

Terlepas dari uraian diatas, terjadinya kelalaian atau kealpaan oleh dokter dikarenakan sikap kecerobohan dan kurang hati-hatian dokter dapat disebabkan oleh banyak faktor diantaranya adalah dokter memiliki tempat praktek yang lebih dari 1 (*satu*) tempat praktek atau jumlah pasien yang terlalu banyak sehingganya dokter terpaksa melaksanakan praktek kedokteran melebihi jam kerja yang ideal, sebagai manusia biasa dokter tentunya memiliki keterbatasan kemampuan fisik sehingganya dalam kondisi fisik yang kurang prima, terbuka peluang dokter akan ceroboh atau kurang hati-hati dalam memeriksa pasien, mendiagnosa dan memberikan atau melakukan tindakan kedokteran terhadap pasien. Faktor lainnya yang tidak kalah penting adalah fenomena yang terjadi sekarang ini, dimana adanya kecendrungan banyaknya dokter yang terpaksa mengikuti keinginan sebuah perusahaan farmasi untuk meresepkan obat yang diproduksi oleh perusahaan farmasi tertentu, mengutip percakapan dr B Posma Siahaan, SpPD di *website Kompasiana.com*, dimuat Majalah Forum Keadilan, menerangkan *“ada teman sejawat yang bercerita seperti diteror tiap hari ditagih peresepnya melalui telepon atau melalui medical representative (mendrep) datang langsung kalau peresepannya dianggap kurang. Kalau peresepannya tetap kurang maka pembayaran kreditnya akan dihentikan, lalu mobilnya bisa diambil lagi oleh “dealer”. Bukan hanya mobil baru yang disodorkan sebagai iming-iming bagi para dokter yang memiliki banyak pasien, yang paling sering adalah undangan mengikuti seminar atau konferensi tentang poduk atau teknologi kesehatan yang baru di dalam maupun diluar negeri, dengan biaya dibayar penuh oleh perusahaan farmasi dan berbagai bentuk pemberian fasilitas lainnya seperti makan siang atau makan malam di restoran mahal, keanggotaan klub olah raga eksklusif dan lain-lain sebagainya. Semua layanan istimewa tersebut tidaklah gratis, dokter itu diajak bekerjasama dan bahkan harus menandatangani kontrak untuk menuliskan obat-obatan tertentu berharga mahal dalam resep-resepnya untuk para pasiennya<sup>111</sup>.*

Terhadap cerita yang diutarakan dr B Posma Siahaan, SpPD diatas, harus diakui bahwa hal tersebut dapat mempengaruhi dokter dalam menjalankan praktek kedokterannya, dokter disetiap pengobatan dan tindakan kedokterannya tidak lagi menjadikan indikasi medis sebagai dasar utama pemberian obat atau tindakan kedokteran kepada pasien, kemudian untuk mengujudkan permintaan perusahaan farmasi atas target peresepan obat, dokter terpaksa membuka jam praktek yang lama atau praktek dibeberapa tempat walaupun maksimal dibatasi 3 (*tiga*) tempat praktek, tindakan-tindakan kelalaian atau kealpaan dapat saja tidak terjadi, apabila dokter

---

<sup>111</sup> Forum Keadilan, edisi tahun XXII/Desember 2013, hlm 38-39

dalam memberikan pelayanan kedokteran memiliki aturan hukum tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran, dengan adanya hukum standarisasi ini tentunya akan sangat sulit bagi dokter dalam memberikan pelayanan kedokteran yang berlandaskan selain dari indikasi medis pasien, indikasi medis merupakan hal utama yang dijadikan pedoman oleh dokter dalam mendiagnosa pasien.

Berbeda lagi halnya, melihat apa yang dialami Reza Indragiri Amriel sebagaimana dimuat di Majalah Gatra, Reza menceritakan, *saat berobat untuk anak keduanya yang jatuh dari tempat tidur dan kepalanya terbentur lantai, kepada salah seorang dokter di sebuah klinik di kawasan Pamulang, ternyata dokter tersebut setelah melakukan pemeriksaan tidak memberikan obat otak akan tetapi suplemen vitamin yang salah satu kandungannya adalah DHA, kemudian diwaktu yang berbeda anak Reza divonis dokter harus menjalani rawat inap, "kalau bukan demam berdarah, anak Bapak terkena tifus", penjelasan dokter di salah satu Rumah Sakit di Bogor, Reza merasa ada yang tidak beres, sangat aneh dokter berani memberikan diagnose, Reza menyerang balik sang dokter, sampai kemudian dengan redah hati dokter mengoreksi rekomendasinya sendiri, dokter menyatakan anak bapak rawat jalan saja<sup>112</sup>, terhadap apa yang dialami oleh Reza Indragiri Amriel ini terkesan bahwa dokter telah tidak cermat dalam melakukan diagnosa, sehingganya mengakibatkan kekeliruan dalam memberikan pelayanan kedokteran. Aturan hukum tentang standarisasi pelayanan kedokteran akan mampu mencegah dokter untuk berbuat diluar standar dan terhadap apa yang dialami oleh kedua orang anak Reza Indragiri Amriel tidak akan terjadi.* Terhadap apa yang dikemukakan Reza Indragiri diatas, dengan adanya Standarisasi Pelayanan Kedokteran, dokter tentunya tidak akan keliru atau lalai dalam mendiagnosa ke-2 orang anak Reza Indragiri tersebut.

Kebutuhan akan adanya hukum tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran dirasakan sangat penting, dikarenakan terdapatnya perbedaan dalam melakukan pengobatan dan tindakan kedokteran terhadap pasien, perbedaan pengobatan dan tindakan kedokteran terhadap pasien tersebut dikarenakan terdapatnya perbedaan indikasi medis dari setiap pasien, termasuk juga karena perbedaan peralatan dan fasilitas yang digunakan dalam melakukan tindakan kedokteran, sehingganya hukum tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran akan dapat mempermudah untuk mengukur atau mengetahui adanya penyimpangan yang telah dilakukan oleh dokter dalam melaksanakan pelayanan kedokteran terhadap pasien dan standarisasi pelayanan kedokteran dapat memberikan jaminan kepada pasien untuk memperoleh pelayanan kedokteran yang berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai dengan kebutuhan

---

<sup>112</sup> Majalah Gatra Edisi Desember 2013. hlm 96

medis pasien dan mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kedokteran yang diberikan oleh dokter.

Aturan tentang Standar Pelayanan Kedokteran harus berbentuk Undang-Undang, karena Undang-Undang merupakan salah satu sumber hukum yang memiliki kekuatan mengikat berlakunya, sebagaimana uraian sebelumnya dokter menilai telah dikriminalisasi atau diperlakukan tidak adil karena KUHPidana digunakan untuk menilai apakah dokter dalam memberikan pelayanan kedokteran telah lalai atau alpa, dokter menyatakan pendekatan KUHPidana tidak bisa digunakan untuk menilai pelayanan kedokteran yang dilakukan oleh dokter. Disisi pasien, atas kerugian yang diderita oleh pasien pasca mendapatkan pelayanan kedokteran, menyatakan dokter harus dapat diminta pertanggungjawabannya atas layanan kedokteran, apabila dokter tidak dapat diminta pertanggungjawabannya maka dinilai adanya ketidakadilan. Hukum dan keadilan merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan, keadilan merupakan bagian inti dari teori hukum, keadilan merupakan hal yang dicita-citakan dari hukum, baik dalam substansi ketentuannya atau dalam pelaksanaan ketentuan, peraturan perundang-undangan sebagai bentuk hukum secara substansi harus menjabarkan nilai-nilai keadilan begitu juga halnya dalam pelaksanaan hukum tersebut harus sesuai dengan nilai keadilan dimana hukum tersebut berlaku, diharapkan hukum dan pelaksanaan hukum tersebut memberikan jaminan dan perlindungan terhadap kepentingan setiap orang dan kelompok.

Plato dalam bukunya yang berjudul *“the republic”* menyatakan bahwa *“keadilan adalah sebuah konsep social dan politik yang tidak dapat dihindari, maka sebuah meditasi dari keadilan yang alami biasanya menjadi sebuah meditasi di Negara dan masyarakat ideal”*. Plato, menurutnya keadilan hanya dapat ada di dalam hukum dan perundang-undangan yang dibuat oleh para ahli yang khusus memikirkan hal itu, Ulpianus mengatakan bahwa *“keadilan adalah kemauan yang bersifat tetap dan terus menerus untuk memberikan kepada setiap orang apa yang semestinya untuknya”*, sementara keadilan menurut Thomas Aquino yang membedakan keadilan menjadi 2 kelompok: *Pertama*, keadilan umum (*justitia generalis*) yaitu keadilan ini adalah keadilan yang sesuai dengan kehendak undang-undang yang harus ditunaikan demi kepentingan umum (*disebut juga keadilan legal*). *Kedua*, keadilan khusus, yaitu keadilan atas dasar kesamaan dan proporsional.

Keadilan merupakan nilai yang tidak dapat ditawar-tawar karena merupakan jaminan stabilitas hidup manusia, keadilan merupakan suatu nilai yang mengujudkan keseimbangan antara bagian-bagian dalam kesatuan antara tujuan-tujuan pribadi dan tujuan bersama. Menurut Roscoe Pound melihat keadilan dalam hasil-hasil yang kongkrit yang bisa diberikannya kepada masyarakat, ia melihat bahwa hasil yang

diperoleh itu hendaknya merupakan pemuasan kebutuhan manusia sebanyak-banyaknya dengan pengorbanan yang sekecil-kecilnya. Pound sendiri mengatakan bahwa ia senang melihat semakin meluasnya pengakuan dan pemuasan terhadap kebutuhan, tuntutan atau keinginan-keinginan manusia melalui pengendalian social; semakin meluas dan efektifnya jaminan terhadap kepentingan social; suatu usaha untuk menghapuskan pemborosan yang terus menerus dan semakin efektif dan menghindarkan perbenturan antara manusia dalam menikmati sumber-sumber daya, singkatnya *social engineering* yang semakin efektif, dirinya mengatakan bahwa dalam hukum harus mengandung dua jenis keadilan, keadilan yudisial dan keadilan administrative.<sup>113</sup>

Bagi bangsa Indonesia persoalan keadilan telah lama dibicarakan sejak pembahasan tentang falsafah kehidupan bangsa. Di dalam Pancasila nilai-nilai keadilan disebutkan dua kali yaitu pada *silanya kedua* “*kemanusiaan yang adil dan beradab*” dan pada *silanya kelima* “*keadilan social bagi seluruh rakyat Indonesia*”. Nur Fatimah dalam makalahnya berjudul “*Keadilan : dari Plato hingga Hukum Progresif*” mengutip pendapat Noor MS Bakry menyatakan bahwa kata “*adil*” pada silanya kedua mengandung arti memperlakukan dan memberikan sebagai rasa wajib sesuatu hal yang telah menjadi haknya, baik terhadap diri sendiri sesama manusia maupun terhadap Tuhan. Adil terhadap diri sendiri berarti memenuhi tuntutan diri pribadi secara manusiawi. Adil terhadap sesama manusia berarti memberikan sesuai yang menjadi haknya orang lain sebagaimana mestinya. Adil terhadap Tuhan berarti memenuhi tuntutan atau perintah Tuhan dengan taat. Adil pada silanya kedua ini juga dapat diartikan dengan menghormati hak-hak kemanusiaan, tindakan yang tidak sewenang-wenang, tindakan yang memberikan kepada seseorang apa yang menjadi haknya. Kemanusiaan yang adil dan beradab berarti sikap manusia yang memperlakukan manusia lainnya secara adil, memberikan apa yang menjadi haknya dan seimbang dengan kewajiban yang ia darmabhaktikan pada lingkungannya.

Satjipto Rahardjo mengidentifikasi 9 (*sembilan*) defenisi keadilan yaitu: memberikan kepada setiap orang yang seharusnya diterima, memberikan kepada setiap orang yang menurut aturan hukum menjadi haknya, kebajikan untuk memberikan hasil yang telah menjadi bagiannya, memberikan sesuatu yang dapat memuaskan kebutuhan orang, persamaan pribadi, pemberian kemerdekaan kepada individu untuk mengejar kemakmurannya, pemberian peluang kepada setiap orang

---

<sup>113</sup> Eka Julianta Wahjoepramono. *Konsekwensi Hukum dalam Profesi Medis*. Bandung: Penerbit Karya putra Darwati. 2012. hlm 44–51.

mencari kebenaran dan memberikan sesuatu secara layak.<sup>114</sup> Satjipto Rahardjo merupakan penggagas pertama kali tentang Teori Hukum Progresif, dasar filosofi pemikiran hukum progresif adalah suatu institusi yang bertujuan mengantarkan manusia kepada kehidupan yang adil, sejahtera dan membuat manusia bahagia. Pemikiran hukum progresif berangkat dari asumsi dasar bahwa hukum adalah untuk manusia dan bukan sebaliknya. Berdasarkan hal itu maka kelahiran hukum bukan untuk dirinya sendiri melainkan untuk sesuatu yang lebih luas yaitu untuk harga diri manusia, kebahagiaan, kesejahteraan dan kemuliaan manusia. Pernyataan bahwa hukum adalah untuk manusia dalam artian hukum hanyalah sebagai “alat” untuk mencapai kehidupan yang adil, sejahtera dan bahagia bagi manusia. Oleh karena itu menurut pemikiran progresif hukum bukanlah tujuan manusia, melainkan hukum hanyalah alat, sehingga keadilan substantif yang harus lebih dahulu ketimbang keadilan procedural, hal ini semata-mata agar dapat menampilkan hukum menjadi solusi bagi problem-problem kemanusiaan. Orientasi pemikiran hukum progresif bertumpu pada aspek peraturan dan perilaku (*rules dan behavior*), peraturan akan membangun system hukum positif yang logis dan rasional sedangkan aspek perilaku atau manusia akan menggerakkan peraturan dan system yang telah terbangun itu.<sup>115</sup> Memahami penekanan keadilan kepada keadilan substantif dalam hukum progresif, sangat jelas keadilan substantif mereduksi nilai-nilai keadilan sebagaimana dimaksud dalam Pancasila.

Dalam Teori Hukum Progresif Satjipto Raharjo berpandangan mengenai karakteristik dan fungsi serta peranan hukum dalam pembangunan oleh Satjipto dibedakan dalam dua hal yaitu, *pertama*, hukum selalu ditempatkan untuk mencari landasan pengesahan atas suatu tindakan yang memegang teguh ciri procedural dari dasar hukum dan dasar peraturan. Karakteristik *kedua* hukum dalam pembangunan adalah sifat instrumental yang dipandang oleh Satjipto telah mengalami pertukaran dengan kekuatan-kekuatan di luar hukum sehingga hukum menjadi saluran untuk menjalankan keputusan politik atau menurut beliau, hukum sebagai sarana perekayasaan social. Satjipto Raharjo telah merinci hal tersebut sebagai berikut:<sup>116</sup>

1. Hukum ditujukan untuk memantapkan dan mengamankan pelaksanaan pembangunan dan hasil-hasilnya

---

<sup>114</sup> Nurhasan Ismail. *Makalah Tentang Pilihan Keadilan Dalam Hukum*. dalam Buku yang berjudul *Permasalahan Seputar Hukum Bisnis Persembahkan Kepada Sang Maha Guru*. 2006.

<sup>115</sup> Turiman Fachturahman Nur. *Makalah Keadilan Dalam Pandangan Pemikiran Hukum Progresif Satjipto Rahardjo*. Fakultas Hukum UNTAN Pontianak Kalimantan Barat. 2011.

<sup>116</sup> Romli Atmasasmita. *Teori Hukum Integratif*. Yogyakarta: Penerbit Genta Publishing. 2012. hlm. 87-88.

2. Hukum memberikan dukungan dan pengarahan kepada upaya pembangunan untuk mencapai kemakmuran yang adil dan merata.
3. Hukum menumbuhkan dan mengembangkan disiplin nasional dan rasa tanggungjawab social pada setiap anggota masyarakat
4. Hukum menciptakan iklim dan lingkungan yang mendorong kreativitas dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan serta mendukung stabilitas nasional yang sehat dan dinamis.

Padangan teori hukum progresif tidak secara spesifik membahas pembaharuan hukum, sehingga sampai saat ini tidak jelas arah tujuan pembaharuan hukum yang hendak dicapai melalui teori hukum progresif, kecuali asumsi dasar yang dibangun sebagaimana diuraikan sebagai berikut, *“hukum adalah untuk manusia, maka hukum bukan untuk dirinya sendiri, melainkan untuk sesuatu yang lebih luas dan lebih besar; setiap kali adalah masalah dalam dan dengan hukum, hukumlah yang ditinjau dan diperbaiki bukan manusia yang dipaksakan untuk dimasukkan ke dalam sistem hukum”*. Pandangan Satjipto Raharjo memiliki makna yang sangat dalam dan kuat pengaruh filsafat kemanusiaan dan pandangan ini hanya mendapat tempatnya di dalam bekerjanya hukum yang dijalankan oleh penegak hukum yang mumpuni, baik dari sudut filsafat, substansi hukum dan memang struktur kekuasaan kehakiman yang dianut mendukung ke arah adagium hukum Satjipto Raharjo, *“hukum dibuat untuk manusia, bukan sebaliknya”*

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran sebagai aturan hukum yang mengatur dokter dalam menjalankan profesinya, secara tegas menyatakan bahwa kedua Undang-Undang tersebut disusun dan diundangkan, didasarkan kepada nilai-nilai keadilan, kemanfaatan dan keseimbangan, akan tetapi realitasnya dapat dilihat, bahwa laporan atas dugaan terjadinya malpraktek kedokteran semakin hari semakin meningkat dan dari beberapa kasus dugaan malpraktek kedokteran tersebut telah ada yang diputuskan oleh Pengadilan, dari seluruh deretan kasus-kasus malpraktek kedokteran tersebut, tergambar bahwa Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran, belum mampu menciptakan keadilan, baik itu keadilan disisi dokter maupun keadilan disisi pasien.

Sebagaimana pendapat Plato yang dikutip diatas, bahwasanya keadilan hanya dapat ada dalam hukum dan peraturan perundang-undangan, sedangkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran dirasakan belum mampu menciptakan keadilan,

karena setiap permasalahan dugaan malpraktek kedokteran tidak seluruhnya dapat diselesaikan dengan mengacu ketentuan dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran, hal ini disebabkan karena kedua Undang-Undang tersebut tidak memberikan pemisahan antara malpraktek kedokteran dengan risiko medis, dengan tidak adanya pemisahan secara tegas ini tentunya terhadap permasalahan malpraktek kedokteran akan diselesaikan melalui pendekatan hukum pidana dan hukum perdata yang ada, pendekatan hukum pidana adalah pendekatan dengan menggunakan ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), sedangkan hal ini dinyatakan tidak adil oleh dokter.

Pernyataan Satjipto Rahardjo, hukum hanyalah sebagai “alat” untuk mencapai kehidupan yang adil dan sejahtera bagi manusia, hukum yang berlaku bagi dokter adalah Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran, terhadap hukum ini, dihadapkan kepada persoalan malpraktek kedokteran, kedua aturan hukum tersebut belum mampu menciptakan keadilan dan kesejahteraan terhadap dokter dan pasien, setiap persoalan malpraktek kedokteran tidak dapat diselesaikan dengan mengacu ketentuan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran, karena didalamnya tidak mengatur tentang malpraktek kedokteran atau tidak adanya aturan tentang klasifikasi dari malpraktek kedokteran. Dengan dasar pemahaman bahwa hukum adalah untuk manusia bukan manusia untuk hukum, diperlukan untuk dirumuskannya suatu aturan hukum yang baru, Aturan hukum dimaksud tidak lain adalah aturan hukum tentang standarisasi pelayanan kedokteran, dengan adanya aturan hukum ini maka setiap tindakan pengobatan atau tindakan medis yang dilakukan oleh dokter dapat diukur apakah tindakan dokter tersebut tergolong malpraktek kedokteran atau risiko medis. Tindakan pengobatan dan tindakan kedokteran yang diberikan dokter kepada pasien merupakan upaya untuk menyembuhkan pasien, bisa saja dalam kondisi-kondisi tertentu atau untuk pasien-pasien tertentu pengobatan atau tindakan kedokteran yang dilakukan, menimbulkan kerugian kepada kesehatan pasien aturan hukum tentang standarisasi pelayanan kedokteran ini, akan dapat membedakan apakah tindakan dokter tersebut termasuk malpraktek kedokteran atau bukan, artinya keadilan dan kesejahteraan untuk dokter dan pasien dapat diwujudkan.

Sepanjang pelayanan dan tindakan kedokteran yang dilakukan dokter telah memenuhi ketentuan Stadarisasi Pelayanan Kedokteran, maka dokter tidak dapat dinyatakan telah melakukan malpraktek kedokteran artinya perlindungan hukum yang diharapkan oleh dokter dalam melakukan praktek kedokteran akan dapat juga terwujud.

Akan tetapi agar Undang-Undang tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran tidak menimbulkan hambatan bagi dokter dalam menjalankan praktek kedokteran sebagaimana yang dikemukakan oleh para dokter termasuk PB IDI organisasi profesi kedokteran, maka Undang-Undang tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran tersebut berisikan aturan yang mengatur secara bertingkat, disesuaikan dengan klasifikasi tempat pelayanan kesehatan, standar minimum praktek kedokteran yang diatur dalam Undang-Undang tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran antara Rumah Sakit Tipe D berbeda dengan Rumah Sakit Tipe A begitu juga standar minimum antara Pukesmas berbeda dengan standar minimum Rumah Sakit, disamping itu dikarenakan dasar utama penyusunan Undang-Undang tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran adalah ilmu kedokteran dan ilmu kedokteran itu sendiri selalu berkembang, maka Undang-Undang tentang standarisasi pelayanan kedokteran tersebut dapat dirubah menyesuaikan perkembangan ilmu kedokteran.

Undang-Undang tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran ini, diyakini akan dapat juga mengantisipasi atau mencegah sikap *defensive medicine* dari dokter, kecenderungan dokter untuk berusaha menghindari dari tuntutan malpraktek kedokteran, dengan melakukan tindakan-tindakan yang sebenarnya tidak perlu atau tidak dibutuhkan oleh pasien atau tindakan yang tidak sesuai dengan indikasi medis pasien, dinamika perubahan sikap diatas merupakan gerakan yang secara terus menerus terjadi menuju arah perubahan tata kehidupan ditengah-tengah masyarakat, perubahan tata kehidupan tersebut melahirkan ketidakadilan, sehingganya Undang-Undang tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran merupakan suatu kebutuhan, agar kehidupan yang adil dan sejahtera dapat terwujud, sebagaimana pendapat Prof Satjipto Raharjo, hukum diharapkan menjadi solusi atas problem-problem sosial yang terjadi, hukum memiliki peranan memberikan arah dan dorongan perkembangan sosial untuk mencapai kehidupan sosial yang adil dan sejahtera. Aturan hukum untuk keluar dari problem-problem sosial dimaksud adalah hukum tentang Standarisasi Pelayanan Kedokteran, aturan hukum ini akan melahirkan kepastian, keadilan dan perlindungan hukum terhadap dokter dan pasien.

#### **D. Kesimpulan**

Berdasarkan uraian pembahasan diatas, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. a. Standarisasi pelayanan kedokteran yang berlaku secara nasional, sangatlah diperlukan, standarisasi pelayanan kedokteran tersebut adalah standar minimum yang harus ditaati oleh setiap dokter dalam memberikan pelayanan kedokteran atau tindakan medis, Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang

- Kesehatan dan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran tidak cukup mengatur tentang standarisasi pelayanan kedokteran.
- b. Tidak adanya standarisasi pelayanan kedokteran menyebabkan terjadinya perbedaan sudut pandang dalam memberikan analisa hukum oleh para hakim dalam memeriksa dan mengadili kasus-kasus malpraktek kedokteran, penting adanya standarisasi pelayanan kedokteran tersebut adalah agar putusan pengadilan atas setiap kasus malpraktek kedokteran dapat menciptakan keadilan bagi dokter maupun bagi pasien.
2. Standarisasi Pelayanan Kedokteran harus berbentuk Undang-Undang, sehingganya mengikat dan memiliki daya paksa secara hukum, adanya aturan Undang-Undang tentang standarisasi pelayanan kedokteran maka secara hukum dapat dipisahkan antara malpraktek kedokteran dengan risiko medis dan Undang-Undang tentang standarisasi pelayanan kedokteran tersebut akan dapat menjadi upaya preventif terjadinya malpraktek kedokteran, dokter akan selalu hati-hati dalam melakukan pelayanan kedokteran, dokter mempunyai kewajiban hukum untuk berpraktek berdasarkan standarisasi pelayanan kedokteran.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Abdul Latif dan Hasbi Ali. *Politik Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika. 2010.
- Abu Rokhmad. *Hukum Progresif (pemikiran satjipto raharjo dalam perspektif teori masalah)*. Semarang: Program Pascasarjana IAIN Walisongo bekerjasama Pustaka Rizki Putra. 2012.
- Adami Chazawi. *Malpraktik Medis Tinjauan Norma dan Doktrin Hukum*. Malang: Bayumedia Publishing. 2007.
- Ari Yunanto dan Helmi. *Hukum Pidana Malpraktek Medik*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta. 2010.
- Anny Isfandyarie. *Malpraktek dan Risiko Medis dalam Kajian Hukum Pidana*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher. 2005.
- , *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi Bagi Dokter Buku I*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher. 2006.
- dan Fachrizal Afandi. *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi Bagi Dokter Buku II*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher. 2006.
- Awaludin Marwan. *Sebuah Biografi Intelktual & Pertarungan Tafsir Terhadap Filsafat Hukum Integratif*. Yogyakarta: Thafa Media, 2013
- Bambang Poernomo. *Asas-Asas Hukum Pidana*. Jakarta: Ghalia Indonesia. 1985

- Danny Wiradharma. *Penuntun Kuliah Medis dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Buku Medis EGC. 1999
- D. Veronica Komalawati. *Hukum dan Etika dalam Praktik Dokter*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Eka Julianta Wahjoepramono. *Konsekuensi Hukum Dalam Profesi Medik*. Bandung: Karya Putra Darwati. 2012
- Hermien Hadiati Koeswadji. *Hukum Medis (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti. 1998.
- J Guwandi, *Hukum medic (medical law)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Univesitas Indonesia. 2004.
- , *Kelalaian Medik*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1994
- , *Medical Error dan Hukum Medis*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2005
- Jan Remmelink. *Hukum Pidana*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. 2003.
- Lili Rasjidi dan Ira Thania Rasjidi. *Pengantar Filsafat Hukum*. Bandung: Mandar Maju. 2010.
- M. Yusuf Hanafiah & Amir Amir. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran Egc. 2009.
- Mudakir Iskandar. *Tuntutan Pidana dan Perdata Malpraktik*. Jakarta: Permata Aksara. 2011.
- Mahrus Ali. *Membumikan Hukum Progresif*. Yogyakarta: Aswaja Pressindo. 2013.
- Ninik Mariyati. *Malpraktek Medis dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*. Jakarta. 1988
- R. Sugandhi. *Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dengan Penjelasannya*, Surabaya: Usaha Nasional. 1981.
- Romli Atmasasmita. *Teori Hukum Integratif*. Yogyakarta: Genta Publishing. 2012.
- Satjipto Raharjo. *Hukum Integratif Sebuah Sintesa Hukum Indonesia*. Yogyakarta: Genta Publishing. 2009.
- , *Sisi-sisi lain dari Hukum di Indonesia*. Jakarta: Buku Kompas. 2009.
- Sudjito Bin Atmoredjo. *Hukum Progresif Untuk Mengujudkan Keadilan Substantif Dalam Bingkai Nilai-Nilai Pancasila*, Yogyakarta: Pusat Studi Pancasila UGM. 2012
- S Soetrisno. *Malpraktek Medik dan Mediasi Sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa*. Jakarta: PT. Telaga Ilmu Indonesia. 2010.

- Suratman dan Philips Dillah. *Metode Penelitian Hukum*. Bandung: 2012.
- Teguh Prasetyo dan Abdul Halim Barkatullah. *Filsafat, Teori dan Ilmu Hukum Pemikiran Menuju Masyarakat yang Berkeadilan dan Bermatabat*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. 2012.
- Veronika Komalawati. *Hukum dan Etika dalam Praktek Dokter*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan. 1999.
- Wila Chandrawila Supriadi. *Hukum Kedokteran*. Surabaya: Penerbit CV. Mandar Maju. 2001
- Zainuddin Ali. *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika. 2009.

### **Peraturan Perundang-undangan**

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Departemen Kesehatan RI

Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran, Bandung, Citra Umbara.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran

### **Putusan Pengadilan**

Putusan Pengadilan Negeri Pati No. 8/1980/Pid.B/PN.PT tanggal 2 September 1981

Putusan Pengadilan Negeri Menado Nomor90/PID.B/2011/PN.Menado tanggal 22 September 2011

Putusan Mahkamah Agung No. 600/K/Pid/1983 tanggal 27 Juni 1984.

Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012 tanggal 18 September 2012

Putusan Mahkamah Agung Nomor 79 PK/Pid/2013 tanggal 7 Februari 2014.

### **Tesis/Makalah/Majalah**

Agus Budianto. *Makalah: Kasus Malpraktek Antara Penegakan Hukum dengan Rasa Keadilan Masyarakat*. Universitas Pelita Harapan.

Priharto Adi. *Tesis: Kebijakan Formulasi Hukum Pidana dalam Rangka Penanggulangan Tindak Pidana Malpraktek Kedokteran*. Unpad. 2010.

Nurhasan Ismail. *Makalah: Pilihan Keadilan Dalam Hukum* dalam Buku yang berjudul *Permasalahan Seputar Hukum Bisnis Persembahkan Kepada Sang Maha Guru*. 2006.

- R. Sianturi. *Makalah: Malpraktek Dalam Pelayanan Kesehatan*. dalam Seminar di RS Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang. 2001.
- Turiman Fachturahman Nur. *Makalah: Keadilan Dalam Pandangan Pemikiran Hukum Progresif Satjipto Rahardjo*. Fakultas Hukum UNTAN Pontianak Kalimantan Barat. 2011.
- Veronica Komalawati. *Makalah : Malpraktek Medis dan Tanggungjawab Hukum Dalam Pelayanan Kedokteran (Tinjauan Praktis Dalam Tata Hukum Indonesia)*. Dalam Buku Permasalahan Seputar Hukum Bisnis Persembahkan Kepada Sang Maha Guru, peringatan ulang tahun Prof Dr. RM Sudikno Mertokusumo, SH yang ke 82, 7 Desember 2006.
- Majalah Gatra. edisi September 2013.
- Majalah Gatra. edisi Desember 2013.
- Malajah Forum Keadilan. edisi tahun XXII/Desember 2013.

**Internet**

[www.kki.go.id](http://www.kki.go.id)

[www.dokterindonesiaonline.com](http://www.dokterindonesiaonline.com)