



DOI: <https://doi.org/10.38035/jsmd.v4i1>
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Dilema Etik dan Hukum Dalam Penyampaian Prognosis Kebutaan: Perspektif Filsafat Hukum Terhadap Prioritas Autonomi dan Batasan *Non-Maleficence*

Mohammad Aulia Molid Ogest Putra Calisanie¹, Asep Sapsudin², Kadarusman³, Sobri⁴

¹Universitas Islam Nusanantara, Bandung, Indonesia, calisanie@fk.unsri.ac.id

²Universitas Islam Nusanantara, Bandung, Indonesia, asepsapsudin@gmail.com

³Universitas Islam Nusanantara, Bandung, Indonesia, kdrusman@gmail.com

⁴Universitas Islam Nusanantara, Bandung, Indonesia, obribri99@gmail.com

Corresponding Author: calisanie@fk.unsri.ac.id¹

Abstract: *Ophthalmologists in Indonesia face a genuine dilemma when communicating blindness prognosis to patients. While positive law explicitly requires prognosis disclosure as part of valid informed consent, Article 9(3) of Ministry of Health Regulation 290/2008 permits therapeutic privilege, allowing physicians to withhold information in the patient's perceived best interest. This tension reflects a fundamental conflict between the bioethical principles of autonomy and non-maleficence. This study aims to analyze this conflict through a legal philosophy lens and propose an autonomy-based norm reconstruction. A normative juridical method is applied using four approaches: statutory, conceptual, legal philosophy, and comparative. The analysis shows that withholding prognosis information constitutes a more serious long-term maleficence. The proposed norm reconstruction includes affirming the fundamental nature of the disclosure obligation with strictly limited exceptions, establishing minimum content standards, implementing staged disclosure with psychological support, and mandating verifiable documentation.*

Keyword: *Blindness Prognosis, Patient Autonomy, Non-Maleficence, Therapeutic Privilege, Health Law Philosophy*

Abstrak: Dokter spesialis mata di Indonesia menghadapi dilema nyata ketika harus menyampaikan prognosis kebutaan kepada pasien. Di satu sisi, hukum positif mewajibkan penyampaian prognosis sebagai bagian dari *informed consent* yang sah. Di sisi lain, Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 membuka ruang bagi *therapeutic privilege* yang memungkinkan dokter menahan informasi demi melindungi pasien. Ketegangan ini mencerminkan konflik mendasar antara prinsip autonomi dan *non-maleficence* dalam bioetika medis. Penelitian ini bertujuan menganalisis konflik tersebut dari perspektif filsafat hukum dan merumuskan rekonstruksi norma berbasis prioritas autonomi. Metode yang digunakan adalah penelitian hukum normatif dengan empat pendekatan: perundang-undangan, konseptual, filsafat hukum, dan perbandingan hukum. Hasil analisis menunjukkan bahwa penahanan informasi prognosis justru merupakan bentuk *maleficence* jangka panjang yang lebih serius. Rekonstruksi norma yang diusulkan mencakup penegasan

kewajiban fundamental penyampaian prognosis dengan pengecualian yang sangat terbatas, penetapan standar minimum substansi, mekanisme penyampaian bertahap disertai dukungan psikologis, serta kewajiban dokumentasi yang terverifikasi.

Kata Kunci: Prognosis Kebutaan, Autonomi Pasien, *Non-Maleficence*, *Therapeutic Privilege*, Filsafat Hukum Kesehatan

PENDAHULUAN

Kebutaan dan gangguan penglihatan berat bukan sekadar kondisi medis. Kehilangan fungsi penglihatan secara permanen mengubah hampir seluruh dimensi kehidupan penderitanya, mulai dari kemandirian sehari-hari, produktivitas kerja, sampai kesehatan mental (WHO, 2019). Di Indonesia, beban ini tergambar cukup jelas. Survei *Rapid Assessment of Avoidable Blindness* di 15 provinsi pada 2014–2016 menemukan prevalensi kebutaan pada penduduk usia 50 tahun ke atas sebesar 3 persen, dengan katarak menyumbang 81 persen kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Kementerian Kesehatan (2024) mencatat 8 juta kasus gangguan penglihatan pada 2022, di mana 272 ribu di antaranya sudah mengalami kebutaan total, sementara capaian deteksi dini secara nasional baru menyentuh 23,3 persen dari target 70 persen yang ditetapkan (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Di balik angka-angka tersebut, ada realitas klinis yang jarang dibahas secara hukum: bagaimana dokter spesialis mata seharusnya menyampaikan prognosis kebutaan kepada pasiennya. Kondisi yang berpotensi berujung pada kebutaan permanen, seperti glaukoma lanjut, degenerasi makula terkait usia, retinitis pigmentosa, dan retinopati diabetik stadium akhir, memiliki perjalanan yang progresif dan ireversibel. Kepastian klinis tidak selalu tersedia sejak awal, sehingga dokter harus menyampaikan informasi yang belum pasti kepada pasien yang sedang rentan secara psikologis, sebuah tantangan komunikasi yang diakui secara luas dalam literatur oftalmologi (Baile et al., 2000). Ketika komunikasi ini tidak dilakukan dengan tepat, kepercayaan pasien terhadap dokter dapat runtuh dan berujung pada konflik terapeutik atau bahkan tuntutan hukum, meski secara medis tidak ada kelalaian.

Kerangka hukum Indonesia sejatinya sudah mengatur hal ini. Pasal 45 ayat (3) huruf e Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menetapkan prognosis sebagai elemen wajib dalam penjelasan kepada pasien. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memperkuat ketentuan ini melalui Pasal 293 yang mensyaratkan penjelasan yang memadai sebelum tindakan dilaksanakan, sekaligus menegaskan hak pasien atas informasi tersebut melalui Pasal 276. Persoalannya muncul dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008. Pasal 9 ayat (3) Permenkes tersebut memberi kewenangan kepada dokter untuk tidak menyampaikan penjelasan secara langsung kepada pasien apabila dinilai dapat merugikan kondisinya, sebuah ketentuan yang secara implisit mengakui *therapeutic privilege* dalam hukum Indonesia. Akibatnya, ada celah antara kewajiban yang ditetapkan undang-undang dengan keleluasaan yang diberikan peraturan pelaksana.

Beauchamp dan Childress (2019) menyebut ini sebagai konflik antara prinsip autonomi dan *non-maleficence*. Autonomi menuntut pasien mendapat informasi yang cukup untuk memutuskan sendiri, sementara *non-maleficence* menuntut dokter tidak mendatangkan bahaya, termasuk bahaya dari informasi yang disampaikan secara tidak bijaksana. Kajian yang secara khusus menganalisis konflik ini dari perspektif filsafat hukum masih sangat terbatas dalam literatur hukum kesehatan Indonesia (Busro, 2018). Penelitian ini hadir untuk mengisi celah tersebut, dengan argumen utama bahwa prinsip autonomi seharusnya diprioritaskan dan kerangka normatif yang ada perlu direkonstruksi agar dokter spesialis mata memiliki panduan hukum yang jelas dalam menyampaikan prognosis kebutaan kepada pasiennya.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini mengkaji dua hal: pertama, bagaimana filsafat hukum mengurai konflik antara prinsip autonomi dan *non-maleficence* dalam penyampaian prognosis kebutaan oleh dokter spesialis mata; dan kedua, bagaimana seharusnya hukum Indonesia mengatur kewajiban tersebut berdasarkan prioritas prinsip autonomi. Penelitian ini bertujuan menganalisis konflik tersebut dari perspektif filsafat hukum sekaligus merumuskan rekonstruksi norma tentang kewajiban dokter dalam penyampaian prognosis kebutaan yang berbasis prioritas autonomi.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode hukum normatif, yakni penelitian yang bertumpu pada kajian bahan hukum berupa peraturan perundang-undangan, doktrin, dan literatur akademik yang relevan (Marzuki, 2017; Soekanto & Mamudji, 2015). Metode ini dipilih karena persoalan yang dikaji menyentuh konflik antara norma hukum dan prinsip etika medis, yang lebih tepat didekati secara normatif daripada empiris.

Empat pendekatan digunakan secara bersamaan dan saling melengkapi. Pendekatan pertama adalah *statute approach*, yang menelaah peraturan perundang-undangan yang mengatur kewajiban penyampaian informasi kepada pasien, khususnya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, dan Permenkes 290/2008. Pendekatan ini digunakan terutama saat mengidentifikasi kekosongan dan ketegangan norma di bagian Pembahasan.

Pendekatan kedua adalah *conceptual approach*, yang mengkaji doktrin hukum kesehatan dan prinsip-prinsip bioetika sebagaimana dikembangkan Marzuki (2017). Pendekatan ini digunakan saat mengelaborasi prinsip autonomi dan *non-maleficence* menurut Beauchamp dan Childress, serta saat menganalisis doktrin *therapeutic privilege* dalam kerangka hukum Indonesia.

Pendekatan ketiga adalah *legal philosophy approach*, yang digunakan untuk menelaah landasan teoretis mengapa satu prinsip hukum perlu diprioritaskan atas yang lain ketika terjadi konflik norma, merujuk pada Hart (2012), Nonet & Selznick (2001), Ratman (2013), dan Ross (2002). Pendekatan ini mencakup teori hukum alam, positivisme Hart, hukum responsif Nonet-Selznick, dan *prima facie duties* W.D. Ross, dan menjadi pisau analisis utama di bagian Pembahasan pertama.

Pendekatan keempat adalah *comparative approach*, yang melihat bagaimana negara lain mengatur kewajiban serupa, khususnya melalui protokol SPIKES (Baile et al., 2000) dan kajian oftalmologi Vasconcellos et al. (2022). Perbandingan dilakukan terhadap pedoman *General Medical Council* Inggris dan protokol SPIKES. Perlu ditegaskan bahwa perbandingan ini tidak dimaksudkan sebagai adopsi langsung, melainkan sebagai bahan refleksi untuk memperkuat argumen rekonstruksi norma.

Bahan hukum yang digunakan mencakup tiga lapisan: bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan yang mengikat, bahan hukum sekunder berupa buku teks dan jurnal ilmiah, serta bahan hukum tersier berupa kamus dan ensiklopedia hukum. Keseluruhan bahan dianalisis secara kualitatif dengan metode preskriptif-evaluatif, yang tidak hanya mendeskripsikan norma yang ada tetapi juga mengevaluasi dan merumuskan rekomendasi normatif (Marzuki, 2017; Soekanto & Mamudji, 2015).

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Prognosis Kebutaan: Perspektif Klinis dan Pondasi Normatif

Prognosis bukan sekadar informasi klinis. Ia adalah dasar bagi pasien untuk membuat keputusan tentang hidupnya sendiri, mencakup pilihan terapi, penyesuaian gaya hidup, perencanaan keluarga, hingga persiapan sosial-finansial, sebagaimana ditegaskan Komalawati (2002). Karena itu, penyampaian prognosis bukan hanya kewajiban etik, melainkan

kewajiban hukum yang diatur secara eksplisit dalam Pasal 45 ayat (3) huruf e Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Dalam konteks kebutaan, kewajiban ini menjadi lebih berat karena sifat kondisinya yang khas. Glaukoma merusak saraf optik secara perlahan tanpa bisa dipulihkan. Degenerasi makula stadium lanjut menghilangkan penglihatan sentral secara permanen. Retinitis pigmentosa menyempitkan lapang pandang secara bertahap hingga tersisa penglihatan terowongan saja. Tidak ada terapi yang mampu menghentikan progresivitas kondisi ini secara definitif (Baile et al., 2000). Ini yang membedakan prognosis kebutaan dari prognosis penyakit yang dapat disembuhkan: pasien tidak dihadapkan pada harapan pemulihan, melainkan pada kebutuhan untuk menyesuaikan seluruh rencana hidupnya dengan kenyataan yang permanen. Semua keputusan itu hanya bisa dibuat secara bermakna jika prognosis disampaikan dengan jujur, seperti yang ditekankan Guwandi (2006).

Secara normatif, Pasal 293 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menempatkan prognosis sebagai salah satu dari tujuh elemen penjelasan minimum yang wajib disampaikan. Pasal 8 ayat (4) Permenkes 290/2008 merinci tiga dimensi prognosis yang harus dicakup: *ad vitam* (hidup-mati), *ad functionam* (kemampuan fungsi organ), dan *ad sanationam* (kesembuhan). Dalam konteks kebutaan, dimensi *ad functionam* adalah yang paling kritis karena menyentuh langsung kemampuan pasien menjalani aktivitas sehari-hari. Hanafiah dan Amir (1999) menegaskan bahwa hubungan dokter-pasien dalam hukum Indonesia bersifat *in Spanningsverbintenis*, yakni kewajiban untuk berupaya maksimal sesuai standar kehati-hatian, bukan jaminan hasil. Ini berarti dokter tidak bisa menjanjikan kebutaan dapat dicegah sepenuhnya, dan justru karena itulah prognosis yang jujur menjadi semakin penting: agar pasien memahami sejak awal bahwa yang dilakukan dokter adalah upaya terbaik, bukan kepastian. Dari sudut hukum perjanjian, Susilo dkk. (2025) mengingatkan bahwa *informed consent* yang sah mensyaratkan kesepakatan yang bebas dari kekhilafan sebagaimana diatur Pasal 1320 KUHPerdara. Ketika prognosis tidak disampaikan secara memadai, persetujuan yang diberikan pasien berpotensi mengandung cacat kehendak.

2. Prinsip Autonomi dan *Non-Maleficence*: Konflik yang Memerlukan Resolusi Filosofis

Beauchamp dan Childress (2019) merumuskan empat prinsip dasar etika kedokteran yang dikenal sebagai *principlism*: autonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, dan keadilan. Dalam praktik klinis penyampaian prognosis kebutaan, autonomi dan *non-maleficence* adalah dua prinsip yang paling sering berbenturan.

Prinsip autonomi memandang setiap individu berhak menentukan apa yang terjadi pada tubuh dan hidupnya sendiri. Autonomi yang sesungguhnya mensyaratkan tiga hal secara bersamaan: informasi yang memadai, pemahaman yang nyata dari pasien, dan kebebasan dalam mengambil keputusan (Beauchamp & Childress, 2019). Tanpa ketiganya terpenuhi, persetujuan yang diberikan pasien tidak memiliki makna substantif. Prinsip *non-maleficence*, di sisi lain, menuntut dokter tidak mendatangkan bahaya, dan prinsip inilah yang sering menjadi justifikasi bagi *therapeutic privilege*: menahan informasi demi melindungi pasien dari dampak psikologis yang dianggap berbahaya.

Landasan empiris kekhawatiran tersebut memang ada. Demmin dan Silverstein (2020) menemukan bahwa tingkat depresi dan kecemasan pada penyandang gangguan penglihatan secara konsisten lebih tinggi dari populasi umum. Renaud dan Bédard (2013) mempertegas bahwa gejala depresi yang lebih berat berkorelasi kuat dengan penurunan kualitas hidup pada lansia dengan gangguan penglihatan. Ribeiro et al. (2015) dalam tinjauan sistematis mereka juga menemukan korelasi yang konsisten antara gangguan penglihatan dan depresi. Pertanyaannya bukan apakah kekhawatiran itu valid, melainkan apakah kekhawatiran yang valid itu cukup untuk membenarkan penahanan informasi yang menjadi hak pasien. Di sinilah perspektif filsafat hukum perlu dihadirkan.

3. Kerangka Filsafat Hukum sebagai Landasan Analisis

Berbeda dari etika klinis yang cenderung situasional, filsafat hukum mencari prinsip yang berlaku secara umum dan dapat menjadi pondasi norma positif yang mengikat. Tiga tradisi pemikiran relevan untuk menganalisis konflik ini, dan ketiganya digunakan bukan sebagai latar belakang teori, melainkan sebagai alat untuk memutus konflik norma yang sedang dikaji.

Teori hukum alam menempatkan hak atas informasi tentang kondisi kesehatan diri sendiri sebagai bagian dari hak dasar yang melekat pada martabat manusia (Hart, 2012). Dalam kerangka ini, penahanan informasi prognosis bukan bentuk perlindungan melainkan perampasan hak dasar yang tidak bisa dibenarkan oleh pertimbangan klinis apapun. Positivisme hukum Hart (2012) memandang kewajiban menyampaikan prognosis sebagai kewajiban yang sah justru karena telah dinyatakan secara eksplisit dalam norma yang berlaku. Ratman (2013) memperkuat argumen ini dengan menegaskan bahwa dalam transaksi terapeutik, kewajiban informasi adalah prasyarat sahnya seluruh hubungan hukum dokter-pasien. Konsekuensinya, ketentuan Permenkes yang lebih rendah hierarkinya tidak dapat mengesampingkan kewajiban yang ditetapkan undang-undang di atasnya. Nonet dan Selznick (2001) menambahkan dimensi yang lebih kontekstual: hukum yang baik adalah hukum yang merespons kebutuhan sosial nyata, yaitu kebutuhan pasien akan informasi yang jujur sebagai dasar keputusan atas hidupnya, dan kebutuhan dokter spesialis mata akan panduan normatif yang memadai agar tidak menghadapi dilema tanpa pijakan hukum yang jelas.

W.D. Ross melalui konsep *prima facie duties* memberikan alat analisis yang paling operasional untuk situasi konflik kewajiban ini: ketika dua kewajiban berbenturan, yang lebih kuat secara moral adalah yang melindungi hak lebih fundamental. Hak atas kebenaran tentang kondisi diri sendiri lebih fundamental dari perlindungan terhadap dampak psikologis jangka pendek, karena hak yang pertama adalah prasyarat bagi seseorang untuk menjalankan seluruh hak lainnya secara bermakna. Dengan kerangka Ross ini, konflik antara autonomi dan *non-maleficence* diselesaikan bukan dengan memilih salah satu dan mengabaikan yang lain, melainkan dengan menempatkan autonomi sebagai *actual duty* dan *non-maleficence* sebagai pertimbangan yang menentukan *cara* pemenuhan kewajiban itu, bukan *apakah* kewajiban itu dipenuhi.

4. Mengurai Konflik: Autonomi versus *Non-Maleficence* dalam Penyampaian Prognosis Kebutaan

a. Mengapa Prognosis Kebutaan Berbeda dari Prognosis Penyakit Lain

Tidak semua prognosis buruk membawa implikasi hukum yang sama. Yang membuat prognosis kebutaan berbeda adalah sifat dampaknya yang bukan hanya medis, tetapi menyentuh seluruh cara seseorang memahami dan menjalani hidupnya. Penglihatan adalah indera yang paling dominan dalam interaksi manusia dengan dunianya. Kehilangannya secara permanen mengubah cara seseorang bekerja, bepergian, membaca, mengenali wajah orang yang dicintai, dan memandang dirinya sebagai individu yang mandiri (Demmin & Silverstein, 2020). Ini bukan sekadar kehilangan satu fungsi organ.

Prognosis kebutaan juga tidak bisa disampaikan sekali lalu selesai. Kondisi seperti glaukoma atau degenerasi makula berkembang bertahap, sehingga dokter perlu memperbarui penyampaian prognosis secara berkala seiring perjalanan penyakit (Baile et al., 2000). Inilah yang menjadikannya bukan sekadar peristiwa komunikasi, melainkan sebuah proses yang membutuhkan kerangka normatif yang jelas. Vasconcellos et al. (2022) menegaskan bahwa komunikasi berita buruk dalam oftalmologi masih sangat kekurangan panduan terstruktur: dokter mata menyadari urgensinya, tetapi tidak memiliki kerangka yang memadai, dan ketiadaan panduan ini menempatkan dokter dalam posisi rentan secara profesional dan hukum. Venia dkk. (2024) memperkuat temuan ini dengan menunjukkan bahwa kekaburan

normatif seputar *informed consent* di Indonesia masih sering menjadi sumber sengketa yang seharusnya bisa dicegah dengan panduan yang lebih jelas.

b. *Therapeutic Privilege*: Sah atau Tidak dalam Hukum Indonesia?

Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 adalah satu-satunya ketentuan dalam hukum positif Indonesia yang membuka ruang bagi *therapeutic privilege*. Pasal tersebut memungkinkan dokter tidak menyampaikan penjelasan langsung kepada pasien apabila dinilai dapat merugikan kondisi kesehatannya. Shalak et al. (2022) mendefinisikan *therapeutic privilege* sebagai penahanan informasi yang hanya dapat dibenarkan ketika pengungkapannya berpotensi mendatangkan bahaya serius dan langsung. Dua syarat kumulatif ini penting: bahaya harus serius, bukan sekadar ketidaknyamanan psikologis yang wajar; dan harus langsung, bukan dugaan hipotetis tentang kemungkinan dampak di masa depan.

Richard, Lajeunesse, dan Lussier (2010) menegaskan bahwa *therapeutic privilege* berada di wilayah abu-abu antara etika berbohong dan praktik kebenaran, dan konsep ini perlu dikonseptualisasikan ulang secara lebih ketat terutama ketika berhadapan dengan pasien yang kondisi psikologisnya sedang rentan. Menon dkk. (2021) menambahkan bahwa konsep ini harus ditafsirkan sangat sempit, terutama dalam situasi di mana kapasitas pengambilan keputusan pasien masih utuh. Sistini (2024) menegaskan bahwa dalam perspektif perlindungan hukum pasien, penahanan informasi tanpa justifikasi yang ketat berpotensi melanggar hak dasar pasien atas informasi yang dijamin undang-undang.

Dari sudut hukum positif, Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 tidak bisa dibaca sebagai kewenangan bebas untuk menahan prognosis kapanpun dokter merasa informasi itu mungkin membebani pasien. Secara hierarki, peraturan menteri berada di bawah undang-undang. Sesuai asas *lex superior derogat legi inferiori*, ketentuan yang lebih rendah tidak dapat mengesampingkan kewajiban yang ditetapkan undang-undang. Dengan demikian, Pasal 9 ayat (3) harus dibaca sebagai pengaturan cara penyampaian, bukan izin untuk tidak menyampaikan sama sekali.

c. *Withholding Information* sebagai *Maleficence* Jangka Panjang

Ironisnya, argumen terkuat melawan *therapeutic privilege* justru bersumber dari prinsip yang biasanya dijadikan justifikasinya: *non-maleficence*. Dalam jangka panjang, penahanan prognosis berpotensi menjadi bentuk *maleficence* yang lebih serius. Pasien yang tidak mendapat informasi prognosis tidak bisa merencanakan adaptasi gaya hidup, mempersiapkan diri secara psikologis dan sosial, mengurus hal-hal yang memerlukan kemampuan visual sebelum kondisi memburuk, atau mengakses layanan rehabilitasi yang tersedia (Busro, 2018). Semua ketidakmampuan ini adalah kerugian nyata yang bersumber langsung dari penahanan informasi, bukan dari penyakitnya.

Mayasari (2017) menegaskan bahwa *informed consent* yang sah adalah proses komunikasi, bukan sekadar formalitas tanda tangan. Ketika prognosis ditahan atas nama perlindungan, yang terjadi adalah pengambilalihan hak pengambilan keputusan dari pasien kepada dokter dalam hal-hal yang menyangkut kehidupan pasien itu sendiri. Ini bukan perlindungan, ini paternalisme. Shalak et al. (2022) sendiri, meskipun mendokumentasikan kasus di mana *therapeutic privilege* diterapkan, menyimpulkan bahwa justifikasi untuk non-pengungkapan harus sangat kuat dan bersifat individual, serta menegaskan bahwa menyampaikan kebenaran selalu merupakan tindakan yang benar.

Dengan demikian, menjawab rumusan masalah pertama: filsafat hukum menempatkan autonomi sebagai prioritas bukan dengan mengorbankan *non-maleficence*, melainkan dengan meredefinisinya. *Non-maleficence* yang sesungguhnya diwujudkan melalui cara penyampaian yang bijaksana dan terstruktur, bukan melalui penahanan informasi.

5. Analisis Hukum Positif Indonesia dan Identifikasi Kekosongan Norma

a. Kerangka Normatif yang Ada: Antara Kewajiban dan Celah

Hukum Indonesia sebetulnya sudah menetapkan kewajiban penyampaian prognosis secara tegas. Pasal 45 ayat (3) huruf e Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 dan Pasal 293 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 bersama-sama membentuk pondasi normatif yang cukup kuat. Frasa "penjelasan yang memadai" dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 bahkan melampaui sekadar formalitas: ia menuntut substansi, bukan hanya prosedur. Permenkes 290/2008 merinci lebih jauh dengan mewajibkan prognosis dalam tiga dimensi: *ad vitam*, *ad functionam*, dan *ad sanationam*.

Meski pondasi normatifnya ada, terdapat tiga celah yang belum terselesaikan. Pertama, tidak ada standar minimum tentang seberapa rinci dan jujur prognosis harus disampaikan untuk kondisi yang berpotensi menyebabkan kebutaan. Kedua, tidak ada panduan tentang cara dokter menyampaikan ketidakpastian klinis secara jujur tanpa menimbulkan kecemasan yang tidak perlu. Ketiga, ketegangan antara kewajiban undang-undang dan ruang diskresi dalam Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 belum terselesaikan, yang menciptakan ketidakpastian hukum nyata bagi dokter di lapangan.

Dari sisi hukum perjanjian, Mayasari (2017) mengingatkan bahwa hubungan dokter-pasien tunduk pada syarat sahnya perjanjian dalam Pasal 1320 KUHPerdara, termasuk syarat kesepakatan yang bebas dari kekhilafan. Komalawati (2002) menambahkan bahwa transaksi terapeutik dibangun di atas kepercayaan, sehingga kualitas informasi yang disampaikan adalah pondasi dari keabsahan seluruh hubungan itu. Ketika pasien tidak mendapat informasi prognosis yang memadai, persetujuan yang diberikannya berpotensi mengandung cacat kehendak, dan ini bukan sekadar persoalan etik, melainkan persoalan keabsahan hukum dari seluruh transaksi terapeutik.

b. Pelajaran dari Praktik Internasional

Perbandingan dengan praktik internasional dilakukan bukan untuk mengadopsi sistem hukum asing, melainkan untuk mengidentifikasi prinsip yang dapat diadaptasi. *General Medical Council* (GMC) Inggris mewajibkan dokter menyampaikan informasi yang dibutuhkan pasien untuk mengambil keputusan, termasuk prognosis, dengan cara yang jujur dan sensitif. Panduan GMC secara tegas menolak paternalisme medis sebagai dasar penahanan informasi dan mewajibkan dokumentasi jika dokter memutuskan menunda penyampaian informasi tertentu. Standar yang digunakan bukan apa yang menurut dokter perlu diketahui pasien, melainkan apa yang menurut pasien perlu ia ketahui untuk mengambil keputusan atas hidupnya.

Protokol SPIKES yang dikembangkan Baile et al. (2000) menawarkan kerangka komunikasi enam tahap yang terstruktur, meliputi mempersiapkan *setting* percakapan, menilai persepsi pasien, meminta undangan pasien tentang seberapa jauh ia ingin mengetahui kondisinya, menyampaikan informasi secara bertahap, merespons emosi dengan empati, serta merumuskan strategi bersama pasien. Kerangka ini relevan karena menjawab kekhawatiran *non-maleficence* bukan dengan menahan informasi, melainkan dengan mengatur cara penyampaiannya. Vasconcellos et al. (2022) mencatat bahwa pelatihan penyampaian berita buruk masih jarang masuk dalam kurikulum pendidikan dokter spesialis mata di berbagai negara, yang menunjukkan bahwa kekosongan normatif di Indonesia bukan hanya soal regulasi yang kurang, tetapi juga soal kesiapan profesi yang belum memadai. Kesimpulan dari perbandingan ini konsisten: sistem yang lebih maju bergerak ke arah yang sama, yakni memprioritaskan hak pasien atas informasi dan mengatur cara penyampaiannya, bukan membenarkan penahanan informasi sebagai solusi.

6. Rekonstruksi Norma Berbasis Prioritas Autonomi

a. Landasan Filosofis Prioritas Autonomi

Tiga tradisi filsafat hukum yang telah dianalisis secara bersamaan mendukung prioritas autonomi dalam konflik yang dikaji. Teori hukum alam menempatkan hak atas kebenaran tentang kondisi diri sendiri sebagai hak kodrati yang tidak bisa diambil alih oleh pertimbangan apapun (Hart, 2012): seseorang yang menghadapi ancaman kebutaan membutuhkan informasi itu bukan hanya untuk memutuskan soal terapinya, tetapi untuk menjalani sisa hidupnya secara bermakna dan bermartabat. Positivisme hukum Hart (2012) menambahkan argumen yang lebih formal: kewajiban ini telah ditetapkan secara eksplisit oleh undang-undang dan tidak bisa dikecualikan oleh peraturan di bawahnya, sehingga diskresi dalam Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 harus ditafsirkan sangat sempit, hanya mengatur cara penyampaian, bukan memberi izin untuk tidak menyampaikan sama sekali. Nonet dan Selznick (2001) menuntut hukum merespons dua kebutuhan nyata: kebutuhan pasien akan informasi yang jujur, dan kebutuhan dokter akan panduan yang jelas. Konsep *prima facie duties* Ross menjadi penentu akhir: ketika dua kewajiban berbenturan, yang melindungi hak lebih fundamental harus didahulukan, dan hak atas kebenaran tentang kondisi diri sendiri lebih fundamental dari perlindungan terhadap dampak psikologis jangka pendek karena ia adalah prasyarat bagi terpenuhinya seluruh hak lainnya.

b. Elemen-Elemen Rekonstruksi Norma yang Diusulkan

Rekonstruksi norma yang diusulkan tidak menggantikan kerangka hukum yang ada, melainkan mengisi celah-celah yang telah diidentifikasi. Ia bertumpu pada empat elemen.

Elemen pertama adalah penegasan kewajiban fundamental penyampaian prognosis dengan pengecualian yang sangat terbatas. Kementerian Kesehatan perlu menerbitkan penafsiran resmi bahwa Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 hanya mengatur cara dan kepada siapa penjelasan disampaikan dalam situasi tertentu, bukan memberi izin untuk menahan prognosis secara keseluruhan. Pengecualian hanya dapat diterapkan ketika ada risiko bahaya serius dan segera yang dapat dibuktikan secara klinis, bukan sekadar kekhawatiran umum tentang dampak psikologis. Penafsiran resmi semacam ini berada dalam kewenangan Kementerian Kesehatan melalui instrumen hukum berupa surat edaran atau pedoman teknis yang mengikat, sebagaimana lazim digunakan dalam sistem hukum kesehatan Indonesia.

Elemen kedua adalah penetapan standar minimum substansi prognosis untuk kondisi berpotensi kebutaan. Standar ini perlu mencakup kemungkinan hilangnya fungsi penglihatan beserta rentang waktu yang realistis, faktor yang dapat memengaruhi progresivitas kondisi, keterbatasan terapi yang tersedia, dan informasi tentang layanan rehabilitasi yang dapat diakses, sebagaimana diusulkan Baile et al. (2000) dan Vasconcellos et al. (2022). Standar ini secara teknis paling tepat dikembangkan bersama oleh Kolegium Oftalmologi Indonesia sebagai otoritas profesi yang memiliki kewenangan menetapkan standar kompetensi dan panduan klinis.

Elemen ketiga adalah kewajiban penyampaian bertahap yang disesuaikan dengan kapasitas psikologis pasien. Alih-alih menahan informasi, dokter menyampaikannya secara terstruktur disertai asesmen kondisi psikologis pasien dan rujukan ke layanan dukungan psikologis bila diperlukan (Shalak et al., 2022; Vasconcellos et al., 2022). Di sinilah Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 menemukan tafsiran yang tepat: ia mengatur sensitivitas cara penyampaian, bukan memberikan hak untuk tidak menyampaikan sama sekali.

Elemen keempat adalah kewajiban dokumentasi yang spesifik. Setiap percakapan prognosis harus tercatat dalam rekam medis, mencakup substansi informasi yang disampaikan, respons pasien, kondisi psikologis saat percakapan berlangsung, dan tindak lanjut yang disepakati, sebagaimana digariskan Mayasari (2017). Dokumentasi bukan hanya

perlindungan hukum bagi dokter, tetapi bagian integral dari proses penyampaian prognosis itu sendiri.

Keempat elemen ini secara bersamaan memungkinkan autonomi diprioritaskan tanpa mengabaikan *non-maleficence*. *Non-maleficence* diwujudkan melalui cara penyampaian yang bertanggung jawab, bukan melalui penahanan informasi. Menjawab rumusan masalah kedua: hukum Indonesia seharusnya mengatur kewajiban ini melalui kerangka berlapis yang terdiri dari penegasan kewajiban fundamental di tingkat undang-undang, standar substansi minimum di tingkat peraturan pelaksana yang spesifik untuk kondisi berpotensi kebutaan, mekanisme penyampaian bertahap di tingkat panduan klinis profesi, dan kewajiban dokumentasi di tingkat prosedur operasional fasilitas kesehatan.

KESIMPULAN

Penelitian ini menghasilkan dua kesimpulan utama. Pertama, filsafat hukum menempatkan autonomi sebagai prinsip yang seharusnya diprioritaskan dalam konflik ini bukan karena *non-maleficence* tidak relevan, melainkan karena penahanan prognosis justru merupakan bentuk *maleficence* jangka panjang yang lebih serius. Teori hukum alam menempatkan hak atas kebenaran sebagai hak kodrati yang melekat pada martabat manusia (Hart, 2012). Positivisme Hart (2012) menegaskan bahwa kewajiban ini sudah tertulis eksplisit dalam norma yang mengikat dan tidak bisa dikesampingkan oleh peraturan di bawahnya. Nonet dan Selznick (2001) menuntut hukum merespons kebutuhan nyata pasien akan informasi yang jujur sekaligus kebutuhan dokter akan panduan yang memadai. Konsep *prima facie duties* Ross menjadi penentu akhir: hak atas kebenaran tentang kondisi diri sendiri adalah prasyarat bagi terpenuhinya seluruh hak lainnya.

Kedua, hukum Indonesia telah memiliki pondasi normatif melalui Pasal 45 ayat (3) huruf e Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 dan Pasal 293 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Masalahnya ada pada tiga celah yang belum terselesaikan: tidak adanya standar minimum substansi prognosis untuk kondisi berpotensi kebutaan, tidak adanya panduan untuk menyampaikan ketidakpastian klinis, dan ketegangan antara kewajiban undang-undang dengan ruang diskresi Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008. Rekonstruksi norma berbasis prioritas autonomi yang diusulkan mencakup empat elemen: penegasan kewajiban fundamental dengan pengecualian yang sangat terbatas, standar minimum substansi prognosis, penyampaian bertahap dengan dukungan psikologis, dan kewajiban dokumentasi.

Bertolak dari kesimpulan tersebut, lima saran preskriptif diajukan kepada pihak-pihak yang relevan. Kepada Kementerian Kesehatan, perlu diterbitkan penafsiran resmi tentang batas penerapan Pasal 9 ayat (3) Permenkes 290/2008 dalam konteks prognosis kondisi berpotensi kebutaan, serta mendorong penyusunan panduan klinis nasional bersama organisasi profesi terkait.

Kepada Kolegium Oftalmologi Indonesia, perlu dikembangkan panduan praktik klinis yang mengatur substansi dan mekanisme penyampaian prognosis untuk kondisi berpotensi kebutaan. Vasconcellos et al. (2022) telah menunjukkan bahwa pelatihan komunikasi berita buruk meningkatkan kepercayaan diri dokter dan memperkuat hubungan terapeutik, sehingga perlu dimasukkan secara formal dalam kurikulum pendidikan spesialis mata.

Kepada Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, perlu dikembangkan standar penilaian yang lebih terperinci tentang kapan penerapan *therapeutic privilege* dalam konteks prognosis kebutaan dapat dianggap memenuhi standar disiplin profesi. Tanpa standar ini, penilaian akan terus bergantung pada pertimbangan subjektif yang tidak konsisten.

Kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan layanan oftalmologi, perlu dikembangkan protokol internal yang mengintegrasikan keempat elemen rekonstruksi norma ke dalam prosedur operasional standar, termasuk mekanisme rujukan psikologis dan standar dokumentasi percakapan prognosis.

Kepada peneliti selanjutnya, penelitian ini mendorong dilakukannya penelitian empiris yang mengkaji pengalaman dokter spesialis mata dan pasien dengan gangguan penglihatan berat di Indonesia dalam proses penyampaian dan penerimaan prognosis. Penelitian empiris akan melengkapi analisis normatif ini dengan gambaran kesenjangan antara norma dan praktik yang sesungguhnya terjadi di lapangan.

REFERENSI

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES — A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Busro, A. (2018). Aspek hukum persetujuan tindakan medis (informed consent) dalam pelayanan kesehatan. *Law Development and Justice Review*, 1(1), 1–18. <https://doi.org/10.14710/ldjr.v1i1.3570>
- Demmin, D. L., & Silverstein, S. M. (2020). Visual impairment and mental health: Unmet needs and treatment options. *Clinical Ophthalmology*, 14, 4229–4251. <https://doi.org/10.2147/OPTH.S258783>
- General Medical Council. (2020). *Ethical guidance for doctors: Consent*. GMC. Tersedia di: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/consent>
- Guwandi, J. (2006). *Informed consent dan informed refusal* (Edisi ke-6). Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hanafiah, M. J., & Amir, A. (1999). *Etika kedokteran dan hukum kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hart, H. L. A. (2012). *The concept of law* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/he/9780199644704.001.0001>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Situasi gangguan penglihatan dan kebutaan di Indonesia: Hasil survei Rapid Assessment of Avoidable Blindness 2014–2016*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Situasi gangguan penglihatan dan kebutaan di Indonesia*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Profil kesehatan Indonesia 2024*. Kemenkes RI.
- Kitab Undang-Undang Hukum Perdata [Burgerlijk Wetboek] (t.t.). (R. Subekti & R. Tjitrosudibio, Penerjemah). Pradnya Paramita.
- Komalawati, V. (2002). Peranan informed consent dalam transaksi terapeutik: Persetujuan dalam hubungan dokter dan pasien. *Citra Aditya Bakti*.
- Marzuki, P. M. (2017). *Penelitian hukum* (Edisi Revisi). Kencana Prenada Media Group.
- Mayasari, D. E. (2017). Informed consent on therapeutic transaction as a protection of legal relationship between a doctor and patient. *Mimbar Hukum*, 29(1), 176–188. <https://doi.org/10.22146/jmh.18884>
- Menon, S., Entwistle, V., Campbell, A. V., & van Delden, J. J. M. (2021). How should the ‘privilege’ in therapeutic privilege be conceived when considering the decision-making process for patients with borderline capacity? *Journal of Medical Ethics*, 47(1), 47–50. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-106042>
- Nonet, P., & Selznick, P. (2001). *Law and society in transition: Toward responsive law*. Transaction Publishers. <https://doi.org/10.4324/9780203787540>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (2008).

- Ratman, D. (2013). Aspek hukum informed consent dan rekam medis dalam transaksi terapeutik. Keni Media.
- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 931–943. <https://doi.org/10.2147/CIA.S27717>
- Ribeiro, M. V. M. R., Hasten-Reiter Júnior, H. N., Ribeiro, E. A. N., Jucá, M. J. N., Barbosa, F. T., & Sousa-Rodrigues, C. F. (2015). Association between visual impairment and depression in the elderly: A systematic review. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 78(3), 197–201. <https://doi.org/10.5935/0004-2749.20150051>
- Richard, C., Lajeunesse, Y., & Lussier, M. T. (2010). Therapeutic privilege: Between the ethics of lying and the practice of truth. *Journal of Medical Ethics*, 36(6), 353–357. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.032367>
- Ross, W. D. (2002). *The right and the good*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199252653.001.0001>
- Shalak, M., Shariff, M. A., Doddapaneni, V., & Suleman, N. (2022). The truth, the whole truth, and nothing but the truth: Therapeutic privilege. *Journal of Postgraduate Medicine*, 68(4), 218–220. https://doi.org/10.4103/jpgm.jpgm_1146_21
- Sistini. (2024). Perlindungan hukum terhadap pasien atas tindakan medis yang tidak disertai informed consent. *Majelis: Jurnal Hukum Indonesia*, 1(3). <https://doi.org/10.62383/majelis.v1i3.25>
- Soekanto, S., & Mamudji, S. (2015). *Penelitian hukum normatif: Suatu tinjauan singkat*. Raja Grafindo Persada.
- Susilo, L. E., Suryono, A., & Makbul, A. (2025). Informed consent dalam perspektif perlindungan hukum pasien dalam transaksi terapeutik. *Jurnal Ilmu Hukum Humaniora dan Politik*, 6(1), 588–595. <https://doi.org/10.38035/jihhp.v6i1.6373>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116.
- Vasconcellos, C. F. C., Pellissari, M. C., Zin, O. A., Salles, M. V., Sallum, J. M. F., & Vasconcellos, J. P. C. (2022). Breaking bad news in ophthalmology: A literature review. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 87(1), e2022-0104. <https://doi.org/10.5935/0004-2749.2022-0104>
- Venia, V., Nasser, M., & Bungin, S. S. (2024). Analisis yuridis informed consent dalam pelayanan kesehatan. *Jurnal Cahaya Mandalika*, 5(2), 778–788. <https://doi.org/10.36312/jcm.v5i2.3763>
- World Health Organization. (2019). *World report on vision*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>