

# Sengketa Medis

Iwan Aflanie | Endah Labati Silapurna | Zuhrufa Wanna Yolanda  
Fauzie Rahman | Nita Pujianti | Lia Anggraini | Anggun Wulandari  
Ayu Riana Sari | Nur Laily | Husnul Fatimah



# SENGKETA MEDIS

**Dr. dr Iwan Aflanie, M.Kes., SpF., SH**  
**Dr. dr. Hj. Endah Labati Silapurna, MH.Kes**  
**Fauzie Rahman, SKM, MPH**  
**Nita Pujianti, S.Farm., Apt., MPH**  
**Ayu Riana Sari, SKM, M.Kes**  
**Nur Laily, SKM, M.Kes**  
**Anggun Wulandari, SKM, M.Kes**  
**Lia Anggraini, SKM, M.Kes**  
**Zuhrufa Wanna Yolanda, SKM**  
**Husnul Fatimah, SKM**  
**Agus Muhammad Ridwan, SKM**



# SENGKETA MEDIS

Penulis:

Dr. dr Iwan Aflanie, M.Kes., SpF., SH; Dr. dr. Hj.  
Endah Labati Silapurna, MH.Kes; Fauzie Rahman,  
SKM, MPH; Nita Pujianti, S.Farm., Apt., MPH; Ayu  
Riana Sari, SKM, M.Kes; Nur Laily, SKM, M.Kes;  
Anggun Wulandari, SKM, M.Kes; Lia Anggraini, SKM,  
M.Kes; Zuhrufa Wanna Yolanda, SKM; Husnul  
Fatimah, SKM; Agus Muhammad Ridwan, SKM

Desain Cover:

Muhammad Ricky Perdana

Tata Letak:

Noorhanida Royani

**PENERBIT:**

ULM Press, 2024

d/a Pusat Pengelolaan Jurnal dan Penerbitan ULM

Lantai 2 Gedung Perpustakaan Pusat ULM

Jl. Hasan Basri, Kayutangi, Banjarmasin 70123

Telp/Fax. 0511 - 3305195

ANGGOTA APPTI (004.035.1.03.2018)

Hak cipta dilindungi oleh Undang Undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin  
tertulis dari Penerbit, kecuali

untuk kutipan singkat demi penelitian ilmiah dan resensi

I - X + 157 hal, 15,5 × 23 cm

Cetakan Pertama. ... 2024

ISBN : ...

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat, karunia, serta taufik dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan buku Sengketa Medis yang juga diharapkan menjadi pegangan mahasiswa kesehatan untuk mengenal, mempelajari dan memahami mengenai Sengketa Medis.

Buku ini membahas mengenai sengketa medis, adapun topik-topik yang diangkat yaitu mengenai konsep sengketa medis dalam pelayanan kesehatan, malpraktik medis, bentuk pelanggaran dalam pelayanan kesehatan, sumber hukum tindak pidana, alternatif penyelesaian sengketa, serta contoh kasus.

Penulisan buku ini tidak mungkin terselesaikan tanpa dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih banyak kepada semua pihak yang terlibat dalam pembuatan buku ini. Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku bacaan yang praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami Sengketa Medis.

Walaupun kami telah menyusun buku ini dengan upaya yang sungguh-sungguh, karena keterbatasan

kami, buku ini masih memiliki kekurangan. Maka dari itu, penulis menerima kritik-kritik yang membangun dari pembaca, untuk itu kami ucapkan terima kasih.

Agustus, 2023

**Penulis**

# PRAKATA

Buku ini merupakan hasil karya antara Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Buku ini disusun dengan harapan agar pembaca dapat menambah wawasan mengenai sengketa medis, malpraktek, kelalaian medis, dan alternatif penyelesaian sengketa medis sehingga dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, serta dapat dimanfaatkan dalam bidang kesehatan untuk kemajuan ilmu pengetahuan.

Agustus, 2023

**Penulis**

# PENGANTAR EDITOR

Dengan senang hati, kami mempersembahkan buku ini kepada para pembaca yang tertarik dan peduli akan isu-isu yang berkaitan dengan sengketa medis, malpraktek, kelalaian medis, serta berbagai alternatif penyelesaian sengketa di dunia kesehatan.

Buku ini merupakan hasil kolaborasi dan dedikasi dari sejumlah kontributor yang terdiri dari para pakar kedokteran, dosen, serta praktisi hukum yang berkomitmen untuk memperluas pemahaman tentang kompleksitas sengketa yang timbul dalam praktik kesehatan. Melalui berbagai sudut pandang multidisiplin, kami berupaya memberikan wawasan yang komprehensif dan mendalam terkait sengketa medis dalam konteks kesehatan.

Dari perspektif Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, kami melihat pentingnya pengetahuan yang luas mengenai sengketa medis bagi para mahasiswa, praktisi kesehatan, dan masyarakat umum. Kesehatan adalah hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, dan masalah yang muncul dalam praktek medis memerlukan penyelesaian yang bijaksana dan adil.

Melalui buku ini, kami berharap pembaca dapat memperoleh pemahaman yang mendalam tentang aspek-aspek yang berkaitan dengan sengketa medis, termasuk malpraktek dan kelalaian medis, serta mengetahui berbagai alternatif penyelesaian sengketa yang dapat diterapkan.

Sebagai lembaga pendidikan yang berkomitmen untuk memberikan pemahaman yang holistik kepada para calon dokter dan profesional kesehatan, kami yakin bahwa buku ini dapat menjadi referensi yang berguna bagi pembaca dalam memahami, mencegah, dan menyelesaikan sengketa medis dengan landasan yang kokoh, baik dari segi kedokteran maupun hukum.

Terima kasih kepada semua kontributor yang telah dengan sukarela memberikan pengetahuan dan pengalaman mereka, serta kepada semua pihak yang telah mendukung terwujudnya buku ini. Semoga buku ini memberikan manfaat yang berarti bagi pengetahuan dan pengembangan di bidang sengketa medis dalam praktik kesehatan

Agustus, 2023

**Editor**



# SINOPSIS

Sengketa medis ialah sengketa yang sering terjadi dalam kehidupan masyarakat dimana pihak yang dirugikan memiliki kerugian yang sangat besar terutama dalam bidang kesehatan. Kehadiran buku Sengketa Medis ini diharapkan dapat memberi pencerahan dan tambahan wawasan bagi para pembaca sehingga dapat dimanfaatkan dalam bidang kesehatan untuk kemajuan ilmu pengetahuan.

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
Prakata.....	iii
Pengantar Editor.....	iv
Sinopsis.....	vi
Daftar Isi.....	vii
BAB I Konsep Sengketa dan Sengketa Medik dalam Pelayanan Kesehatan	1
BAB II Malpraktik Medis.....	17
BAB III Bentuk Pelanggaran dalam Pelayanan Kesehatan yang dapat Menimbulkan Sengketa Medik.....	36
BAB IV Sumber Hukum Tindak Pidana di Bidang Kesehatan.....	51
BAB V Ragam Alternatif Penyelesaian Sengketa Medis.....	68
BAB VI Mediasi Sebagai Salah Satu Alternatif Penyelesaian Sengketa Medis.....	99
BAB VIII Contoh Kasus Sengketa Medis di Indonesia dan Penyelesaiannya.....	110
Daftar Pustaka	
Profil Penulis	

# **BAB I**

## **KONSEP SENSKETA DAN SENSKETA MEDIK DALAM PELAYANAN KESEHATAN**

### **A. Konsep Sengketa**

Sengketa dapat terjadi pada setiap orang dalam kehidupan bermasyarakat. Sengketa dapat terjadi antara individu dengan individu, antara individu dengan kelompok, antara kelompok dengan kelompok, antara instansi baik pemerintah/ swasta dengan instansi pemerintah/ swasta, antara perusahaan dengan negara, antara negara satu dengan yang lainnya, dan sebagainya, sehingga dapat dikatakan bahwa sengketa dapat bersifat publik maupun bersifat keperdataan dan dapat terjadi baik dalam lingkup lokal, nasional maupun internasional.

Sengketa merupakan situasi yang terjadi ketika ada pihak yang merasa dirugikan oleh pihak lain, yang kemudian pihak tersebut menyampaikan ketidakpuasan ini kepada pihak kedua. Jika situasi menunjukkan perbedaan pendapat, maka situasi tersebut dinamakan dengan sengketa. Dalam konteks hukum khususnya hukum kontrak, yang dimaksud dengan sengketa adalah perselisihan yang terjadi antara para pihak karena adanya pelanggaran

terhadap kesepakatan yang telah dituangkan dalam suatu kontrak, baik sebagian maupun keseluruhan. Dengan kata lain telah terjadi wanprestasi atau perselisihan oleh pihak-pihak atau salah satu pihak (Fadillah dan Putri, 2021).

Ada perselisihan artinya ada sesuatu yang menjadi pokok perselisihan, ada yang dipertengkarkan, ada yang disengketakan. Perselisihan atau persengketaan itu tidak dapat diselesaikan oleh pihak-pihak sendiri, melainkan memerlukan penyelesaian melalui pengadilan sebagai instansi yang berwenang dan tidak memihak (Rasyid dan Herinawati, 2015).

## **B. Bentuk Sengketa**

Setiap kegiatan atau hubungan baik antar individu, antara individu dan institusi (atau badan hukum), maupun antar institusi memiliki potensi perbedaan, misalnya perbedaan pendapat, pandangan, penafsiran, sikap, perilaku, dan lain-lain. Perbedaan-perbedaan tersebut wajar, tetapi apabila tidak terselesaikan dengan baik maka dapat menimbulkan perselisihan. Perselisihan yang perlu diselesaikan oleh kedua pihak merupakan sebuah sengketa. Bentuk sengketa sangat beraneka ragam, tergantung dengan hal-hal yang melatar belakanginya dan para pihak yang terlibat di dalamnya. Untuk menentukan bentuk

sengketa seringkali diperlukan kemampuan analisis yang mendalam dan dilakukan secara teliti. Pihak yang terlibat dalam sengketa sangat dipengaruhi oleh objek yang disengketakan. Oleh karena itu, berdasarkan pihak-pihak yang bersengketa maka sengketa dapat dikelompokkan ke dalam bidang-bidang tertentu yang batas-batasnya dapat saja bersifat tumpang-tindih, yaitu (Soemartono, 2017):

1. Sengketa antar individu, misalnya perselisihan dalam keluarga akibat perceraian seperti masalah anak, pembagian harta benda, warisan, dan lain-lain.
2. Sengketa antara individu dan badan hukum, misalnya masalah ketenagakerjaan di mana perselisihan timbul antara pegawai dan perusahaan mengenai upah, jam kerja, pemberian pesangon, dan lain-lain.
3. Sengketa antar badan hukum, misalnya perselisihan antar korporasi di mana perusahaan yang satu menggugat perusahaan lainnya.

### **C. Sengketa Medik**

Pembangunan kesehatan sangat penting sesuai Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, perlindungan dan keselamatan pasien.

Hal ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada pasien; mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis; dan memberikan kepastian hukum. Kesehatan sebagai hak asasi manusia diwujudkan dalam berbagai upaya salah satunya penyelenggaraan praktik kedokteran. Dalam penyelenggaraannya peranan dokter sangat penting, dilandasi ilmu pengetahuan, teknologi, dan kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan, terus dipertahankan dan ditingkatkan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (Sinaga, 2021).

Dalam menjalankan praktik kedokteran dibentuk Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), melalui peran dari berbagai organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan tunduk pada ketentuan hukum yang berlaku dan ketentuan Kode Etik Dokter Indonesia (KODEKI). Hal-hal penting dalam penyelenggaraan praktik kedokteran antara lain *informed consent*, perikatan/ hubungan hukum dengan adanya kontrak terapeutik, hak dan kewajiban dokter beserta pasien, rekam medis serta rahasia medis. Dalam penyelenggaraannya kadang timbul permasalahan yang berujung sengketa. Biasanya hal yang dipersengketakan berupa pelanggaran etika kedokteran; pelanggaran disiplin kedokteran; pelanggaran hak orang lain/pasien atau pelanggaran

kepentingan masyarakat sehingga dokter dan dokter gigi dimintai pertanggung jawaban secara etika kedokteran, disiplin kedokteran dan pertanggungjawaban hukum baik secara perdata, pidana maupun administrasi negara. Namun dalam penyelenggaraannya kadang menimbulkan permasalahan yang berujung terjadinya sengketa medik.

Sengketa medik adalah sengketa yang dapat terjadi antar pasien atau keluarga pasien dengan tenaga kesehatan atau antar rumah sakit/ fasilitas kesehatan atau pasien/ keluarga pasien. Hal lumrah yang sering terjadi dalam kasus sengketa ini ialah hasil dari pelayanan kesehatan dengan kondisi tidak diperhatikannya atau diabaikannya suatu proses baik hasil di akhir ataupun di awal. Pengaduan dapat dilakukan oleh keluarga pasien atau pasien ke instansi berwajib yaitu kepolisian bahkan sampai ke media massa. Pasien yang dirugikan harus membuktikan bahwa tenaga medis telah membuat pelanggaran atau menyebabkan terjadinya kerugian. Tetapi aspek ini akan menjadi lebih kompleks terhadap sengketa medis terutama dalam memutuskan tepat atau tidaknya tindakan tersebut, kerugian ekonomi yang ditimbulkan, komplikasi yang timbul, dan yang terakhir ialah standar prosedur operasional (Jauhani, 2020).

Biasanya yang dipersengketakan berupa pelanggaran etika kedokteran, pelanggaran disiplin kedokteran, pelanggaran hak orang lain/ pasien atau pelanggaran kepentingan masyarakat sehingga dokter dan dokter gigi dimintai pertanggung jawaban secara etika kedokteran, disiplin kedokteran dan pertanggungjawaban hukum baik secara perdata, pidana maupun administrasi negara. Kepercayaan masyarakat terhadap dokter dan dokter gigi semakin berkurang, bahkan tuntutan hukum yang diajukan masyarakat dewasa ini marak terjadi.

Hal ini sering terjadi karena diidentikkan dengan kegagalan upaya penyembuhan yang dilakukan dokter dan dokter gigi. Sebaliknya apabila tindakan medis yang dilakukan dapat berhasil, dianggap berlebihan, padahal dokter dan dokter gigi dengan perangkat ilmu pengetahuan dan teknologi yang dimilikinya hanya berupaya untuk menyembuhkan, dan kegagalan penerapan ilmu kedokteran dan kedokteran gigi tidak selalu identik dengan kegagalan dalam tindakan. Untuk mengatasi permasalahan tersebut dilakukan berbagai upaya hukum yang dilakukan dalam memberikan perlindungan menyeluruh kepada masyarakat sebagai penerima pelayanan, dokter dan dokter gigi sebagai pemberi pelayanan. Karena kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat cepat tidak seimbang dengan



perkembangan hukum. Perangkat hukum yang mengatur penyelenggaraan praktik kedokteran dan kedokteran gigi termasuk penyelesaian apabila terjadi sengketa medis harus diatur dengan jelas (Sinaga, 2021).

#### **D. Sengketa Medis di Indonesia**

Sengketa medik ialah sengketa yang sering terjadi dalam kehidupan masyarakat, dimana pihak yang dirugikan memiliki kerugian yang sangat besar terutama dalam bidang kesehatan. Dalam sengketa medik ini akan banyak sekali efek yang akan didapat dari pihak tergugat. Dalam hal ini jika para pihak ingin mencapai kata sepakat dan nama para pihak yang bersengketa tidak ingin tercemar maka solusinya ialah menggunakan penyelesaian melalui alternatif penyelesaian sengketa, bisa berupa mediasi, konsiliasi, ataupun arbitrase dimana penyelesaian sengketa tersebut sudah diatur dalam Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 Tentang Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS), ada beberapa Undang-Undang yang mengatur tentang perlindungan terhadap sengketa medik ini, misalnya Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang penyelesaian sengketa malpraktik medis melalui mediasi, dan beberapa aturan lainnya (Zahra dan Marpaung, 2022).

Di dalam praktek, tindakan medis terhadap tubuh manusia oleh dokter atau dokter gigi kadang menimbulkan permasalahan yang berujung terjadinya sengketa medis. Biasanya yang dipersengketakan berupa pelanggaran etika kedokteran; pelanggaran disiplin kedokteran; pelanggaran hak orang lain/pasien atau pelanggaran kepentingan masyarakat sehingga dokter dan dokter gigi dimintai pertanggungjawaban secara etika kedokteran, disiplin kedokteran dan pertanggungjawaban hukum baik secara perdata, pidana maupun administrasi negara. Akibatnya kepercayaan masyarakat terhadap dokter dan/atau dokter gigi dapat semakin berkurang, bahkan tuntutan hukum yang diajukan masyarakat dewasa ini marak terjadi (Zaluchu dan Yusran, 2022).

Hal itu dapat terjadi karena kegagalan upaya penyembuhan yang dilakukan dokter dan dokter gigi. Sebaliknya apabila tindakan medis yang dilakukan dapat berhasil, dianggap berlebihan, padahal dokter dan dokter gigi dengan perangkat ilmu pengetahuan dan teknologi yang dimilikinya hanya berupaya untuk menyembuhkan, dan kegagalan penerapan ilmu kedokteran dan kedokteran gigi tidak selalu identik dengan kegagalan dalam tindakan. Disamping itu juga adakalanya terdapat adanya beberapa kondisi yang mengakibatkan hasil pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter kepada pasien tidak sesuai atau

jauh dari apa yang telah diharapkan oleh kedua belah pihak, dimana hal tersebut dapat disebut sebagai risiko medis, dan adapula yang terjadi akibat kelalaian medis. Dokter berusaha melakukan upaya maksimal untuk melakukan penyembuhan terhadap pasien, sehingga timbul kemungkinan terjadinya risiko medis diluar kehendak dokter maupun pasien, sehingga seharusnya telah diinformasikan terlebih dahulu terhadap pasien dan/ atau keluarga. Dalam beberapa kasus sengketa medis antara pasien dengan dokter, yang pernah timbul diantaranya:

1. Pertama kasus Josua Situmorang yang meninggal dunia setelah menerima tindakan pencabutan gigi oleh drg. Didi Alamsyah. Keluarga yakin tewasnya Joshua akibat kesalahan prosedur Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jakarta Selatan setelah mengalami pendarahan saat pencabutan gigi geraham atas oleh dokter spesialis bedah mulut di RSUP Fatmawati.
2. Kedua kasus S.H. Siregar pada bulan Februari 2017 di Rumah Sakit Umum Permata Bunda Medan, dimana kesalahan dokter pada operasi amandel yang mengakibatkan kelainan pada saluran hidung pasien.
3. Ketiga kasus yang menimpa tiga dokter kandungan, (dr Dewa Ayu Sasiary Prawani, dr Hendry Simanjuntak dan dr Hendy Siagian) yang

oleh majelis hakim Pengadilan Negeri pada tahun 2011 dijatuhi vonis bebas, namun pada tingkat Mahkamah Agung tiga dokter ini justru dinyatakan bersalah melakukan malpraktik terhadap Julia Fransiska Makatey. Putusan Pengadilan Negeri Manado membebaskan mereka dari dakwaan. Mahkamah Agung RI menjatuhkan pidana penjara selama 10 (sepuluh) bulan. Ketiga orang dokter itu mengajukan Peninjauan Kembali ke Mahkamah Agung Republik Indonesia dan dalam putusan Peninjauan Kembali No. 79 PK/Pid/2013 menyatakan ketiga orang dokter tersebut tidak terbukti bersalah dan menjatuhkan putusan bebas.

4. Keempat kasus dokter Setyaningrum terjadi pada awal tahun 1979. Dokter Setyaningrum adalah dokter di Puskesmas Kecamatan Wedarijksa, Kabupaten Pati, Jawa Tengah menerima pasien yaitu Nyonya Rusmini (28 tahun) menderita *pharyngitis* (sakit radang tenggorokan). Dokter Setyaningrum langsung menyuntik/menginjeksi pasiennya (Nyonya Rusmini) dengan *Streptomycin* biasanya berguna untuk mengobati tuberkulosis (TB) dan infeksi yang disebabkan oleh bakteri tertentu. Beberapa menit kemudian, Rusmini mual dan kemudian muntah. Dokter Setyaningrum sadar bahwa pasiennya itu alergi dengan penisilin.

Ia segera menginjeksi Nyonya Rusmini dengan *cortisone*. Tindakan itu malah memperburuk kondisi Nyonya Rusmini. Dalam keadaan yang gawat, dokter Setyaningrum meminumkan kopi kepada Nyonya Rusmini. Tapi, tetap juga tidak ada perubahan positif. Sang dokter kembali memberi suntikan *delladryl* (juga obat antialergi). Nyonya Rusmini semakin lemas, dan tekanan darahnya semakin rendah. Dalam keadaan gawat itu, dokter Setyaningrum segera mengirim pasiennya ke RSU R.A.A. Soewondo, Pati. Setelah lima belas menit sampai di RSU Pati, pasien meninggal dunia. Pengadilan Negeri Pati di dalam Keputusan P.N. Pati No.8/1980/Pid.B./Pn.Pt tanggal 2 September 1981 memutuskan bahwa dokter Setyaningrum bersalah melakukan kejahatan tersebut pada Pasal 359 KUHP yakni karena kealpaannya menyebabkan orang lain meninggal dunia dan menghukum terdakwa dengan hukuman penjara 3 bulan dengan masa percobaan 10 bulan. Pengadilan Tinggi di Semarang memperkuat putusan Pengadilan Negeri Pati kemudian Mahkamah Agung telah membatalkan putusan Pengadilan Tinggi Jawa Tengah di Semarang tanggal 19 Mei 1982 No.203/1981No.8/1980/Pid.B/PT.Semarang menyatakan bahwa kesalahan terdakwa dokter

Setyaningrum binti Siswoko atas dakwaan yang didakwakan kepadanya tidak terbukti dan membebaskan terdakwa dari dakwaan tersebut. Menyangkut unsur kealpaan dan elemen-elemen malpraktik, salah satu unsur yaitu unsur kealpaan yang dikehendaki oleh Pasal 359 KUHP tidak terbukti ada dalam perbuatan terdakwa, sehingga karenanya terdakwa harus dibebaskan dari dakwaan yang ditimpakan padanya.

Umumnya, untuk mengatasi permasalahan tersebut, maka upaya penyelesaian dimulai dari penentuan terlebih dahulu akar permasalahan tersebut dan bagaimana penyelesaiannya melalui lembaga profesi atau non profesi. Upaya penyelesaian melalui lembaga profesi dapat dilaksanakan melalui Lembaga Profesi Kedokteran yaitu Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dan/atau Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Sedangkan Penyelesaian Lembaga Non-Profesi Penyelesaian secara perdata, Penyelesaian Sengketa Medis Secara Pidana Melalui Peradilan Umum (Zaluchu dan Yusra, 2022).

#### **E. Faktor-Faktor Terjadinya Sengketa Medis**

Berikut ini merupakan faktor yang dapat menyebabkan terjadinya sengketa medis:

1. Melakukan apa yang menurut kesepakatan tidak seharusnya dilakukan.
2. Melakukan apa yang menurut kesepakatan wajib dilakukan tetapi terlambat tidak tepat waktu.
3. Melakukan apa yang menurut kesepakatan wajib dilakukan tetapi tidak sempurna.
4. Kurangnya informasi.
5. Komunikasi yakni cara dan kualitas komunikasi yang tidak baik bisa menimbulkan masalah, sebaliknya komunikasi yang baik bisa meredam masalah perbedaan persepsi contoh makna malpraktik.
6. Perbedaan kepentingan.
7. Kesenjangan harapan dan hasil. Hal ini bisa terjadi karena kepercayaan yang berlebih bisa pemicu, lupa bahwa dokter juga manusia.
8. Pihak yang merasa dirugikan telah menyatakan rasa tidak puasnya baik secara langsung kepada pihak yang dianggap sebagai penyebab kerugian atau kepada pihak lain. Ketidakpuasan tersebut tidak bisa diselesaikan dengan baik atau *slow respon*.
9. Perkembangan dalam masyarakat, bisa terjadi karena pengaruh info yang tidak valid dari media sosial.
10. Memudar/terbaikannya nilai etika, hal ini terjadi karena berbagai hal.

11. Persaingan antar rekan sejawat, hal ini sangat mungkin terjadi.
12. Lemah kepercayaan, dan lain lain.

Sengketa medis dalam praktik seringkali merupakan jalinan permasalahan etika profesi, disiplin profesi maupun hukum pada umumnya. Dalam penyelenggaraan praktik kedokteran maupun dalam pelaksanaan tindakan medis seringkali penyebab terjadinya sengketa karena beberapa hal, yaitu sebagai berikut (Zaluchu dan Yusran, 2022):

1. Isi informasi (tentang penyakit yang diderita pasien) dan alternatif terapi yang dipilih tidak disampaikan secara lengkap.
2. Kapan informasi itu disampaikan (oleh dokter kepada pasien), apakah pada waktu sebelum terapi yang berupa tindakan medis tertentu itu dilaksanakan? Informasi harus diberikan (oleh dokter kepada pasien), baik diminta atau tidak (oleh pasien) sebelum terapi dilakukan. Lebih-lebih jika informasi itu berkait dengan kemungkinan perluasan terapi.
3. Cara penyampaian informasi harus lisan dan lengkap serta diberikan secara jujur dan benar, kecuali bila menurut penilaian dokter penyampaian informasi akan merugikan pasien, demikian pula informasi yang harus diberikan kepada dokter oleh pasien; Pasien yang



bersangkutan mempunyai hak atas informasi, dan keluarga terdekat apabila menurut penilaian dokter informasi yang diberikan akan merugikan pasien, atau bila ada perluasan terapi yang tidak dapat diduga sebelumnya yang harus dilakukan untuk menyelamatkan nyawa pasien.

Dalam praktik pelayanan medis kurangnya informasi yang diberikan dokter antara lain disebabkan karena kesibukan dan rutinitas pekerjaan dokter yang banyak menyita waktu, sehingga dokter kurang mempunyai waktu cukup untuk memberikan seluruh informasi. Disamping itu, banyaknya pasien yang harus ditangani menyebabkan dokter mengalami kejenuhan dalam memberikan informasi yang berlebihan dan keadaan pasien yang sakit baik fisik maupun psikis menimbulkan kesulitan bagi dokter untuk memberikan informasi yang diberikan. Apabila diberikan terlalu banyak dapat menimbulkan pasien menjadi takut/ tertekan, sehingga memperburuk proses perawatan dan penyembuhan atau bahkan kemungkinan penolakan pasien dapat terjadi. Adapun kurangnya pemberian informasi dapat menyebabkan salah penafsiran pada diri pasien. Hal-hal lain yang dapat menyebabkan sesuai dengan harapan pasien/keluarga; hak-hak pasien diabaikan atau dilanggar; biaya pengobatan yang (dianggap) mahal;

salah komunikasi, persepsi atau interpretasi; dan alasan ganti rugi keuangan (Purwandianto, 2000).

## **BAB II**

### **MALPRAKTIK MEDIS**

#### **A. Malpraktik Medik**

Malpraktek (malapraktek) atau malpraktik terdiri dari suku kata mal dan praktik atau praktek. *Mal* berasal dari kata Yunani, yang berarti buruk. Praktik (Kamus Umum Bahasa Indonesia, Purwadarminta, 1976) atau praktikk (Kamus Dewan Bahasa dan Pustaka kementerian Pendidikan Malaysia, 1971) berarti menjalankan perbuatan yang tersebut dalam teori atau menjalankan pekerjaan (profesi). Jadi, malpraktikk berarti menjalankan pekerjaan yang buruk kualitasnya, tidak tepat. Malpraktikk tidak hanya terdapat dalam bidang kedokteran, tetapi juga dalam profesi lain seperti perbankan, pengacara, akuntan publik, dan wartawan. Dengan demikian, malpraktikk medik dapat diartikan sebagai kelalaian atau kegagalan seorang dokter atau tenaga medis untuk mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan yang lazim dipergunakan dalam mengobati pasien atau orang cedera menurut ukuran di lingkungan yang sama (Hanafiah, M.Yusuf dan Amri Amir, 1999).

Tindakan malpraktikk merupakan kesalahan atau kelalaian yang dibuat secara sengaja maupun tidak sengaja oleh tenaga medis dapat mengakibatkan

kerugian kesehatan dan keselamatan seorang pasien yang sedang ditanganinya (Sibarani, 2017). Hal ini sangat mempengaruhi kualitas tenaga medis di mata masyarakat luas dan tindakan ini juga dapat mempengaruhi kualitas rumah sakit dalam menangani masyarakat pada umumnya. Di samping itu malpraktik juga sangat bertentangan dengan hukum karena tidak sesuai dengan *Standar Operasional Prosedur* (SOP) (Michel & Mangkey, 2014), dimana setiap tenaga medis diharuskan dan berkewajiban untuk selalu memberikan pelayanan terbaik bagi pasien yang membutuhkan penanganan medis, karena ini merupakan salah satu *standar operasional prosedur* (SOP) yang harus dan wajib dilakukan oleh tenaga medis dalam menangani para pasien sesuai Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Pengertian Malpraktek ada berbagai macam pendapat dari para sarjana mengenai pengertian malpraktek. Masing-masing pendapat itu diantaranya adalah sebagai berikut (Fitriyono dkk, 2016);

1. Veronica menyatakan bahwa istilah malparaktek berasal dari "*malpractice*" yang pada hakekatnya adalah kesalahan dalam menjalankan profesi yang timbul sebagai akibat adanya kewajiban-kewajiban yang harus dilakukan oleh dokter.
2. Hermien Hadiati menjelaskan *malpractice* secara harfiah berarti *bad practice*, atau praktek buruk

yang berkaitan dengan praktek penerapan ilmu dan teknologi medik dalam menjalankan profesi medik yang mengandung ciri-ciri khusus. Karena malpraktek berkaitan dengan "*how to practice the medical science and technology*", yang sangat erat hubungannya dengan sarana kesehatan atau tempat melakukan praktek dan orang yang melaksanakan praktek. Maka Hermien lebih cenderung untuk menggunakan istilah "*maltreatment*".

3. Danny Wiradharma memandang malpraktek dari sudut tanggung jawab dokter yang berada dalam suatu perikatan dengan pasien, yaitu dokter tersebut melakukan praktek buruk.
4. Kamus Besar bahasa Indonesia edisi ketiga menyebutkan istilah malpraktik dengan malapraktik yang diartikan dengan: "praktik kedokteran yang salah, tidak tepat, menyalahi undang-undang atau kode etik".
5. Pengertian malpraktek medik di dalam *Black's Law Dictionary*: "Malpraktek adalah setiap sikap tindak yang salah, kekurangan keterampilan dalam ukuran tingkat yang tidak wajar. Istilah ini umumnya dipergunakan terhadap sikap tindak dari para dokter, pengacara, dan akuntan. Kegagalan untuk memberikan pelayanan professional dan melakukan pada ukuran tingkat

keterampilan dan kepandaian yang wajar di dalam masyarakatnya oleh teman sejawat rata-rata dari profesi itu, sehingga mengakibatkan luka, kehilangan atau kerugian pada penerima pelayanan tersebut yang cenderung menaruh kepercayaan terhadap mereka itu. Termasuk di dalamnya setiap sikap tindak profesional yang salah, kekurangan keterampilan yang tidak wajar atau kurang kehati-hatian atau kewajiban hukum, praktek buruk, atau illegal atau sikap *immoral*”.

Menurut M.jusuf Hanafiah dan Amri Amir (1999:89), unsur-unsur malpraktik yaitu:

1. Adanya unsur kesalahan/kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya;
2. Adanya perbuatan yang tidak sesuai dengan *standar prosedur operasional*;
3. Adanya luka berat atau mati, yang mengakibatkan pasien cacat atau meninggal dunia;
4. Adanya hubungan kausal, dimana luka berat yang dialami pasien merupakan akibat dari perbuatan dokter yang tidak sesuai dengan standar pelayanan medis.

Contoh-contoh malpraktik adalah ketika seorang dokter atau tenaga kesehatan:

1. Meninggalkan kain kasa di dalam rahim pasien;
2. Melupakan keteter di dalam perut pasien;

3. Menunda persalinan sehingga janin meninggal di dalam kandungan ibunya;
4. Menjahit luka operasi dengan asal-asalan sehingga pasien terkena infeksi berat;
5. Tidak mengikuti standar profesi dan standar prosedur operasional.

## **B. Jenis-Jenis Malpraktik**

Perkembangan Indonesia saat ini kalau dilihat dari kasus malpraktik dilakukan oleh tenaga medis sebagai pelaku yang melakukan pelanggaran bisa bersifat pidana, perdata dan administrasi, dengan demikian malpraktik dibagi menjadi tiga (3) golongan besar yaitu Malpraktik medik (*medical malpractice*), malpraktik etik (*Ethical malpractice*) dan malpraktik yuridik (*juridical malpractice*), dimana malpraktik yuridik dibagi menjadi tiga yaitu: Malprakteik perdata, malpraktik pidana dan malpraktik administrasi dimana masing-masing memiliki sifat sama dimana merugikan pihak lain dan melanggar standar operasional prosedur yang berlaku (Mucthar, 2016; 177).

### **1. Malpraktek Medis (*Medical Malpractice*)**

Suatu tindakan dokter dapat digolongkan sebagai tindakan malpraktek medik, jika memenuhi berbagai elemen yuridis. Elemen yuridis tersebut meliputi (Widhiantoro dkk, 2021);

- a. Adanya tindakan pengabaian.
- b. Tindakan tersebut dilakukan oleh dokter atau orang di bawah pengawasannya.
- c. Tindakan tersebut berupa tindakan medis, yaitu tindakan diagnosis, terapeutik, manajemen kesehatan.
- d. Tindakan tersebut dilakukan terhadap pasiennya.
- e. Tindakan tersebut dilakukan secara melanggar hukum, dan atau melanggar kepatutan, dan atau melanggar kesusilaan, dan atau; prinsip-prinsip profesional.
- f. Dilakukan dengan kesengajaan atau ketidakhatian (kelalaian, kecerobohan).
- g. Tindakan tersebut mengakibatkan pasien dalam perawatannya (Salah tindak/rasa sakit/ luka/ cacat/ kematian/kerusakan pada tubuh dan atau jiwa/Kerugian lainnya terhadap pasien).
- h. Menyebabkan dokter harus bertanggungjawab secara administrasi, perdata, dan pidana.

Dalam hal terjadi malpraktek medik, dokter seringkali dituduh melakukan kelalaian yang pada umumnya dianggap sebagai malpraktek medik.

## **2. Malpraktek Etik (*Ethical Malpractice*)**

Malpraktek etik adalah tenaga kesehatan melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika profesinya sebagai tenaga kesehatan. Adapun yang dimaksud dengan etik kedokteran ini mempunyai dua



sisi dimana satu sisi saling terkait dan saling pengaruh mempengaruhi, yaitu etik jabatan atau *medical ethics*, yang menyangkut masalah yang berhubungan dengan sikap para dokter terhadap sejawatnya, sikap dokter terhadap pembantunya dan sikap dokter terhadap masyarakat. Sedangkan etik asuhan atau *ethics of the medical care*, yaitu merupakan etik kedokteran dalam kehidupan sehari-hari mengenai sikap dan tindakan seorang dokter terhadap penderita yang menjadi tanggung jawabnya. Pelanggaran terhadap ketentuan Kode Etik Kedokteran ada yang merupakan pelanggaran etik semata-mata, tetapi ada juga merupakan pelanggaran etik dan sekaligus pelanggaran hukum yang dikenal dengan istilah pelanggaran etikologal. Lebih lanjut bentuk-bentuk pelanggaran etik kedokteran adalah sebagai berikut;

- a. Pelanggaran etik murni: (1) Menarik imbalan yang tidak wajar atau menarik imbalan jasa dari keluarga sejawat dokter dan dokter gigi; (2) Mengambil alih pasien tanpa persetujuan sejawatnya (melanggar Pasal 16 Kodeki); (3) Memuji diri sendiri di hadapan pasien (melanggar Pasal 4 huruf a Kodeki); (4) Dokter mengabaikan kesehatannya sendiri (pelanggaran Pasal 17 Kodeki).
- b. Terhadap pelanggaran etikolegal antara lain : (1) Pelayanan dokter di bawah standar; (2)

Menerbitkan surat keterangan palsu (melanggar Pasal 7 Kodeki sekaligus Pasal 267 KUHP); (3) Membuka rahasia jabatan atau pekerjaan dokter (melanggar Pasal 13 Kodeki dan Pasal 322 KUHP); (4) Tidak pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan dalam perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; (5) *Abortus provokatus*; (6) Pelecehan seksual (7) Tidak mau melakukan pertolongan darurat kepada orang yang menderita (melanggar Pasal 14 Kodeki dan Pasal 304 KUHP).

Malpraktek etik ini merupakan dampak negatif dari kemajuan teknologi kedokteran. Kemajuan teknologi ini sebenarnya bertujuan untuk memberikan kemudahan dan kenyamanan bagi pasien, serta membantu dokter mempermudah menentukan diagnosa dengan lebih cepat, tepat, akurat sehingga rehabilitasi pasien tidak memberikan dampak negatif yang merugikan. Efek samping tersebut meliputi: komunikasi antara dokter dengan pasien semakin berkurang, etika kedokteran terkontaminasi kepentingan bisnis, harga pelayanan medis sangat tinggi, serta berbagai perusahaan yang menawarkan obat kepada dokter dengan janji kemudahan yang akan diperoleh dokter jika mau menggunakan obat tersebut sehingga mempengaruhi pertimbangan dokter dalam memberikan terapi kepada pasien (Puspitasari, 2018).

### 3. Malpraktek Yuridis

Soedjatmiko membedakan malpraktek yuridis dalam tiga kategori, yaitu (Soedjatmiko dalam Haiti, 2017);

#### a. Malpraktek perdata (*civil malpractice*)

Malpraktek perdata akan terjadi jika dokter atau pihak rumah sakit tidak memenuhi kewajiban atau tidak memberikan hak-hak pasien berdasarkan perjanjian pemberian pelayanan kesehatan, sehingga dokter dan atau pihak rumah sakit telah melakukan wanprestasi atas perjanjian tersebut. Malpraktek perdata juga dapat terjadi jika dokter atau pasien melakukan tindakan yang menimbulkan kerugian terhadap pasien sehingga dapat dikatakan telah melakukan perbuatan melawan hukum.

Bentuk pelanggaran dalam wanprestasi sebagai berikut: (a) Tidak memberikan prestasi sama sekali sebagaimana yang diperjanjikan; (b) Memberikan prestasi tidak sebagaimana mestinya, tidak sesuai kualitas atau kuantitas dengan yang diperjanjikan; (c) Memberikan prestasi tetapi sudah terlambat tidak tepat waktu sebagaimana yang diperjanjikan; (d) memberikan prestasi yang lain dari yang diperjanjikan. Dilihat dari transaksi terapeutik yang merupakan inspanning verbentenis dimana kewajiban atau prestasi dokter yang harus dijalankan pada pasien adalah perlakuan medis yang sebaik-baiknya dan

secermat-cermatnya sesuai dengan standar profesi medis atau standar prosedur operasional. Maka wanprestasi dokter terjadi karena melanggar standar profesi medis atau standar prosedur operasional sehingga memberikan pelayanan medis pada pasien tidak sebagaimana mestinya, dan/atau memberikan prestasi yang tidak sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

b. Malpraktek pidana

Malpraktek pidana terjadi jika ada kesalahan dokter dalam melakukan tindakan yang kurang hati-hati yang menyebabkan pasien meninggal dunia atau cacat. Malpraktek pidana dapat terjadi karena tiga hal yaitu, karena kesengajaan misalnya dalam kasus membocorkan rahasia kedokteran, aborsi tanpa indikasi medis atau melakukan pembiaran terhadap pasien dengan alasan apapun; karena kecerobohan yang terjadi karena dokter atau tenaga kesehatan bertindak tidak sesuai dengan standar medis atau tanpa meminta persetujuan pasien; dan karena kealpaan yang terjadi karena kurang hati-hatian dokter sehingga menimbulkan kematian ataupun cacat pada diri pasien. Malpraktek yang bersifat pidana juga terjadi jika ada peristiwa yang berupa pembiaran dan/atau penolakan terhadap pasien yang datang, dengan alasan ketidakmampuan pasien tersebut untuk membayar biaya jasa rumah sakit, pengobatan

dan/atau perawatan, baik rawat inap maupun rawat jalan. Malpraktek jenis ini terjadi karena tidak adanya pemenuhan kewajiban yang telah ditentukan oleh hukum oleh rumah sakit dalam bentuk memberikan pertolongan terhadap pasien yang seharusnya ditolong, sehingga mengakibatkan kematian atau cacat pada pasien tersebut sebagai akibat tidak adanya pertolongan.

Didalam dunia kesehatan, Malpraktik yang berdasar kepada hukum pidana atau kriminalitas dalam bidang medis, dapat dikategorikan menjadi penganiayaan, kealpaan (yang menyebabkan kematian). Tidak semua Malpraktik medis masuk dalam ranah hukum pidana, melainkan harus terpenuhinya 3 unsur yakni(Qomariyah, Ohoiwutun, & Prihatmini, 2018): Adanya sikap batin profesi kesehatan (ada yang bersifat kesengajaan dan culpa), Tindakan medis yang dilakukan dan standar profesi menjadi terlanggar. Standar operasional prosedur yang mengandung sifat melawan hukum, tidak bersesuaian dengan kebutuhan media pasien, menimbulkan luka-luka serta hilangnya nyawa pasien (Ola, Huda, & Putera, 2017). Munculnya kesalahan dalam tindak pidana medis banyak terjadi karena unsur kelalaian yang dilakukan oleh dokter maupun tenaga kesehatan lainnya, atau yang dalam rinciannya, tenaga kesehatan

melakukan sesuatu yang tidak perlu dilakukan dan ia melakukannya.

c. Malpraktek administrasi

Malpraktik didalam pertanggungjawaban administrasi yakni jika dokter ataupun tenaga kesehatan melakukan pelanggaran terhadap administrasi negara. Sebagai contoh misalnya dokter dalam menjalankan praktiknya tanpa lisensi, seorang dokter melakukan praktek dengan izin yang telah kadaluarsa saat melakukan praktek tanpa catatan medik (Asyhadie, SH, & Rahmawati Kusuma, 2019).

Pelanggaran muncul apabila dokter dan tenaga medis melanggar yang berkaitan dengan hal-hal administrasi. Apabila berbagai ketentuan tersebut diatas dilanggar, maka tenaga medis dapat dipersalahkan dengan delik melanggar hukum administrasi. Aspek hukum administrasi di dalam penyelenggaraan praktik pelayanan kesehatan yakni dokter ataupun tenaga medis haruslah terlebih dahulu menyelesaikan pendidikannya dan di dalam praktik haruslah memiliki izin, seperti izin dalam arti memberikan kewenangan secara formil, izin dalam arti memberikan kewenangan secara materil. Sedangkan di dalam Hukum Administrasi, pemberian izin pada hakikatnya adalah mengarahkan aktivitas, yakni izin diberikan (baik formal maupun materil) sebagai suatu kontribusi atau sumbangsih dan standar pelayanan

yang harus dipatuhi dalam pelaksanaan pratiknya, kemudian selain itu menghindarkan dari bahaya yang dapat saja timbul di dalam pelaksanaan praktik serta mencegah penyelenggaraan praktik kesehatan oleh orang yang tidak berhak atasnya, serta melakukan proses seleksi yakni penilaian secara administrasi serta kemampuan teknis yang harus dipenuhi oleh setiap perawat, serta memberikan perlindungan kepada masyarakat dari praktik yang dilakukan oleh oknum yang tidak memiliki kompetensi (Yulianto R, 2017).

Seorang tenaga medis dikatakan telah melakukan malpraktik administrasi apabila ia telah menyimpangi hukum administrasi. Misalnya dalam hal persyaratan tenaga kerja dibidang kesehatan, batas-batas serta kewenangan dan kewajiban tenaga medis. Apabila hal-hal tersebut disimpangkan maka tenaga kesehatan yang berkaitan bisa dipersalahkan dengan ketentuan melanggar hukum administrasi. Secara sederhana bisa dipahami bahwa malpraktik secara administrasi muncul apabila perangkat medis melanggar hukum administrasi misalnya dokter tidak memiliki surat izin kerja, izin praktik ataupun melanggar apa yang menjadi batas-batas kewenangannya.

### **C. Teori Sumber Munculnya Malpraktik**

Terdapat sekurang-kurangnya tiga teori yang menjabarkan mengenai sumber dari munculnya

malpraktik yakni (Haiti dalam Jamaluddin dan Ratna, 2022):

### **1. Teori Pelanggaran Kontrak**

Teori ini berpandangan bahwa alasan atau sumber dari adanya malpraktek dikarenakan dilanggarnya kontrak. Teori ini menekankan bahwa secara hukum tenaga kesehatan tidak memiliki kewajiban untuk merawat apabila antara keduanya tidak memiliki kontrak yang sebelumnya sudah terjalin.

### **2. Teori Perbuatan yang Disengaja**

Teori ini bisa dimanfaatkan oleh pasien sebagai acuan untuk melakukan gugatan malpraktik pada pasien akibat adanya kesalahan yang dilakukan dengan unsur sengaja hingga mengakibatkan adanya cedera fisik yang dialami.

### **3. Teori Kelalaian**

Dalam teori ini, berpandangan bahwa sumber dari adanya malpraktek ialah adanya kelalaian. Kelalaian bisa menjadi awal adanya malpraktek dan dalam hal ini haruslah dibuktikan. Kelalaian yang dimaksudkan haruslah memenuhi unsur kategori culpa atau kelalaian yang berat. Di dalam sengketa medis, ada dua hal yang mendasar yang perlu diperhatikan yakni, pasien maupun keluarga pasien tidak paham mengenai tindakan medis yang bisa saja memunculkan risiko. Kedua, pihak dokter yang tidak



melakukan komunikasi yang baik serta tidak menjelaskan dengan terperinci mengenai penyakit yang pasien derita ataupun langkah yang hendak diambil dokter. Jika saja hak dan kewajiban dalam sengketa antara pasien dan dokter diperhatikan dengan baik, serta menjalin komunikasi yang baik, maka sengketa itu akan sangat minim muncul.

#### 4. Teori pembelaan

Teori pembelaan terdiri dari 5 teori, yaitu teori kesediaan untuk menerima resiko, teori pasien ikut dalam kelalaian, teori perjanjian membebaskan dari kesalahan, teori peraturan *good Samaritan* dan teori *workmen's compensation* (Agustina dan Achmad, 2022).

### **D. Kelalaian Medis**

#### **1. Kelalaian Medis**

Kelalaian medis adalah suatu keadaan dimana seseorang bertindak kurang hati-hati menurut ukuran wajar. Karena tidak melakukan apa yang seharusnya seseorang itu. Kelalaian mencakup 2 (dua) hal, yakni pertama, karena melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan; atau Kedua, karena tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukannya. Kelalaian atau negligence menurut Keeton *Medical Negligence–The Standard of Care* adalah suatu sikap–tindak yang oleh masyarakat dianggap menimbulkan bahaya secara tidak wajar dan diklasifikasikan demikian karena

orang itu bisa membayangkan atau seharusnya membayangkan bahwa tindakan itu bisa mengakibatkan orang lain harus menanggung risiko, dan bahwa sifat dari risiko itu sedemikian beratnya, sehingga seharusnya ia bertindak dengan cara yang lebih hati-hati.

Profesi dokter harus tunduk dan mentaati norma-norma umum termasuk norma sebagaimana disuratkan pada pendapat tersebut di atas (KUHPerdata dan KUHP), juga teliti dan hati-hati. Norma berfungsi untuk mewujudkan tata tertib di dalam masyarakat, sehingga hubungan manusia berjalan lancar dan tertib. Seorang dokter bisa dinilai bertanggung jawab terhadap *professional negligence* apabila sikap atau perbuatannya tidak berdasarkan standar yang umum berlaku pada profesinya, sehingga pasien sampai cedera karena kelalaiannya. Kewajiban seorang dokter untuk mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan termasuk apa yang diutarakan oleh Keeton dan Kalua karena tertinggal ilmunya sampai mengakibatkan pasien menderita cedera, maka tindakan itu juga bisa termasuk kelalaian. Dilihat dari segi etik pun demikian, KODEKI Pasal 18 mencantumkan: "Setiap dokter hendaklah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia kepada cita-cita yang luhur" (Wiriadinata, 2014).

## 2. Bentuk Kelalaian

Bentuk-bentuk kelalaian terdapat 6 (enam) macam, yaitu (J Guwandi, 2010):

- a. *Malfeasance*: apabila seseorang melakukan suatu tindakan yang bertentangan dengan hukum atau melakukan perbuatan yang tidak patut (*execution of an unlawful or improper act*).
- b. *Misfeasance*: pelaksanaan suatu tindakan tidak secara benar (*the improper performance act*).
- c. *Nonfeasance*: tidak melakukan suatu tindakan yang sebenarnya ada kewajiban untuk melakukan (*the failure to act when there is a duty to act*).
- d. *Malpractice*: kelalaian atau tidak berhati-hati dari seseorang yang memegang suatu profesi, seperti misalnya dokter, perawat, bidan, akuntan dan sebagainya (*negligence or carelessness of a professional person such as a nurse, pharmacist, physician, accountant, etc*).
- e. *Maltreatment*: cara penanganan sembarangan, misalnya operasi yang dilakukan tidak secara benar atau terampil (*improper or unskillful treatment*). Hal ini bisa karena ketidak tahuan, kelalaian, sembarangan atau acuh tak acuh (*ignorance, neglect, or willfulness*).
- f. *Criminal negligence*: sifat acuh tak acuh, dengan sengaja atau sikap yang tidak peduli terhadap keselamatan orang lain, walaupun ia mengetahui

bahwa tindakannya itu bisa mengakibatkan cedera/merugikan kepada orang lain (*reckless disregard for the safety of another. It is the willful indifference to an injury which could follow an act*)” (J. Guwandi, 2010).

### 3. Unsur Unsur Kelalaian

Adapun unsur-unsur kelalaian harus dipenuhi 4 (empat) unsur yang dikenal dengan nama 4-D, yaitu (Rokayah dan Gunawan, 2022):

- a. *Duty to use due care*: tidak ada kelalaian jika tidak ada kewajiban untuk mengobati.
- b. *Dereliction (breach of duty)*: apabila sudah ada kewajiban (*duty*), maka sang dokter/perawat rumah sakit harus bertindak sesuai dengan standard profesi yang berlaku. Jika terdapat penyimpangan dari standar tersebut, maka ia dapat dipersalahkan.
- c. *Damage (injury)*: unsur ketiga untuk penuntutan malpraktek medik adalah cedera atau kerugian yang diakibatkan kepada pasien. Walaupun seorang dokter atau rumah sakit dituduh telah berlaku lalai, tetapi jika tidak sampai menimbulkan luka/cedera/ kerugian (*damage, injury, harm*) kepada pasien, maka ia tidak dapat dituntut ganti kerugian. Istilah luka (*injury*) tidak saja dalam bentuk fisik, namun kadang kala juga termasuk gangguan mental yang hebat (*mental anguish*). Juga

apabila terjadi pelanggaran terhadap privasi orang lain.

- d. *Direct Causation (proximate cause)*: harus ada hubungan kausa yang wajar antara sikap tindak tergugat (dokter) dengan kerugian (*damage*) yang menjadi diderita oleh pasien sebagai akibatnya. Tindakan dokter itu harus merupakan penyebab langsung, hanya atas penyimpangan saja belumlah cukup untuk mengajukan tuntutan ganti kerugian.

# **BAB III**

## **BENTUK PELANGGARAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN YANG DAPAT MENIMBULKAN SENGKETA MEDIK**

### **A. Pelanggaran Medik**

Hukum di bidang kesehatan memiliki hubungan erat satu sama lainnya seperti hukum kedokteran/kedokteran gigi, hukum keperawatan, hukum farmasi klinik, hukum rumah sakit, hukum kesehatan masyarakat, hukum kesehatan lingkungan dan sebagainya. Selain itu, hukum kesehatan juga mengandung banyak aspek dalam kehidupan manusia terutama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dan penerapannya, seperti aspek hukum administrasi, aspek hukum perdata, maupun aspek hukum pidana. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tentu tidak terlepas dari ketentuan hukum yang mengatur hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan (Hanafiah J & Amir A,1999).

Konflik etikolegal dalam pelayanan kesehatan antara tenaga kesehatan, termasuk dokter di rumah

sakit yang pada gilirannya akan memicu sengketa medis dapat terjadi karena di masa kini dan di masa depan akan semakin berkembang kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan seiring dengan kemajuan masyarakat yang ditandai semakin tingginya tingkat pendidikan serta kesejahteraan masyarakat (Naseer, 2011).

Sengketa Medik adalah sengketa yang terjadi antara pasien atau keluarga pasien dengan tenaga kesehatan atau antara pasien dengan rumah sakit/fasilitas kesehatan. Biasanya yang dipersengketakan adalah hasil atau hasil akhir pelayanan kesehatan dengan tidak memperhatikan atau mengabaikan prosesnya. Padahal dalam hukum kesehatan diakui bahwa tenaga kesehatan atau pelaksana pelayanan kesehatan saat memberikan pelayanan hanya bertanggung jawab atas proses atau upaya yang dilakukan (*Inspanning Verbintennis*) dan tidak menjamin/menggaransi hasil akhir (*Resultalte Verbintennis*) (Naseer, 2011).

Biasanya pengaduan dilakukan oleh pasien atau keluarga pasien ke instansi kepolisian dan juga ke media massa. Akibatnya sudah dapat diduga pers menghukum tenaga kesehatan mendahului pengadilan dan menjadikan tenaga kesehatan sebagai bulan-bulanan, yang tidak jarang merusak reputasi nama dan juga karir tenaga kesehatan ini. Sementara itu

pengaduan ke kepolisian baik di tingkat Polsek, Polres maupun Polda diterima dan diproses seperti layaknya sebuah perkara pidana. Menggeser kasus perdata ke ranah pidana, penggunaan pasal yang tidak konsisten, kesulitan dalam pembuktian fakta hukum serta keterbatasan pemahaman terhadap seluk beluk medis oleh para penegak hukum dapat memungkinkan tingkatan sengketa medik menjadi terancam terjadinya disparitas pidana (Naseer, 2011).

Beberapa praktik pelanggaran di bidang etik sering terjadi di pelayanan kesehatan namun secara hukum masih sulit untuk dibuktikan karena belum memadainya aturan hukum yang tertulis, misalnya pada keadaan-keadaan di bawah ini (Novianto, 2017):

1. Penggunaan berlebihan alat canggih kedokteran di rumah sakit untuk pengembalian kredit bank.
2. Pengobatan ala kadarnya pada pasien yang tidak mampu atau penolakan pasien dengan berbagai macam alasan.
3. Perpanjangan *length of stay* pasien VIP untuk penambahan penghasilan rumah sakit, termasuk perluasan indikasi medik/perawatan dengan cara menakuti/membodohi pasien.
4. Pelaksanaan *futilisasi meduis* (kesia-siaan medis) bagi penyakit yang tidak bisa disembuhkan.
5. Pengalihan atau pemaksaan halus untuk pindah pasien tidak mampu dari rumah sakit dalam



keadaan belum stabil ke rumah sakit lain (*patient dumping*).

6. Mempersulit atau tidak menerima pasien “sakit berat yang hampir mati” (*terminal patient*) demi mencegah kesan nama buruk penanganan pasien (menekan angka kematian) rumah sakit.
7. Menahan-nahan pasien walaupun tidak jelas diagnosisnya (tidak merujuk ke fasilitas lebih tinggi hanya untuk kepentingan penghasilan dokter/rumah sakit).
8. Tidak melaksanakan doktrin *informed consent* secara tulus ikhlas.
9. Tidak melaksanakan ketentuan rekam medis secara lege artis.
10. Dikotomi atau *splitting* (mengirim pasien atau melakukan tindakan medik dengan imbalan komisi fasilitas/sponsor lain).
11. Menggunakan pengganti/ asisten atau melindungi tenaga kesehatan lain yang tidak berhak/ berwenang, yang sudah tua/ cacat, yang sakit/ adiksi atau berperilaku buruk.
12. Tidak mengungkapkan *medical error* teman sejawat.
13. Mempraktikan suatu kontroversi medis seperti aborsi yang dikaitkan dengan paham *pro choice* dan *pro life* terkait dengan *problem menstrual regulation life saving*, kedaruratan, indikasi medis, otonomi pasien (izin suami, dan lain-lain).

14. Mempraktikkan dilema etis kemajuan teknologi medis seperti bayi tabung, *single parent mother*, bank sperma, sewa rahim, *kloning*, *euthanasia*, *eugenetika*, transplantasi organ, dan lain-lain.
15. Persaingan perebutan lahan atau kewenangan medis (antar *specialis*), saham rumah sakit atau unit usaha dengan atau tanpa mempergunakan organisasi profesi.
16. Memperkokoh ketertutupan medis dengan alasan kebebasan/otonomi profesi, mempersulit sejawat lain masuk ke dalam unit kerjanya, saling memperolok sejawat, memperkerjakan juniornya tanpa kepantasan nurani.
17. Segala bentuk KKN lainnya (khususnya dengan penyederhanaan prosedur apapun/melakukan terobosan aturan, penghindaran hukum, mengatasnamakan kemuliaan profesi).
18. Memasang tarif tinggi dengan dalih profesionalitas dan terlalu berorientasi pada waktu sebagai bisnis.
19. Memperkokoh kerjasama dengan alasan sinergi atau lintas disiplin, namun menurunkan kebebasan profesi dan lain sebagainya.

Dalam hukum pidana sendiri akibat merugikan yang masuk dalam ranah hukum pidana apabila jenis kerugian tersebut masuk dalam rumusan kejahatan menjadi unsur tindak pidana akibat kematian dan luka yang merupakan unsur kejahatan Pasal 359 dan 360

KUHP, maka bila kelalaian/culpa perlakuan medis terjadi dan mengakibatkan kematian atau luka sejenis yang ditentukan dalam pasal ini maka perlakuan medis masuk kategori malpraktik pidana (Hanafiah J & Amir A,1999).

## **B. Sengketa Medik dalam Pelayanan Kesehatan**

Sengketa medik dalam pelayanan kesehatan ada dua hal yang perlu mendapat perhatian serius karena kedua memberikan konsekwensi hukum yang menuntut pertanggung jawaban dokter sebagai tenaga kesehatan dan atau rumah sakit/klinik sebagai fasilitas kesehatan.

### **1. Kelalaian Medik**

Kelalaian medik dimaknai sebagai melakukan sesuatu yang tidak semestinya dilakukan atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan. Pendapat lain juga mengatakan kelalaian adalah tidak melakukan sesuatu apa yang seorang yang wajar yang berdasarkan pertimbangan biasa yang umumnya mengatur peristiwa manusia, akan melakukan, atau telah melakukan sesuatu yang wajar dan hati-hati justru tidak akan melakukan. Pandangan lain menyatakan kelalaian adalah suatu kegagalan untuk bersikap hati-hati yang secara wajar dilakukan dalam ukuran umum.

Menurut Oemar Seno Adji, untuk dapat menentukan ada tidaknya malpraktik medik, khususnya dalam hal unsur kelalaian dapat ditinjau dari beberapa aspek, yaitu:

- a. Adanya kecermatan (*zorgvuldigheid*), artinya seorang dokter mempunyai kemampuan yang normal, suatu *zorgvuldigheid* yang biasa, dengan hubungan yang wajar dalam tujuan merawat (pasien).
- b. Adanya diagnosis dan terapi, artinya perbuatan-perbuatan ini dilakukan dokter yang sangat tergantung dari ilmu pengetahuan yang ia miliki, kemampuan yang wajar dan pengalaman yang ada.
- c. Standard profesi medis yang mengambil ukuran:
  - 1) Dokter memiliki kemampuan rata-rata (*average*)
  - 2) *Equal category and condition* (kategori dan keadaan yang sama). Seorang dokter spesialis tentunya memiliki persyaratan yang lebih berat dari dokter umum, atau kategori dokter di puskesmas akan berlainan dengan dokter di rumah sakit moderen dengan sarana dan prasarana yang lengkap.
  - 3) Asas proporsionalitas dan subsidiaritas, yaitu adanya keseimbangan yang wajar dengan tujuan untuk menangani pasiennya

Dalam perspektif hukum perdata, gugatan atas dugaan kelalaian medik dapat menggunakan pasal-pasal sebagai berikut:

- a. Wanprestasi, dengan memakai pasal 1239 KUH Perdata. Pasal ini dapat dipakai jika hubungan hukum yang terbentuk antara dokter-pasien adalah perjanjian yang berorientasi hasil (*resultaat verbintenis*).
- b. Kelalaian dengan menggunakan pasal 1366 KUH Perdata sebagai berikut: "Setiap orang bertanggungjawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan kelalaian atau kurang hati-hatinya".

Dalam perspektif hukum pidana dikenal adanya kesalahan (*schuld*), baik yang berupa kesengajaan (*opzet, dolus*) maupun kelalaian/kealpaan (*culpa*). Kelalaian yang dilakukan dokter sesuai tolok ukur kelalaian berat atau culpa lata (*grove schuld, gross negligence*) seperti yang diatur dalam KUHP pada pasal 359 dan 360. Berikut adalah pasal-pasal KUHP yang memungkinkan dikenakan kepada dokter dan diindikasikan sebagai tindakan pidana adalah:

- a. Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan.
- b. Pasal 359 KUHP yaitu karena kesalahannya menyebabkan orang mati.

- c. Pasal 360 KUHP yaitu karena kesalahannya menyebabkan orang luka berat.
- d. Pasal 361 KUHP yaitu karena kesalahannya dalam melakukan suatu jabatan atau pekerjaannya hingga menyebabkan mati atau luka berat akan dihukum lebih berat.
- e. Pasal 322 KUHP tentang pelanggaran rahasia kedokteran.
- f. Pasal 346, 347, 348 KUHP yang berkenaan dengan *abortus provocatus*.
- g. Pasal 344 KUHP tentang *euthanasia*.
- h. Pasal 304 KUHP sebagai pembiaran.

Dalam hal pelayanan medis yang berlaku di rumah sakit tentunya tidak lepas dari standar prosedur yang berlaku di masing-masing rumah sakit sehingga dokter atau tenaga kesehatan dituntut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak boleh lepas dari standar yang telah ditetapkan, namun dalam kenyataan di lapangan seringkali dokter atau tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas- tugasnya lalai dan tidak jarang mengakibatkan kondisi pasien bisa berubah menjadi lebih sakit ataupun meninggal karena kelalaian tersebut yang berbuntut pada tuntutan hukum. Oleh karena itu dalam beberapa kasus yang sering mencuat di publik telah memberikan suatu peringatan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya harus lebih berhati hati dan

bertanggung jawab agar supaya tidak terjadi kesalahan, kelalaian ataupun pembiaran, yang berakibat pada tuntutan hukum.

## **2. pembiaran Medik**

Pembiaran medik merupakan salah satu tindakan kedokteran dimana dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak sesuai standar prosedur yang berlaku, adapun dapat dikatakan pembiaran medik adalah suatu tindakan dokter tidak sungguh-sungguh atau tidak memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan berbagai alasan yang terkait dengan system pelayanan kesehatan.

Pembiaran medik ini sering kali terjadi di rumah sakit terlebih khusus bagi masyarakat atau pasien miskin dengan alasan harus memenuhi beberapa syarat administrasi, pembiaran medik juga sering terjadi pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau Unit Gawat Darurat (UGD) setiap pasien yang masuk ke unit tersebut seringkali tidak diberikan pelayanan yang memadai sehingga dapat terjadi pembiaran, dalam hal tersebut, dokter atau tenaga kesehatan yang bertugas di unit tersebut harus bertanggung jawab, dalam pertanggung jawab tersebut juga tidak lepas dari peran rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan.

Kasus pembiaran medik yang berdampak pada kecacatan atau kematian kepada pasien menimbulkan dampak hukum yang sangat besar, namun begitu

karena ketidaktahuan atau kurang pemahannya pasien dalam sistem pelayanan kesehatan menjadi suatu hal yang biasa saja. Dalam sistem hukum Indonesia pemberian medik secara umum belum tercantum secara jelas namun dalam hal yang demikian dapat diasumsikan ke dalam beberapa peraturan perundang-undangan yang ada misalnya:

- a. KUHP Perdata dalam pasal 1366.
- b. KUHP dalam pasal 304.
- c. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan alam ketentuan pidana tidak secara jelas mengatur tentang tindak pidana kesehatan pada Pasal 190.

### **C. Penyelesaian Sengketa Medik**

Bila terjadi sengketa medik, penyelesaiannya yang ada pada saat ini, ada dua jalur yaitu jalur Litigasi dan jalur Non Litigasi. Dari ke 2(dua) jalur tersebut ada 5 (lima) lembaga penyelesaian. Ke 5 (lima) lembaga penyelesaian sengketa medik tersebut adalah: Lembaga Peradilan Hukum Perdata, Lembaga Peradilan Hukum Pidana, Majelis Kehormatan etika kedokteran Indonesia (MKEK), Panitia Pertimbangan dan Pembinaan etik kedokteran (P3EK), serta melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) (Atmadja & Purwani, 2018).



Bagi pihak dokter atau sarana pelayanan kesehatan, penyelesaian sengketa medik melalui pengadilan/ secara litigasi berarti mempertaruhkan reputasi yang telah dicapainya dengan susah payah, dan dapat menyebabkan kehilangan nama baik. Meskipun belum diputus bersalah atau bahkan putusan akhir dinyatakan tidak bersalah, nama baik dokter atau sarana pelayanan kesehatan sudah terkesan jelek karena sudah secara terbuka di media diberitakan telah diduga melakukan kesalahan dan akan menjadi stigma yang jelek pula dalam masyarakat yang pada gilirannya menyebabkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap dokter atau sarana pelayanan kesehatan tersebut akan turun (Naseer,2011).

Penyelesaian sengketa yang paling ideal antara dokter dan pasien dapat dilihat dari tiga sisi, yaitu sisi pasien, sisi dokter, dan sisi prosedur. Jika dari sisi pasien, tentu penyelesaian sengketa melalui jalur etika bukanlah pilihan yang memuaskan. Karena bukan saja materinya dibatasi hanya terkait etika profesi, tapi dari topik pembahasan yang bersifat tidak umum dan sulit dipahami orang awam. Selain itu, kemungkinan putusan yang diambil melalui jalur ini bersifat administratif yang umumnya tidak berhubungan langsung dengan pasien, sehingga bisa menimbulkan ketidakpuasan bagi pasien. Sedangkan jika diilihat dari

sisi dokter, tentu jalur ini lebih baik karena Majelis Pemeriksa Disiplin pada MKDKI yang memeriksa dugaan pelanggaran berasal dari latar belakang kedokteran dan sarjana hukum, sehingga secara psikologis lebih mudah untuk berargumentasi. Putusan yang berupa skorsing dan penghentian sementara izin praktek masih membuka peluang bagi dokter untuk tetap menjalankan profesinya tanpa harus kehilangan nama baik karena proses sidang pemeriksaan disiplin dilakukan secara tertutup.

Jika melalui jalur Peradilan Umum, baik sisi pasien maupun sisi dokter bukanlah pilihan yang ideal, mengingat proses pemeriksaannya yang relatif lama, biaya perkara yang relatif tinggi, serta sulitnya pembuktian. Belum lagi sifat pemeriksaan perkara yang terbuka untuk umum akan berisiko merugikan nama baik kedua belah pihak.

Penyelesaian sengketa yang dianggap ideal bagi para pihak adalah penyelesaian yang melibatkan para pihak secara langsung sehingga memungkinkan dialog terbuka, dengan demikian keputusan bersama kemungkinan besar dapat tercapai. Disamping itu karena pertemuan para pihak bersifat tertutup maka akan memberikan perasaan nyaman, aman kepada para pihak yang terlibat sehingga kekhawatiran terbukanya rahasia dan nama baik yang sangat

dibutuhkan oleh dokter maupun sarana pelayanan kesehatan dapat dihindari.

Adapun alternatif penyelesaian sengketa melalui BPSK layak untuk dipertimbangkan karena keterlibatan para pihak secara langsung, memungkinkan untuk tercapainya *win-win solution*. Proses pemeriksaan BPSK dilakukan dengan asas persidangan cepat, sederhana, murah, dan bersifat tertutup. Sifat yang tertutup dapat menjaga kerahasiaan proses bagi dokter dalam rangka menjaga kredibilitasnya dan pasien dalam hal kerahasiaan riwayat kesehatan. Terakhir, sifat putusannya yang *final and binding* membuat kepastian hukum bagi para pihak terjamin dan mempercepat pelaksanaan putusan (Naseer,2011)

Selain itu, penyelesaian sengketa medik dalam hal pembiaran medik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit dapat di selesaikan dengan beberapa penuntutan, baik secara pidana maupun secara perdata namun dalam perjalanan perkembangan hukum kesehatan tidak menutup kemungkinan penyelesaian sengketa medik dapat diselesaikan melalui mediasi medis, atau kalau memang harus di selesaikan di tingkat pengadilan maka sangat dibutuhkan suatu pengadilan umum yang hakim-hakimnya sebaiknya hakim yang

memahami secara khusus tentang kesehatan atau telah dilatih khusus untuk penyelesaian sengketa medik.

## **BAB IV**

# **SUMBER HUKUM TINDAK PIDANA DI BIDANG KESEHATAN**

### **A. Tindak Pidana di Bidang Kesehatan**

Kasus tindak pidana di bidang kesehatan yang banyak terjadi dan diekspos di berbagai media hanya merupakan beberapa kasus yang menguap, sehingga dapat dikatakan seperti gunung es (*iceberg*).

Penelitian normatif mengenai kebijakan pidana dalam pelayanan kesehatan saat ini menunjukkan bahwa Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan merupakan Undang-Undang kesehatan yang terbaru yang didasarkan pada paradigma sehat yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Selain itu, Undang-Undang Kesehatan ini mengubah sistem kesehatan di negara kita yaitu dari sentralistik menuju ke desentralistik (Bahriah dkk, 2018).

Kebijakan di bidang kesehatan harus dapat memberikan kamanfaatan pada pasien dengan memberikan perlindungan hukum. Sedangkan untuk memenuhi teori pertanggungjawaban pidananya harus melihat kemampuan bertanggungjawab dan adanya kesalahan. Seorang tenaga kesehatan yang melakukan tindak pidana dianggap mampu bertanggungjawab

karena dokter atau perawat adalah orang yang telah melalui sebuah pendidikan. Sedangkan adanya kesalahan sangat penting dalam menentukan tindak pidana dibidang medis artinya harus jelas apakah perbuatan itu adalah sebuah kelalaian atau risiko medis (Bahriah dkk, 2018).

Jeremy Bentham sangat percaya bahwa hukum harus dibuat secara *utilitarianistik*, melihat gunanya dengan patokan-patokan yang didasarkan pada keuntungan, kesenangan dan kepuasan manusia. Dalam hukum tidak ada masalah kebaikan atau keburukan, atau hukum yang tertinggi atau yang terdinggi dalam ukuran nilai. Bentham berpandangan bahwa tujuan hukum adalah hukum dapat memberikan jaminan kebahagiaan kepada individu-individu. (Erwin, 2001).

Upaya kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau pemulihan kesehatan merupakan upaya yang berpotensi dapat menimbulkan bahaya bagi seseorang, apalagi jika dilakukan oleh tenaga kesehatan (Dokter) yang tidak berkompeten di bidangnya. Pasal 61 Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan (yang selanjutnya disingkat dengan UU Kesehatan) menyatakan bahwa “Kesehatan dalam bentuk upaya maksimal (inspanningsverbintenis) pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan,

pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Profesi, Standar Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan” (Widiyanto, 2021).

Berlakunya Undang-undang No. 36 Tahun 2014 tentang kesehatan, memberi peluang bagi pengguna jasa atau barang untuk mengajukan gugatan/tuntutan hukum terhadap pelaku usaha apabila terjadi konflik antara pelanggan dengan pelaku usaha yang dianggap telah melanggar hak-haknya, terlambat melakukan/tidak melakukan/ terlambat melakukan sesuatu yang menimbulkan kerugian bagi pengguna jasa / barang, baik kerugian harta benda atau cedera atau bisa juga kematian. Hal Ini memberikan arti bahwa pasien selaku konsumen jasa pelayanan kesehatan dapat menuntut/ menggugat rumah sakit, dokter atau tenaga kesehatan lainnya jika terjadi konflik.

Saat ini makin banyak kasus yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter, dokter gigi maupun rumah sakit. Semakin berkembangnya pemahaman dan kesadaran masyarakat atas haknya dalam pelayanan kesehatan akan menyebabkan jumlah kasus medis yang dilaporkan ke Lembaga Bantuan Hukum (LBH) dan

lembaga advokasi konsumen kesehatan lainnya (Bastian dkk, 2011).

## **B. Sumber Hukum Tindak Pidana di Bidang Kesehatan**

Tindak Pidana Bidang Kesehatan adalah setiap perbuatan masyarakat yang diancam dengan sanksi pidana sebagaimana dimaksud dalam undang-undang di bidang kesehatan. Berikut adalah tindak pidana di bidang kesehatan berdasarkan sumber hukum yang mengaturnya.

### **1. Undang-Undang No. 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika**

- a. Pasal 59 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa yang menggunakan psikotropika golongan I selain dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2); memproduksi dan/atau menggunakan dalam proses produksi psikotropika golongan I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6; memproduksi dan/atau menggunakan dalam proses produksi psikotropika golongan I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6; mengimpor psikotropika golongan I selain untuk kepentingan ilmu pengetahuan; mengimpor psikotropika golongan I selain untuk kepentingan ilmu pengetahuan.



- b. Pasal 59 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana yang diatur dalam UU ini adalah dilakukan secara terorganisasi menggunakan psikotropika golongan I selain dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2); memproduksi dan/atau menggunakan dalam proses produksi psikotropika golongan I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6; memproduksi dan/atau menggunakan dalam proses produksi psikotropika golongan I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6; mengimpor psikotropika golongan I selain untuk kepentingan ilmu pengetahuan; mengimpor psikotropika golongan I selain untuk kepentingan ilmu pengetahuan.
- c. Pasal 59 ayat (3) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana yang diatur dalam UU ini adalah dilakukan oleh korporasi menggunakan psikotropika golongan I selain dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2); memproduksi dan/atau menggunakan dalam proses produksi psikotropika golongan I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6; memproduksi dan/atau menggunakan dalam proses produksi psikotropika golongan I sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6; mengimpor psikotropika golongan I selain untuk kepentingan ilmu pengetahuan; mengimpor

psikotropika golongan I selain untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

- d. Pasal 60 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa yang memproduksi psikotropika selain yang ditetapkan dalam ketentuan Pasal 5; memproduksi atau mengedarkan psikotropika dalam bentuk obat yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7; memproduksi atau mengedarkan psikotropika yang berupa obat yang tidak terdaftar pada departemen yang bertanggung jawab di bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1).
- e. Pasal 60 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa menyalurkan psikotropika selain yang ditetapkan dalam Pasal 12 ayat (2).
- f. Pasal 60 ayat (3) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa menerima penyaluran psikotropika selain yang ditetapkan dalam Pasal 12 ayat (2).
- g. Pasal 60 ayat (4) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa menyerahkan psikotropika selain yang ditetapkan dalam Pasal 14 ayat (1), Pasal 14 ayat (2), Pasal 14 ayat (3), dan Pasal 14 ayat (4).

- h. Pasal 60 ayat (5) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa menerima penyerahan psikotropika selain yang ditetapkan dalam Pasal 14 ayat (3), Pasal 14 ayat (4).
- i. Pasal 61 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa mengekspor atau mengimpor psikotropika selain yang ditentukan dalam Pasal 16; mengekspor atau mengimpor psikotropika tanpa surat persetujuan ekspor atau surat persetujuan impor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17; melaksanakan pengangkutan ekspor atau impor psikotropika tanpa dilengkapi dengan surat persetujuan ekspor atau surat persetujuan impor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (3) atau Pasal 22 ayat (4).
- j. Pasal 61 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa tidak menyerahkan surat persetujuan ekspor kepada orang yang bertanggung jawab atas pengangkutan ekspor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (1) atau Pasal 22 ayat (2).
- k. Pasal 62 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa secara tanpa hak, memiliki, menyimpan dan/atau membawa psikotropika.

- l. Pasal 63 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa melakukan pengangkutan psikotropika tanpa dilengkapi dokumen pengangkutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10; atau melakukan perubahan negara tujuan ekspor yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24; atau melakukan pengemasan Kembali psikotropika tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25.
- m. Pasal 63 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa tidak mencantumkan label sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29; atau mencantumkan tulisan berupa keterangan dalam label yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1); atau mengiklankan psikotropika selain yang ditentukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (1); atau melakukan pemusnahan psikotropika tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 ayat (2) atau Pasal 53 ayat (3).
- n. Pasal 64 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa menghalang-halangi penderita sindroma ketergantungan untuk menjalani pengobatan dan/atau perawatan pada fasilitas rehabilitasi sebagaimana dimaksud dalam

- Pasal 37; atau menyelenggarakan fasilitas rehabilitasi yang tidak memiliki izin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (3).
- o. Pasal 65 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah barang siapa tidak melaporkan adanya penyalahgunaan dan/atau pemilikan psikotropika secara tidak sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (2).
  - p. Pasal 66 menyebutkan bahwa saksi dan orang lain yang bersangkutan dengan perkara psikotropika yang sedang dalam pemeriksaan di sidang pengadilan menyebut nama, alamat atau hal-hal yang dapat terungkapnya identitas pelapor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (1).
  - q. Pasal 70 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi melakukan tindak pidana sebagaimana dimaksud Pasal 60, Pasal 61, Pasal 62, Pasal 63, dan Pasal 64.
- 2. Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika**
- a. Pasal 111 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tanpa hak atau melawan hukum menanam, memelihara, memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan Narkotika Golongan I dalam bentuk tanaman.

- b. Pasal 111 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang Dalam hal perbuatan menanam, memelihara, memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan Narkotika Golongan I dalam bentuk tanaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beratnya melebihi 1 (satu) kilogram atau melebihi 5 (lima) batang pohon.
- c. Pasal 112 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tanpa hak atau melawan hukum memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan Narkotika Golongan I bukan tanaman.
- d. Pasal 112 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang Dalam hal perbuatan memiliki, menyimpan, menguasai, atau menyediakan Narkotika Golongan I bukan tanaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beratnya melebihi 5 (lima) gram.
- e. Pasal 113 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tanpa hak atau melawan hukum memproduksi, mengimpor, mengekspor, atau menyalurkan Narkotika Golongan I.
- f. Pasal 113 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang

dalam hal perbuatan memproduksi, mengimpor, mengekspor, atau menyalurkan Narkotika Golongan I sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk tanaman beratnya melebihi 1 (satu) kilogram atau melebihi 5 (lima) batang pohon atau dalam bentuk bukan tanaman beratnya melebihi 5 (lima) gram.

- g. Pasal 114 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tanpa hak atau melawan hukum menawarkan untuk dijual, menjual, membeli, menerima, menjadi perantara dalam jual beli, menukar, atau menyerahkan Narkotika Golongan I.
- h. Pasal 114 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dalam hal perbuatan menawarkan untuk dijual, menjual, membeli, menjadi perantara dalam jual beli, menukar, menyerahkan, atau menerima Narkotika Golongan I sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dalam bentuk tanaman beratnya melebihi 1 (satu) kilogram atau melebihi 5 (lima) batang pohon atau dalam bentuk bukan tanaman beratnya 5 (lima) gram;
- i. dan seterusnya sampai pada pasal 148.

### **3. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

- a. Pasal 190 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga Kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2).
- b. Pasal 190 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga Kesehatan dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian.
- c. Pasal 191 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tanpa izin melakukan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian.
- d. Pasal 192 yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja memperjualbelikan



- organ atau jaringan tubuh dengan dalih apapun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat (3).
- e. Pasal 193 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja melakukan bedah plastik dan rekonstruksi untuk tujuan mengubah identitas seseorang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69.
  - f. Pasal 194 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2).
  - g. Pasal 195 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja memperjualbelikan darah dengan dalih apapun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 Ayat (3).
  - h. Pasal 196 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat atau kemanfaatan, dan mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2) dan ayat (3).
  - i. Pasal 197 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memiliki izin

- edar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (1).
- j. Pasal 198 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukan praktik kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108.
  - k. Pasal 199 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau memasukkan rokok ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia dengan tidak mencantumkan peringatan kesehatan berbentuk gambar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114.
  - l. Pasal 199 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja melanggar Kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115.
  - m. Pasal 200 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2).
  - n. Pasal 201 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190

ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200.

- o. Pasal 201 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200.

#### **4. Undang-Undang No. 6 Tahun 2018 tentang Kekeantinaan Kesehatan**

- a. Pasal 90 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah Nahkoda yang menurunkan atau menaikkan orang dan/atau Barang sebelum memperoleh Persetujuan Karantina Kesehatan berdasarkan hasil pengawasan Kekeantinaan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (3) dengan maksud menyebarkan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan yang menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat.
- b. Pasal 91 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah Kapten penerbang yang menurunkan atau menaikkan orang dan/atau barang sebelum memperoleh Persetujuan Karantina Kesehatan berdasarkan hasil pengawasan Kekeantinaan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) dengan maksud menyebarkan penyakit dan/atau

- faktor risiko kesehatan yang menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat.
- c. Pasal 92 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah Pengemudi kendaraan darat yang menurunkan atau menaikkan orang dan/atau Barang sebelum dilakukan pengawasan Kejarantinaan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (2) dengan maksud menyebarkan penyakit dan/ atau faktor risiko kesehatan yang menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat.
  - d. Pasal 93 menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah setiap orang yang tidak mematuhi penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) dan/atau menghalang-halangi penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan sehingga menyebabkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat.
  - e. Pasal 94 ayat (1) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90, Pasal 91, dan Pasal 92.
  - f. Pasal 94 ayat (2) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi yang dilakukan untuk dan/atau atas nama korporasi jika perbuatan tersebut termasuk dalam lingkup usahanya sebagaimana ditentukan dalam anggaran

dasar atau ketentuan lain yang berlaku bagi korporasi yang bersangkutan.

- g. Pasal 94 ayat (3) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi dilakukan atau diperintahkan oleh personel pengendali korporasi; dilakukan dalam rangka pemenuhan maksud dan tujuan korporasi; dilakukan sesuai dengan tugas dan fungsi pelaku atau pemberi perintah; dan/atau dilakukan dengan maksud memberikan manfaat bagi korporasi.
- h. Pasal 94 ayat (4) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi yang dalam hal tindak pidana dilakukan atau diperintahkan oleh personel pengendali korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a atau pengurus korporasi.
- i. Pasal 94 ayat (5) menyebutkan bahwa yang menjadi unsur pidana adalah korporasi yang melakukan tindak pidana sebagaimana Pasal 94.

Seluruh pelanggaran yang termasuk ke dalam unsur pidana di bidang kesehatan mendapatkan sanksi baik perorangan maupun korporasi sesuai dengan peraturan undang-undang yang berlaku.

# BAB V

## RAGAM ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA MEDIS

### A. Konsep Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS)

Penyelesaian sengketa medis dapat melalui lembaga profesi dan non profesi. Non profesi bisa diselesaikan di luar pengadilan (non litigasi) dan dalam pengadilan (litigasi) (Sinaga NA, 2021). Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) yang pada dasarnya adalah cara penyelesaian yang dilakukan di luar pengadilan; sebagai alternatif dari pengadilan. Jadi, cara penyelesaian alternatif ini, atau dalam pengertian tersebut, di dalamnya termasuk arbitrase. Namun demikian, pengertian APS yang memasukkan arbitrase merupakan pengertian dalam arti luas, sedangkan dalam arti sempit arbitrase tidak masuk pengertian APS. Hal ini mengingat arbitrase pada dasarnya juga merupakan “pengadilan” (atau sering pula disebut pengadilan swasta untuk membedakannya dengan pengadilan negara) yang putusannya didasarkan pada menang-kalah (*win-lose*).

Perlu dibedakan antara APS yang putusannya adalah *win-win* dan arbitrase yang *win-lose* sehingga keduanya perlu dipisahkan. Perbedaan ini juga sesuai dengan Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang

Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Dari nama undang-undang tersebut, yaitu “Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa”, pembentuk undang-undang jelas menghendaki dipisahkannya arbitrase dan APS.

Penyelesaian sengketa melalui APS tidak akan selalu menjamin hasil yang memuaskan bagi para pihak yang bersengketa. Artinya, tidak semua kasus persengketaan, meskipun memenuhi syarat untuk penggunaan APS, harus selalu diselesaikan melalui mekanisme APS. Untuk menjamin kesuksesan pelaksanaan mekanisme APS, Anda perlu mengetahui beberapa prasyarat yang juga merupakan faktor-faktor kunci kesuksesan (*key success factors*). Faktor-faktor tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

### **1. Sengketa Masih dalam Batas “Wajar”**

Konflik di antara para pihak masih moderate artinya permusuhan masih dalam batas yang bisa ditoleransi. Ukuran wajar atau moderate sangat relatif. Misalnya, jika kedua belah pihak tidak mau bertemu, berarti permusuhan di antara mereka telah sangat parah. Jika sengketa sudah sangat parah, harapan untuk mendapatkan hasil *win-win solution* (dengan menggunakan APS) sulit atau tidak mungkin tercapai. Dengan demikian, mereka lebih menyukai penyelesaian dengan hasil *win-lose solution* (melalui arbitrase atau pengadilan). Dalam kondisi demikian,

penyelesaian melalui APS mungkin tidak mampu memberikan kontrol perlindungan serta pengaruh yang cukup untuk menghasilkan keputusan yang konstruktif.

## **2. Komitmen Para Pihak**

Para pihak, pengusaha atau pelaku bisnis yang bersengketa, memang bertekad menyelesaikan sengketa mereka melalui APS, dan mereka menerima tanggung jawab atas keputusan mereka sendiri serta menerima legitimasi dari APS. Semakin besar komitmen dan penerimaan atas proses tersebut dari para pihak, semakin besar kemungkinan para pihak akan memberikan response positif terhadap penyelesaian melalui APS.

## **3. Keberlanjutan Hubungan**

Penyelesaian melalui APS selalu menginginkan hasil *win-win solution*. Dengan demikian, harus ada keinginan dari para pihak untuk mempertahankan hubungan baik mereka. Misalnya, dua pengusaha yang bersengketa, di mana mereka ingin tetap melanjutkan hubungan usahanya setelah sengketa mereka berakhir. Dengan mempertimbangkan kepentingan di masa depan, hal itu mendorong mereka untuk tidak hanya memikirkan hasilnya tetapi juga cara mencapainya.

## **4. Keseimbangan Posisi Tawar Menawar**

Para pihak harus memiliki keseimbangan dalam posisi tawar menawar. Meskipun hal itu kadang sulit



dijumpai, khususnya jika sengketa melibatkan pengusaha multinasional dan pengusaha lokal, di mana hampir seluruh sumber daya dikuasai oleh pengusaha multinasional. Namun demikian, perbedaan tersebut seharusnya tidak memengaruhi posisi tawar-menawar, artinya salah satu pihak harus tidak mendikte atau bahkan mengintimidasi agar sebuah penyelesaian disetujui.

#### **5. Prosesnya Bersifat Pribadi dan Hasilnya Rahasia**

Para pihak menyadari bahwa, tidak seperti penyelesaian sengketa di pengadilan, proses penyelesaian sengketa melalui APS tidak terbuka untuk umum. Demikian pula, hasil penyelesaian sengketa tidak dimaksudkan untuk diketahui oleh umum atau dipublikasikan kepada khalayak, bahkan dinilai konfidensial. Jadi, tujuan terpenting yang hendak dicapai adalah, para pihak dapat mencapai penyelesaian sengketa mereka dengan hasil yang memuaskan.

#### **B. Penyelesaian Sengketa Medis di Indonesia**

Adapun penyelesaian sengketa medis di Indonesia dapat dilakukan dengan cara berikut (Sinaga NA, 2021):

## **1. Penyelesaian Melalui Lembaga Profesi Kedokteran**

### **a. Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK)**

Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) adalah majelis khusus tenaga medis, sehingga ini berlaku pada kalangan kedokteran. Dasar hukum Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dibentuk pada tahun 1979 berdasarkan Pasal 16 ayat (1) Anggaran Rumah Tangga Ikatan Dokter Indonesia (IDI). MKEK merupakan badan otonom dalam organisasi IDI yang terdiri dari MKEK Pusat, MKEK Wilayah (pada tingkat provinsi) dan MKEK Cabang (pada tingkat Kabupaten/Kotamadya). Susunan anggota MKEK terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, Anggota tetap sebanyak-banyaknya 7 orang dan Anggota tidak tetap. MKEK berfungsi melakukan pembinaan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan etika kedokteran oleh dokter. Tugas khusus MKEK adalah melakukan penanganan pelanggaran (pengaduan) etika kedokteran (Siswati Sri, 2013).

Tahapan proses penanganan pengaduan adalah sebagai berikut: MKEK menerima surat aduan yang berasal dari: Langsung oleh pengadu ke MKEK wilayah; Pelimpahan dari MKEK pusat atau PB IDI; Pengurus IDI wilayah; atau Departemen Kesehatan. Apabila pengaduan diberikan secara lisan, pengadu diharuskan mengubah pengaduan secara tertulis.

Ketua MKEK mengundang anggota tetap MKEK untuk mengadakan rapat persidangan internal. Surat pengaduan dianalisis pada sidang MKEK apakah memenuhi syarat antara lain; surat pengaduan dengan nama jelas disertai tanda tangan; alamat pengadu jelas; ada dokter yang diadukan dengan nama dan alamat yang jelas serta jelas tertulis bahwa pengaduan ditujukan ke IDI baik melalui pengurus besar, pengurus wilayah maupun langsung ke MKEK. Bila memenuhi syarat, ketua MKEK memutuskan bahwa pengaduan itu sah kemudian dituangkan dalam surat penetapan ketua MKEK dan dibuat surat pemberitahuan kepada pengadu bahwa pengaduannya sudah diterima oleh MKEK. Tembusan surat dikirimkan kepada pengurus IDI wilayah, PB IDI, Ketua MKEK Pusat, dan Ketua MP2A (Majelis Pembinaan dan Pembelaan Anggota) Wilayah. Bila belum memenuhi syarat maka ketua MKEK mengirimkan kembali ke pengadu dengan permintaan melengkapi persyaratan. MKEK menunjuk dua orang anggota tidak tetap dengan cara; langsung menunjuk seseorang (person) oleh MKEK dan melalui organisasi profesi (perhimpunan spesialis) yang sama dengan dokter yang diadukan. MKEK memanggil dokter yang diadukan dan diminta untuk: mempelajari surat aduan; mempelajari pedoman pelaksanaan KODEKI 1993; menyerahkan rekam medik serta membuat

kronologis tentang kasus tersebut sebagai pembelaan. MKEK memanggil pengadu dan/atau keluarganya apabila dipandang perlu. Kehadiran pengacara pengadu (bila ada) akan dipertimbangkan secara tersendiri (Sinaga NA, 2021).

Sidang MKEK membahas surat pengaduan dan pembelaan dengan memanggil saksi bila perlu. Untuk kasus-kasus yang melibatkan lembaga-lembaga di luar IDI, dibuat sidang secara bertahap untuk mendengarkan keterangan dari semua pihak yang terlibat. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran harus dapat memutuskan salah atau tidaknya yang bersangkutan dalam setiap tuduhan pelanggaran etik yang diarahkan kepadanya secara mufakat atau berdasarkan suara terbanyak. Dengan memperhatikan lima hal sebagai berikut: akibat tindakan tersebut terhadap kehormatan profesi, akibat bagi kebaikan pasien, akibat bagi kepentingan umum dan faktor luar termasuk faktor pasien yang ikut mendorong terjadinya pelanggaran serta tujuan yang ingin dicapai oleh pelaku, digolongkan kasus menurut pelanggaran, yaitu: ringan, sedang, atau berat. Keputusan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran bersifat final dan mengikat. Sidang MKEK tahap akhir membuat keputusan tentang: ada tidaknya pelanggaran etik; identifikasi pasal KODEKI yang dilanggar; perumusan kualitas pelanggaran ringan, sedang, atau berat. Sesuai

jenis pelanggaran, MKEK membuat saran tertulis kepada Pejabat Pemerintah yang berwenang untuk mencabutizin praktik selama 3 bulan (pelanggaran ringan), 6 bulan (pelanggaran sedang), atau 12 bulan (pelanggaran berat) (Sinaga NA, 2021).

Ketua MKEK membuat laporan kepada ketua IDI wilayah berisi jenis kasus, inisial dokter yang diadukan, tanggal awal penyidikan dan pembuatan keputusan dan singkatan pelanggaran KODEKI (bila ada). Bila kasus telah selesai, masalah dinyatakan selesai (dianggap bukan masalah etik) kecuali bila ada proses banding. Keputusan MKEK atas pengaduan tersebut diproses (diberi nomor, diagendakan, berkas di lak tertutup untuk menjamin kerahasiaan, arsip disimpan selama 5 tahun) oleh sekretariat untuk disampaikan kepada Ketua IDI wilayah dengan tembusan kepada: Ketua MKEK Pusat; Ketua PB IDI dan Ketua MP2A Wilayah. Jika terdapat ketidakpuasan, baik pengadu maupun dokter yang diadukan, keduanya dapat mengajukan banding kepada Majelis Kehormatan Etik Kedokteran setingkat lebih tinggi (Sinaga NA, 2021).

#### **b. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)**

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia ini juga hanya berlaku di lingkungan tenaga medis saja. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran

Indonesia (MKDKI) dibentuk berdasarkan amanah Pasal 55 ayat (1) UU Nomor 29 Tahun 2004 yang menyebutkan: Untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, dibentuk Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Dalam pelaksanaan UU Nomor 29 Tahun 2004 ini dikeluarkan terakhir Permenkes Nomor 150 Tahun 2011 tentang Keanggotaan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, yang selanjutnya disingkat MKDKI sebagai lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi, dan menetapkan sanksi (Sinaga NA, 2021).

Tujuan penegakan disiplin antara lain memberikan perlindungan kepada pasien, menjaga mutu pelayanan dokter/dokter gigi serta kehormatan profesi dokter dan dokter gigi. Tugas MKDKI adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan dokter dan dokter gigi, dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi, serta menetapkan sanksi disiplin. MKDKI bertanggung jawab terhadap Konsil Kedokteran Indonesia. MKDKI terdiri atas 3 (tiga) orang dokter dan 3 (tiga) orang dokter gigi dari organisasi profesi masing-masing, seorang dokter dan seorang dokter

gigi mewakili asosiasi rumah sakit, dan 3 (tiga) orang sarjana hukum. Keanggotaan MKDKI diangkat untuk 1 (satu) kali masa jabatan selama 5 (lima) tahun. Dalam masa jabatan 2006-2011 berakhir, belum dilakukan pengangkatan dan pelantikan anggota MKDKI periode 2011-2016, sehingga masa jabatan anggota MKDKI periode 2006-2011 tersebut diperpanjang sampai dengan diangkatnya anggota MKDKI periode 2011-2016 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 150 Tahun 2011 tentang Keanggotaan MKDKI (Sinaga NA, 2021).

Penanganan pasien diatur dalam bentuk Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Tata Cara Penanganan Kasus Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Cara-cara melakukan pengaduan kepada MKDKI dapat diuraikan sebagai berikut (Sinaga NA, 2021):

- 1) Pengaduan dilakukan oleh setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran secara tertulis.
- 2) Apabila pengaduan dilakukan secara lisan, Sekretariat MKDKI atau MKDKP (MKDK provinsi) dapat membantu pembuatan permohonan pengaduan tertulis dan ditandatangani oleh pengadu atau kuasanya.

- 3) Pengaduan hanya dapat diajukan dalam tenggang waktu paling lama 3 (tiga) tahun terhitung sejak tindakan dokter/ dokter gigi yang diadukan.
- 4) Selambat-lambatnya dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sesudah pengaduan diterima dan lengkap dicatat dan benar sesuai hasil verifikasi MKDKI atau MKDKP segera dibentuk Majelis Pemeriksa.
- 5) Majelis Pemeriksa berjumlah 3 (tiga) orang atau sebanyakbanyaknya 5 (lima) orang yang terdiri dari dokter, dokter gigi dan sarjana hukum non medis.
- 6) Majelis Pemeriksa menetapkan hari pemeriksaan selambatlambatnya 14 hari sejak penetapan Majelis Pemeriksa atau selambat-lambatnya 28 (dua puluh delapan) hari bila tempat tinggal dokter atau dokter gigi jauh.
- 7) Majelis Pemeriksa bersifat independen yang dalam menjalankan tugasnya tidak terpengaruh oleh siapa pun atau lembaga lainnya.
- 8) Majelis Pemeriksa hanya memeriksa dokter atau dokter gigi yang diadukan, sedangkan penanganan atas setiap tuntutan ganti rugi pasien tidak menjadi pemeriksaan dan kompetensi MKDKI atau MKDKP.
- 9) Bilamana dipandang perlu, Majelis Pemeriksa dapat meminta pasien untuk hadir dalam sidang.



- 10) Dalam memeriksa, Majelis Pemeriksa tidak melakukan mediasi, rekonsiliasi dan negosiasi antara dokter dan pasien atau kuasanya.
- 11) Sidang Majelis Pemeriksa dilakukan secara tertutup.
- 12) Keputusan sidang dapat berupa: tidak bersalah, atau bebas dari pelanggaran disiplin kedokteran; bersalah dan pemberian saksi disiplin; atau ditemukan pelanggaran etika.
- 13) Sanksi disiplin dapat berupa: pemberian peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Izin Praktik (SIP), dan/atau kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.
- 14) Keputusan Majelis Pemeriksa dilakukan dengan cara musyawarah, apabila tidak tercapai kesepakatan Ketua Majelis Pemeriksa dapat mengambil keputusan dengan suara terbanyak. Keputusan Majelis Pemeriksa harus diucapkan/ dibacakan dalam sidang Majelis Pemeriksa yang dinyatakan terbuka untuk umum.
- 15) Keputusan sidang majelis harus memuat:
  - a) Kepala Putusan berbunyi: "Demi keadilan berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa."

- b) Nama, jabatan, kewarganegaraan, tempat domisili atau tempat kedudukan dokter atau dokter gigi yang disidangkan dan pengadu.
- c) Ringkasan pengaduan dan jawaban dokter atau dokter gigi yang diadukan.
- d) Pertimbangan dan penilaian setiap alat bukti yang diajukan dan hal-hal yang terjadi selama dalam proses pemeriksaan/persidangan.
- e) Alasan-alasan baik dari teknis kesehatan kedokteran maupun disiplin yang menjadi dasar keputusan.
- f) Amar Keputusan dan pembiayaan.
- g) Hari, tanggal keputusan, nama ketua majelis dan anggota majelis, keterangan hadir atau tidaknya dokter atau dokter gigi yang diadukan (Pasal 34).

Dalam pelaksanaannya, sejak diundangkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan dibentuknya Konsil Kedokteran Indonesia serta MKDKI ini, hanya beberapa kasus yang ditangani atau dilaporkan oleh masyarakat. Ini diduga dapat disebabkan sosialisasi keberadaan organisasi ini belum maksimal dan masyarakat tidak begitu mengenai lembaga ini.

## **2. Penyelesaian Lembaga Non-Profesi**

### **a. Penyelesaian Sengketa Medis Secara Perdata**

#### **1) Non-litigasi**

##### **a) Arbitrase**

UU No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa Pasa 1 angka 1, Arbitrase adalah cara penyelesaian suatu sengketa perdata di luar peradilan umum yang didasarkan pada perjanjian arbitrase yang dibuat secara tertulis oleh para pihak yang bersengketa. Kelebihan lembaga arbitrase: Dijamin kerahasiaan sengketa; dapat dihindari kelambatan karena hal prosedural dan administratif; para pihak dapat memilih arbiter yang tepat; para pihak dapat menentukan pilihan hukum, serta proses dan tempat penyelenggaraan; putusan arbiter merupakan putusan yang mengikat para pihak dan dengan melalui tata cara (prosedur) sederhana saja ataupun langsung dapat dilaksanakan (Sinaga NA, 2021).

##### **b) Alternatif Penyelesaian Sengketa**

Alternatif Penyelesaian Sengketa adalah lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yakni penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsultasi, negosiasi, mediasi, konsiliasi, atau penilaian ahli diselesaikan melalui (Pasal 1 Angka 10 UU Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa):

- **Negosiasi**

Negosiasi adalah proses tawar-menawar dengan jalan berembuk untuk memberi atau menerima dengan maksud untuk mencapai kesepakatan bersama antara satu pihak dengan pihak lain baik secara individual maupun kelompok. Juga diartikan penyelesaian permasalahan secara damai melalui perundingan antara pihak-pihak yang berselisih. Adapun karakteristik utama negosiasi adalah sebagai berikut:

- a) Senantiasa melibatkan orang, baik sebagai individual, perwakilan organisasi atau perusahaan, sendiri atau dalam kelompok.
- b) Memiliki ancaman terjadinya atau di dalamnya mengandung konflik yang terjadi mulai dari awal sampai terjadi kesepakatan dalam akhir negosiasi.
- c) Menggunakan cara-cara pertukaran sesuatu, baik berupa tawar menawar (bargain) maupun tukar menukar (barter).
- d) Hampir selalu berbentuk tatap muka, yang menggunakan bahasa lisan, gerak tubuh maupun ekspresi wajah.
- e) Negosiasi biasanya menyangkut hal-hal di masa depan atau sesuatu yang belum terjadi dan kita inginkan terjadi.
- f) Ujung dari negosiasi adalah adanya kesepakatan yang diambil oleh kedua belah pihak, meskipun

kesepakatan itu misalnya kedua belah pihak sepakat untuk tidak sepakat.

Adapun prinsip-prinsip negosiasi dalam penyelesaian sengketa alternatif adalah sebagai berikut:

- a) *Trust* (kepercayaan/amanah), verifikasi.
- b) Memisahkan pribadi dan masalah.
- c) Fokuskan pada substansi, *common interest/ compatible interest*, bukan posisi.
- d) Kreatif mencari option.
- e) Keterbukaan, kejujuran dan keadilan berdasar kriteria objektif.
- f) Jauhi dari sikap manipulatif.

Lingkup Sengketa yang Diselesaikan dengan Negoisasi biasanya digunakan dalam kasus yang tidak terlalu pelik, dimana para pihak beriktikad baik untuk secara bersama memecahkan persoalannya. Negoisasi dilakukan jika komunikasi antara pihak masih terjalin dengan baik, masih ada rasa saling percaya, dan ada keinginan baik untuk mencapai kesepakatan, serta menjalin hubungan baik. Negoisasi adalah sarana paling banyak digunakan. Sarana ini telah dipandang sebagai sarana yang paling efektif. Lebih dari 80% sengketa di bidang bisnis tercapai penyelesaiannya melalui cara ini. Penyelesaiannya tidak *win-lose*, tetapi *win-win*. Karena itu pula, penyelesaian melalui cara ini memang dipandang yang memuaskan para pihak.

Cara penyelesaian ini sangat cocok untuk masyarakat bisnis Indonesia. Mayoritas pengusaha Indonesia adalah pengusaha kecil dan menengah. Pada umumnya mereka tidak terlalu memedulikan kontrak, kurang begitu peduli terhadap bunyi klausula-klausula kontrak. Dalam benak mereka, cukuplah bagaimana melaksanakan transaksi tersebut. *Mind set* seperti ini terbawa pula ketika ternyata kemudian sengketa mengenai kontrak lahir. Mereka kurang peduli dengan apa yang ada pada klausul kontrak. Kalau ada sengketa, mereka upayakan penyelesaiannya secara baik-baik, secara kekeluargaan.

Kelebihan dan kekurangan negosiasi antara lain adalah sebagai berikut.

Kelebihan negosiasi:

- a) Tidak melibatkan orang lain.
- b) Bebas dalam menentukan kesepakatan.
- c) Pihak dapat memantau sendiri proses penyelesaiannya.
- d) Menghindari perhatian publik.
- e) *Win-win solution*.
- f) Dapat digunakan untuk setiap tahap penyelesaian sengketa.

Kekurangan negosiasi:

- a) Tidak menjamin fakta-fakta ditetapkan dengan objektif.
- b) Tidak dapat menyelesaikan sengketa tertentu.

- c) Dapat gagal ketika salah satu pihak dalam posisi yang lemah.

Tahapan negoisasi menurut William Ury dkk, dibagi menjadi empat tahap yaitu:

- a) Tahapan persiapan:

- Persiapan sebagai kunci keberhasilan.
- Mengenal lawan, pelajari sebanyak mungkin pihak lawan dan lakukan penelitian.
- Usahakan berfikir dengan cara berfikir lawan dan seolah-olah kepentingan lawan sama dengan kepentingan anda.
- Sebaiknya persiapkan pertanyaan-pertanyaan sebelum pertemuan dan ajukan dalam bahasa yang jelas dan jangan sekali-kali memojokkan atau menyerang pihak lawan.
- Memahami kepentingan kita dan kepentingan lawan.
- Identifikasi masalahnya, apakah masalah tersebut menjadi masalah bersama?
- Menyiapkan agenda, kriteria, ruangan dan konsumsi.
- Menyiapkan tim dan strategi.
- Menentukan BTNA (*Best Alternative to A Negotiated Agreement*) alternatif lain atau harga dasar (*Bottom Line*).

- b) Tahap orientasi dan mengatur posisi:

- Bertukar Informasi.
  - Saling menjelaskan permasalahan dan kebutuhan.
  - Mengajukan tawaran awal.
- c) Tahap pemberian konsensi/ tawar menawar:
- Para pihak saling menyampaikan tawarannya, menjelaskan alasannya dan membujuk pihak lain untuk menerimanya.
  - Dapat menawarkan konsensi, tapi pastikan kita memperoleh sesuatu sebagai imbalanya.
  - Mencoba memahai pemikiran pihak lawan.
  - Mengidentifikasi kebutuhan bersama.
  - Mengembangkan dan mendiskusikan opsi-opsi penyelesaian.
- d) Tahapan penutup
- Mengevaluasi opsi-opsi berdasarkan kriteria objektif.
  - Kesepakatan hanya menguntungkan bila tidak ada lagi opsi lain yang lebih baik, bila tidak berhasil mencapai kesepakatan, membatalkan komitmen atau menyatakan tidak ada komitmen.

- **Mediasi**

Mediasi adalah cara penyelesaian sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para Pihak dengan dibantu oleh Mediator (dalam Pasal 1 angka 1 PerMA No. 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan). Mediasi yg paling sering dipilih. Semua sengketa perdata yang



diajukan ke Pengadilan wajib terlebih dahulu diupayakan penyelesaian melalui Mediasi, kecuali ditentukan lain berdasarkan Peraturan Mahkamah Agung ini (dalam Pasal 4 (1) Perma No. 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan).

Dalam Pasal 29 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, penyelesaian kasus diusahakan dengan mediasi. Dalam penyelesaian lewat mediasi menggunakan Mediator. Tujuannya adalah untuk mencari *win-win solution* agar sama-sama menerima solusi yang ditawarkan. Mediator adalah yang memiliki keahlian medis dan hukum karena yang mau diselesaikan terkait dengan medicolegal yang berarti memadukan aspek ilmu hukum maupun medis/kedokteran.

Untuk menjadi mediator yang baik adalah: Menguasai semua tahapan dengan baik; Mempunyai kemampuan untuk mempertemukan keinginan, kepentingan para pihak. Sebagai penengah harus bisa memadukan keinginan para pihak; Mencari titik temu/tengahnya; Mampu memformulasikan dengan kalimat yang ringkas, sederhana agar mudah dipahami; Mampu penerapan prinsip tegas hukum yang berlaku dengan menjelaskan dasar hukumnya biar sama-sama menyadari; Menuangkan pekerjaan kesepakatan-mutlak dengan ringkas dan sederhana.

Penyelesaian sengketa lewat mediasi mempunyai kelebihan, karena itu sangat direkomendasikan atau diutamakan. Penyelesaian sengketa secara damai yang tepat, efektif, dan dapat membuka akses yang lebih luas kepada para pihak untuk memperoleh penyelesaian yang memuaskan serta berkeadilan. Sebagai instrumen untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap keadilan sekaligus implementasi asas penyelenggaraan peradilan yang sederhana, cepat, dan berbiaya ringan. Bersifat rahasia sehingga baik untuk karir dokter maupun untuk pasien.

- **Konsiliasi**

Konsiliasi adalah penyelesaian sengketa dengan intervensi pihak ketiga (konsiliator), dimana konsiliator lebih bersifat aktif, dengan mengambil inisiatif menyusun dan merumuskan langkah-langkah penyelesaian, yang selanjutnya ditawarkan kepada para pihak yang bersengketa. Jika pihak yang bersengketa tidak mampu merumuskan suatu kesepakatan, maka pihak ketiga mengajukan usulan jalan keluar dari sengketa. Meskipun demikian konsiliator tidak berwenang membuat putusan, tetapi hanya berwenang membuat rekomendasi, yang pelaksanaannya sangat bergantung pada itikad baik para pihak yang bersengketa sendiri (Kapindha RAA, 2014).

Konsiliasi merupakan kombinasi antara penyelidikan (*enquiry*) dan mediasi (*mediation*). Pada prakteknya, proses penyelesaian sengketa melalui konsiliasi mempunyai kemiripan dengan mediasi. Perbedaan yang dapat diketahui dari kedua cara ini adalah konsiliasi memiliki hukum acara yang lebih formal jika dibandingkan dengan mediasi. Karena dalam konsiliasi ada beberapa tahap yang biasanya harus dilalui, yaitu penyerahan sengketa kepada komisi konsiliasi, kemudian komisi akan mendengarkan keterangan lisan para pihak, dan berdasarkan fakta-fakta yang diberikan oleh para pihak secara lisan tersebut komisi konsiliasi akan menyerahkan laporan kepada para pihak disertai dengan kesimpulan dan usulan penyelesaian sengketa (Dananjaya NS, 2017).

Perbedaan diantaranya yaitu konsiliator memiliki peran intervensi yang lebih besar daripada mediator. Dalam konsiliasi pihak ketiga (konsiliator) secara aktif memberikan nasihat atau pendapatnya untuk membantu para pihak menyelesaikan sengketa, sehingga para pihak memiliki kebebasan untuk memutuskan atau menolak syarat-syarat penyelesaian sengketa yang diusulkan. Sedangkan mediator hanya mempunyai kewenangan untuk mendengarkan, membujuk dan memberikan inspirasi bagi para pihak. Mediator tidak boleh memberikan opini atau nasihat

atas suatu fakta atau masalah (kecuali diminta oleh para pihak). Jadi konsiliasi merupakan proses dari suatu penyelidikan tentang fakta-fakta dimana para pihak dapat menerima atau menolak usulan rekomendasi resmi yang telah dirumuskan oleh badan independen (Dananjaya NS, 2017).

Pertemuan konsiliasi adalah pertemuan sukarela. Jika pihak yang bersangkutan mencapai perdamaian, perjanjian perdamaian yang ditandatangani oleh pihak yang bersangkutan merupakan kontrak yang mengikat secara hukum. Perdamaian dalam pertemuan konsiliasi dapat berupa permintaan maaf, perubahan kebijaksanaan dan kebiasaan, memeriksa kembali prosedur kerja, memperkerjakan kembali, ganti rugi uang, dan sebagainya (Dananjaya NS, 2017).

Tata cara penyelesaian perselisihan melalui konsiliasi tidak jauh berbeda dengan tata cara penyelesaian perselisihan melalui mediasi, yaitu menyelesaikan perselisihan di luar pengadilan untuk tercapainya kesepakatan dari para pihak yang berselisih. Demikian juga dengan jangka waktu penyelesaiannya, undang-undang memberikan waktu penyelesaian selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja terhitung sejak menerima permintaan penyelesaian perselisihan sama halnya dengan proses penyelesaian perselisihan melalui mediasi. Yang perlu diperhatikan bahwa, berbeda dengan mediator,

seorang konsiliator bukan berstatus sebagai pegawai pemerintah. Konsiliator dapat memberikan konsiliasi setelah memperoleh izin dan terdaftar di kantor instansi yang bertanggung jawab di bidang ketenagakerjaan kabupaten/kota (Widodo T, 2016).

- **Konsultasi**

Konsultasi merupakan suatu tindakan yang bersifat personal antara satu pihak tertentu yang disebut klien dengan pihak lain yang disebut konsultan, yang memberikan pendapatnya kepada klien tersebut untuk memenuhi keperluannya.

- **Penilaian Ahli**

Penilaian ahli, merupakan bentuk pendapat ahli yang dapat dipahami dan diterima oleh para pihak yang bersengketa. Pendapat para ahli untuk suatu hal yang bersifat teknis sesuai dengan bidang keahliannya.

- c) **Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK)**

Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) adalah lembaga khusus yang dibentuk berdasarkan Pasal 31 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. BPSK dibentuk di Daerah Tingkat II untuk penyelesaian sengketa di luar pengadilan. UU No. 8/1999 tentang Perlindungan Konsumen juga dapat diberlakukan pada bidang kesehatan. Berlakunya undang-undang ini diharapkan posisi konsumen sejajar dengan pelaku usaha, dengan demikian anggapan bahwa konsumen merupakan raja

tidak berlaku lagi mengingat antara konsumen dan pelaku usaha tidak hanya mempunyai hak namun juga kewajiban. Hak konsumen kesehatan berdasarkan UU Nomor 8 Tahun 1989 ini adalah:

- Kenyamanan, keamanan, dan keselamatan.
- Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur.
- Didengar pendapat dan keluhannya.
- Mendapatkan advokasi, pendidikan dan perlindungan konsumen.
- Dilayani secara benar, jujur, tidak diskriminatif.
- Memperoleh kompensasi, ganti rugi dan / atau penggantian.

BPSK mempunyai serangkaian tugas, namun tugas pokok BPSK adalah menangani dan menyelesaikan sengketa antara pelaku usaha dan konsumen. Anggota BPSK terdiri atas unsur pemerintah, unsur konsumen, dan unsur pelaku usaha, masing-masing unsur berjumlah sedikit-dikitnya 3 (tiga) orang, dan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.

### **1) Proses Penanganan Kasus**

- a) Konsumen mengajukan permohonan penyelesaian sengketa ke Sekretariat BPSK dengan disertai bukti-bukti. Permohonan diteruskan kepada Ketua BPSK dan dibahas dalam rapat anggota BPSK.
- b) Apabila permohonan ditolak, BPSK menyampaikan penolakan karena tidak memenuhi ketentuan atau bukan kewenangan BPSK. Apabila

permohonan diterima, dibuat surat panggilan untuk para pihak.

- c) Ketua / anggota / sekretariat BPSK mengadakan prasidang untuk menjelaskan adanya pilihan penyelesaian sengketa, yaitu mediasi, arbitrase, negosiasi dan konsiliasi. Apabila yang dipilih adalah mediasi atau konsiliasi, Ketua akan membentuk Majelis dan menetapkan hari pertama sidang. Apabila yang dipilih adalah arbitrase, para pihak memilih masing-masing arbitrer dari unsur pelaku usaha dan konsumen. Dua arbitrer terpilih memilih arbitrer ke-3 dari unsur pemerintah sebagai Ketua Majelis dan ditentukan waktu sidang pertama. Dalam hal ini mediasi karena diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, akan dijelaskan tersendiri.
- d) BPSK wajib mengeluarkan putusan paling lambat 21 (dua puluh satu) hari kerja setelah gugatan diterima.

Terlepas dari polemik apakah hubungan dokter dapat disamakan dengan hubungan pelaku usaha dengan konsumen, penyelesaian sengketa dapat melalui Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK). Bersifat khusus berdasarkan UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. BPSK adalah salah satu Lembaga peradilan konsumen berkedudukan pada tiap Daerah Tingkat II kabupaten

dan kota di seluruh Indonesia. BPSK beranggotakan: Unsur perwakilan aparaturnya pemerintah, konsumen dan pelaku usaha atau produsen. Mempunyai serangkaian tugas, namun tugas pokok: menangani dan menyelesaikan sengketa antara pelaku usaha dan konsumen. Keputusan bersifat mengikat dan penyelesaian akhir. Menerapkan Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) dimana penyelesaiannya mengutamakan mediasi juga.

## **2) Litigasi**

### **a) Melalui Jalur Peradilan Perdata di Peradilan Umum**

Dasar hukum melalui peradilan perdata, al: Pasal 32 huruf q UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; Pasal 66 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; Pasal 1238- 1239 Pasal 1365, Pasal 1366 KUHPerdata. Gugatan wanprestasi atau perbuatan melawan hukum. Penggugat dibebani kewajiban untuk membuktikan kebenaran dalil-dalil gugatannya. Sedangkan Tergugat berhak untuk mematahkan dalil-dalil yang dikemukakan penggugat. Masing-masing pihak secara aktif mengupayakan bukti-bukti yang diperlukan. Dalam hal ini *informed consent*, rekam medis, kerahasiaan, dll sangat diperlukan. Kemudian tentang malpraktik, kriteria, kelalaian, tanggungjawab, dll juga sangat penting. Prosedur penyelesaian



sengketa melalui jalur peradilan perdata di peradilan umum digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.1 Penanganan Kasus Litigasi (Perdata)

## b) Penyelesaian Sengketa Medis Secara Pidana Melalui Peradilan Umum

Pasien membuat Laporan Polisi telah terjadi tindak pidana atas dirinya. Berkaitan dengan tindak pidana bidang kesehatan baik yang diatur dalam KUHP maupun di luar KUHP. Tanggung jawab hukum timbul setelah dapat membuktikan terjadinya malpraktik Pasal-pasal dalam KUHP yang relevan dengan masalah tanggung jawab pidana, al: Pasal 322 KUHP tentang Pelanggaran Wajib Simpan Rahasia; Pasal 344 KUHP tentang Euthanasia; Pasal 346 - 349 KUHP tentang Abortus Provokatus; Pasal 351 KUHP tentang penganiayaan; Pasal-pasal 359-361 KUHP tentang kelalaian yang mengakibatkan mati atau luka berat. Dalam Undang - Undang Praktik

Kedokteran, al: Pasal 75 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Surat Tanda Registrasi; Pasal 76 UU No. 29 Tahun 2004 tentang melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik; Pasal 77, 78 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Penipuan dan Pemalsuan Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik; Pasal 79 UU No. 29 Tahun 2004 tentang tidak memasang papan nama, tidak membuat rekam medis dan tidak memenuhi kewajibannya sesuai dengan UU; Pasal 80 UU No. 29 Tahun 2004 tentang mempekerjakan dokter atau dokter gigi yang tidak memiliki surat izin praktik. Tahap-tahap dalam penyelesaian kasus pidana adalah:

- Membuat laporan atau pengaduan tentang adanya suatu tindak pidana.
- Klarifikasi.
- Proses penyelidikan.
- Pemanggilan pihak-pihak.
- Pembuatan berita acara klarifikasi.
- Panggil saksi-saksi.

Jika disimpulkan ada dugaan tindakan pidana:

- Masuk ke penyidikan (di kepolisian).
- Penuntutan (di kejaksaan).
- Persidangan (di pengadilan).

Sedangkan tahap-tahap persidangan adalah:

- Pembacaan surat dakwaan.
- Eksepsi (jika ada).
- Tanggapan jaksa penuntut umum.

- Putusan sela oleh hakim ketua majelis.
- Pembuktian (pemeriksaan saksi/ keterangan ahli).
- Pembacaan tuntutan (*requisitor*).
- Pembacaan pembelaan (pledoi).
- Pembacaan replik (tanggapan JPU atas pledoi penasihat hukum).
- Pembacaan duplik (tanggapan penasihat hukum atas replik dari jaksa penuntut umum).
- Pengucapan putusan.

**c) Penyelesaian Sengketa Medis Secara Administrasi/ Tata Usaha Negara Melalui Peradilan Administrasi / Tata Usaha Negara**

Pada prinsipnya sama dengan jalur pengadilan perdata, tetapi ada tambahan "*Proses Dismissel*". Sengketa kedua pihak akan dinilai oleh hakim pada proses ini apakah sengketa ini layak diteruskan ke Pengadilan Tata Usaha Negara. Hakim lebih aktif untuk menggali kasus. Berdasarkan UU No. 5 Tahun 1986 tentang Peradilan Tata Usaha Negara Sebagaimana diubah dengan UU No. 9 Tahun 2004 dan terakhir diubah dengan UU No. 51 Tahun 2009, Sengketa Tata Usaha Negara: Sengketa yang timbul dalam bidang tata usaha negara antara orang atau badan hukum perdata dengan badan atau pejabat tata usaha negara, baik di pusat maupun di daerah, sebagai akibat dikeluarkannya keputusan tata usaha negara,

termasuk sengketa kepegawaian berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dari hasil proses sengketa tata usaha negara dikeluarkan Keputusan Tata Usaha Negara, yaitu suatu penetapan tertulis yang dikeluarkan oleh badan atau pejabat tata usaha negara yang berisi tindakan hukum tata usaha negara yang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yang bersifat konkret, individual, dan final, yang menimbulkan akibat hukum bagi seseorang atau badan hukum perdata, contoh: Pemberhentian atau pencabutan izin praktek.

# **BAB VI**

## **MEDIASI SEBAGAI SALAH SATU ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA MEDIS**

Mediasi adalah upaya penyelesaian sengketa dengan melibatkan pihak ketiga yang netral, yang tidak memiliki kewenangan mengambil keputusan, yang membantu pihak-pihak yang bersengketa mencapai penyelesaian (solusi) yang diterima oleh kedua belah pihak. Mediasi juga dapat disebut sebagai proses penyelesaian sengketa antara para pihak yang dilakukan dengan bantuan pihak ketiga (mediator) yang netral dan tidak memihak sebagai fasilitator, dimana keputusan untuk mencapai suatu kesepakatan tetap diambil oleh para pihak itu sendiri, tidak oleh mediator (Dananjaya NS, 2017).

Pengertian tersebut mengandung tiga unsur penting, yaitu (Dananjaya NS, 2017):

1. Mediasi merupakan proses penyelesaian perselisihan atau sengketa yang terjadi antar dua pihak atau lebih.
2. Pihak yang terlibat dalam penyelesaian sengketa adalah pihak-pihak yang berasal dari luar pihak bersengketa.

3. Pihak yang terlibat dalam penyelesaian sengketa tersebut bertindak sebagai penasihat dan tidak memiliki kewenangan apa-apa dalam pengambilan keputusan.

Jenis kasus yang dapat di mediasi di pengadilan adalah sebagai berikut (Rosenberg S, 2014):

1. ***Civil Litigation***

- a. *Contractual dispute* (sengketa perjanjian).
- b. *Insurance claims* (klaim asuransi).
- c. *Personal injury* (kerugian individu/ ganti kerugian).
- d. *Property damage* (kerusakan bangunan).

2. ***Business and Professional***

- a. *Internal dispute* (sengketa internal).
- b. *Partnerships* (sengketa kerjasama bisnis).
- c. *Employer/ employee* (masalah buruh dan majikan).
- d. *Dissolution and buy outs* (konklusi dan pekerjaan).

3. ***Real Estate***

- a. *Commercial leases* (sewa guna komersial).
- b. *Non-disclosure*.
- c. *Boundary disputes* (sengketa pembatasan).
- d. *Neighbor disputes* (sengketa bertetangga).

4. ***Probate & Will Contests* (Masalah Pernyataan Kehendak).**

5. ***Pre-Marital Agreements* (Masalah Persetujuan Pra Nikah).**

6. ***Divorce and Separation* (Perpisahan dan Perceraian).**

- a. *Child support agreements* (perjanjian pengurusan anak).
  - b. *Spousal support agreements*.
  - c. *Determining, valuing, and dividing marital property* (mendeterminasi, menilai dan membagi persoalan pernikahan).
  - d. *Possession and/ or disposition of the family residence* (pergeseran posisi rumah keluarga).
- 7. Custody (perlindungan)**
- a. *Parenting plans* (rencana pengurusan orang tua).
  - b. *Visitation agreements* (perjanjian mengenai waktu mengunjungi anak).
  - c. *Changes to prior agreements* (mengubah perjanjian yang utama).
  - d. *Compliance with prior agreements* (keluhan akan perjanjian utama).
  - e. *Compliance with court orders* (menyelesaikan persoalan dengan bantuan pengadilan).

Mediasi berdasarkan prosedurnya dibagi menjadi 2, yaitu:

**1. Mediasi yang dilakukan diluar Pengadilan (UU No. 30 Tahun 1999)**

Mediasi diluar pengadilan dilakukan oleh para pihak tanpa adanya proses perkara dipengadilan, hasil kesepakatan yang diperoleh dari proses mediasi diluar pengadilan ini dapat diajukan ke pengadilan untuk mendapatkan pengukuhan sebagai akta perdamaian

yang memiliki kekuatan layaknya putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap (*inkracht van gewisjde*)

## **2. Mediasi yang dilakukan di Pengadilan (Pasal 130 HIR/154 RBg Jo. PERMA No 1 Tahun 2008)**

Mediasi ini adalah proses mediasi yang dilakukan sebagai akibat dari adanya gugatan perdata ke pengadilan. Dengan merujuk kepada ketentuan pasal 130 HIR/154 RBg bahwa setiap sengketa yang diperiksa dipengadilan wajib menempuh perdamaian terlebih dahulu, maka berdasarkan ketentuan tersebut Mahkamah Agung berupaya memberdayakan lembaga perdamaian berdasarkan pasal 130 HIR/154 RBg dengan memasukkan konsep mediasi kedalam proses perkara di pengadilan.

Seorang Professor dalam ilmu hukum dan Direktur *Disputes Resolution Centre-Bond University*, yang bernama Lawrence Boulle, membagi mediasi dalam beberapa jenis diantaranya (Allan J. Stitt, 2004):

1. *Settlement mediation*, dikenal sebagai mediasi kompromi merupakan mediasi yang tujuan utamanya adalah untuk mendorong terwujudnya kompromi dari tuntutan kedua belah pihak yang bertikai.
2. *Facilitative mediation*, yang juga disebut sebagai mediasi yang berbasis kepentingan (*interest-based*) dan problem solving yang bertujuan untuk menghindarkan para pihak yang bersengketa dari



posisi mereka dan menegosiasikan kebutuhan dan kepentingan para pihak hak-hak legal mereka secara kaku.

3. *Transformative mediation*, yang juga dikenal sebagai mediasi terapi dan rekonsiliasi. Mediasi ini menekankan untuk mencari penyebab yang mendasari munculnya permasalahan dipihak yang bersengketa, dengan pertimbangan untuk meningkatkan hubungan diantara mereka melalui pemberlakuan dan pemberdayaan sebagai dasar resolusi konflik dari pertikaian yang ada.
4. *Evaluative mediation*, yang juga dikenal sebagai mediasi normatif merupakan model mediasi yang bertujuan untuk mencari kesepakatan berdasarkan hak-hak legal dari para pihak yang bersengketa dalam wilayah yang diantisipasi oleh pengadilan.

Adapun asas-asas umum dalam proses mediasi adalah sebagai berikut (Dananjaya NS, 2017):

1. Proses mediasi bersifat informal, artinya tatacara dan pelaksanaan mediasi tidak terikat pada ketentuan hukum formal proses beracara layaknya pemeriksaan perkara pada pengadilan dikesampingkan seperti proses pembuktian/pengajuan alat-alat bukti. Yang diutamakan adalah penyelesaian menurut selera para pihak yang berujung pasti pada perdamaian asalkan tidak melanggar peraturan perundang undangan,

ketertiban umum dan kesusilaan. Karena dalam mediasi tidak boleh ada pihak yang merasa dirugikan.

2. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan sengketa yang menggunakan mediasi relatif singkat, karena didasari adanya antusiasme para pihak yang ingin berdamai, waktu selama 40 hari tersebut akan lebih efektif, sehingga apabila dapat diselesaikan sebelum 40 hari maka mediator dapat mengajukan kesepakatan damai kepada hakim yang memeriksa perkaranya agar dikukuhkan sebagai akta perdamaian yang berkekuatan hukum tetap dan mediasi dapat berakhir. Berbeda dengan proses pengadilan yang selalu terbuka upaya hukum.
3. Penyelesaian sengketa lingkungan didasarkan atas kesepakatan para pihak. Hanya dibutuhkan perundingan untuk mencapai kesepakatan sehingga timbul perdamaian. Mediator hanya menengahi bukan mengintervensi artinya, mediator memacu para pihak agar menemukan penyelesaian damai. Para pihak yang menentukan, mediator memfasilitasi dan menuangkan dalam butir butir perdamaian, mediator tidak boleh menekan salah satu pihak dan seolah memenangkan pihak lainnya.

4. Biaya ringan dan murah. Murah tidaknya tergantung kesepakatan para pihak, artinya apabila memilih mediator diluar hakim pengadilan maka akan ada biaya yang dikeluarkan, atau memilih tempat penyelenggaraan akan ada biaya yang dikeluarkan. Ini artinya murah dan ringannya biaya tergantung kemauan para pihak. Sehingga sifat relatif dan karena prosesnya cepat dan tidak berlarut, maka banyak biaya yang dapat ditekan.
5. Prosesnya bersifat tertutup dan rahasia, artinya agar adanya kenyamanan untuk menyampaikan tawaran dan kepentingan, juga bagi para pihak agar sengketa yang terjadi diantara mereka tidak banyak diketahui oleh pihak luar sehingga menghindari aib para pihak di masyarakat luas.
6. Kesepakatan bersifat mengakhiri perkara, artinya dengan adanya kesepakatan perdamaian yang nantinya dikukuhkan menjadi akta perdamaian sehingga memiliki kekuatan eksekutorial maka sengketa telah selesai dengan tuntas. Hal ini dikarenakan begitu menjadi akta perdamaian maka klausula perdamaian yang terdapat dalam akta tidak dapat dirubah lagi.
7. Proses mediasi dapat mengesampingkan pembuktian, ciri khas dari proses penyelesaian perkara secara litigasi adalah proses pembuktian sesuai dengan HIR dan RBg. Namun dalam

mediasi para pihak dapat dan/atau tidak perlu saling memperdebatkan alat bukti. Karena tujuan mediasi adalah mempertemukan dua kepentingan dengan sikap kesukarelaan untuk mencapai kesepakatan perdamaian.

8. Hasil mediasi bersifat *win win solution*, artinya tidak ada pihak yang dirugikan, selalu ada manfaat dan keuntungan yang berimbang diantara para pihak, hal ini dapat dicapai dengan adanya sikap kooperatif antara para pihak sehingga para pihak akan merasa menang. Berbeda dengan proses pengadilan *win lose solution*, ada pihak yang menang ada pihak yang kalah, walaupun pada intinya kalah jadi abu menang jadi arang (artinya walaupun menang dalam perkara, ada juga kerugian yang diderita, yang dicari dalam suatu kemenangan adalah kepuasan manakala pihak lawan dinyatakan kalah dan diajtuhi putusan, harga diri dan kehormatan).

Dalam Peraturan Mahkamah Agung (PERMA) No. 1 Tahun 2008 disebutkan bahwa mediator adalah orang-orang yang memiliki pekerjaan sebagai hakim (bukan pemeriksa perkara), advokat atau akademisi, profesi bukan hukum yang oleh para pihak dianggap menguasai atau berpengalaman dalam bidang pokok sengketa, hakim majelis pemeriksa perkara. Syarat-

syarat untuk dapat menjadi mediator antara lain (Sumartono G, 2006):

1. Cakap melakukan tindakan hukum.
2. Berumur paling rendah 30 tahun.
3. Memiliki pengalaman serta menguasai secara aktif bidang-bidang tertentu yang sesuai dengan sengketa yang akan di mediasi.
4. Tidak ada keberatan dari para pihak.
5. Memiliki keterampilan untuk melakukan perundingan ataupun penengahan.
6. Tidak memiliki hubungan keluarga ataupun sedarah dengan pihak-pihak yang bersengketa.
7. Tidak memiliki hubungan kerja dengan salah satu pihak yang bersengketa.
8. Tidak memiliki kepentingan financial atau kepentingan lain terhadap kesepakatan para pihak.
9. Tidak memiliki kepentingan terhadap perundingan maupun proses dan hasil dari perundingan.

Selain itu ada juga persyaratan mengenai kemampuan teknis dalam menyelesaikan sengketa atau dalam perundingan, antara lain (Sumartono G, 2006):

1. Kemampuan membangun kepercayaan para pihak.
2. Kemampuan menunjukkan sifat empati.

3. Tidak menghakimi dan memberikan reaksi positif terhadap sejumlah pernyataan yang disampaikan para pihak dalam proses mediasi.
4. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik, jelas dan teratur serta mudah dipahami.
5. Kemampuan menjalin hubungan antar personal.
6. Disetujui oleh kedua belah pihak.
7. Tidak mempunyai hubungan keluarga sedarah atau semenda sampai dengan derajat kedua dengan salah satu pihak yang bersengketa.
8. Tidak memiliki hubungan kerja dengan salah satu pihak yang bersengketa.
9. Tidak memiliki kepentingan finansial atau kepentingan lain terhadap kesepakatan para pihak.

Fuller dalam Leonard L. Riskin menyebutkan ada 7 (tujuh) fungsi mediator, yaitu: Sebagai katalisator (*catalyst*), sebagai pendidik (*educator*), sebagai penerjemah (*translator*), sebagai narasumber (*resource person*), sebagai penyandang berita jelek (*bearer of bad news*), sebagai agen realitas (*agent of reality*) dan sebagai kambing hitam (*scapegoaf*) (Riskin LL, 1997).

Adapun kewenangan yang dimiliki oleh mediator dalam proses penyelesaian sengketa antara para pihak, antara lain (Riskin LL, 1997):

1. Mengontrol proses dan menegaskan aturan dasar.
2. Mempertahankan struktur dan momentum dalam negosiasi.

3. Mengakhiri proses bilamana mediasi tidak produktif lagi.

Sementara itu, tugas seorang mediator adalah (Riskin LL, 1997):

1. Melakukan diagnosis konflik dan mengidentifikasi masalah serta kepentingan-kepentingan kritis para pihak.
2. Menyusun agenda, memperlancar dan mengendalikan komunikasi.
3. Mediator mengubah pandangan egosentris masing-masing pihak menjadi pandangan yang mewakili semua pihak.
4. Mediator bertugas menyusun proposisi mengenai permasalahan para pihak dalam bahasa dan kalimat yang tidak menonjolkan unsur emosional.
5. Mediator bertugas menjaga pernyataan para pihak agar tetap berada dalam kepentingan yang saling menguntungkan.

# BAB VII

## CONTOH KASUS SENGKETA MEDIS DI INDONESIA DAN PENYELESAIANNYA

### A. Kasus Pasien Meninggal Setelah Persalinan Normal di Rumah Sakit Bersalin Kota Makassar (2020)

#### 1. Kronologi Kasus

Kasus sengketa medis yang terjadi ini pada Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit. Dari penelusuran penulis jurnal menemukan salah satu kasus di sebuah rumah sakit bersalin yang ada di Kota Makassar yakni seorang pasien yang meninggal dunia setelah melakukan persalinan normal di sebuah rumah sakit bersalin. Penjelasan dari pihak dokter menyebutkan bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan dokter spesialis kandungan yang menangani persalinan tersebut pasien yang telah dibawa ke rumah sakit, pada awalnya kondisi ibu dan janin dalam keadaan stabil berdasarkan hasil pemeriksaan *informed consent* (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).





Gambar 7.1 Suami Korban yang Meninggal Dunia Akibat Kelalaian Medis saat Menunjukkan Foto Korban (Sumber: *Kompas.com*)

Berdasarkan Permenkes Nomor 240 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Pemeriksaan medis sudah dilakukan dengan melakukan pengukuran tekanan darah, setelah pengecekan tekanan darah normal, denyut nadi pasien dalam keadaan normal kadar gula darah dalam keadaan normal serta pengecekan riwayat penyakit yang diderita oleh pasien tersebut. Pada saat inpartu (kondisi seorang wanita yang mengalami persalinan), pasien sudah mengalami pembukaan kala II, bayi sudah lahir padahal dalam kondisi normal bayi seharusnya belum keluar sebelum mengalami kala III. Pasien dalam kondisi kala II tiba-tiba terjadi *eclampsia parturientum* yang sebelumnya sulit diperkirakan yakni pasien mengalami kejang-kejang kemudian koma dan

seketika langsung meninggal dunia. Kejadian tersebut berlangsung sangat cepat dan sulit diantisipasi penanganannya (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

Beberapa lama setelah pasien meninggal dunia di rumah sakit tersebut kemudian keluarga pasien melaporkan secara resmi kejadian tersebut ke pihak kepolisian tanpa berkomunikasi terlebih dahulu dengan pihak rumah sakit. Dengan adanya laporan tersebut pihak kepolisian melakukan penyelidikan dan memanggil pihak manajemen rumah sakit khususnya dokter yang menangani pasien untuk diperiksa sebagai saksi dari kejadian tersebut dan kemudian pihak kepolisian mengambil keterangan dan membuat Berita Acara Pemeriksaan (BAP) (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

## **2. Upaya Penyelesaian Kasus**

Setelah pihak rumah sakit menjalani pemeriksaan terkait laporan pidana keluarga pasien, pihak rumah sakit menempuh upaya mediasi dengan memanggil pihak mediator untuk menyelesaikan sengketa medik yang terjadi di rumah sakit. Pihak mediator kemudian memanggil pihak keluarga pasien untuk datang menghadiri pertemuan dengan pihak rumah sakit. Pertemuan tersebut berlangsung di aula rumah sakit (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

Pemanggilan pertama oleh pihak mediator hanya dihadiri oleh pihak manajemen rumah sakit tanpa dihadiri oleh pihak keluarga pasien, pihak keluarga pasien beralasan sedang berduka sehingga pihak keluarga pasien meminta penundaan pertemuan tersebut. Pihak mediator kemudian menjadwalkan pertemuan ulang satu minggu kemudian. Pertemuan tersebut dihadiri oleh pihak keluarga pasien dan pihak manajemen rumah sakit. Pihak mediator memperkenalkan diri kepada kedua pihak dan meminta izin kepada kedua pihak untuk menjadi mediator pada kasus sengketa medik tersebut. Setelah kedua belah pihak sepakat untuk menunjuk mediator tersebut, mediator kemudian mempersilahkan pihak keluarga pasien untuk menyampaikan kronologis masalahnya sehingga melaporkan pihak rumah sakit ke pihak kepolisian (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

Pihak keluarga pasien merasa kecewa dengan pelayanan rumah sakit dan menduga telah terjadi malpraktik sehingga pasien yang akan bersalin meninggal dunia pada saat bersalin di rumah sakit tersebut. Pihak keluarga merasa pasien yang awalnya mau melahirkan dalam kondisi tubuh normal tidak mempunyai riwayat penyakit tertentu dan pihak dokter tidak mau mendengarkan saran dari suami pasien untuk dilakukan tindakan operasi sesar yang

menurutnya operasi sesar mempunyai resiko yang lebih kecil dibandingkan melahirkan normal. Setelah pihak keluarga pasien memberikan penjelasan mediator kemudian memberikan kesempatan ke pihak rumah sakit khususnya dokter yang menangani pasien tersebut untuk menjelaskan kronologis kasus, tindakan medis, hasil pemeriksaan medis, dan resiko medik yang dialami oleh pihak pasien secara detail dan mendalam. Pihak keluarga pasien kemudian menanggapi dan lebih menekankan bahwa dia sudah menyarankan tindakan operasi sesar kepada pasien namun ditolak oleh pihak dokter yang menangani pasien tersebut., kemudian pihak dokter berdasarkan hasil anamnesa dan hasil pemeriksaan medis tidak diperlukan tindakan operasi sesar. Setelah pihak keluarga pasien mendengarkan penjelasan pihak dokter yang menangani pasien tersebut kemudian pihak keluarga meminta waktu untuk berpikir dan berdiskusi dengan pihak keluarga lain terlebih dahulu, pihak mediator kemudian menunda pertemuan sekaligus memberikan batas waktu selama tiga hari (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

Pihak rumah sakit menghargai keputusan keluarga korban dan pada saat itu pihak rumah sakit, dalam hal ini direktur rumah sakit tersebut kemudian mengeluarkan kebijakan dengan memberikan kompensasi berupa santunan kepada keluarga pasien

dan pembebasan biaya selama menjalani pengobatan di rumah sakit dengan alasan pihak rumah sakit merasa turut berduka cita akibat musibah yang dialami oleh pasien tersebut. Berdasarkan kesepakatan di pertemuan tersebut pihak mediator kemudian membuat akta perdamaian yang berisi kesepakatan antara kedua pihak dan akta perdamaian itu ditandatangani oleh kedua pihak disaksikan dan disahkan oleh mediator bersertifikat. Dengan adanya akta perdamaian tersebut pihak keluarga pasien bersama pihak mediator memutuskan untuk ke pihak kepolisian dengan memperlihatkan akta perdamaian sehingga akta perdamaian tersebut dijadikan dasar untuk mencabut laporan pidana yang diajukan oleh pihak keluarga pasien (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

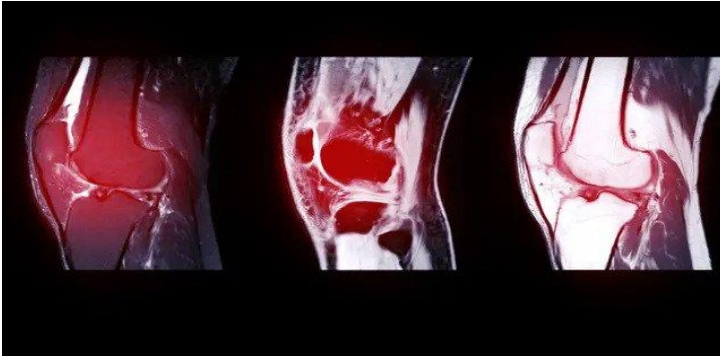
Setelah 3 bulan mempelajari akta perdamaian dan permintaan pihak keluarga pasien yang mengajukan pencabutan laporan dan tidak akan membawa permasalahan ini ke jalur hukum serta tidak cukupnya alat bukti dan saksi yang ada sehingga pihak kepolisian memberhentikan penyidikan dengan dikeluarkan surat perintah penghentian penyidikan (SP3). Permasalahan sengketa medik tersebut kemudian selesai di tahap mediasi (Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, 2020).

## **B. Kasus Kegagalan Operasi Rekonstruksi *Anterior Cruciate Ligamen* (ACL) oleh Dokter Spesialis Orthopaedi di Rumah Sakit Bandung (2020)**

### **1. Kronologi Kasus**

Seorang pasien bernama DM menggugat dua dokter spesialis orthopaedi yang berpraktek di RS S Bandung senilai 7 milyar Rupiah karena merasa operasi rekonstruksi *Anterior Cruciate Ligamen* (ACL/ligamen yang berada di sekitar lutut) yang dilakukan terhadapnya gagal dan menyebabkan cacat permanen. *Anterior Cruciate Ligamen* (ACL) merupakan salah satu dari empat ligamen utama yang berfungsi untuk menstabilisasi sendi lutut serta mengontrol gerakan rotasi dari lutut. Ruptur atau robekan ACL dapat disebabkan karena kontak langsung maupun tidak langsung pada lutut. Kontak langsung dapat terjadi karena adanya gaya dari samping atau luar seperti benturan langsung pada lutut. Kontak tidak langsung contohnya seperti mendarat setelah melompat dengan lutut dalam keadaan hiperekstensi dengan rotasi panggul dan kaki yang berlebihan. Terhadap ACL yang robek tersebut secara umum akan dilakukan tindakan operasi rekonstruksi dimana ACL yang telah rusak diganti dengan tendon graft atau tendon transfer. Hasil dari operasi rekonstruksi ACL adakalanya kurang memuaskan bagi pasien karena

terjadi kegagalan dalam mengembalikan fungsi lutut secara sempurna. Kegagalan tersebut dapat berupa keterbatasan gerak, nyeri, dan kekakuan sendi. Terdapat tiga hal utama/ titik kritis dalam menentukan keberhasilan atau kegagalan operasi rekonstruksi ACL, yaitu prosedur pre operasi (masa tunggu), teknik operasi, dan proses rehabilitasi pasca operasi (Gunawan, 2020).



Gambar 7.2 Ilustrasi Cidera *Anterior Cruciate Ligamen*  
(Sumber: *EMC Healthcare*)

Kesalahan yang dilakukan dokter tersebut adalah melakukan teknik pemasangan "*Vertical ACL Graft*" (yang dibuktikan dengan hasil MRI pasca operasi). Hal tersebut tidak tepat karena seharusnya graft terpasang secara miring/ lebih horizontal sesuai dengan posisi anatomis ACL normal. Sejak selesai operasi hingga akhirnya sembilan hari pasca operasi pasien diperbolehkan pulang, pasien tidak mendapatkan

anjuan atau rujukan ke dokter spesialis rehabilitasi medis untuk dilakukan fisioterapi. Selain itu, pada pasien juga dipasang brace dengan posisi lutut menekuk 30 derajat. Hal ini telah menyalahi standar operasional prosedur dimana seharusnya brace dipasang posisi ekstensi penuh (Gunawan, 2020).

Selain itu, dokter telah melalaikan kewajibannya karena tidak sejak semula merujuk pasien kepada dokter spesialis rehabilitasi medis yang khusus menangani rehabilitasi pasca operasi untuk mengembalikan fungsi lutut seperti semula. Dokter orthopaedi tersebut baru merujuk pasien untuk fisioterapi pada hari ke-50 (6 minggu) pasca operasi karena pasien mengeluhkan nyeri yang berkepanjangan dan tidak ada kemajuan dalam kemampuan menekuk lututnya. Keterlambatan proses rehabilitasi tentunya sangat mempengaruhi kembalinya fungsi lutut pasca operasi rekonstruksi ACL tersebut (Gunawan, 2020).

## **2. Upaya Penyelesaian Kasus**

Dalam kasus pasien DM, terdapat tiga hal utama yang saling berkaitan sebagai penyebab terjadinya kegagalan operasi rekonstruksi ACL, yaitu: kesalahan/ defisiensi teknik operasi, keterlambatan proses rehabilitasi, dan kesalahan teknik pemasangan *brace* pasca operasi (rehabilitasi pasca operasi yang tidak tepat). Ketiga hal ini secara bersama-sama dan saling



terkait menyebabkan ketidakstabilan lutut, kekakuan sendi, serta nyeri yang terjadi pada pasien setelah operasi.

Terpenuhinya keempat unsur melawan hukum tersebut dapat menjadi dasar gugatan bagi pasien untuk menuntut ganti rugi kepada dokter spesialis orthopaedi tersebut atas kegagalan operasi rekonstruksi ACL yang dialaminya. Maka dari itu, berdasarkan analisis unsur-unsur di atas adalah berdasar apabila pasien mengajukan gugatan terhadap dokter spesialis orthopaedi berdasarkan wanprestasi dan/ atau perbuatan melawan hukum alam kasus malpraktek medis, pada intinya alasan dasar dari kedua jenis gugatan tersebut adalah penyimpangan tindakan medis yang dilakukan oleh dokter (Gunawan, 2020).

Namun pada akhirnya kasus ini telah diputus di tingkat pertama dengan Nomor Putusan 225/Pdt.G/2014/PN BDG dimana hakim menolak seluruh gugatan penggugat (DM sebagai pasien). Hakim dalam tingkat pertama menyimpulkan berdasarkan bukti-bukti surat dan keterangan saksi-saksi bahwa dr WA, Sp.OT (Tergugat II) dan dr. G, Sp.OT (Tergugat III) yang bekerja/ berpraktek di RS S Bandung dalam mendiagnosa dan melakukan tindakan medis lainnya telah berupaya berithiar semaksimal mungkin, oleh karenanya tindakan kedua dokter tersebut bukan

merupakan perbuatan melawan hukum meskipun hasilnya tidak memuaskan bagi Penggugat (Gunawan, 2020).

### **C. Kasus Kepala Bayi Putus saat Persalinan di Puskesmas Gajah Mada, Riau (2022)**

#### **1. Kronologi Kasus**

Sebelumnya, Nova Hidayati mengalami pecah ketuban pada Jumat (26/8/2022) sekitar pukul 23.00 WIB. Nova Hidayati kemudian dilarikan ke Puskesmas Gajah Mada untuk proses persalinan. Setiba di Puskesmas, bagian bokong bayi sudah dalam posisi keluar. Namun, bidan tidak merujuk pasien ke rumah sakit untuk dilakukan tindakan medis berupa operasi caesar. Melainkan, memaksakan untuk mengeluarkan bayi dalam posisi sungsang. Bidan mengorek-ngorek hingga keluar kaki dan tangan bayi. Tapi, bagian kepala tersangkut dan ditarik hingga kepala bayi putus (Adriah, 2022).

Tindakan bidan membuat bayi meninggal dunia dengan kepala terputus dari badannya. Saat itu, kepala bayi masih tertinggal di dalam rahim sang ibu. Barulah bidan merujuk pasien ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Puri Husada. Dokter spesialis kandungan di RSUD kemudian melakukan USG atau ultrasonografi sebelum mengambil tindakan operasi caesar. Namun, kepala bayi telah keluar sebelum dilakukan operasi.

Pihak keluarga menduga tenaga medis puskesmas melakukan malpraktek terhadap istri kliennya. Karena kata dia, bidan sudah mengetahui bayi lahir dalam kondisi tidak normal, tapi tetap memaksakannya. Karena, yang berhak mengambil tindakan bukan bidan, melainkan dokter spesialis kandungan. Hal ini dinyatakan sebagai pelanggaran SOP (Adriah, 2022).

## **2. Upaya Penyelesaian Kasus**

Kuasa hukum korban memaparkan keputusan damai oleh korban diambil setelah melewati mediasi dan kesepakatan keluarga besar sehingga kasus tersebut dihentikan. Sebagai wujud tanggungjawab, pihak puskesmas akan memberikan pelayanan perawatan dan pengecekan rutin kepada Nova Hidayati karena menjalani masa nifas. Lebih lanjut, keluarga korban sudah menganggap bahwa insiden tersebut tanpa disengaja oleh pihak medis. Karena sesuai USG, bayi tersebut alami penyakit hidrosefalus sehingga pihak bidan yang bertugas mengambil pilihan untuk menyelamatkan nyawa si ibu. Orang tua korban mengungkapkan, atas kesepakatan keluarga besar bahwa kasus ini tidak dilanjutkan dan mengikhlaskan apa yang terjadi menimpa (alm) anaknya dan istrinya yang saat ini masa pemulihan. Penandatanganan surat perdamaian disaksikan oleh Kepala Puskesmas, Perwakilan Dinas Kesehatan, pihak kepolisian, Kuasa Hukum serta keluarga Korban.



Gambar 7.3 Penandatanganan Surat Perdamaian saat Mediasi (Sumber: Antara News)

#### **D. Kasus Bayi 1 Bulan Meninggal di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar Setelah disuntik Obat (2022)**

##### **1. Kronologi Kasus**

Seorang bayi berusia 1 bulan meninggal dunia di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar setelah disuntikkan obat. Orangtua bayi menilai anaknya diduga menjadi korban malpraktik. Dia pun langsung memprotes pihak rumah sakit setelah bayinya meninggal dunia. Berawal dari anak tersebut menangis setelah mendapatkan suntikkan, lalu seluruh badannya membiru dan akhirnya meninggal. Sebelumnya, sang anak sempat dibawa ke Puskesmas Desa Tamanyeleng dengan keluhan penyakit usus turun, yang kemudian dirujuk ke RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar. Setelah dirawat di RSUP Wahidin, sang anak

mendapatkan suntikan dari seorang oknum perawat magang (Cipto, 2022a).

Sementara itu, Plt Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar, Dr dr Nu'man As Daud langsung mengklarifikasi kejadian tersebut. Dia membenarkan adanya dugaan anak meninggal dunia tidak wajar. Sementara pihaknya sementara menginvestigasi kejadian tersebut. Tim investigasi tentunya akan melakukan audit untuk mengetahui persis penyebab kematian anak tersebut. Nu'man membantah, jika anak tersebut diberikan obat lain yang bukan obatnya. Namun, tidak ada anak lain disuntikkan obat korban kepada anak lainnya yang ada di ruangan perawatan. Di ruang perawatan anak banyak anak yang dirawat. Jika memang obat yang disuntikkan tertukar, maka akan ada 2 anak yang meninggal. Tapi ini hanya satu dan anak-anak yang lain sedang dirawat masih kondisi baik (Cipto, 2022).

Nu'man menjelaskan, anak tersebut masuk RSUP Wahidin Sudirohusodo dengan rencana operasi setelah dirawat 5 hari. Dua kali anak tersebut dijadwalkan operasi oleh dokter anestesi, namun kondisinya tidak memungkinkan, maka dilakukan penundaan karena adanya hernia di bagian paha dan perut dan punya riwayat kejang-kejang serta demam sebelum masuk rumah sakit. Saat dirawat, anak tersebut pun masih

sering kejang sehingga dirawat juga oleh dokter ahli saraf anak. Selain itu, sang anak sering batuk dan sesak serta menderita pneumonia. Sehingga anak ini dirawat oleh 4 dokter ahli. Nu'man menegaskan, jika tim RCA akan melakukan audit hingga ke akar-akarnya. Mulai pemeriksaan hingga pemberian obat ada standar operasional prosedur (SOP). Tim investigasi juga langsung bekerja saat malam itu juga dan berkoordinasi dengan pihak keluarga pasien untuk mengungkap kelalaian jika memang ada (Cipto, 2022).

## **2. Upaya Penyelesaian Kasus**

Pihak RSUP Wahidin Sudirohusodo mengungkapkan jika kasus kematian bayi berusia 1 bulan ditempuh dengan jalur damai. Pihak keluarga almarhum sudah ikhlas dan pihak RSUP Wahidin Sudirohusodo sudah mengakui kelalaian dan kesalahan yang dilakukan tenaga kesehatannya. Pihak Humas RSUP sudah memediasi pihak orangtua almarhum dengan pihak rumah sakit, sehingga menghasilkan keputusan berdamai. Pihak keluarga sudah ikhlas melepas almarhum karena takdir dan pihak rumah sakit dengan legowo mengakui ini kesalahan dan keteledoran dari tenaga kesehatan RSUP Wahidin Sudirohusodo. Pihak RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar berharap kejadian ini tidak terulang dan menjadi cambuk bagi pihak rumah sakit, bagaimana kedepannya harus berhati-hati memberikan

pelayanan kesehatan. Saat ditanya, pihak keluarga meminta audit atau *Root Cause Analysis* (RCA) (Cipto, 2022).



Gambar 7.4 Pertemuan Keluarga Bayi dengan Pihak RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar (Sumber: detikSulseCI)

RCA merupakan investigasi terstruktur yang bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab sebenarnya dari sebuah masalah dan tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan penyebab tersebut. Kesalahan ataupun kasus yang terjadi di organisasi pelayanan kesehatan sangat berakibat fatal karena bisa menurunkan kualitas hidup pasien dan yang paling buruk adalah menimbulkan kematian pasien. Oleh sebab itu, *Root Cause Analysis* (RCA) bisa menjadi salah satu alat yang tepat untuk diterapkan dalam analisis permasalahan yang terjadi (Asterix, Setianto and Dhamanti, 2022). Namun menurutnya, proses tersebut

tidak seperti ATM yang langsung keluar, karena membutuhkan proses. Direktur RSUP Wahidin Sudirohusodo menjanjikan 1 atau 2 hari RCA akan diterbitkan dan diberikan kepada pihak keluarga.

## **E. Kasus Jari Kelingking Bayi Terpotong di RS Muhammadiyah, Palembang (2023)**

### **1. Kronologi Kasus**

Bayi perempuan usia 8 bulan harus kehilangan jari kelingkingnya karena terpotong gunting oknum perawat rumah sakit. Kasus tersebut berawal saat AR mengalami demam tinggi dan dibawa oleh orangtuanya ke RS Muhammadiyah Palembang, Sumatera Selatan. Saat menjalani perawatan, perawat memasang selang infus di tangan kanan AR. Ketika selang infus AR mampet, ibu AR memanggil perawat DN untuk membenarkan infus bayinya. Menurut Suparman, ayah AR, saat itu perawat kesulitan membuka perban untuk membetulkan infus. Karena tak segera terbuka, perawat tersebut mengambil gunting untuk memotong perban. Saat itulah, kelingking AR ikut terpotong (Rachmawati, 2023).





Gambar 7.5 Ayah Korban saat menunjukkan Foto Keadaan Anaknya Setelah Jari Kelingking Terpotong Oleh Oknum Perawat di RS Muhammadiyah Palembang (Sumber: ANTARANews)

Suparman mengatakan, pada saat oknum perawat membetulkan selang infus terlihat tergesa-gesa. Bahkan Suparman beberapa memperingatkan perawat agak berhati-hati untuk membuka perban perlahan. Namun, perawat itu malah mengambil gunting untuk menggunting perban yang melekat di lengan sang anak. Setelah insiden tersebut, pihak rumah sakit telah melakukan tindakan operasi untuk menyambung kembali jari kelingking AR. Setelah 1,5 jam operasi penyambungan jari dilakukan, bayi tersebut kini masih menjalani perawatan di rumah sakit.. Saat ini, manajemen rumah sakit telah mengambil tindakan tegas dengan menonaktifkan perawat tersebut (Rachmawati, 2023).

## 2. Upaya Penyelesaian Kasus

Kasus bayi 8 bulan yang jari kelingkingnya terpotong akibat kelalaian perawat Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang (RSMP) resmi dihentikan. Keputusan itu menyusul kesepakatan damai kedua belah pihak melalui jalur *Restorative of Justice* (RJ). Menurut Kapolrestabes Palembang, kesepakatan jalan damai kedua belah pihak didampingi masing-masing kuasa hukum, yang juga disaksikan pihak Rumah Sakit Muhammadiyah, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, hingga Dinas Sosial dan internal Polri.

*Restorative justice* adalah penyelesaian tindak pidana dengan melibatkan pelaku, korban, keluarga pelaku, keluarga korban, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, atau pemangku kepentingan untuk bersama-sama mencari penyelesaian yang adil melalui perdamaian dengan menekankan pemilihan kembali pada keadaan semula. Arti *restorative justice* merupakan alternatif penyelesaian perkara dengan mekanisme yang berfokus pada pembedaan yang diubah menjadi proses dialog dan mediasi yang melibatkan semua pihak terkait. Prinsip dasar *restorative justice* adalah adanya pemulihan pada korban yang menderita akibat kejahatan atau kelalaian dengan memberikan ganti rugi kepada korban, perdamaian, pelaku melakukan kerja sosial maupun

kesepakatan-kesepakatan lainnya (Hafizah and Fitriasih, 2022).

Adapun kesepakatan antara pelaku dan ayah korban, setelah kejadian tersebut, pihak rumah sakit sudah menemuinya dan meminta maaf atas kelalaian oknum perawat tersebut. Selain itu, pihak rumah sakit memberikan kompensasi korban yang awalnya dirawat di ruang kelas III dipindahkan ke ruang VIP untuk menjalani perawatan (Rachmawati, 2023).

## **F. Kasus Ibu Hamil Muntah-Muntah Setelah Konsumsi Vitamin Kedaluwarsa, Jakarta (2019)**

### **1. Kronologi Kasus**

Seorang ibu hamil berinisial N (24) muntah-muntah hingga perutnya kesakitan setelah mengkonsumsi vitamin kedaluwarsa yang diberikan puskesmas di Jakarta Utara. N lalu menempuh langkah hukum. Pengacara N, Pius Situmorang, mengatakan kliennya mengalami sakit sejak pertama kontrol ke puskesmas pada 11 Juli. Usia kehamilan N saat itu masih 15 minggu. N lalu datang kembali ke puskesmas untuk kontrol pada 13 Agustus dan diberi tiga jenis obat yang sama. Diduga, vitamin B6 yang diberikan kepada N telah kedaluwarsa. Selama hamil, N tidak pernah kontrol ke tempat lain. N juga belum pernah mengecek kandungan dengan USG. Dinas Kesehatan (Dinkes) DKI Jakarta menyelidiki kasus duaan

malpraktik ini. Apoteker yang bertugas di puskesmas tersebut lalu dibebastugaskan (Alfarizi, 2022).

## **2. Upaya Penyelesaian Kasus**

Atas kasus yang terjadi, Dinkes melakukan evaluasi dengan meningkatkan pembinaan, pengawasan, dan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kefarmasian di puskesmas. Selain itu, Dinkes akan meningkatkan pembinaan terhadap penerapan manajemen mutu dan mengevaluasi pelaksanaan prosedur operasi standar (SOP) pelayanan dan program kesehatan di puskesmas.

Dinkes melakukan mediasi dengan korban pada 17 dan 19 Agustus 2019. Hasilnya, Dinkes akan memfasilitasi dan mendampingi korban selama mengecek kehamilan ke dokter spesialis di RSUD Cengkareng setiap bulan sampai proses persalinan tanpa biaya. N juga difasilitasi pembuatan kartu BPJS Kesehatan. Polisi juga bertindak dengan memeriksa kepala puskesmas hingga apoteker. Polisi juga telah memeriksa N dan suaminya. Polisi akan melanjutkan pemeriksaan terhadap bidan dan pihak rumah sakit. Selain itu, polisi berencana memeriksa ahli dalam perkara itu. Tahapan selanjutnya, polisi akan melakukan gelar perkara untuk menentukan apakah laporan tersebut memenuhi unsur pidana.

Dalam pemeriksaan, pihak puskesmas mengakui ada kelalaian dalam memberikan vitamin tersebut. Meski pihak puskesmas sudah mengakui ada kelalaian, polisi belum menetapkan tersangka dalam kasus tersebut. Polisi saat ini masih menyelidiki kasus tersebut.

### **G. Analisis Penyelesaian Kasus dengan Teori**

Proses mediasi harus selesai dalam jangka waktu paling lama 30 hari kerja sejak pemilihan atau penetapan penunjukan mediator. Seandainya disepakati oleh Para Pihak jangka waktu tersebut dapat diperpanjang menjadi 30 hari. Apabila mediasi berhasil, kesepakatan lengkap dengan klausula pencabutan perkara atau pernyataan perkara telah selesai disamping dalam sidang. Dalam kelima contoh diatas, penyelesaian kasus sengketa medis dilakukan dengan cara mediasi dan menghasilkan keputusan damai bagi kedua belah pihak.

Berdasarkan teori, proses mediasi dilakukan dalam beberapa tahap. Pasal tersebut menjelaskan bahwa mediasi merupakan proses yang wajib ditempuh untuk mengupayakan penyelesaian sengketa di Pengadilan. Adapun tahapan-tahapan proses mediasi berdasarkan PERMA No. 1 Tahun 2016 diawali dengan penyusunan resume perkara, dimana ditentukan oleh Pasal 24 ayat (1), bahwa dalam waktu paling lama lima hari kerja

setelah para pihak sepakat atas mediator yang dikehendaki, masing-masing pihak dapat menyerahkan resume perkara kepada satu sama lain dan kepada mediator. Tujuan penyerahan resume adalah agar masing-masing pihak termasuk mediator memahami sengketa tersebut yang di mediasi. Hal ini dapat dipahami mengingat penyerahan resume akan membantu memperlancar proses mediasi. Adanya resume ini akan diketahui gambaran permasalahan yang menimbulkan sengketa, para pihak juga diberikan kesempatan mengajukan usulan mengenai hal-hal yang para pihak inginkan atau yang dijadikan kepentingan bersama untuk mewujudkan kesepakatan diantara para pihak. Dalam contoh kasus pertama hingga kelima, tidak disebutkan kedua beka pihak menyerahkan resume perkara kepada satu sama lain dan kepada mediator.

Setelah tahap penyerahan resume perkara, dilanjutkan dengan pelaksanaan Mediasi, dimana ketentuan Pasal 24 ayat 2 menyebutkan bahwa proses Mediasi berlangsung paling lama 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak penetapan perintah melakukan mediasi. Kemudian dimungkinkan perpanjangan jangka waktu Mediasi paling lama 30 (tiga puluh) hari atas dasar kesepakatan para pihak terhitung sejak berakhir jangka waktu.

Pada kasus pertama menyebutkan bahwa setelah pihak rumah sakit menjalani pemeriksaan terkait laporan pidana keluarga pasien, pihak rumah sakit menempuh upaya mediasi dengan memanggil pihak mediator untuk penyelesaian sengketa medik yang terjadi di rumah sakit. Pihak mediator kemudian memanggil pihak keluarga pasien untuk datang menghadiri pertemuan dengan pihak rumah sakit. Sedangkan pada contoh kasus kedua hingga kelima, tidak disebutkan secara detail rangkaian pelaksanaan proses mediasi.

Setelah proses mediasi berjalan, mediator memahami bahwa dalam sengketa yang sedang di mediasi melibatkan aset atau harta kekayaan atau kepentingan yang nyata-nyata berkaitan dengan pihak lain yang tidak disebutkan dalam surat gugatan sehingga pihak lain yang berkepentingan tidak dapat menjadi salah satu pihak dalam proses mediasi, maka mediator berwenang menyatakan bahwa perkara yang bersangkutan tidak layak untuk di mediasi atas dasar para pihak tidak lengkap.

Pada kasus pertama disebutkan bahwa salah satu pihak yang melakukan mediasi dalam hal ini keluarga korban tidak dapat berhadir pada pelaksanaan mediasi dengan alasan masih berduka, maka mediasi tidak dapat dilaksanakan sehingga akan dijadwalkan kembali sampai kedua belah pihak dapat berhadir.

Dalam pelaksanaan mediasi dimungkinkan adanya keterlibatan ahli, hal sebagaimana dimaksud oleh Pasal 26 dengan syarat adanya persetujuan para pihak atau kuasa hukumnya, maka mediator dapat mengundang seorang atau lebih ahli, tokoh masyarakat, tokoh agama, atau tokoh adat.

Pada beberapa contoh kasus sengketa medis diatas, yaitu contoh kasus ketiga disebutkan bahwa penandatanganan surat perdamaian disaksikan oleh Kepala Puskesmas, Perwakilan Dinas Kesehatan, serta pihak kepolisian, kemudian pada kasus kelima juga menyebutkan bahwa kesepakatan jalan damai kedua belah pihak didampingi masing-masing kuasa hukum, yang juga disaksikan pihak Rumah Sakit Muhammadiyah, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, hingga Dinas Sosial dan internal Polri.

Pada tahap terakhir mediasi, terdapat 2 kemungkinan, pertama tercapainya kesepakatan kedua belah pihak atau mediasi tidak mencapai kesepakatan kedua belah pihak (kegagalan mediasi). Semua contoh kasus sengketa medis menunjukkan bahwa proses mediasi berhasil karena para keluarga korban menempuh jalan damai.

Perihal tercapainya kesepakatan para pihak diatur dalam Pasal 27. Maka apabila tercapai kesepakatan perdamaian para pihak dengan bantuan mediator wajib merumuskan secara tertulis kesepakatan yang dicapai dan ditandatangani oleh



para pihak dan mediator. Para pihak wajib menghadap kembali kepada hakim pada hari sidang yang telah ditentukan untuk memberitahukan telah dicapainya kesepakatan perdamaian. Selanjutnya para pihak dapat mengajukan kesepakatan perdamaian kepada hakim untuk dituangkan dalam akta perdamaian.

Hal ini juga sejalan dengan akhir proses mediasi pada contoh kasus sengketa medis pertama. Berdasarkan kesepakatan di pertemuan tersebut pihak mediator kemudian membuat akta perdamaian yang berisi kesepakatan antara kedua pihak dan akta perdamaian itu ditandatangani oleh kedua pihak disaksikan dan disahkan oleh mediator bersertifikat. Dengan adanya akta perdamaian tersebut pihak keluarga pasien bersama pihak mediator memutuskan untuk ke pihak kepolisian dengan memperlihatkan akta perdamaian sehingga akta perdamaian tersebut dijadikan dasar untuk mencabut laporan pidana yang diajukan oleh pihak keluarga pasien. Penandatanganan surat perjanjian damai juga disebutkan pada contoh kasus ketiga dimana penandatanganan surat perdamaian tersebut disaksikan oleh Kepala Puskesmas, Perwakilan Dinas Kesehatan, serta pihak kepolisian, kuasa hukum, serta keluarga korban.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina Z, Achmad H. 2022. Pertanggungjawaban pidana atas kelalaian diagnose oleh dokter hingga mengakibatkan kematian anak dalam kandungan. *IBLAM Law Review*. 2(2); 108-128.
- Adriah, RM. 2022. "Buntut kasus kepala bayi putus saat lahir di Inhil berujung damai. Available At:<https://Riau.AntaraneWS.Com/Berita/299953/Buntut-Kasus-Kepala-Bayi-Putus-Saat-Lahiran-Di-Inhil-Berujung-Damai>.
- Alfarizi, LM., Maharani, BF. Perlindungan Hukum Bagi Konsumen Terhadap Kelalaian Apoteker dalam Memberikan Resep Obat pada Pelayanan Kesehatan. *Medika: Jurnal Ilmiah Kesehatan*; 2 (1) : 1 – 9.
- Allan J. Stitt, *Mediation: A Pratical Guide*, Routledge Cavendish, London, 2004, hlm.2.
- Asyhadie, H.Zaeni, SH, M., & Rahmawati Kusuma, S. H. 2019. *Hukum ketenagakerjaan dalam teori dan praktik di Indonesia*. Prenada Media.
- Asterix, A. A. M., Setianto, B. And Dhamanti, I. (2022) *'Identify The Cause Of Inpatient Complaints At Islamic Hospital Surabaya Ahmad Yani Using Root Cause Analysis Method'*, *Media Gizi Kesmas*, 11(1), Pp. 108–115.
- Atmadja IBP & Purwani SPME. *Bentuk Sengketa & Teknik Penanganan Perkara*. Universitas Udayana: Denpasar.
- Bahriah dkk. 2018. *Kebijakan Hukum Pidana Dalam Pelayanan Kesehatan*. Makassar: Universitas Hasanuddin

- Bastian, Indra dkk. 2011. *Penyelesaian Sengketa Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Cipto, H. (2022a) 'Bayi 1 Bulan Meninggal Di Rsup Wahidin Sudirohusodo Makassar Setelah Disuntik Obat'. Available At: <https://Makassar.Kompas.Com/Read/2022/07/21/144038978/Bayi-1-Bulan-Meninggal-Di-Rsup-Wahidin-Sudirohusodo-Makassar-Setelah?Page=All#Page2>.
- Cipto, H. (2022b) 'Keluarga Bayi Yang Meninggal Setelah Disuntik Obat Berdamai Dengan Rsup Wahidin Sudirohusodo Makassar'. Available At: <https://Makassar.Kompas.Com/Read/2022/07/26/230927078/Keluarga-Bayi-Yang-Meninggal-Setelah-Disuntik-Obat-Berdamai-Dengan-Rsup>.
- Dananjaya, Nyoman Satyayudha., Putu Rasmadi Arsha Putra & Kadek Agus Sudiarawan. *Penyelesaian Sengketa Alternatif (Alternative Dispute Resolution)*. Fakultas Hukum Universitas Udayana Denpasar 2017.
- Detik News. 2019. "Beri Vitamin Lawas, Apoteker Bebas Tugas. Available At: Adriah, RM. 2022. "Buntut kasus kepala bayi putus saat lahiran di Inhil berujung damai. Available At: <https://Riau.Antaraneews.Com/Berita/299953/Buntut-Kasus-Kepala-Bayi-Putus-Saat-Lahiran-Di-Inhil-Berujung-Damai>.
- Erwin M. 2001. *Filsafat Hukum : Refleksi Kritis Terhadap Hukum*, Jakarta : Rajawali Pers.
- Fadillah FA, Putri SA. 2021. Alternatif Penyelesaian Sengketa dan Arbitrase. *JIMT*. 2(6): 744-756.

- Fitriono RA, Budi S., Rehnalemken G. 2016. Penegakan hukum malpraktik melalui pendekatan mediasi penal. *Jurnal Yustisia*. 5(1); 87-84.
- Haiti D. 2017. Tanggungjawab Dokter dalam terjadinya malpraktik medik ditinjau dari hukum administrasi. *Badamai Law journal*. 2(2); 206-222.
- Gunawan, M. (2020) 'Tanggung Gugat Dokter Spesialis Orthopaedi Dalam Kegagalan Operasi Rekonstruksi Anterior Cruciate Ligamen (Acl)', *Calyptra*, 8(2), Pp. 55-73.
- Hafizah, H. And Fitriasih, S. (2022) 'Urgensi Penyelesaian Dugaan Kesalahan Medis Melalui Restorative Justice', *Jurnal Usm Law Review*, 5(1), P. 205. Doi: 10.26623/Julr.V5i1.4884.
- Hanafiah J dan Amir A.1999. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. EGC: Jakarta.
- J. Guwandi. 2010. "Sekitar Gugatan: Malpraktik Medik", Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- Jamaluddin, Ratna K. 2022. Malpraktik Kedokteran ditinjau dari aspek hukum pidana, administrasi dan etika profesi. *Jurnal Indonesia Sosial Teknologi*. 3(4); 538-551.
- Kapindha, Ros Angesti Anas., Salvatia Dwi M, and Winda Rizky Febrina. *Efektivitas dan Efisiensi Alternative Dispute Resolution (ADR) Sebagai Salah Satu Penyelesaian Sengketa Bisnis Di Indonesia*, *Privat Law*. 2014; 12(4).
- Michel, O., & Mangkey, D. 2014. Perlindungan Hukum Terhadap Dokter Dalam Memberikan Pelayanan Medis. *Lex Et Societatis*, 2(8); 14-21.

- Muchtar, M. 2016. Etika Profesi dan Hukum Kesehatan, Perspektif Profesi Bidan dalam Pelayanan Kebidanan di Indonesia. Pustaka Baru Pers.
- Naseer M. Sengketa Medis Dalam Pelayanan Kesehatan. Disampaikan pada Annual Scientific Meeting UGM-Yogyakarta, Lustrum FK UGM, 3 Maret 2011.
- Novianti WT. 2017. Sengketa Medik: Pergulatan Hukum dalam Menentukan unsur Kelalaian Medik. UNS Press: Surakarta.
- Ola, Clara Yunita Ina, Huda, Khoirul, & Putera, Andika Persada. 2017. Tanggung Jawab Pidana, Perdata Dan Administrasi Asisten Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Desa Swadaya. *Legality: Jurnal Ilmiah Hukum*, 25(2); 134–146.
- Pasal 1 angka 1 PerMA No. 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan
- Pasal 1 Angka 1 Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa (UU Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa).
- Pasal 1 Angka 10 UU Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa (UU Arbitrase Dan Alternatif Penyelesaian Sengketa).
- Pasal 4 (1) Perma No. 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan
- Purwadianto 2000. Kejahatan Profesional Okupasional oleh Dokter. Tesis. Magister Sosio Kriminologi, Depok: FISIP Universitas Indonesia.

- Puspitasari DE, 2018. Aspek Hukum Penanganan Tindakan Malpraktek Medik Di Indonesia. *Lambung Mangkurat Law Journal*. 3(2); 119-128.
- Qomariyah, Selly Ismi, Ohoiwutun, Y. A., & Prihatmini, Sapti. 2018. Tindak Pidana Kelalaian Dokter Gigi Yang Menyebabkan Luka Pada Pasien (Analisis Putusan Nomor: 257/Pid. B/2015/PN. Dps). *Lentera Hukum*. 5 (1); 493-503.
- Rachmawati (2023) 'Kronologi Kelingking Bayi Di Palembang Tergantung Hingga Putus Saat Perawat Ganti Selang Infus'. Available At: <https://Regional.Kompas.Com/Read/2023/02/04/210200078/Kronologi-Kelingking-Bayi-Di-Palembang-Tergantung-Hingga-Putus-Saat-Perawat?Page=All>.
- Rasyid LM, Herinawati. 2015. Modul Pengantar Hukum Perdata. Lhokseumawe: Unimal Press.
- Riskin, Leonard L. Understanding Mediators, Orientations, Strategies, Techniques : A Grid For The Perplexed , *Harvard Negotiation Law Review*, Vol 01, No. 07, 1997.
- Rokayah S, Gunawan W. 2022. Kelalaian (Negligence) dan malpraktik Medis. *Cross Border*. 5(1); 463-473.
- Rosenberg, Stephen. "What Type of Disputes Can be Mediated ?", artikel tersedia dalam URL : <http://www.nolo.com/legal-encylopedia>, diakses tanggal 08 Juli 2014.
- Sibarani, S. 2017. Aspek Perlindungan Hukum Pasien Korban Malpraktik Dilihat Dari Sudut Pandang Hukum Di Indonesia. *Justitia et Pax*. 33(1); 1-22.

- Sinaga, Niru Anita. Penyelesaian Sengketa Medis Di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Hukum Dirgantara-Fakultas Hukum Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma*. 2021;11(2).
- Sinaga. 2021. Penyelesaian Sengketa Medis Di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Hukum Dirgantara*. 11(2): 1-22.
- Siswati S. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Rajagrafindo Persada. 2013.
- Soedjatmiko, H. M. 2001. Masalah Medik dalam Malpraktik Yuridik. Kumpulan Makalah Seminar Tentang Etika Dan Hukum Kedokteran.
- Soemartono RM. 2017. *Arbitrase Mediasi dan Negosiasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Sumartono, Gatot. *Arbitrase dan Mediasi di Indonesia*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2006, hlm. 133-134.
- Syamsul Rijal Muhlis, Indar Nambung, S. A. (2020) 'Kekuatan Hukum Penyelesaian Sengketa Medik Pasien Dengan Rumah Sakit Melalui Jalur Mediasi', *Jurnal Ilmiah Dunia Hukum*, 5(1), Pp. 31-40.
- Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika  
 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan  
 Undang-Undang No. 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika  
 Undang-Undang No. 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan
- Widhiantoro DC, Michael B., Elko LM. 2021. Aspek hukum malpraktik kedokteran dalam perundang-

- undangan di Indonesia. *Lex Privatum*. 9(9); 103-113.
- Widodo, Tris. Penyelesaian Secara Konsiliasi Dalam Penyelesaian Perselisihan Hubungan Industrial Menurut Uu No. 2 Tahun 2004. *Jurnal Warta Edisi*: 49 Juli 2016 ISSN: 1829-7463
- Wiriadinata W. 2014. Dokter, pasien dan Malpraktik. *Mimbar Hukum*. 26(1); 43-55.
- Yulianto R. 2017. Analisa Terhadap Tindakan Perawat Dalam Melakukan Tindakan Khitan.
- Zahra HM, Marpaung DS. 2022. Penyelesaian Sengketa Medik Melalui Arternatif Penyelesaian Sengketa Mediasi. *JUSTITIA : Jurnal Ilmu Hukum dan Humaniora*. 9(2): 890-897.
- Zaluchu T, Yusran D. 2022. Penyelesaian Sengketa Medis antara Pasien qtau Keluarga Pasien dengan Dokter Berdasarkan Ketentuan Hukum di Indonesia. *Krtha Bhayangkara* 16(2): 237-258.



## PROFIL PENULIS

### **Dr. dr Iwan Aflanie, M.Kes., SpF., SH**



Lahir di Banjarmasin 14 September 1973. Pada tahun 1999 lulus pada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (FK ULM), melanjutkan pendidikan Magister pada Program Studi Magister Ilmu Kedokteran Klinis Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar Magister Kesehatan (M.Kes) dan lulus tahun 2007 kemudian setahun selanjutnya menyelesaikan Program Spesialis Forensik dan Medikolegal di Universitas Gadjah Mada (UGM). Program Doktoral dalam Bidang Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga diselesaikan pada tahun 2019 dan mendapatkan gelar Doktor (Dr). Selain pada Bidang Kedokteran, Studi lain yang juga diselesaikan adalah pada Program Studi Ilmu Hukum dan meraih Gelar Sarjana Hukum (S.H) pada tahun 2014. Saat ini, selain sebagai Dosen

pada FK ULM, juga dipercaya sebagai Dekan FK ULM Periode 2020-2024, Ketua Gugus Tugas Covid-19 dan Tim Pakar Percepatan Penanggulangan Covid-19 ULM serta sebagai Direktur Borneo Law Firm sejak tahun 2015-sekarang. Sebelum menjabat sebagai Dekan FK ULM, pada periode 2012-2016 dipercaya sebagai Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan dan Alumni dan pada periode 2016-2020 sebagai Wakil Dekan Bidang Akademik. Aktif sebagai Pengurus Pusat dan Wilayah Asosiasi Institusi Kedokteran Indonesia (AIPKI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Banjarmasin, Asosiasi Mediator Indonesia Cabang Banjarmasin, Tim Kendali Mutu dan Biaya BPJS Cabang Banjarmasin, Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) IDI Kalsel serta sebagai Wakil Ketua Perhimpunan Dokter Forensik Indonesia. Pengalaman merumuskan kebijakan Publik serta Rekayasa Sosial dan menjadi

narasumber dengan tema seperti Penerapan Aspek Medikolegal Internship Dokter Indonesia, Strategi Penatalaksanaan Jenazah Covid-19 Kota Banjarmasin serta Penerapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) Kota Banjarmasin. Banyak Penghargaan yang sudah dicapai dalam bidang yang ditempuh seperti sebagai Mahasiswa Berprestasi Tingkat Nasional Pada tahun 1995, Lulusan terbaik pada Universitas Gadjah Mada pada tahun 2007, Presenter Ilmiah Terbaik pada kegiatan PDFI Balikpapan Tahun 2017 dan Presenter Ilmiah Terbaik pada tahun 2019 pada kegiatan PIT PDFI Lombok serta meraih Piagam Tanda Kehormatan Satyalencana Karyasatya XX Tahun 2019. Aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul. Keaktifan lain dilihat dari kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta produktif dalam menulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan

poster.

**Dr. dr. Hj. Endah Labati Silapurna, M.H.Kes**



Lahir di Jakarta, 30 Oktober 1964. Menempuh jenjang pendidikan kedokteran di Universitas Kristen Indonesia pada tahun 1983. Lulus sebagai dokter tahun 1989. Pada tahun 2007 melanjutkan pendidikan Hukum Kesehatan dan lulus pada tahun 2008 di UNISKA Soegijapranata. Kemudian pada tahun 2017 melanjutkan pendidikan di Pasca Sarjana Program Doktor Ilmu Hukum Universitas Borobudur dan lulus pada tahun 2020. Sejak tahun 2004 sebagai dosen luar biasa mengajar mata kuliah Etika Hukum Kebidanan, Hukum Kesehatan, Etika Hukum Keperawatan, Aspek Hukum Kebidanan, Etika Hukum Kefarmasian, Etika Hukum Kebidanan, Penegakan Hukum, dan Tindak Pidana Jual Beli Organ Manusia.

**Fauzie Rahman, SKM, MPH**



Lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2008. Pada Tahun 2009 pernah menjadi Verifikator Independen Program Jamkesmas Kota Banjarbaru. Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan pada Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health* (MPH) pada tahun 2013. Selama menjalani Pendidikan Magister juga dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Wakil Dekan

Bidang Kemahasiswaan dan Alumni FK ULM dan Anggota Senat di FK ULM. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional, Reviewer Program Kreativitas Mahasiswa (PKM) 8 Bidang serta Juri Pekan Ilmiah Mahasiswa Nasional (PIMNAS). Selain itu, ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/ modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi

Kesehatan Indonesia (JAKI) dan *International Conference on Family Planning*.

**Nita Pujianti, S.Farm, Apt, M.Kes**



Lahir di Banjarmasin, 8 Januari tahun 1985. Setelah menempuh pendidikan magister pada Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UGM di tahun 2010 kemudian berkarya dan mengabdikan diri pada dunia pendidikan sebagai pendidik di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat sejak 2011 hingga sekarang dan diamanahi menjadi Kepala Departemen Manajemen Pelayanan Kesehatan pada Bagian Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan, konsentrasi keilmuan pada bidang analisis kebijakan dan farmasi komunitas. Alamat korespondensi bisa di email: [nitapujianti@ulm.ac.id](mailto:nitapujianti@ulm.ac.id).

## Ayu Riana Sari A, SKM, M.Kes



Lahir di Banjarmasin pada tanggal 30 Desember 1989 sebagai anak ke-1 dari dua bersaudara dari pasangan H. Riza Azwari dan Hj. Nurhayati. Saat ini bertempat tinggal di Jln. Jahri Saleh Gg. Keluarga Banjarmasin. Pendidikan sarjana di tempuh di Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2011. Pada tahun 2014, diterima di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, dan menamatkan pada tahun 2018. Dia bekerja sebagai tenaga pengajar pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat pada awal tahun 2012. Dia pernah menjadi *enumerator preparation plan (master plan) survey of health care needs of Banjarbaru City 2011-2015* dan pernah menjadi *enumerator survey nasional pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (pada kelompok pekerja)* di 33 provinsi tahun 2012. Pengalaman karya tulis



ilmiah adalah faktor risiko penyakit chikungunya di Desa Mandikapau Timur Kabupaten Banjar 2010 dan analisis pengaruh koordinasi *intraorganizational* terhadap kinerja puskesmas dalam program pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita (studi di Puskesmas Kabupaten Banjar).

**Nur Laily, SKM, M.Kes**



Lahir di Martapura pada 15 April 1993. Lulus SMAN I Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (FK ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK ULM dan lulus pada tahun 2017. Saat ini Ia

bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/ modul kegiatan seperti Buku Ajar Dasar-Dasar Promosi Kesehatan, Buku Ajar Pengantar Kominikasi Kesehatan, Buku ajar Komunikasi Kesehatan, Perilaku Organisas, Manajemen Pemasaran Pelayanan Kesehatan, Manajemen Mutu, Manajemen Logistik Kesehatan, BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah Sakit.

**Anggun Wulandari, SKM, M.Kes**



Lahir di Barabai pada 18 Februari 1994. Lulus SMAN 1 Buntok Kabupaten Barito Selatan Provinsi Kalimantan Tengah pada tahun 2012. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2016. Kemudian melanjutkan pendidikan pascasarjana pada tahun 2017 di Program Studi Magister Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dengan peminatan Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan dan lulus pada tahun 2019. Saat ini Ia bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik mitigasi bencana. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku Ajar Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan, Kepemimpinan, Manajemen Pemasaran Pelayanan Kesehatan, Manajemen Mutu, Manajemen Logistik Kesehatan, dan BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah Sakit.

**Lia Anggraini, SKM, M.Kes**



Lahir di Buntok pada tanggal 27 Juni 1996. Merupakan lulusan dari Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM tahun 2018 jurusan S1 Kesehatan Masyarakat. Tahun 2018 Ia diberikan kesempatan untuk menjadi bagian dari Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat sebagai staf di Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM. Kemudian pada tahun 2019 melanjutkan studi S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Magister dengan konsentrasi Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (KMK). Hingga saat ini aktif terlibat dalam penyusunan modul dan buku ajar serta melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat.

## **Zuhrufa Wanna Yolanda, SKM**



Lahir di Banjarmasin pada 15 Agustus 1999. Pada tahun 2017, lulus dari SMAN 2 Banjarmasin dan memulai pendidikan sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat ULM dengan mengambil peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, kemudian ia menyelesaikan studi S1 pada tahun 2021. Saat ini, ia sedang menempuh pendidikan S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Magister FK ULM. Saat ini, ia bekerja sebagai staff administrasi di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran ULM. Sebelumnya, saat menjadi mahasiswa S1 ia aktif dalam organisasi dan mengikuti kompetisi baik akademik maupun non-akademik.

## **Husnul Fatimah, SKM**



Lahir di Kampung Baru 6 April 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dengan mengambil peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, kemudian ia menyelesaikan studi S1 pada tahun 2020 dengan predikat wisudawati terbaik se-Universitas Lambung Mangkurat. Saat ini, ia sedang menempuh pendidikan S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Magister FK ULM. Selain itu, ia juga aktif sebagai asisten dosen di lingkungan Fakultas Kedokteran ULM. Sebelumnya, saat menjadi mahasiswa S1 ia aktif dalam organisasi dan mengikuti kompetisi baik akademik maupun non-akademik.

## **Agus Muhammad Ridwan, SKM, M.Kes**



Lahir di Kotabaru pada 11 Agustus 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dengan Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, menyelesaikan studi S1 pada tahun 2020. Kemudian melanjutkan pendidikan jenjang S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Magister FK ULM pada tahun 2020 kemudian menyelesaikan studi S2 pada tahun 2023. Saat ini, bekerja sebagai staff administrasi di Fakultas Kedokteran ULM khususnya pada Unit Pengembangan Potensi Mahasiswa dan Alumni. Disaat menjadi mahasiswa S1 dan S2, aktif dalam berorganisasi dan mengikuti kompetisi pada bidang non-akademik.

# Sengketa Medis

Sengketa medis ialah sengketa yang sering terjadi dalam kehidupan masyarakat dimana pihak yang dirugikan memiliki kerugian yang sangat besar terutama dalam bidang kesehatan. Kehadiran buku Sengketa Medis ini diharapkan dapat memberi pencerahan dan tambahan wawasan bagi para pembaca sehingga dapat dimanfaatkan dalam bidang kesehatan untuk kemajuan ilmu pengetahuan.



Jl. Hasan Basri, Kayutangi, Banjarmasin 70123  
Telp/Fax. 0511-3305195  
ANGGOTA APPTI (004.035.1.03.2018)