

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Indonesia merupakan negara hukum yang menempatkan supremasi hukum sebagai prinsip fundamental dalam penyelenggaraan kehidupan berbangsa dan bernegara. Setiap aktivitas masyarakat, termasuk dalam bidang pelayanan kesehatan, wajib tunduk pada norma hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku (A. Sofyan dkk., 2025; Marpaung, 2011). Dalam konteks ini, hukum tidak hanya berfungsi mengatur hubungan antarindividu, tetapi juga menjamin perlindungan hak asasi manusia, termasuk hak pasien sebagai subjek hukum dalam pelayanan kesehatan.

Dalam kerangka negara hukum tersebut, rumah sakit tidak hanya berperan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, tetapi juga sebagai institusi yang memikul tanggung jawab hukum. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan secara eksplisit menegaskan kewajiban rumah sakit untuk melindungi dan memberikan bantuan hukum kepada seluruh petugas rumah sakit dalam pelaksanaan tugasnya. Interaksi antara pasien, tenaga medis, dan rumah sakit dalam praktik pelayanan kesehatan berpotensi menimbulkan sengketa medik, yaitu perselisihan hukum yang timbul akibat ketidaksepahaman, dugaan pelanggaran standar pelayanan, atau tuduhan kelalaian medis yang menimbulkan konsekuensi hukum bagi para pihak. Sengketa medis sering kali bermula dari keluhan pasien atau keluarga yang merasa dirugikan, baik akibat persepsi pelayanan yang tidak optimal maupun dugaan malpraktik medis.

Pembuktian dalam sengketa medis memerlukan pendekatan ilmiah yang bersifat multidisipliner, khususnya melalui Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal. Ilmu ini merupakan cabang spesialisasi

kedokteran yang memanfaatkan pengetahuan medis untuk kepentingan penegakan hukum dan keadilan. Simpson (2019) mendefinisikan Ilmu Kedokteran Forensik sebagai disiplin yang menghubungkan temuan klinis dan patologis dengan kebutuhan penyidikan guna menentukan sebab, cara, dan waktu terjadinya suatu peristiwa medis, sedangkan istilah medikolegal merujuk pada persoalan yang berada pada irisan antara hukum dan kedokteran. Secara kelembagaan, keberadaan disiplin ini ditegaskan melalui Keputusan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 257/M/KPT/2017 tentang penetapan Program Studi Spesialis Ilmu Kedokteran Forensik dan Studi Medikolegal.

Dalam praktik penyelesaian sengketa medik, Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal berperan sebagai pilar utama dalam menyediakan bukti ilmiah yang objektif, seperti *visum et repertum*, audit rekam medis, dan analisis kepatuhan terhadap standar profesi dan prosedur operasional. Melalui pendekatan ini, fakta-fakta medis dapat diterjemahkan ke dalam kerangka hukum guna menilai ada tidaknya unsur kelalaian atau penyimpangan standar pelayanan.

Namun demikian, pendekatan ilmu kedokteran forensik dan medikolegal saja belum sepenuhnya mampu menjelaskan kompleksitas sengketa medik. Dari perspektif kriminologi, sengketa medis tidak hanya dipahami sebagai pelanggaran norma hukum atau etik, tetapi juga sebagai fenomena sosial yang dipengaruhi oleh interaksi perilaku individu, struktur institusi kesehatan, dan sistem hukum. Teori labeling, konflik, dan kontrol sosial memberikan kerangka analisis untuk memahami bagaimana tenaga medis maupun pasien dapat terdorong ke dalam proses kriminalisasi bukan semata karena niat jahat, melainkan akibat kegagalan sistem, prosedur yang tidak jelas, ketimpangan informasi, serta miskomunikasi dalam pelayanan kesehatan (Firmansyah, 2020; Swardhana, 2016).

Ketidakseimbangan relasi antara pasien dan tenaga medis berpotensi memicu konflik, terutama ketika harapan pasien tidak terpenuhi dan informasi medis tidak tersampaikan secara proporsional. Dalam kondisi tersebut, rumah sakit dapat dengan mudah dilabeli sebagai institusi yang “lalai”, sementara tenaga medis berisiko mengalami kriminalisasi. Hingga saat ini, masih terbatas penelitian yang menganalisis sengketa medis dari perspektif kriminologi dengan menggunakan pendekatan deteksi kelalaian medis melalui teknik 4D (*Duty, Deviation, Damage, dan Direct Cause*) sebagaimana menjadi kompetensi dokter Spesialis Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 66 Tahun 2020.

Secara normatif (*das sollen*), rumah sakit memiliki tanggung jawab ganda, yaitu memberikan pelayanan medis yang aman dan bermutu sekaligus menjamin akuntabilitas hukum atas setiap tindakan medis. Namun secara empiris (*das sein*), rumah sakit kerap menghadapi dilema etik dan hukum ketika sengketa medis berkembang menjadi konflik hukum terbuka. Data nasional menunjukkan masih ditemukannya kasus dugaan malpraktik yang seharusnya dapat dicegah melalui penerapan standar profesi, standar prosedur operasional, dan mekanisme medikolegal yang tepat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Sulawesi Selatan memiliki layanan Dokter Spesialis Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal dan kerap menangani sengketa medik, termasuk tuduhan dugaan kelalaian medis. Data sengketa pasien di Rumah Sakit Ibnu Sina tahun 2023 sebanyak 96 kasus, rata-rata melaporkan setiap bulannya 3-8 kasus setiap harinya dengan frekuensi jumlah yang fluktuatif. Meskipun pendekatan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal telah diterapkan, dalam praktiknya masih ditemukan

berbagai kendala, seperti keterbatasan sumber daya spesialis, kurangnya pemahaman tenaga medis terhadap prosedur hukum, serta belum optimalnya koordinasi dengan aparat penegak hukum. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara konsep ideal penanganan sengketa medis dan realitas pelaksanaannya di rumah sakit.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini penting dilakukan untuk menganalisis sengketa medis pasien melalui pendekatan kriminologi dalam perspektif Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi akademik bagi pengembangan kriminologi terapan di bidang kesehatan, memperkuat sistem hukum kesehatan nasional, serta meningkatkan kualitas praktik Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di lingkungan rumah sakit.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka permasalahan yang akan dikaji dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana bentuk dan faktor-faktor penyebab sengketa medis yang terjadi di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar?
2. Bagaimana analisis kriminologi atas upaya penanganan dan penyelesaian sengketa medik dalam perspektif penerapan peran Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di RS. Ibnu Sina Makassar?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengidentifikasi bentuk dan faktor-faktor penyebab sengketa medis yang terjadi di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar

2. Menganalisis aspek kriminologi atas upaya penanganan dan penyelesaian sengketa medik dalam perspektif penerapan peran Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di RS. Ibnu Sina Makassar.

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kegunaan sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis.
Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan konsep integratif antara ilmu kriminologi dan Ilmu Kedokteran forensik dan medikolegal dalam konteks sengketa kesehatan. Penelitian ini juga diharapkan memperkaya khazanah penelitian kriminologi, khususnya mengenai kejahatan kerah putih (*white-collar crime*) dan konflik di institusi kesehatan.
2. Manfaat Praktis.
 - a. Bagi Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar.
Sebagai bahan evaluasi untuk menyusun Standar Operasional Prosedur dan meningkatkan strategi penanganan komplain pasien yang lebih efektif, preventif, dan mengurangi risiko hukum.
 - b. Bagi Tenaga Medis.
Memberikan pemahaman tentang aspek kriminologis di balik komplain pasien dan membantu mengidentifikasi yang cepat terhadap dugaan adanya sengketa medik di setiap rumah sakit
 - c. Bagi Pasien dan Keluarga.
Memberikan pengetahuan dan informasi pentingnya transparansi dan keadilan dalam proses penyelesaian komplain.

d. Bagi Penegak Hukum.

Memberikan insight untuk membedakan antara keluhan yang berdasar hukum dan yang bersumber dari kesalahpahaman.

1.5. Orisinalitas penelitian

Pada penelitian ini memiliki tingkat orisinalitas dan kebaruan ilmiah yang tinggi dengan melakukan kajian terletak pada pemilihan perspektif analisis, yakni mengintegrasikan kajian kriminologi klasik dan modern meliputi teori konflik, teori labeling, teori kontrol sosial, dan teori kriminalisasi dengan praktik Ilmu kedokteran forensik dan medikolegal di lingkungan rumah sakit, khususnya Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Pendekatan lintas disiplin seperti ini masih sangat jarang dilakukan dalam penelitian-penelitian sebelumnya, yang umumnya hanya meninjau kasus hukum pasien dari aspek medikolegal atau hukum positif semata.

Selain itu, penelitian ini menjadi relevan karena dilakukan pada masa ketika regulasi kesehatan nasional mengalami reformasi besar melalui UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024, yang menegaskan kembali pentingnya *patient safety*, *clinical governance*, kewajiban dokumentasi medis, serta perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan. Namun, implementasi regulasi tersebut di fasilitas kesehatan masih menghadapi sejumlah tantangan, termasuk kompetensi SDM, sistem administrasi, dan ketersediaan fasilitas. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara konsep ideal regulasi dan kenyataan di lapangan gap yang belum banyak dieksplorasi oleh penelitian akademik.

Kebaruan lain dari penelitian ini adalah pemfokusan pada hubungan antara penanganan sengketa pasien dengan dinamika kriminologis di rumah sakit. Rumah sakit sebagai “institusi sosial” bukan hanya ruang pelayanan medis, namun juga arena interaksi sosial yang

berpotensi menimbulkan konflik, mispersepsi, labeling, hingga eskalasi menjadi kasus hukum. Fenomena ini belum banyak dikaji dari sudut pandang kriminologi di Indonesia, terutama yang menghubungkannya dengan salah satu kompetensi dokter spesialis forensik dan medikolegal yaitu deteksi kelalaian medis menggunakan teknik 4D.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mix method*, yakni memadukan yuridis-normatif, empiris melalui wawancara kualitatif dan analisis kriminologi melalui kerangka *das sollen – das sein* melalui kuantitatif berbentuk kuisioner survey: untuk mengetahui bentuk dan faktor yang mempengaruhi sengketa pasien serta bagaimana penanganan dan penyelesaiannya dengan pendekatan tersebut, penelitian ini tidak hanya mengkaji hukum sebagai teks, tetapi juga sebagai praktik sosial dengan analisis kriminologi yang dipengaruhi perilaku sosial, tenaga kesehatan, sistem administrasi, dan persepsi pasien dan pembuktian ilmiah pendekatan ilmu kedokteran forensik dan medikolegal.

Dengan demikian, penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi ilmiah baru bagi pengembangan ilmu kriminologi terapan dalam sektor kesehatan, memperkaya literatur Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolgal Indonesia, serta menjadi dasar rekomendasi kebijakan untuk memperkuat tata kelola penanganan kasus hukum pasien di rumah sakit. Penelitian ini juga berpotensi menjadi rujukan bagi pengembangan model kolaborasi antara ilmu kedokteran forensik dan medikolegal, manajemen rumah sakit, dan aparat penegak hukum yang lebih efektif dan humanis. Penelitian sebelumnya yang memiliki kaitan dengan penelitian ini namun berbeda dari kajian analisisnya antara lain:

<i>No</i>	<i>Nama Peneliti & Tahun</i>	<i>Judul Penelitian/</i>	<i>Lokasi/Instansi</i>	<i>Pendekatan & Metode</i>	<i>Fokus Kajian</i>	<i>Perbedaan dengan Penelitian ini</i>
1	Prajati (2014)	Penyelesaian Sengketa Medik antara Pasien dengan Dokter dan/atau RS demi Mewujudkan Keadilan	Universitas Atma Jaya Yogyakarta	Yuridis normatif + studi kasus	Mekanisme penyelesaian sengketa medik	Belum menganalisis aspek kriminologi dan unsur 4D pendekatan ilmu kedokteran forensik dan medikolegal
2	Zaluchu (2022)	Penyelesaian Sengketa Medis	Univ. Bhayangkara Jakarta	Yuridis normatif	Konflik regulasi dalam sengketa medis	Tidak membahas karakteristik sosial pasien
3	Mustopa (2013)	Proses Penyelesaian Sengketa Medik di RS	Unika Soegijapranata	Kualitatif empiris	Manajemen risiko rumah sakit	Tidak menggunakan pendekatan kriminologi
4	Anggraini (2022)	Perbandingan Penyelesaian Sengketa Medis	Universitas Islam Indonesia	Empiris komparatif	Mediasi vs litigasi	Tidak menganalisis unsur duty, deviation, damage, direct cause

Penelitian Prajati (2014) berfokus pada mekanisme penyelesaian sengketa medik dari perspektif yuridis normatif serta upaya harmonisasi regulasi, namun belum mengintegrasikan analisis kriminologi maupun pendekatan forensik medikolegal secara sistematis. Zaluchu (2022) menitikberatkan pada konflik dan tumpang tindih peraturan dalam penyelesaian sengketa medik, tetapi kajiannya masih terbatas pada aspek normatif tanpa mengeksplorasi karakteristik sosial para pihak yang terlibat dalam sengketa. Sementara itu, Mustopa (2013) lebih menyoroti manajemen risiko rumah sakit dalam proses penyelesaian sengketa medik melalui pendekatan empiris, namun belum mengkaji sengketa sebagai fenomena yang dapat dianalisis melalui teori kriminologi. Anggraini (2022) membandingkan efektivitas mediasi dan litigasi, dengan penekanan pada efisiensi prosedural, tetapi belum membedah unsur terjadinya sengketa melalui konstruksi tanggung jawab profesional secara mendalam.

Berbeda dengan penelitian-penelitian tersebut, penelitian ini mengintegrasikan perspektif kriminologi dengan analisis ilmu kedokteran forensik dan medikolegal melalui pendekatan unsur 4D (duty, deviation, damage, dan direct causal relationship). Selain itu, penelitian ini juga mempertimbangkan profil sosial-demografis pasien sebagai faktor yang berpotensi mempengaruhi munculnya sengketa medik. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menelaah mekanisme penyelesaian sengketa, tetapi juga menganalisis akar permasalahan, pola terjadinya sengketa, serta dimensi tanggung jawab profesional secara komprehensif. Pendekatan multidisipliner ini menjadi pembeda utama sekaligus kontribusi ilmiah baru dalam kajian sengketa medik di Indonesia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori Utama

2.1.1. Teori Kriminologi (Labeling, Konflik, Kontrol Sosial)

1. Pengertian Kriminologi

Kriminologi berasal dari kata *crimen* (bahasa Latin: kejahatan) dan *logos* (bahasa Yunani: ilmu), sehingga secara harfiah berarti “ilmu tentang kejahatan”. Kriminologi merupakan cabang ilmu sosial yang mempelajari sebab, bentuk, dan akibat dari perilaku menyimpang atau tindak kejahatan dalam masyarakat, serta reaksi sosial terhadap perilaku tersebut (Sutherland & Cressey, 1974).

Menurut Edwin H. Sutherland, kriminologi adalah ilmu yang mencakup proses pembentukan hukum, pelanggaran hukum, dan reaksi terhadap pelanggaran hukum. Dengan demikian, kriminologi tidak hanya menyoroti pelaku kejahatan, tetapi juga struktur sosial, lembaga hukum, serta nilai-nilai yang mempengaruhi bagaimana masyarakat menilai dan menangani kejahatan.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, kriminologi berperan penting dalam memahami fenomena “kriminalisasi profesi medis”, yakni bagaimana tindakan medis yang seharusnya bersifat profesional kadang dipersepsikan sebagai pelanggaran hukum. Oleh karena itu, pendekatan kriminologis dapat membantu menjelaskan dinamika konflik antara pasien, tenaga medis, dan aparat hukum dalam kasus hukum pasien.

2. Perkembangan Pemikiran Kriminologi

Perkembangan teori kriminologi dapat dibagi menjadi tiga tahap utama:

a. Mazhab Klasik (Abad ke-18)

Tokohnya Cesare Beccaria dan Jeremy Bentham. Mazhab ini menekankan bahwa manusia adalah makhluk rasional yang

bebas memilih tindakannya. Kejahatan dianggap sebagai hasil dari pilihan bebas (*free will*) dan dapat dicegah melalui sistem hukum yang tegas dan adil. Dalam konteks medis, pandangan klasik ini dapat diterapkan pada prinsip “tanggung jawab profesional”: setiap tenaga medis memiliki tanggung jawab moral dan hukum atas tindakan yang ia pilih.

b. Mazhab Positivis (Abad ke-19)

Dipelopori oleh Cesare Lombroso, Enrico Ferri, dan Raffaele Garofalo. Mazhab ini beranggapan bahwa kejahatan merupakan akibat faktor biologis, psikologis, dan sosial yang mempengaruhi perilaku seseorang. Dalam pelayanan kesehatan, mazhab ini membantu menjelaskan bahwa kelalaian atau pelanggaran medis tidak selalu disebabkan niat jahat, melainkan bisa akibat tekanan psikologis, beban kerja, atau sistem pelayanan yang tidak mendukung.

c. Mazhab Modern (Abad ke-20 dan seterusnya)

Kriminologi modern menekankan pada aspek struktural, sosial, dan budaya. Kejahatan dipandang sebagai hasil dari ketimpangan sosial, kekuasaan, atau pelabelan masyarakat terhadap individu tertentu. Inilah dasar bagi teori-teori yang relevan dengan penelitian ini, seperti *labeling theory*, *conflict theory*, dan *social control theory*.

3. Teori-teori Kriminologi yang Relevan

a. Teori Labeling (Howard Becker, 1963)

Teori *labeling* atau pelabelan menyoroti bahwa seseorang menjadi “penjahat” bukan semata karena tindakannya, tetapi karena reaksi sosial yang memberi label pada dirinya. Dalam konteks medis, tenaga kesehatan bisa dianggap “bersalah” atau “lalai” karena pelabelan masyarakat, media, atau pasien, meskipun secara medikolegal tindakannya sesuai prosedur. Becker (1963) menjelaskan bahwa pelabelan ini dapat

menimbulkan efek psikologis, menurunkan motivasi profesional, dan menciptakan siklus stigma terhadap profesi medis. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk memiliki mekanisme medikolegal yang melindungi tenaga medis dari pelabelan yang tidak proporsional.

- b. Teori Konflik (Karl Marx; Richard Quinney, 1970-an)
Teori konflik berasumsi bahwa hukum dan sistem keadilan sering mencerminkan kepentingan kelompok yang berkuasa. Dalam konteks rumah sakit, konflik muncul antara hak pasien untuk memperoleh pelayanan terbaik dan hak tenaga medis untuk mendapat perlindungan hukum. Quinney (1974) menegaskan bahwa hukum sering digunakan untuk mempertahankan struktur sosial tertentu, bukan semata-mata menegakkan keadilan. Dengan demikian, ketika terjadi kasus hukum pasien, konflik antara “pihak pasien” dan “institusi medis” sering kali merupakan cerminan ketegangan struktural, bukan sekadar pelanggaran etik.
- c. Teori Kontrol Sosial (Travis Hirschi, 1969)
Hirschi berpendapat bahwa seseorang akan cenderung taat hukum jika memiliki ikatan sosial yang kuat melalui empat unsur: *attachment*, *commitment*, *involvement*, dan *belief*. Dalam pelayanan kesehatan, kontrol sosial diwujudkan melalui sistem pengawasan internal seperti komite etik, audit medik, dan tim medikolegal. Ketika sistem kontrol sosial kuat, maka risiko pelanggaran etik dan hukum oleh tenaga medis menjadi lebih kecil. Sebaliknya, lemahnya kontrol internal dapat memunculkan kelalaian atau kesalahan prosedural.
- d. Teori Strain atau Ketegangan (Robert K. Merton, 1938)
Teori ini menyatakan bahwa tekanan sosial atau struktural dapat mendorong individu melakukan penyimpangan. Dalam praktik medis, tekanan kerja tinggi, keterbatasan fasilitas, dan tuntutan

pasien dapat menciptakan kondisi “strain” yang berpotensi menimbulkan kesalahan medis atau keputusan yang tidak ideal. Namun, bukan berarti tenaga medis bersalah secara hukum; pendekatan ini membantu menjelaskan mengapa insiden medis bisa terjadi tanpa adanya unsur kesengajaan.

- e. Teori Tanggung Jawab Sosial (Social Responsibility Theory)
Teori ini menekankan bahwa setiap anggota profesi memiliki tanggung jawab moral dan sosial untuk menjaga kepercayaan masyarakat. Dalam dunia medis, teori ini relevan untuk menjelaskan bahwa setiap tindakan harus didasarkan pada prinsip *non-maleficence* (tidak merugikan) dan *accountability* (dapat dipertanggungjawabkan). Tanggung jawab sosial ini menjadi dasar etika profesional dan pengendali utama dalam mencegah munculnya tindakan yang berpotensi menjadi kasus hukum.

2.1.2. Teori Hukum Kesehatan dan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal

1. Pengertian Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan adalah keseluruhan kaidah hukum yang mengatur hubungan antara tenaga kesehatan, pasien, dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, dengan tujuan melindungi hak dan kewajiban semua pihak dalam pelaksanaan pelayanan medis (Hadjon, 2012).

Menurut Soekanto (2004), hukum kesehatan mencakup tiga unsur utama:

- a. Peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, seperti Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan,
- b. Aspek etik dan profesi kedokteran, dan
- c. Aspek tanggung jawab hukum tenaga medis serta hak pasien.

Secara prinsip, hukum kesehatan berfungsi untuk menyeimbangkan dua kepentingan yang sering kali berhadapan:

- a. Kepentingan pasien, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan manusiawi;
- b. Kepentingan tenaga medis, yaitu hak untuk bekerja sesuai standar profesi dan memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tindakan medis yang berisiko tinggi.

Dengan demikian, hukum kesehatan tidak dimaksudkan untuk mengkriminalisasi tenaga medis, tetapi justru untuk menciptakan rasa aman dalam praktik kedokteran, agar pelayanan kepada masyarakat berlangsung optimal tanpa rasa takut terhadap tuntutan hukum yang berlebihan.

2. Asas dan Prinsip dalam Hukum Kesehatan

Menurut UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pelaksanaan praktik kedokteran dan pelayanan kesehatan didasarkan pada sejumlah asas dan prinsip utama, di antaranya:

- a. **Asas Perlindungan dan Keadilan**
Setiap tindakan medis harus melindungi hak pasien dan tenaga kesehatan. Keadilan dicapai bila pasien memperoleh pelayanan yang layak, dan tenaga medis tidak dipidana atas tindakan profesional yang sesuai standar.
- b. **Asas Profesionalitas dan Standar Profesi**
Tenaga kesehatan wajib menjalankan profesinya sesuai standar pelayanan medis dan kode etik kedokteran (Kodeki). Pelanggaran standar ini dapat menimbulkan konsekuensi hukum apabila menyebabkan kerugian pasien.
- c. **Asas Persetujuan (*Informed Consent*)**
Pasien berhak menerima penjelasan yang cukup mengenai diagnosis, tindakan, risiko, dan alternatif terapi sebelum memberikan persetujuan. Dokumen persetujuan ini menjadi

dasar hukum yang penting dalam membuktikan kesesuaian tindakan medis.

- d. **Asas Akuntabilitas dan Transparansi**
Rumah sakit harus dapat mempertanggungjawabkan seluruh tindakan medis melalui sistem dokumentasi yang baik (rekam medis, audit medik, laporan medikolegal).
- e. **Asas *Non-Maleficence* dan *Beneficence***
Merupakan asas etik kedokteran yang bermakna “tidak merugikan pasien” dan “melakukan yang terbaik bagi pasien”. Bila prinsip ini dilanggar dan menyebabkan kerugian, maka dapat berimplikasi pada tanggung jawab hukum.
- f. **Asas *Lex Specialis derogat legi generali***
Hukum kesehatan merupakan hukum khusus yang mengesampingkan ketentuan umum apabila terjadi tumpang tindih dengan hukum pidana umum. Misalnya, dalam kasus malpraktik medis, penyelesaian seharusnya mengacu pada UU Kesehatan dan UU Praktik Kedokteran terlebih dahulu, bukan langsung pada KUHP.

3. Tanggung Jawab Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam konteks hukum kesehatan, terdapat tiga bentuk utama tanggung jawab hukum tenaga medis (Hanafiah & Amir, 2013):

- a. Tanggung jawab hukum perdata, yaitu bila tindakan medis menimbulkan kerugian material atau immaterial terhadap pasien, dan dapat diajukan gugatan ganti rugi (Pasal 1365 KUHPperdata).
- b. Tanggung jawab hukum pidana, berlaku bila tindakan medis dilakukan dengan kelalaian berat atau kesengajaan yang menyebabkan luka atau kematian pasien (Pasal 359 dan 360 KUHP). Namun, menurut prinsip *lex specialis*, kasus seperti ini seharusnya dikaji terlebih dahulu melalui *mekanisme etik dan disiplin* sesuai UU Kesehatan dan UU Praktik Kedokteran.

- c. Tanggung jawab etik dan disiplin profesi, mencakup pelanggaran terhadap Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Standar Profesi Kedokteran. Sanksinya dapat berupa teguran, pembatasan praktik, hingga pencabutan izin.

Dalam praktiknya, ketiga bentuk tanggung jawab tersebut saling berkaitan. Kesalahan administratif atau etik bisa berkembang menjadi masalah hukum apabila menyebabkan kerugian serius bagi pasien. Karena itu, sistem hukum kesehatan menekankan penyelesaian berlapis dimulai dari etik, disiplin, baru hukum pidana bila terbukti ada kesalahan berat.

4. Pengertian dan Ruang Lingkup Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal

Ilmu Forensik adalah ilmu terapan yang menggunakan pengetahuan ilmiah, untuk kepentingan penegakan hukum dan proses peradilan dalam mengungkap kebenaran materiil suatu peristiwa hukum sedangkan medikolegal berasal dari kata *medicus* (kedokteran) dan *legalis* (hukum), yang berarti penerapan prinsip-prinsip kedokteran untuk kepentingan hukum. Menurut Knight & Saukko (2016), medikolegal merupakan cabang ilmu kedokteran yang berhubungan dengan penyelesaian masalah hukum melalui analisis medis.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, spesialisasi Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal mencakup kompetensi selain tentang *autopsi* seperti:

- a. Deteksi kelalaian medis dengan Teknik 4D
- b. Deteksi resiko medis
- c. Deteksi komplikasi mediksAudit medis kasus kematian tidak wajar,
- d. Analisis medicolegal Teknik *forcier lacerte*

Tujuan utama kegiatan pelayanan kedokteran hukum (yandokum) sesuai Permenkes no 38 tahun 2022 tentang Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum medikolegal adalah memastikan bahwa

setiap tindakan medis dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan yuridis termasuk Permenkes No. 24 Tahun 2022 sasaran kegiatan ilmu Kedokteran Forensik Medikolegal meliputi:

- a. Perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga medis,
- b. Pembuktian kasus hukum melalui dokumen medis,
- c. Pengawasan mutu pelayanan kesehatan, dan
- d. Pencegahan kriminalisasi tenaga medis.

5. Hubungan Ilmu Hukum dan ilmu Kedokteran Forensik Medikolegal

Hubungan antara ilmu hukum dan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal bersifat saling melengkapi. Hukum kesehatan menyediakan kerangka normatif berupa hak, kewajiban, dan sanksi hukum sedangkan medikolegal menyediakan bukti ilmiah dan prosedural yang digunakan untuk menilai apakah suatu tindakan medis melanggar hukum atau tidak. Dalam penyelesaian kasus hukum pasien, pendekatan Ilmu Kedokteran dan Medikolegal diperlukan untuk menjawab dua pertanyaan utama seperti yang tertuang pada Undang-undang Kesehatan no 17 tahun 2023, Peraturan Pemerintah No 28 tahun 2024:

- a. Apakah tindakan medis dilakukan sesuai standar profesi dan prosedur tetap (SOP)?
- b. Apakah terdapat hubungan kausal antara tindakan medis dan akibat yang ditimbulkan pada pasien?

Jawaban atas dua pertanyaan ini menjadi dasar bagi aparat penegak hukum dan lembaga etik profesi dalam menentukan ada tidaknya kelalaian atau pelanggaran. Dengan demikian Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal berfungsi sebagai jembatan antara ilmu kedokteran dan sistem peradilan. Pendekatan ini menghindarkan tenaga medis dari tuduhan pidana yang tidak berdasar, sekaligus menjamin hak pasien untuk mendapatkan keadilan.

2.1.3. Prinsip Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal dalam Pelayanan Medis

1. Pengertian dan Tujuan Ilmu Kedokteran Forensik Medikolegal dalam Pelayanan Kesehatan

Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal (*medical forensic/medicolegal*) adalah penerapan ilmu kedokteran untuk tujuan hukum yaitu pengumpulan, analisis, dan interpretasi bukti-bukti medis yang relevan untuk proses penyidikan, penuntutan, dan/atau penyelesaian sengketa hukum. Tujuan utama Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal dalam pelayanan Kesehatan meliputi (1) menentukan sebab dan mekanisme cedera atau kematian, (2) menghasilkan laporan medis yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah untuk kebutuhan hukum (mis. *Visum et Repertum*), (3) menjaga dan mengamankan bukti medis dengan tata laksana yang sah secara forensik, serta (4) melindungi hak pasien dan tenaga kesehatan melalui dokumentasi yang akurat dan prosedur yang etis.

2. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal

Prinsip-prinsip berikut menjadi landasan etis, ilmiah, dan operasional dalam pelaksanaan forensik di fasilitas pelayanan kesehatan:

- a. **Objektivitas dan Netralitas**
Penilaian dan laporan forensik harus bersifat objektif, bebas dari bias, dan berdasarkan bukti ilmiah. Ahli forensik wajib menyajikan fakta tanpa memihak pihak manapun.
- b. **Kepatuhan terhadap Standar Ilmiah dan Profesi**
Semua pemeriksaan, analisis laboratorium, dan interpretasi harus mengikuti standar ilmiah dan pedoman profesi (mis. prosedur standar pemeriksaan, validasi metode laboratorium).
- c. **Keabsahan dan *Chain of Custody* (Rantai Bukti)**

Pengumpulan, pengemasan, penyimpanan, dan pengiriman bukti medis harus terdokumentasi dengan baik untuk menjaga keutuhan dan keabsahan bukti di pengadilan. Setiap perpindahan bukti harus tercatat (*chain of custody*).

- d. **Dokumentasi Lengkap dan Akurat**
Rekam medis, catatan pemeriksaan forensik, foto forensik, hasil laboratorium, dan surat keterangan harus lengkap, jelas, serta ditandatangani oleh pemeriksa yang berwenang. Dokumentasi adalah inti dari pembuktian medikolegal.
- e. **Kerahasiaan dan Hak Asasi Pasien**
Meskipun bukti medis dapat digunakan dalam proses hukum, perlindungan kerahasiaan pasien tetap harus dijaga sesuai ketentuan hukum dan etika. Hanya pihak berwenang dan yang berkepentingan yang boleh mengakses informasi terbatas.
- f. ***Informed Consent* dan Persetujuan untuk Prosedur Medikolegal**
Bila memungkinkan menurut kondisi klinis dan hukum, tindakan yang bersifat invasif (misalnya autopsi non-forensik, prosedur pengambilan materi) sebaiknya disertai persetujuan tertulis pasien atau keluarga. Namun, dalam kasus yang melibatkan kepentingan umum (mis. jenazah korban tindak pidana), regulasi hukum dapat mengatur kewajiban melakukan pemeriksaan.
- g. **Interdisipliner dan Kolaborasi Lintas Sektor**
Praktik forensik memerlukan kerja sama antara dokter klinis, dokter forensik, patologi forensik, laboratorium toksikologi, bagian radiologi, kepolisian, dan kejaksaan. Koordinasi formal (SOP, MoU) meningkatkan kualitas penanganan.
- h. **Transparansi, Akuntabilitas, dan Rekam Jejak (Audit Trail)**
Setiap langkah harus dapat diaudit; rumah sakit harus memiliki mekanisme audit medikolegal untuk menilai kualitas dan kepatuhan proses.
- i. **Etika Profesional dan Perlindungan Tenaga Medis**

Ahli forensik berkewajiban menjaga standar etika termasuk kejujuran ilmiah. Di sisi lain, institusi wajib memberikan perlindungan hukum dan dukungan profesional sehingga ahli dapat bekerja tanpa intimidasi atau tekanan yang mengganggu objektivitas.

3. Proses dan Praktik Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di Rumah Sakit

Pelaksanaan Ilmu Kedokteran Forensik di rumah sakit mencakup beberapa aktivitas yang saling berkaitan:

- a. **Pemeriksaan Korban Hidup (*Clinical Forensic Examination*)**
Meliputi pemeriksaan luka, dokumentasi cedera fisik, pengambilan sampel biologis (mis. swab, darah), foto forensik, dan pembuatan laporan medis. Hasil ini berguna untuk menilai jenis luka, waktu terjadinya, serta kemungkinan mekanisme penyebab.
- b. **Pemeriksaan Jenazah/Autopsi Forensik**
Dilakukan untuk menentukan sebab dan mekanisme kematian bila ditemukan kematian tidak wajar. Autopsi harus dilakukan oleh ahli yang kompeten, dalam fasilitas yang layak, dan mengikuti protokol forensik termasuk pembuatan catatan makroskopik dan mikroskopik serta pengambilan sampel untuk toksikologi.
- c. **Pembuatan *Visum et Repertum* (VER)**
Visum adalah surat keterangan medis forensik yang menyajikan temuan pemeriksaan fisik atau jenazah dan digunakan sebagai alat bukti. VER harus disusun secara objektif, memuat deskripsi luka, gambaran anatomi, foto pendukung, dan opini medis yang jelas mengenai hubungan sebab-akibat bila relevan.
- d. **Pengambilan dan Pengelolaan Sampel Toksikologi dan Jejak Biologis**

Prosedur pengambilan sampel (darah, urine, jaringan) harus steril, diberi label dengan benar, dan disimpan pada kondisi yang sesuai. Laboratorium toksikologi yang melakukan analisis harus bersertifikat dan menggunakan metode tervalidasi.

- e. **Fotografi Forensik dan Dokumentasi Visual**
Foto yang diambil harus mengikuti aturan forensik: tanggal/waktu, skala ukuran, sudut yang memungkinkan interpretasi, dan metadata yang menjamin keaslian.
- f. **Audit Medis dan Review Kasus**
Audit internal (case review) berfungsi mengevaluasi kepatuhan prosedural, mengidentifikasi potensi human error, dan merekomendasikan tindakan perbaikan.
- g. **Pemberian Keterangan Ahli di Proses Peradilan**
Ahli forensik dapat dipanggil sebagai saksi ahli; keterangan harus objektif, berbasis bukti, dan disampaikan secara komunikatif agar dimengerti oleh hakim dan pihak non-medis.

Prinsip Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal tidak berdiri sendiri. Selaras dengan prinsip hukum kesehatan (informed consent, hak pasien, perlindungan tenaga kesehatan) serta etika kedokteran (non-maleficence, beneficence, autonomy). Misalnya deteksi kelalaian medis, deteksi resiko medis dan deteksi komplikasi medis untuk kepentingan penyidikan mempertimbangkan kolaborasi berbagai disiplin ilmu berdasarkan kasus per kasus dari komplain pasien.

4. Tantangan Pelaksanaan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di Fasyankes (Rumah Sakit)

Pelaksanaan prinsip Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal di rumah sakit menghadapi beberapa tantangan praktis:

- a. **Keterbatasan SDM Khusus Forensik:** Tidak semua Rumah Sakit memiliki dokter forensik atau teknisi laboratorium forensik. Rotasi staf dan beban kerja klinis dapat menurunkan konsistensi pelayanan forensik.

- b. Pemahaman tentang Ilmu kedokteran Forensik dan Medikolegal masih belum dipahami banyak orang, termasuk para pengambil keputusan dan kebijakan
- c. Dokumentasi yang Tidak Konsisten: Rekam medis yang tidak lengkap, foto yang tidak terdokumentasi dengan baik, atau catatan yang ambigu mengurangi kekuatan pembuktian.
- d. Koordinasi dengan Aparat Penegak Hukum: Perbedaan prosedur dan ekspektasi antara rumah sakit dan kepolisian/kejaksaan sering menimbulkan friksi; ketiadaan MoU memperburuk proses.
- e. Aspek Hukum dan Budaya: Perbedaan norma budaya terkait autopsi atau tindakan invasif, serta kekhawatiran keluarga, dapat menghambat prosedur forensik.
- f. Resiko Medikal-Legal terhadap Tenaga Kesehatan: Ketakutan terhadap litigasi dan kriminalisasi dapat memicu praktik defensif yang berdampak pada mutu layanan.

5. Strategi Penguatan Implementasi Prinsip Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal

Untuk mengatasi tantangan dan memperkuat penerapan prinsip forensik, beberapa strategi direkomendasikan:

- a. Pengembangan SDM: Pendidikan Ilmu Kedokteran Forensik dasar wajib untuk dokter umum, pelatihan lanjutan untuk dokter penanggung jawab, dan pengadaan staf forensik permanen bila memungkinkan.
- b. Standarisasi SOP dan MoU: Penyusunan SOP internal dan perjanjian formal dengan kepolisian, kejaksaan, serta laboratorium forensik rujukan.
- c. Peningkatan Infrastruktur: Investasi pada fasilitas pelayanan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, ruang dokumentasi forensik, dan sistem penyimpanan bukti aman.

- d. Digitalisasi Rekam Medis dan Sistem Bukti: Implementasi rekam medis elektronik dengan audit trail dan metadata untuk memperkuat keandalan bukti.
- e. Audit Berkala dan Quality Assurance: Komite medikolegal melakukan penelaahan periodik dan simulasi kasus untuk menguji kesiapan.
- f. Perlindungan Hukum untuk Tenaga Kesehatan: Kebijakan institusional dan asuransi profesi untuk melindungi tenaga medis dari litigasi yang tidak berdasar.
- g. Pendidikan Publik dan Komunikasi: Edukasi pasien dan keluarga tentang prosedur medikolegal serta jalur pengaduan internal untuk mencegah eskalasi ke media sosial atau litigasi.

6. Implikasi Prinsip pelayanan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal untuk Penanganan Kasus Hukum Pasien

Penerapan prinsip Pelayanan Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal secara konsisten menghasilkan beberapa implikasi praktis: menurunkan angka litigasi yang tidak berdasar, mempercepat proses penyidikan dengan bukti yang berkualitas, meningkatkan kepercayaan publik terhadap institusi kesehatan, dan melindungi tenaga medis dari kriminalisasi yang tidak proporsional. Bagi peneliti dan pembuat kebijakan, penerapan prinsip-prinsip ini menjadi tolok ukur kesiapan institusi kesehatan dalam menangani kasus hukum pasien secara adil dan ilmiah.

2.1.4. Kriminologi dan Malpraktek

Kriminologi berasal dari bahasa Yunani, *Crime* (kejahatan) dan *Logos* (ilmu), dengan demikian kriminologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang kejahatan. Malpraktek, sebagai istilah umum, merujuk pada tindakan pidana yang dilakukan oleh individu yang memiliki profesi di bidang kesehatan. Istilah malpraktek yang dikemukakan oleh Veronic yakni berasal dari "*malpractice*" yang

hakikatnya adalah sebuah kesalahan di dalam melaksanakan profesi yang muncul sebagai akibat dari berbagai kewajiban yang harus dilakukan oleh dokter.

Menurut UU No. 17 Tahun 2023 Pada pasal 440 ayat 1 menyatakan Setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang melakukan kealpaan yang mengakibatkan Pasien luka berat dipidana dengan pidana penjara. Pasal 193 berbunyi Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh Sumber Daya Manusia Kesehatan Rumah Sakit.

Secara teori, perbuatan rumah sakit yang melawan hukum atau perjanjian sehingga menyebabkan kerugian bagi pasien dapat dikategorikan *unlawful* (Melanggar hukum) atau *negligence* (kelalaian). Tanggung jawab perdata dapat dibebankan pada rumah sakit apabila rumah sakit atau tenaga Kesehatan yang bekerja di rumah sakit melakukan malpraktik sehingga merugikan pasien. Dalam konteks malpraktik medis, terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kesalahan, mulai dari human eror, kesalahan prosedur, hingga sistem rumah sakit yang tidak mendukung. Selain itu, kesadaran pasien akan hak-haknya juga menjadi faktor kunci dalam menanggulangi kasus malpraktik.

2.1.5. Penentuan Kealpaan Tenaga Medis

Kealpaan tenaga medis yang mengakibatkan kerugian pada pasien merupakan kasus yang menjadi perhatian penting di rumah sakit. Dalam penentuan kasus malpraktek terdapat unsur-unsur yang perlu dievaluasi. Adapun unsur-unsur kelalaian harus dipenuhi 4 (empat) unsur yang dikenal dengan nama 4-D, yaitu:

- a. *Duty to use due care*: tidak ada kelalaian jika tidak ada kewajiban untuk mengobati. Terbentuknya hubungan profesional antara tenaga medis (dokter) dan pasien, yang menimbulkan kewajiban

untuk memberikan pelayanan yang sesuai standar. Meninjau proses di mana hubungan dokter-pasien terjalin, termasuk persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang sah dan jelas. Risiko muncul jika tidak ada bukti yang terdokumentasi mengenai kewajiban ini, atau jika perawatan diberikan di luar ruang lingkup yang disepakati.

- b. *Dereliction (breach of duty)*: apabila sudah ada kewajiban (*duty*), maka sang dokter/perawat rumah sakit harus bertindak sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika dan sesuai kebutuhan kesehatan pasien. Jika terdapat penyimpangan dari standar tersebut, maka ia dapat dipersalahkan.
- c. *Damage (injury)*: unsur ketiga untuk penuntutan malpraktek medis 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.

Jika ditinjau dari perspektif hukum maka malpraktik yang dilakukan oleh dokter, dapat merupakan *criminal malpractice*, *civil malpractice*, dan *administrative malpractice*. Suatu perbuatan dapat dikategorikan *criminal malpractice*, karena tindakan malpraktik

tersebut memenuhi rumusan delik (tindak pidana). Syarat-syarat *criminal malpractice* adalah perbuatan tersebut (baik *positive act* ataupun *negative act*) harus merupakan perbuatan tercela (*actus reus*); dan dilakukan dengan sikap batin yang salah (*mens rea*), yaitu berupa kesengajaan (*intentional*), kecerobohan (*recklessness*) atau kealpaan (*negligence*).

Pendalaman mengenai hubungan antara *accident* dan *effect* terhadap tiga hal yang berperan yaitu mekanisme, *temporality*, dan *outcome determinants* sehingga metode ini dianggap lebih efektif. Pada *temporality*, ditemukan pentingnya menguraikan urutan-urutan kejadian dan kesinambungan peristiwa yang menyebabkan *effect* setelah suatu *accident*. Selain dua faktor tersebut terdapat faktor luar (*outcome*) lainnya yang mungkin berperan seperti faktor lingkungan, sosial budaya, kepatuhan berobat dan sebagainya.

2.1.6. Kepentingan Rumah Sakit dengan Penanganan Kasus Sengketa Medis Pasien dalam Pelayanan Pemberian Layanan

Dalam memberikan pelayanan kesehatan Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat. Dalam penanganan kasus terkait kealpaan tenaga medis dalam pemberian pelayanan kesehatan, Rumah Sakit memiliki kepentingan sebagaimana tertuang dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 pasal 193 yang berbunyi "Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh Sumber Daya Manusia Kesehatan Rumah Sakit."

Selain memberikan kompensasi kepada korban, rumah sakit yang terbukti bersalah dapat dikenai sanksi administratif hingga sanksi

pidana, tergantung pada keseriusan kasus malpraktik. Sanksi ini bisa berupa pencabutan izin operasional, denda yang besar, atau hukuman lainnya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Kepentingan Rumah Sakit yang sering terlibat dalam penanganan kasus kealpaan tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan yang merugikan pasien. Kepentingan tersebut dapat dilandasi oleh beberapa aspek seperti:

1. Reputasi Rumah Sakit

Dampak reputasi tidak dapat diabaikan ketika membicarakan implikasi malpraktik medis pada rumah sakit. Kasus malpraktik yang terungkap ke publik dapat merusak citra rumah sakit di mata masyarakat dan calon pasien. Kepercayaan publik adalah aset penting bagi lembaga kesehatan, dan kehilangan kepercayaan tersebut bisa sangat merugikan dalam jangka panjang, mempengaruhi jumlah pasien yang ingin berobat atau mendapatkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit tersebut.

Pengaturan hukum merupakan sebuah dasar landasan untuk memberikan jaminan hukum terhadap adanya kepastian hukum agar terciptanya cita-cita hukum yaitu keadilan, dan sebaliknya setiap pelanggaran hukum sudah tentu mendapatkan sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dengan demikian setiap tindakan malpraktik yang dilakukan oleh tenaga medis yang dapat merugikan pasien atau menimbulkan luka berat pada tubuh pasien merupakan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku dan pelanggaran terhadap kode etik kedokteran. Hal ini juga dapat menimbulkan berbagai macam tanggapan negatif dari masyarakat sehingga dapat mempengaruhi kepercayaan masyarakat terhadap tenaga medis maupun rumah sakit.

2. Tanggung Jawab Kepala Rumah Sakit

Kepala rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk menjaga kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis yang bekerja di bawah naungannya. Jika ada kasus malpraktik medis yang melibatkan

salah satu dokter yang bekerja di rumah sakit, kepala rumah sakit bisa diberikan tanggung jawab jika terbukti adanya kelalaian dalam pemilihan, pengawasan, atau pelatihan dokter tersebut.

3. Tanggung Jawab Institusi

Rumah sakit juga dapat memiliki tanggung jawab institusi terhadap tindakan malpraktik medis yang dilakukan oleh dokter yang bekerja di bawah naungannya. Tanggung jawab ini berkaitan dengan penyediaan sarana dan prasarana yang memadai, sistem pengawasan internal yang efektif, serta kebijakan dan prosedur yang jelas terkait praktik medis yang aman dan berkualitas.

4. Kontrak dan Kewenangan Dokter

Hubungan antara dokter dan rumah sakit sering kali didasarkan pada kontrak kerja atau kemitraan. Dalam beberapa kasus, dokter dapat dianggap sebagai tenaga mandiri dan bertanggung jawab penuh atas tindakan medis yang mereka lakukan. Namun, rumah sakit masih dapat memiliki tanggung jawab jika mereka memberikan wewenang yang cukup kepada dokter tersebut, mengelola sistem penugasan dan jadwal yang memadai, dan melakukan pengawasan yang tepat terhadap praktik dokter tersebut.

5. Asuransi Malpraktik Medis

Rumah sakit biasanya memiliki asuransi malpraktik medis untuk melindungi diri mereka sendiri dan para dokter yang bekerja di dalamnya. Asuransi ini dapat memberikan perlindungan finansial dan hukum dalam kasus klaim malpraktik medis. Namun, penting untuk dicatat bahwa asuransi ini tidak menghilangkan tanggung jawab moral dan etis rumah sakit untuk menjaga kualitas pelayanan medis.

6. Proses Hukum dan Penyelesaian Sengketa

Jika terjadi kasus malpraktik medis, pihak yang merasa dirugikan dapat mengajukan tuntutan hukum melalui pengadilan. Proses hukum ini akan mempertimbangkan bukti-bukti dan fakta-fakta yang ada,

serta melibatkan ahli medis dan saksi lainnya. Perlu dilakukan kajian mendalam mengenai prosedur penyelesaian sengketa medis baik yang berasal dari perjanjian terapeutik maupun karena ketentuan undang-undang.

Jika merujuk pada pasal 308 ayat (1) UU No. 17/2023, dijelaskan apabila Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang diduga melakukan perbuatan melanggar hukum dalam pelaksanaan Pelayanan Kesehatan yang dapat dikenai sanksi pidana, maka harus dimintakan terlebih dahulu rekomendasi dari Majelis yang dibentuk oleh Menteri. Selanjutnya, pasal 308 ayat (2) dijelaskan juga apabila tindakan/perbuatan yang dilakukan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan merugikan Pasien secara Perdata, harus dimintakan rekomendasi juga dari Majelis.

Rekomendasi untuk dapat dikenai sanksi pidana dan gugatan Perdata tersebut akan diberikan paling lama 14 hari sejak permohonan diterima oleh Majelis. Akan tetapi, dalam pasal 310 UU 17/2023 menjelaskan jika Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan diduga melakukan kesalahan dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada Pasien, perselisihan yang timbul akibat kesalahan tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.

Proses penyelesaian sengketa dapat dilakukan dengan cara litigasi dan non litigasi. Jika dibandingkan dengan cara litigasi, non litigasi atau mediasi memiliki keuntungan yang lebih banyak salah satunya memperbaiki komunikasi antara kedua belah pihak yang bersengketa.

a. Jalur non litigasi

Pada umumnya, sengketa hukum pelayanan dapat diselesaikan secara non litigasi, terutama pada sengketa yang bersifat keperdataan. Penyelesaian sengketa secara non litigasi adalah penyelesaian sengketa hukum secara hukum dan nurani,

sehingga hukum dapat dimenangkan dan nurani juga tunduk untuk mentaati kesepakatan perdamaian secara sukarela tanpa ada yang merasa kalah. Langkah yang dilakukan dalam proses non litigasi adalah:

- 1) melakukan identifikasi, kajian, dan analisis hukum yang komprehensif terkait sengketa atau perkara yang dihadapi;
- 2) membentuk tim advokasi terpadu rumah sakit atau memperkuat Bagian Hukum Rumah Sakit bersama Komite Profesi Kesehatan;
- 3) melakukan proses mediasi dengan menggunakan metode, tahapan prosedural dan ahli yang profesional; dan
- 4) melibatkan pendamping yang mempunyai kewenangan klinis yang sama, kompeten, tidak sedang dalam masa pemberian sanksi etik/disiplin profesi.

Setelah hal-hal tersebut di atas dilakukan oleh pihak rumah sakit, pimpinan rumah sakit harus menentukan:

- 1) Juru runding (negosiator), dapat berupa perorangan atau dalam bentuk Tim;
- 2) Batas toleransi yang dapat dinegosiasikan dalam memenuhi tuntutan pasien/keluarga atau kuasa hukumnya. Dalam menentukan batas toleransi tersebut, yang perlu dipertimbangkan yaitu apabila tuduhan yang diajukan sebagai dasar tuntutan tidak mengandung kebenaran, maka yang diutamakan dalam negosiasi adalah menjelaskan duduk persoalan yang sebenarnya dan tidak ada unsur kesalahan (dalam hal ini negosiasi diarahkan untuk menolak tuntutan yang diajukan).

b. Jalur litigasi

- 1) Somasi
 - a) Jika somasi yang masuk mencakup permasalahan hukum faktual/potensial, maka lakukan identifikasi, kajian dan

analisis terkait perbuatan dan hubungan hukum serta pihak-pihak yang dinyatakan dalam somasi tersebut. Sebaiknya somasi yang diterima rumah sakit diidentifikasi dan disikapi dengan melibatkan Bagian Hukum rumah sakit. Dalam memberikan sikap terhadap somasi dimaksud, rumah sakit dapat meminta tanggapan somasi kepada Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dalam hal ini kepada Kompartemen Hukum di kepengurusan PERSI Wilayah maupun kepada Kompartemen Hukum di Pengurus PERSI Pusat. Tanggapan yang diberikan atas somasi yang diterima, menitikberatkan kepada data faktual dan implikasi hukum yang mungkin akan terjadi. b) Tanggapan somasi mengedepankan penawaran penyelesaian sengketa secara kekeluargaan dan pendekatan hukum yang bersifat jalan tengah (*win-win solution*).

2) Gugatan Perdata

Gugatan perdata terhadap rumah sakit dapat ditujukan kepada Tenaga Medis maupun Tenaga Kesehatan sebagai subjek Hukum, termasuk dapat pula ditujukan kepada pimpinan rumah sakit atau badan hukum pemilik rumah sakit. Gugatan perdata terhadap rumah sakit bersumber pada dua bentuk yakni perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatigedaad*) sesuai dengan ketentuan Pasal 1365 KUH Perdata dan perbuatan cedera janji/wanprestasi (*contractual liability*) sesuai dengan ketentuan Pasal 1239 KUH Perdata. Dalam menghadapi gugatan perdata sebagaimana dimaksud, perlu dilakukan koordinasi internal di rumah sakit secara intensif untuk mempersiapkan bahan-bahan yang dibutuhkan dalam melakukan upaya hukum di pengadilan, baik berupa rekam medis, dokumen panduan, pedoman, maupun prosedur yang ada, serta berbagai

referensi yang dapat mendukung argumentasi rumah sakit bahwa tidak ada perbuatan melawan hukum dari tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun manajemen rumah sakit atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

3) Perkara pidana

Apabila penyelesaian kasus hukum pelayanan medis ditempuh melalui jalur Peradilan Pidana, biasanya yang dituntut adalah tenaga atau tenaga yang secara langsung ikut menangani pasien. Untuk itu yang harus dikoordinasikan adalah sebagai berikut: Penunjukan kuasa hukum yang berasal dari konsultan hukum profesional untuk mendampingi masing-masing tenaga profesional kesehatan tersebut mulai tahap penyelidikan, penyidikan, penuntutan sampai persidangan di Pengadilan. Perkara Pidana adalah perkara yang dilakukan proses penanganan oleh Aparat Penegak Hukum dengan mekanisme sistem peradilan pidana (*Criminal justice system*) yang umumnya dilakukan oleh Kepolisian dan Kejaksaan dengan menggunakan Delik pidana baik yang sifatnya delik umum maupun delik aduan. Dugaan Tindak Pidana Kesehatan meliputi pidana pada Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dan Pidana di luar KUHP dengan menggunakan ketentuan pidana di UU No.17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

4) Penyiapan saksi ahli.

Dalam hal rumah sakit membutuhkan pendapat yang mendukung argumentasi tentang bukti-bukti yang disampaikan dalam pemeriksaan baik dalam penyidikan maupun dalam persidangan, maka rumah sakit dapat meminta saksi ahli yang berasal dari kolegium keahlian yang berkaitan dengan kasus yang terjadi. Jika dihubungkan dengan Pasal 1 butir 28 KUHP, maka keterangan saksi ahli

dapat dinilai sebagai alat bukti yang memiliki kekuatan pembuktian yang memiliki syarat berikut:

- a) keterangan saksi ahli yang memiliki keahlian khusus dalam bidangnya sehubungan dengan perkara pidana yang sedang diperiksa;
- b) bentuk keterangan yang diberikannya sesuai dengan keahlian khusus yang dimilikinya, berbentuk keterangan “menurut pengetahuannya”⁵⁹

2.1.7. Penanganan Sengketa medik dalam Pelayanan Kesehatan

Kewajiban rumah sakit, hal ini secara tegas dinyatakan dalam Pasal 189 Ayat (1) huruf ‘s’ Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa “Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas”.

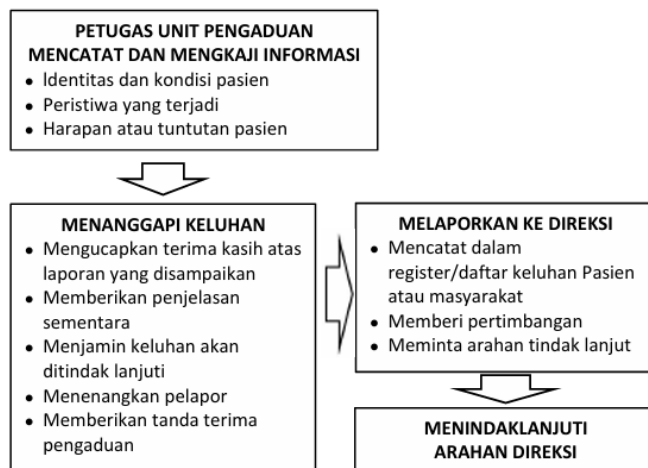
Bahkan lebih dari itu, rumah sakit juga memiliki tanggung jawab dalam hal adanya kerugian yang ditimbulkan oleh sumber daya manusia rumah sakit, sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 193 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, “Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh Sumber Daya Manusia Kesehatan Rumah Sakit”. Berdasarkan hal tersebut, rumah sakit perlu memiliki tata kelola dan pengorganisasian yang baik dalam penanganan sengketa hukum di rumah sakit. Mekanisme penanganan sengketa hukum pelayanan di rumah sakit agar memiliki alur penanganan sengketa hukum yang efektif dan sistematis.

Untuk menghadapi dan mengurangi risiko terjadinya malpraktik medis, rumah sakit harus menjalankan program manajemen risiko yang efektif, termasuk pelatihan terus-menerus bagi tenaga medis, penerapan protokol kesehatan yang ketat, dan audit berkala. Langkah preventif

seperti ini penting untuk menjaga kualitas layanan dan meminimalisir kemungkinan kejadian yang dapat merugikan baik pasien maupun pihak rumah sakit sendiri.

Dalam penanganan sengketa hukum terdapat langkah-langkah yang harus diterapkan oleh rumah sakit. UU No. 17 Tahun 2023 menggariskan prosedur yang harus diikuti rumah sakit dalam menangani pengaduan terkait malpraktik medis. Ini melibatkan penyelidikan internal yang harus dilakukan segera setelah pengaduan diterima, dengan tujuan untuk mengumpulkan bukti dan menentukan apakah ada kelalaian yang terjadi. Jika terbukti bahwa terjadi malpraktik medis, rumah sakit bertanggung jawab secara hukum untuk memberikan kompensasi kepada korban. Kompensasi ini bisa berupa biaya pengobatan tambahan, ganti rugi atas kerugian fisik dan psikologis, serta hal-hal lain yang dinilai pantas oleh pengadilan.

Berikut alur penanganan sengketa medik dalam pelayanan kesehatan:



Gambar 1. Pengelolaan keluhan



Gambar 2. Investigasi dan analisis kasus

Dalam pemberian pelayanan medis sejatinya tidak terdapat perbedaan antar pasien manapun. Pemberian pelayanan bergantung pada indikasi yang dimiliki oleh pasien yang sangat bervariasi setiap individu. Proses penanganan hukum kasus malpraktek dapat mempengaruhi pelayanan yang diterima oleh pasien tersebut hal ini dipengaruhi oleh kepercayaan pasien terhadap tenaga medis yang berkurang sehingga dalam pemberian pelayanan pasien cenderung untuk menghindarinya/menolak. Penolakan ini pula tidak dapat diintervensi lebih lanjut oleh pihak rumah sakit ataupun tenaga medis yang berkaitan, walaupun dalam konteks kesehatan pasien membutuhkan penanganan tersebut ditinjau dari indikasi medis yang

terdapat pada pasien. Asas *autonomy* pasien menjamin keputusan pasien tersebut. Dimana pasien berhak menolak atau menyetujui tindakan apapun yang akan dilakukan oleh tenaga medis yang dituangkan dalam lembar *informed consent*. Kejadian seperti ini bila ditinjau dari pelayanan medis yang dibutuhkan oleh pasien dapat dinilai tidak maksimal.

2.2 Sengketa Medis di Indonesia

2.2.1 Pengertian Sengketa Media

Pengertian Sengketa Medis dalam kosa kata Inggris terdapat 2 (dua) istilah yakni "*conflict*" dan "*dispute*", yang keduanya mengandung pengertian tentang adanya perbedaan kepentingan di antara kedua belah pihak atau lebih, tetapi keduanya dapat dibedakan. *Conflict* sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia yaitu konflik, sedangkan *dispute* dapat diterjemahkan dengan arti sengketa. Konflik berkembang atau berubah menjadi sengketa apabila pihak yang merasa dirugikan telah menyatakan rasa tidak puas, baik secara langsung kepada pihak yang dianggap merugikan atau kepada pihak lain. Hal ini berarti bahwa sengketa merupakan kelanjutan dari konflik yang tidak dapat terselesaikan. Kata sengketa (*conflict; dispute*) mestinya tidak hanya bersifat merusak (*destructive*) dan merugikan (*harmful*); melainkan membangun (*constructive*), menarik/menantang (*challenging*) serta dinamis sebagai katalisator perubahan (*a catalyst for change*) (Shofie, 2003).

Pengertian sengketa dalam kamus bahasa Indonesia, berarti pertentangan atau konflik. Konflik berarti adanya oposisi atau pertentangan antara orang - orang, kelompok - kelompok, atau organisasi – organisasi terhadap satu objek permasalahan. sengketa adalah pertentangan atau konflik yang terjadi antara individu-individu atau kelompok-kelompok yang mempunyai hubungan atau kepentingan yang sama atas suatu objek kepemilikan yang menimbulkan akibat

hukum satu dengan lain. Sengketa didefinisikan sebagai sesuatu yang menyebabkan:

- a. Perbedaan pendapat; pertengkaran; perbantahan; perkara kecil dapat juga menimbulkan perkara besar;
- b. Pertikaian; perselisihan;
- c. Perkara (di pengadilan) tidak ada yang tidak dapat diselesaikan.

Sebuah konflik berubah atau berkembang menjadi sebuah sengketa jika pihak atau para pihak yang merasa dirugikan tersebut telah menyatakan rasa tidak puasnya atau keprihatinannya secara langsung kepada pihak yang dianggap sebagai penyebab kerugian atau kepada pihak lain. Ini berarti sengketa merupakan kelanjutan dari konflik. Sebuah konflik akan berubah menjadi sengketa jika konflik tersebut tidak dapat diselesaikan oleh para pihak. Ada dua hal dapat terjadi dalam kehidupan sehari-hari, yang pertama adalah konflik (*conflict*) hanya disadari oleh pihak yang bertikai dan sengketa (*dispute*) adalah perselisihan yang terjadi lama dan mengemuka dan melibatkan/disadari pihak lain adanya suatu masalah (Rahmadi, 2020). Sengketa Medis adalah sengketa yang terjadi antara pasien atau keluarga pasien dengan tenaga kesehatan atau antara pasien dengan rumah sakit/fasilitas kesehatan.

Sengketa medis dapat berupa pelanggaran etika kedokteran; pelanggaran disiplin kedokteran; pelanggaran hak orang lain/ pasien atau pelanggaran kepentingan masyarakat. Ciri-ciri Sengketa Medis adalah: Adanya hubungan dokter dengan pasien; adanya kelalaian/ kesalahan; objek, yaitu berupa upaya penyembuhan; pasien pihak yang dirugikan.

Sengketa medis baru timbul ketika adanya tuntutan hukum ke rumah sakit, pengaduan ke polisi, atau gugatan ke pengadilan. Sengketa berawal dari adanya perasaan tidak puas dari pihak pasien karena adanya pihak dokter yang tidak memenuhi prestasi sebagaimana

dijanjikan, sehingga pasien atau keluarganya mencari sebab ketidakpuasan tersebut.

Penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien adalah jika timbul ketidakpuasan pasien terhadap dokter dalam melaksanakan upaya pengobatan atau melaksanakan tindakan medis. Terjadinya ketidakpuasan pasien terhadap layanan dokter atau rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya sebagai akibat dari:

- a. Semakin tinggi pendidikan rata-rata masyarakat, sehingga membuat mereka lebih tahu tentang haknya dan lebih asertif;
- b. Semakin tingginya harapan masyarakat kepada layanan kedokteran sebagai hasil dari luasnya arus informasi;
- c. Komersialisasi dan tingginya biaya layanan kedokteran, sehingga masyarakat semakin tidak toleran terhadap layanan yang tidak sempurna, dan
- d. Provokasi oleh ahli hukum dan oleh tenaga kesehatan sendiri.

Ketidakpuasan tersebut dikarenakan adanya pelanggaran yang mengandung sifat perbuatan melawan hukum dalam melaksanakan profesi kedokteran yang menyebabkan kerugian di pihak pasien, dimana hal tersebut terjadi apabila ada anggapan bahwa isi perjanjian terapeutik (kontrak terapeutik) tidak dipenuhi atau dilanggar dokter. Pelanggaran-pelanggaran yang dilakukan oleh dokter dalam penyelenggaraan profesi medis dapat berupa pelanggaran etik, pelanggaran disiplin, pelanggaran administrasi, pelanggaran hukum (pidana dan perdata). Penyebab pelanggaran praktik kedokteran dapat dikelompokkan ke dalam:

- a. Faktor sistem dan
- b. Faktor dokter dan masyarakat.

Faktor sistem, secara umum adalah adanya sistem yang lemah pengawasan (kontrol sosialnya), tertutup, monopolistis/oligopolistis, terlalu kuatnya unsur negara dibandingkan dengan masyarakat dan liberalisme, khususnya dalam pelayanan kesehatan. Sementara itu, faktor dokter dan masyarakat yang menyuburkan pelanggaran adalah

sifat hedonistis, munafik, dan penuh dengan Korupsi Kolusi Nepotisme, serta meghalalkan segala cara, bukan sebagai *civil society*.

Sengketa medis antara pasien atau keluarganya dengan tenaga kesehatan atau pasien dengan rumah sakit/fasilitas kesehatan biasanya yang dipermasalahkan adalah hasil atau hasil akhir pelayanan kesehatan dengan tidak memperhatikan atau mengabaikan prosesnya. Padahal, dalam hukum kesehatan diakui bahwa tenaga kesehatan atau pelaksanaan pelayanan kesehatan saat memberikan pelayanan hanya bertanggung jawab atas proses atau upaya yang dilakukan (*inspaning verbintenis*) dan tidak menjamin/menggaransi hasil akhir (*resultalte verbintenis*). Oleh karena itu, sebelum ada putusan dari peradilan profesi maupun ketidaksesuaian logika medis antara pasien dan dokter/rumah sakit, maka istilah yang tepat adalah sengketa medis bukan malpraktik kedokteran. Hal itu berkaitan dengan ada atau tidaknya putusan dan pertimbangan logika medis dan logika hukum untuk menentukan apakah perbuatan/tindakan medis yang dilakukan dokter tersebut masuk dalam kategori malpraktik kedokteran. 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 (Lajar dkk, 2020), (Riza, 2018):

- a. Isi informasi (tentang penyakit yang diderita pasien) dan alternatif terapi yang dipilih tidak disampaikan secara lengkap;
- b. 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;

- c. 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. Di samping 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 informasi kesehatan 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. Perlu dipahami bahwa konflik hanya akan terjadi kalau ada predisposing factor, yaitu kesenjangan antara harapan pasien (ketika memilih rumah sakit untuk menangani gangguan kesehatannya) dengan kenyataan yang diperolehnya menyusul dilakukannya upaya medis di sarana kesehatan tersebut (tentunya dengan biaya yang tidak sedikit). Adapun pemicunya (*trigger factors*) antara lain karena adanya

perbedaan persepsi komunikasi yang ambisius atau gaya individual seseorang yang bisa datang dari pihak dokter (arogan, ketus atau enggan memberikan informasi dan sebagainya) atau bisa pula datang dari pihak pasien sendiri (misalnya karena sifatnya yang temperamental atau *chronic complainer*). Perbedaan persepsi tersebut dapat muncul karena pasien kurang begitu memahami logika medis bahwa upaya medis merupakan upaya yang penuh *uncertainty* dan hasilnya pun tidak dapat diperhitungkan secara matematik karena sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berada di luar control dokter; seperti misalnya daya tahan tubuh, mekanisme pertahanan tubuh, jenis, dan virulensi penyakit, stadium penyakit, kualitas obat, respon individual terhadap obat serta kepatuhan pasien dalam mengikuti prosedur dan nasihat dokter serta perawat. Selama ini masyarakat sering menggunakan logikanya sendiri bahwa dikiranya upaya medis merupakan satu-satunya variabel yang dapat mempengaruhi tingkat kesehatan pasien, sehingga kalau upaya medis sudah benar, tidak seharusnya pasien meninggal dunia, bertambah buruk kondisinya atau malah muncul problem-problem baru. Pada kenyataannya upaya medis yang terbaik sekali pun belum menjamin kesembuhan, demikian pula sebaliknya. Bahkan tidak jarang dokter melakukan kesalahan diagnosis dan dengan sendirinya juga diikuti kesalahan terapi, tetapi pasien justru dapat sembuh lewat mekanisme pertahanan tubuhnya sendiri. Oleh sebab itu, tidaklah salah jika ada sementara ahli yang menyatakan "*medicine is a science of the uncertainty, an art of the probability*".

Pemahaman yang tidak memadai tentang hakikat upaya medis (*the nature of medicine's genuine busnisses*) tersebut masih diperparah lagi oleh minimnya pemahaman mengenai hukum (dalam hal ini hukum kedokteran); misalnya tentang bentuk perikatan menyusul disepakatinya hubungan kontraktual (yang kemudian memunculkan hak dan kewajiban pada masing-masing pihak). Tidak banyak masyarakat yang paham bahwa perikatan yang terjadi antara *health care receiver* dan *health care*

provider merupakan *inspaning-verbintenis*, sehingga dengan sendirinya dokter/rumah sakit tidak dibebani kewajiban untuk memberikan kesembuhan, melainkan kewajiban melakukan upaya yang kualitasnya sesuai standar (*standard of care*). Kesalahpahaman atau ketidaksesuaian pendapat dokter, rumah sakit, dan pasien dapat menimbulkan suatu konflik yang jika tidak terselesaikan akan berubah menjadi suatu sengketa.

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Sengketa Medik

Sengketa medis merupakan fenomena multidimensional yang tidak hanya dipengaruhi oleh aspek klinis, tetapi juga oleh faktor sosial, administratif, psikologis, dan struktural. Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya sengketa medis dapat diuraikan sebagai berikut (Lajar dkk, 2020), (Riza, 2018)

1. Faktor Komunikasi Klinis dan Informasi Medis

Kualitas komunikasi antara tenaga medis dan pasien merupakan faktor dominan dalam munculnya sengketa medik. Kurangnya penjelasan yang jelas mengenai diagnosis, risiko tindakan, alternatif terapi, serta prognosis sering menimbulkan kesalahpahaman. Ketidaktahuan pasien atau keluarga pasien terhadap batasan kemampuan medis dan kemungkinan komplikasi dapat memicu persepsi adanya kesalahan atau kelalaian, meskipun secara medis tindakan telah sesuai standar.

2. Faktor Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan

Keterbatasan atau ketidaksiapan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, seperti ruang perawatan, alat medis, sistem antrean, dan fasilitas penunjang, berkontribusi signifikan terhadap ketidakpuasan pasien. Hasil analisis regresi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi terhadap sarana

dan prasarana merupakan faktor yang paling nyata berasosiasi dengan munculnya komplain pasien, yang kemudian berpotensi berkembang menjadi sengketa medik.

3. Faktor Administrasi dan Sistem Pelayanan

Masalah administratif, seperti keterlambatan pelayanan, kesalahan pencatatan, kendala pembiayaan, dan prosedur klaim asuransi atau BPJS, sering kali menjadi pemicu awal sengketa. Meskipun tidak berkaitan langsung dengan aspek klinis, persoalan administratif dapat memperburuk hubungan antara pasien dan rumah sakit serta meningkatkan eskalasi konflik ke ranah hukum.

4. Faktor Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

Keterbatasan jumlah tenaga medis, beban kerja yang tinggi, kelelahan, serta variasi kompetensi klinis dan komunikasi turut memengaruhi kualitas pelayanan. Dalam konteks sengketa medik, masalah SDM tidak selalu tercermin secara statistik dalam persepsi pasien, namun secara struktural dapat memicu kesalahan prosedural, keterlambatan tindakan, atau lemahnya dokumentasi medis.

5. Faktor Dokumentasi Rekam Medis

Dokumentasi rekam medis yang tidak lengkap, tidak akurat, atau tidak konsisten merupakan faktor penting dalam eskalasi sengketa medik menjadi persoalan hukum. Dalam perspektif Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal, rekam medis merupakan alat bukti utama untuk menilai unsur *duty*, *deviation*, *damage*, dan *direct cause*. Kelemahan dokumentasi dapat menimbulkan keraguan hukum, meskipun secara klinis tindakan telah dilakukan sesuai standar.

6. Faktor Psikologis dan Emosional Pasien serta Keluarga

Kondisi emosional pasien dan keluarga, terutama dalam situasi kegawatdaruratan, komplikasi, atau kematian, sangat

memengaruhi cara mereka menafsirkan pelayanan medis. Reaksi emosional seperti kecemasan, kemarahan, dan kesedihan sering kali mendorong munculnya keluhan yang bersifat subjektif dan reaktif, yang kemudian berkembang menjadi sengketa medis.

7. Faktor Sosial dan Budaya

Nilai-nilai sosial, budaya, dan kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan turut membentuk persepsi pasien. Ketimpangan relasi kuasa dan informasi antara dokter dan pasien dapat memicu konflik sosial, sebagaimana dijelaskan dalam teori konflik kriminologi. Ketika ketidakpuasan berulang terjadi, rumah sakit atau tenaga medis dapat mengalami proses pelabelan sebagai pihak yang “lalai” atau “bersalah”.

8. Faktor Regulasi dan Penegakan Hukum

Kurangnya pemahaman tenaga medis dan manajemen rumah sakit terhadap kewajiban hukum serta prosedur penanganan sengketa medis dapat memperburuk situasi. Di sisi lain, ketidaktepatan penerapan hukum atau tekanan eksternal juga berpotensi mendorong kriminalisasi tenaga medis tanpa melalui evaluasi forensik yang memadai.

9. Sintesis Kriminologis dan Medikolegal

Secara kriminologis, sengketa medis merupakan hasil interaksi antara faktor individu, struktural, dan sistemik. Sengketa tidak selalu muncul akibat niat jahat atau kelalaian medis, tetapi sering kali dipicu oleh kegagalan sistem pelayanan, miskomunikasi, dan ketimpangan informasi. Oleh karena itu, Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal memiliki peran strategis dalam menyaring sengketa yang bersifat sosial-administratif dari kasus yang benar-benar memiliki unsur kelalaian medis berdasarkan analisis ilmiah.

2.3 Hubungan Antara Kebijakan Rumah Sakit Dan Kualitas Penanganan Kasus sengketa medik Dalam Pelayanan Kesehatan

Menurut UU No. 17 Tahun 2023, manajemen harus memastikan bahwa semua prosedur dan kebijakan di rumah sakit ditegakkan secara ketat untuk mencegah terjadinya malpraktek. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab hukum yang tidak dapat dielakkan terkait pelaksanaan pelayanan medis. Pasal 193 UU No. 17 Tahun 2023 menyatakan bahwa rumah sakit bertanggung jawab atas setiap kerugian yang timbul akibat kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bekerja di bawah naungannya. Dalam konteks pelanggaran jam kerja, jika kelelahan akibat jam kerja yang berlebihan menyebabkan kelalaian medis, rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban.

Dalam pemberian pelayanan kesehatan terdapat fakto-faktor yang berkontribusi dalam keberhasilan terapi. Selama proses perawatan dapat terjadi hal yang tidak diharapkan. Risiko medis merupakan bentuk risiko yang tidak menjadi tanggung jawab dokter. Oleh karena itu, penulis akan menjelaskan beberapa kategori risiko yang tidak dapat dimintakan pertanggungjawaban atau risiko yang bukan menjadi tanggung jawab dokter, yaitu:

a. Tindakan Medis Sesuai Standar Profesi:

Dokter tidak dapat dituntut hukum baik secara perdata, pidana, dan administrasi jika telah melakukan tindakan medis sesuai dengan standar profesi, standar medis, dan standar operasional prosedur. Hal ini sesuai dengan undang-undang no.17 tahun 2023 tentang kesehatan pasal 273 ayat 1 poin a dan pasal 293 tentang persetujuan tindakan pelayanan kesehatan.

b. *Informed Consent:*

Keberadaan informed consent atau persetujuan tindakan medis menjadi faktor penting. Sebelum melakukan tindakan medis, dokter wajib memberikan penjelasan terhadap pasien dan keluarganya, termasuk diagnosis, tata cara tindakan medis, tujuan tindakan, alternatif tindakan, dan risiko medis yang mungkin terjadi. Persetujuan tindakan medis diatur dalam Pasal 293 dan Undang-Undang Kesehatan no.17 tahun 2023, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022. Dokter tidak dapat dipersalahkan jika telah mendapatkan persetujuan dari pasien setelah memberikan penjelasan yang lengkap. Jika tindakan medis sesuai dengan prosedur dan standar profesi, dokter tidak dapat dipersalahkan dalam kasus kegagalan medis.²¹

c. *Contribution Negligence:*

Dokter tidak dapat dipersalahkan jika kegagalan atau ketidakberhasilan penanganan pasien disebabkan oleh ketidakkooperatifan pasien, ketidakberanian pasien untuk berkooperasi, atau penolakan pasien untuk memberikan informasi yang jujur mengenai riwayat penyakit dan obat-obatan yang dikonsumsi. Hal ini diatur dalam Undang-Undang Kesehatan No.17 Tahun 2023. Hak dokter untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur sebanding dengan kewajiban pasien. Dokter tidak dapat dipersalahkan jika terjadi kegagalan medis karena pasien tidak melaksanakan kewajibannya.²¹

d. *Error of Judgment (Kesalahan Penilaian):*

Dalam bidang kedokteran yang kompleks, kesalahan penilaian atau perbedaan pendapat mengenai terapi penyembuhan penyakit dapat terjadi. Dokter tidak dapat dipersalahkan jika pasien telah mengetahui risiko tindakan medis dan tetap menyetujui tindakan tersebut (*Volenti non fit injuria*). Informasi mengenai penyakit dan risiko medis harus diinformasikan sebelum tindakan medis dilakukan.

Perselisihan yang terjadi di rumah sakit disebabkan hubungan terapeutik antara pasien dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan

yang berpotensi menjadi sengketa hukum perlu penanganan yang baik, tepat, cermat, dan berkeadilan karena sangat berisiko terhadap keberlangsungan dan citra rumah sakit dalam jangka waktu yang panjang. Penatalaksanaan penanganan sengketa sejak dini diharapkan memberikan dampak positif terhadap keberlangsungan rumah sakit untuk menjaga kepercayaan masyarakat maupun untuk menghindari kerugian yang lebih besar baik secara ekonomi, psikologis maupun citra sosial rumah sakit.

Dengan Melalui kebijakan asuransi tanggung jawab profesional, beberapa rumah sakit berusaha melindungi diri dari implikasi finansial akibat malpraktek medis. Asuransi ini dapat menanggung kerugian finansial akibat tuntutan hukum, membantu mengurangi beban finansial yang harus ditanggung rumah sakit. Namun demikian, asuransi bukanlah alasan untuk mengabaikan standar perawatan; ini adalah langkah perlindungan sekunder yang tidak menggantikan perlunya praktik medis yang baik dan etis.

Dalam proses penanganan kasus malpraktek di Rumah Sakit tentunya rumah sakit akan mengambil kebijakan dan menyusun strategi yang fokus kerjanya mengurangi kerugian yang akan ditanggung oleh Rumah Sakit tanpa mengesampingkan hak-hak pasien. Dalam prinsip pelayanan kesehatan sesuai dengan undang-undang nomor 17 tahun 2023 juga menekankan pentingnya upaya preventif. Rumah sakit didorong untuk memiliki program kualiti kontrol dan audit berkala untuk mengidentifikasi dan mengatasi potensi risiko sebelum berkembang menjadi kasus malpraktik. Edukasi terus-menerus bagi seluruh staf medis mengenai perkembangan terbaru dalam praktik medis juga diharapkan mampu mengurangi angka malpraktik.

Dengan demikian, meskipun malpraktik medis adalah isu yang kompleks, pendekatan proaktif dan pencegahan dapat membantu rumah sakit meminimalkan risiko dan dampak dari peristiwa tersebut. Ini melibatkan komitmen kuat dari manajemen rumah sakit untuk

menerapkan perawatan medis berkualitas tinggi, berlandaskan etika, dan sesuai dengan regulasi yang berlaku, demi kepentingan dan keamanan pasien serta reputasi institusi kesehatan tersebut.

Tanggung Jawab Menurut Hukum Perdata yang sesuai dengan pasal 308 UUK menegaskan bahwa:

1. Ayat (2) : Tenaga medis dan tenaga kesehatan yang dimintai pertanggungjawaban atas tindakan/perbuatan berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang merugikan pasien secara perdata, harus dimintakan rekomendasi dari majelis sebagaimana dimaksud dalam pasal 304.
2. Ayat (4) : Rekomendasi dari majelis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan setelah tenaga medis, tenaga kesehatan, atau orang yang diberikan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan mengajukan permohonan secara tertulis atas gugatan yang diajukan oleh pasien, keluarga pasien, atau orang yang diberi kuasa oleh pasien atau keluarga pasien.
3. Ayat (6) : Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berupa rekomendasi pelaksanaan praktik keprofesian yang dilakukan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan sesuai atau tidak sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.
4. Ayat (7) : Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6) diberikan paling lama dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak permohonan diterima.

Dalam hal tertentu, ada pengecualian dari tuntutan ganti rugi bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 275 ayat (2) UUK yaitu : "Tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kedisabilitas seseorang pada keadaan Gawat Darurat dan/atau pada bencana dikecualikan dari tuntutan ganti rugi.

Tanggung Jawab menurut Hukum Pidana berdasarkan pasal 308 UUK menegaskan bahwa:

1. Ayat (1) : Tenaga medis atau Tenaga Kesehatan yang diduga melakukan perbuatan yang melanggar hukum dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dapat dikenai sanksi pidana, terlebih dahulu harus dimintakan rekomendasi dari majelis sebagaimana dimaksud dalam pasal 304.
2. Ayat (3) : Rekomendasi dari majelis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah Penyidik Pegawai Negeri Sipil atau Penyidik Kepolisian Negara Republik Indonesia mengajukan permohonan secara tertulis.
3. Ayat (5) : Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa rekomendasi dapat atau tidak dapat dilakukan penyidikan karena pelaksanaan praktik keprofesian yang dilakukan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan sesuai atau tidak sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.
4. Ayat (7) : Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6) diberikan paling lama dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak permohonan diterima.
5. Ayat (8) : Dalam hal majelis tidak memberikan rekomendasi dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (7), majelis dianggap telah memberikan rekomendasi untuk dapat dilakukan penyidikan atas tindak pidana.

Dalam pelaksanaan Penyelesaian Perselisihan diatur dalam Pasal 310 UUK menegaskan bahwa: "Dalam hal tenaga medis dan Tenaga Kesehatan diduga melakukan kesalahan dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada pasien, perselisihan yang timbul akibat kesalahan tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan".

Menurut S. Soetrisno mengemukakan bahwa menurut Le-enen, suatu tindakan medis secara materiil tidak bertentangan dengan hukum (*ontreken van de materiele wederrechtelijkheid*) apabila dipenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

1. *De handeling is medisch geïndiceerd met het oog op een concrete behandelingsdoel.*
2. *De handeling wordt volgens de regeling van de kunst uitgevoerd.*
3. *De handeling wordt met toestemming van de betrokkene uitgevoerd.*

Ketentuan bahwa komplain yang tidak diselesaikan akan dilaporkan oleh MDP didasarkan pada asas akuntabilitas dan responsivitas sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Pelayanan Publik, yang mewajibkan setiap penyelenggara pelayanan kesehatan menindaklanjuti pengaduan secara berjenjang. Selain itu, mekanisme pelaporan kepada MDP sejalan dengan asas pengawasan profesi dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran serta asas perlindungan pasien dalam Undang-Undang Kesehatan, yang menempatkan lembaga profesi sebagai pengawas eksternal untuk memastikan adanya pemeriksaan objektif terhadap dugaan pelanggaran ketika penyelesaian komplain mandek di tingkat fasilitas pelayanan. Dengan demikian, pelaporan ke MDP mencerminkan penerapan mekanisme pengawasan berlapis dan kepastian hukum sebagaimana dianut dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Pelaporan komplain yang tidak terselesaikan kepada MDP juga mencerminkan penerapan mekanisme *escalation* atau penyelesaian berjenjang sebagaimana dianut dalam prinsip-prinsip tata kelola pelayanan publik. Melalui pelibatan MDP, setiap dugaan pelanggaran dalam pelayanan kesehatan memperoleh proses klarifikasi yang profesional dan independen, sehingga memastikan bahwa hak pasien untuk mendapatkan penanganan keluhan terpenuhi tanpa mengabaikan perlindungan hukum bagi tenaga medis maupun tenaga kesehatan.

Pendekatan ini memperkuat integritas sistem pelayanan kesehatan dengan menjamin bahwa setiap pengaduan yang tidak teratasi di tingkat fasilitas tetap ditindaklanjuti secara objektif dan proporsional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.