

**LAPORAN AKHIR**

**HIBAH BERSAING**

(Dibiayai oleh Kopertis Wilayah V DIY Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Sesuai Surat Perjanjian Pelaksanaan Nomor: 007/HB-LIT/III/2015 tertanggal 25 Maret 2015, Nomor SP DIPA – 023.04.1.673453/2015 tanggal 14 November 2014)



**PERTANGGUNGJAWABAN DOKTER (*MEDICAL LIABILITY*)  
DAN MODEL-MODEL PENYELESAIAN PERKARA  
MALPRAKTIK MEDIK DI INDONESIA**

**Tahun ke 2 dari Rencana 2 Tahun**

**Oleh:**

Muh Endriyo Susila, SH, MCL (NIDN: 0504097201)  
dr. Dirwan Suryo Sularto, Sp.F (NIDN: 0523027202)  
drg. Iwan Dewanto, MMR (NIDN: 0506117201)

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
NOVEMBER 2015**

## HALAMAN PENGESAHAN

**Judul** : Pertanggungjawaban Dokter (Medical Liability) dan Model-model Penyelesaian Perkara Malpraktik Medik di Indonesia

### **Peneliti/Pelaksana**

**Nama Lengkap** : MUHAMMAD ENDRIYO SUSILO S.H., MCL.  
**Perguruan Tinggi** : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
**NIDN** : 0504097201  
**Jabatan Fungsional** : Lektor  
**Program Studi** : Ilmu Hukum  
**Nomor HP** : 089671881386  
**Alamat surel (e-mail)** : rio\_sila@yahoo.com

### **Anggota (1)**

**Nama Lengkap** : RADEN DIRWAN SURYO SOULARTO S.Ked., D.S.F., M.Sc.  
**NIDN** : 0523027202  
**Perguruan Tinggi** : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

### **Anggota (2)**

**Nama Lengkap** : IWAN DEWANTO M.M.  
**NIDN** : 0506117201  
**Perguruan Tinggi** : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
**Institusi Mitra (jika ada)** :  
**Nama Institusi Mitra** : -  
**Alamat** : -  
**Penanggung Jawab** : -  
**Tahun Pelaksanaan** : Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun  
**Biaya Tahun Berjalan** : Rp 51.000.000,00  
**Biaya Keseluruhan** : Rp 137.076.000,00

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Hukum



*[Handwritten signature]*

(Dr. Trisno Raharjo, SH, MHum.)  
NIP/NIK 19710409199702153028

Yogyakarta, 29 - 12 - 2015  
Ketua,

*[Handwritten signature]*

(MUHAMMAD ENDRIYO SUSILO S.H.,  
MCL.)  
NIP/NIK 1972090420004153042

Menyetujui,  
Kepala LP3M UMY



*[Handwritten signature]*  
(Hilman Latif, PhD)  
NIP/NIK 19750912200004113033

## RINGKASAN

Ada kecenderungan di dunia internasional untuk mengalihkan penyelesaian sengketa medik (*medical dispute*) dari model litigasi (*in court settlement*) ke model-model penyelesaian sengketa di luar pengadilan (*out of court settlement*) yang lebih bermuara pada paradigma *win-win solution*. Paradigma ini sebenarnya sudah mulai diadopsi di Indonesia hanya pelaksanaannya masih belum menggembirakan. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan) menentukan bahwa sengketa yang terjadi karena adanya kelalaian tenaga kesehatan harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi (Pasal 29). Ketentuan tersebut belum sepenuhnya menjadi acuan masyarakat maupun aparat penegak hukum terkait penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Kecenderungan pasien di Indonesia untuk memperkarakan dokter melalui jalur hukum masih cukup tinggi. Hal ini lebih diperparah dengan sikap aparat penegak hukum yang terkesan kurang mengindahkan ketentuan Pasal 29 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan di atas.

Penerapan sarana mediasi dalam penyelesaian sengketa medik sebagaimana dikehendaki oleh pasal 29 UU Kesehatan menghadapi sejumlah kendala di lapangan. Salah satu kendalanya ialah tidak adanya peraturan pelaksana yang menjelaskan bagaimanakah mekanisme mediasi tersebut secara teknis harus dijalankan. Ada sejumlah peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang mediasi seperti Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan dan Undang-undang Nomor 30 tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 mengatur tentang lembaga mediasi di pengadilan (*court-annexed mediation*) sedangkan Undang-undang Nomor 30 Tahun 1999 mengatur tentang lembaga arbitrase dan *Alternative Dispute Resolution (ADR)*. Di samping itu, di luar sana juga terdapat beberapa lembaga yang melaksanakan fungsi mediasi seperti: Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK), Ombudsman, dan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS). Semua lembaga-lembaga tersebut dianggap relevan untuk penyelesaian sengketa medik. Hal demikian cukup membingungkan di tingkat operasional. Bagaimanakah mediasi dilaksanakan? Kemanakah proses mediasi harus dibawa? Kendala lainnya adalah pola pikir (*mindset*) masyarakat serta aparat penegak hukum yang cenderung memahami peristiwa yang secara sosialogis dikonstruksikan sebagai malpraktik medik sebagai peristiwa pidana, terutama jika pihak pasien mengalami luka-luka atau bahkan meninggal dunia. Sebagai akibatnya, pasien yang merasa telah menjadi korban malpraktik medik cenderung memperkarakan dokter yang bersangkutan ke ranah pidana. Pihak kepolisian juga acap kali begitu saja memproses laporan tersebut dugaan malpraktik medik tanpa mengindahkan ketentuan tentang mediasi yang diatur dalam Pasal 29 UU Kesehatan. Lebih parah lagi, kasus dugaan malpraktik medik hampir selalu dikaitkan dengan ketentuan Pasal 359 dan 360 KUHP hanya karena terdapat fakta bahwa pasien menderita luka-luka atau meninggal dunia. Faktor luka-luka dan meninggalnya pasien memang mendukung salah satu unsur delik yang diatur dalam Pasal 359 dan 360 KUHP tersebut, namun harus didudukkan sedemikian rupa sehingga tidak terkesan memaksakan berlakunya pasal-pasal tersebut pada kasus dugaan malpraktik medik.

**Kata Kunci: Tuntutan Pidana, Malpraktik Medik, Penyelesaian Sengketa, dan Mediasi.**

## PRAKATA


Alhamdulillah, kami telah dapat melaksanakan berbagai tahapan penelitian dan menyusun laporan ini. Dokumen ini adalah dokumen laporan akhir kegiatan penelitian Hibah Bersaing tahun kedua dari keseluruhan program penelitian yang berdurasi dua tahun.

Pada dasarnya kegiatan penelitian telah dapat berjalan sesuai rencana. Hanya saja terkait penelitian lapangan, ada sedikit kendala terutama terkait dengan kesediaan beberapa responden dan atau narasumber penelitian yang agak terlambat memberikan responnya. Hal ini menyebabkan proses wawancara agak tersendat karena lamanya menunggu konfirmasi dari pihak responden dan atau narasumber penelitian, termasuk dari pihak Mahkamah Agung RI. Penelitian di Mahkamah Agung RI sangat penting untuk menemukan contoh-contoh putusan pengadilan terkait perkara malpraktik medik, baik yang diputus pada tingkat kasasi maupun oleh badan peradilan di bawahnya. Melalui putusan-putusan tersebut dapat dikaji pandangan hakim terkait perkara malpraktik medik, dalam hal bagaimana dokter dapat dipersalahkan dan dihukum karenanya. Sekaligus melalui putusan-putusan tersebut juga dapat dianalisis tingkat pemahaman hakim tentang konsep malpraktik medik, apakah para hakim telah benar memahaminya atau sebaliknya.

Di luar berbagai kendala teknis tersebut, peneliti tetap dapat bersyukur karena beberapa responden dan atau narasumber penting merespon dengan cukup baik permohonan wawancara yang diajukan oleh peneliti, seperti Direktorat Jenderal Pembinaan Konsumen Kementerian Perdagangan RI, MKDKI, PB IDI serta beberapa institusi rumah sakit seperti RSUP Dr. Kariadi Semarang serta RS Panti Rapih Yogyakarta, dan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Data yang diperoleh dari kegiatan wawancara di beberapa institusi tersebut cukup mempermudah peneliti untuk menyusun dokumen laporan akhir ini. Kami berharap, hasil penelitian ini bermanfaat untuk perbaikan sistem penanganan dan penyelesaian perkara malpraktik medik (sengketa medik) di Indonesia.

Bantul, 29 November 2015

Ketua Peneliti,



Muh. Endriyo Susila, SH, MCL  
NIK: 1972090420004153042

## DAFTAR ISI

RINGKASAN	2
PRAKATA	3
DAFTAR ISI	4
BAB 1 PENDAHULUAN	6
A. Latar Belakang Masalah	6
B. Rumusan Masalah	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Malpraktik Medik	9
B. Tuntutan Pidana Malpraktik Medik	10
C. Penyelesaian Sengketa Medik	10
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	13
A. Tujuan Penelitian	13
B. Manfaat Penelitian	13
BAB 4 METODE PENELITIAN	15
A. Jenis Penelitian	15
B. Data Penelitian	15
C. Pengumpulan Data	15
D. Analisis Data	16
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	17
A. Model-Model Penyelesaian Sengketa Medik	17
1. Penyelesaian Sengketa Medik melalui Pengadilan	18
2. Penyelesaian Sengketa Medik melalui MKDKI	26
3. Penyelesaian Sengketa Medik melalui MKEK	33
4. Penyelesaian Sengketa Medik melalui lembaga ADR	35
5. Penyelesaian Sengketa Medik melalui BPSK	42
B. Mediasi: Format Ideal Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia	50
1. Mediasi dalam Berbagai Peraturan Perundang-undangan	51
2. Mediasi di Pengadilan ( <i>Court-Connected Mediation</i> )	51
3. Mediasi dalam Undang-undang Kesehatan	52
4. Mediasi Penal ( <i>Penal Mediation</i> )	53
5. Pendayagunaan Prosedur Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Terkait Dugaan Malpraktik Medik	54

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN 62

DAFTAR PUSTAKA 63

LAMPIRAN:

- Acceptance Letter publikasi artikel berjudul “*Criminal Prosecution of Doctors in Indonesia: Issues and Problems*” di IIUM Law Journal.

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

## A. Latar Belakang

Sebagaimana anggota masyarakat yang lain, dokter tidak memiliki kekebalan hukum. Ketika melakukan suatu tindak pidana, dokter harus siap dengan konsekwensi hukumnya berupa pertanggungjawaban pidana. Sebenarnya tidak ada yang mempersoalkan jika ada dokter yang dijatuhi sanksi pidana karena melakukan tindakan aborsi ilegal atau perdagangan organ tubuh, tetapi penjatuhan sanksi pidana karena malpraktik medik benar-benar telah menimbulkan kontroversi dan dampak negatif lainnya. Dalam kasus dokter Ayu misalnya, selain kontroversi penjatuhan sanksi pidana berupa penjara sepuluh bulan telah menyebabkan terjadinya gelombang protes dari kalangan dokter di seluruh Indonesia. Bahkan, aksi mogok nasional yang tidak pernah terbayangkan sebelumnya benar-benar telah terjadi di Indonesia pada tanggal 27 November 2013 sebagai buntut dari peristiwa penangkapan dokter ayu dan kawan-kawan dalam rangka eksekusi putusan kasasi. Lebih mengejutkan lagi, ternyata aksi mogok tersebut didukung oleh kementerian kesehatan sendiri.<sup>1</sup>

Dalam melaksanakan aksi protesnya terkait putusan pidana terhadap dokter Ayu dan kedua rekannya kalangan dokter menyampaikan tuntutan berupa penolakan kriminalisasi terhadap dokter<sup>2</sup>. Mereka beragumen adalah tidak adil untuk mempidanakan dokter karena kegagalan mereka dalam upaya memberikan pertolongan kepada pasien. Mereka berpandangan bahwa tuntutan pidana seharusnya tidak boleh didasarkan pada adanya hasil yang buruk (*adverse outcome*) dalam sebuah tindakan medik mengingat tindakan medik memang tidak dapat

---

<sup>1</sup> Anonim, "Kemenkes Dukung Aksi Mogok Dokter Se-Indonesia", diunduh dari <http://nasional.news.viva.co.id/news/read/461728-kemenkes-dukung-aksi-mogok-dokter-se-indonesia> pada hari Senin 13 Oktober 2014, pukul 13.00 WIB.

<sup>2</sup> Anonim, "Stop Kriminalisasi Dokter", diunduh dari <http://www.esamarinda.com/2013/11/26/stop-kriminalisasi-dokter/8785/>, pada hari Senin, 13 Oktober 2014, pukul 12.50 WIB.

memberikan hasil yang pasti. Ilmu kedokteran sendiri bukanlah ilmu pasti, tetapi lebih merupakan seni.

Dalam pandangan dokter, majlis hakim kasasi telah benar-benar menciptakan ketidakadilan pidana (*criminal injustice*) melalui putusannya dan karenanya aksi protes dalam bentuk mogok nasional mestinya dapat dimaklumi. Akan tetapi dari sudut pandang yang berbeda aksi mogok kalangan dokter tersebut tidak dapat diterima sehingga kontroversi terkait aksi ini pun terjadi di kalangan masyarakat.<sup>3</sup> Tuntutan para dokter menolak kriminalisasi sebagaimana diteriakkan dalam setiap aksi protesnya mendapat kritik dari sebagian anggota masyarakat. Mereka menuduh dokter ingin mendapatkan keistimewaan perlakuan di muka hukum yakni pengecualian dari pertanggungjawaban pidana.

Nampaknya tuntutan pidana terhadap dokter dalam peristiwa malpraktik medik dalam banyak hal justru menimbulkan masalah di tengah-tengah masyarakat. Mengacu pada kasus dokter Ayu, jika penerapan sanksi pidana dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari bahaya malpraktik medik, pada kenyataannya penjatuhan sanksi pidana itu justru mendatangkan bahaya lainnya kepada masyarakat seperti praktik *defensive medicine* misalnya. Jika itu persoalannya maka penggunaan instrumen hukum pidana dalam penanganan perkara malpraktik medik perlu ditinjau ulang.

Telah umum dipahami bahwa dalam mengatasi persoalan sosial, hukum pidana harus ditempatkan sebagai upaya terakhir (*last resort*) selama masih tersedia upaya-upaya lain. Sebagaimana disifatkan sebagai obat pamungkas (*ultimum remidium*), penerapan hukum pidana seharusnya tidak ditempatkan sebagai pilihan pertama. Penggunaan instrumen hukum

---

<sup>3</sup> Anonim, "Aksi Mogok Dokter Bertentangan dengan Kemanusiaan", diunduh dari <http://www.tribunnews.com/nasional/2013/11/26/aksi-mogok-dokter-bertentangan-dengan-kemanusiaan>, pada hari Senin 13 Oktober 2014, pukul 13.20 WIB.



pidana dalam menyelesaikan perkara malpraktik medik di Indonesia nampak berlebihan karena instrumen lain seperti hukum perdata tersedia dan bahkan lebih tepat. Pasien yang mengalami luka atau cacat akibat malpraktik medik umumnya lebih menghajatkan ganti kerugian dari pada menginginkan dokter masuk penjara.

Mekanisme untuk menuntut ganti kerugian disediakan oleh hukum perdata. Gugatan ganti kerugian antara lain didasarkan pada ketentuan pasal 1365 KUHPer tentang perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*). Lebih lanjut, sebagai bahan perbandingan, di berbagai negara maju penggunaan sanksi pidana terhadap dokter dalam perkara malpraktik medik sangat jarang terjadi. Meskipun malpraktik medik telah mengakibatkan kematian pasien, dalam banyak kasus pihak keluarga korban lebih memilih untuk mengajukan gugatan perdata untuk mendapatkan ganti kerugian.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan berbagai uraian pada bagian latar belakang di atas, permasalahan dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah bentuk-bentuk mekanisme penyelesaian sengketa yang dapat diterapkan pada perkara malpraktik medik di Indonesia?
2. Model penyelesaian sengketa yang seperti apakah yang paling ideal untuk diterapkan pada perkara malpraktik medik sesuai dengan dengan nilai-nilai budaya Indonesia?

## **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

## A. Malpraktik Medik

Istilah malpraktik medik berasal dari bahasa Inggris *medical malpractice*. Sebagaimana ditulis oleh Sal Fiscina,

*“The word malpractice literally means bad practice. It is formed from two words, 'mal' means bad and 'practice' means work”*.<sup>4</sup>

Sesuai pendapat di atas, maka secara bahasa malpraktik medik berarti praktik kedokteran yang buruk.

Sedangkan secara terminologis, malpraktik medik dapat dipahami sebagai kelalaian dokter dalam melaksanakan tindakan medis yang berakibat timbulnya kerugian pada pihak pasien. Kelalaian tersebut umumnya berupa pengabaian terhadap standar pelayanan atau standar profesi. Pemahaman yang demikian berlaku secara internasional seperti dapat dilihat pada kutipan berikut ini:

*“In general speaking, medical malpractice means the failure of medical professionals to provide adequate or appropriate treatment to patients resulting in a personal injury or substantial loss of earning capacity. Medical Malpractice is a doctor’s failure to exercise the degree of care and skill that a physician or surgeon of the same medical specialty would use under similar circumstances”*.<sup>5</sup>

Di berbagai negara Common Law seperti Inggris, Australia, New Zealand, India, Singapura dan Malaysia konstruksi hukum *medical malpractice* lebih dikenal dengan istilah *medical negligence*. Di Indonesia sendiri, selain digunakan istilah malpraktik medik juga dikenal istilah kelalaian medik yang merupakan terjemahan dari istilah dalam bahasa Inggris *medical negligence*.

Di negara-negara Common Law, sepanjang tuntutan ganti rugi diajukan melalui mekanisme *tortious liability*, pihak penggugat (pasien) harus membuktikan empat hal sebagai mana dinyatakan oleh Puteri Nemie sebagai berikut:<sup>6</sup>

- a. *a duty of care was owed to him by the doctor;*
- b. *that duty has been breached;*
- c. *the breach resulted in damage; and*

---

<sup>4</sup> Sal Fiscina, et al, *Medical Liability*, St. Paul: West Publishing Co, 1991, p. 2

<sup>5</sup> Anonim, "What is Medical Malpractice?" diunduh dari <http://www.medicalmalpractice.com>, pada tanggal 17 April 2013 jam 10.00 WIB.

<sup>6</sup> Lihat Puteri Nemie, *Medical Negligence*, Kuala Lumpur: International Law Book Service, 2003, hal. 10

d. *the damage was not too remote or was reasonably foreseeable.*

## **B. Tuntutan Pidana Malpraktik Medik**

Malpraktik medik bisa dikategorikan perbuatan melawan hukum pidana dan/atau perdata. Untuk jenis malpraktik medik yang masuk kategori perbuatan pidana proses hukumnya diawali dengan pengaduan oleh korban kepada pihak kepolisian. Dalam praktik, tindak pidana malpraktik medik seolah-olah merupakan delik aduan, pihak yang berwajib hanya akan melakukan proses penuntutan apabila ada pengaduan dari pihak korban, dalam hal ini pasien.<sup>7</sup>

Adami Chazawi menegaskan bahwa malpraktik kedokteran bisa masuk lapangan hukum pidana, apabila memenuhi syarat-syarat tertentu dalam tiga aspek, yakni (1) syarat dalam sikap batin dokter; (2) syarat dalam perlakuan medis; dan (3) syarat mengenai hal akibat. Pada dasar syarat dalam perlakuan medis adalah perlakuan medis yang menyimpang. Syarat sikap batin adalah berupa sengaja atau culpa dalam malpraktik kedokteran. Syarat akibat adalah syarat mengenai timbulnya kerugian bagi kesehatan atau nyawa pasien.<sup>8</sup>

## **C. Penyelesaian Sengketa Medik**

Sengketa medik adalah sengketa atau perselisihan yang terjadi antara dokter dan pasien. Sengketa antara dokter dengan pasien muncul jika terjadi ketidakpuasan pasien terhadap dokter dalam melaksanakan upaya pengobatan atau melaksanakan profesi kedokteran. Ketidakpuasan tersebut dikarenakan adanya dugaan kesalahan/kelalaian dalam melaksanakan profesi yang menyebabkan kerugian di pihak pasien.<sup>9</sup>

S. Soetrisno menengarai bahwa hubungan dokter-pasien yang bersifat paternalistik (*fiduciary relationship*) mulai goyah. Diduga penyebabnya adalah perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang mempengaruhi juga dunia kedokteran. Masuknya berbagai unsur perangkat keras dan lunak ke dalam bidang pelayanan kesehatan seperti ekonomi kesehatan, penggunaan teknologi tinggi, tuntutan hidup yang terlalu tinggi, bertambahnya kecerdasan masyarakat, perubahan sosial budaya dan pandangan hidup jelas memberi dampak pada kehidupan kedokteran secara

---

<sup>7</sup> Lihat Mudakir Iskandarsyah, *Tuntutan Pidana dan Perdata Malpraktik*, Jakarta: Permata Aksara, 2011, hal 57.

<sup>8</sup> Adami Chazawi, *Malpraktik Kedokteran: Tinjauan Norma dan Doktrin Hukum*, Malang: Bayu Media, 2007 hal. 81

<sup>9</sup> Safitri Hariyani, *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan antara Dokter dengan Pasien*, Jakarta: Diadit Media, 2005, hal 57

menyeluruh ditambah lagi dengan era globalisasi dunia sekarang ini yang tidak lagi bisa membatasi komunikasi antar negara dan tidak mungkin bisa dibendung lagi. Di lain pihak tuntutan masyarakat tetap sama yaitu terselenggaranya pelayanan medis bermutu tinggi dan tidak pernah salah dan sudah tentu biaya murah. Benturan antar kepentingan inilah yang melahirkan berbagai konflik/sengketa yang tidak jarang masuk dalam ranah penyelesaian pengadilan atau dalam bentuk alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.<sup>10</sup>

Danny Wiradharma dkk menyatakan bahwa sengketa medik terjadi karena adanya beda pendapat atau salah pengertian berkaitan proses atau hasil hubungan dokter-pasien, ataupun adanya benturan kepentingan antara penyedia pelayanan kesehatan dengan penerima pelayanan kesehatan. Biasanya dalam sengketa medik, pihak penerima pelayanan kesehatan menduga praktisi medis melakukan kelalaian dalam melaksanakan profesinya, sehingga disangka telah terjadi wanprestasi atau perbuatan melawan hukum.<sup>11</sup>

Senada dengan itu, Eddi Junaidi menerangkan bahwa sengketa berawal dari adanya perasaan tidak puas dari salah satu pihak karena adanya pihak lain yang tidak memenuhi prestasi sebagaimana yang telah diperjanjikan. Biasanya dalam sengketa medik pihak yang merasa tidak puas adalah pasien dan/atau keluarganya. Dengan perkataan lain, pihak dokter/dokter gigi yang melakukan wanprestasi. Sengketa medik biasanya terjadi berawal dari ketidakpuasan pasien atau keluarganya terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter/dokter gigi dan/atau rumah sakit, sehingga pasien atau keluarganya mencari sebab ketidakpuasan tersebut.<sup>12</sup>

Safitri Hariyani mengidentifikasi berbagai macam lembaga yang dapat difungsikan untuk menyelesaikan sengketa antara dokter dengan pasien yaitu: MKEK dan P3EK; peradilan umum yang terdiri dari peradilan perdata dan peradilan pidana; Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK); dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI).<sup>13</sup>

Widodo Trisno Novianto mengungkapkan bahwa penyelesain sengketa medik melalui lembaga internal Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) yang dibentuk oleh organisasi profesi lebih banyak menitikberatkan pada upaya menjaga keluhuran profesi ketimbang memperjuangkan nasib pasien dan keluarganya. Sementara peradilan disiplin yang digelar oleh

---

<sup>10</sup> S. Soetrisno, *Malpraktek Medik dan Mediasi sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Jakarta: Telaga Ilmu, 2010, hal. iii

<sup>11</sup> Danny Wiradharma, Inge Rusli, dan Dionisia Sri Hartati, *Alternatif Penyelesaian Sengketa Medik*, Jakarta: Sagung Seto, 2011, hal 37

<sup>12</sup> Eddi Junaidi, *Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik*, Jakarta: Rajawali Press, 2011, hal 7.

<sup>13</sup> Safitri Hariyani, *Op.cit.* hal, 57

Majlis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) juga tidak akan menghasilkan apa-apa bagi mereka sebagai akibat tindakan dokter yang tidak disiplin dalam menerapkan keilmuannya di bidang kedokteran. Padahal yang mereka perlukan adalah suatu bentuk penyelesaian yang adil atas kerugian (baik materiil maupun imateriil) yang terjadi karena kesalahan atau kelalaian dokter dalam bentuk tanggung jawab yang dapat meringankan penderitannya.<sup>14</sup>

Terkait dengan mekanisme penyelesaian sengketa medik, Susanti Adi Nugroho menjelaskan keunggulan prosedur mediasi sebagai berikut:

“Dipandang dari faktor ruang lingkup sengketa yang dibahas, mediasi di bidang kesehatan memiliki kemampuan untuk membahas agenda permasalahan secara lebih luas, komprehensif dan fleksibel.”<sup>15</sup>

### **BAB 3**

---

<sup>14</sup> Widodo Trisno Novianto, *Alternatif Model Penyelesaian Sengketa Medik di Luar Pengadilan melalui Lembaga Penyelesaian Sengketa Medik dalam Pelayanan Kesehatan*, Surakarta: UNS Press, 2014, hal vi.

<sup>15</sup> Susanti Adi Nugroho, *Kata Pengantar*, dalam S. Soetrisno, *Op.cit*, hal vi

## TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

### A. Tujuan Penelitian

Penelitian ini diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui bentuk-bentuk mekanisme penyelesaian sengketa yang dapat diterapkan pada perkara malpraktik medik di Indonesia;
2. Untuk menemukan model penyelesaian perkara malpraktik medik yang paling ideal sesuai dengan nilai-nilai budaya Indonesia.

### B. Manfaat Penelitian

Dimungkinkannya menuntut dokter secara pidana dalam kasus dugaan malpraktik medik serta banyaknya kasus malpraktik medik yang dibawa ke ranah pidana telah menciptakan kesan yang kuat di tengah-tengah masyarakat seolah-olah malpraktik medik adalah sebuah peristiwa pidana. Oleh karena itu dapat dimaklumi bahwa setiap muncul kasus dugaan malpraktik medik, khususnya yang mengakibatkan kematian pasien, penanganannya hampir selalu melibatkan aparat kepolisian.

Sepanjang peristiwa yang diduga sebagai malpraktik medik itu telah memenuhi rumusan delik, secara normatif memang tidak salah untuk menyerahkan penanganannya kepada pihak penyidik, namun perlu dipertimbangkan berbagai dampak negatif yang mungkin timbul. Dalam penelitian sebelumnya ditemukan bahwa penggunaan instrumen hukum pidana untuk menyelesaikan perkara malpraktik medik di Indonesia pada kenyataannya justru lebih banyak menciptakan masalah dari pada memberi solusi.<sup>16</sup>

Tuntutan pidana terhadap dokter karena dugaan malpraktik medik telah menempatkan dokter dengan pasien dalam suatu hubungan yang bersifat konfrontatif. Hal demikian tidak menguntungkan bagi upaya menciptakan hubungan yang harmonis antara dokter dan pasien yang sangat diperlukan dalam mencapai keberhasilan tindakan medik. Melalui kegiatan penelitian tahun ke dua ini diharapkan dapat menemukan model penyelesaian perkara malpraktik medik yang paling ideal, yaitu metode penyelesaian sengketa yang lebih menjamin rasa keadilan serta lebih sesuai dengan nilai-nilai budaya bangsa.

---

<sup>16</sup> Tuntutan pidana terhadap dokter menimbulkan berbagai macam dampak negatif antara lain membuka peluang eksploitasi terhadap dokter oleh aparat penegak hukum dan tumbuhnya praktik defensive medicine di kalangan profesi kedokteran.

Adapun *output* yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Hasil penelitian
2. Publikasi dalam jurnal ilmiah
3. Publikasi dalam bentuk buku.

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian yang dilakukan merupakan gabungan antara penelitian hukum normatif dan empiris. Selain mengkaji bahan-bahan hukum yang berupa peraturan perundang-undangan, buku-buku, artikel atau bahan-bahan hukum lainnya yang relevan, peneliti juga melakukan studi lapangan melalui kegiatan wawancara dengan berbagai responden dan atau narasumber terkait.

### **B. Data Penelitian**

Sesuai dengan jenis penelitiannya, data yang dikumpulkan adalah data primer maupun data sekunder. Data sekunder dalam penelitian ini berupa bahan-bahan hukum yang dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu:

- a. Bahan hukum primer yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat, berupa peraturan perundang-undangan seperti KUHP, KUHPerdata, Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 serta peraturan lain yang terkait.
- b. Bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang bersifat memberikan penjelasan atas bahan-bahan hukum primer yang terdiri dari buku-buku, paper, artikel, dan lain-lain.
- c. Bahan hukum tersier yaitu bahan hukum yang bersifat memberikan petunjuk atau penjelasan mengenai bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder seperti kamus bahasa, kamus hukum dan sebagainya.

### **C. Pengumpulan Data**

Data yang berupa bahan-bahan hukum dikumpulkan dengan cara melakukan studi kepustakaan. Studi kepustakaan dilakukan dengan cara membaca dan mengkaji secara cermat bahan-bahan hukum tersebut, baik yang berupa peraturan perundang-undangan yang terkait serta buku-buku, paper, atau artikel yang relevan guna memperoleh pemahaman yang mendalam sehingga dapat diolah dan dianalisis dengan baik.



Sedangkan studi lapangan dilakukan melalui kegiatan wawancara dengan berbagai responden serta narasumber yang terkait. Responden dan atau narasumber penelitian yang dipilih untuk dapat memberikan informasi yang relevan antara lain MKDKI, IDI, BANI, dan beberapa institusi rumah sakit baik yang dimiliki oleh pemerintah maupun swasta.

#### **D. Analisis Data**

Data sekunder yang telah diperoleh baik melalui studi pustaka disusun secara sistematis sehingga diperoleh gambaran yang menyeluruh mengenai model-model penyelesaian perkara malpraktik medik. Sedangkan data primer yang diperoleh melalui wawancara dengan nara sumber yang kompeten digunakan untuk mendukung serta melengkapi pemahaman peneliti mengenai isu terkait. Selanjutnya data tersebut akan dianalisis dengan menggunakan metode analisis deskriptif kualitatif. Yang dimaksud dengan deskriptif adalah menggambarkan secara jelas keadaan-keadaan senyataanya dan kualitatif adalah menguraikan data yang diperoleh dari hasil penelitian untuk mendapatkan suatu makna dan pengertian tertentu. Dalam hal ini peneliti akan menguraikan sejelas-jelasnya tentang berbagai konsepsi dan konstruksi hukum terkait, selanjutnya akan dirumuskan sebuah konsep yang ideal tentang mekanisme penyelesaian perkara malpraktik medis sesuai nilai-nilai budaya di Indonesia.

## BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### A. MODEL-MODEL PENYELESAIAN PERKARA MALPRAKTIK MEDIK

Perkara malpraktik medik tidak muncul begitu saja, ada berbagai rentetan peristiwa yang mendahuluinya. Biasanya peristiwa pertama yang menjadi titik tolak munculnya sengketa antara pasien dengan pihak dokter dan/atau rumah sakit (sengketa medik) adalah munculnya akibat negatif<sup>17</sup> dari suatu tindakan medik yang telah dilakukan. Umumnya sebelum memperkarakan dokter, pasien dan/atau keluarga yang merasa dirugikan terlebih dahulu melakukan komunikasi (komplèn) kepada pihak dokter atau rumah sakit yang bersangkutan. Komunikasi awal ini bertujuan untuk mendapatkan penjelasan tentang tindakan medik yang telah dilakukan dan penjelasan tentang sebab-sebab timbulnya akibat yang tidak diharapkan.

Setelah mendapatkan penjelasan dari pihak dokter atau rumah sakit, pasien yang merasa puas dengan penjelasan tersebut umumnya bisa menerima atau memaklumi kejadian buruk yang menimpanya. Apalagi, bila selain memberikan penjelasan dengan baik dan lengkap pihak rumah sakit juga menunjukkan sikap empati kepada pasien, persoalan tersebut tidak akan berkembang menjadi sebuah sengketa. Sikap empati yang bisa ditunjukkan oleh pihak rumah

---

<sup>17</sup> Akibat negatif (*negative outcome*) merujuk pada akibat atau hasil dari suatu tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien yang bersifat negatif atau tidak sesuai harapan pasien/dan atau keluarganya. Peristiwa demikian dalam dunia kedokteran sering disebut dengan istilah *adverse event* atau kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Sebenarnya *adverse event* bisa timbul karena berbagai macam sebab, baik yang bisa dicegah (*preventable adverse event*) maupun yang tidak dapat dicegah karena berada di luar kemampuan profesional dokter. Dokter hanya dapat dimintai pertanggungjawaban sepanjang *adverse event* tersebut bersifat dapat dicegah (*preventable*), dan tidak dapat dimintai pertanggungjawaban atas *adverse event* yang memang berada di luar kemampuan profesionalnya. Malangnya, dalam kenyataan ada kecenderungan pihak pasien/dan atau keluarganya untuk mempersalahkan pihak dokter dan/atau rumah sakit dalam hal timbulnya *adverse event*. Lebih jauh, pihak pasien dan/atau keluarganya menduga bahwa *adverse event* tersebut timbul karena dokter yang melaksanakan tindakan medik telah melakukan apa yang disebut sebagai malpraktik medik. Dugaan malpraktik medik inilah yang kemudian berkembang menjadi sebuah sengketa yang dikenal dengan istilah sengketa medik. Dengan demikian dapat dipahami dengan jelas hubungan antara istilah malpraktik medik dengan sengketa medik tersebut, yaitu bahwa dugaan malpraktik medik menjadi sebab utama timbulnya sebuah sengketa medik.

sakit misalnya membebaskan biaya pengobatan dan perawatan serta memberikan layanan pengobatan lanjutan yang diperlukan secara cuma-cuma. Lain halnya jika pasien yang merasa dirugikan tidak mendapatkan penjelasan yang memadai tentang keadaan yang dialaminya, hal demikian bisa memicu timbulnya sengketa antara pasien dan dokter/rumah sakit. Sengketa semacam ini (sengketa medik) bisa berkembang menjadi sebuah perkara di pengadilan, baik perkara perdata atau pidana.

Lembaga pengadilan selain berfungsi untuk melaksanakan proses pertanggungjawaban hukum (*liability*) juga berfungsi untuk menyelesaikan sengketa (*case settlement*). Diharapkan setelah pihak yang bersalah dapat mempertanggungjawabkan perbuatannya, sengketa tersebut selesai. Namun demikian, pengadilan bukanlah satu-satunya tempat untuk menyelesaikan sengketa, dan peradilan bukanlah satu-satunya mekanisme/cara untuk menyelesaikan suatu perkara. Ada berbagai mekanisme/cara menyelesaikan sebuah sengketa di luar peradilan (*out of court settlement*) yang dianggap *compatible* untuk sengketa terkait dugaan malpraktik medik. Berikut ini akan dibahas berbagai model penyelesaian sengketa yang timbul karena adanya dugaan malpraktik medik.

## **1. Penyelesaian Sengketa Medik melalui Pengadilan**

Model penyelesaian sengketa melalui lembaga peradilan (*in court settlement*) dikenal pula dengan istilah penyelesaian secara litigasi (*litigation*). Mekanisme penyelesaian sengketa secara litigasi bersifat ‘memutus’ (adjudikasi)<sup>18</sup>. Penyelesaian sengketa terkait

---

<sup>18</sup> Adjudikasi (*adjudication*) adalah mekanisme penyelesaian sengketa yang bersifat memutus, dalam arti bahwa mekanisme ini menghasilkan putusan yang bersifat mengikat. Putusan tersebut diambil oleh pihak yang punya otoritas. Dalam hal penyelesaian sengketa dilakukan di lembaga pengadilan, maka pihak yang punya otoritas membuat putusan adalah hakim. Selain hakim, otoritas membuat putusan semacam itu juga dimiliki oleh seorang arbiter (wasit) melalui mekanisme arbitrase (*arbitration*). Dengan demikian, dapat difahami bahwa mekanisme penyelesaian sengketa melalui arbitrase ini bersifat adjudikasi (mirip dengan mekanisme peradilan), tetapi berjalan di luar jalur peradilan atau bersifat non litigasi.

dugaan malpraktik medik secara litigasi (melalui mekanisme peradilan) dapat dilakukan baik melalui mekanisme peradilan perdata (*civil court*) maupun pidana (*criminal court*).

Mekanisme peradilan sebenarnya lebih bernuansa pertanggungjawaban hukum (*liability*)<sup>19</sup> daripada mekanisme penyelesaian sengketa (*case settlement*). Dalam berbagai kasus, putusan pengadilan memang dapat menyelesaikan sebuah sengketa, tetapi tidak selalu demikian. Pihak-pihak yang tidak puas dengan putusan pengadilan tingkat pertama, diberi kesempatan untuk mengajukan perlawanan melalui mekanisme (upaya) banding, kasasi, bahkan sampai pada upaya terakhir yaitu peninjauan kembali (PK). Karena PK adalah upaya terakhir, maka tidak ada lagi upaya hukum yang dapat dilakukan oleh pihak yang berperkara setelah adanya putusan PK<sup>20</sup>, meskipun boleh jadi yang bersangkutan belum puas, tetapi harus menerima putusan tersebut suka atau tidak suka. Dengan demikian, dapat difahami bahwa meskipun secara hukum sebuah sengketa sudah dianggap selesai, tetapi secara sosial mungkin saja belum usai.

Secara perdata, peristiwa yang secara sosiologis dikonstruksikan sebagai malpraktik medik tersebut dikualifikasikan sebagai *onrechtmatige daad* (perbuatan melawan hukum) sebagaimana diatur dalam Pasal 1365 Kitab Undang-undang Hukum Perdata. Dalam hal pihak pasien dan/atau keluarganya ingin menuntut pihak dokter dan/atau rumah sakit secara perdata, maka pihak pasien dan/atau keluarganya dapat mengajukan gugatan terhadap pihak dokter dan/atau rumah sakit yang bersangkutan ke pengadilan negeri

---

<sup>19</sup> Terkait isu pertanggungjawaban hukum tenaga medik (*medical liability*) sudah dijelaskan secara komprehensif dalam laporan hasil penelitian tahun pertama. Isu tersebut tidak akan dibahas lagi dalam laporan hasil penelitian tahun ke dua ini.

<sup>20</sup> Pernah muncul perdebatan tentang boleh tidaknya diajukan permohonan Peninjauan Kembali terhadap putusan Peninjauan Kembali (PK di atas PK). Isu tersebut tidak akan dibahas di sini.

setempat. Pihak pasien dan/atau keluarganya dalam hal ini berkedudukan sebagai penggugat, sedangkan pihak dokter dan/atau rumah sakit berkedudukan sebagai tergugat.

Ketentuan Hukum Acara Perdata mengatur bahwa pihak penggugat harus menjelaskan alasan mengapa ia mengajukan gugatan. Alasan mengajukan gugatan (*cause of action*) harus disertai dengan ketentuan hukum perdata yang menjadi dasar atau landasan dari gugatannya tersebut. Lebih lanjut, ketentuan dalam Hukum Acara Perdata juga meletakkan beban pembuktian (*burden of proof*) ada pada pihak penggugat. Dengan demikian, penggugat harus membuktikan apa yang didalilkannya dalam materi gugatannya itu.

Sebagaimana telah disinggung sebelumnya, gugatan terhadap dokter dan/atau rumah sakit terkait dugaan malpraktik medik didasarkan pada ketentuan pasal 1365 Kitab Undang-undang Hukum Perdata (BW). Pasal 1365 BW mengatur tentang perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*)<sup>21</sup>. Pasal tersebut menyatakan, tiap perbuatan melawan hukum yang mengakibatkan kerugian pada orang lain mewajibkan orang yang karena kesalahannya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian. Sesuai dengan prinsip beban pembuktian di atas, maka pihak pasien harus membuktikan bahwa dokter yang bersangkutan telah melakukan kesalahan/kelalaian, dan selanjutnya membuktikan bahwa kelalaian itu telah mengakibatkan timbulnya kerugian pada pihak pasien.

---

<sup>21</sup> Perbuatan yang salah secara perdata (*civil wrong*) dibedakan menjadi dua macam yakni *wanprestatie* dan *onrechtmatige daad*. *Wanprestatie* adalah perbuatan mengingkari isi perjanjian (*breach of contract*), dalam percakapan sehari-hari secara singkat disebut sebagai perbuatan ingkar janji (*wanprestasi*). Bentuk kedua dari *civil wrong* adalah *onrechtmatige daad*, yaitu perbuatan melanggar ketentuan hukum (*breach of law*). Di Indonesia, istilah *onrechtmatige daad* diterjemahkan sebagai perbuatan melawan hukum (PMA). Di berbagai negara Common law kategori kesalahan semacam ini dikenal dengan istilah *tort*. Kajian tentang *tort* ini sedemikian luas dan maju sehingga melahirkan cabang hukum spesifik yang dikenal dengan istilah *tort law* atau *the law of tort*. *Law of tort* ini dikembangkan melalui berbagai putusan pengadilan (yurisprudensi). Dengan demikian sumber utama kajian tentang *law of tort* ini mengacu pada ketentuan hukum yang diformulasikan dari berbagai kasus (*case law*). Ini salah satu yang membedakannya dengan sistem yang berlaku di Indonesia dimana sumber utama kajian hukum adalah ketentuan-ketentuan hukum yang terdapat di dalam peraturan perundang-undangan (*statutory law*).

Kriteria atau standar pembuktian (*standard of proof*) yang dituntut dalam perkara perdata lebih ringan jika dibandingkan dengan yang diminta dalam perkara pidana. Pembuktian dalam perkara perdata bersifat formal sebagaimana karakter dari peradilan perdata itu sendiri yang bertujuan menemukan kebenaran formil. Dalam hasanah ilmu hukum, standar pembuktian dalam perkara perdata mengacu pada ukuran yang dalam bahasa Inggris disebut dengan istilah *on the balance of probabilities*.

Perkara pidana menuntut kriteria (standar) pembuktian yang lebih berat sesuai karakter peradilan pidana itu sendiri yang bertujuan menemukan kebenaran hakiki (materiil). Putusan pidana hanya diambil apabila hakim berdasarkan alat-alat bukti yang sah merasa benar-benar yakin bahwa terdakwa telah bersalah melakukan perbuatan yang didakwakan kepadanya. Dalam hasanah ilmu hukum, tingkatan (derajat) keyakinan yang dimiliki oleh hakim harus sampai pada derajat sedemikian yakin tanpa keraguan sedikit pun (*beyond reasonable doubt*).

Meskipun di atas telah digambarkan bahwa standar pembuktian dalam perkara perdata itu lebih ringan dibandingkan dengan standar pembuktian dalam perkara pidana, dalam perkara dugaan malpraktik medik tetap saja menjadi beban yang teramat berat bagi penggugat (pasien). Bagaimana mungkin pasien dapat membuktikan bahwa dokter yang menanganinya telah melakukan kelalaian (malpraktik) sementara dia tidak mengerti/menguasai ilmu kedokteran. Pasien tidak memahami standar-standar yang berlaku dalam pelaksanaan tindakan medik dan dengan demikian pasti tidak akan mampu melakukan penilaian apakah dokter yang bersangkutan telah mengabaikan standar-standar tersebut.

Jika mekanisme peradilan perdata yang menjadi pilihan, maka dalam membuktikan kesalahan dokter, si penggugat (pasien) mau tidak mau harus mengandalkan bantuan ahli (saksi ahli) yang bersedia memberikan keterangan yang menguntungkan penggugat. Keterangan ahli tersebut dianggap menguntungkan penggugat apabila mendukung materi gugatan<sup>22</sup>. Sesuai dengan jenis perkaranya, tentunya ahli yang harus dihadirkan untuk bersaksi (memberi keterangan) di pengadilan adalah tenaga medik yang memiliki tingkat kompetensi serta pengalaman yang serupa dengan si tergugat. Dalam praktik, tidak akan mudah bagi pasien (penggugat) untuk menemukan ahli yang bersedia untuk memberikan kesaksian yang menguntungkan si penggugat. Sebab, jika ahli yang bersangkutan memberikan keterangan yang menguntungkan penggugat sama saja ia telah mendiskreditkan si penggugat yang *notabene* merupakan teman sejawatnya.

Secara moral, setiap dokter terpanggil untuk saling menjaga dan melindungi martabat teman sejawatnya. Ikatan kolegal tersebut begitu kuat dan sulit ditembus. Dokter cenderung resisten jika diminta untuk memberi kesaksian di pengadilan, apalagi jika materi kesaksiannya tersebut dapat merugikan teman sejawatnya yang sedang diperiksa. Hal demikian merupakan fenomena umum yang terjadi di berbagai belahan dunia. Keengganan untuk memberikan keterangan terkait pemeriksaan teman sejawat yang sedang diperiksa di pengadilan sering disebut dengan istilah ‘konspirasi diam (*conspiracy of silence*).’

Mempertimbangkan berbagai kendala tersebut, nampak jelas bahwa mekanisme peradilan perdata merupakan jalur terjal dan sulit bagi pasien. Sangat sulit untuk memenangkan gugatan, kecuali pada kasus-kasus tertentu dimana kelalaian dokter begitu

---

<sup>22</sup> Dipandang dari sudut dokter selaku tergugat, keterangan ahli yang menguntungkan penggugat berarti bersifat memberatkan tergugat. Dalam hasanah ilmu hukum pidana, saksi yang bersifat memberatkan pihak terdakwa disebut dengan istilah saksi *a charge*, sebagai lawan dari *a decharge* yang artinya bersifat meringankan (terdakwa).

nyata, seperti tertinggalnya kain kasa atau gunting tertinggal di perut pasien paska operasi<sup>23</sup>. Pada kenyataannya, kasus-kasus dugaan malpraktik medik tidak selalu terkait persoalan tertinggalnya benda-benda asing di tubuh pasien, dan oleh karenanya pihak pasien tidak dapat memanfaatkan faktor benda asing tersebut untuk menopang beban pembuktian yang dipikulnya.

Kenyataan tentang sulitnya melaksanakan pembuktian dalam perkara dugaan malpraktik medik ini umumnya telah disadari oleh pihak penggugat. Umumnya pengacara yang mewakili penggugat (pasien) mensiasati problem pembuktian ini dengan menunda gugatan atau membelokkan perkara. Pengajuan gugatan perdata ditunda untuk sementara, dan dibelokkan dahulu ke ranah pidana dengan membuat laporan dugaan malpraktik medik ke pihak kepolisian. Pembelokkan perkara ini akan menghemat energi pihak pasien terkait dengan beban pembuktian. Praktis, pihak pasien akan terbebas dari beban pembuktian sebab dalam perkara pidana, negara lah yang terkena beban pembuktian, dalam hal ini dilaksanakan oleh penuntut umum.

Laporan ke pihak kepolisian cukup praktis bagi pihak pasien dan/atau keluarganya, yaitu cukup dengan menunjukkan adanya unsur kerugian pada pihak pasien (misalnya pasien mengalami luka-luka atau meninggal dunia) yang diduga terjadi karena kelalaian pihak dokter atau rumah sakit. Untuk menguatkan dugaan kelalaian tersebut, biasanya pihak pasien mengajukan hasil diagnosa pembanding (*second opinion*) dari dokter lain

---

<sup>23</sup> Dalam kasus-kasus semacam itu, beban pembuktian yang dipikul oleh pihak penggugat (pasien) menjadi ringan karena terbantu oleh faktor benda-benda asing yang tertinggal di perut tadi. Benda-benda asing tersebut memiliki nilai pembuktian sangat kuat, cukup bagi penggugat untuk menunjukkan fakta adanya benda asing tersebut dan dengan sendirinya kelalaian dokter dianggap terlah terbukti. Sistem pembuktian yang mengandalkan nilai pembuktian benda-benda tertentu sebagaimana contoh di atas didasarkan pada asas *res ipsa loquitur*. *Res ipsa loquitur* adalah ungkapan dalam bahasa Latin yang secara harfiah artinya ‘benda itu berbicara untuk dirinya (*the thing speaks for itself*). Ungkapan tersebut telah diakui dan diterima sebagai sebuah asas untuk membuktikan kelalaian dokter dalam perkara malpraktik medik secara global.



yang berbeda dari hasil diagnosa pertama, atau menunjukkan luka yang diderita oleh pasien tak semestinya terjadi, dan berbagai argumentasi lainnya.

Setelah menerima laporan dugaan malpraktik medik, laporan tersebut akan ditindaklanjuti oleh pihak kepolisian dengan proses penyelidikan dan penyidikan. Pada tahap penyelidikan dan penyidikan inilah alat-alat bukti akan dicari dan dikumpulkan guna mendukung sangkaan tindak pidana. Selanjutnya, hasil kerja pihak kepolisian akan diverifikasi oleh penuntut umum untuk memastikan ketepatan formulasi tindak pidana yang disangkakan dan kecukupan alat bukti pendukungnya. Setelah berkas pemeriksaan dinyatakan lengkap (P21), perkara siap dilimpahkan ke pengadilan untuk dilakukan penuntutan.

Dalam proses pemeriksaan di pengadilan (sidang) beban pembuktian ada pada penuntut umum. Penuntut umumlah yang harus membuktikan kesalahan terdakwa. Pembuktian materi dakwaan didasarkan pada alat-alat bukti yang telah dikumpulkan sebelumnya dan alat-alat bukti lain yang ditemukan kemudian. Dalam hal ini pihak pasien bersifat pasif dalam arti tidak menanggung beban pembuktian sama sekali. Keterlibatan pasien dalam proses persidangan di pengadilan (dalam perkara pidana) sebatas memberikan keterangan sebagai saksi (korban).

Di lain pihak, si terdakwa dengan bantuan penasihat hukumnya akan berusaha melakukan pembelaan guna menangkis dakwaan serta melepaskan diri dari hukuman. Pembelaan itu dilakukan dengan mengajukan alat-alat bukti yang mendukung seperti dokumen rekam medik yang menunjukkan bahwa tindakan medik yang dilakukan telah sesuai prosedur, mengajukan saksi yang meringankan (*a de charge*) atau mengajukan alasan penghapus pidana (*strafuitsluiting grond*) yang relevan. Setelah mempertimbangkan

seluruh proses dialektika yang terjadi selama persidangan serta berdasarkan seluruh alat bukti yang diajukan dalam persidangan, majlis hakim akan menilai apakah dakwaan penuntut umum terbukti atau tidak dan membuat putusan.<sup>24</sup> Jika terdakwa terbukti secara sah dan meyakinkan telah melakukan tindak pidana sebagaimana didakwakan, majlis hakim akan memutus terdakwa bersalah dan menjatuhkan hukuman. Jika majlis hakim berpandangan sebaliknya, maka terdakwa akan diputus bebas.

Baik penuntut umum maupun terdakwa diberi kesempatan untuk mempertimbangkan apakah akan menerima putusan (pengadilan tingkat pertama) tersebut atau akan mengajukan banding. Demikian halnya, setelah adanya putusan tingkat banding, ke dua belah pihak masing-masing memiliki hak untuk menerima putusan banding atau mengajukan upaya hukum kasasi. Setelah adanya putusan kasasi, masih dimungkinkan untuk diajukannya upaya hukum peninjauan kembali. Penggunaan hak untuk mengajukan upaya hukum dibatasi waktunya. Jika hak tersebut tidak digunakan hingga batas waktunya berakhir, maka putusan pengadilan dinyatakan telah berkekuatan hukum tetap (*inkracht*) dan karenanya dapat dilaksanakan (*executable*).

Pihak dokter selaku terdakwa tentu mengharapkan putusan bebas. Di lain pihak, si pasien selaku korban mengharapkan agar di terdakwa dinyatakan bersalah dan dijatuhi hukuman. Harapan pasien agar si terdakwa diputus bersalah bisa muncul karena berbagai macam motivasi. Harapan itu bisa jadi muncul karena dilandasi oleh motivasi ingin melepaskan kemarahan (*to release anger*), untuk memberikan efek jera (*deterrent effect*),

---

<sup>24</sup> Ada tiga macam putusan yang dapat dijatuhkan oleh majlis hakim dalam sidang perkara pidana yaitu: putusan berupa pembedaan (*verordeling*); putusan bebas (*vrijpraak*); dan putusan lepas dari segala tuntutan hukum (*onslag van alle rechtvervolging*).

atau justru ingin menggunakan putusan pidana itu sebagai alat bukti untuk membuat gugatan perdata.

Sebagaimana telah disinggung sebelumnya, dalam rangka mengantisipasi problem pembuktian dalam perkara perdata, pasien dapat saja menempuh strategi pembelokan perkara. Setelah ada putusan pengadilan pidana yang menyatakan dokter bersalah, maka dengan bekal putusan itu selanjutnya pihak pasien akan mengajukan gugatan perdata dalam rangka mengupayakan pembayaran ganti kerugian. Jika hal demikian yang terjadi, dapat dibayangkan betapa repotnya pihak dokter dan/atau rumah sakit yang diperkarakan tersebut. Pihak dokter dan/atau rumah sakit akan terjatuh dalam skenario yang disiapkan oleh pihak pasien dan/atau pengacaranya. Pihak dokter dan/atau rumah sakit akan terseret dalam arus panjang dan berliku proses pemeriksaan pengadilan pidana dan perdata.

Sebagaimana telah disinggung sebelumnya, tuntutan pidana sendiri sudah merupakan mimpi buruk bagi dokter, apalagi ditambah dengan gugatan perdata. Yang demikian tentu tidak adil bagi dokter dan/atau rumah sakit yang bersangkutan. Jika ketidakadilan ini dibiarkan, maka pihak yang merasa merasa terzalimi akan berusaha memperjuangkan keadilan dengan caranya sendiri. Jika hukum tidak mampu memberikan perlindungan kepada dokter, maka dokter akan menciptakan sistem perlindungan sendiri. Dalam dunia kedokteran, upaya untuk mengamankan dirinya dari resiko gugatan/tuntutan hukum dilakukan dengan menerapkan pola *defensive medicine*.

## **2. Penyelesaian Sengketa Medik melalui MKDKI**

MKDKI adalah singkatan dari Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia. Secara kelembagaan MKDKI bernaung di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI),

lembaga otonom yang bertanggungjawab langsung kepada presiden. Baik KKI maupun MKDKI dibentuk berdasarkan Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (UU Praktik Kedokteran).

Menurut ketentuan Pasal 55 ayat 1 UU Praktik Kedokteran, MKDKI dibentuk untuk menegakkan disiplin dokter dan dokter gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran. Sedangkan menurut Pasal 64 poin (a) UU Praktik Kedokteran, MKDKI bertugas menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi. Dalam hal menurut hasil pemeriksaan didapati bahwa dokter atau dokter gigi yang diadukan bersalah telah melanggar disiplin kedokteran, MKDKI dapat menjatuhkan sanksi berupa peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan STR/SIP, atau kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi (Pasal 69 ayat (3) UU Praktik Kedokteran).

MKDKI didirikan pada tahun 2006. Berkantor di ibu kota negara dan tidak memiliki perwakilan di daerah. Agar lebih aksesible, MKDKI bisa melakukan pemeriksaan di lapangan yakni di daerah di mana si teradu berada. Selanjutnya Pasal 66 (1) UU Praktik Kedokteran menyatakan, “setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran, dapat mengadukan secara tertulis kepada ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia”. Jadi yang berhak membuat pengaduan tidak hanya pasien yang dirugikan saja, tetapi juga orang yang mengetahui peristiwa tersebut.

Dari kutipan di atas jelas kiranya bahwa bentuk kesalahan profesional yang dalam percakapan sehari-hari disebut dengan istilah malpraktik medik itu, di dalam Undang-

undang Nomor 29 Tahun 2004 dirumuskan “tindakan dokter/dokter gigi dalam menjalankan profesinya yang bersifat merugikan kepentingan pasien”.

Diharapkan bahwa MKDKI menjadi pintu pertama upaya mencari keadilan terkait dugaan malpraktik medik. MKDKI akan menilai apakah telah terjadi pelanggaran disiplin ataukah pelanggaran etika. Jika ditemukan adanya dugaan pelanggaran disiplin, MKDKI akan memanggil dokter yang bersangkutan untuk dilakukan pemeriksaan. Tetapi jika yang dilanggar adalah etika kedokteran, MKDKI akan melimpahkan perkara tersebut ke MKEK. Lalu, perbuatan apa sajakah yang bersifat melanggar disiplin itu? Ada dua puluh delapan bentuk pelanggaran disiplin sebagaimana diatur dalam Peraturan Konsil Nomor 4 Tahun 2011 sebagai berikut:<sup>25</sup>

1. Melakukan praktik kedokteran dengan tidak kompeten
2. Tidak merujuk pasien kepada dokter atau dokter gigi lain yang memiliki kompetensi yang sesuai
3. Mendelegasikan pekerjaan kepada tenaga kesehatan tertentu yang tidak memiliki kompetensi untuk melaksanakan pekerjaan tersebut
4. Menyediakan dokter atau dokter gigi pengganti sementara yang tidak memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai atau tidak melakukan pemberitahuan perihal penggantian tersebut
5. Menjalankan praktik kedokteran dalam kondisi tingkat kesehatan fisik atau mental sedemikian rupa sehingga tidak kompeten dan dapat membahayakan pasien
6. Tidak melakukan tindakan atau asuhan medis yang memadai pada situasi tertentu yang dapat membahayakan pasien

---

<sup>25</sup> Pasal 3 Peraturan KKI Nomor 4 Tahun 2011 Tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi

7. Melakukan pemeriksaan atau pengobatan berlebihan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien
8. Tidak memberikan penjelasan yang jujur, etis, dan memadai (*adequate information*) kepada pasien atau keluarganya dalam melakukan praktik kedokteran.
9. Melakukan tindakan atau asuhan medis tanpa memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarga dekat, wali, atau pengampunya.
10. Tidak membuat atau tidak menyimpan rekam medis dengan sengaja.
11. Melakukan perbuatan yang bertujuan untuk menghentikan kehamilan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku
12. Melakukan perbuatan yang dapat mengakhiri kehidupan pasien atas permintaan sendiri atau keluarganya.
13. Menjalankan praktik kedokteran dengan menerapkan pengetahuan, keterampilan, atau teknologi yang belum diterima atau di luar tata cara praktis kedokteran yang layak.
14. Melakukan penelitian dalam praktik kedokteran dengan menggunakan manusia sebagai subjek penelitian tanpa memperoleh persetujuan etik (*ethical clearance*) dari lembaga yang diakui pemerintah.
15. Tidak melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, padahal tidak membahayakan dirinya, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
16. Menolak atau menghentikan tindakan atau asuhan medis atau tindakan pengobatan terhadap pasien tanpa alasan yang layak dan sah sesuai dengan ketentuan etika profesi atau peraturan perundang-undangan yang berlaku
17. Membuka rahasia kedokteran.

18. Membuat keterangan medis yang tidak didasarkan kepada hasil pemeriksaan yang diketahuinya secara benar dan patut.
19. Turut serta dalam pembuatan yang termasuk tindakan penyiksaan atau eksekusi hukuman mati.
20. Meresepkan atau memberikan obat golongan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan etika profesi atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
21. Melakukan pelecehan seksual, tindakan intimidasi, atau tindakan kekerasan terhadap pasien dalam penyelenggaraan praktik kedokteran.
22. Menggunakan gelar akademik atau sebutan profesi yang bukan haknya.
23. Menerima imbalan sebagai hasil dari merujuk, meminta, pemeriksaan, atau memberikan resep obat atau alat kesehatan.
24. Mengiklankan kemampuan atau pelayanan atau kelebihan kemampuan pelayanan yang dimiliki baik lisan ataupun tulisan yang tidak benar atau menyesatkan.
25. Adiksi pada narkotika, psikotropika, alkohol, dan zat adiktif lainnya
26. Berpraktik dengan menggunakan surat tanda registrasi, surat izin praktik, dan/atau sertifikat kompetensi yang tidak sah atau berpraktik tanpa memiliki surat izin praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
27. Tidak jujur dalam menentukan jasa medis.
28. Tidak memberikan informasi, dokumen, dan alat bukti lainnya yang diperlukan MKDKI/MKDKI-P, untuk pemeriksaan atas pengaduan dengan pelanggaran Disiplin profesional Dokter dan Dokter Gigi.

Nampak bahwa beberapa ketentuan yang terdapat dalam peraturan disiplin tersebut tumpang tindih (*overlapped*) dengan ketentuan yang terdapat dalam kode etik kedokteran maupun ketentuan hukum kedokteran. Beberapa bentuk pelanggaran disiplin yang diatur dalam peraturan disiplin tersebut juga merupakan pelanggaran terhadap kode etik dan pelanggaran ketentuan UU Praktik Kedokteran. Contohnya adalah, mengiklankan kemampuan atau pelayanan atau kelebihan kemampuan pelayanan yang dimiliki baik lisan ataupun tulisan yang tidak benar atau menyesatkan yang terdapat dalam poin 24 pada daftar di atas, perbuatan tersebut juga melanggar etika kedokteran. Contoh lainnya adalah tidak merujuk pasien kepada dokter lain yang memiliki kemampuan lebih tinggi sebagaimana disebut dalam poin 2, dan melakukan praktik tanpa surat tanda registrasi atau surat ijin praktik sebagaimana disebut dalam poin 26. Kedua bentuk pelanggaran disiplin tersebut juga diatur dalam UU Praktik Kedokteran. Bahkan beberapa bentuk pelanggaran disiplin yang ada dalam daftar di atas sebenarnya merupakan tindak pidana menurut ketentuan peraturan perundang-undangan yang ada seperti melakukan tindakan aborsi ilegal atau melakukan euthanasia. Dengan demikian, bisa terjadi dokter yang melakukan tindakan aborsi ilegal akan dikenai dua macam sanksi baik sanksi administratif dari MKDKI<sup>26</sup> maupun sanksi pidana karena tindakan aborsi merupakan pelanggaran disiplin sekaligus merupakan tindak pidana.

Kinerja MKDKI dapat dilihat dari statistik berikut ini<sup>27</sup>:

Sejak 2006 sampai dengan pertengahan Januari 2015 MKDKI menerima sebanyak 305 aduan. Dari jumlah tersebut, 36 aduan dihentikan karena dicabut oleh pengadu, dan

---

<sup>26</sup> Menurut ketentuan Pasal 69 ayat (3) Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, MKDKI dapat menjatuhkan sanksi administrative berupa peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan STR dan SIP, maupun wajibkan dokter yang bersalah untuk mengikuti pendidikan lanjutan.

<sup>27</sup> Data tersebut diperoleh dari Drg. Hargianti Dini Iswandari, mantan sekretaris MKDKI pada bulan January 2015.



satu teradu meninggal, satu teradu tidak kooperatif. Sebanyak 56 aduan ditolak atau dilimpahkan ke organisasi profesi pada tahap pemeriksaan awal karena beberapa alasan sebagai berikut:

- a. Pengaduan tidak memenuhi persyaratan misalnya pengadu dan/atau teradu tidak diketahui keberadaannya;
- b. Keterangan/informasi dalam pengaduan tidak lengkap;
- c. Tindakan medik terjadi sebelum diundangkannya Undang-undnag Nomor 29 tahun 2004;
- d. Tidak ditemukan pelanggaran disiplin profesi;
- e. Adanya dugaan pelanggaran etika profesi kedokteran;
- f. Dokter/dokter gigi yang diadukan tidak teregistrasi di KKI; and
- g. Pelapor menuntut ganti rugi.

Dari 126 pengaduan melibatkan 193 dokter dan dokter gigi yang telah mendapatkan keputusa MKDKI:

- a. Pada 105 teradu tidak ditemukan pelanggaran disiplin ptofesi kedokteran;
- b. 50 teradu direkomendasikan untuk dicabut sementara STR/SIP;
- c. 6 diantara teradu diwajibkan untuk menguikuti reedukasi.

Ada anggapan bahwa MKDKI tidak mampu mengakomodir harapan publik sebagai lembaga penyelesaian sengketa yang efektif. Ada dua kekurangan dari MKDKI yang menyebabkannya menjadi tidak efektif sebagai lembaga penyelesaian sengketa, yang pertama terbatasnya akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dari MKDKI dan tidak adanya mekanisme kompensasi. MKDKI berada di ibu kota negara dan tidak memiliki perwakilan di daerah, hal demikian menyulitkan akses masyarakat yang tinggal

berada jauh dari ibu kota. Selanjutnya, jika pun dokter yang diadukan dinyatakan bersalah, sanksi yang akan dijatuhkan oleh MKDKI hanya sanksi administratif mulai dari teguran tertulis sampai pada rekomendasi untuk mengikuti pendidikan tertentu.<sup>28</sup> MKDKI tidak dapat meminta kepada teradu untuk membayar ganti rugi kepada pasien. Kelemahan ini sudah diantisipasi oleh Undang-undang Praktik Kedokteran dengan menyediakan saluran ke proses litigasi. Sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 66 ayat 3, pihak pasien bisa melanjutkan perkara ke jalur hukum baik pidana atau pun perdata.

### 3. Penyelesaian Perkara Malpraktik Medik melalui MKEK

MKEK singkatan dari Majelis Kehormatan Etika Kedokteran. MKEK bernaung di bawah Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan berfungsi untuk menegakkan etika kedokteran bagi para anggota organisasi profesi (IDI). Sesuai dengan berat ringannya pelanggaran, MKEK dapat menjatuhkan sanksi berupa teguran tertulis, skorsing sementara dari keanggotaan, pemecatan dari keanggotaan, serta pencabutan rekomendasi izin praktik selama-lamanya tiga tahun.

Dengan berlakunya Undang-undang Praktik Kedokteran, mestinya MKEK melaksanakan pemeriksaan pelanggaran etika kedokteran setelah mendapat limpahan perkara dari MKDKI. Sebagaimana diatur dalam Pasal 68 Undang-undang Praktik Kedokteran, apabila dalam pemeriksaan ditemukan pelanggaran etika, MKDKI meneruskan pengaduan pada organisasi profesi. Mengingat terbatasnya akses ke MKDKI, dalam praktik (khususnya di daerah-daerah yang letaknya jauh dari ibu kota) MKEK sering diposisikan menjadi pintu pertama pemeriksaan pengaduan malpraktik medik. Dalam proses penyidikan misalnya, pihak penyidik sering meminta pendapat

---

<sup>28</sup> Lihat Pasal 69 ayat (3) Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

MKEK untuk memperoleh gambaran apakah dokter yang dilaporkan kepada penyidik terindikasi melakukan pelanggaran hukum atau tidak.

MKEK didirikan berdasarkan Pasal 16 Anggaran Dasar Ikatan Dokter Indonesia. Tugas pokok MKEK adalah membina, mengawasi dan menilai pelaksanaan kode etik kedokteran. Laporan pelanggaran etik kedokteran bisa datang dari berbagai pihak termasuk dari anggota asosiasi sendiri. MKEK harus memeriksa perkara paling lambat satu bulan sejak menerima laporan. Sidang MKEK bersifat tertutup. Hanya orang-orang tertentu yang boleh berada di ruang sidang MKEK. Dalam membuktikan kesalahan terlapor, MKEK bisa menghadirkan saksi dan juga ahli untuk memberikan keterangan sesuai yang diketahui atau sesuai keahliannya. Saksi bisa dari kalangan dokter, tenaga kesehatan lainnya, pihak manajemen rumah sakit atau pihak lain yang terkait. Ahli adalah dokter yang memiliki keahlian yang serupa tetapi tidak memiliki hubungan keluarga ataupun kedinasan dengan teradu.

Bila ditemukan pelanggaran etik, MKEK dapat menjatuhkan sanksi sesuai derajat pelanggarannya. Ada beberapa kualifikasi pelanggaran etika yaitu pelanggaran berat, sedang dan ringan. Sanksi yang dapat dijatuhkan bervariasi antara teguran tertulis, skorsing sementara, pemecatan keanggotaan, dan rekomendasi pencabutan izin praktik selama-lamanya tiga tahun. Jika dokter yang dijatuhi sanksi berkeberatan dengan sanksi yang dijatuhkan, yang bersangkutan bisa mengajukan banding ke MKEK yang lebih tinggi. MKEK terdapat di tingkat kabupaten dan kota, propinsi dan tingkat pusat. Banding dapat diajukan dari tingkat kabupaten ke tingkat propinsi dan seterusnya. Putusan MKEK pusat bersifat final dan mengikat.

Meskipun MKEK ada di tingkat kabupaten, tetapi nampaknya masyarakat di Indonesia tidak begitu familier dengan MKEK. M. Yunus Hanafiyah and Amri Amir menyatakan bahwa MKEK belum dimanfaatkan secara optimal baik oleh dokter maupun oleh masyarakat luas.<sup>29</sup> Apalagi, karena kewenangan MKEK terbatas pada urusan pelanggaran etika, peran MKEK kurang signifikan karena masyarakat biasanya kurang begitu sensitif dengan isu pelanggaran etika.

#### 4. Penyelesaian Perkara Malpraktik melalui mekanisme ADR

ADR adalah singkatan dari *Alternative Dispute Resolution*. Dalam bahasa Indonesia digunakan beberapa istilah seperti Penyelesaian Sengketa Alternatif, Alternatif Penyelesaian Sengketa dan lain-lain. ADR merujuk pada model penyelesaian sengketa di luar jalur pengadilan (non litigasi). Ada beberapa mekanisme penyelesaian sengketa yang masuk kategori ADR yaitu arbitrase, negosiasi, mediasi dan konsiliasi. Mengingat pola penyelesaiannya yang bersifat ajudikasi, kadang-kadang arbitrase dikeluarkan dari kategori ADR. Pandangan demikian dianut pula di Indonesia, terlihat dari penamaan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai ADR yaitu Undang-undang Nomor 30 tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

Terkait dengan sengketa medik, beberapa mekanisme ADR yang sering dipraktikkan untuk menyelesaikannya adalah arbitrase, negosiasi serta mediasi. Mekanisme mediasi mendapatkan penguatan dari Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan). Berdasarkan ketentuan Pasal 29 UU Kesehatan,

---

<sup>29</sup> M. Yusuf Hanafiyah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Edisi ke 4, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2009, hal. 179

setiap sengketa yang timbul sebagai akibat adanya kelalaian tenaga kesehatan harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mekanisme mediasi.

Pembahasan tentang penyelesaian sengketa medik harus mempertimbangkan lembaga ADR. ADR sangat populer di dunia bisnis. Kebanyakan pelaku bisnis lebih suka penyelesaian melalui lembaga ADR seperti arbitrase, daripada melalui lembaga peradilan.<sup>30</sup> Bagi pelaku bisnis, arbitrase merupakan model penyelesaian sengketa yang cepat dan murah, di samping itu juga lebih menjamin kerahasiaan. Meskipun merupakan hal yang lumrah, namun banyak juga diantara pelaku bisnis yang beranggapan bahwa terlibat dalam suatu sengketa bisa merusak reputasinya.

Metode ADR khususnya negosiasi, mediasi dan arbitrase bisa diterapkan dalam sengketa medik. ADR sudah terbukti handal untuk sengketa-sengketa bisnis, kini saatnya menguji keandalannya untuk diterapkan dalam penyelesaian sengketa medik. Keunggulan ADR terutama pada aspek kerahasiaan sangat sesuai untuk kalangan dokter dan atau pihak rumah sakit yang rentan dengan publisitas negatif karena isu malpraktik medik. Pelayanan kedokteran atau lebih luas lagi pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat sensitif dengan isu reputasi. Jika mereka terpaksa harus terlibat dalam sebuah sengketa dengan pihak pasien, mereka akan lebih memilih untuk menangani sengketa itu dengan cara-cara tertutup dan jauh dari publisitas. ADR cukup menjanjikan karena selain dapat menjamin kerahasiaan, ADR juga dinilai sangat efisien.

Ketika membicarakan penyelesaian sengketa medik melalui metode ADR, biasanya merujuk pada mekanisme negosiasi, mediasi serta arbitrase. Negosiasi, mediasi dan arbitrase cocok diterapkan untuk sengketa medik, tetapi tiap-tiap negara memiliki

---

<sup>30</sup> Klausul arbitrase (*arbitration clause*) hampir selalu dicantumkan dalam kontrak-kontrak bisnis.

pengalaman sendiri-sendiri dalam mengadopsi dan menerapkan metode ADR bagi penyelesaian sengketa medik. Di Singapore misalnya, mediasi lebih populer dibandingkan dengan mekanisme ADR lainnya terkait isu malpraktik medik (istilah yg lebih populer di Singapura adalah *medical negligence*). Kecenderungan yang sama juga ditemukan di Indonesia. Berikut ini akan dibahas bagaimana mekanisme ADR dapat diterapkan untuk menyelesaikan sengketa medik:

a. Negosiasi

Sengketa yang timbul antara dokter dan pasien dapat diselesaikan melalui negosiasi, yaitu komunikasi langsung antara pihak yang bersengketa untuk mewujudkan kesepakatan bersama. Dalam praktik bahkan mekanisme negosiasi hampir selalu dimanfaatkan sebagai upaya pertama penyelesaian sengketa medik. Negosiasi dapat dilakukan secara langsung oleh pihak yang bersengketa yaitu dokter dengan pasien. Namun pihak yang bersengketa bisa juga meminta penasihat hukum/pengacaranya masing-masing untuk mendampingi atau untuk mewakili dalam melakukan proses negosiasi tersebut.

Peluang untuk negosiasi ada saat pasien datang kepada dokter meminta penjelasan (klasifikasi) mengenai hal buruk yang dialaminya paska menjalani tindakan medik. Banyak diantara pasien yang datang sekedar untuk memperoleh penjelasan dari pihak dokternya mengenai apa yang telah terjadi pada dirinya, dan merasa puas setelah memperoleh penjelasan yang baik dari pihak dokter atau rumah sakit. Tetapi ada juga pasien yang meminta lebih dari sekedar penjelasan. Ketika mereka yakin bahwa hal buruk yang dialaminya merupakan akibat dari kelalalaian dokter yang menanganinya,

mereka bisa saja meminta ganti rugi.<sup>31</sup> Situasi seperti ini kadang membuat dokter berada pada posisi dilematis. Itu bukan hanya soal memberikan kompensasi, tapi terkait dengan persoalan yang lebih krusial yaitu soal harga diri dan reputasi. Adalah benar bahwa si dokter tidak ingin terlibat dalam suatu sengketa dengan pasiennya sendiri, tetapi konyol juga jika harus membayar ganti rugi hanya untuk mencegah sengketa terjadi.

Dalam praktik, seringkali dokter menolak untuk mengakui bahwa dia telah lalai dan menyebabkan timbulnya kerugian pada pasien karena kelalaiannya itu. Mereka biasanya berargumen bahwa tindakan yang dilakukan terhadap pasien telah sesuai dengan standar. Dalam mensikapi keluhan dari pasien, dokter biasanya menjelaskan bahwa kerugian yang dialami oleh pasien disebabkan oleh faktor lain yang tak terduga, seperti resiko tindakan. Pasien yang merasa tidak puas dengan respon dokter biasanya lalu meminta bantuan pengacara untuk meneruskan komplainnya. Ketika pengacara sudah terlibat, negosiasi menjadi lebih menantang. Keterlibatan pengacara membuat pihak pasien lebih percaya diri serta dapat meningkatkan daya tawar (*bargaining power*) dalam bernegosiasi. Di lain pihak, masuknya pengacara pasien dalam proses negosiasi membuat pihak dokter merasa terintimidasi. Dalam situasi semacam ini pihak dokter bisa juga menghubungi pengacaranya untuk mendampingi atau bahkan mewakili dalam proses negosiasi lebih lanjut.

Bagi dokter yang berkerja di rumah sakit, mereka tidak harus menghadapi sendiri sengketa terkait dugaan malpraktik medik. Pihak manajemen rumah sakit biasanya akan membantu atau bahkan mengambil alih proses penyelesaiannya. Pihak

---

<sup>31</sup> Dalam banyak kasus, pihak pasien meminta agar pihak rumah sakit membebaskan biaya pengobatan dan perawatan, bahkan sering pula menuntut pengobatan lanjutan secara cuma-cuma.

managemen rumah sakit bisa melakukan proses negosiasi secara langsung dan mengurus pembayaran ganti rugi bila mana perlu. Salah satu rumah sakit yang memperoleh manfaat dari metode ini adalah Rumah Sakit Mitra Keluarga. Pihak managemen memiliki pendekatan yang bagus kepada pihak pasien yang mengalami kerugian karena dugaan malpraktik medik. Pihak managemen Rumah Sakit menggunakan sarana negosiasi dalam menyelesaikan berbagai komplek yang berpotensi menjadi sebuah sengketa medik. Direktur rumah sakit bersedia datang langsung ke rumah pasien demi menunjukkan empati kepada pihak pasien dan/atau keluarganya atas kemalangan yang dialami oleh pasien tersebut serta menyampaikan secara langsung ucapan duka cita. Meskipun pihak rumah sakit memiliki penasihat hukum, tetapi direktur datang tanpa ditemani oleh penasihat hukumnya itu. Sang penasihat hukum memilih untuk mengambil peran di balik layar. Ibarat sutradara, sang penasihat hukum mengarahkan direktur mengenai bagaimana bersikap dan berbicara dengan pihak pasien atau keluarganya. Atas nama rumah sakit direktur meminta maaf serta memberikan santunan bila mana perlu. Menurut M. Luthfie Hakim, penasihat hukum RS Mitra Keluarga, sejauh ini pendekatan semacam ini terbukti efektif untuk menyelesaikan sengketa terkait dugaan malpraktik medik yang melibatkan pihak RS Mitra Keluarga.<sup>32</sup>

#### b. Mediasi

Sengketa terkait dugaan malpraktik medik juga dapat diselesaikan melalui mekanisme mediasi. Dalam skema mediasi, pihak ke tiga yang netral (disebut

---

<sup>32</sup> Keterangan ini diperoleh dari hasil wawancara dengan M. Luthfie Hakim pada tanggal 30 Mei 2014.



mediator) membantu para pihak yang bersengketa untuk membuat kesepakatan bersama. Keterlibatan seorang mediator dalam proses penyelesaian sengketa bisa terjadi karena dua sebab, yang pertama karena inisiatif para pihak, yang kedua adalah karena inisiatif pengadilan. Skema pertama terjadi apabila para pihak sejak awal memang menginginkan keterlibatan pihak ketiga (mediator) dalam proses penyelesaian sengketa, skema kedua terjadi manakala majlis hakim dalam sidang peradilan perdata di pengadilan negeri dimana perkara tersebut didaftarkan memerintahkan kepada pihak yang bersengketa agar mengupayakan penyelesaian damai lebih dahulu melalui mekanisme mediasi, dengan bantuan mediator bersertifikat yang terdaftar di pengadilan yang bersangkutan. Skema pertama dilakukan di luar pengadilan atau disebut mediasi di luar pengadilan (*out-court mediation*)<sup>33</sup>, dan model yang kedua dilakukan di pengadilan atau disebut mediasi di pengadilan (*in-court mediation/court-connected mediation/court-annexed mediation*).<sup>34</sup>

Sebagaimana diatur dalam Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Mediasi di Pengadilan, majlis hakim dalam sidang peradilan perkara perdata diwajibkan untuk memerintahkan para pihak agar mengupayakan penyelesaian damai melalui mekanisme mediasi sebelum memeriksa perkara. Pemeriksaan perkara hanya dapat dilakukan apabila para pihak gagal mencapai kesepakatan melalui mediasi tersebut. Pemanfaatan prosedur mediasi secara khusus digalakkan oleh Undang-

---

<sup>33</sup> Mediasi di luar pengadilan (*out-court mediation*) dapat dilakukan oleh mediator perseorangan atau diselenggarakan oleh lembaga mediasi. Lembaga-lembaga yang memberikan pelayanan mediasi di Indonesia antara lain adalah Pusat Mediasi Nasional (PMN), Badan Mediasi Indonesia (BAMI), dan Indonesian Institute for Conflict Transformation (IICT). Sejauh ini, lembaga mediasi seperti PMN belum pernah menangani sengketa terkait dugaan malpraktik medik.

<sup>34</sup> Mediasi di pengadilan dilaksanakan oleh mediator terdaftar baik yang berasal dari unsur hakim maupun pihak eksternal.

undang Nomor 36 Tahun 2009 dalam penyelesaian sengketa yang timbul dalam dunia pelayanan kesehatan. Menurut ketentuan Pasal 29 UU Kesehatan, dalam hal tenaga kesehatan melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Lebih lanjut Pasal 78 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan menentukan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada Penerima Pelayanan Kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian itu harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Alternatif penyelesaian sengketa yang dimaksudkan adalah prosedur mediasi sebagaimana diatur dalam Pasal 29 UU Kesehatan 2009.

Berdasarkan ketentuan tersebut, jelas kiranya bahwa para pihak yang bersengketa (tenaga kesehatan dan pasien) terlebih dahulu harus mengupayakan penyelesaian sengketa melalui prosedur mediasi. Dalam penyelesaian sengketa medik, prosedur mediasi menguntungkan ke dua belah pihak yang bersengketa baik dokter maupun pasien. Mediasi akan menyelamatkan dokter dari resiko pemberitaan negatif di media masa karena mediasi dilakukan secara tertutup. Mediasi akan melepaskan para pihak dari kesulitan teknis yang ada dalam proses litigasi. Mediasi dapat membebaskan pasien dari beban pembuktian sebagaimana dituntut dalam peradilan perdata. Mediasi akan membebaskan dokter dari situasi yang tidak nyaman berada dalam posisi sebagai tergugat atau terdakwa di pengadilan. Mediasi juga dapat menjamin kelangsungan hubungan dokter-pasien di masa depan.

### c. Arbitrase

Penyelesaian sengketa terkait dugaan malpraktik medik juga dapat dibawa ke lembaga arbitrase. Serupa dengan mediasi, arbitrase juga melibatkan pihak ketiga yang netral, dalam hal ini disebut arbiter. Arbitrase berbeda dengan mediasi dalam hal yang menyangkut peran arbiter dan mediator. Mediator hanya membantu mewujudkan kesepakatan, dan para pihaklah yang membuat kesepakatan tersebut. Sedangkan arbiter di lain pihak, memiliki kewenangan untuk membuat suatu putusan yang bersifat mengikat kedua belah pihak yang bersengketa. Arbitrase bersifat adjudikatif sebagaimana pengadilan.<sup>35</sup> Arbitrase dapat dilakukan di dalam maupun di luar lembaga arbitrase.<sup>36</sup>

### 5. Penyelesaian Perkara Malpraktik Medik melalui BPSK

BPSK adalah singkatan dari Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen. BPSK dibentuk berdasarkan perintah Undang-undang Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (UU Perlindungan Konsumen). Secara kelembagaan BPSK bernaung di bawah Kementerian Perdagangan. Sesuai namanya, BPSK berfungsi untuk menyelesaikan sengketa konsumen, yaitu sengketa yang timbul antara pihak konsumen dan produsen.

---

<sup>35</sup> Mempertimbangkan sifatnya yang adjudikatif, kadang-kadang arbitrase ditempatkan sebagai penyelesaian sengketa non litigasi tetapi dikeluarkan dari kelompok alternatif penyelesaian sengketa (ADR), terutama apabila ADR dipahami sebagai model penyelesaian sengketa non adjudikasi.

<sup>36</sup> Arbitrase yang diselenggarakan oleh lembaga arbitrase bisa disebut dengan istilah arbitrase institusional (*institutional arbitration*), sedangkan yang diselenggarakan di luar lembaga arbitrase bisa dinamakan arbitrase ad-hoc (*ad-hoc arbitration*). Salah satu lembaga yang menyelenggarakan fungsi arbitrase di Indonesia adalah Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI). Sejauh ini, BANI belum pernah menangani sengketa terkait dugaan malpraktik medik.

Sesuai ketentuan Pasal 52 huruf (a) UU Perlindungan Konsumen, BPSK menyelesaikan sengketa menggunakan mekanisme mediasi, atau arbitrase atau konsiliasi.

Meskipun domain dari BPSK adalah sengketa konsumen yang timbul di dunia perdagangan namun dalam praktik ada juga sengketa antara pasien dengan pihak rumah sakit yang dibawa ke BPSK. Secara teoritik, sebenarnya kewenangan BPSK untuk menyelesaikan sengketa medik masih diperdebatkan. Ada pihak yang setuju dan ada pula yang tidak setuju. Pro-kontra mengenai kewenangan BPSK untuk menyelesaikan sengketa medik muncul sebagai ikutan dari pro-kontra mengenai apakah hubungan dokter-pasien dapat disamakan dengan hubungan antara produsen dengan konsumen.

Beberapa studi menyebutkan bahwa sengketa medik juga dapat diselesaikan melalui BPSK<sup>37</sup>. Hal ini didasarkan pada asumsi bahwa sengketa medik juga termasuk dalam kualifikasi sengketa konsumen sebagaimana dimaksud dalam UU Perlindungan Konsumen. Dengan begitu, maka hubungan dokter-pasien disamakan dengan hubungan antara produsen dan konsumen. Dalam kaitan ini, pasien sering disebut sebagai konsumen kesehatan.

Konsumen kesehatan sebenarnya merupakan istilah dan konsep baru. Istilah tersebut dipakai untuk menyebut mereka yang menerima layanan kesehatan termasuk layanan medik dari pihak dokter dan rumah sakit. Istilah ini diperkenalkan antara lain oleh aktivis LSM yang bergerak dalam bidang perlindungan konsumen<sup>38</sup>. Penggunaan istilah

---

<sup>37</sup> Lihat Rinanto Suryadimirtha, *Op.cit.* hal 55 dan 205.

<sup>38</sup> Terkait hal ini, di Indonesia ada LSM yang secara khusus memperjuangkan hak-hak konsumen kesehatan seperti Yayasan Perlindungan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI).

konsumen kesehatan bagi penerima layanan kesehatan telah menimbulkan kontroversi. Ada pihak-pihak yang setuju dan ada pula pihak-pihak yang tidak setuju.

Benarkah pasien itu merupakan konsumen? Tepatkan mengualifikasikan pasien sebagai konsumen? Ada pertentangan pendapat terkait hal ini. Mayoritas dokter di Indonesia tidak setuju dengan anggapan bahwa pasien adalah konsumen. Mereka tidak ingin ditempatkan sebagai produsen saat menjalankan tugas profesinya terhadap pasien. Produsen dan konsumen adalah subjek dalam transaksi perdagangan, mereka tidak mau hubungan dokter-pasien diserupakan dengan produsen-konsumen yang ada dalam transaksi perdagangan. Meskipun dokter menerima upah atas pekerjaannya terhadap pasien, dokter lebih suka memandang pelayanan yang dilakukannya itu sebagai sebuah tindakan kemanusiaan dalam rangka menolong pasien dan bukan sebuah tindakan komersial. Terdapat sejumlah fakta yang menguatkan asumsi tersebut, salah satunya adalah larangan dokter untuk mengiklankan diri (*self promotion*). Promosi (iklan) yang sangat inheren dalam dunia bisnis, hal tersebut merupakan kegiatan terlarang bagi profesi kedokteran.

Berbeda dengan dunia bisnis, tidak ada garansi dalam tindakan kedokteran. Sifat dari transaksi terapeutik adalah mengupayakan kesembuhan pasien. Kewajiban yang dipikul oleh seorang dokter dalam transaksi terapeutik adalah berupaya dengan sungguh-sungguh agar pasien bisa sembuh (*inspanning verbintenis*)<sup>39</sup>. Jadi dokter hanya diwajibkan untuk berusaha dengan sungguh dalam melakukan tindakan pengobatan, tetapi tidak bertanggung jawab atas hasilnya.

---

<sup>39</sup> *Inspanning verbintenis* adalah istilah dalam bahasa Belanda yang biasanya dimaknai sebagai perikatan berdasarkan usaha, sedangkan *resultaat verbintenis* dimaknai sebagai perikatan berdasarkan hasil.

Pasien juga berbeda dengan konsumen yang membelanjakan uangnya untuk memperoleh produk-produk tertentu (baik berupa barang atau jasa) yang diinginkannya. Konsumen memiliki kebebasan untuk memilih produk apa yang akan dia beli, dan dengan siapa ia akan melakukan transaksi. Tidak demikian halnya dengan pasien. Pasien kadang-kadang tidak bisa memilih bahkan dalam keadaan tertentu memang tidak memiliki pilihan. Bagi pasien yang mengalami kegawatan medis yang terpenting adalah memperoleh pertolongan segera, tidak perlu memilih ke rumah sakit mana ia hendaknya dibawa. Setiap dokter dibebani kewajiban untuk memberikan pertolongan darurat, dan tidak bisa mengelak dari tugas dan tanggung jawab ini. Meskipun barangkali secara pribadi si dokter tidak suka berurusan dengan pasien tersebut, tetapi dalam konteks kedaruratan medis mau tidak mau, suka tidak suka pasien tersebut harus ditolongnya atas dasar kemanusiaan. Fakta tersebut semakin membuktikan bahwa sifat dari hubungan antara dokter dengan pasien tidak identik dengan pola hubungan produsen-konsumen yang ada dalam transaksi bisnis yang selalu mensyaratkan adanya penawaran (*offer*) dan penerimaan (*acceptance*).

Di lain pihak, LSM yang konsen dengan isu perlindungan konsumen cenderung menganggap pasien tidak lain sebagai konsumen<sup>40</sup>. Bagi mereka, hubungan antara dokter dengan pasien dilihat sebagai sebuah transaksi jasa, dimana pasien membayar sejumlah uang kepada pihak dokter atas tindakan medik yang telah diberikan. Lebih dari itu, layanan kesehatan cenderung telah berubah menjadi sebuah industri yang dapat dioperasikan oleh korporasi yang memang bertujuan untuk mencari keuntungan. Pada

---

<sup>40</sup> Ada beberapa LSM di Indonesia yang konsen pada isu-isu perlindungan konsumen. Yang paling terkenal dan cukup berpengaruh adalah Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI).

kenyataannya, tindakan medik tertentu memerlukan biaya sangat mahal dan tidak dapat dijangkau oleh orang-orang yang berpenghasilan rendah.<sup>41</sup>

Di lain pihak, tidak penting bagi pasien apakah ia seorang konsumen atau bukan. Yang terpenting bagi pasien adalah bagaimana agar bisa sehat dan untuk tujuan sehat itu mereka rela membayar biaya pelayanan rumah sakit. Pasien umumnya telah menyadari bahwa pihak dokter atau rumah sakit sekedar berusaha (berikhtiar) saja, sedangkan soal kesembuhan berada di tangan Allah SWT. Oleh karena itu yang diharapkan oleh pasien adalah upaya yang sungguh-sungguh dari pihak dokter dan rumah sakit untuk mengobati dan/atau merawat pasien yang sakit. Secara moral dokter juga tidak dituntut untuk dapat menyembuhkan si pasien, tetapi hanya dituntut untuk mengerahkan kemampuan profesional yang dimiliki dan bertindak hati-hati.

Di luar kontroversi tersebut, ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa asumsi pasien sebagai konsumen itu ternyata mendapatkan dukungan dari pihak yang memiliki otoritas. Pertama, Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen mengakui hak-hak konsumen yang diatur dalam undang-undang yang lain termasuk di dalamnya Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan yang kini telah diganti dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Keduanya mengatur tentang hak-hak pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pasien juga dikualifikasi sebagai konsumen. Kedua, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) juga

---

<sup>41</sup> Terkait isu ini, terdapat sebuah ungkapan yang cukup terkenal yakni “orang miskin dilarang sakit”.

mengakui pasien sebagai konsumen. IDI pernah menggelar seminar dengan tema “Perlindungan Konsumen Pelayanan Kesehatan<sup>42</sup>”.

Dalam wacana di tingkat internasional, pelayanan kesehatan (*health service*) merupakan salah satu jenis jasa yang dimaksudkan oleh The Service Sector Classification List of the General Agreement in Tariffs on Trade 1991.<sup>43</sup> Pelayanan kesehatan masuk dalam daftar 11 sektor jasa (*service sectors*):

1. Business services;
2. Communication Services;
3. Construction Services;
4. Distribution Services;
5. Education Services;
6. Environmental Services;
7. Financial Services;
8. Health Related and Social Services;
9. Cultural and Sporting Services;
10. Transport Services; and
11. Other Services.

UU Perlindungan Konsumen mendefinisikan konsumen jasa sebagai konsumen akhir. Karena pasien adalah konsumen akhir dari layanan kedokteran/kesehatan maka pasien

---

<sup>42</sup> Chrisdiono M. Achadiat, “Pasien Sama Dengan Konsumen?”, diakses dari <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/092002/top-1.htm>, Senin 13 Oktober 2014, pukul 15.00

<sup>43</sup> Lihat Lampiran 1A Perjanjian Pembentukan World Trade Organization pada Daftar Klasifikasi Sektor Jasa.



dianggap sebagai konsumen.<sup>44</sup> Hal-hal di atas semakin memperkuat asumsi bahwa pasien merupakan konsumen.

Tujuan dari UU Perlindungan Konsumen adalah untuk mewujudkan keseimbangan perlindungan antara produsen dan konsumen. Pasal 19 ayat (1) UU Perlindungan Konsumen menyatakan bahwa produsen bertanggung jawab untuk memberikan ganti kerugian untuk kerusakan, polusi, dan/atau kerugian yang dialami oleh konsumen yang disebabkan karena menggunakan barang atau jasa dari produsen. Pasal 19 ayat (2) menyatakan bahwa ganti rugi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 dapat berupa pengembalian uang, penggantian barang/jasa sejenis, atau perawatan kesehatan dan atau santunan keuangan.

Ada beberapa kesulitan jika menggunakan UU Perlindungan Konsumen untuk mendekati isu malpraktik medik. Pasal 19 ayat (3) menyebutkan bahwa pembayaran ganti rugi akan dilakukan paling lambat satu minggu setelah tanggal transaksi. Itu berarti bahwa konsumen tidak akan mendapat ganti rugi jika dia menderita kerugian setelah delapan hari setelah tanggal transaksi. Dalam konteks tindakan medik, jenis kerugian tertentu bisa mengambil masa lebih lama dari waktu satu minggu untuk termanivestasi. Jika pasien mengajukan keluhan setelah tujuh hari, maka kerugian tersebut tidak dapat ditanggung.

Lebih lanjut pasal 19 ayat 5 menyatakan bahwa produsen tidak bertanggung jawab untuk membayar ganti kerugian apabila kerugian konsumen tersebut ternyata diakibatkan oleh kesalahan konsumen sendiri. Dalam konteks tindakan medik, dokter tidak bertanggung jawab terhadap kerugian yang dialami oleh pasien jika ternyata kerugian tersebut terjadi akibat kesalahan pasien sendiri. Dokter bisa melakukan pembelaan diri

---

<sup>44</sup> Pasal 1 ayat (2) UU Perlindungan Konsumen.

menggunakan alasan yang di dalam ilmu hukum kedokteran disebut *contributory negligence*.

Penyelesaian sengketa konsumen dilakukan melalui Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) yang didirikan berdasarkan Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen. Sesuai namanya, BPSK berurusan dengan sengketa konsumen. Dengan mengasumsikan bahwa hubungan dokter-pasien sebagai hubungan antara produsen dan konsumen, beberapa pihak berpandangan bahwa asengketa antara dokter dengan pasien (sengketa medik) juga dapat diselesaikan melalui BPSK. Meskipun masih diperdebatkan apakah yurisdiksi BPSK juga meliputi sengketa medik, tetapi dalam kenyataan beberapa sengketa semacam itu pernah dibawa ke BPSK.<sup>45</sup>

BPSK berdiri sejak tahun 2001. Lembaga ini terdapat di tingkat kabupaten/kota. Kecuali DKI Jakarta, BPSK ada di tingkat propinsi.<sup>46</sup> BPSK memfasilitasi pihak yang bersengketa untuk menempuh penyelesaian di luar pengadilan. Proses penyelesaian sengketa dilakukan menggunakan mekanisme mediasi, arbitrase atau konsiliasi. Dalam menyelesaikan sengketa, BPSK membentuk panitia yang terdiri dari sekurangnya tiga anggota mewakili pemerintah, pelaku bisnis dan lembaga perlindungan konsumen. Selain itu, BPSK juga menyediakan konsultasi terkait perlindungan konsumen. BPSK memiliki wewenang untuk menjatuhkan sanksi administratif kepada produsen yang melanggar ketentuan UU Perlindungan Konsumen.

---

<sup>45</sup> Jumlah sengketa terkait dugaan malpraktik medik yang dibawa ke BPSK sejauh ini sangat sedikit. Menurut Ibu Ganef Judawaty, Direktur Pemberdayaan Konsumen Kementerian Perdagangan, dari sebanyak 85 BPSK yang aktif, hanya BPSK Denpasar yang tercatat pernah menangani sengketa terkait dugaan malpraktik medik. Hal ini menunjukkan bahwa pasien kurang familier dengan BPSK. Hal ini mungkin disebabkan kebanyakan pasien menganggap bahwa BPSK hanya berurusan dengan sengketa konsumen saja. Terkait yurisdiksi BPSK, Ganef menyatakan bahwa karakter sengketa yang bisa dibawa ke BPSK adalah sengketa perdata dan pihak konsumen yang terkait adalah konsumen akhir.

<sup>46</sup> Semestinya BPSK terdapat di seluruh kabupaten/kota di Indonesia, tetapi tidak demikian kenyataannya. Menurut Ganef Judawati, hal tersebut disebabkan karena faktor keterbatasan anggaran serta sumber daya manusia.

Putusan harus dibuat dalam waktu 21 hari sejak gugatan diterima. Putusan BPSK harus dilaksanakan oleh pelaku usaha terkait dalam waktu 7 hari sejak putusan dikeluarkan. Pihak yang bersengketa boleh mengajukan keberatan terhadap putusan tersebut dalam waktu 14 hari sejak diterimanya putusan. Dalam hal pelaku usaha tidak mengajukan keberatan dalam waktu 14 hari, ybs dianggap telah menerima putusan.

Undang-undang Perlindungan Konsumen menyediakan dua cara penyelesaian sengketa konsumen yaitu mekanisme litigasi dan mekanisme non litigasi. Konsumen (termasuk pasien) yang mengalami kerugian akibat tindakan medik yang dilakukan oleh pihak dokter/rumah sakit bebas memilih antara menempuh jalur litigasi atau jalur non litigasi. Jika jalur litigasi yang dipilih, konsumen (termasuk pasien) dapat menempuh penyelesaian secara perdata atau pidana tergantung dari sifat kesalahan dari pihak produsen (dokter/rumah sakit). Namun jika konsumen (pasien) lebih memilih jalur non litigasi, UU Perlindungan Konsumen menyediakan mekanisme penyelesaian melalui sebuah lembaga yang bernama Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK).

Proses penyelesaian sengketa di BPSK dilakukan melalui tiga pilihan mekanisme, yaitu: arbitrase, konsiliasi, atau mediasi. Jika BPSK beranggapan bahwa konsumen (pasien) telah dirugikan oleh tindakan produsen (dokter/rumah sakit), BPSK dapat menjatuhkan sanksi administratif berupa ganti kerugian paling banyak 200 juta rupiah kepada produsen (dokter/rumah sakit).

## **B. MEDIASI: MEKANISME IDEAL UNTUK MENYELESAIKAN SENGKETA MEDIK**

Dari berbagai kajian yang telah dilakukan, peneliti menemukan bahwa mediasi merupakan mekanisme paling ideal untuk penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Kesimpulan itu didasarkan pada berbagai pertimbangan yaitu:

- a) Mekanisme mediasi bertumpu pada pola musyawarah untuk mufakat yang sesuai dengan budaya bangsa Indonesia;
- b) Sebagai salah satu cara menyelesaikan sengketa di luar pengadilan, mekanisme mediasi terbebas dari berbagai kelemahan instrinsik yang ada pada mekanisme litigasi seperti prosedurnya kompleks, waktunya lama, dan biayanya mahal;
- c) Mekanisme mediasi menawarkan penyelesaian yang bersifat *win-win solution*;
- d) Mekanisme mediasi memberi ruang dialog yang cukup antara pihak yang bersengketa; dan
- e) Mekanisme mediasi memiliki katup pengaman (dalam hal ini mediator) yang mampu mencairkan kebekuan komunikasi antara dua pihak yang bersengketa.

#### 1. Mediasi dalam Berbagai Peraturan Perundang-undangan

Tidak berlebihan jika dikatakan bahwa mediasi merupakan mekanisme penyelesaian sengketa di luar pengadilan yang paling populer di Indonesia, jika di bandingkan dengan mekanisme penyelesaian sengketa non litigasi lainnya. Prosedur mediasi dipraktikkan di berbagai lembaga seperti pengadilan, ombudsman, BPSK, BPRS, dan sudah barang tentu di berbagai lembaga swadaya masyarakat yang memang secara khusus didirikan untuk memberikan pelayanan mediasi seperti Pusat Mediasi Nasional (PMN), Badan Mediasi Indonesia (BAMI) dan Indonesian Institute for Conflict Transformation (IICT).

Ketentuan tentang mediasi juga terdapat di dalam berbagai peraturan perundang-undangan yaitu Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen, Undang-undang Nomor 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa, Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan, dan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

#### 2. Mediasi di Pengadilan (*Court-Connected Mediation*)

Sebagaimana telah disinggung bahwa salah satu lembaga yang melaksanakan prosedur mediasi adalah pengadilan. Prosedur mediasi di pengadilan telah menjadi praktik umum di berbagai negara. Prosedur ini dalam bahasa Inggris dikenal dengan beberapa istilah seperti *in court mediation*, *court-annexed mediation*, *court-connected mediation*. Di Jepang prosedur semacam ini disebut *wakai*.

Prosedur mediasi di pengadilan dilembagakan pertama kali pada tahun 2003 berdasarkan Peraturan Mahkamah Agung Nomor 2 Tahun 2003 Tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan<sup>47</sup>. Ketentuan ini diperbarui dengan Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan. Prosedur ini merupakan pengembangan dari lembaga perdamaian (*dading*) yang telah dipraktikkan sejak lama dalam sistem peradilan Indonesia.

Tujuan dari pembentukan lembaga mediasi di pengadilan adalah untuk mengurangi penumpukan perkara di pengadilan. Mediasi di pengadilan disediakan untuk penyelesaian sengketa perdata. Sebelum melakukan pemeriksaan perkara, pada kesempatan pertama melaksanakan persidangan, Hakim harus memerintahkan kepada pihak yang bersengketa untuk lebih dahulu menempuh penyelesaian melalui mediasi. Jika hakim tidak melakukannya, maka putusan yang diambilnya batal demi hukum (*void*).

### 3. Mediasi dalam Undang-undang Kesehatan

Sebagaimana telah disinggung, ketentuan tentang mediasi juga ditemukan dalam Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan). Berbeda dengan ketentuan mediasi dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang lain, mediasi yang diatur dalam UU Kesehatan hanya dikhususkan untuk sengketa yang terjadi dalam bidang pelayanan kesehatan. Sengketa dalam bidang pelayanan kesehatan dapat terjadi karena dipicu oleh kelalaian tenaga kesehatan yang menimbulkan kerugian pada pihak pasien. Pasal 29 UU Kesehatan menyatakan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Ketentuan tersebut dikuatkan oleh ketentuan yang ada dalam Undang-undang Tenaga Kesehatan (UU Tenaga Kesehatan). Pasal 78 UU Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian itu harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

---

<sup>47</sup> Sebelumnya Mahkamah Agung RI menerbitkan Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2002 Tentang Pemberdayaan Pengadilan Tingkat Pertama Menerapkan Lembaga Damai.

Timbul pertanyaan, pola mediasi seperti apakah yang dikehendaki oleh Pasal 29 UU Kesehatan tersebut? Jawaban atas pertanyaan di atas ditemukan dalam bagian penjelasan Pasal 29 UU Kesehatan. Dinyatakan di sana bahwa mediasi dilakukan bila timbul sengketa antara tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan. Mediasi dilakukan bertujuan untuk menyelesaikan sengketa di luar pengadilan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak. Dengan demikian jelaslah kiranya bahwa proses mediasi yang dimaksud oleh ketentuan Pasal 29 UU Kesehatan adalah mediasi informal yang dilakukan di luar pengadilan (*out-court mediation*).

#### 4. Mediasi Penal (*Penal Mediation*)

Dalam praktik, mediasi penal terkait dugaan malpraktik medik dilaksanakan di tingkat kepolisian. Namun mengingat belum dibakukannya mekanisme mediasi penal tersebut, praktik yang terjadi lebih mirip penyelundupan hukum dari pada mediasi penal. Penyidik menahan diri untuk menggunakan kewenangannya dalam proses penegakkan hukum dan menghentikan proses itu dengan pertimbangan bahwa antara pihak korban dengan tersangka telah tercapai suatu kesepakatan damai. Tanpa aturan yang jelas, mekanisme ini rawan membuka celah praktik suap di kalangan aparat penegak hukum. Perkara dugaan malpraktik medik bisa dijadikan komoditi oleh oknum aparat penegak hukum. Bahkan lebih jauh lagi membuka celah eksploitasi terhadap tenaga medik yang disangka melakukan malpraktik medik.

Sebenarnya perkara dugaan malpraktik medik tidak dikenal di dalam proses hukum. Istilah malpraktik medik tidak digunakan baik oleh penyidik, penuntut umum maupun oleh hakim dalam proses pemeriksaan perkara. Aparat penegak hukum menggunakan istilah umum sesuai ketentuan hukum yang dipakai sebagai acuan dalam proses penyidikan atau penuntutan. Dalam menangani kasus dugaan malpraktik medik biasanya penyidik menggunakan ketentuan Pasal 359 atau 360 KUHP tergantung dari akibat yang dialami oleh pasien. Jika pasien meninggal dunia dan meninggalnya pasien tersebut diduga karena kelalaian dokter, maka kepada dokter yang bersangkutan akan dikenakan Pasal 359 KUHP. Jika pasien menderita luka-luka berat dan luka-luka tersebut diduga terjadi karena kelalaian dokter, maka terhadap dokter yang bersangkutan akan dikenakan Pasal 360 KUHP. Dengan demikian jika seorang dokter diperkarakan secara pidana karena diduga

melakukan kelalaian yang menyebabkan kematian pasien, maka sangkaan yang digunakan adalah “karena kelalaiannya telah menyebabkan matinya orang lain”. Di Berkas Acara Pemeriksaan (BAP) ditulis bahwa dokter tersebut disangka melakukan tindak pidana “karena kelalaiannya menyebabkan matinya orang lain”.

Ancaman pidana yang terdapat di dalam ketentuan Pasal 359 KUHP adalah pidana penjara paling lama 5 tahun. Sesuai ketentuan hukum acara pidana, terhadap tindak pidana yang diancam dengan pidana lima tahun ke atas, kepada tersangka dapat dikenakan penahanan. Jika pada akhirnya sengketa tersebut diselesaikan secara damai, maka penyidik harus menghentikan proses hukum dan mengeluarkan tersangka dari tahanan. Di dalam praktik, kepada tersangka dibebani biaya tertentu sebagai syarat penghentian proses hukum. Hal ini mirip dengan mekanisme ‘sidang di tempat’ atau mekanisme ‘damai’ yang sering dilakukan oleh oknum Polisi Lalu Lintas sebagai alternatif dari sidang di pengadilan pada perkara pelanggaran lalu lintas. Jika demikian halnya, maka proses ‘perdamaian’ tersebut lebih merupakan penyelundupan hukum daripada mediasi penal. Selain terjadi perdamaian antara korban dengan tersangkat, sebenarnya juga telah terjadi ‘perdamaian’ antara tersangka dengan oknum penyidik. Bisa jadi oknum penyidik tidak meneruskan perkaranya bukan semata-mata karena telah terjadi perdamaian antara korban dengan tersangka, tetapi karena oknum penyidik juga telah mendapatkan ‘kedamaian’.

#### 5. Pendayagunaan Prosedur Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa terkait Dugaan Malpraktik Medik

Ada kecenderungan di dunia internasional untuk mengalihkan penyelesaian sengketa medik (*medical dispute*) dari model litigasi (*in court settlement*) ke model-model penyelesaian sengketa di luar pengadilan (*out of court settlement*) yang lebih bermuara pada paradigma *win-win solution*. Paradigma ini sebenarnya sudah mulai diadopsi di Indonesia hanya pelaksanaannya masih belum menggembirakan. Sebagaimana telah diungkapkan sebelumnya, UU Kesehatan menentukan agar sengketa yang terjadi karena adanya kelalaian tenaga kesehatan harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Akan tetapi, nampaknya ketentuan tersebut belum sepenuhnya menjadi acuan masyarakat maupun aparat penegak hukum terkait penyelesaian sengketa medik di Indonesia.

Kecenderungan pasien di Indonesia untuk memperkarakan dokter melalui jalur hukum masih cukup tinggi. Hal ini lebih diperparah dengan sikap aparat penegak hukum yang terkesan kurang mengindahkan ketentuan Pasal 29 UU Kesehatan di atas. Paling tidak hal itu dapat dibuktikan dari proses hukum yang menimpa dokter Ayu Sasiary Prawani dan kedua orang rekannya. Jika ketentuan Pasal 29 UU Kesehatan dijadikan acuan, mestinya proses hukum tersebut tidak perlu terjadi. Kalaupun proses hukum harus terjadi, mestinya proses hukum yang berjalan terhadap ketiga dokter tersebut adalah gugatan perdata dan bukan tuntutan pidana. Namun sebagaimana telah dimaklumi bersama, dokter Ayu dan kedua rekannya telah dituntut secara pidana dan bahkan melalui putusan di tingkat kasasi mereka dijatuhi pidana sepuluh bulan penjara.

Tuntutan pidana adalah mimpi buruk bagi setiap dokter. Sebenarnya tidak ada yang mempersoalkan apabila seorang dokter dituntut secara pidana karena terlibat dalam perbuatan kriminal seperti tindakan aborsi ilegal ataupun perdagangan organ tubuh. Tetapi tuntutan pidana terhadap dokter karena dugaan malpraktik medik telah menimbulkan kontroversi. Bahkan pada kasus dokter Ayu, pidana penjara sepuluh bulan yang dijatuhkan oleh majlis hakim kasasi kepada ketiga terdakwa yakni dokter Dewa Ayu Sasiari Prawany, dokter Hendy Siagian dan dokter Handry Simanjuntak telah membangkitkan gelombang protes dari kalangan dokter di seluruh Indonesia.

Putusan kasasi dalam kasus dokter Ayu telah memunculkan sikap skeptis dari kalangan profesi medik terhadap hukum dan proses penegakkannya. Mereka secara sinis menganggap bahwa apabila tindakan medik tidak berjalan semestinya dan timbul akibat yang tidak diharapkan, aparat penegak hukum lebih berorientasi pada isu perlindungan pasien daripada isu perlindungan terhadap iktikad baik dokter dalam upaya menolong pasien. Bekerja dalam suasana tertekan seperti ini dapat mendorong kalanga dokter di Indonesia untuk benar-benar menerapkan pola *defensive medicine*.

Kasus dokter Ayu telah menjadi pemicu munculnya praktik *defensive medicine* di Indonesia. Paska kasus dokter Ayu, *defensive medicine* benar-benar menjadi sebuah realita, bukan lagi sekedar wacana. Tentu akan menguntungkan masyarakat jika kekhawatiran terhadap munculnya gugatan/tuntutan hukum mendorong para dokter untuk lebih berhati-hati dalam bekerja. Akan tetapi jika kekhawatiran tersebut justru mendorong para dokter untuk merekomendasikan prosedur-prosedur pemeriksaan yang tidak perlu, atau



mendorong para dokter untuk menghindari tindakan-tindakan medik yang beresiko tinggi, yang demikian tentu akan sangat merugikan masyarakat.

Prosedur mediasi yang diintrodusir oleh UU Kesehatan memberi petunjuk tentang politik hukum (*legal policy*) Pemerintah Republik Indonesia terkait pola penyelesaian sengketa medik. Pemerintah menghendaki agar mekanisme penyelesaian sengketa secara damai (*amicable settlement*) menjadi prioritas utama dalam proses penyelesaian sengketa antara tenaga kesehatan dengan pasien, termasuk di dalamnya sengketa antara dokter dengan pasien karena dugaan malpraktik medik (sengketa medik).

Kebijakan (*policy*) tersebut sangat maju dan sesuai dengan perkembangan di dunia internasional. Mediasi sangat populer di berbagai negara maju terutama di Amerika Serikat, Australia, Jepang dan Singapura.

Secara historis, mekanisme mediasi sebenarnya bukan perkara baru. Model penyelesaian sengketa melalui musyawarah dengan atau tanpa bantuan pihak ketiga yang netral telah lama dikenal dan dipraktikan oleh masyarakat Indonesia. Bahkan prinsip musyawarah untuk mufakat yang menjadi inti mekanisme mediasi merupakan salah satu nilai budaya asli yang dimiliki bangsa Indonesia. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa, pengaturan tentang mediasi sebenarnya lebih merupakan proses reformulasi kearifan lokal daripada sekedar proses adaptasi terhadap perkembangan di dunia internasional<sup>48</sup>.

Sebagaimana telah disinggung, meskipun ketentuan tentang mediasi untuk penyelesaian sengketa medik sudah ada sejak tahun 2009, namun sayang sekali ketentuan tersebut belum sepenuhnya menjadi acuan masyarakat maupun aparat penegak hukum di Indonesia. Penerapan sarana mediasi dalam penyelesaian sengketa medik sebagaimana dikehendaki oleh pasal 29 UU Kesehatan menghadapi sejumlah kendala di lapangan. Salah satu kendalanya ialah tidak adanya peraturan pelaksana yang menjelaskan bagaimanakah mekanisme mediasi tersebut secara teknis harus dijalankan. Sebagaimana telah disinggung, ada sejumlah peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang mediasi seperti Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan, Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen, dan

---

<sup>48</sup> Diskursus tentang mediasi atau ADR secara lebih luas, biasanya mengacu perkembangan yang terjadi di dunia Barat khususnya Amerika Serikat.

Undang-undang Nomor 30 tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Di samping itu, sebagaimana telah disebut sebelumnya, di luar sana terdapat beberapa lembaga yang melaksanakan fungsi mediasi seperti: Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK), Ombudsman, dan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS). Semua lembaga-lembaga tersebut dianggap relevan untuk penyelesaian sengketa medik. Hal demikian cukup membingungkan di tingkat operasional. Bagaimanakah mekanisme mediasi dijalankan? Kemanakah proses mediasi harus dibawa? Itu diantara persoalan-persoalan yang muncul di lapangan.

Bagi pihak pasien hal demikian tidak terlalu menjadi persoalan. Dalam batas-batas tertentu, banyaknya pilihan tersebut justru menguntungkan. Pasien bisa menggunakan jalur manapun dalam rangka mewujudkan kepentingannya untuk mendapatkan kompensasi dari pihak dokter/dan atau rumah sakit berkenaan. Jika jalur pertama mengalami kebuntuan, pasien bisa mencoba jalur-jalur lainnya. Namun bagi pihak dokter/dan atau rumah sakit berkenaan, banyaknya pilihan itu bisa jadi sangat merugikan. Pihak dokter/dan atau rumah sakit bisa menjadi 'korban' eksperimen (*trial and error*) pihak pasien dan atau pengacaranya. Pihak dokter dan/ atau rumah sakit bisa terseret-seret ke sana kemari, dari satu lembaga ke lembaga yang lain mengikuti alur permainan pihak pasien dan/atau pengacaranya.

Kendala lainnya adalah pola pikir (*mindset*) masyarakat serta aparat penegak hukum yang cenderung memahami peristiwa yang secara sosiologis disebut malpraktik medik itu sebagai peristiwa pidana, terutama jika pihak pasien mengalami luka-luka atau bahkan meninggal dunia. Sebagai akibatnya, pasien yang merasa telah menjadi korban malpraktik medik cenderung memperkarakan dokter yang bersangkutan ke ranah pidana. Pihak kepolisian juga acap kali begitu saja memproses laporan dugaan malpraktik medik tersebut tanpa mengindahkan ketentuan tentang mediasi sebagaimana telah diatur dalam Pasal 29 UU Kesehatan. Lebih parah lagi, kasus dugaan malpraktik medik hampir selalu dikaitkan dengan ketentuan Pasal 359 dan 360 KUHP, hanya karena terdapat fakta bahwa pasien menderita luka-luka atau meninggal dunia. Faktor luka-luka dan meninggalnya pasien memang mendukung salah satu unsur delik yang diatur dalam Pasal 359 dan 360 KUHP tersebut, namun harus didudukkan sedemikian rupa sehingga tidak terkesan memaksakan berlakunya pasal-pasal tersebut pada kasus dugaan malpraktik medik.

Prosedur mediasi perlu didayagunakan agar dapat lebih optimal menjalankan fungsinya. Pendayagunaan sarana mediasi dilakukan dengan mencari solusi atas berbagai kendala tersebut. Berikut ini akan diuraikan langkah-langkah strategis yang diharapkan bisa menjadi solusi atas berbagai permasalahan yang terjadi serta mengatasi berbagai kendala yang ada.

a. Terkait dengan wajibnya mediasi:

Perlu ditegaskan sifat mengikat dari prosedur mediasi terkait dengan penyelesaian sengketa medik. Masyarakat dan aparat harus faham bahwa terkait penyelesaian sengketa medik, prosedur mediasi itu bersifat wajib. Pasal 29 UU Kesehatan secara tegas menyatakan, “dalam hal tenaga kesehatan melakukan kelalaian dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, kelalaian itu harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi”. Ketentuan tersebut dipertegas lagi dalam Pasal 78 UU Tenaga Kesehatan yang menyatakan, “jika tenaga kesehatan melakukan kelalaian dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, harus diselesaikan lebih dahulu di luar pengadilan sesuai ketentuan undang-undang”. Ketentuan undang-undang yang dimaksud dalam pasal 78 tersebut tentu saja adalah pasal 29 UU Kesehatan yang merupakan undang-undang payung (*Umbrella Act*) bagi UU Tenaga Kesehatan.

b. Terkait dengan teknis mediasi

Perlu ditegaskan bagaimanakah teknis mediasi untuk penyelesaian sengketa medik sebagaimana dimaksud oleh ketentuan pasal 29 UU Kesehatan itu seharusnya dijalankan. Harus ada peraturan pelaksana dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP) yang mengatur secara jelas dan rinci bagaimana prosedur mediasi tersebut dilaksanakan. Peraturan pelaksana semacam ini diperlukan guna memberi kepastian serta menghilangkan kerancuan.

Mengingat sengketa medik sangat spesifik, dalam arti melibatkan aspek hukum dan ilmu kedokteran (*medico-legal*) maka pihak-pihak yang terlibat dalam proses mediasi haruslah orang-orang yang benar-benar memahami hukum kedokteran dengan baik. Oleh karena itu, melalui Peraturan Pemerintah tersebut perlu ditegaskan misalnya

bahwa proses mediasi terkait penyelesaian sengketa medik dilakukan oleh mediator yang kompeten yang terdaftar di Dinas Kesehatan setempat.

Pengaduan sengketa medik dan pelaksanaan mediasi dikelola oleh suatu lembaga yang khusus didirikan untuk itu. Lembaga tersebut bisa didirikan oleh berbagai elemen *civil society* seperti pihak universitas atau organisasi kemasyarakatan (Ormas) dengan izin operasional dari Departemen Kesehatan.

Untuk memperkuat Peraturan Pemerintah tersebut, perlu diterbitkan pula Peraturan Mahkamah Agung yang mengatur tentang prosedur mediasi untuk penyelesaian sengketa medik. Peraturan Mahkamah Agung ini mengatur hal-hal yang bersifat khusus dari ketentuan umum mediasi di pengadilan sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan.

c. Terkait mindset aparat

Cara pandang (*mindset*) aparat penegak hukum terkait isu malpraktik medik dan penyelesaiannya perlu diluruskan. Aparat perlu difahamkan tentang pengertian malpraktik medik dan bagaimana memahaminya secara keilmuan (*medical jurisprudence*) maupun secara hukum (*medical law*). Aparat harus mengerti, kapankah kasus malpraktik medik masuk ke ranah pidana dan ketentuan pidana mana yang seharusnya diterapkan.

Selama ini aparat penegak hukum hampir selalu menerapkan ketentuan Pasal 359 atau 360 KUHP dalam menangani kasus dugaan malpraktik medik.<sup>49</sup> Perlu ditegaskan bahwa ketentuan pidana umum khususnya Pasal 359 dan 360 KUHP tersebut seharusnya tidak diterapkan pada kasus malpraktik medik. Sebelumnya, aparat penegak hukum harus memperhatikan dan mengindahkan ketentuan tentang mediasi sebagaimana diatur dalam Pasal 29 UU Kesehatan. Selain itu aparat juga harus memperhatikan serta mengindahkan ketentuan-ketentuan yang ada dalam UU Praktik Kedokteran, khususnya yang mengatur tentang otoritas MKDKI serta ketentuan pidana yang relevan dengan isu malpraktik medik. Ketentuan-ketentuan hukum yang ada di

---

<sup>49</sup> Lihat kasus dokter Setyaningrum (1980), dan Kasus dokter Ayu (2010).

dalam ke dua undang-undang khusus tersebut bersifat mengikat serta mengesampingkan ketentuan-ketentuan umum yang diatur di dalam KUHP.

Berbagai ketentuan hukum yang terdapat di dalam beragam peraturan perundang-undangan yang ada harus didudukan sedemikian rupa sehingga terwujud sebuah harmoni. Pengabaian prosedur mediasi dan pemaksaan berlakunya ketentuan pidana umum khususnya Pasal 359 dan 360 KUHP melanggar asas hukum dan merusak harmoni.

Jika telah dipahami sifat mengikatnya prosedur mediasi di satu sisi, dan tidak berlakunya ketentuan pidana umum khususnya Pasal 359 dan 360 KUHP di sisi lain, maka tuntutan pidana yang tidak perlu (*unnecessary prosecution*) dapat dihindari dan keadilan restoratif (*restorative justice*) dapat ditegakkan.

Sebenarnya dengan berlakunya UU Tenaga Kesehatan, ketentuan Pasal 359 dan 360 KUHP yang selama ini menjadi momok kalangan profesi medis dengan sendirinya tidak berlaku lagi. UU Tenaga kesehatan telah mengatur secara spesifik bentuk-bentuk kelalaian yang dapat dipidana. Pasal 84 ayat (1) UU Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa setiap tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian berat yang mengakibatkan Penerima Pelayanan Kesehatan luka berat dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun. Sedangkan Pasal 84 ayat (2) menyatakan bahwa jika kelalaian berat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan kematian, setiap tenaga kesehatan dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun.

Hadirnya ketentuan Pasal 84 ini membuat kalangan profesi kedokteran seolah-olah keluar dari mulut harimau lalu masuk ke mulut buaya. Dengan adanya ketentuan tersebut pemidanaan terhadap dokter terkait dugaan malpraktik medik mendapatkan dasar hukum (legalitas) yang kuat. Dengan begitu maka ancaman kriminalisasi terhadap dokter benar-benar memperoleh legitimasi.

Secara normatif tidak keliru pembuat undang-undang (*legislator*) membuat rumusan-rumusan delik semacam itu. Masalah akan timbul di tingkat penerapan dan penegakannya. Tidak mudah memastikan terpenuhinya unsur-unsur delik sebagaimana diatur dalam Pasal 84 UU Kesehatan tersebut. Membuktikan telah terjadinya luka berat atau pun kematian pada pihak pasien memang tidak sulit, yang sulit adalah

membuktikan unsur kelalaian dokter serta unsur hubungan sebab akibat (*causal link*) antara kelalaian dokter dengan luka berat atau kematian yang dialami oleh pasien.

Unsur kelalaian tidak dapat dinilai oleh hakim dan ditentukan semata-mata berdasarkan penilaian juridis. Unsur kelalaian hanya bisa dinilai oleh kalangan profesi kedokteran sendiri karena mereka lah yang tahu standar pelayanan yang berlaku di dunia kedokteran (*standard of practice*) dan bentuk-bentuk penyimpangannya yang dapat dipertanggungjawabkan. Membuktikan adanya hubungan kausal antara kelalaian dokter dengan akibat yang dialami oleh pasien juga bukan persoalan gampang. Terbukti pada kasus dokter Ayu misalnya, majlis hakim pada tingkat kasasi pun gagal melakukan proses ini.<sup>50</sup>

Terkait ancaman kriminalisasi terhadap dokter yang ditimbulkan oleh ketentuan Pasal 84 UU Tenaga Kesehatan tersebut, perlu dilakukan langkah-langkah antisipasi antara lain pengajuan permohonan perubahan (amandemen) ketentuan Pasal 84 UU Kesehatan tersebut. Jika norma hukum yang terdapat dalam ketentuan tersebut karena berbagai alasan dan pertimbangan hendak dipertahankan, melalui proses amandemen yang akan diajukan tersebut setidaknya-tidaknya ditambahkan keterangan-keterangan tertentu yang bersifat membatasi penerapan ketentuan pasal tersebut tersebut secara eksekutif dan sewenang-wenang oleh pihak aparat.

---

<sup>50</sup> Dalam kasus dokter Ayu, kematian secara medis disimpulkan bahwa kematian pasien karena faktor emboli udara, namun bentuk-bentuk kelalaian yang dianggap terbukti telah dilakukan oleh terdakwa, tidak ada satu pun yang menjadi penyebab langsung (*direct cause*) timbulnya emboli tersebut. Jika demikian ada mata rantai yang hilang (*missing link*) antara kelalaian yang dirujuk oleh majlis hakim dengan kematian pasien (korban). Jika kelalaian tersebut bukan merupakan sebab langsung (*direct cause*) seharusnya terdakwa diputus bebas (*frijpraak/Acquital*). Analisis ini diambil dari pendapat Arif Setiawan berdasarkan wawancara pada tanggal 08 Desember 2015.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

- a) Berdasarkan ketentuan-ketentuan yang terdapat di dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang ada, perkara malpraktik medik dapat diselesaikan baik secara litigasi maupun non litigasi. Penyelesaian secara litigasi dapat dilakukan melalui peradilan perdata maupun pidana. Penyelesaian secara non litigasi dapat dilakukan melalui berbagai lembaga seperti MKDKI, MKEK, ADR, Ombudsman dan BPSK.
- b) Mediasi adalah cara paling ideal untuk menyelesaikan perkara malpraktik medik. Mekanisme ini telah dilembagakan secara khusus melalui Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (UU Kesehatan) dan dikuatkan oleh Undang-undang Nomor 36 tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan (UU Tenaga Kesehatan).
- c) Meskipun telah diatur sejak tahun 2009, pelaksanaan mediasi belum menggembirakan karena terkendala oleh berbagai macam faktor seperti tidak adanya peraturan pelaksana ketentuan mediasi dan *mindset* anggota masyarakat serta aparat yang cenderung menganggab peristiwa yang secara sosiologis disebut malpraktik medik, khususnya yang mengakibatkan luka-luka dan kematian, sebagai peristiwa pidana.
- d) Sebagai mekanisme ideal, prosedur mediasi harus didayagunakan sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam proses penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Untuk memperkuat lembaga mediasi tersebut perlu diterbitkan peraturan pelaksana dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP) yang memberi petunjuk teknis pelaksanaan prosedur mediasi untuk penyelesaian sengketa medik. Disamping itu, Mahkamah Agung perlu juga menerbitkan peraturan yang mengatur secara spesifik prosedur mediasi di pengadilan khusus untuk sengketa medik.

Terkait ancaman kriminalisasi terhadap dokter yang ditimbulkan oleh ketentuan Pasal 84 UU Tenaga Kesehatan, disarankan agar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) mengambil inisiatif untuk mengajukan permohonan perubahan (amandemen) ketentuan Pasal 84 UU Kesehatan tersebut. Melalui proses amandemen yang akan diajukan tersebut diharapkan agar setidaknya-tidaknya

ditambahkan keterangan-keterangan tertentu yang bersifat membatasi penerapan ketentuan pasal tersebut tersebut secara eksesif dan sewenang-wenang oleh pihak aparat.

## DAFTAR PUSTAKA

### a. Peraturan Perundang-undangan

- Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP)
- Kitab Undang-undang Hukum Perdata (BW)
- Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen
- Undang-undang Nomor 30 Tahun 1999 Tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa
- Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan

### b. Buku

- Widodo Trisno Novianto, *Alternatif Model Penyelesaian Sengketa Medik di Luar Pengadilan melalui Lembaga Penyelesaian Sengketa Medik dalam Pelayanan Kesehatan*, Surakarta: UNS Press, 2014.
- Rinanto Suryadhimirtha, *Hukum Malapraktik Kedokteran*, Yogyakarta: Total Media, 2011.
- Danny Wiradharma, Inge Rusli, dan Dionisia Sri Hartati, *Alternatif Penyelesaian Sengketa Medik*, Jakarta: Sagung Seto, 2011.
- Eddi Junaidi, *Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik*, Jakarta: Rajawali Press, 2011.
- Mudakir Iskandarsyah, *Tuntutan Pidana dan Perdata Malpraktik*, Jakarta: Permata Aksara, 2011.
- S. Soetrisno, *Malpraktek Medik dan Mediasi sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Jakarta: Telaga Ilmu, 2010.
- M. Yusuf Hanafiyah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, edisi ke 4, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2009.
- Adami Chazawi, *Malpraktik Kedokteran: Tinjauan Norma dan Doktrin Hukum*, Malang: Bayu Media, 2007.



- Safitri Hariyani, *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan antara Dokter dengan Pasien*, Jakarta: Diadit Media, 2005.
- Puteri Nemie, *Medical Negligence*, Kuala Lumpur: International Law Book Service, 2003.
- Sal Fiscina, et al, *Medical Liability*, St. Paul: West Publishing Co, 1991.

c. Artikel

- Anonim, “Kemenkes Dukung Aksi Mogok Dokter Se-Indonesia”, diunduh dari <http://nasional.news.viva.co.id/news/read/461728-kemenkes-dukung-aksi-mogok-dokter-se-indonesia> pada hari Senin 13 Oktober 2014, pukul 13.00 WIB.
- Anonim, “Stop Kriminalisasi Dokter”, diunduh dari <http://www.esamarinda.com/2013/11/26/stop-kriminalisasi-dokter/8785/>, pada hari Senin, 13 Oktober 2014, pukul 12.50 WIB.
- Anonim, “Aksi Mogok Dokter Bertentangan dengan Kemanusiaan”, diunduh dari <http://www.tribunnews.com/nasional/2013/11/26/aksi-mogok-dokter-bertentangan-dengan-kemanusiaan>, pada hari Senin 13 Oktober 2014, pukul 13.20 WIB.
- Anonim, "What is Medical Malpractice?" diunduh dari <http://www.medicalmalpractice.com>, pada tanggal 17 April 2013 jam 10.00 WIB.
- Chrisdiono M. Achadiat, “Pasien Sama dengan Konsumen”, diunduh dari <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/092002/top-1.htm>.