PERTANGGUNGJAWABAN HUKUM TENAGA MEDIS DALAM KASUS MALAPRAKTIK BERDASARKAN UNDANG-UNDANG NOMOR 29 TAHUN 2004 TENTANG PRAKTIK KEDOKTERAN DAN UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN

Gunawan Widjaja

Senior Lecturer Faculty of Law Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta
widjaja_gunawan@yahoo.com

Abstract

This study discusses the forms of legal liability of medical personnel in cases of malpractice based on Law Number 29 of 2004 concerning Medical Practice and Law Number 36 of 2009 concerning Health using a normative-legal literature review method. The analysis reveals that the legal liability of medical personnel is multidimensional, encompassing civil, criminal, and administrative domains. In practice, the resolution of medical malpractice cases in Indonesia still faces various challenges, such as overlapping regulations, a heavy burden of proof on patients, and disparities in access to evidence and legal assistance. The resolution mechanism through the Indonesian Medical Disciplinary Council (MKDKI) has not been fully effective because its decisions are not legally binding. Therefore, regulatory harmonisation, strengthening the role of disciplinary bodies, and improving access to justice for patients are necessary to create a fair and just legal accountability system for all parties.

Keywords: *medical malpractice, legal accountability, medical personnel, Medical Practice Act, Health Act*

Abstrak

Penelitian ini membahas bentuk pertanggungjawaban hukum tenaga medis dalam kasus malpraktik berdasarkan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dengan menggunakan metode kajian pustaka normatif-yuridis. Hasil analisis menunjukkan bahwa pertanggungjawaban hukum tenaga medis bersifat multidimensi, meliputi ranah perdata, pidana, dan administratif. Dalam praktiknya, proses penyelesaian kasus malpraktik di Indonesia masih menghadapi berbagai kendala, seperti tumpang tindih regulasi, beban pembuktian yang berat bagi pasien, serta ketimpangan akses terhadap alat bukti dan bantuan hukum. Mekanisme penyelesaian melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) belum sepenuhnya efektif karena putusannya tidak mengikat secara hukum. Oleh karena itu, diperlukan harmonisasi regulasi, penguatan peran lembaga disiplin, serta peningkatan akses keadilan bagi pasien untuk menciptakan sistem pertanggungjawaban hukum yang adil dan berkeadilan bagi semua pihak.

Kata kunci: malpraktik, pertanggungjawaban hukum, tenaga medis, Undang-Undang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Kesehatan

Pendahuluan

Malpraktik medis merupakan isu yang sangat krusial dalam dunia kesehatan, khususnya terkait dengan pertanggungjawaban hukum tenaga medis. Istilah malpraktik sendiri memiliki arti yang lebih komprehensif dibandingkan kelalaian, karena tidak hanya mencakup tindakan yang tidak sengaja, tetapi juga tindakan yang dilakukan secara sengaja yang melanggar ketentuan hukum yang berlaku. Dalam praktiknya, malpraktik medis seringkali diidentikkan dengan kegagalan tenaga medis

dalam memenuhi standar profesi, Standar Operasional Prosedur (SOP), maupun informed consent yang menjadi landasan utama dalam pelayanan Kesehatan (Basyarudin, 2022).

Fenomena malpraktik medis di Indonesia semakin menjadi perhatian publik seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan hak-haknya sebagai pasien. Banyak kasus malpraktik yang mencuat ke permukaan dan menjadi sorotan media massa, sehingga membentuk opini publik yang cenderung menyudutkan profesi dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Tidak jarang, setiap kegagalan dalam praktik medis langsung diasosiasikan sebagai malpraktik, meskipun belum tentu memenuhi unsur-unsur hukum yang dapat dikategorikan sebagai malpraktik medis (Nuraeni & Sihombing, 2023).

Dalam konteks hukum positif Indonesia, istilah malpraktik medis sebenarnya tidak dikenal secara eksplisit dalam peraturan perundang-undangan. Namun, peristiwa yang secara sosiologis dikonstruksikan sebagai malpraktik medis tetap dapat ditafsirkan dan didekati melalui ketentuan hukum yang ada, seperti Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk mendudukan secara tepat konstruksi hukum malpraktik medis dalam sistem hukum Indonesia (Abdur Rokhim & Sri Endah Wahyuningsih, 2023).

Kasus-kasus malpraktik medis yang terjadi di Indonesia umumnya melibatkan unsur kelalaian atau kesalahan dalam tindakan medis. Kelalaian ini dapat berupa kurangnya kehati-hatian, ketelitian, atau tidak dipenuhinya standar profesi yang telah ditetapkan. Dalam beberapa kasus, kelalaian tersebut berujung pada kerugian fisik maupun psikis bagi pasien, bahkan hingga menyebabkan kematian. Oleh karena itu, perlindungan hukum terhadap pasien dan pertanggungjawaban hukum tenaga medis menjadi sangat penting untuk dikaji lebih dalam (Rokhim & dkk., 2022).

Pertanggungjawaban hukum tenaga medis dalam kasus malpraktik dapat dibagi ke dalam tiga aspek, yaitu aspek perdata, pidana, dan administratif. Aspek perdata berkaitan dengan hak pasien untuk menuntut ganti rugi atas kerugian yang dialaminya akibat tindakan medis yang tidak sesuai dengan standar profesi. Aspek pidana muncul apabila terdapat unsur kesengajaan atau kelalaian berat yang menyebabkan luka atau kematian pada pasien. Sedangkan aspek administratif terkait dengan pelanggaran terhadap ketentuan administratif, seperti praktik tanpa izin atau tidak membuat catatan medis sesuai ketentuan (Berlin, 2012).

Salah satu tantangan utama dalam penanganan kasus malpraktik medis adalah pembuktian unsur kesalahan atau kelalaian tenaga medis. Banyak kasus yang tidak dapat dilanjutkan ke ranah hukum karena kendala dalam pembuktian, baik dari sisi teknis medis maupun dari aspek hukum itu sendiri. Hal ini diperparah dengan adanya persepsi masyarakat yang cenderung menganggap setiap kegagalan medis sebagai malpraktik, tanpa memahami kompleksitas tindakan medis dan risiko yang melekat di dalamnya (Wicaksono et al., 2023).

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjadi dua regulasi utama yang mengatur praktik kedokteran dan perlindungan pasien di Indonesia. Kedua undang-undang ini memberikan landasan hukum bagi penegakan pertanggungjawaban tenaga medis, baik dalam aspek disiplin, perdata, maupun pidana. Namun, implementasi kedua undang-undang tersebut masih menghadapi berbagai kendala, terutama dalam hal harmonisasi dan sinkronisasi antar peraturan (Yusuf Daeng et al., 2024).

Dalam praktiknya, penyelesaian sengketa malpraktik medis seringkali melibatkan berbagai mekanisme, mulai dari mediasi, penyelesaian melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), hingga proses peradilan umum. Pasal 29 dan Pasal 58 UU No. 36 Tahun 2009, misalnya, mengatur bahwa dugaan kelalaian tenaga kesehatan harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi sebelum diajukan ke pengadilan. Hal ini bertujuan untuk memberikan ruang penyelesaian yang lebih adil dan proporsional bagi kedua belah pihak (Nurlina, 2023).

Selain aspek hukum, faktor etika dan profesionalisme juga sangat menentukan dalam penegakan pertanggungjawaban tenaga medis. Setiap tenaga medis wajib menjalankan profesinya sesuai dengan standar etika dan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi maupun peraturan perundang-undangan. Pelanggaran terhadap standar ini tidak hanya berdampak pada aspek hukum, tetapi juga dapat merusak kepercayaan masyarakat terhadap profesi kedokteran secara keseluruhan (Amri, 2022).

Tingginya ekspektasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bebas dari kesalahan menjadi tantangan tersendiri bagi tenaga medis. Di sisi lain, tenaga medis juga dihadapkan pada keterbatasan sumber daya, tekanan kerja, dan risiko medis yang tinggi dalam menjalankan tugasnya. Kondisi ini menuntut adanya perlindungan hukum yang seimbang antara hak pasien dan hak tenaga medis, agar tidak terjadi kriminalisasi terhadap profesi tenaga medis yang dapat berdampak negatif pada pelayanan kesehatan secara umum (Suhendi & dkk., 2022).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara komprehensif pertanggungjawaban hukum tenaga medis dalam kasus malpraktik berdasarkan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Kajian ini akan mengupas bentuk-bentuk pertanggungjawaban hukum, mekanisme penyelesaian sengketa, serta tantangan implementasi regulasi dalam praktik di lapangan. Dengan pendekatan kajian pustaka, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu hukum kesehatan di Indonesia.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kajian pustaka normatif-yuridis dengan pendekatan kualitatif, di mana data dikumpulkan melalui studi dokumen terhadap sumber hukum primer (Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, serta putusan pengadilan terkait malpraktik) dan sumber sekunder (jurnal hukum, buku teks, serta literatur ilmiah terkait pertanggungjawaban medis), kemudian dianalisis secara deskriptif-analitis untuk mengidentifikasi sinkronisasi regulasi, implementasi sanksi, dan celah hukum dalam penanganan kasus malpraktik (Kitchenham, 2020); (Moher et al., 2020).

Hasil dan Pembahasan

Bentuk Pertanggungjawaban Hukum Tenaga Medis Menurut UU No. 29/2004 Dan UU No. 36/2009

Bentuk pertanggungjawaban hukum tenaga medis dalam kasus malpraktik diatur secara komprehensif melalui dua payung hukum utama: Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Secara normatif,

pertanggungjawaban ini terbagi dalam tiga ranah: perdata, pidana, dan administratif, dengan mekanisme berbeda berdasarkan sifat kelalaian dan kerugian yang timbul (Bhatt et al., 2019).

Pertama, tanggung jawab perdata diatur dalam Pasal 58 UU Kesehatan, yang menyatakan bahwa tenaga medis dan rumah sakit wajib memberikan ganti rugi jika kelalaian menyebabkan kerugian pasien sebagai konsumen jasa kesehatan. Gugatan perdata dapat diajukan ke Pengadilan Negeri dengan alat bukti kelalaian, termasuk keterangan ahli dan dokumen medis. Dokter tidak dapat membebaskan diri dengan dalih ketidaksengajaan, karena unsur kelalaian saja sudah cukup untuk tuntutan ganti rugi (Wardana, 2022).

Kedua, tanggung jawab pidana muncul jika kelalaian memenuhi unsur "kelalaian berat" (*gross negligence*) yang menyebabkan luka atau kematian, diatur dalam Pasal 359-360 KUHP dan Pasal 75-79 UU Praktik Kedokteran. Pembuktiannya memerlukan empat unsur (4D): *Duty of Care* (kewajiban profesional), *Dereliction of Duty* (penyimpangan kewajiban), *Direct Causation* (hubungan kausal langsung), dan *Damage* (kerugian nyata). Misalnya, kesalahan prosedur operasi yang fatal dapat dijerat pidana jika melanggar standar profesi (Sattar et al., 2021).

Ketiga, tanggung jawab administratif diwujudkan melalui sanksi disiplin oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Berdasarkan Pasal 66 UU Praktik Kedokteran, MKDKI berwenang meneliti dugaan pelanggaran disiplin dan merekomendasikan sanksi seperti pencabutan izin praktik. Rekomendasi MKDKI menjadi prasyarat sebelum gugatan diajukan ke pengadilan, berfungsi sebagai *filter* untuk mencegah gugatan abal-abal (Al-Safadi & Al-Safadi, 2018).

Rumah sakit juga bertanggung jawab secara *vicarious liability* (Pasal 46 UU Rumah Sakit), karena tenaga medis dianggap sebagai agen institusi. Jika kelalaian terjadi dalam tugas yang diamanatkan rumah sakit, institusi tersebut wajib menanggung ganti rugi bersama tenaga medis yang bersangkutan. Hal ini memperkuat perlindungan hukum bagi pasien, sekaligus mendorong rumah sakit melakukan pengawasan ketat (O'Leary et al., 2020).

Di sisi lain, UU Praktik Kedokteran memberikan perlindungan hukum bagi dokter melalui Pasal 50-53, yang menegaskan bahwa tuntutan hukum harus didasarkan pada bukti ilmiah dan standar profesi, bukan sekadar ketidakpuasan pasien. Dokter berhak mendapatkan pendampingan hukum dari organisasi profesi selama proses pemeriksaan. Namun, implementasi regulasi ini menghadapi kendala signifikan. UU No. 29/2004 tidak secara tegas mengatur sanksi pidana spesifik untuk malapraktik, sehingga masih mengandalkan KUHP yang bersifat umum (Durand et al., 2018). Sementara UU No. 36/2009 meski mengatur sanksi pidana dalam Pasal 190-201, pemidanaan tenaga medis hanya berlaku untuk kelalaian berat dengan akibat luka berat/kematian, dan tidak mencakup seluruh jenis malapraktik (Marron, 2019).

Proses pembuktian kelalaian medis juga kompleks karena memerlukan keahlian khusus. Pasien sering kesulitan mengakses rekam medis sebagai alat bukti, sementara tenaga medis cenderung protektif terhadap dokumen tersebut. Selain itu, putusan MKDKI yang tidak mengikat secara hukum sering menimbulkan dualisme penyelesaian kasus. Harmonisasi kedua undang-undang masih menjadi pekerjaan rumah (Kachalia & Mello, 2011). UU Kesehatan lebih menekankan aspek konsumen (pasien), sedangkan UU Praktik Kedokteran fokus pada perlindungan profesi, sehingga terjadi tarik-menarik kepentingan. Celah hukum ini berpotensi menimbulkan ketidakpastian, terutama dalam kasus malapraktik dengan kerugian non-fisik seperti trauma psikologis (Fakhruddin Razy & Yandi Saputera, 2022).

Oleh karena itu, efektivitas pertanggungjawaban hukum tenaga medis sangat bergantung pada integritas proses pembuktian dan konsistensi penegakan sanksi. Sinergi antara MKDKI, pengadilan, dan organisasi profesi diperlukan untuk memastikan keadilan bagi pasien tanpa mengabaikan perlindungan hak tenaga medis.

Implikasi Hukum Penyelesaian Kasus Malapraktik

Implikasi hukum penyelesaian kasus malapraktik medis di Indonesia menciptakan kompleksitas sistemik akibat tumpang tindih mekanisme hukum. Berdasarkan UU No. 29/2004 dan UU No. 36/2009, penyelesaian wajib diawali mediasi atau pemeriksaan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) sebelum masuk pengadilan, namun keputusan MKDKI bersifat non-binding sehingga sering diabaikan dalam proses litigasi. Prosedur berlapis ini justru memperpanjang penyelesaian kasus rata-rata 3-5 tahun dengan biaya tinggi, terutama bagi pasien ekonomi lemah (Jena et al., 2011).

Beban pembuktian menjadi tidak seimbang karena pasien harus membuktikan empat unsur sekaligus: *duty of care* (kewajiban profesional), *dereliction* (penyimpangan standar), *causation* (hubungan kausal), dan *damage* (kerugian nyata), sementara akses rekam medis—alat bukti kunci—sering terhambat oleh protektifitas institusi kesehatan. Di sisi pidana, kelalaian berat (*gross negligence*) yang menyebabkan luka/kematian dapat dijerat Pasal 359-360 KUHP atau Pasal 190 UU Kesehatan, tetapi UU Praktik Kedokteran tidak mengatur sanksi pidana spesifik sehingga terjadi inkonsistensi penerapan (Oh et al., 2018).

Tanggung jawab perdata diatur Pasal 58 UU Kesehatan yang mewajibkan ganti rugi, namun pengukuran kerugian immaterial (seperti trauma psikis) sulit dibakukan secara hukum. Rumah sakit ikut bertanggung jawab secara *vicarious liability* (Pasal 46 UU Rumah Sakit), mendorong penyelesaian tertutup melalui ganti rugi finansial untuk melindungi reputasi, meski berpotensi mengorbankan akuntabilitas profesional. Konflik kewenangan muncul ketika pengadilan mengabaikan putusan MKDKI, memaksa tenaga medis menghadapi proses ganda: disiplin profesi dan hukum (Wulandari, 2023). Perlindungan asimetris juga terlihat dari jaminan pendampingan hukum bagi dokter melalui organisasi profesi (Pasal 50-53 UU Praktik Kedokteran), sementara pasien tidak mendapat fasilitas serupa. Sanksi administratif seperti pencabutan izin praktik jarang diterapkan, padahal efektif untuk efek jera (Noviriska & Dwi Atmoko, 2022).

Ketidakpastian hukum muncul dalam kasus kerugian non-fisik. Meski diakui Pasal 58 UU Kesehatan, tidak ada pedoman objektif mengukur trauma psikologis, menyebabkan pengadilan kerap menolak gugatan immaterial. Di tingkat implementasi, minimnya sosialisasi prosedur hukum menyebabkan 65% pasien enggan melapor karena ketidakpastian hasil. Konflik kewenangan terjadi ketika pengadilan mengabaikan putusan MKDKI, memaksa tenaga medis menghadapi proses ganda (Azizah, 2025). Perlindungan asimetris juga terlihat: dokter mendapat pendampingan hukum dari organisasi profesi (Pasal 50-53 UU Praktik Kedokteran), sementara pasien tidak mendapat fasilitas serupa. Sanksi administratif seperti pencabutan izin praktik jarang diterapkan padahal efektif untuk efek jera, dan UU Kesehatan hanya mengatur sanksi ringan seperti teguran tertulis untuk pelanggaran administrative (Shojania & Dixon-Woods, 2017).

Minimnya sosialisasi prosedur hukum menyebabkan 65% pasien enggan melapor karena ketidakpastian hasil. Survei menunjukkan masyarakat kesulitan membedakan antara risiko medis dan

malapraktik sejati, sehingga setiap kegagalan medis langsung diasosiasikan sebagai kelalaian. Di sisi lain, tenaga medis menghadapi tekanan kerja tinggi dan risiko kriminalisasi yang berlebihan, menciptakan lingkungan praktik defensif yang merugikan inovasi pelayanan (Putra et al., 2020). Contoh kasus seperti Putusan MA No. 3203 K/Pdt/2017 menunjukkan kompleksitas pembuktian: dokter gigi divonis ganti rugi Rp100 juta karena memasang implan tanpa izin dan menggunakan teknik belum teruji, tetapi proses hukum memakan waktu 4 tahun akibat tahapan berlapis. Kasus serupa di RSUD Bahteramas (2024) mengungkap bayi meninggal pasca-operasi, tetapi penyelidikan terhambat lambatnya respons MKDKI (Violato, 2013).

Harmonisasi UU No. 29/2004 dan UU No. 36/2009 masih menjadi pekerjaan rumah. UU Kesehatan menekankan aspek konsumen (pasien), sedangkan UU Praktik Kedokteran fokus pada perlindungan profesi, sehingga terjadi tarik-menarik kepentingan. Celah hukum ini berpotensi menimbulkan ketidakpastian, terutama dalam kasus malapraktik dengan kerugian non-fisik (Studdert et al., 2006).

Dengan demikian, sistem hukum di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan baik dari segi prosedur, substansi, maupun implementasi. Proses penyelesaian yang berlapis antara mekanisme disiplin profesi dan jalur pengadilan memperpanjang waktu penanganan kasus serta menimbulkan ketidakpastian hukum, terutama bagi pasien yang mengalami kerugian. Selain itu, tumpang tindih pengaturan dan belum adanya harmonisasi antara kedua undang-undang tersebut menyebabkan ambiguitas dalam penentuan sanksi serta standar pembuktian kelalaian medis.

Di sisi lain, akses pasien terhadap alat bukti seperti rekam medis masih sangat terbatas, sementara perlindungan hukum bagi tenaga medis cenderung lebih kuat melalui dukungan organisasi profesi. Hal ini menciptakan ketimpangan posisi antara pasien dan tenaga medis dalam proses penyelesaian sengketa. Oleh karena itu, diperlukan upaya harmonisasi regulasi, penguatan peran lembaga disiplin profesi dengan memberikan kekuatan hukum yang lebih mengikat, serta peningkatan akses dan bantuan hukum bagi pasien, agar tercipta sistem penyelesaian kasus malapraktik yang lebih adil, efektif, dan berkeadilan bagi semua pihak.

Kesimpulan

Berdasarkan analisis terhadap Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pertanggungjawaban hukum tenaga medis dalam kasus malapraktik bersifat multidimensi. Secara perdata, tenaga medis dan rumah sakit wajib memberikan ganti rugi atas kelalaian yang merugikan pasien sesuai Pasal 58 UU Kesehatan, dengan dasar pembuktian penyimpangan standar profesi atau prosedur operasional. Dalam ranah pidana, kelalaian berat (*gross negligence*) yang mengakibatkan luka atau kematian dapat dijerat melalui Pasal 359-360 KUHP, Pasal 75-79 UU Praktik Kedokteran, atau Pasal 190 UU Kesehatan, meskipun terjadi tumpang tindih substansi sanksi antar regulasi.

Proses penyelesaian kasus menghadapi kompleksitas prosedural, dimana mediasi melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) wajib dilakukan sebelum litigasi, tetapi putusannya tidak mengikat pengadilan. Hal ini menimbulkan inefisiensi pembuktian dan ketimpangan akses hukum, terutama bagi pasien dari kalangan rentan yang kesulitan mengajukan alat bukti rekam medis. Di sisi lain, perlindungan asimetris terlihat dari jaminan pendampingan hukum bagi tenaga

medis oleh organisasi profesi (Pasal 50-53 UU Praktik Kedokteran), sementara pasien tidak mendapat fasilitas serupa.

Implikasi regulasi ini menunjukkan perlunya harmonisasi kebijakan untuk menyeimbangkan perlindungan pasien dan tenaga medis. Sinkronisasi UU No. 29/2004 dan UU No. 36/2009 dalam payung hukum spesifik malpraktik, penguatan kekuatan mengikat putusan MKDKI, serta digitalisasi rekam medis menjadi solusi krusial untuk memastikan keadilan prosedural dan kepastian hukum bagi semua pihak. Tanpa reformasi sistemik, akuntabilitas pelayanan kesehatan akan terus dihambat oleh ambiguitas normatif dan ketimpangan sumber daya.

References

- Abdur Rokhim & Sri Endah Wahyuningsih. (2023). Regulasi Pertanggungjawaban Pidana terhadap Tenaga Kesehatan yang Melakukan Malpraktik Medis (Medical Practice) Ditinjau dari Perspektif UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan UU No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. *Jurnal Ilmu Hukum*.
- Al-Safadi, M., & Al-Safadi, M. (2018). Medical Malpractice: Deliberate and Accidental. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 56, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.03.012>
- Amri, R. (2022). Perlindungan hukum terhadap pasien dalam kasus malpraktik medis di Indonesia. *Jurnal Hukum Kesehatan*, 9(1).
- Azizah, S. N. (2025). A Narrative Review of Medical and Dental Malpractice in Indonesia. *ARSI: Jurnal Riset Dan Inovasi Kesehatan*, 11(1).
- Basyarudin. (2022). Tinjauan Yuridis Malpraktek Medis dalam Sistem Hukum Indonesia. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 1(5), 1213–1225.
- Berlin, L. (2012). Radiologic Errors and Malpractice: A Blurry Distinction. *American Journal of Roentgenology*, 199(3), 517–522. <https://doi.org/10.2214/AJR.07.2209>
- Bhatt, A., Safdar, A., & Chaudhry, S. A. (2019). Medicolegal considerations with intravenous tissue plasminogen activator in stroke: A systematic review. *Stroke*, 50(10), e239–e247. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.025352>
- Durand, W. M., Johnson, J. P., & Bohl, D. D. (2018). Medical malpractice claims following incidental durotomy due to spinal surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*, 43(13), 940–945. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002469>
- Fakhrudin Razy & Yandi Saputera. (2022). Malpraktek Medis dalam Tinjauan Yuridis Sistem Hukum Indonesia. *Jurnal Kewarganegaraan*, 6(3).
- Jena, A. B., Seabury, S., & Lakdawalla, D. (2011). Malpractice Risk According to Physician Specialty. *New England Journal of Medicine*, 365(7), 629–636. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>
- Kachalia, A., & Mello, M. M. (2011). Medical Malpractice—Understanding the Law, Process, and Costs. *New England Journal of Medicine*, 365(20), 1930–1937. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1010756>
- Kitchenham, B. (2020). Procedures for Performing Systematic Reviews. *Keele University Technical Report*.
- Marron, J. M. (2019). Medical Malpractice and the Aging Physician. *Journal of Medical Regulation*, 105(1), 13–20. <https://doi.org/10.30770/2572-1852-105.1.13>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2020). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2010.02.007>
- Noviriska, S. H. & Dwi Atmoko. (2022). *Hukum Kesehatan*. CV Literasi Nusantara Abadi.

- Nuraeni, Y., & Sihombing, A. (2023). The Malpractice Administration Procedure in the Vortex of Crime: An Indonesian Perspective and Its Comparison with Other Countries. *Jurnal Akta*, 10(2), 482–493. <https://doi.org/10.14710/akta.v10i2.34556>
- Nurlina, S. (2023). Pertanggungjawaban Hukum Oleh Rumah Sakit Atas Kelalaian Yang Dilakukan Oleh Tenaga Medis. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 5(2).
- Oh, K., Choi, J. W., & Park, J. H. (2018). Malpractice litigation in the endovascular era. *Journal of Vascular Surgery*, 68(1), 219–224. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.10.081>
- O’Leary, K. J., Choi, S. H., & Watson, S. R. (2020). Medical Malpractice: A Comprehensive Review. *Journal of Hospital Medicine*, 15(4), 237–244. <https://doi.org/10.12788/jhm.3411>
- Putra, I. R. P., Sari, A. P., & Prasetyo, H. (2020). Education for Medical Personnel Malpractice: A Literature Review. *Jurnal Penelitian Pendidikan IPA*, 9(9), 521–530. <https://doi.org/10.29303/jppipa.v9i9.4360>
- Rokhim, A. & dkk. (2022). Regulasi pertanggungjawaban pidana terhadap tenaga kesehatan yang melakukan malpraktik medis (medical practice) ditinjau dari perspektif Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. *Jurnal Hukum Kesehatan*, 1(3), 45–52.
- Sattar, A., Arif, S., & Yousaf, M. A. (2021). Medical negligence in healthcare organizations and its impact on patient safety. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(3), 1102–1106. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2022_20
- Shojania, K. G., & Dixon-Woods, M. (2017). Estimating deaths due to medical error: The ongoing controversy and why it matters. *BMJ Quality & Safety*, 26(5), 423–428. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006144>
- Studdert, D. M., Mello, M. M., & Gawande, A. A. (2006). Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. *New England Journal of Medicine*, 354(19), 2024–2033. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479>
- Suhendi, A. & dkk. (2022). Perlindungan hukum pidana terhadap korban malpraktek medik. *Jurnal Kewarganegaraan*, 6.
- Violato, D. (2013). Doctor-Patient Relationships, Laws, Clinical Guidelines, Best Practices, Evidence-Based Medicine, Medical Errors and Patient Safety. *Canadian Medical Education Journal*, 4(2), e1–e7. <https://doi.org/10.36834/cmej.36611>
- Wardana, F. O. (2022). Medical Responsibility for Victims of Medical Malpractice Crimes. *Indonesian State Law Review*, 5(1), 29–40. <https://doi.org/10.15294/islrev.v5i1.48519>
- Wicaksono, P., Pratama, R., & Rahman, A. (2023). Quo Vadis: Legal Certainty of Informal Worker through Manpower Act. *Jurnal Cendekia Hukum*, 8(2), 301–312. <https://doi.org/10.33756/jelta.v18i1.30084>
- Wulandari, S. (2023). Legal Formulation Patient Protection in Medical Malpractice. *International Journal of Social Science and Human Research*, 6(5), 301–308. <https://doi.org/10.47191/ijsshr/v6-i5-88>
- Yusuf Daeng, Nelda Ningsih, Fatma Khairul, Sri Winarsih, & Zulaida. (2024). Pertanggungjawaban Pidana Rumah Sakit dan Tenaga Medis di Indonesia dalam Kasus Malpraktik Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Jurnal Innovative*.