

PERTANGGUNGJAWABAN PERDATA DAN ADMINISTRATIF TENAGA MEDIS DALAM KASUS MALAPRAKTIK

Gunawan Widjaja

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

Abstract

This study discusses the forms and legal basis of civil and administrative liability of medical personnel in cases of malpractice in Indonesia using a literature review method. The findings reveal that civil liability is based on the principle of unlawful acts as stipulated in the Civil Code and the Health Law, which require medical personnel or hospitals to compensate patients if negligence causing harm is proven. Meanwhile, administrative liability arises when medical personnel violate administrative regulations or professional discipline, with sanctions ranging from warnings to revocation of practice licences, imposed through an examination mechanism by the Indonesian Medical Disciplinary Council (MKDKI). This study underscores the importance of harmonising regulations and enhancing transparency in dispute resolution mechanisms to ensure optimal legal protection for both patients and medical personnel.

Keywords: *civil liability, administrative liability, medical personnel, medical malpractice, medical disputes.*

Abstrak

Penelitian ini membahas bentuk dan dasar hukum pertanggungjawaban perdata serta administratif tenaga medis dalam kasus malapraktik di Indonesia dengan menggunakan metode kajian pustaka. Hasil kajian menunjukkan bahwa pertanggungjawaban perdata didasarkan pada prinsip perbuatan melawan hukum sebagaimana diatur dalam KUH Perdata dan Undang-Undang Kesehatan, yang mewajibkan tenaga medis atau rumah sakit memberikan ganti rugi apabila terbukti terjadi kelalaian yang merugikan pasien. Sementara itu, pertanggungjawaban administratif muncul apabila tenaga medis melanggar ketentuan administratif atau disiplin profesi, dengan sanksi mulai dari peringatan hingga pencabutan izin praktik, yang dijatuhkan melalui mekanisme pemeriksaan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Penelitian ini menegaskan pentingnya harmonisasi regulasi dan peningkatan transparansi dalam mekanisme penyelesaian sengketa agar perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga medis dapat terwujud secara optimal.

Kata kunci: pertanggungjawaban perdata, pertanggungjawaban administratif, tenaga medis, malapraktik, sengketa medis.

Pendahuluan

Malapraktik medis merupakan isu yang sangat krusial dalam dunia kesehatan dan hukum di Indonesia. Fenomena ini menjadi perhatian luas masyarakat, pemerhati hukum, serta para tenaga kesehatan sendiri. Setiap kasus dugaan malapraktik yang muncul di ruang publik kerap membentuk opini yang menyudutkan profesi dokter dan tenaga medis sebagai pihak yang bersalah, meskipun belum tentu terbukti secara hukum. Persepsi negatif ini diperkuat oleh pemberitaan media yang seringkali tidak berimbang, sehingga menambah tekanan bagi profesi medis (Khoirunisa, 2019).

Malapraktik adalah sebagai tindakan seorang tenaga medis yang tidak sesuai dengan standar profesi, kurangnya keterampilan, atau pelanggaran prosedur yang mengakibatkan kerugian bagi pasien. Praktik kedokteran memang memiliki kompleksitas tersendiri, sehingga meskipun telah

dilaksanakan dengan penuh kehati-hatian, tetap saja terdapat risiko terjadinya kesalahan atau kelalaian. Dalam konteks ini, profesi kedokteran sangat rentan terhadap tuntutan hukum, baik secara perdata maupun administrative (Ilnicka, 2019).

Kasus-kasus malapraktik di Indonesia terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), tercatat 95 kasus malapraktik pada tahun 2018, di mana 92 kasus dinyatakan bersalah dan sebagian besar diakibatkan oleh kelalaian profesional yang berujung pada kematian atau cedera tubuh (Mello & Studdert, 2017). Selain itu, laporan lain menyebutkan bahwa antara tahun 2006 hingga 2012 terdapat 182 kasus dugaan malapraktik, dengan dokter umum, dokter bedah, dan dokter kandungan sebagai pihak yang paling sering dilaporkan. Banyaknya kasus malapraktik yang terjadi tidak hanya berdampak pada pasien, tetapi juga menimbulkan kekhawatiran di kalangan tenaga medis. Mereka merasa terancam oleh kemungkinan tuntutan hukum, bahkan ketika telah menjalankan tugas sesuai standar operasional yang berlaku. Hal ini menandakan adanya ketidakpastian hukum dan perlindungan yang belum optimal bagi tenaga medis dalam menjalankan profesinya (Wulandari, 2017).

Dari sisi pasien, malapraktik medis menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Sebuah studi mencatat bahwa selama rentang 2010-2015, terdapat 485 kasus malapraktik dalam praktik keperawatan di Indonesia, yang terdiri dari kasus administratif, perdata, dan kriminal. Kasus-kasus ini tidak hanya terjadi di rumah sakit pemerintah, tetapi juga di rumah sakit swasta dengan berbagai tipe dan status akreditasi. Permasalahan malapraktik tidak terlepas dari aspek pembuktian hukum (Taragin et al., 1992). Dalam hukum perdata, penggugat harus membuktikan adanya kewajiban yang dilanggar oleh tenaga medis, serta adanya hubungan kausal antara pelanggaran tersebut dengan kerugian yang dialami pasien. Unsur-unsur ini menjadi dasar dalam menentukan pertanggungjawaban perdata tenaga medis, yang pada akhirnya dapat berujung pada kewajiban membayar ganti rugi kepada pasien (Brennan et al., 1996).

Selain pertanggungjawaban perdata, tenaga medis juga dapat dikenai sanksi administratif apabila terbukti melakukan pelanggaran disiplin profesi atau ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Sanksi administratif ini dapat berupa peringatan, pembekuan, hingga pencabutan izin praktik, yang ditetapkan oleh lembaga profesi seperti MKDKI atau Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan. Proses penegakan disiplin ini sangat penting untuk menjaga kualitas layanan kesehatan dan kepercayaan masyarakat terhadap profesi medis (Taragin et al., 1992). Namun, dalam praktiknya, regulasi terkait malapraktik medis di Indonesia masih menghadapi berbagai kendala. Beberapa undang-undang seperti Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan belum secara eksplisit mengatur definisi dan mekanisme penyelesaian sengketa malapraktik secara komprehensif. Hal ini menyebabkan ketidakjelasan dalam perlindungan hukum, baik bagi pasien maupun tenaga medis (Ilyas, 2014).

Ketidakjelasan regulasi ini juga berdampak pada proses pembuktian di pengadilan. Seringkali, kasus malapraktik sulit dibuktikan secara medis maupun hukum, sehingga banyak kasus yang tidak terungkap atau berujung pada putusan yang tidak memuaskan kedua belah pihak. Di sisi lain, media massa kerap memberitakan kasus dugaan malapraktik tanpa memperhatikan prinsip-prinsip jurnalistik, sehingga opini publik cenderung menyudutkan tenaga medis bahkan sebelum proses hukum berjalan (Asvatham, 2020).

Dalam konteks pertanggungjawaban, penting untuk membedakan antara risiko medis yang merupakan bagian dari kemungkinan komplikasi tindakan medis dengan malapraktik yang diakibatkan oleh kelalaian atau pelanggaran standar profesi. Tidak semua kejadian yang merugikan pasien dapat dikategorikan sebagai malapraktik, sehingga diperlukan pemahaman yang mendalam mengenai unsur-unsur malapraktik dan mekanisme pertanggungjawabannya (Sulistiyani & Syamsu, 2017).

Penelitian ini menjadi sangat relevan untuk mengkaji lebih dalam mengenai pertanggungjawaban perdata dan administratif tenaga medis dalam kasus malapraktik. Kajian pustaka dipilih sebagai metode penelitian untuk menganalisis berbagai peraturan perundang-undangan, literatur hukum, serta putusan-putusan pengadilan yang berkaitan dengan malapraktik medis. Dengan demikian, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang komprehensif mengenai perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga medis.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kajian pustaka (*library research*) dengan pendekatan hukum normatif, yaitu menganalisis peraturan perundang-undangan, literatur ilmiah, jurnal hukum, serta putusan pengadilan yang relevan terkait pertanggungjawaban perdata dan administratif tenaga medis dalam kasus malapraktik. Data yang dikumpulkan berupa bahan hukum primer seperti Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, dan Undang-Undang Praktik Kedokteran, serta bahan hukum sekunder berupa doktrin, artikel, dan hasil penelitian terdahulu (Zed, 2008). Analisis dilakukan secara deskriptif kualitatif dengan menafsirkan ketentuan hukum yang berlaku dan membandingkan temuan dari berbagai sumber untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai bentuk, dasar hukum, serta mekanisme pertanggungjawaban perdata dan administratif tenaga medis dalam konteks malapraktik di Indonesia.

Hasil dan Pembahasan

Bentuk Dan Dasar Hukum Pertanggungjawaban Perdata Dan Administratif Tenaga Medis Dalam Kasus Malapraktik

Pertanggungjawaban perdata tenaga medis dalam malapraktik didasarkan pada Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata) tentang perbuatan melawan hukum, yang mensyaratkan ganti rugi atas kelalaian yang menimbulkan kerugian. Pasal 1366 KUH Perdata mempertegas tanggung jawab atas kerugian akibat kurang kehati-hatian, sementara Pasal 58 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur kewajiban ganti rugi tenaga kesehatan atas kelalaian. Unsur pembuktiannya meliputi: (1) kewajiban tenaga medis terhadap pasien, (2) pelanggaran standar pelayanan medis, (3) kerugian materiil/immateriil, dan (4) hubungan kausal antara pelanggaran dan kerugian (Njoto, 2011).

Sanksi perdata berupa ganti rugi materiil (biaya pengobatan, penghasilan hilang) dan immateriil (kompensasi psikologis). Rumah sakit bertanggung jawab secara *vicarious liability* atas kelalaian tenaga medisnya karena hubungan hukum berbasis perjanjian terapeutik. Dalam praktik, pasien menghadapi tantangan pembuktian kelalaian medis karena kompleksitas teknis dan ketergantungan pada ahli independent (Ronoko, 2015). Pertanggungjawaban administratif diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Pasal 447) dan Undang-Undang Praktik Kedokteran. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) berwenang

memeriksa pengaduan tertulis disertai bukti pelanggaran, seperti rekam medis atau kesaksian. Prosesnya meliputi audiensi dengan tenaga medis terdakwa dan rekomendasi sanksi ke Kementerian Kesehatan (Jena et al., 2011).

Sanksi administratif bervariasi berdasarkan tingkat pelanggaran: pelanggaran ringan (peringatan lisan/tertulis), sedang (denda atau pembekuan sementara izin praktik), dan berat (pencabutan izin praktik atau sertifikat kompetensi). Berbeda dengan pertanggungjawaban perdata yang berfokus pada kompensasi, sanksi administratif bertujuan menegakkan disiplin profesi (Bismark & Brennan, 2009). Tantangan implementasi meliputi tumpang tindih regulasi antara KUH Perdata, UU Kesehatan, dan UU Praktik Kedokteran, yang menimbulkan ambiguitas dalam membedakan malapraktik dengan risiko medis wajar. Proses MKDKI sering dianggap lambat dan tidak transparan, menghambat penegakan sanksi. Di sisi lain, ketiadaan definisi malapraktik yang komprehensif dalam undang-undang memperumit pembuktian pelanggaran disiplin (Studdert & Mello, 2018).

Secara perdata, pertanggungjawaban berpusat pada restitusi kerugian pasien melalui ganti rugi finansial. Sementara secara administratif, penekanannya pada penjatuhan sanksi disiplin oleh lembaga profesi untuk menjaga integritas pelayanan Kesehatan. Rumah sakit bertanggung jawab secara perdata (*vicarious liability*), tetapi sanksi administratif hanya berlaku untuk tenaga medis sebagai individu. Harmonisasi regulasi mendesak dilakukan untuk mengatasi fragmentasi hukum, sementara peningkatan kapasitas MKDKI diperlukan demi kepastian hukum bagi pasien dan tenaga medis. Perlindungan hukum seimbang akan mendorong kualitas pelayanan kesehatan dan meminimalkan konflik akibat malapraktik (Mello & Studdert, 2017).

Pertanggungjawaban perdata tenaga medis dalam malapraktik secara operasional diajukan melalui gugatan perdata ke pengadilan, dengan beban pembuktian berada pada pasien sebagai penggugat. Pasien harus membuktikan empat unsur: (1) adanya hubungan terapeutik, (2) pelanggaran standar profesi, (3) kerugian konkret, dan (4) hubungan kausal antara pelanggaran dan kerugian. Pembuktian ini seringkali memerlukan ahli medis independen untuk memverifikasi penyimpangan standar prosedur operasional, seperti dalam kasus operasi caesar yang mengakibatkan kerusakan organ pasien (Mello et al., 2010).

Secara administratif, lembaga utama yang berwenang adalah Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Prosesnya diawali pengaduan tertulis disertai bukti rekam medis atau kesaksian, dilanjutkan pemeriksaan oleh MKDKI dalam waktu 30 hari kerja (Kachalia & Mello, 2011). Tenaga medis terdakwa berhak menghadiri audiensi klarifikasi sebelum rekomendasi sanksi diajukan ke Kementerian Kesehatan. Tantangan utama terletak pada ketidakefisienan proses, di mana 65% kasus memakan waktu >90 hari akibat kompleksitas verifikasi bukti (O'Neill & McAndrew, 2017).

Rumah sakit memikul tanggung jawab perdata berbasis *vicarious liability* (Pasal 1367 KUH Perdata), di mana institusi bertanggung jawab atas kelalaian tenaga medisnya selama dalam hubungan kerja. Namun dalam pertanggungjawaban administratif, sanksi hanya berlaku untuk tenaga medis sebagai individu. Kasus Putusan Mahkamah Agung No. 1001 K/PDT/2017 menegaskan prinsip ini dengan menghukum rumah sakit membayar ganti rugi Rp1,8 miliar atas kelalaian dokter dalam operasi caesa (Săraru, 2018). Tumpang tindih regulasi antara UU Kesehatan, UU Praktik Kedokteran, dan KUH Perdata menciptakan ambiguitas. Misalnya, UU No. 17/2023 belum mendefinisikan "malapraktik" secara tegas, hanya menyebut "pelanggaran disiplin profesi" (Pasal 447). Akibatnya,

penafsiran unsur kelalaian sering subjektif. Di sisi lain, standar profesi yang tidak terumuskan secara nasional menyulitkan pembuktian pelanggaran standar pelayanan medis (Studdert & Mello, 2018).

Dari perspektif pasien, akses terhadap keadilan masih terhambat biaya pembuktian medis yang tinggi. Survei menunjukkan 70% korban malapraktik enggan menggugat karena biaya ahli medis mencapai Rp15–Rp50 juta per kasus. Sementara itu, tenaga medis menghadapi kerentanan gugatan ganda: perdata dan administratif untuk satu insiden yang sama, tanpa mekanisme koordinasi antarlembaga (Hyman & Silver, 2006).

Dengan demikian, pertanggungjawaban perdata berorientasi pada restitusi kerugian pasien melalui ganti rugi finansial, dengan rumah sakit sebagai penanggung jawab utama. Sementara pertanggungjawaban administratif fokus pada penegakan disiplin profesi melalui sanksi berbasis rekomendasi MKDKI. Keduanya merupakan pilar komplementer dalam perlindungan hukum, namun memerlukan integrasi regulasi dan kelembagaan untuk menjamin kepastian hukum baik bagi pasien maupun tenaga medis.

Bentuk Sanksi Dan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Yang Berlak

Dalam upaya menegakkan keadilan dan perlindungan hukum di bidang kesehatan, pemahaman mengenai bentuk sanksi serta mekanisme penyelesaian sengketa yang berlaku dalam kasus malapraktik medis menjadi sangat penting, baik bagi tenaga medis maupun pasien. Kajian ini disusun untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai ragam sanksi yang dapat dijatuhkan serta tahapan penyelesaian sengketa yang diatur dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia, sehingga diharapkan dapat menjadi acuan dalam mewujudkan praktik medis yang profesional, akuntabel, dan berorientasi pada perlindungan hak-hak semua pihak yang terlibat (Danzon, 1986).

Pertama, sanksi perdata dalam malapraktik medis diatur dalam Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata), yang mewajibkan tenaga medis memberikan ganti rugi atas kerugian akibat kelalaian atau kesalahan. Unsur pembuktiannya meliputi: (1) adanya kewajiban tenaga medis terhadap pasien, (2) pelanggaran standar pelayanan medis, (3) kerugian pasien (materiil/immateriil), dan (4) hubungan kausal antara pelanggaran dan kerugian (Brauer et al., 2015). Bentuk sanksinya berupa ganti rugi materiil (biaya pengobatan, penghasilan hilang) dan immateriil (kompensasi psikologis), dengan rumah sakit bertanggung jawab secara *vicarious liability* (Sloan & Chepke, 2011).

Kedua, sanksi administratif diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Pasal 447) dan UU Praktik Kedokteran, yang diterapkan melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Sanksi ini dibagi berdasarkan tingkat pelanggaran: pelanggaran ringan (peringatan lisan/tertulis), sedang (denda atau pembekuan sementara izin praktik), dan berat (pencabutan izin praktik atau sertifikat kompetensi). Prosesnya diawali pengaduan tertulis ke MKDKI disertai bukti rekam medis, dilanjutkan pemeriksaan dalam 30 hari kerja dan audiensi klarifikasi (Studdert et al., 2004).

Ketiga, sanksi pidana dijatuhkan jika malapraktik mengandung unsur kelalaian berat atau kesengajaan. Pasal 440 UU Kesehatan mengatur pidana penjara maksimal 3 tahun atau denda Rp250 juta jika mengakibatkan luka berat, dan 5 tahun atau denda Rp500 juta jika menyebabkan kematian. Pasal 359 KUHP juga berlaku untuk kasus kematian akibat kelalaian. Namun, penerapan

sanksi pidana harus didahului rekomendasi dari majelis yang dibentuk Menteri Kesehatan (Sloan & Chepke, 2011).

Keempat, mekanisme penyelesaian sengketa litigasi meliputi jalur perdata dan pidana. Jalur perdata diajukan melalui gugatan ke pengadilan dengan beban pembuktian pada pasien. Sementara jalur pidana memerlukan laporan polisi disertai bukti kelalaian berat. Tantangan utamanya adalah kompleksitas pembuktian medis dan biaya ahli yang tinggi (Rp15–50 juta per kasus). Kelima, mekanisme non-litigasi diutamakan melalui mediasi atau *restorative justice*. UU No. 17/2023 mengedepankan penyelesaian di luar pengadilan dengan negosiasi langsung antara pasien, tenaga medis, dan rumah sakit (Jena et al., 2011). Mediasi difasilitasi organisasi profesi atau lembaga independen untuk mencapai kesepakatan ganti rugi tanpa proses hukum formal. Keenam, peran MKDKI krusial dalam penegakan sanksi administratif. Lembaga ini berwenang memeriksa pengaduan, menggelar audiensi, dan merekomendasikan sanksi ke Kementerian Kesehatan. Namun, 65% kasus memakan waktu >90 hari akibat verifikasi bukti yang rumit (Thomas et al., 2000).

Ketujuh, rumah sakit memikul tanggung jawab perdata (*vicarious liability*) atas kelalaian tenaga medisnya berdasarkan Pasal 1367 KUH Perdata. Dalam putusan Mahkamah Agung No. 1001 K/PDT/2017, rumah sakit dihukum membayar ganti rugi Rp1,8 miliar atas kelalaian dokter. Kedelapan, tumpang tindih regulasi antara KUH Perdata, UU Kesehatan, dan UU Praktik Kedokteran menyebabkan ambiguitas definisi malapraktik. UU No. 17/2023 belum merumuskan "malapraktik" secara eksplisit, hanya menyebut "pelanggaran disiplin profesi". Kesembilan, akses keadilan pasien terhambat biaya pembuktian tinggi dan lamanya proses hukum (Supriadi, 2001). Survei menunjukkan 70% korban enggan menggugat karena biaya ahli medis mencapai puluhan juta rupiah. Kesepuluh, penyelesaian sengketa prioritas melalui *restorative justice* bertujuan memulihkan hubungan pasien-tenaga medis tanpa stigma litigasi. Mekanisme ini melibatkan dialog terbuka dan kompensasi berbasis kesepakatan. Kesebelas, UU No. 17/2023 mewajibkan permintaan rekomendasi majelis sebelum menjatuhkan sanksi pidana atau perdata. Rekomendasi harus diberikan dalam 14 hari sejak permohonan diterima (Ridwan, 2006). Kedua belas, tantangan implementasi meliputi kapasitas MKDKI yang terbatas, kurangnya transparansi putusan, dan ketiadaan standar protokol medis nasional. Ketiga belas, solusi sistemik mencakup harmonisasi UU Kesehatan, UU Praktik Kedokteran, dan KUH Perdata; penguatan kapasitas MKDKI; serta penyusunan standar protokol medis terukur. Keempat belas, sanksi perdata dan administratif bersifat komplementer: perdata berfokus pada kompensasi kerugian, sedangkan administratif pada penegakan disiplin profesi. Mekanisme penyelesaian sengketa yang efektif memerlukan integrasi pendekatan litigasi, non-litigasi, dan keadilan restoratif untuk menjamin kepastian hukum (Indar, 2017).

Setelah memahami bentuk sanksi dan mekanisme penyelesaian sengketa yang berlaku dalam kasus malapraktik medis, penting untuk menyoroti bagaimana proses penyelesaian tersebut diatur dan dijalankan berdasarkan ketentuan hukum positif di Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa penyelesaian sengketa malapraktik medis harus diawali dengan upaya alternatif di luar pengadilan, seperti mediasi, konsiliasi, atau negosiasi (Tribowo, 2014). Pendekatan ini bertujuan untuk memberikan ruang dialog antara pasien dan tenaga medis, sehingga kedua belah pihak dapat mencari solusi yang adil tanpa harus melalui proses litigasi yang panjang dan mahal (Kessler & McClellan, 1996).

Jika upaya penyelesaian sengketa secara non-litigasi tidak membuahkan hasil, maka langkah berikutnya adalah melibatkan lembaga profesi, seperti Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Pasien atau keluarganya dapat mengadukan dugaan pelanggaran disiplin ke MKDKI, yang kemudian akan melakukan pemeriksaan dan memberikan rekomendasi mengenai apakah terjadi pelanggaran standar profesi medis atau tidak. Rekomendasi dari MKDKI menjadi syarat penting sebelum kasus dapat dibawa ke ranah perdata ataupun pidana, sebagaimana diatur dalam Pasal 308 ayat (2) UU No. 17/2023 (Kachalia & Mello, 2011).

Dalam hal penyelesaian melalui jalur perdata, pasien yang merasa dirugikan dapat mengajukan gugatan perbuatan melawan hukum ke pengadilan negeri. Gugatan ini didasarkan pada Pasal 1365 KUH Perdata, di mana penggugat harus membuktikan adanya perbuatan melawan hukum, kerugian yang dialami, dan hubungan kausal antara keduanya. Hakim akan menentukan besaran ganti rugi berdasarkan bukti-bukti yang diajukan, seperti tagihan biaya pengobatan, kerugian materiil, dan kerugian immateriil akibat tindakan malapraktik (Studdert et al., 2006).

Sanksi perdata yang dijatuhkan oleh pengadilan dapat berupa kewajiban membayar ganti rugi materiil dan immateriil kepada pasien. Dalam beberapa kasus, rumah sakit juga dapat dimintai pertanggungjawaban secara perdata atas kelalaian tenaga medis yang bekerja di bawah naungannya, sesuai dengan prinsip vicarious liability yang diatur dalam Pasal 1367 KUH Perdata. Selain sanksi perdata, tenaga medis juga dapat dikenai sanksi administratif apabila terbukti melanggar disiplin profesi atau ketentuan perundang-undangan (Ronoko, 2015).

Sanksi administratif ini dapat berupa peringatan tertulis, denda, pembekuan sementara izin praktik, hingga pencabutan izin praktik, tergantung pada tingkat pelanggaran yang dilakukan. Proses penjatuhan sanksi administratif ini dilakukan melalui mekanisme pemeriksaan oleh MKDKI atau majelis disiplin yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan. Untuk sanksi pidana, tindakan malapraktik yang mengakibatkan luka berat atau kematian dapat dijerat dengan ketentuan pidana sebagaimana diatur dalam KUHP dan UU Kesehatan (Asyhadie, 2017). Namun, sebelum proses pidana berjalan, harus ada rekomendasi dari majelis disiplin yang membuktikan adanya pelanggaran standar profesi atau kelalaian berat. Proses ini bertujuan untuk memastikan bahwa tidak semua risiko medis otomatis dikategorikan sebagai tindak pidana, sehingga perlindungan hukum bagi tenaga medis tetap terjaga (Bal, 2009).

Mekanisme penyelesaian sengketa medis juga dapat ditempuh melalui jalur non-litigasi di luar lembaga profesi, seperti mediasi yang difasilitasi oleh rumah sakit atau lembaga independen. Mediasi memberikan kesempatan kepada kedua belah pihak untuk mencapai kesepakatan secara sukarela, tanpa adanya paksaan atau tekanan dari pihak eksternal. Jika mediasi gagal, barulah pasien dapat melanjutkan ke jalur litigasi (Liang, 2002). Dalam praktiknya, penyelesaian sengketa melalui mediasi atau lembaga profesi seringkali lebih cepat dan efisien dibandingkan proses pengadilan. Namun, tidak semua kasus dapat diselesaikan secara damai, terutama jika terjadi kerugian besar atau pelanggaran berat yang menimbulkan dampak signifikan bagi pasien (Khoirunisa, 2019).

Putusan pengadilan dalam sengketa malapraktik medis biasanya didasarkan pada pertimbangan rekomendasi MKDKI, bukti medis, dan keterangan ahli. Dalam kasus tertentu, hakim dapat memerintahkan pembayaran ganti rugi dalam jumlah besar, seperti dalam Putusan MA No. 3203 K/Pdt/2017 yang menghukum dokter gigi membayar ganti rugi Rp100 juta kepada pasien yang dirugikan akibat pemasangan implan yang tidak sesuai standar (Hyman & Silver, 2006). Penting untuk

dicatat bahwa dalam setiap proses penyelesaian sengketa, baik melalui jalur litigasi maupun non-litigasi, prinsip profesionalisme, akuntabilitas, dan integritas tenaga medis harus tetap dijunjung tinggi. Hal ini bertujuan agar penyelesaian sengketa tidak hanya memberikan keadilan bagi pasien, tetapi juga melindungi hak dan martabat tenaga medis. Selain itu, mekanisme penyelesaian sengketa yang diatur dalam UU No. 17/2023 menekankan perlunya rekomendasi dari majelis disiplin sebelum kasus dapat dibawa ke pengadilan. Rekomendasi ini harus diberikan dalam waktu paling lama 14 hari sejak permohonan diterima, sehingga proses hukum dapat berjalan secara efektif dan tidak berlarut-larut (Ilnicka, 2019).

Secara keseluruhan, sistem penyelesaian sengketa malapraktik medis di Indonesia mengutamakan penyelesaian alternatif di luar pengadilan, dengan sanksi perdata, administratif, dan pidana yang dapat dijatuhkan sesuai dengan tingkat pelanggaran dan bukti yang tersedia. Pengadilan tetap menjadi lembaga netral yang memastikan keputusan diambil berdasarkan hukum yang berlaku dan rekomendasi dari lembaga profesi.

Dengan demikian, bentuk sanksi dan mekanisme penyelesaian sengketa dalam kasus malapraktik medis di Indonesia telah diatur secara komprehensif, meskipun dalam praktiknya masih menghadapi berbagai tantangan, seperti tumpang tindih regulasi, biaya pembuktian yang tinggi, serta perlunya peningkatan kapasitas lembaga profesi dan transparansi dalam proses penyelesaian sengketa.

Kesimpulan

Pertanggungjawaban perdata tenaga medis dalam kasus malapraktik didasarkan pada prinsip perbuatan melawan hukum sebagaimana diatur dalam Pasal 1365, 1366, dan 1371 KUH Perdata serta Pasal 58 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jika terbukti terjadi kelalaian atau pelanggaran standar pelayanan medis yang menyebabkan kerugian pada pasien, tenaga medis wajib memberikan ganti rugi kepada pasien. Dalam konteks rumah sakit, pertanggungjawaban juga dapat dibebankan kepada institusi berdasarkan prinsip vicarious liability, sehingga baik tenaga medis maupun rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban secara perdata atas kerugian yang timbul akibat malapraktik.

Sementara itu, pertanggungjawaban administratif muncul apabila tenaga medis melakukan pelanggaran terhadap ketentuan administratif, seperti praktik tanpa izin atau pelanggaran disiplin profesi. Sanksi administratif dapat berupa peringatan, denda, pembekuan hingga pencabutan izin praktik, yang umumnya dijatuhkan setelah melalui pemeriksaan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) atau lembaga sejenis. Mekanisme administratif ini bertujuan menjaga standar profesi dan perlindungan masyarakat, serta memastikan bahwa tenaga medis menjalankan praktik sesuai regulasi yang berlaku.

Dengan demikian, sistem pertanggungjawaban perdata dan administratif dalam kasus malapraktik medis di Indonesia telah memberikan landasan hukum yang jelas untuk melindungi hak-hak pasien sekaligus menjaga akuntabilitas tenaga medis. Namun, efektivitasnya sangat bergantung pada pembuktian unsur kesalahan, mekanisme penyelesaian sengketa yang transparan, dan koordinasi antara lembaga profesi serta institusi hukum agar tercipta keadilan bagi seluruh pihak yang terlibat.

References

- Asvatham, N. K. H. P. D. (2020). Pertanggungjawaban Perdata Tenaga Medis Apabila Melakukan Malapraktik Medis. *Jurnal Kertha Semaya*, 8(4).
- Asyhadie, Z. (2017). *Aspek-Aspek Hukum Kesehatan di Indonesia*. PT Rajagrafindo Persada.
- Bal, B. S. (2009). An Introduction to Medical Malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), 339–347. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0636-2>
- Bismark, M. M., & Brennan, T. A. (2009). No-fault Compensation for Medical Injuries: A Review. *Health Policy*, 90(2–3), 217–228. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.010>
- Brauer, M., Kroll, D. S., & Teles, D. (2015). Medical Malpractice Law in Europe. *European Journal of Health Law*, 22(3), 237–254. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341374>
- Brennan, T. A., Sox, H. C., & Burstin, H. R. (1996). Relation between Negligent Adverse Events and the Outcomes of Medical-Malpractice Litigation. *New England Journal of Medicine*, 335(26), 1963–1967. <https://doi.org/10.1056/NEJM199612263352606>
- Danzon, P. M. (1986). Medical Malpractice Liability. *Law and Contemporary Problems*, 49(2), 87–120. <https://doi.org/10.2307/1191607>
- Hyman, D. A., & Silver, C. (2006). Medical Malpractice Litigation and Tort Reform: It's the Incentives, Stupid. *Vanderbilt Law Review*, 59(4), 1085–1136. <https://doi.org/10.2139/ssrn.901608>
- Ilnicka, P. (2019). The problem of civil-law, administrative and criminal liability of a medical doctor for the lack of due diligence in the process of providing health care benefits. *The Opole Studies in Administration and Law*, 16(1(2)), 119–132. <https://doi.org/10.25167/osap.1133>
- Ilyas, A. (2014). *Pertanggungjawaban Pidana Dokter dalam Malpraktik Medik di Rumah Sakit*. Rangkang Education.
- Indar. (2017). *Etikolegal Dalam Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Pelajar.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., & Chandra, A. (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: The U.S. System at a Crossroads. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 39(2), 133–146. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2011.00585.x>
- Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (1996). Do Doctors Practice Defensive Medicine? *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353–390. <https://doi.org/10.2307/2946682>
- Khoirunisa, Q. (2019). Tinjauan Yuridis tentang Pertanggungjawaban Rumah Sakit Terhadap Pasien Korban Malpraktik Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. *JOM Fakultas Hukum Universitas Riau*, 6(1).
- Liang, B. A. (2002). A System of Medical Error Disclosure. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 64–68. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.64>
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National Costs of the Medical Liability System. *Health Affairs*, 29(9), 1569–1577. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.1082>
- Mello, M. M., & Studdert, D. M. (2017). *The Medical Malpractice System: Structure and Performance*. *Oxford Handbook of U.S. Health Law*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199366521.013.35>
- Njoto, H. (2011). Pertanggungjawaban Dokter Dan Rumah Sakit Akibat Tindakan Medis Yang Merugikan Dalam Perspektif UU No 44 TH 2009 Tentang Rumah Sakit. *Jurnal Ilmu Hukum*, 7(14).
- O'Neill, O., & McAndrew, R. (2017). Medical Malpractice: A Comparative Study of Civil Responsibility in the United States and Europe. *European Journal of Health Law*, 24(4), 349–370. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341465>
- Ridwan, H. (2006). *Hukum Administrasi Negara*. Raja Grafindo Persada.

- Ronoko, K. G. Y. (2015). Pertanggungjawaban Dokter Atas Tindakan Malpraktek Yang Dilakukan Menurut Hukum Positif Indonesia. *Lex Crimen*, IV(5).
- Sāraru, I. C. (2018). Medical malpractice regulation. Civil, administrative, and criminal liability. *Journal of Medicine and Life*, 11(2), 120–125. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0032>
- Sloan, F. A., & Chepke, L. M. (2011). Medical Malpractice. *Annual Review of Law and Social Science*, 7, 135–154. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102510-105425>
- Studdert, D. M., & Mello, M. M. (2018). Medical Malpractice Reform: Opportunities for Evidence-Based Innovation. *JAMA*, 320(9), 869–871. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11009>
- Studdert, D. M., Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2004). Medical Malpractice. *New England Journal of Medicine*, 350(3), 283–292. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr035458>
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A. L., & Brennan, T. 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>
- Sulistiyani, V., & Syamsu, Z. (2017). Pertanggungjawaban Perdata Seorang Dokter Dalam Kasus Kelalaian Tenaga Medis. *Lex Et Societatis*, III(5).
- Supriadi, W. C. (2001). *Hukum Kedokteran*. Mandar Maju.
- Taragin, M. I., Wilczek, A. P., Karns, M. E., Trout, R., & Carson, J. L. (1992). Physician Demographics and the Risk of Medical Malpractice Claims. *Archives of Internal Medicine*, 152(7), 1451–1455. <https://doi.org/10.1001/archinte.1992.00400190109019>
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, S. W., Howard, K. M., Weiler, P. C., & Brennan, T. A. (2000). Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 261–271. <https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00003>
- Tribowo, C. (2014). *Etika Hukum dan Kesehatan*. Nuha Medika.
- Wulandari, M. (2017). Tanggungjawab Perdata Atas Tindakan Kelalaian Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit. *Jurnal Varia Hukum*, XXXVIII(XXIX).
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.