



**PERAN KOMITE MEDIK DALAM UPAYA
PERLINDUNGAN DOKTER MEMBERIKAN
PELAYANAN MEDIS TERHADAP JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL BERDASARKAN UNDANG-
UNDANG NOMOR 29 TAHUN 2004 TENTANG
PRAKTIK KEDOKTERAN**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Memenuhi Tugas-Tugas Dan Syarat-Syarat Mencapai
Gelar Sarjana Hukum**

Oleh :

M. ANDRIADY SAIDI NASUTION

**NPM : 1826000386
Program Studi : Ilmu Hukum
Konsentrasi : Hukum Perdata**

**FAKULTAS SOSIAL SAINS
PROGRAM STUDI ILMU HUKUM
UNIVERSITAS PEMBANGUNAN PANCA BUDI
MEDAN
2019**

ABSTRAK

PERAN KOMITE MEDIK DALAM UPAYA PERLINDUNGAN DOKTER MEMBERIKAN PELAYANAN MEDIS TERHADAP JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERDASARKAN UNDANG-UNDANG NOMOR 29 TAHUN 2004

M. Andriady Saidi Nasution*
M. Arif Sahlepi Lubis, S.H., M.Hum.**
Abdul Rahman Maulana Siregar, SH.,MH.Li**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran komite medik dalam upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional menurut Undang – Undang nomor 29 tahun 2004. Metode penelitian yang digunakan dengan pendekatan yuridis normatif yang mengacu pada norma – norma yang terdapat dalam peraturan perundang – undangan, putusan pengadilan serta norma – norma yang ada dalam masyarakat. sedangkan tipe penelitiannya menggunakan penelitian kualitatif dengan menemukan gejala – gejala hukum yang berkembang di suatu komunitas masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diajukan dalam skripsi ini, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat peran yang signifikan bagi komite medik dalam upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional sekarang ini, berdasarkan Undang – Undang nomor 29 tahun 2004. Dimana, jika seorang dokter telah melakukan tindakan medik sesuai perundang – undangan dan peraturan yang berlaku saat ini di Indonesia, maka bagi dokter yang telah melakukan tindakan medik yang sesuai dengan standar profesi dan standar operational procedure (SOP) maka tidak patut untuk dipersalahkan dan mengenai cara penyelesaian sengketa medis pada pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Proses mediasi yang termasuk dalam Alternative Dispute Resolution (ADR) yang telah sesuai menurut Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 29 yang menyatakan bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Kata Kunci : Komite Medik, Perlindungan Dokter, Pelayanan Medis

*Mahasiswa Program Studi Ilmu Hukum Fakultas Sosial Sains UNPAB Medan.

**Dosen Program Studi Ilmu Hukum Fakultas Sosial Sains UNPAB, Dosen Pembimbing I dan II

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	7
F. Tinjauan Pustaka.....	10
G. Metode Penelitian.....	15
1. Sifat Penelitian.....	15
2. Tipe Penelitian.....	16
3. Jenis Penelitian.....	16
4. Metode Pengumpulan Data.....	17
5. Jenis Data.....	17
H. Sistematika Penelitian.....	19
BAB II PERLINDUNGAN DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	21
A. Tinjauan Umum Perlindungan Dokter.....	21
B. Hubungan Hukum antara Dokter dengan Pasien.....	24

C.	Hak dan Kewajiban Dokter	27
D.	Hak dan Kewajiban Pasien	30
BAB III	ANALISIS PERAN KOMITE MEDIK DALAM UPAYA PERLINDUNGAN TERHADAP DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS SI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL MENURUT UNDANG-UNDANG NOMOR 29 TAHUN 2004	33
	Analisis Peran Komite Medik Dalam Upaya Perlindungan Terhadap Dokter Dalam Pelayanan Medis Si Era Jaminan Kesehatan Nasional Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004	33
BAB IV	UPAYA TERHADAP PERLINDUNGAN DOKTER PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.....	39
A.	Upaya Terhadap Perlindungan Dokter	39
B.	Bentuk Penegakan Hukum dalm Kasus Malpraktek	48
C.	Proses Litigasi dan Non Litigasi.....	49
BAB V	PENUTUP.....	57
A.	Kesimpulan.....	57
B.	Saran.....	59
	DAFTAR PUSTAKA.....	60

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hubungan hukum antara dokter dan pasien berpangkal pada 2 (dua) dasar hak asasi manusia yang dijamin dalam dokumen tertulis maupun konvensi-konvensi internasional yang membahas tentang hak asasi manusia. Kedua bentuk hak tersebut adalah hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*) dan hak atas informasi (*the right to information*). Kedua hak dasar tersebut bertolak dari hak atas perawatan kesehatan (*the right to health care*) yang merupakan hak asasi individu (*individual human rights*).

Dokumen internasional yang menjamin kedua hak tersebut adalah *The Universal Declaration of Human Right* pada tahun 1948 (seribu sembilan ratus empat puluh delapan) dan *The United Nations International Covenant on Civil Political Right* tahun 1966 (seribu sembilan ratus enam puluh enam).

Berdasarkan peraturan perundang-undangan di Indonesia, hak asasi manusia tercantum didalam Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945. Perlindungan terhadap martabat manusia secara rinci dijelaskan dalam Pasal 28G yang menyatakan “*setiap orang berhak atas perlindungan diri pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda yang di bawah kekuasaannya, serta berhak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi*”. Hal senada juga terdapat dalam Pasal 28H yang mengatakan bahwa “*setiap orang berhak untuk hidup*

sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta mendapatkan pelayanan kesehatan”. Oleh karena itu secara perundang-undangan sudah mengatur bahwa keberadaan manusia wajib mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

Pelayanan kesehatan pada prinsipnya adalah membangun masyarakat yang sehat dan produktif yang dilandasi pada kesadaran akan segala bentuk hak dan kewajibannya sebagai warga negara dan anggota masyarakat. Setiap unsur dalam pembangunan kesehatan akan mempunyai peranan yang penting dalam setiap proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan.¹

Pelayanan kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk melaksanakan upaya pencegahan dan pengobatan suatu penyakit, termasuk di dalamnya pelayanan medis yang didasarkan atas dasar hubungan individual antara dokter dengan pasien yang membutuhkan kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Dokter merupakan pihak yang mempunyai keahlian di bidang medis atau kedokteran yang dianggap memiliki kemampuan dan keahlian untuk melakukan tindakan medis. Sedangkan pasien merupakan orang sakit yang awam akan penyakit yang dideritanya dan mempercayakan dirinya untuk diobati dan disembuhkan oleh dokter. Oleh karena itu dokter berkewajiban memberikan pelayanan medis yang sebaik-baiknya bagi pasien.²

¹Dr. H. Syahrul Machmud. SH.,MH, *Penegakan Hukum Dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktik*, Karya Putra Darwati Bandung, 2012.

² Prihato Adi, *Kebijakan Formulasi Hukum Pidana Dalam Rangka Penanggulangan Tindak Pidana Malpraktik Kedokteran*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang, Tahun 2010, hal. 3.

Hubungan hukum antara dokter dan pasien di rumah sakit terjadi dikarenakan ada hubungan kontraktual berupa transaksi terapeutik. Oleh karena itu, dalam konteks ini dokter sebagai pihak yang terlibat secara langsung dalam perjanjian apabila terjadi wanprestasi maka secara yuridis dapat diminta pertanggungjawaban (*contractual liability*) yaitu perbuatan tidak memenuhi prestasi atau kewajiban.

Bahwa di sini berlaku *Contract theory*, menurut King jika seorang dokter atau tenaga kesehatan setuju untuk merawat seorang pasien dengan imbalan honor tertentu, maka dapat diciptakan suatu perjanjian yang disertai hak dan tanggung gugatnya.³ Dengan kata lain, *Contractual liability*, tanggung gugat jenis ini muncul karena adanya ingkar janji, yaitu tidak dilaksanakannya sesuatu kewajiban (prestasi) atau tidak dipenuhinya sesuatu hak pihak lain sebagai akibat adanya hubungan kontraktual.

Selain itu, dokter sebagai pihak pada prinsipnya juga dapat diminta pertanggungjawaban sebagai akibat adanya perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) yaitu perbuatan yang bertentangan dengan kewajiban profesi (yang dilakukan oleh tenaga profesi yang bekerja untuk dan atas nama rumah sakit). Dengan sistem ini masyarakat dijamin akan mendapatkan pelayanan klinis yang terbaik dan dokter mendapatkan perlindungan akan pelayanan medis yang dilakukannya terutama di era jaminan kesehatan nasional seperti sekarang ini. Indonesia masalah tata kelola klinis diatur dalam Undang-Undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (RS). Aturan pelaksanaannya adalah Peraturan Menteri

Kesehatan No 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

“Komite medik bertanggung jawab dalam melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis, menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi, membantu direktur menyusun *medical staff by law* dan memantau pelaksanaannya, menyusun kebijakan dan prosedur etiko legal, meningkatkan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medik dan melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis, kasus bedah, penggunaan obat, keakuratan rekam medis, morbiditas dan mortalitas.”

“Telaah *medical review/ peer review/* audit medis juga dilakukan oleh komite medik melalui pembentukan sub komite.⁴ Komite medik adalah wadah profesional di Rumah Sakit yang merupakan otoritas tertinggi dalam organisasi staf medis. Komite medik berfungsi membantu rumah sakit dalam mengawal mutu layanan kesehatan berbasis keselamatan pasien. Komite medis pembentukannya ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur dan bertanggung jawab langsung kepada direktur.”

“Dalam hal kinerja pelayanan, komite medik dalam rumah sakit juga bertugas dalam peningkatan pelayanan dan melakukan monitoring serta evaluasi mutu pelayanan. Dengan bertambahnya jumlah rumah sakit akan meningkatkan persaingan dalam meningkatkan mutu pelayanan, untuk mencapai keunggulan, maka rumah sakit harus memiliki suatu badan atau organisasi yaitu komite medik yang memiliki kegiatan terarah serta berperan sebagai motor penggerak pelayanan rumah sakit.”

“Kegiatan yang terarah dari komite medik diharapkan terjadi peningkatan mutu pelayanan profesi akan terjadi, dan hal yang dapat dipantau salah satunya melalui peningkatan rasio hunian (utilisasi) unit pelayanan rawat inap. Mekanisme yang umumnya digunakan untuk menjamin peningkatan utilisasi pelayanan rawat inap pasien adalah aplikasi prinsip “*bad apple theory*” dengan cara seleksi dan pendisiplinan terhadap dokter yang bekerja di rumah sakit. Badan akreditasi RS di Amerika (JCI) mempersyaratkan keberadaan mekanisme semacam ini bagi RS untuk menjaga peningkatan mutu pelayanan pasiennya.”

“Mekanisme ini diyakini dapat mempertahankan profesionalisme para praktisi medis di RS karena upaya ini dapat meningkatkan mutu pelayanan RS. Keberhasilan peningkatan utilisasi pelayanan rawat inap di rumah sakit bukan hanya hasil program kerja komite medik namun juga bidang lainnya yaitu bidang administrasi, bidang keperawatan dan pelayanan lainnya yang terkait. Namun, komite medik memiliki peran tersendiri sebagai promotor organisasi RS yang bekerjasama dengan bidang lainnya dalam mengemban tugas penjaminan mutu pelayanan dan etika oleh tenaga medis yang secara langsung memiliki pengaruh kepada pelayanan yang diberikan kepada pasien.”

“Data *World Alliance for Patient Safety* menyatakan bahwa hasil monitoring dan evaluasi pelayanan oleh komite medik bermanfaat untuk masukan terhadap pelayanan. *World Health Assembly* menyatakan bahwa hanya 40% pelayanan di RS didukung oleh peran komite medik dalam upaya peningkatan mutu pelayanan. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan

penelitian mengenai **“Peran Komite Medik Dalam Upaya Perlindungan Dokter Dalam Pelayanan Medis Di Era Jaminan Kesehatan Nasional Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional?
2. Bagaimana peran komite medik dalam upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional?
3. Bagaimana upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini maka tujuan penelitian yang ditetapkan adalah:

1. Untuk mengetahui dan menganalisis perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional.
2. Untuk mengetahui dan menganalisis peran komite medik dalam upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional menurut Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004.
3. Untuk mengetahui dan menganalisis upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis, penelitian ini dapat memberikan masukan, membuka wawasan dan paradigma berfikir bagi kalangan akademis untuk pengembangan ilmu manajemen rumah sakit terkait pelaksanaan komite medik dalam upaya peningkatan perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional melalui pendekatan dan metode-metode yang digunakan.
2. Secara Praktis, penelitian ini diharapkan memberi manfaat melalui analisis yang dipaparkan pada pihak – pihak yang terkait dalam terkait pelaksanaan komite medik dalam upaya peningkatan perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional.
3. Secara Akademis, penelitian ini diharapkan memberi kontribusi ilmiah pada kajian tentang peran komite medik sebagai upaya dalam memberikan perlindungan kepada dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional menurut Undang – Undang nomor 29 tahun 2004.

E. Keaslian Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu telah melakukan penelusuran terhadap judul dan permasalahan dalam penelitian ini dilakukan di perpustakaan program studi fakultas hukum. Hasil dari penelusuran tidak ditemukan judul dan permasalahan yang sama dengan penelitian ini.

Dari beberapa judul penelitian yang pernah diangkat oleh peneliti sebelumnya, ada tiga judul yang hampir mendekati sama dengan penelitian dalam penulisan skripsi ini, yaitu sebagai berikut:

1. Skripsi Ridho Ilham Ginting tahun 2018 dalam penelitiannya yang berjudul “Tanggung Jawab Dokter Dalam Pelayanan Medis Di Rumah Sakit ”. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis yaitu berdasarkan transaksi terapeutik. Dimana pasien memberikan persetujuan tindakan medis (informed consent) pada dokter di rumah sakit dan dokter dalam pelayanan medis di rumah sakit guna memenuhi transaksi terapeutik. Hal ini dilakukan untuk melakukan usaha maksimal (inspanningverbintenis) pada pasien. Selain itu, hubungan hukum antara dokter dan rumah sakit dalam pelayanan medis yaitu berdasarkan Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dimana rumah sakit dapat mempekerjakan dokter sebagai tenaga medis tetap sebagai karyawan (employee) atau tenaga medis tidak tetap atau konsultan bisa juga disebut sebagai mitra. Selanjutnya, tanggung jawab dokter dalam pelayanan medis di rumah sakit yaitu dokter bertanggung jawab sesuai dengan pelanggarannya, dimana jika dokter melakukan pelanggaran etik maka akan diadili dan diberi sanksi di Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK).
2. Skripsi Citra Ariningtyas tahun 2011 dalam penelitiannya yang berjudul “Perlindungan Hukum Terhadap Pasien Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Perkebunan (Jember Klinik) Ditinjau Dari Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa adanya surat persetujuan tindakan medik merupakan kewajiban dokter untuk memberikan informasi dan pilihan kepada

pasien mengenai tindakan medik yang akan dilakukan. Sedangkan pasien berhak untuk menyetujui ataupun menolak tindakan apa yang akan dilakukan oleh tenaga medis terhadap diri pasien. Bentuk perlindungan hukum terhadap hak – hak pasien secara garis besar adalah berupa tuntutan ganti rugi kepada tenaga medis atau pelaku usaha apabila tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan yang telah disepakati. Upaya penyelesaian apabila terjadi wanprestasi dalam perjanjian terapeutik yang telah disepakati, pasien dapat mengajukan gugatan ke pengadilan dengan materi gugatan ganti rugi dan juga dapat menempuh upaya hukum lain berupa pengajuan permohonan pemeriksaan kepada Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK).

3. Safrowi tahun 2010 dalam penelitiannya yang berjudul “Perlindungan Hukum Terhadap Profesi Dokter Terkait Dugaan Mal Praktek Medik (Tinjauan Hukum Pidana Positif Dan Hukum Pidana Islam), dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa konsep perlindungan hukum terhadap profesi dokter dalam kaitannya dengan dugaan malpraktek baik menurut hukum pidana positif dimana lebih mengacu kepada hukum kesehatan dan kajian hukum Islam hampir sama penerapannya. Yaitu tenaga kesehatan mendapatkan perlindungan hukum terkait dengan adanya dugaan malpraktek medik sepanjang ia melakukan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar operating procedure (SOP). Serta dikarenakan adanya dua dasar peniadaan kesalahan dokter, yaitu alasan pembeda dan alasan pemaaf yang ditetapkan di dalam KUHP. Secara Konstruktif substansi dan pembahasan terhadap ketiga penelitian tersebut diatas

berbeda dengan penelitian yang dilakukan penulis saat ini. Dalam kajian topik bahasan yang penulis angkat ke dalam bentuk skripsi ini, hanya membahas yaitu : peran komite medik dalam upaya dalam upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional menurut Undang – Undang nomor 29 tahun 2004.

F. Tinjauan Pustaka

1. Definisi Komite Medik

Komite medik menurut peraturan menteri kesehatan di dalam pasal 5 diartikan sebagai organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur utama dan bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis. Komite medik dibentuk oleh direktur rumah sakit, sekurang – kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan subkomite. Keanggotaan dalam komite medik ditunjuk langsung oleh direktur utama, baik persona maupun jumlahnya.

Komite medik melakukan kredensial, meningkatkan mutu profesi, dan menegakkan disiplin profesi serta merekomendasikan tindak lanjutnya kepada direktur rumah sakit. Sedangkan direktur rumah sakit menindaklanjuti rekomendasi komite medik dengan mengerahkan semua sumber daya agar profesionalisme para staf medis dapat diterapkan di rumah sakit. Komite medik memegang peran utama dalam menegakkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit. Peran tersebut meliputi rekomendasi pemberian izin melakukan pelayanan medis di rumah sakit (*clinical appointment*) termasuk rinciannya (*delineation of clinical privilege*), memelihara kompetensi dan

etika profesi, serta menegakkan disiplin profesi. Untuk itu direktur rumah sakit berkewajiban agar komite medis senantiasa memiliki akses informasi terinci tentang masalah keprofesian setiap staf medis di rumah sakit.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil putusan profesional. Mitra bestari (*peer group*) memegang peranan penting dalam pelaksanaan fungsi komite medik. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis, termasuk evaluasi kewenangan klinis (*clinical privilege*). Staf medis dalam mitra bestari tersebut berasal tidak terbatas dari staf medis yang telah ada di rumah sakit tersebut saja, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit, misalnya perhimpunan spesialis, kolegium atau fakultas kedokteran. Rumah sakit bersama komite medik menyiapkan daftar mitra bestari yang meliputi berbagai macam bidang ilmu kedokteran sesuai kebutuhannya.

Walaupun rumah sakit memiliki staf medis yang terbatas jumlahnya, budaya profesionalisme yang akuntabel harus tetap ditegakkan melalui penyelenggaraan tata kelola klinis yang baik. Pasien harus tetap terlindungi tanpa melihat besar kecilnya jumlah staf medis. Personalia tersebut dipilih dari staf medis yang memiliki reputasi baik dalam profesinya yang meliputi kompetensi, sikap dan hubungan interpersonal yang baik.

Mekanisme pengambilan keputusan di bidang keprofesian dalam setiap kegiatan komite medis dilaksanakan secara sehat dengan memperhatikan asas-asas kolegialitas. Peraturan internal staf rumah sakit (*medical staff bylaws*) akan menetapkan lebih rinci tentang mekanisme tersebut. Dalam melaksanakan tugasnya komite medik dibantu oleh subkomite kredensial, subkomite mutu profesi dan subkomite etika dan disiplin profesi. Dalam hal terdapat keterbatasan jumlah staf medis, fungsi subkomite – subkomite ini dilaksanakan oleh komite medik. Ketua subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

Di lain pihak, dalam pelaksanaan pelayanan medis sehari – hari di rumah sakit, direktur rumah sakit dapat mengelompokkan staf medis berdasarkan disiplin/spesialisasi, peminatan, atau dengan cara lain berdasarkan kebutuhan rumah sakit sesuai peraturan internal rumah sakit. Wakil ketua, sekretaris, dan ketua – ketua subkomite direkomendasikan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit. Selain itu, direktur rumah sakit mengangkat beberapa staf medis di rumah sakit tersebut untuk menjadi anggota pengurus komite medik dan anggota subkomite – subkomite di bawah komite medik.

Ketua komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Di satu pihak, direktur rumah sakit berkewajiban untuk menyediakan segala

sumber daya agar komite medik dapat berfungsi dengan baik untuk menyelenggarakan profesionalisme staf medis sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini. Di lain pihak, komite medik memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukannya kepada direktur rumah sakit. Dengan demikian lingkup hubungan antara direktur rumah sakit dengan komite medik adalah dalam hal – hal yang menyangkut profesionalisme staf medis saja. Hal – hal yang terkait dengan pengelolaan rumah sakit dan sumber dayanya dilakukan sepenuhnya oleh direktur rumah sakit.

Untuk mewujudkan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik direktur rumah sakit bekerjasama dalam hal pengaturan kewenangan melakukan tindakan medik di rumah sakit. Kerjasama tersebut dalam bentuk rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dan rekomendasi pencabutannya oleh komite medik.

Untuk mewujudkan pelayanan klinis yang baik, efektif, profesional dan aman bagi pasien, sering terdapat kegiatan pelayanan yang terkait erat dengan masalah keprofesian. Direktur rumah sakit bekerjasama dengan komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (medical staff rules and regulations) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit.

2. Definsi Dokter

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit dan dilakukan menurut hukum dalam pelayanan kesehatan.⁶ Sedangkan menurut Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 1 ayat (2) Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.³

3. Definisi Medis

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pengertian medis adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidang kedokteran. Pengobatan medis adalah pengobatan yang dilakukan untuk mengobati penyakit medis. Pengobatan medis dilakukan melalui perantara oleh dokter, operasi, obat-obatan medis lainnya.

4. Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi

³Endang Kusuma Astuti, *Perjanjian Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis Di Rumah Sakit*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2009, hal. 17.

Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan & perlindungan dlm memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yg diberikan kepada setiap orang yg telah membayar iuran/ iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan pola pembiayaan pra-upaya, artinya pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan sebelum atau tidak dalam kondisi sakit.

G. Metode Penelitian

1. Sifat Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk melukiskan tentang sesuatu hal di daerah tertentu dan pada saat tertentu. Biasanya dalam penelitian ini, peneliti sudah mendapatkan atau mempunyai gambaran yang berupa data awal tentang permasalahan yang akan diteliti. Dalam penelitian deskriptif seorang peneliti

sudah sering menggunakan teori-teori dan mungkin juga hipotesa-hipotesa.⁴ Penelitian deskriptif bertujuan menggambarkan secara tepat sifat-sifat suatu individu, keadaan, gejala atau kelompok tertentu, untuk menentukan ada tidaknya hubungan antara suatu gejala dengan gejala lain dalam masyarakat.

2. Tipe Penelitian

Tipe penelitian ini menggunakan tipe kualitatif, penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat post-positivme, digunakan untuk meneliti kondisi obyek yang alamiah, penelitian ini bertujuan untuk mencari kebenaran sejati, oleh sebab itu penelitian kualitatif berusaha untuk menemukan gejala-gejala hukum yang sedang berkembang di kalangan masyarakat.

3. Jenis Penelitian

Jenis Penelitian ini menggunakan jenis penelitian hukum normatif, penelitian hukum normatif dilakukan atau ditujukan hanya pada peraturan-peraturan yang tertulis atau bahan-bahan hukum yang lain. Penelitian hukum normatif dapat disebut juga sebagai penelitian perpustakaan atau studi dokumen. Dikatakan sebagai penelitian perpustakaan atau studi dokumen disebabkan penelitian ini lebih banyak dilakukan terhadap data yang bersifat sekunder yang ada di perpustakaan.⁵

⁴ Suratman & Philips Dillah, *Metode Penelitian Hukum*, ALFABETA, Bandung, 2015, hal. 47.

⁵ *Ibid*, hal. 51

4. Metode Pengumpulan Data

Pengambilan dan pengumpulan data dilakukan dengan cara penelitian kepustakaan (*library research*) atau disebut juga dengan studi kepustakaan yang meliputi bahan hukum primer, sekunder maupun tersier.⁶ Metode kepustakaan digunakan ketika calon peneliti mencari jawaban rumusan masalah pada sumber bacaan (refrensi), seperti literatur buku, majalah, jurnal, internal, dan sebagainya. Studi kepustakaan yang dimaksudkan dalam skripsi ini diterapkan dengan mempelajari dan menganalisa secara sistematis bahan-bahan yang utamanya berkaitan dengan kedudukan kreditor sebagai pihak pemohon pailit dalam perkara utang-piutang termasuk juga bahan-bahan lainnya yang ada kaitannya dan dibahas dalam skripsi ini.

5. Jenis Data

Penelitian hukum normatif merupakan penelitian kepustakaan, yaitu penelitian terhadap data sekunder. Data sekunder di bidang hukum (dipandang dari sudut kekuatan mengikatnya) terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier.⁷

- 1) Bahan Hukum Primer, yaitu bahan hukum yang mengikat, terdiri dari Norma Dasar Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik

⁶*Ibid*, hal. 66.

⁷*Ibid*, hal.67.

Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang serta Peraturan Perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan penelitian ini.

- 2) Bahan Hukum Sekunder, yaitu bahan yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer, diantaranya Buku-buku yang terkait dengan hukum, Artikel di jurnal hukum, Komentar-komentar atas putusan pengadilan, Skripsi, Tesis dan Disertasi Hukum, dan Karya dari kalangan praktisi hukum ataupun akademis yang ada hubungannya dengan penelitian ini.
- 3) Bahan Hukum Tersier, merupakan bahan yang memberikan petunjuk atau penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder, diantaranya: Kamus hukum dan kamus bahasa Indonesia, Majalah-majalah yang ada hubungannya dengan penelitian ini, Surat kabar baik berupa online maupun cetak yang memuat tentang kepailitan.

6. Analisis Data

Analisis data merupakan proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya dalam suatu pola, kategori, dan satuan uraian dasar. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber. Adapun yang menjadi sumber utama dalam penulisan skripsi ini adalah dari data sekunder. Analisis data dalam penelitian hukum menggunakan metode pendekatan kualitatif, karena tanpa menggunakan rumusan statistik, sedangkan penggunaan angka-angka hanya sebatas pada

angka persentase sehingga diperoleh gambaran yang jelas dan menyeluruh mengenai masalah yang diteliti.

H. Sistematika Penulisan

Penelitian ini dibuat berdasarkan sistematika penulisan di dalam penelitian ini, peneliti membaginya dalam lima bagian yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

Merupakan bab pendahuluan yang menguraikan mengenai hal – hal berkaitan dengan Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Manfaat Penelitian, Keaslian Penelitian, Tinjauan Pustaka, Metode Penelitian dan Sistematika Penulisan.

BAB II PERLINDUNGAN DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Bab ini membahas mengenai Tinjauan Perlindungan Dokter, Hubungan Hukum antara Dokter dengan Pasien, Hak dan Kewajiban Dokter serta Hak dan Kewajiban Pasien.

BAB III ANALISA PERAN KOMITE MEDIK DALAM UPAYA PERLINDUNGAN TERHADAP DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL MENURUT UNDANG – UNDANG NOMOR 29 TAHUN 2004

Bab ini membahas mengenai Peran Komite Medik Dalam Upaya Perlindungan Dokter Dalam Pelayanan Medis di Era Jaminan Kesehatan Nasional Menurut Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004.

BAB IV UPAYA TERHADAP PERLINDUNGAN DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Bab ini membahas mengenai Upaya Terhadap Perlindungan Dokter, Bentuk Penegakan Hukum Dalam Kasus Malpraktek Dan Proses Ligitimasi Dan Non Ligitimasi.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini memuat beberapa kesimpulan dan saran yang dibuat peneliti sebagai hasil dari pembahasan dan penguraian di dalam penelitian ini, dari keseluruhan permasalahan yang ada.

BAB II

PERLINDUNGAN DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. Tinjauan Umum Perlindungan Dokter

Pada dasarnya, dokter yang telah melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional berhak mendapatkan perlindungan hukum. Dalam melaksanakan praktek kedokteran, dokter harus memenuhi *Informed Consent* dan Rekam Medik sebagai alat bukti yang bisa membebaskan dokter dari segala tuntutan hukum. Ada beberapa hal yang menjadi alasan peniadaan hukuman terhadap dokter, yaitu: “Resiko pengobatan, Kecelakaan medik, *Contribution negligence*, *Respectable minority rules & error of (in) judgment*, *Volenti non fit iniura* atau *asumption of risk*, dan *Res Ipsa Loquitur*. Perlindungan hukum terhadap dokter dan prosedur penyelesaian sengketa medis dilaksanakan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dalam upaya memberikan perlindungan hukum terhadap dokter.

“Pertama, dasar hukum yang memberikan perlindungan hukum terhadap dokter terdapat dalam Pasal 50 Undang – Undang Praktik Kedokteran, Pasal 24 Ayat (1), jo Pasal 27 Ayat (1) dan Pasal 29 Undang – Undang Kesehatan, dan Pasal 24 Ayat (1) PP Tentang Tenaga Kesehatan. Kedua, MKDKI berwenang dalam menangani pelanggaran disiplin dokter.

“Jika ada sebuah tindakan dokter yang tergolong malpraktek, MKDKI hanya bisa berpedoman pada pelanggaran disiplin dokter. Malpraktek bisa saja terjadi akibat pelanggaran disiplin dokter tersebut. MKDKI juga berwenang memeriksa dan memberi keputusan terhadap pengaduan yang berkaitan dengan disiplin dokter dan dokter gigi. MKDKI dapat menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi.”

“Adanya Pasal 50 huruf (a) Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, yang diharapkan dapat melindungi dan memberikan kepastian hukum kepada dokter yang mengalami sengketa. Pasal 50 huruf (a) Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, berbunyi: “dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokteran mempunyai hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional⁹.”

“Apabila seorang dokter atau dokter gigi telah melaksanakan pelayanan medis atau praktek kedokteran telah sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, maka dokter atau dokter gigi tersebut tidak dapat dituntut, baik secara administrasi, perdata, maupun pidana.”

“Dalam hal kinerja pelayanan, komite medik dalam rumah sakit juga bertugas dalam peningkatan pelayanan dan melakukan monitoring serta evaluasi mutu pelayanan. Dengan bertambahnya jumlah rumah sakit akan meningkatkan persaingan dalam meningkatkan mutu pelayanan, untuk mencapai keunggulan, maka rumah sakit

harus memiliki suatu badan atau organisasi yaitu komite medik yang memiliki kegiatan terarah serta berperan sebagai motor penggerak pelayanan rumah sakit.”

“Kegiatan yang terarah dari komite medik diharapkan terjadi peningkatan mutu pelayanan profesi akan terjadi, dan hal yang dapat dipantau salah satunya melalui peningkatan rasio hunian (utilisasi) unit pelayanan rawat inap. Mekanisme yang umumnya digunakan untuk menjamin peningkatan utilisasi pelayanan rawat inap pasien adalah aplikasi prinsip “*bad apple theory*” dengan cara seleksi dan pendisiplinan terhadap dokter yang bekerja di rumah sakit. Badan akreditasi RS di Amerika (JCI) mempersyaratkan keberadaan mekanisme semacam ini bagi RS untuk menjaga peningkatan mutu pelayanan pasiennya.”

“Mekanisme ini diyakini dapat mempertahankan profesionalisme para praktisi medis di RS karena upaya ini dapat meningkatkan mutu pelayanan RS. Keberhasilan peningkatan utilisasi pelayanan rawat inap di rumah sakit bukan hanya hasil program kerja komite medik namun juga bidang lainnya yaitu bidang administrasi, bidang keperawatan dan pelayanan lainnya yang terkait. Namun, komite medik memiliki peran tersendiri sebagai promotor organisasi RS yang bekerjasama dengan bidang lainnya dalam mengemban tugas penjaminan mutu pelayanan dan etika oleh tenaga medis yang secara langsung memiliki pengaruh kepada pelayanan yang diberikan kepada pasien.”

B. Hubungan Hukum antara Dokter dengan Pasien

“Hubungan hukum antara dokter dengan pasien sebetulnya merupakan hubungan pelayanan kesehatan (*medical service*) atau istilah lain tindakan medik antara *Health Provider* (pemberi layanan kesehatan) dengan *Health Receiver* (penerima layanan kesehatan). Perkembangan hubungan ini dapat dikelompokkan pada tahapan-tahapan sebagai berikut:⁸”

Hubungan hukum antara dokter dan pasien berpangkal pada 2 (dua) dasar hak asasi manusia yang dijamin dalam dokumen tertulis maupun konvensi-konvensi internasional yang membahas tentang hak asasi manusia. Kedua bentuk hak tersebut adalah hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*) dan hak atas informasi (*the right to information*). Kedua hak dasar tersebut bertolak dari hak atas perawatan kesehatan (*the right to health care*) yang merupakan hak asasi individu (*individual human rights*).

Dokumen internasional yang menjamin kedua hak tersebut adalah *The Universal Declaration of Human Right* pada tahun 1948 (seribu sembilan ratus empat puluh delapan) dan *The United Nations International Covenant on Civil Political Right* tahun 1966 (seribu sembilan ratus enam puluh enam).

Berdasarkan peraturan perundang-undangan di Indonesia, hak asasi manusia tercantum didalam Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945. Perlindungan terhadap martabat manusia secara rinci dijelaskan dalam

⁸ Otok Suriatmadja dan Faiz Mufdi. *Aspek Tanggung Jawab Perdata dalam Hukum Kesehatan terutama dalam Malpraktek* (IKAHI dan IDI Cabang Sekayu, 2016), hal. 215

Pasal 28G yang menyatakan “*setiap orang berhak atas perlindungan diri pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda yang di bawah kekuasaannya, serta berhak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi*”. Hal senada juga terdapat dalam Pasal 28H yang mengatakan bahwa “*setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta mendapatkan pelayanan kesehatan*”. Oleh karena itu secara perundang-undangan sudah mengatur bahwa keberadaan manusia wajib mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

1) Hubungan Aktif – Pasif

“Pada tahapan ini pasien tidak memberikan kontribusi apapun bagi jasa pelayanan kesehatan yang akan diterimanya. Ia sepenuhnya menyerahkan kepada dokter kepercayaan untuk melakukan tindakan yang diperlukan. Pasien sangat percaya dan memasrahkan dirinya pada keahlian dokter. Dokter bagi pasien merupakan orang yang paling tahu tentang kondisi kesehatannya. Pada tahapan hubungan yang seperti ini intraksi komunikasi yang dilakukan pasien tidak menyangkut pilihan – pilihan tindakan pelayan kesehatan, karena ia tidak mampu memberikannya. Ketidakmampuan tersebut dapat saja karena kondisinya yang tidak memungkinkan untuk memberikan pendapatnya, misalkan pasien dalam keadaan tidak sadarkan diri.”

2) Hubungan Kerjasama Terpimpin

“Tahap hubungan ini terjadi apabila pasien sakit tapi sadar dan mempunyai kemampuan untuk meminta pertolongan dokter serta bersedia untuk kerjasama dengan dokter. Pada tahap hubungan ini sudah tampak adanya partisipasi dari pasien tetapi dalam proses pelayanan kesehatan. Peran dokter masih lebih dominan dalam menentukan tindakan – tindakan yang akan dilakukan. Dengan demikian kedudukan dokter sebagai orang yang dipercaya pasien masih signifikan.”

3) Hubungan Partisipasi Bersama

“Pada tahap hubungan ini pasien menyadari bahwa dirinya adalah pribadi yang sederajat dengan dokter dan dengan demikian apabila ia berhubungan dengan dokter. Maka hubungan tersebut dibangun atas dasar perjanjian yang disepakati bersama. Kesepakatan tersebut diambil setelah dokter dan pasien melalui tahapan –tahapan komunikasi yang intensif hingga dihasilkan suatu keputusan. Dengan demikian perkembangan pola hubungan antara dokter dengan pasien atau lazim disebut dengan transaksi terapeutik ini berkembang dari pasien hanya dianggap sebagai objek semata. Karena dokter dianggap paling tahu segala yang terbaik bagi pasien atau *father know best* maka hubungan transaksi terapeutik ini berpola hubungan *vertical*. Kemudian semakin lama hubungan antara dokter dengan pasien tersebut bergeser dalam hubungan yang lebih seimbang, karena dokter dan pasien memiliki hak dan kewajiban masing – masing yang harus dipenuhi.”

C. Hak dan Kewajiban Dokter

“Menurut Leenen sebagaimana dikutip oleh Danny Wiradharma”, kewajiban dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.⁹ Kewajiban yang timbul dari sifat perawatan medik dimana dokter harus bertindak sesuai dengan standar profesi medis atau menjalankan praktek kedokterannya secara *lege artis*.

Kewajiban – kewajiban dimaksud dapat dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok, yaitu:

1. “Kewajiban untuk menghormati hak – hak pasien yang bersumber dari hak-hak asasi dalam bidang kesehatan.”
2. “Kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial pemeliharaan kesehatan.”
3. “Disini misalnya dokter harus mempertimbangkan penulisan resep obat – obatan yang harganya terjangkau dengan khasiat yang kira – kira sama dengan obat yang harganya lebih mahal.”

“Kewajiban dokter terhadap pasien dalam melaksanakan pelayanan kesehatan lebih kongkrit dalam Pasal 51 Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktek kedokteran, yang telah menentukan secara normatif tentang serangkaian kewajiban dokter dalam melakukan pelayanan kesehatan yang harus dilaksanakannya kepada pasien:”

1. “Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.”

⁹Danny Wiradharma, Inge Rusli, Dionisia Sri Hartati . *Alternatif Penyelesaian Sengketa Medik*.(Jakarta; Sagung Seto, 2012), hal. 118.

2. “Merujuk pasien ke dokter lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.”
3. “Merahasiakan segala sesuatu yang di ketahuinya bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.”
4. “Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.”
5. “Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran.”

“Dari kode etik dokter diatas, maka dapat dirumuskan secara pokok kewajiban – kewajiban dokter sebagai berikut”:¹⁰

1. “Bahwa dokter wajib merawat pasiennya dengan cara keilmuan yang ia miliki secara adekuat. Dokter dalam perjanjian tersebut tidak menjanjikan menghasilkan satu *resultaat* atau hasil tertentu, karena apa yang dilakukannya itu merupakan upaya atau usaha sejauh mungkin sesuai dengan ilmu yang dimilikinya.”

Karenanya bukan merupakan *inspanningsverbintenis*. Ini berarti wajib berusaha dengan berhati – hati dan kesungguhan (*metzorg eh inspanning*)

¹⁰Hermien Hadiati Kuswadji. “*Hukum Kedokteran (study tentang hubungan hukum dalam mana dokter sebagai salah satu pihak)*”. (Bandung; Citra Aditya Bakti, 2013), hal. 97

menjalankan tugasnya. Perbedaan antara *resultaatsverbintenis* dengan *inspanningsverbintenis* ini yakni dalam hal terjadinya suatu kesalahan.

2. Dokter wajib menjalankan tugasnya sendiri (dalam arti secara pribadi dan bukan dilakukan oleh orang lain) sesuai dengan yang telah diperjanjikan kecuali apabila pasien menyetujui perlu adanya seorang yang mewakilinya (karena dokter dalam lafal sumpahnya juga wajib memelihara kesehatannya sendiri).
3. Dokter wajib memberi informasi kepada pasiennya mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit atau penderitannya. Kewajiban dokter ini dalam hal perjanjian perawatan (*behandelings contract*) menyangkut dua hal – hal yang ada kaitannya dengan kewajiban pasien.

Selain daripada itu terdapat pula beberapa perbuatan atau tindakan yang dilarang dilakukan oleh dokter, karena hal tersebut dianggap bertentangan dengan kode etik dokter. Perbuatan yang dilarang tersebut adalah sebagai berikut :

1. Melakukan suatu perbuatan yang bersifat memuji diri sendiri.
2. Ikut serta dalam memberikan pertolongan kedokteran dalam segala bentuk, tanpa kebebasan profesi.
3. Menerima uang lain selain dari imbalan yang layak sesuai dengan jasanya, meskipun dengan sepengetahuan pasien atau keluarganya.

Selain kewajiban dokter yang harus dipenuhi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, maka dokter dilengkapi pula dengan serangkaian hak – hak dokter.

Secara normatif hak – hak tersebut telah tercantum dalam perundang – undangan yang dapat dituntut keberadaannya khususnya diatur pada Pasal 50 UUPK yang menyatakan sebagai berikut:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan profesi dan standar prosedur operasional.
2. Memberi pelayanan medis menurut standar profesi dan standar operasional.
3. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya, dan
4. Menerima imbalan jasa.

D. Hak dan Kewajiban Pasien

Kewajiban pasien dalam transaksi terapeutik diatur pula secara normatif dalam pasal 53 UUPK, yang menyebutkan sebagai berikut:

1. Memberi informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
2. Mematuhi nasehat dan petunjuk dari dokter atau dokter gigi.
3. Mematuhi ketentuan yang berlaku disarana pelayanan kesehatan, dan memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Selain dalam perundang-undangan sebagaimana dalam Pasal 53 Undang – Undang Praktek Kedokteran diatas, pasien juga berkewajiban secara moral dalam bidang kesehatan, yaitu menjaga kesehatannya dan menjalankan aturan – aturan perawatan sesuai dengan nasehat dokter yang merawatnya.

Beberapa kewajiban pasien yang harus dipenuhinya dalam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:¹¹

1. Kewajiban memberikan informasi
2. Kewajiban melaksanakan nasehat dokter atau tenaga kesehatan
3. Kewajiban untuk berterus terang apabila timbul masalah dalam hubungannya dengan dokter atau tenaga kesehatan.
4. Kewajiban memberikan imbalan jasa
5. Kewajiban memberikan ganti rugi, apabila tindakannya merugikan dokter atau tenaga kesehatan.

Sementara itu hak yang diberikan perundang – undangan kepada pasien diatur dalam Pasal 52 UUPK yang menyebutkan sebagai berikut:

1. Mendapat penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan dilakukan.
2. Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain.
3. Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis.
4. Menolak tindakan medis, dan
5. Mendapatkan isi rekam medis.

Selain diatur dalam Undang – Undang Praktek Kedokteran maka hak pasien ini dicantumkan pula pada KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia), yang menyebutkan sebagai berikut :

¹¹Bahder Johan Nasution. *“Metode Penelitian Ilmu Hukum.* (Bandung; CV Mandar Maju, 2013),hal. 281.

1. Hak untuk hidup, hak atas tubuhnya sendiri dan hak untuk mati secara wajar.
2. Hak memperoleh pelayanan kedokteran yang manusiawi sesuai dengan standar profesi kedokteran.
3. Hak untuk memperoleh penjelasan tentang diagnosis dan terapi dari dokter yang mengobatinya.

Hak untuk menolak prosedur diagnosis dan terapi yang direncanakan, bahkan dapat menarik diri dari kontrak terapeutik.

BAB III

ANALISA PERAN KOMITE MEDIK DALAM UPAYA PERLINDUNGAN TERHADAP DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL MENURUT UNDANG –UNDANG NOMOR 29 TAHUN 2004

Peran Komite Medik Dalam Upaya Perlindungan Terhadap Dokter Dalam Pelayanan Medis Di Era Jaminan Kesehatan Nasional Menurut Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004

Komite medik menurut peraturan menteri kesehatan di dalam pasal 5 diartikan sebagai organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur utama dan bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis. Komite medis dibentuk oleh direktur rumah sakit, sekurang – kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan subkomite. Keanggotaan dalam komite medik ditunjuk langsung oleh direktur utama, baik persona maupun jumlahnya.

Komite medik melakukan kredensial, meningkatkan mutu profesi, dan menegakkan disiplin profesi serta merekomendasikan tindak lanjutnya kepada direktur rumah sakit. Sedangkan direktur rumah sakit menindaklanjuti rekomendasi komite medik dengan mengerahkan semua sumber daya agar profesionalisme para staf medis dapat diterapkan di rumah sakit. Komite medik memegang peran utama dalam menegakkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit. Peran tersebut meliputi rekomendasi pemberian izin melakukan pelayanan medis di rumah sakit (*clinical appointment*) termasuk rinciannya (*delineation of clinical privilege*), memelihara kompetensi dan

etika profesi, serta menegakkan disiplin profesi. Untuk itu direktur rumah sakit berkewajiban agar komite medis senantiasa memiliki akses informasi terinci tentang masalah keprofesian setiap staf medis di rumah sakit.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil putusan profesional. Mitra bestari (*peer group*) memegang peranan penting dalam pelaksanaan fungsi komite medik. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis, termasuk evaluasi kewenangan klinis (*clinical privilege*). Staf medis dalam mitra bestari tersebut berasal tidak terbatas dari staf medis yang telah ada di rumah sakit tersebut saja, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit, misalnya perhimpunan spesialis, kolegium atau fakultas kedokteran. Rumah sakit bersama komite medik menyiapkan daftar mitra bestari yang meliputi berbagai macam bidang ilmu kedokteran sesuai kebutuhannya.

Walaupun rumah sakit memiliki staf medis yang terbatas jumlahnya, budaya profesionalisme yang akuntabel harus tetap ditegakkan melalui penyelenggaraan tata kelola klinis yang baik. Pasien harus tetap terlindungi tanpa melihat besar kecilnya jumlah staf medis. Personalia tersebut dipilih dari staf medis yang memiliki reputasi baik dalam profesinya yang meliputi kompetensi, sikap dan hubungan interpersonal yang baik.

Komite medik sebagai partner manajemen, dituntut perannya untuk meningkatkan berfungsi sebagai kredensial yaitu mengkaji/menyeleksi dokter gigi yang baik, kompeten, legal, beretika baik, serta taat aturan rumah sakit. Komite medik juga berfungsi untuk menjaga mutu pelayanan dan profesionalisme dokter, seperti melakukan rekredensial jika terbukti dokter sudah tidak lagi kompeten karena perkembangan usia atau gangguan kesehatan. Audit medik sebagai metoda melakukan kajian atas kasdus – kasus yang dinilai ada *medical error* sehingga tidak terulang pada kesempatan berikutnya. Audit medik bukan untuk menghakimi dokter yang bersalah tetapi untuk proses pembelajaran bagi semua pihak untuk meningkatkan mutu. Peran komite medik bukan sebaliknya sebagai pendorong terlaksananya manajemen, bahkan ada yang berfungsi tidak lebih dari seperti seffrikat pekerja medfis seluruh Indonnesia sehingga fungsinya hanya menunfud kenaikan jasa medik dan kesejahggteraan bagi 51 dokter.¹²

Tanggung Jawab Komite Medik adalah terksait dengan mutu pelahhyanan medffis, pembidnaan etik kedokwteran dan pengemwbangan prowfesi medfis. Komite Medis bertanggung jawab kepada direkwtur rumdah sakit. Adapun Fungsi dari Komite Medik, yakni sebagai berikut ini:

¹²Totok Suriaatmadja dan Faiz Mufdi. *Aspek Tanggung Jawab Perdata dalam Hukum Kesehatan Terutama dalam Malpraktek*. (IKAHI dan IDI Cabang Sekayu, 2016), hal. 225.

1. Memberikan sarngwan kepada direktur rumah sakit/Kepala bidang pelayanan medfis.
2. Mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medfis.
3. Menangani hal – hal yang berkaitan dengan etik kedokteran.
4. Menyusun kebijakan pelayanan medfis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medfis di rumah sakit.

Selain itu, tugas Komite Medik adalah sebagai berikut ini:

1. Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medfis antara lain melalui monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat, farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medfis, *tissue review*, mortalitas dan morbiditas, medical care review/ audit medfis melalui pembentukan sub komite – sub komite. Melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi dan mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medfis.
2. Membantu direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medik – legal.
3. Melakukan koordinasi dengan kepala bidang pelayanan medik dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medfis.

4. Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis dan memberikan laporan kegiatan kepada direktur rumah sakit.

Selain itu, Wewenang Komite Medis adalah sebagai berikut ini:

1. Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis.
2. Monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum didalam tugas komite medis.
3. Monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di rumah sakit dan melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antara kelompok staf medis.
4. Membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus – kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misal penanganan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya.

Dalam kasus medikal malpraktek, khususnya yg dilakukan oleh dokter, maka terhadap para dokter tersebut dapat dikenakan tuntutan pidana berdasarkan beberapa peraturan-peraturan yang berlaku (Hukum Positif), baik pada Undang – Undang yang bersifat umum (*lex generalis*) yaitu KUHP seperti yang terdapat pada beberapa pasal di antaranya :

- a. Pasal 267 KUHP, tentang surat ketidipastian palsu.

- b. Pasal 294 ayat (2) KUHP, tentang kesuffsilaaan.
- c. Pasal 304, KUH membiardkan seodrang yang seharusnya ditodlong .
- d. Pasal 332 KUHP, tentang pelanghhgaran rahafsia oleh dokwter.
- e. Pasal 299, 346, 347,348 dan 349 KUHP, tentang melakuffkan pebuatan aborwtus atau membanwtu melakukan aborwtus.

Juga yang terdapat pada perundang – undssangan yang bersifat khusus (*lex spesiaflis*) seperti dalam Undsang – Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehjjatan, Pasal – padsal yang mengandung sanksi pidana dalam undang – undssang tersebut terdapat pada pasal 80 – 86.

BAB IV

UPAYA TERHADAP PERLINDUNGAN DOKTER DALAM PELAYANAN MEDIS DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. Upaya Terhadap Perlindungan Dokter

Dalam upaya memberikan perlindungan hukum terhadap dokter, Mahkamah Agung melalui Surat Edaran (SEMA) tahun 1982 telah memberikan arahan kepada para hakim, bahwa penanganan terhadap kasus dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang diduga melakukan kelainan atau kesalahan dalam melakukan tindakan atau pelayanan medis agar jangan langsung diproses melalui jalur hukum, tetapi dimintakan dulu pendapat dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK)

Saat ini MKEK fungsinya digantikan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) suatu lembaga independen yang berada dibawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).²² Pasal 29 Undang-Undang Kesehatan mengatakan, bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Dalam penjelasannya tidak disebutkan dengan jelas ke badan apa mediasi itu akan diselesaikan, namun Undang-Undang Praktik Kedokteran Mengamanatkan

²² *Ibid* hal. 326 - 327

Hal ini menjadi tantangan tersendiri dalam perluasan jaminan kesehatan di Indonesia karena struktur kelompok pekerja di sektor informal yang relatif tinggi dibanding jumlah pekerja di sektor formal. Secara umum, pekerja di sektor informal memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi dibanding dengan tingkat pendapatannya sehingga apabila pekerja/anggota keluarga jatuh sakit, maka pekerja/anggota keluarga akan kehilangan produktivitas dan/atau kehilangan sumber pendapatan yang memudahkan mereka untuk jatuh miskin. Oleh karena itu, bantuan pembiayaan kesehatan untuk semua kelompok masyarakat sangat dibutuhkan terutama untuk masyarakat miskin dan rentan.

Cara penetapan sasaran program jaminan sosial bidang kesehatan juga merupakan catatan tersendiri karena belum menggunakan metodologi baku sehingga berdampak pada keluhan salah sasaran yang cukup besar (tingginya exclusion error dan inclusion error) dan kebocoran ke keluarga/kolega yang tidak miskin/rentan. Data Susenas tahun 2009 menunjukkan tingkat ketepatan sasaran hanya sekitar 33 persen dari target penerima seharusnya. Disamping itu rendahnya tingkat kesadaran akan manfaat Jamkesmas membuat peserta belum secara optimal menggunakan layanan di fasilitas kesehatan. Ketimpangan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas terutama di daerah perdesaan dan terpencil juga memicu rendahnya utilisasi diantara peserta Jamkesmas. Saat itu perhitungan besaran iuran Jamkesmas ditetapkan tanpa dukungan perhitungan aktuarial yang memadai dan belum direvisi sejak tahun 2008.

Dalam peta jalan, DJSN menargetkan agar berbagai peraturan turunan dari UU SJSN tahun 2004 tentang SJSN dan UU BPJS tahun 2011 yang digunakan sebagai pegangan implementasi SJSN bidang kesehatan, semuanya dapat diselesaikan pada akhir tahun 2013. Peraturan-peraturan turunan tersebut antara lain: Peraturan Pemerintah tentang PBI (PP PBI), Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan (Perpres Jamkes), Peraturan Pemerintah tentang Pelaksanaan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Peraturan Pemerintah tentang Modal Awal BPJS, Perpres tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS, dan Keputusan Presiden tentang Pengangkatan Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan. Peraturan-peraturan tersebut telah disusun bersama Kementerian terkait dan semua peraturan telah diselesaikan di akhir tahun 2013, menjelang pelaksanaan program JKN. Dampaknya adalah peraturan-peraturan tersebut belum sempat disosialisasikan kepada para pemangku kepentingan, sehingga saat awal implementasi dibutuhkan berbagai upaya khusus untuk harmonisasi dan integrasi peraturan tersebut. Salah satunya adalah peraturan pelaksana jaminan kesehatan yang pada awalnya sudah disusun dalam Perpres No. 12 Tahun 2013, namun harus direvisi dan dilengkapi dalam Perpres No. 111 Tahun 2013.

Sebagai gate keeper, penguatan fasyankes primer diperlukan untuk efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Saat ini, fasyankes primer yang bekerjasama dengan BPJS per Januari 2014 sebanyak 15.861 yang

terdiri dari 9.598 Puskesmas dan 6.263 klinik/dr/drg. Jumlah fasyankes primer yang berpotensi untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah sebanyak 23.768, yang akan dilibatkan pada tahun 2014-2019. Tidak hanya dalam segi jumlah, namun kualitas dari fasyankes primer juga perlu dikembangkan. Sementara itu, untuk sistem rujukan, jumlah fasyankes rujukan yang sudah ada selama ini dapat dikatakan cukup memadai. Namun jumlah dan distribusinya perlu ditingkatkan dalam menghadapi cakupan semesta pada tahun 2019. Jumlah fasyankes rujukan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan per 1 Januari 2014 sebanyak 1.701 yang terdiri dari RS Pemerintah (533), RS Swasta (919), RS Khusus + Jiwa (109), RS TNI (104) dan RS Polri (45). Jumlah fasyankes rujukan yang berpotensi untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 504, yang terdiri dari RS Pemerintah (56), RS Swasta (42), RS Khusus + Jiwa (396) dan RS TNI (10). Penguatan sistem rujukan juga diperlukan agar terjadi efisiensi dan efektivitas dalam sistem pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2012). Akreditasi terhadap fasyankes yang dilibatkan dalam program JKN diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas dan tenaga kesehatan. Dengan akreditasi akan diketahui apakah fasyankes tersebut memenuhi standar input dan proses yang ditetapkan atau tidak. Pelayanan kedokteran yang diberikan oleh tenaga medis juga harus sesuai dengan standar yang ditetapkan melalui Pengembangan Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Pelayanan Medik, Standar Operasional Pelayanan dan Clinical Pathway. Tenaga kesehatan memberikan kontribusi yang sangat besar dalam keberhasilan

pembangunan kesehatan. Jika dihitung secara nasional berdasarkan ketenagaan Puskesmas, maka terdapat kelebihan dokter umum, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Kekurangan tenaga kesehatan ini lebih disebabkan oleh tidak meratanya distribusi tenaga kesehatan sesuai standar kebutuhan Puskesmas. Berbeda dengan kondisi RS karena melibatkan tenaga dokter spesialis. Secara nasional terjadi kekurangan tenaga dokter spesialis (spesialis anak, penyakit dalam, bedah, radiologi, rehabilitasi medik, gigi), dokter gigi, perawat dan bidan. Data yang diperoleh pada tahun 2012 menunjukkan baru 79 persen Puskesmas yang jumlah dokternya sesuai atau di atas standar dan baru 52 persen RS yang jumlah dokternya sesuai atau di atas standar. Diharapkan pada tahun 2014 sebanyak 85 persen Puskesmas dan 60 persen RS mempunyai dokter sesuai atau di atas standar (Kemenkes, 2012). Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, farmasi berperan penting dalam menjamin tercapainya pembiayaan pelayanan yang cost-effective dan berkelanjutan. Pola pengelolaan obat dan alat kesehatan (kefarmasian) mengacu kepada tiga aspek utama yaitu aksesibilitas, keterjangkauan dan penggunaan obat rasional. Pemerintah menjamin ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan SJSN termasuk obat program (AIDS, TB, Malaria, Ibu, Anak, Gizi dan Penyakit Menular) dan buffer stock nasional. Pengelolaan ketersediaan obat dan alat kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan di fasyankes primer akan dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan dan fasyankes yang menjadi mitra BPJS. Pemerintah akan lebih fokus kepada pengelolaan obat, vaksin dan alat kesehatan yang digunakan untuk

upaya kesehatan masyarakat dan kegiatan–kegiatan pelayanan yang bersifat publik. Untuk meningkatkan efisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan maka perlu disusun standarisasi biaya dan tarif pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan acuan, baik bagi fasilitas pelayanan kesehatan maupun BPJS kesehatan. Pembayaran kepada fasilitas kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan. Standarisasi tarif pelayanan di fasyankes primer dilakukan dengan menghitung standar besaran kapitasi bagi masing-masing jenis fasyankes primer serta penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama di Fasyankes Primer. Untuk fasyankes rujukan, standarisasi tarif pelayanan dilakukan dengan menyempurnakan penghitungan Indonesian Case Based Group (INA-CBGs) yang akan digunakan BPJS Kesehatan dan penyusunan Permenkes tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Rujukan. Selain itu, perlu juga ditetapkan Standarisasi Jasa Medik/Renumerasi Tenaga Kesehatan. Review paket manfaat dan iuran dilakukan secara berkala setiap dua tahun sekali termasuk analisis average claim cost, analisis utilisasi dan analisis upah pekerja baik pekerja penerima upah (formal) maupun bukan penerima upah (informal).

Dalam upaya memberikan perlindungan hukjwum terhadap dokter, Mahkamah Agung melalui Surat Edarasnnya (SEMA) tahun 1982 telah memberikan arahan kepada para hakjim, bahwa penanganan terhadap kasus dokwter atau tenaga kesehjatan lainnya yang diduga melakukan kelalaisan atau kesdalahan dalam melakukan tindsakan atau pelayanan medfis agar jangan langsung diproses melalui

jalur hukjurn, tetapi dimintakan dulu pendsapat dari Majehhllis Kehormdatan Etik Kedokwteran (MKEK). Saat ini MKEK fungsinya digantikan oleh Majelis Kehormdatan Disiplin Kedoktweran Indonesia (MKDKI) suatu lembaga independssden yang berada dibawah Konsil Kedoktweran Indonesia (KKI).²² Pasal 29 Undang – Undang Kesehatan mengatakan, bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan keladdlaian dalam menjalankan profesifnya, kelalaian tersebut harus diseledsaikan terlebih dahulu melalui medfiasi. Dalam penjelasannya tidak disebutkan dengan jelas ke badan apa medfiasi itu akan diselesaikan, namun Undang – Undsang Praktik Kedokwteran mengamanatkan terbenddtuknya lembaga penyelffesaian disiplin dokwwter yang kemudian dikenal dengan Majelis Kehorddmatan Disiplin Kedokwwteran Indoffnesia (MKDKI).

MKDKI bukan lembaga medfiasi, dalam konteks medfiasi penyeleffsaian sengdketa, namun MKDKI adalah lemffbaga Negara yang berwfenang untuk menenhhtukan ada atau tidaknya kesadlahan yang dilakukan dokwwter atau dokwter gigi dalam penerapan diswiplin ilmu kedoktwweran atau kedokwteran gigi dan menetwapkan sanksi bagi dokwter atau dokwwter gigi yang dinyatakan bersalah.

Keberaffdaan MKDKI sebagai dalam upaya memjjberikan perlindujjngan hukjum terhadap dokwter memiliki Tata cara penanganan kasdus (Prosedur Penyeleswwaan Sengketa Medfis) oleh MKDKI yang telah diatur dalam Peraturan Konsil Kedokwwteran Indonesia Nomor 2 Tahun 2011 Tentang Tata Cara Penanganan Kasdus Dugaan Pelanghhgaran Disiplin Dokwter dan Dokwter Gigi. Penanganan kasdus dugaan pelanghhgaran tersebut dilakukan setelah adanya

pengajduan. Syarat pengajduan tersebut terdapat dalam Pasal 3 Perkonhsil Nomor 2 Tahun 2011. Setelah pengajduan terdaftar di MKDKI/MKDKI – P maka pihak pengajdu dapat memberikan data pendjjukung pengadusan yang berupa alat bukti yang dimiliki dan pernhhyataan tentang kebenaran pengadsuan.

“Pemerikddsaaan Awal”. Tahap pemerikddsaaan awal ini dibahas pada Pasddal 13 – 18 Peraturan Kondsil Nomor 2 Tahun 2011.

Pada tahap pemeriksaan ini pihak MKDKI memeddriksa apakah pengaduan tersebut diteriffma, tidak diterima atau ditojjolak. Jika pengaduan diterima maka Ketua MKSSDKI membentuk MPD yaitu Majeddlis Pemeriksa Disiplin. Anghgota dari MPD ini beradddsal dari MKDKI.

MPD dapat memutusddkan pengajduan tersebut tidak dapat diterima, ditolak atau penghjjentian pemedriksaan. MPD selanjutnya melakukan investijjgasi. Investijjgasi dilakukan untuk mengumpulkan informfsasi dan alat bukti yang berkaitan dengan perisggtiwa yang diadukan. Setelah investijjgasi, baru dilakukan sidang pemeddriksaan disiplin. Jika sidang pemeddriksaan disiplin dokwter atau dokwwter gigi selesai maka MPD akan meneddtapkan keputudsan terhadap teradu. Keputudsan tersebut dapat berupa:

- a. Dinyatakan tidak melakukan pelanghhgaran disiplin dokwter atau dokwwter gigi
- b. Pembehhrian sanksi disiplin, berupa :
 1. Peringatan tertulis

2. Kewajiban mengikuti pendidikan atau penelitian, yang dapat dilakukan dalam bentuk:

a. Re-edukasi formal di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi yang terakreditasi.

b. Reedukasi nonformal yang dilakukan supervise dokter atau dokter gigi tertentu di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi yang terakreditasi

Dalam hal ini turut juga fasilitas pelayanan kesehatan lain yang ditunjuk, sekarang atau fasilitas pelayanan kesehatan lain yang di tunjuk, sekurang-kurangnya 2 (dua) bulan dan paling lama 1 (satu) tahun.

3. Rekomendasi pencabutan STR atau SIP yang bersifat :

a. Sementara paling lama 1 (satu) tahun.

b. Tetap atau selamanya.

c. Pembatasan tindakan asuhan medis tertentu pada suatu areailmu kedokteran atau kedokteran gigi dalam pelaksanaan praktek kedokteran

Apabila terbukti melakukan pelanggaran disiplin maka setelah keputusan dokter atau dokter gigi yang diadukan dapat mengajukan keberatan terhadap keputusan MKDKI kepada ketua MKDKI dalam waktu selamat-lambatnya 30 hari sejak dibaddcakan atau diterimanya keputuddsan tersebut dengan mengajukan bukti baru yang mendukung keberjatangannya. ²⁵

Dalam hal menjamin netrffalitas MKDKI, Pasal 59 ayat (1) Undang – Undssang Praktek Kedokteran, disebutkan bahwa MKDKI terdiri atas 3 (tiga) orang dokwwter dan 3 (tiga) orang doktwwer gigi dari organisasi masing – masffing, seorang dokwter dan seorang doktwwer gigi mewakili asosiasi Rumddah Sakit dan 3 (tiga) orang sarjana hukjjum. Sehingga tidak dikhawatirkan lagi pihak dokwwter akan membeddla rekan sejjkawatnya.

B. Bentuk Penegakan Hukum Dalam Kasus Malddpraktek

Tanggung jawab hukjum dapat dibedakan dalam tanggung jawab hukjjum administddrasi, tanggung jawab hukjum perdasta dan tanggung jawab hukjum pidsana. Terhadap pelanghhgaran-pelanggaran hukjum tersebut yang dilakukan oleh profesi dokwter ini dapat dilakukan tindasskan atau dengan kata lain dilakuskan penegakan hukjum. Hakekat dari penegakan hukjum adalah suatu proses untuk mewujudkan keinginan-keingddinan atau ide-ide hukjum menjadi kenyataan.²⁶ Keinginan – keinginan hukjum adalah pikiran – pikiran badan pembentuk undang-undasnng yang berupa ide atau konddsep-konsep tentang keassdilan, kepastian hukjjum dan kemamfaatan soddcial yang dirumuskan dalam peraddturan hukjjum itu.

²⁵ Eka Julianta Wahjoepramono, *Op cit*, hal. 317.

²⁶ Satjipto Rahardjo. *Ilmu Hukum*. (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2015), hal. 145.

Makna penegakan hukjum dalam penanganan kasdus malpraktdddek medsis yakni upaya mendayaddgunakan atau memfungddsikan instrumen atau perangffkathukum, baik hukum administrasi, hukum perdassta maupun hukum

pidsana terhadap kasus – kasus malggpraktek. Hal ini dilakukan dalam rangka melinssdungi masyarakat umum (khususnya pasdien) dari tindakan kesengaddjaan ataupun kelalaian dokwwter atau dokwter gigi dalam melakukan tindakan medfik. Penanganan terhadap masalah yang diduga malddpraktek, Mahkddamah Agung melalui surat edassrannya (SEMA) tahun 1982 telah memjjberikan arahan kepada para hakjim, bahwa penanganan terhadap kasus dokwter atau tenaga kesehjatan lainnya yang diduga melakukdn kelalaian atau kesaladdhan dalam melakukan tindaddkan atau pelayanan medfis.

C. Proses Litiddgasi dan Non Litiddgasi

Proses litiuugasi adalah peroses penyeddlsaian sengkjetahukjjum yang dilaksanakan melalui media pengjjadilan untuk dapat memutuskan siapa yang benar dan yang salddah, dimana setiap pihak yang bersengketa mddmendapatkan kesempatan untuk mengajukan guhhgatan dan banjjtahan. Dibawah ini ada bebeyyrapa pembagian yang dapat ditemuupuh terkait dengan proses litiddgasi.

1. Melalui jalur prahhdilan perdsata dasar hukjum melalui jalur peraggdilan perdasta.
2. Melalui Jalur Pengajdilan Tata Usadha Negara.

Proses melalui jalur Pengadjilan Tata Usadha Negara (PTUN) pada prinsipnya sama dengan jalur pengajdilan perdjata, tetapi ada tambahan pada pengdadilan Tata Usajha Negara dikenal dengan “Proses Dishhmisal”, sengketa kedua pihak akan dinilai oleh hakjim pada proses ini apakah senghhketa ini layak

diteruskan ke PTUN atau tidak. Dalam PTUN hakjim lebih aktif untuk menghghali kasdus.

Mekanisme pengambilan keputusan di bidang keprofesian dalam setiap kegiatan komite medis dilaksanakan secara sehat dengan memperhatikan asas-asas kolegialitas. Peraturan internal staf rumah sakit (*medical staff bylaws*) akan menetapkan lebih rinci tentang mekanisme tersebut. Dalam melaksanakan tugasnya komite medik dibantu oleh subkomite kredensial, subkomite mutu profesi dan subkomite etika dan di siplin profesi. Dalam hal terdapat keterbatasan jumlah staf medis, fungsi subkomite – subkomite ini dilaksanakan oleh komite medik. Ketua subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

Di lain pihak, dalam pelaksanaan pelayanan medis sehari – hari di rumah sakit, direktur rumah sakit dapat mengelompokkan staf medis berdasarkan disiplin/spesialisasi, peminatan, atau dengan cara lain berdasarkan kebutuhan rumah sakit sesuai peraturan internal rumah sakit. Wakil ketua, sekretaris, dan ketua – ketua subkomite direkomendasikan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit. Selain itu, direktur rumah sakit mengangkat beberapa staf medis di rumah sakit tersebut untuk menjadi anggota pengurus komite medik dan anggota subkomite – subkomite di bawah komite medik.

Ketua komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Di satu pihak, direktur rumah sakit berkewajiban untuk menyediakan segala sumber daya agar komite medik dapat berfungsi dengan baik untuk menyelenggarakan profesionalisme staf medis sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini. Di lain pihak, komite medik memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukannya kepada direktur rumah sakit. Dengan demikian lingkup hubungan antara direktur rumah sakit dengan komite medik adalah dalam hal – hal yang menyangkut profesionalisme staf medis saja. Hal – hal yang terkait dengan pengelolaan rumah sakit dan sumber dayanya dilakukan sepenuhnya oleh direktur rumah sakit.

Untuk mewujudkan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik direktur rumah sakit bekerjasama dalam hal pengaturan kewenangan melakukan tindakan medik di rumah sakit. Kerjasama tersebut dalam bentuk rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dan rekomendasi pencabutannya oleh komite medik.

Untuk mewujudkan pelayanan klinis yang baik, efektif, profesional dan aman bagi pasien, sering terdapat kegiatan pelayanan yang terkait erat dengan masalah keprofesian. Direktur rumah sakit bekerjasama dengan komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (medical staff rules and regulations) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit.

Berdasarkan Undang – Undang Nomor 51 Tahun 2009 tentang perubahan kedua Undang – Undang Nomor 5 Tahun 1986 Tentang Pradilan Tata Usajha Negara. Sengketa tata usajha Negara adalah sengketa yang timbul dalam bidsang TUN antara orang atau badan hukjum perdata dengan badan atau pejadbat TUN, baik dipusat maupun di daejrah, sebagai akibat dikeluarkannya keputusan TUN termasuk sengketa kepegawaian berdasjarkan peraturan perundang – undasngan yang berlaku.

Dari hasil proses sengketa TUN dikelujarkan Keputusan Tata Usadha Negara (KTUN), yaitu suatu penetapan tertulis yang dikeljuarkan oleh badan atau pejabat TUN yang berisi tindakan hukjum TUN yang berdasarkan peraturan perundang – undanganyang berlaku, yang bersifat konkret, indivisduial dan final, yang menimbulkan akibat hukjum bagi seseorang atau badan hukjum perdata.

3. Melalui Jalur Prjadilan

Pidsana ketentuan hukjum jalur pradilan pidsana terdapat dalam berbagai undang – undsang, baik Kitab undang – undsang Hukjum Pidsana, maupun pada undang – undsang khusus di bidang kesehjatan.

Seperti Undsang – Undang Nodmor 36 Tahun 2009 tentang kesehjatan, Undang – Undsang Nomor 29 tahun 2004 tentang praktek kedojkteran, Undang – Undsang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumdah sakit dan berbagai undang – undjang bidang kesehjatan lainnya yang berlaku khusus. Jika ada lapodran atau pengaduan tentang adanya suatu tindak pidasna yang dilakukan oleh seorang dokwter atau tenaga

kesejahteraan, maka dokter atau tenaga kesehatan tersebut dapat melewati tahap – tahap dalam penyelesaian kasus pidana.

Sebelumnya dilakukan proses penyelidikan, yang dimulai dengan klarifikasi dugaan tindakan pidana, pemanggilan pihak – pihak untuk didengar keterangannya dan pembuatan berita acara klarifikasi. Selanjutnya dengan adanya ketidangan ini dapat dipanggil saksi – saksi apakah dugaan tindakan ini benar adanya.

Apabila dari hasil penyelidikan dapat disimpulkan memang ada dugaan tindak pidana, maka berlanjut pada proses penyidikan (di kepolisian), penuntutan (di kejaksaan) serta persidangan (di pengadilan). Kemudian proses Non Litigasi adalah penyelesaian masalah hukum diluar proses peradilan, tujuannya adalah memberikan bantuan dan nasehat hukum dalam rangka mengantisipasi dan mengurangi adanya sengketa, pertentangan dan perbedaan, serta mengantisipasi adanya masalah – masalah hukum yang timbul.

1. Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK)

Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen adalah lembaga khusus yang dibentuk berdasarkan Pasal 31 Undang – Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang perlindungan konsumen. BPSK dibentuk di daerah tingkat II untuk penyelesaian sengketa di luar pengadilan. UU No.8/1999 tentang perlindungan konsumen juga dapat diberlakukan pada bidang kesehatan. Berlakunya undang – undang ini diharapkan posisi konsumen sejajar dengan dengan pelaku usaha, dengan demikian anggapan bahwa konsumen merupakan raja tidak berlaku lagi mengingat antara konsumen

dan pelaku usaha tidak hanya mempunyai hak namun juga kewajiban. Hak konsumen kesehatan berdasarkan UU No. 8 Tahun 1989 ini adalah:

- a. Kenyamanan, keamanan, dan keselamatan.
- b. Memproleh informasi yang benar, jelas, dan jujur.
- c. Didengar pendapat dan keluhannya.
- d. Mendapat advokasi, pendidikan, dan perlindungan konsumen.
- e. Dilayani secara benar, jujur, dan tidak diskriminatif

BPSK mempunyai serangkaian tugas, namun tugas pokok BPSK adalah menangani dan menyelesaikan sengketa antara pelaku usaha dan konsumen, anggota BPSK sendiri terdiri atas unsur pemerintah, unsur konsumen dan unsur pelaku usaha. Adapun proses penanganan kasus ialah sebagai berikut ini:

- a. Konsumen mengajukan permohonan penyelesaian sengketa ke sekretariat BPSK dengan disertai bukti – bukti. Permohonan diteruskan kepada ketua BPSK dan dibahas dalam rapat anggota BPSK.
- b. Apabila permohonan ditolak, BPSK menyampaikan penolakan karena tidak memenuhi ketentuan atau bukan kewenangan BPSK, apabila permohonan diterima, dibuat surat panggilan untuk para pihak
- c. Ketua/ anggota/ sekretaris BPSK mengadakan sidang untuk menjelaskan adanya pilihan penyelesaian sengketa yaitu mediasi, arbitrase, negosiasi, dan konsiliasi, apabila yang dipilih adalah mediasi atau konsiliasi, ketua akan membentuk majelis dan menetapkan hari pertama sidang

- d. BPSK wajib mengeluarkan putusan paling lambat 21 hari kerja setelah gugatan diterima.

2. Jalur Mediasi

Dalam undang-undang kesehatan yang baru No.36 Tahun2009, penyelesaian kasus dalam pelayanan kesehatan harus memulai mediasi dan ini merupakan dasar hukum yang baru yang lebih tinggi.

Mediasi adalah suatu upaya penyelesaian sengketa para pihak dengan kesekatan bersama melalui mediator yang bersikap netral tetapi menunjang untuk terlaksananya dialog antar pihak dengan suasana keterbukaan kejujuran dan tukar pendapat untuk tercapainya mufakat. Mediasi merupakan salah satu metode yang berkembang dengan cepat dalam menyelesaikan madsalah, lebih efektif, kurang kerugian dalam menyelesaikan persedlisihan.

Penyelesaian kasdus pelayanan kesehjatan secara hukum (litigasi) sering kali berdampak buruk terhadap tenaga kesehjatan, karena di samping masa depan tenaga kesehjatan tersebut sudah langsung terlanjur jelek, padahal ia belum tentu bersalah. Kedepan tentu dia akan kehilangan pasdien, malu baik diri dan keluarga serta beban moral yang berkepanjangan. Saat ini sudah banyak kita temui kantor – kantor medfiator yang dipajang untuk bisa di dimanfaatkan masyarakat yang membutuhkannya.

Adanya amanah dalam undfang – undang kesehjatan 36 tahun 2009 tentang kesehjatan, apabila adanya dugaan kelalaian harus diselesaikan melalui jalur medfiasi sangat merupakan suatu perlindungan hukjum bagi tenaga kesehjatan

yang berpraktek. Jadi, medifasi merupakan suatu perlindungan hukjum bagi tenaga kesehjatan yang berpraktek.

3. Proses Penanganan Kasdus

Pasdien yang mengadakan adanya kasdus kelalaian medfis memperoleh penjelasan mengenai berbagai cara penaganan kasdusnya dan dipersilahkan memilih mekanisme mana yang paling sesuai dengan kasdusnya.

Apabila ia memilih jalur medfiasi, maka seorang mediator akan segera melakukan langkah – langkah persiapan medfiasi. Petugas medfiasi akan menjembatani pihak pasdien dan pihak dokwter melalui medfiasi diharapkan mendapatkan dua keuntungan sekaligus yaitu: sengketa antara pasdien dengan dokwter`atau rumnah sakit dapat diselesaikan, dan dokwter atau rumnah sakit akan mendapatkan *dettrence effect* (efek pencerahan) bila memang melakukan pelanggaran disiplin.

Proses mediasi ini termasuk ke dalam *Alternautive Dispute Resolution* (ADR) yang telah sesuai menurut Undsang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehjatan Pasal 29 yang menyatakan bahwa dalam hal tenaga kesehjatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional berdasarkan hukum yang mengatur hubungan antara dokter dan pasien. Hukum sebagai sarana untuk menciptakan keserasian antara kepentingan dokter dengan pasien guna menunjang keberhasilan pelayanan medis berdasarkan sistem kesehatan nasional. Dalam melakukan pelayanan tersebut tidak lepas dari bagaimana seharusnya dokter tersebut berperan secara profesional dalam menjalankan tugasnya agar setiap pasien memperoleh pelayanan dan perlindungan dalam bidang kesehatan.
2. Peran komite medik dalam upaya perlindungan dokter memberikan pelayanan medis berkaitan dengan eksistensi komite medfik sebagai perangkat rumah sakit yang berfungsi untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis terutama dokter terjaga profesionalismenya dalam melakukan pelayanan medis. Di Indonesia masalah tata kelola klinis diatur dalam Undang – Undasng No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (RS). Aturan pelaksanaannya adalah Peraturan Menteri Kesehatan No 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medfik di Rumah Sakit.

3. Upaya perlindungan dokter dalam pelayanan medis di era jaminan kesehatan nasional merujuk kepada kompetensi dokter yang sudah sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional berhak mendapatkan perlindungan hukum. Dalam melaksanakan praktek kedokteran, dokter harus memenuhi *Informed Consent* dan Rekam Medik sebagai alat bukti yang bisa membebaskan dokter dari segala tuntutan hukum apabila terjadi dugaan malpraktek. Ada beberapa hal yang menjadi alasan peniadaan hukuman sehingga membebaskan dokter dari tuntutan hukum, yaitu : Resiko pengobatan, Kecelakaan medik, *Contributipon negligence*, *Respactable minority rules & error of (in) judffgment*, *Volenti non fit iniura* atau *asumlpction of risk*, dan *Res Ipsa Loqruiur*. Dalam upaya memberikan perlindungan hukum terhadap dokter, Mahkamah Agung melalui Surat Edarannya (SEMA) tahun 1982 telah memberikan arahan kepada para hakim. Penanganan terhadap kasus dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang diduga melakukan kelalaian atau kesalahan dalam melakukan tindakan atau pelayanan medis agar jangan langsung diproses melalui jalur hukum, tetapi dimintakan dulu pendapat dari Makjelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK). Saat ini MKEK fungsinya digantikan oleh Makjelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) suatu lembaga independen yang berada dibawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

B. SARAN

1. Agar terciptanya perlindungan dokter dalam pelayanan medis, maka dokter hendaknya menjalin komunikasi yang baik dengan pasien dan melakukan tindakan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional berdasarkan sistem kesehatan nasional. Bagi masyarakat dan aparat penegak hukum hendaknya lebih memahami perbedaan malpraktek medik dan resiko medik.
2. Bagi komite medfik sebaiknya memiliki peran sebagai promotor organisasi Rumah sakit yang bekerjasama dengan bidang lainnya dalam mengemban tugas sebagai penjamin mutu pelayanan dan etika oleh tenaga medis yang secara langsung memiliki pengaruh kepada pelayanan yang diberikan kepada pasien.
3. Berkaitan dengan upaya perlindungan dokter dalam memberikan pelayanan medis, dokter dan pasien yang terlibat sengketa medis sebaiknya menyelesaikan permasalahan terlebih dahulu dengan cara mediasi atau kekeluargaan, apabila diperlukan pembuktian adanya malpraktek dapat melalui MKDKI sebagai lembaga yang berwenang dalam menyelesaikan pelanggaran disiplin dokter. Bagi pemerintah hendaknya dapat membantu program sosialisasi pengenalan MKDKI kepada masyarakat dan memberlakukan peraturan baru untuk setiap anggota dalam MKDKI adalah seorang dokter dengan tambahan gelar sarjana hukum.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

- Aspan, h., sipayung, i. M., muharrami, a. P., & ritonga, h. M. (2017). The effect of halal label, halal awarness, product price, and brand image to the purchasing decision on cosmetic products (case study on consumers of sari ayu martha tilaar in binjai city). *International journal of global sustainability*, 1(1), 55-66.
- Aspan, h. (2017). "good corporate governance principles in the management of limited liability company. *International journal of law reconstruction*, volume 1 no. 1, pp. 87-100.
- Aspan, h. (2017). "peranan polri dalam penegakan hukum ditinjau dari sudut pandang sosiologi hukum". *Prosiding seminar nasional menata legislasi demi pembangunan hukum nasional*, isbn 9786027480360, pp. 71-82.
- Aspan, h. (2014). "konstruksi hukum prinsip good governance dalam mewujudkan tata kelola perusahaan yang baik". *Jurnal dialogia iuridica universitas maranatha bandung*, volume 2 no. 2, pp. 57-64.
- Aspan, h., i. M. Sipayung, a. P. Muharrami, and h. M. Ritonga. (2017). "the effect of halal label, halal awarness, product price, and brand image to the purchasing decision on cosmetic products (case study on consumers of sari ayu martha tilaar in binjai city)". *International journal of global sustainability*, issn 1937-7924, vol. 1, no. 1, pp. 55-66.
- Aspan, h., f. Milanie, and m. Khaddafi. (2015). "swot analysis of the regional development strategy city field services for clean water needs". *International journal of academic research in business and social sciences*, vol. 5, no. 12, pp. 385-397
- Bahder Johan Nasution, *Metode Penelitian Ilmu Hukum*, CV Mandar Maju, Bandung 2011
- Danny Wiradharma, Inge Rusli, Dionisia Sri Hartati. *Alternatif Penyelesaian Sengketa Medik*. Jakarta: Sagung Seto, 2012.
- Dr. H. Syamsul Machmud. S.H.,MH, *Penegakan Hukum Dam Pelindunagn Hukum Bagi Dokter yang diduga Melakukan Medikal Malpraktik*, Karya Putra Darwati Bandung, 2012.
- Eka Julianta Wahjoepramono, *Hukum Pidana Malpraktik Medik*. Yogyakarta: Andi, 2010

- Endang Kusuma Astuti Panjaitan Terapeutik dalam upaya pelayanan medis dirumah Sakit. Bandung. Citra Aditya Bakt, 2009.
- Fikri, r. A. (2018). Analisis yuridis terhadap tindak pidana pembunuhan berencana yang dilakukan oleh anak dibawah umur menurut undang-undang nomor 11 tahun 2012 tentang sistem peradilan anak. *Jurnal abdi ilmu*, 11(1), 158-168
- Hermian Hadiati Kuswadji. “Hukum Kedokteran (studi tentang hubungan hukum dalam mana dokter sebagai salah satu pihak)”. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti, 2013
- J.H.King. THE law OF Medical Malpractice in a Nutshell, West Publising Co. St. Paul Min. Hal 10-18
- Ketaren, a. H. S. (2018). Analisis yuridis tindak pidana cybercrime dalam perbuatan pidana pencemaran nama baik ditinjau dari undang-undang no. 8 tahun 2011 tentang informasi transaksi dan elektronik dan hukum pidana
- Koeawadji, Hermian Hadiati. “Hukum Kedokteran (studi tentang hubungan hukum dalam mana dokter sebagai salah satu pihak)”. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti, 2013
- Mas Achmad Santoso, Perkembangan Lembaga ADR di Indonesia, Materi Pelatihan tentang Pilihan Penyelesaian Sengketa (Alternatif Dispute Reslution/ADR), UNDIP dan DEPKEH, Semarang, 10 -13 April 1999.
- Medaline, o. (2018). The development of “waqf” on the “ulayat” lands in west sumatera, indonesia. *Journal of social science studies*, microthink institute, issn, 2329-9150
- Prihato Adi, *Kebijakan Formulasi Hukum Pidana Dalam Rangka Penanggulangan Tindak Pidana Malpraktik Kedokteran*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang, Tahun 2010.
- Rafianti, f. (2018). Adopsi dalam perspektif hukum islam. *Jurnal doktrin*, 3(6)
- Saragih, y. M., & medaline, o. (2018, march). Elements of the corruption crime (element analysis of authority abuse and self-enrich and corporations in indonesia). In *iop conference series: earth and environmental science* (vol. 126, no. 1, p. 012108). Iop publishing.
- Satjipto Rahardjo. *Ilmu Hukum*. Citra Aditya Bakti, Bandung, 2015

- Siregar, a. R. M. (2018). Kewenangan mahkamah konstitusi dalam pengujian undang-undang terhadap undang-undang dasar tahun 1945. *Jurnal hukum responsif*, 5(5), 100-108
- Siti, n. (2018). Rekonstruksi politik hukum dalam pelaksanaan putusan pengadilan hubungan industrial berdasarkan hukum progresif (doctoral dissertation, universitas andalas)
- Tanjung, a. S. (2018). Pertanggungjawaban pidana yang mengakibatkan meninggalnya orang dalam lingkup rumah tangga (studi kasus putusan pengadilan negeri tebing tinggi deli nomor 486/pid. B/2014/pn. Tbt.). *Jurnal hukum responsif*, 5(5), 1-12.
- Sendy, b. (2019). Hak yang diperoleh anak dari perkawinan tidak dicatat. *Jurnal hukum responsif*, 7(7), 1-10.
- Tanjung, i. U. (2018). Studi komparative pendirian negara khilafah di indonesia. *Jurnal penelitian medan agama*
- Totok Suriaatmadja dan Faiz Mufdi. *Aspek Tanggung Jawab Perdata dalam Hukum Kesehatan Terutama dalam Malpraktek*. (IKAHI dan IDI Cabang Sekayu, 2016

B. Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran. Undang

Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Skait.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 755/ Menkes/Per/IV/2011 Tentang

Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit.