



BAB I

PENDAHULUAN

A. Konteks Penelitian

Handling Complaint sengketa medik berbasis mediasi sebagai fokus merupakan amanat luhur Pasal 6 Undang- Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Aternatif Penyelesaian Sengketa dan Pasal 29 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dari perspektif historis, mediasi sebagai penyelesaian sengketa secara damai telah dilakukan masyarakat Indonesia melalui hukum adat yang menempatkan kepala adat sebagai tokoh sentralnya. Pada masa pemerintahan Belanda dikenal adanya hakim perdamaian desa yang diatur dalam Pasal 3A *Reglement op de Rechterlijke Organisatie en het Beleid der Justitie* (Peraturan Susunan Pengadilan dan Kebijakanaan Justisi) yang disingkat RO (S. 1933 No. 102). Dari perspektif religius, mediasi atau tahkim merupakan nilai universal Islam yang tertuang secara tekstual dalam kedua sumber hukum transendental Al-Qur'an dan Sunah. Apalagi dalam tiga tahun terakhir "dakwah mediasi" menjadi diksi yang mengaktual.

Dari perspektif humanitas, mediasi adalah alternatif penyelesaian sengketa yang dikendalikan sepenuhnya oleh para pihak untuk mengakomodasi kepentingan masing-masing. Hal itu berbeda dengan arbitrase atau litigasi yang menyerahkan kuasa kepada pihak ketiga untuk memutuskan. Hubungan baik masih dapat dilanjutkan karena tidak meninggalkan kesan menang kalah, yaitu para pihak bekerja sama secara kooperatif untuk menyelesaikan sengketa. Mediasi bersifat privat dan rahasia. Mediator dijamin oleh hukum untuk tidak boleh bersaksi di pengadilan membuka isi mediasi. Masing-masing pihak dapat berkomunikasi secara pribadi dengan mediator tanpa melibatkan pihak lainnya dalam forum bernama kaukus untuk mendiskusikan kepentingan yang ingin diakomodasi.

Dari perspektif Hak Asasi Manusia (HAM) sebagaimana tertuang dalam Pasal 89 Ayat (4) huruf b Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999, mandat kepada Komnas HAM untuk melaksanakan fungsi



mediasi HAM, yaitu melalui konsultasi, negosiasi konsiliasi, dan penilaian. Mediasi HAM ini menyinergikan secara seimbang prinsip-prinsip mediasi di satu sisi dan prinsip-prinsip HAM di sisi lain. Penyinergian kedua prinsip ini memungkinkan terakomodasinya kepentingan para pihak yang bersengketa.

Dari perspektif hak kesehatan bagi semua warga, kesehatan merupakan kebutuhan dasar sekaligus hak setiap warga negara sebagaimana tertuang dalam 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan' yang memberikan hak atas kesehatan yang sama dalam mendapatkan akses atas sumber daya di bidang kesehatan, mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh setiap warga negara.¹

Dari perspektif dan konteks kehidupan modern, negara berkewajiban menjamin sepenuhnya hak fundamental yang bersifat terberi (*given*) meliputi pemberian hak atas kebebasan personal dan kelompok warga (*civil society*), keselamatan dan keamanan finansial, harta benda, serta jiwa raganya. Saat turbulensi wabah pandemi COVID-19 yang melanda hampir seluruh negara di dunia sepanjang 2019-2021, kesehatan menjadi kebutuhan utama bagi setiap individu dan masyarakat. Negara mempunyai tanggung jawab atas keselamatan dan keamanan seluruh warganya. Dari perspektif medis khususnya *World Health Organization* (WHO), Kesehatan merupakan satu dari enam prioritas dunia; menyelesaikan agenda kesehatan MDGs, menangani penyakit tidak menular (PTM) dan faktor risikonya; penerapan *International Health Regulation* (IHR) 2005, menjamin terselenggaranya *Universal Health Coverage* (UHC), jaminan ketersediaan obat dan alat kesehatan yang baik dan bermutu pada seluruh masyarakat; dan menangani determinan sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi status kesehatan masyarakat.²

Salah satu pusat layanan kesehatan yang menjadi penopang terealisasinya enam prioritas WHO adalah rumah sakit. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat, jumlah rumah sakit (RS) di Indonesia sebanyak 3.112 unit pada 2021.³ Nilai tersebut naik 5,17% dari tahun sebelumnya yang sebanyak 2.959 unit. Jumlah tersebut terdiri dari RS umum dan RS khusus. Secara rinci, Indonesia memiliki 2.514 RS umum

¹ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

² Plotkin B, *Human Rights and Other Provisions in The Revised International Health Regulations*, Public Health, 2005, h. 121

³ Plotkin B, *Human Rights* ... h. 123

pada tahun 2020. Sementara, 598 unit lainnya merupakan RS khusus. Melihat trennya, jumlah rumah sakit terus meningkat setiap tahunnya. Pada 2011, jumlah rumah sakit di dalam negeri hanya sebanyak 1.721 unit.⁴ Sepuluh tahun setelahnya, jumlah rumah sakit meningkat 80,8%. Sementara menurut wilayahnya, rumah sakit paling banyak berada di Jawa Timur, yakni 445 unit. Posisinya diikuti oleh Jawa Barat dan Jawa Tengah masing-masing sebanyak 391 unit dan 324 unit. Jumlah rumah sakit di Kalimantan Utara menjadi yang paling sedikit, yakni 11 unit. Di atasnya ada Sulawesi Barat dengan 13 rumah Sakit.⁵

RSUD Dr. Iskak Tulungagung merupakan satu dari 445 unit Rumah sakit yang berada di Wilayah Jawa Timur. Capaian-capaian monumental RSUD Dr. Iskak Tulungagung menjadi alasan terpenting pemilihan lokus penelitian. Di antara capaian tersebut adalah pada tahun 2005, RSUD Dr. Iskak Tulungagung telah menjadi Kelas B Nonpendidikan berdasarkan Keputusan Menkes RI Nomor: 522/Menkes/SK/IV/2005 dan Keputusan Bupati Tulungagung No: 395 Tahun 2005 tentang Penetapan Kelas RSUD Dr. Iskak Tulungagung dari Kelas C menjadi Kelas B Nonpendidikan.

Pada Tanggal 31 Desember 2008, RSUD Dr. Iskak Tulungagung ditetapkan sebagai Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh berdasarkan Keputusan Bupati Tulungagung Nomor: 188.45/554/031/2008.

Sejak 18 Mei 2015, RSUD Dr. Iskak Tulungagung ditetapkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional dengan Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor:188/359/KPTS/013/2015 yang mengampu rujukan dari wilayah Kabupaten Trenggalek, Kota Blitar, Kabupaten Blitar, dan Kabupaten Pacitan.

Pada 25 Mei 2016, RSUD Dr. Iskak Tulungagung ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.03/I/1147/2016 tentang Penetapan Rumah sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung Sebagai Rumah sakit Pendidikan sebagaimana telah ditetapkan kembali dengan Keputusan Menteri Nomor: HK.01.07/MENKES/376/2019 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung Sebagai Rumah sakit Pendidikan ditujukan untuk Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

⁴<https://dataindonesia.id/ragam/detail/indonesia-miliki-3112-rumah-sakit-pada-2021>.

⁵<https://dataindonesia.id/ragam/detail/indonesia-miliki-3112-rumah-sakit-pada-2021>.



Di tahun 2020 RSUD Dr. Iskak ditetapkan menjadi Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020, serta pada tanggal 24 November 2020, RSUD Dr. Iskak ditunjuk sebagai Rumah Sakit Jejaring Rujukan Kardiovaskuler dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/7182/2020 tentang Rumah Sakit Jejaring Rujukan Kardiovaskuler.

Selain ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan COVID-19, RSUD dr. Iskak juga dikategorikan sebagai “Gawang Pandemi” dengan rasio kematian (*Case Fatality Rate/ CFR*) akibat COVID-19 di Kabupaten Tulungagung selama triwulan pertama virus ini mewabah, sangatlah rendah. Hanya sekitar 1,26 % atau tiga kasus dari total kasus terkonfirmasi positif hingga pekan pertama Juli 2020, yakni sebanyak 238 orang.⁶ Tulungagung menjadi salah satu dari sedikit kabupaten/kota di Jawa Timur dengan tingkat kematian terendah, jauh di bawah tingkat kematian Jawa Timur yang ada di kisaran 7,75%. Kota Surabaya, epicenter penyebaran COVID-19 di Jawa Timur dengan 6.198 kasus terkonfirmasi, memiliki angka kematian sekitar 7,7 % atau 476 kasus kematian.⁷

RSUD Dr. Iskak Tulungagung merupakan salah satu Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) pada Dinas Kesehatan Tulungagung yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Dalam konteks idealitas, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan prima dan paripurna pada masyarakat dengan terus meningkatkan mutu pelayanan. Idealitas ini berkesesuaian dengan visi RSUD Dr. Iskak Tulungagung yakni “Terwujudnya rumah sakit rujukan dan pendidikan yang andal dan terjangkau dalam pelayanan.”⁸ Misinya tertuang dalam tiga hal; meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan; menyelenggarakan pendidikan dan penelitian yang bermutu di bidang kesehatan dan kedokteran; mewujudkan manajemen rumah sakit yang akuntabel.⁹ Tujuannya adalah meningkatkan angka harapan hidup

⁶ Data <https://kominfo.co.id/> diakses pada tanggal 20 Juni 2020

⁷ Data <https://kominfo.co.id/> diakses pada tanggal 20 Juni 2020

⁸ Data Profil RSUD Dr. Iskak Tulungagung 2020

⁹ Data Profil RSUD Dr. Iskak Tulungagung 2020

(AHH) serta moto jargonnya adalah “Kesembuhan, Keselamatan, dan Kenyamanan Pasien adalah Tujuanku”¹⁰.

Dalam ranah realitas, RSUD Dr. Iskak berhadapan dengan berbagai hal. *Pertama*, dalam hal layanan kesehatan, antara dokter dan pasien terdapat hubungan yang berbasis kontrak terapeutik. Pelaksanaan kontrak terapeutik ini didahului adanya perjanjian secara lisan sehingga kedua belah pihak diasumsikan terakomodasi pada saat kesepakatan tercapai. Kesepakatan yang berhasil dicapai berupa persetujuan tindakan medis atau penolakan terhadap rencana tindakan medis.

Kedua, dokter mempunyai hubungan kerja dengan RSUD Dr. Iskak Tulungagung sebagai tenaga kesehatan yang bekerja di bidang perawatan kesehatan untuk melaksanakan tugas profesinya. Dokter memiliki hubungan administratif yang dapat memiliki akibat hukum, yakni hak dan kewajiban kewajiban di antara kedua pihak dan tanggung jawab kepada pihak ketiga.¹¹

Ketiga, hubungan pasien dengan rumah sakit merupakan hubungan transaksional pengguna jasa layanan kesehatan. Dalam hal ini pasien sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan dan rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan yang berkewajiban menyediakan jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan standar aturan perawatan kesehatan.

Keempat, antara dokter, pasien, dan rumah sakit memiliki hubungan transaksional yang didasarkan unsur *trust* yang meyakini dokter mampu melakukan penyembuhan penyakit yang diderita pasien dengan melakukan analisis dan keputusan terbaik bagi pasien. Namun, terdapat pergeseran pola pikir seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan. Hubungan yang semula bersifat *social-moral oriented* telah berubah menjadi *material oriented* karena dokter berhadapan dengan berbagai tuntutan peningkatan profesionalitasnya.

¹⁰Wawancara dengan direktur RSUD Dr. Iskak Tulungagung, 10 Juli 202 Pada *pre research*. Visi misi dan tujuan RSUD bisa dibaca secara lebih detail pada profil RSUD Dr. Iskak Tulungagung

¹¹Beberapa tulisan yang bisa dirujuk dalam menjelaskan kontrak terapeutik di antaranya adalah tulisan Dali, Muh Amin, Warsito Kasim, and Rabia Ajunu. "Aspek Hukum Informed Consent dan Perjanjian Terapeutik." *Akademika* 8.2 (2019): 95-106; Priyadi, Aris. "Kontrak Terapeutik/Perjanjian Antara Dokter Dengan Pasien." *Jurnal Media Komunikasi Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan* 2.1 (2020): 183-192; Gani, Evy Savitri. *Perjanjian Terapeutik Antara Dokter dan Pasien*. Uwais Inspirasi Indonesia, 2019; Mahila, Syarif. "Aspek Perdata Transaksi Terapeutik dalam Hubungan Hukum Antara Dokter Dengan Pasien." *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 11.1 (2018): 61-69.



Perubahan-perubahan orientasi di atas menjadi salah satu penyebab terjadinya konflik dan sengketa medik.¹² Konflik yang muncul antara dokter sebagai pemberi layanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima layanan kesehatan apabila tidak dilakukan penyelesaian yang tepat akan menimbulkan status konflik menjadi sengketa apabila pihak yang merasa dirugikan telah menyatakan rasa tidak puas kepada pihak yang dianggap sebagai penyebab. Hubungan antara dokter dan pasien dengan unsur *trust* lemah dalam penyelesaian sengketa karena belum mempunyai instrumen yang mumpuni guna menyelesaikan sengketa.

Sengketa medik semakin menajam seiring dengan disrupsi pelayanan di tengah turbulensi pandemi COVID-19 di sepanjang tahun 2020 dan 2021. Tingginya data sengketa, sekaligus juga menyangsikan tugas kawalan mutu pelayanan kesehatan. Pengukuran mutu dan keselamatan mendapatkan tantangan dengan kondisi masa pandemi yang sebelumnya tidak terprediksi. Meski demikian, komite mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit tetap dituntut untuk cepat tanggap segera beradaptasi pada masa turbulensi. Sebuah opini di *Journal of American Medical Association (JAMA)* menyoroti pandemi COVID-19 telah memaparkan kekurangan serta kelemahan dalam proses pengukuran mutu pelayanan Rumah Sakit, terutama dalam menyelesaikan sengketa medik.¹³

Maka peningkatan mutu di masa pandemi, Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung melakukan pendekatan gagasan PDSA (*plan-do-study-act*)¹⁴. Para tenaga kesehatan diberikan pelatihan pengimplementasian *improvement science* dan *Patient Safety*

¹² Berdasarkan Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan sengketa medis secara implisit adalah sengketa yang terjadi karena kepentingan pasien yang dirugikan oleh tindakan dokter atau dokter yang menjalankan praktik kedokteran, dengan demikian maka sengketa medis merupakan sengketa yang terjadi antara pasien dan dokter serta sarana kesehatan. Dalam versi lain sengketa medis adalah sengketa yang terjadi antara pasien atau keluarga pasien dengan tenaga kesehatan atau antara pasien dengan rumah sakit/fasilitas kesehatan. Masalah yang disengketakan merupakan hasil akhir pelayanan kesehatan dengan tidak memperhatikan atau mengabaikan prosesnya.

¹³ J. M. Austin dan A. Kachalia, 'The State of Health Care Quality Measurement in the Era of COVID-19: The Importance of Doing Better', *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 324(4), 2020 h. 333–334

¹⁴ Pimpinan Rumah Sakit pada semua level harus mampu mengkoordinir, mengembangkan protokol, dan mengimplementasikan perubahan Peran kepemimpinan diperlukan untuk mentransformasi kegiatan-kegiatan peningkatan mutu yang pada kondisi biasa adalah kegiatan elektif menjadi kegiatan yang dapat diaplikasi pada kondisi akut atau gawat darurat.

Science.¹⁵ Pendekatan *Rapid Learning Cycle* (RLC) merupakan *core* dari peningkatan mutu dengan metode menetapkan tujuan perubahan, menentukan metode pengukuran perubahan, dan menciptakan perubahan guna menghasilkan peningkatan mutu.

Selain itu Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung mengaplikasikan siklus *plan-do-study-act* secara repetisi untuk memvalidasi atau memperbesar perubahan.¹⁶ Siklus PDSA dilakukan dengan memperkecil disrupsi pada pelayanan klinis serta memastikan untuk menerapkan standar cara pengukuran perubahan yang adekuat. Pengukuran perubahan mengharuskan ketelitian dan kejelian sehingga diperoleh perubahan hasil pengukuran diinterpretasikan dengan benar.

Hal lain yang dapat menunjang peningkatan mutu yaitu perubahan perilaku seperti komunikasi yang efektif di saat krisis melibatkan kecepatan, kejujuran, kredibilitas, empati, dan mendorong perilaku individu yang bermanfaat.¹⁷ Selain *improvement science*, rumah sakit telah mengupayakan peningkatan mutu melalui pendekatan *Patient Safety Science* seperti misalnya menggunakan model *System Engineering Initiative For Patientsafety* (SEIPS) versi ketiga¹⁸ guna melakukan intervensi seperti *Crisis Resource Management* (CRM), *briefing* harian dengan durasi pendek, dan *After Action Review* (AAR). Penerapan model SEIPS mampu mengidentifikasi berbagai isu keselamatan yang mencuat dari proses interaksi pasien dengan beberapa pemberi pelayanan baik dalam sistem mikro klinis maupun makro klinis.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, rumah sakit di Indonesia hanya memiliki 1.910 (seribu sembilan ratus sepuluh) ruang *Intensive Care Units* (ICU) dengan 7.094 (tujuh ribu sembilan puluh empat) unit tempat tidur. Jika dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia, menjadi tidak sebanding karena rasio ketersediaan ranjang perawatan kritikal di Indonesia hanya 2,7 per 100 ribu populasi. Sementara dari data SIRS Pelayanan Kesehatan Kementerian

¹⁵Fitzsimons, J. 'Quality & Safety in the time of Coronavirus-Design Better, Learn Faster', International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua. doi: 10.1093/intqhc/mzaa051 lihat juga Oesterreich, S. et al. (2020) 'Quality improvement during the COVID-19 pandemic', Cleveland Clinic journal of medicine. doi: 10.3949/ccjm.87a.ccc041.

¹⁶ Ibid,

¹⁷ Ibid,

¹⁸Carayon, P. et al. 'SEIPS 3.0: Human-centered Design of The Patient Journey for Patient Safety', Applied Ergonomics, 2020, 84, p. 103033.



Kesehatan RI, terdapat 1.469 (seribu empat ratus enam puluh sembilan) unit tempat tidur perawatan kritis yang meliputi ICU, ICCU, dan HCU. Artinya, 13,9 per 100 ribu penduduk. Jadi, kondisi tersebut memberikan data bahwa kapasitas layanan kesehatan yang ada masih kurang untuk menampung pasien COVID-19 yang terus bertambah.¹⁹

Untuk langkah preventif menghadapi lonjakan pasien dan masyarakat yang terpapar COVID-19, dibutuhkan tambahan 1.500 dokter dan 2.500 perawat. Pada 2018, total ada 93.628 dokter di Indonesia. Dari jumlah itu 56.084 adalah dokter umum dan 37.544 dokter spesialis. Dengan perhitungan bahwa jumlah penduduk Indonesia sebanyak 265 juta jiwa, rasio ideal dokter untuk memberi layanan kesehatan adalah sebesar 0,4 per 1.000 populasi. Data ini menunjukkan hanya terdapat empat dokter untuk melayani 10.000 penduduk. Rasio ini jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan negara lain (Korea Selatan, Tiongkok, dan Malaysia) yang memiliki dua dokter untuk menangani 1.000 penduduknya. Begitu pula dengan ketersediaan perawat dan bidan juga tergolong rendah yakni hanya dua orang perawat untuk melayani 10.000 penduduk.

Responsivitas pemerintah untuk menangani krisis kesehatan dan ekonomi dengan menerbitkan Perppu Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).²⁰

Dalam ranah ekonomi dan kesejahteraan sosial, pandemi COVID-19 memberikan dampak krisis kesehatan. Akses terhadap

¹⁹ Kemenkes RI, "Kesiapan Layanan Kesehatan dalam Menghadapi Pandemi COVID-19, <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/> diakses pada 23 April 2020

²⁰Keadaan darurat pandemi COVID-19 yang tidak pernah terduga dan diperhitungkan sebagai bencana yang dapat mempengaruhi semua sektor dan tatanan penyelenggaraan negara dan pemerintahan, membuat pemerintahan-pemerintahan di seluruh dunia mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan. Prioritas utama yang ditempuh Pemerintah untuk mengatasi wabah COVID-19 ini adalah kesehatan setiap warga dan penyelamatan masyarakat sebagai dampak pandemic dengan mengacu pada mandate jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage, UHC*) sebagai salah satu kesepakatan global melalui PBB dan UUNo. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai landasan formal penyelenggaraan dan pendanaan pelayanan kesehatan masyarakat

Dukungan sumber daya dan sumber dana untuk memfasilitasi berbagai sarana kesehatan sangat diperlukan oleh Pemerintah untuk mengantisipasi berbagai kemungkinan yang terjadi akibat pandemi. Meskipun pemerintah tidak bisa melakukan estimasi secara tepat jumlah penderitayang akan terpapar COVID-19, namun untuk mengatasi ledakan jumlah kasus warga masyarakat yang terpapar COVID-19, Pemerintah membentuk Gugus Tugas COVID-19 berdasarkan Kepres 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (*COVID-19*).

kesehatan menjadi tantangan terutama untuk wilayah pelosok yang tidak memiliki akses terhadap alat perlindungan diri (APD) dan ventilator. Untuk Penyakit non-COVID-19 tidak mendapatkan prioritas pelayanan karena semua tenaga medis difokuskan untuk penanganan COVID-19. Kasus/masalah yang terjadi adalah orang tua yang membutuhkan penanganan secara teratur, menjadi kesulitan mengakses fasilitas kesehatan dan obat-obatan. Layanan kesehatan terdampak lainnya, yaitu termasuk di antaranya adalah akses vaksinasi bagi anak-anak. Separuh posyandu yang tersebar di tingkat masyarakat tutup untuk sementara. Hal itu mengakibatkan penumpukan jumlah stok vaksin dan penundaan target vaksinasi.

Pesatnya penggunaan teknologi informasi, berubahnya kebijakan dalam bidang kesehatan, berkembangnya pelayanan kesehatan melalui *telemedicine*, meningkatnya tingkat pendidikan, dan kesadaran hukum masyarakat turut berpengaruh secara masif pada situasi turbulensi sengketa medik yang melibatkan pasien dan seluruh elemen rumah sakit, baik tenaga medis maupun tenaga kesehatan.²¹

Di sisi lain, tuntutan fasilitas pelayanan kesehatan berupa alat kesehatan maupun alat kedokteran sebagai penunjang medis juga menambah semakin berkembangnya permasalahan yang rawan terjadi pada saat proses pelayanan kesehatan oleh tenaga medis/dokter. Belum lagi adanya tuntutan bagi seorang dokter/tenaga medis yang harus update kompetensi memerlukan biaya yang tidak sedikit dan berdampak pada bergesernya orientasi pelayanan kesehatan dari orientasi sosial menuju orientasi material.

Secara global, bisa diasumsikan bahwa faktor penyebab dan potensi munculnya sengketa medik dapat berasal dari *medical error the failure of a planned action to be completed as intended/error of execution or the use of a wrong plan to achieve an aim/error of planning*. Artinya, sengketa medik bisa bersumber dari kesalahan medis atau kegagalan tindakan yang direncanakan untuk diselesaikan sebagaimana dimaksud (kesalahan pelaksanaan) atau penggunaan rencana yang salah untuk mencapai suatu tujuan (kesalahan perencanaan). Potensi ketidakamanan (*unsafeness*) pada pelayanan

²¹Sebagaimana tertuang dalam pasal 11 ayat (2) UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dijelaskan bahwa kedudukan Tenaga Medis yaitu Jenis Tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.



medis seperti ini telah terjadi di berbagai belahan dunia termasuk di Indonesia.

Selain potensi *medical error*, juga terdapat faktor *medication error* yaitu dapat terjadi pada pelayanan kefarmasian pada tahapan *prescribing, transcribing, dispensing, dan administering* yang berujung pada kegagalan penyembuhan pasien. Dalam beberapa kasus sengketa medik, terjadi akibat lemahnya komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) antara dokter dengan pasien/keluarga pasien atau sebaliknya ketidakjujuran informasi tentang penyakit dan kondisi fisik pasien.

Secara prinsip, potensi-potensi tersebut menjadi pemicu munculnya sengketa medik baik *medical error, medication error* maupun komunikasi, informasi dan edukasi, ketidakpuasan pasien terhadap tindakan dokter, dan sikap *paternalistik* yang masih dominan.

Legal consultant pada beberapa Rumah SHOKakit dan klinik di Jawa Timur dan Jakarta, IDI An. Bapak dr. Rudy Sapoelete, Akp., S.H., M.H, MBA menyatakan bahwa dalam tiga tahun terakhir ini telah menangani beberapa sengketa medik nonlitigasi, litigasi maupun penal. Di antara kasus litigasi; kasus KCL RS Krian Husada di Pengadilan Negeri Sidoarjo; kasus Direktur Rumah Sakit Kabupaten Kerinci Provinsi Jambi di PTUN sampai Mahkamah Agung; Kasus Implant dr Gigi di Jakarta Barat di Pengadilan Negeri Jakarta Barat; Kasus dokter penyalahgunaan pemberian subokson di Pengadilan Negeri Surabaya.²²

Sementara itu kasus nonlitigasi mediasi adalah kasus dr. Obgyn rumah sakit swasta di Malang pascaoperasi mioma usus besar pasien tersayat hingga meninggal dunia karena sepsis; Kasus dr. Obgyn rumah sakit swasta Pasuruan, operasi *sectio* berhasil, bayi lahir terjadi asfiksia dan rumah sakit tidak mempunyai inkubator, pasien dirujuk dan meninggal; kasus dr. Obgyn rumah sakit swasta di Turen, kepala bayi terhenti di mulut vagina bayi kemudian meninggal; ibu tidak kuat lagi mengejan, dirujuk ke RS di Malang dilakukan *secsio cesaria* di RS tersebut. Kasus dr. bedah RSUD di Pasuruan, pasien laki laki dengan benjolan seperti kutil di leher sebelah kiri, di *exerpasi* PA ternyata keganasan, 4 bulan kemudian benjolan di leher jadi besar dan berdungkul-dungkul. Kemudian pasien meninggal; Kasus dr. anestesi dan dr. bedah urologi di RS swasta di Jombang pasien laki-laki umur 35

²² Wawancara dengan Legal Consultant pada beberapa Rumah Sakit dan Klinik di Jawa Timur dan Jakarta, dr. Rudy Sapoelete, Akp., S.H., M.H., MBA dilaksanakan pada tanggal 17 Juni 2021

tahun dengan hipospadia dilakukan operasi rekonstruksi, setelah dilakukan rekonstruksi tahap I tidak sadarkan diri, dirujuk ke RSUD Surabaya, tetapi meninggal dunia; kasus dr. Umum, dr. bedah dan dr. penyakit dalam RS swasta di Kediri. Pasien dengan nyeri tekan perut di sebelah kanan dan baru 3 hari dilakukan pemeriksaan laboratorium dan USG yang dinyatakan *appendicitis acut* dan massa di colon dan hari ke 4 dilakukan rujukan *colosnoscopy* ke RSUD, saat di ruangan pasien dalam kondisi drop dicurigai *appendicitis* yang jebol kondisi tambah parah dan malam harinya meninggal dunia; kasus dr. Obgyn, ibu dengan COVID-19 melahirkan di ruang isolasi tanpa ada yang menolong dan bayi meninggal dunia.²³

Sebagaimana rumah sakit lain, RSUD Dr. Iskak juga tidak luput berhadapan dengan berbagai komplain dan sengketa medik, baik jenis komplain hijau/ringan sampai komplain merah/berat, baik internal maupun eksternal. Salah satu contoh kasus kategori merah adalah kasus yang terjadi pada tahun 2017, pengaduan sampai meningkat ke bentuk somasi dengan kasus bayi kembar 3 yang mengalami kebutaan. Dalam versi keluarga pasien, kebutaan terjadi akibat keteledoran tenaga kesehatan/dokter yang terlambat melakukan tindakan pasca kelahiran prematur. Proses kelahiran prematur akibat kesehatan ibu bayi yang menderita darah tinggi dan harus diselamatkan dengan menempuh kelahiran bayi yang memang belum cukup matang bagi normalnya bayi lahir. Apalagi dalam kondisi bayi kembar 3 yang secara otomatis sangat berisiko bagi kesehatan bayi.²⁴

Setelah usia bayi masuk bulan 3-4, baru terdeteksi bahwa ketiga bayi tersebut mengalami kerusakan retina atau *retinopatry premature*. Somasi dilayangkan oleh keluarga pasien (kakek) dengan bantuan pengacara Srikam *Lawyer Group*. Tuntutan yang diajukan berupa ganti rugi sebesar 450-500 juta sebagai biaya penyembuhan atas kebutaan yang diderita bayi. Somasi tentu saja mempertaruhkan kredibilitas dan kawalan mutu pelayanan kesehatan RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Saat itu pihak rumah sakit mengambil kebijakan dengan menyerahkan

²³ Wawancara dengan Legal Consultant pada beberapa Rumah Sakit dan Klinik di Jawa Timur dan Jakarta, dr. Rudy Sapoelete, Akp., S.H., M.H., MBA dilaksanakan pada tanggal 17 Juni 2021

²⁴ Wawancara dengan Penanggung Jawab Penanganan Pengaduan RSUD Dr. Iskak Tulungagung



penyelesaian masalah kepada konsultan Hukum Kesehatan/Mediator Kesehatan Dr., dr. Rudy Sapoelete, M.H, BBA.²⁵

Beragam pengaduan/komplain yang terjadi di rumah sakit dr. Iskak dapat dikategorikan pada beberapa hal. *Pertama*, ketidakpuasan atas pelayanan yang bersumber dari komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), tindakan tenaga kesehatan, lamanya antrean layanan farmasi, merasa di-COVID-kan, penambahan *cost* biaya di era COVID-19 bagi pasien umum karena harus membayar biaya *screening/swab*. *Kedua*, ketidakpuasan yang disengaja hanya untuk memprovokasi, maksudnya dengan kepentingan lain melakukan pengaduan/komplain. Somasi karena suatu tujuan tertentu; ketidakpuasan karena tujuan tertentu misalnya ketidakmampuan membayar pasien/masyarakat (pasien umum) sehingga membuat suatu masalah pengaduan ketidakpuasan.²⁶

Sementara itu, ketidakpahaman bahasa kedokteran dan hubungan kontrak antara pasien dengan dokter yang semula merupakan hubungan paternalistik kemudian berubah menjadi hubungan teurapetik, yaitu semula merupakan suatu bentuk kepercayaan terhadap keprofesionalan dokter membuat pasien berada pada posisi yang harus menerima setiap apapun yang diberikan oleh dokter. Objek bukan kesembuhan pasien tetapi upaya penyembuhan (*inspanning verbintenis*), Artinya, perikatan yang dilakukan dengan hati hati dan usaha yang keras (*met zorg en inspanning*)²⁷.

Di era COVID-19, pengaduan masyarakat/pasien/keluarga pasien lebih cenderung prasangka negatif dan ketidakpercayaan pada tenaga kesehatan. Kepanikan dan ketidaksabaran membuat masyarakat cenderung emosi, ditambah dari pihak nakes sendiri yang harus melaksanakan protokol kesehatan semakin meningkatkan emosi pasien/keluarga pasien.

Penyelesaian sengketa medik dapat dilakukan dengan mekanisme pengadilan (litigasi) dan di luar pengadilan (nonlitigasi). Mekanisme dan jalur litigasi membutuhkan banyak biaya, waktu, dan tenaga. Mekanisme nonlitigasi menjadi alternatif lain dalam

²⁵ Wawancara dengan Penanggung Jawab Penanganan Pengaduan RSUD Dr. Iskak Tulungagung

²⁶ Wawancara dengan Eko Sutanto, S Kep. Ners, Koordinator Pelayanan Pasien (MPP) di RSUD Dr. Ishak pada 03 Juli 2022

²⁷ D. Veronica Komalawati, *Hukum dan Etika dalam Praktek Dokter* (Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1989) 84.

penyelesaian sengketa secara *win-win*, salah satu jalur nonlitigasi melalui mediasi.

Berdasarkan pasal 6 ayat (1) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Alternatif Penyelesaian Sengketa, diterangkan bahwa sengketa atau beda pendapat diselesaikan oleh para pihak melalui alternatif penyelesaian sengketa yang didasarkan pada itikad baik dengan mengesampingkan penyelesaian secara litigasi. Penyelesaian perkara dengan cara perdamaian merupakan suatu cara penyelesaian yang lebih baik dan bijaksana daripada diselesaikan dengan putusan dengan pengadilan, baik dipandang secara hukum masyarakat maupun dipandang dari segi waktu, biaya, dan tenaga yang digunakan.⁸ Pasal 29 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dalam hal tenaga medis, diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, tindakan kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Rumah sakit, dokter, dan pasien, dalam hal ini menjadi subjek hukum yang terkait dalam bidang pemeliharaan kesehatan dan melahirkan hubungan medik maupun hubungan hukum. Ketiga pihak tersebut memiliki hubungan yang khusus yakni dokter atau rumah sakit berkedudukan sebagai pihak penyedia layanan kesehatan dan pasien sebagai pihak pengguna layanan kesehatan.

Sengketa medis yang terjadi di rumah sakit membebankan kewajiban untuk melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas sesuai dengan Pasal 29 huruf (s) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, serta tertuang dalam Pasal 27 huruf (s) Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan. Isinya, yaitu salah satu kewajiban rumah sakit adalah melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas.

Hanya saja efektivitas mediasi sering kali tidak dapat diterapkan sebagaimana mestinya karena terkendala hasil laboratorium yang sering tidak transparan dan dokter melakukan tindakan tidak sesuai dengan *informed consent* sehingga sering kali keluarga korban lebih memilih jalur hukum dibanding mediasi jika menimbulkan hilangnya nyawa seseorang. Ditambah lagi mediator berasal dari pihak rumah sakit sehingga dinilai sulit untuk bertindak objektif dan memberikan keadilan



setara (*restorative justice*) antara rumah sakit, tenaga medis, dan pasien.²⁸

Idealnya, mediator tidak diperbolehkan melakukan keberpihakan satu pihak yang bersengketa dan harus bersikap netral agar dapat menciptakan suasana yang kondusif sehingga meningkatkan potensi kesepakatan damai yang berbasis keadilan restoratif.²⁹ Faktor ketidakberhasilan mufakat pada proses mediasi sering kali pula karena faktor para pihak tidak kooperatif sehingga mediator tidak bisa melaksanakan proses mediasi dengan lancar.

Mediator yang berasal dari lingkup rumah sakit masih menyisakan keraguan, yaitu mampukah mediator mewujudkan keadilan restoratif pada hakikat yang sebenar-benarnya yakni adil pada kedua belah pihak dan mengembalikan pada keadaan semula seperti sebelum terjadinya sengketa. Kedua belah pihak baik pasien maupun rumah sakit dan tenaga medis benar-benar tidak ada yang dirugikan atau diperlakukan tidak adil. Mediator yang berasal dari tenaga medis rumah sakit sendiri akan terkesan memberikan keberpihakan pada tenaga medis atau rumah sakit.

Pertanyaan selanjutnya yang perlu diteliti apakah mediasi juga menjamin terwujudnya kesehatan semesta. Jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage (UHC)* harus menjadi standar penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah sebagai pelaksana pelayanan kesehatan publik mempunyai kewajiban untuk melaksanakan tujuan UHC, yaitu akses layanan kesehatan yang menyeluruh bagi semua warga masyarakat. Dalam sistem jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage (UHC)*, pemerintah mempunyai kewajiban, tanggung jawab dan tugas untuk merealisasikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat secara adil dan merata. Masyarakat diseluruh pelosok daerah mempunyai hak

²⁸ Muhammad Afiful Jauhani. *Dilema Kapabilitas dan Imparsialitas Dokter Sebagai Mediator Sengketa Medis*. Scopindo Media Pustaka, 2020, h.15

²⁹Lihat dalam beberapa artikel berikut; Junita, Ni Made Mira, and I. Dewa Gede Dana Sugama. "Upaya Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Malapraktikres Medis." *Kertha Wicara: Journal Ilmu Hukum* 8.11 (2019): 1-16; Habibah Zahra dan Devi Siti Hamzah Marpaung. "Penyelesaian Sengketa Medik Melalui Alternatif Penyelesaian Sengketa Mediasi." *JUSTITIA: Jurnal Ilmu Hukum dan Humaniora* 9.2 (2022): 889-897; Arif Dian Santoso dan Adi Sulistiyono. "Penyelesaian Sengketa Medik Melalui Mediasi Oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) Untuk Dapat Menjamin Keadilan Dalam Hubungan Dokter Dan Pasien." *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi* 7.1 (2019): 29-38.

yang sama untuk dapat mengakses jaminan layanan kesehatan oleh negara.

Mandat penyelenggaraan jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) oleh negara-negara di seluruh dunia anggota PBB, termasuk Indonesia, pada dasarnya adalah merupakan kesepakatan global, melalui PBB, dimulai dengan kesepakatan yang dibuat bersama *World Health Organisation* (WHO) pada tahun 1948, kesepakatan penerapan program *Millenium Development Goals* (MDGs) dan dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Melalui konstitusi Pasal 28 UUD 1945, negara mengamanatkan penyelenggaraan kesehatan seluruh masyarakat Indonesia kepada pemerintah dan seluruh badan/jabatan pelaksana pemerintahan. Amanah konstitusi pasal 28 ayat (1) UUD 1945 dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Jadi, kesehatan sebagai kebutuhan dasar manusia merupakan hak bagi setiap warga negara. Demikian juga dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 4 setiap orang berhak atas kesehatan, pasal 5 ayat (1) setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, pasal 6 juga menjelaskan setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.³⁰ Dalam hal ini pemerintah memiliki peran sebagai pemberi pelayanan pada masyarakat dalam hal kesehatan dan rumah sakit merupakan sarana penyelenggaraan kesehatan.

Secara keseluruhan, perkembangan problematik medis belum diikuti oleh perkembangan hukum dan peraturan perundang-undangan dan berakibat disfungsi hukum, tertinggalnya fungsi hukum dan semakin jauh antara *law in book* dengan *law in action*.³¹ Hukum terbaca menjadi tidak mempunyai daya untuk memberikan pedoman berperilaku masyarakat, pengendali sosial, penyelesaian sengketa, sebagai sarana perubahan sosial secara tertib teratur dan merosotnya kepatuhan hukum.

³⁰Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

³¹Dwi Rezki Sri Astarini, *Penghapusan Merek Terdaftar* (Bandung : Alumni, 2015) h.



Tidak dapat dipungkiri bahwa hubungan konflikual antara dokter sebagai tenaga medis, dan pasien/keluarga pasien serta masalah-masalah lainnya yang terjadi dalam praktik kedokteran telah terjadi pada hampir seluruh rumah sakit baik swasta maupun pemerintah.

Demikian juga yang terjadi di lingkup masalah medikolegal, yaitu dari data pemeriksaan luar, dan pemeriksaan dalam jenazah, serta visum hidup merupakan bukti berjalannya proses peradilan yang dilakukan oleh penegak hukum pada ranah penyidikan. Penegak hukum dan penyidik memerlukan keterangan saksi ahli dari spesialis forensik yang berguna untuk mengungkap penyebab kematian dan untuk membantu penyidik dalam rangka mewujudkan keadilan hukum. Hal ini merupakan bukti bahwa hukum kesehatan khususnya penanganan sengketa medik belum sepenuhnya diatur tersendiri secara spesifik dan masih mengikuti dan mengacu pada proses peradilan sesuai KUHP dan KUHP dengan penegak hukum sebagaimana pada umumnya.³²

Dalam hal terjadi dugaan kesalahan medis/sengketa medik sebagaimana tertuang dalam Pasal 66 ayat (3)UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dinyatakan bahwa “Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.”

Berdasarkan pasal 66 ayat (3) tersebut apabila terjadi dugaan tindakan pelanggaran oleh dokter/tenaga medik dan menjadi sebuah sengketa medik akan diselesaikan oleh majelis kehormatan etik kedokteran (MKEK) apabila merupakan pelanggaran etik dan oleh majelis kehormatan disiplin kedokteran Indonesia (MKDKI) apabila merupakan pelanggaran disiplin. Pihak pasien/masyarakat masih tetap berhak untuk melaporkan pada penegak hukum dan menempuh jalur litigasi, baik pada ranah hukum perdata maupun pidana.

³²Realitasnya, para penegak hukum sendiri belum begitu paham terkait ruang lingkup aturan yang mengatur profesi kedokteran baik etika kedokteran maupun disiplin kedokteran sehingga penegak hukum terkadang kesulitan menentukan kesalahan medis apabila dilihat dari aspek hukum perdata dan hukum pidana. Bukan hal mudah untuk menentukan kesalahan medis oleh tenaga medis/ dokter yang mana diperlukan audit medis terlebih dahulu yang dilakukan sendiri oleh internal tenaga medis yang belum tentu menghasilkan secara objektif. Hal ini mengakibatkan masih banyak kasus kesalahan medis (malapraktik medis) tidak tertangani dengan baik bahkan tidak dapat terproses di ranah institusi hukum.

Namun apabila dilihat dari karakteristiknya tenaga medis yang merupakan perangkat keilmuan yang memiliki kekhasan sebagaimana yang diberikan oleh hukum, yaitu diperkenankannya melakukan tindakan medis terhadap tubuh manusia dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Karena apabila tindakan medis ini dilakukan oleh bukan tenaga medis digolongkan sebagai tindakan pidana³³. Selain memiliki karakteristik yang khas profesi medis disebut *officium nobile* karena memiliki nilai pengabdian dan menggunakan hati nurani saat melakukan pelayanan kepada masyarakat sebagai upaya pencegahan maupun perawatan serta perbaikan kesehatan menuju pada kesehatan paripurna.

Berdasarkan perundang-undangan di Indonesia, penyelesaian hukum terhadap sengketa medik dapat diselesaikan melalui jalur litigasi dan nonlitigasi. Kebanyakan masyarakat menempuh jalur litigasi walaupun sering terhenti di saat proses pembuktian, dikarenakan sulitnya membuktikan kesalahan medis, selain juga memerlukan biaya yang banyak dan waktu yang lama. Fakta hukum dari prosedur jalur litigasi putusan yang dihasilkan menimbulkan kerugian para pihak (tenaga medis dan pasien). Akhir putusan litigasi juga tidak membawa manfaat hukum terbaik bagi tenaga medis maupun pasien. Tenaga medis akan berhadapan pada pemberitaan publik merusak nama baiknya dan berakibat pada lamanya waktu pemulihan sehingga dapat kembali menjalankan profesinya. Demikian juga pihak pasien, walaupun mendapat kepastian hukum, tetapi hal ini tidak berdampak manfaat baik maupun keadilan sebagai tujuan hukum karena pembuktian yang tidak maksimal.³⁴

³³ Hendrojono Soewono, *Perlindungan Hak-Hak Pasien Dalam Transaksi Teraupetik* (Surabaya: Srikandi, 2015) h. 5.

³⁴ Meski pada prinsip hukum positif di Indonesia, azas perkara tindak pidana kelalaian medis tidak dapat diselesaikan di luar pengadilan kecuali pada UU Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak. Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, telah mengatur tentang hak-hak yang diberikan kepada warga negara Indonesia. Salah satunya dalam Pasal 28H Ayat (1) yang menyebutkan bahwa setiap warga negara berhak atas pelayanan kesehatan. Setiap warga negara Indonesia, dijamin oleh Undang-Undang bahwa mereka memiliki hak atas pelayanan kesehatan tanpa dibedakan status sosialnya. Hak pasien diatur lebih lengkap pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan sebagai konsumen pelayanan kesehatan diatur melalui Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

Sebagaimana tertuang pada pasal 23 ayat (2) dan pasal 24 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa pada dasarnya mendapatkan pelayanan kesehatan



Sebagai tujuan dari penyelesaian sengketa melalui jalur nonlitigasi adalah untuk mengembalikan keadaan seperti semula dengan adanya kondisi yang saling menyadari antara tenaga medis dan pasien serta dalam rangka pemberian perlindungan hukum pada kedua belah pihak. Namun hingga sekarang secara normatif belum ada aturan yang mengakomodasi masalah sengketa medik tersebut. Meskipun dalam Pasal 29 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sudah jelas bahwa dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi. Analisis hukum dari pasal tersebut dalam kata lain harus berarti suatu kewajiban untuk dilaksanakan (perintah), sedangkan kata mediasi berarti proses penyelesaian sengketa medik melalui perundingan atau mufakat para pihak dengan dibantu oleh mediator. Praktikanya, dalam kebutuhan hukum Perdata, diperlukan pengaturan sebagai alternatif penyelesaian sengketa medik dengan mengacu dan mengintegrasikan aturan Pasal 1 angka 10 Undang Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase Penyelesaian Sengketa adalah lembaga penyelesai sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yaitu penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsultasi, negoisasi, mediasi, konsiliasi atau penilaian ahli. Dalam hal sengketa medik alternatif yang paling sesuai adalah mediasi.

Hukum pidana untuk masalah sengketa medik, diatur bahwa untuk mempertanggung jawabkan pidana harus ada kesalahan medik yang diperbuat subjek hukum sebagai syarat utama oleh tenaga medis. Padahal dalam hukum pidana kesalahan medis dibagi dalam dua kategori, yakni kesengajaan (*dolus*) dan kealpaan (*culpa*) tetapi yang dalam dunia medis disebut kesalahan medis.

Pada RSUD Dr. Iskak Tulungagung yang menjadi rumah sakit Rujukan COVID-19, beberapa sengketa yang terjadi dapat diselesaikan oleh tTim penanganan pengaduan eksternal melalui jalur mediasi. Beberapa pihak pasien (keluarga pasien) yang menilai proses mediasi tidak menghasilkan *win-win solution*, akhirnya menempuh jalur litigasi atau menerima hasil mediasi dengan terpaksa. Pasien yang tidak menerima penyelesaian melalui mediasi, melanjutkan dalam bentuk

yang bermutu, berkualitas dan aman adalah hak azazi bagi setiap individu. Pelayanan dimaksud dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan keahliannya.

somasi ataupun gugatan perdata maupun pidana yang akan berujung pada penyelesaian di ranah litigasi/proses peradilan.

Pada *handling* komplain sengketa medik di Rumah Sakit dr. Iskak Tulungagung yang diselesaikan melalui jalur nonlitigasi, apakah mediasi? Apakah mediasi yang ditempuh mampu menghantarkan dan mewujudkan keadilan restoratif? Apakah mediasi berbasis keadilan restoratif mampu mewujudkan *Universal Health Coverage* (jaminan kesehatan semesta)?

B. Fokus dan Pertanyaan Penelitian

Fokus dalam disertasi ini berupaya mengelaborasi, menganalisis, dan menemukan *handling complaint* sengketa medik berbasis mediasi, keadilan restoratif, dan *Universal Health Coverage* (jaminan kesehatan semesta) pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Iskak Tulungagung. Selanjutnya fokus penelitian di-*breakdown* menjadi empat pertanyaan penelitian sebagai berikut.

1. Bagaimana fenomena sengketa medik pada RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
2. Bagaimana terjadi sengketa *handling complaint* sengketa medik pada RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
3. Bagaimana prosedur *handling complaint* sengketa medik pada RSUD Dr. Iskak Tulungagung?
4. Bagaimanakah basis mediasi *handling complaint* sengketa medik pada RSUD Dr. Iskak Tulungagung?

C. Tujuan Penelitian

Dari fokus dan pertanyaan penelitian di atas, penelitian dalam disertasi ini bertujuan sebagai berikut.

1. Mengelaborasi, memetakan, dan mengklasifikasikan fenomena sengketa medik pada RSUD dr. Ishak Tulungagung.
2. Mengelaborasi, memetakan, dan mengklasifikasikan dan menganalisis epistemologi sengketa medik pada RSUD Dr. Iskak Tulungagung.
3. Mengelaborasi, memetakan, dan menganalisis prosedur *handling complaint* sengketa medik pada RSUD dr. Ishak Tulungagung.
4. Mengelaborasi, memetakan, dan menemukan basis mediasi penyelesaian sengketa medik pada RSUD dr. Ishak Tulungagung



D. Signifikansi Penelitian

Sebagai karya program doktoral yang dilaksanakan dengan sungguh-sungguh dan mematuhi kaidah-kaidah penelitian kualitatif maupun pedoman penyusunan disertasi, peneliti berharap hasil dari disertasi ini mampu memberikan sumbangsih dalam mengembangkan khazanah ilmiah di bidang hukum kesehatan dan memberikan sumbangsih praktis dalam penyelesaian sengketa medik pada rumah sakit di Indonesia dan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung khususnya. Secara lebih detail, signifikansi tersebut diperjelas dalam beberapa klasifikasi berikut..

1. Signifikansi Teoritis

Penulisan disertasi ini dimaksudkan untuk menambah kontribusi pengetahuan hukum konvensional, hukum kesehatan yang beririsan dengan pelaksanaan mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa medik berbasis keadilan restoratif dan mandat *Universal Health Coverage* (jaminan kesehatan semesta).

Secara teoretik, disertasi ini menawarkan prinsip penyelesaian sengketa medik melalui mediasi dengan bantuan mediator (*tahkim*) dihadiri secara langsung duduk bersama antara tenaga medis, pasien/keluarga pasien dilakukan yang dilaksanakan secara sukarela dengan penerapan azas menang-menang (*win win solution*).

Hasil dari penelitian ini juga diharapkan menjadi embrio konsep baru tentang mediasi, mediasi penal, *sulhu*, *islah*, atau menjadi pertimbangan penyusunan *legal drafting* peraturan perundang-undangan baik dalam hukum positif maupun hukum Islam. Peraturan Perundang-Undangan sudah di-*taqnin* sebatas diskresi penegak hukum yang bersifat parsial dan masyarakat sendiri sudah sering melakukan. Untuk mediasi dari hukum perdata mengadopsi alternatif penyelesaian sengketa dari Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase Penyelesaian Sengketa (APS) yang sebenarnya untuk mengatur penyelesaian sengketa perbankan dan ekonomi syariah. Mediasi penal dilakukan oleh masyarakat melalui mekanisme lembaga adat, dan mengenai *sulhu/islah* dalam hukum Islam mengadopsi dari Al-Qur'an Surah Al-Baqarah ayat (178), yaitu konsep saling memaafkan.

Inspirasi lain yang diharapkan terkait kedudukan pasien dan keluarga pasien terhadap tindak pidana maupun perdata pada

sistem peradilan yang berlaku masih belum mendapatkan tempat karena hanya ditujukan untuk menjatuhkan sanksi kepada tenaga medis tanpa mempertimbangkan aspek kerugian pasien/keluarga pasien. Dalam hukum Islam, penerapan pemberian *diyot* sebagai ganti rugi terhadap pasien/keluarga pasien diharapkan dapat memberikan tempat pada posisi keseimbangan dan berefek perdamaian dan kebaikan.

Mediasi yang ditawarkan dari hasil disertasi ini adalah mediasi penal maupun mediasi berbasis keadilan restoratif dengan mengembalikan pada keadaan hubungan baik seperti semula. Keadilan ini diyakini menjamin perlindungan hukum, keseimbangan, dan perdamaian/islah dalam dunia hukum yang mempunyai manfaat memberikan keuntungan bagi para pihak karena dilakukan secara transparan sehingga dapat mengurangi penyimpangan yang sering terjadi dalam proses peradilan baik perdata maupun pidana konvensional. Nilai-nilai dari terobosan baru ini diharapkan dapat mengimplementasikan nilai-nilai yang terkandung dalam Al-Quran, Al Hadis, Fikih, dan Pancasila daripada penghukuman dan pemenjaraan.

Basis mediasi lain yang ditawarkan adalah mandat dunia tentang *Universal Health Coverage* (jaminan kesehatan semesta). Proses litigasi, nonlitigasi, apalagi mediasi harus berbanding lurus dengan perwujudan mandat jaminan kesehatan semesta. Jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) harus menjadi tujuan dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah sebagai pelaksana pelayanan kesehatan publik mempunyai kewajiban untuk melaksanakan tujuan *Universal Health Coverage* UHC, yaitu akses layanan kesehatan yang menyeluruh bagi semua warga masyarakat secara adil dan merata.

2. Signifikansi Praktis

Penulisan disertasi ini juga memberikan pemahaman kepada para pembaca tentang *handling complaint* sengketa medik yang bisa diselesaikan melalui jalur litigasi, nonlitigasi dan mediasi. Namun, solusi yang direkomendasikan adalah jalur mediasi yang berbasis keadilan restoratif dan *Universal Health Coverage*. Publikasi disertasi ini diharapkan mampu memberikan referensi-literasi alternatif dalam menyelesaikan berbagai sengketa, khususnya sengketa medis.



Secara prinsip, *urgency* mediasi maupun mediasi penal dalam sengketa medik dapat direkomendasikan dengan menekankan penyelesaian masalah di luar pengadilan (nonlitigasi) guna tercapainya tujuan hukum, yaitu tenaga medis dan pasien dapat direstoratif sehingga tujuan penegakan hukum dapat tercapai.

E. Penegasan Istilah

Untuk menghindari terjadinya perbedaan pemahaman dan menyamakan persepsi terhadap beberapa istilah penting dalam penelitian ini, diperlukan definisi konseptual maupun operasional.

1. Penegasan Konseptual

- a. *Handling complaint* merupakan teknik penanganan atau mengelola keluhan dengan cepat, tepat, dan memuaskan. Setiap organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) atau pasien perlu menyediakan kesempatan dan akses yang mudah dan nyaman bagi masyarakat guna menyampaikan saran, kritik, pendapat, dan keluhan. Pengaduan merupakan ketidakpuasan yang disebabkan oleh adanya potensi kerugian *financial* maupun *non-financial* yang diduga akibat kesalahan atau kelalaian pengelola. Penanganannya perlu dilakukan secara bijaksana karena keluhan yang disampaikan dapat memancing kembali bila penyelesaiannya tidak cepat, akurat, dan meninbulkan masalah lain yang lebih berat.³⁵
- b. Sengketa medik merupakan bentuk ketidakpuasan pasien yang disebabkan adanya dugaan kelalaian, kesalahan tindakan dokter dan tenaga medis dalam upaya penyembuhan. Sengketa medik juga banyak terjadi karena kurangnya komunikasi, edukasi, dan informasi (KEI) dalam hal terjadi masalah yang berkaitan dengan kinerja/tindakan tenaga medis/dokter dalam praktiknya.³⁶

Beberapa permasalahan/sengketa medis meliputi: etikolegal (pelanggaran etik dan hukum).³⁷ Dalam bidang

³⁵ Ikatan Bankir Indonesia, *Mengelola Kualitas Layanan Perbankan*, Jakarta; PT. Gramedia, 2014, hal.129.

³⁶ Safitri Hariyani, *Sengketa Medik Alternatif Penyelesaian Perselisihan Antara Dokter dan Pasien*, Jakarta: Diadit Media, 2005, h. 6

³⁷ Widodo Tresno Novianto, *Sengketa Medik: Pergulatan dalam Menentukan Unsur Kelalaian Medik*, Surakarta: UNS Press, 2017 h. 78

kesehatan, melanggar etik termasuk melanggar prinsip-prinsip moral, nilai, dan kewajiban yaitu pelayanan di bawah standar (malapraktik), menerbitkan surat keterangan palsu, membocorkan rahasia pekerjaan/jabatan dokter, dan pelecehan seksual. Konsekuensi dari pelanggaran ini adalah diambilnya tindakan berupa teguran atau *schorsing*.

- c. Mediasi adalah cara penyelesaian suatu sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu oleh mediator. Asas-asas umum proses mediasi adalah bersifat informal, pendekatan nonlegal, para pihak bisa mengesampingkan bukti, diselenggarakan secara informal, bisa dilakukan di mana saja, tidak ada istilah tergugat, dan penggugat. Mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa yang bertujuan untuk mewujudkan perlindungan hukum, dan perdamaian dengan tetap menjaga hubungan baik antara antara kedua belah pihak yang bersengketa.³⁸
- d. Keadilan restoratif adalah pendekatan untuk menyelesaikan konflik hukum dengan menggelar mediasi di antara korban dan terdakwa dan kadang-kadang juga melibatkan para perwakilan masyarakat secara umum yang bertujuan untuk mewujudkan keadilan yang setara antara kedua belah pihak yang bersengketa. Keadilan restoratif (*restorative justice*)berbasis pada tiga konsep.³⁹ *Pertama, encounter conception*, konsep penyelesaian persoalan yang dilakukan dengan cara mempertemukan korban, pelaku, dan pemangku kepentingan lainnya dalam suatu forum informal yang demokratis untuk menemukan solusi yang positif.

Kedua, reparatif justice conception. konsep keadilan yang mengutamakan pemulihan terhadap kerugian (*harm*) dari pada sekedar pemberian penderitaan atau sanksi kepada pelakunya. *Ketiga, transformatif conception*, yaitu konsep yang tidak sekedar mewujudkan keadilan setara pada kedua belah pihak, tapi dalam rangka mencapai suatu masyarakat yang adil (*achieving a just society*). Pendekatan

³⁸Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2008 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan

³⁹ Ketut Sumedana, *Mediasi Penal dalam Sistem Peradilan Berbasis Nilai-Nilai Pancasila*, Yogyakarta: Genta Publishing, 2020, h. 35



yang digunakan adalah kebutuhan (*need*) dan bukan hak (*right*) atau ganjaran (*desert*), yaitu kebutuhan untuk semua pihak (pelaku, korban, dan komunitas) sama pentingnya.

- e. *Universal Health Coverage* (jaminan kesehatan semesta) merupakan salah satu cita-cita pemerintah Indonesia untuk meningkatkan jaminan pelayanan kesehatan, derajat kesehatan dan meningkatkan akses masyarakat untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan, melindungi dari risiko finansial akibat pelayanan kesehatan, khususnya penyakit katastropik.⁴⁰

2. Penegasan Operasional

Secara operasional, *handling complaint* sengketa medik berbasis mediasi, *restorative justice*, dan *Universal Health Coverage* merupakan tema disertasi yang bertujuan untuk menganalisis data sengketa medik di RSUD Dr. Iskak Tulungagung dan dilanjutkan dengan upaya penemuan mediasi berbasis keadilan setara dan terwujudnya jaminan kesehatan semesta. Dalam hukum perdata mediasi merupakan integrasi atau adopsi dari UU Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase Penyelesaian Sengketa Medik dan disemangati oleh Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi. Jadi, alternatif ini merupakan terobosan penyelesaian sengketa medik melalui jalur nonlitigasi. Tindak pidana alternatif yang dipakai adalah mediasi penal, yaitu suatu integrasi atau adopsi dari hukum adat suatu kebiasaan penyelesaian hukum yang mengacu hukum adat. Latar belakang pemikiran bentuk ini adalah Barda Nawawi Arief tentang ide-ide pembaruan hukum pidana (*penal reform*), yaitu ide perlindungan korban, ide harmonisasi, ide *restorative justice*, ide mengatasi kekakuan dalam sistem yang berlaku, dan ide menghindari efek negatif dari sistem peradilan pidana yang ada. Selain itu, hal itu juga mengurangi pragmatisme, stagnasi atau penumpukan perkara untuk penyederhanaan proses peradilan.⁴¹

Terobosan alternatif penyelesaian sengketa melalui mediasi berbasis *restorative justice* merupakan upaya mengembalikan

⁴⁰ F.C Susila Adiyanta, *Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi COVID-19*, Administrative Law & Governance Journal, Vol. 3 Issue 2, June 2020

⁴¹ Ketut Sumedana, *Mediasi Penal dalam Sistem Peradilan Berbasis Nilai-Nilai Pancasila*, Yogyakarta: Genta Publising, 2020 h. 91

hubungan baik seperti semula mengingat masalah sengketa medik merupakan kasus dengan karakter spesifik. Secara konstitusional, hubungan tenaga medis dengan pasien harus tetap terjaga baik karena pasien akan tetap membutuhkan jasa tenaga medis dan tenaga medis dapat menjalankan tugas mulia dan tidak rusak nama baiknya pasca sengketa medik. Upaya alternatif sebagai pembaruan hukum ini juga terilhami dari Peraturan Mahkamah Agung Nomor 2 Tahun 2015 tentang Tata Cara Penyelesaian Gugatan Sederhana yang kemudian dikenal dengan *small claim court*.

Demikian juga dalam prinsip hukum Islam, penyelesaian sengketa tetap berpedoman pada sumber hukum *transcendental* menyerukan mencari jalan terbaik dalam mengatasi sengketa atau pertikaian demi mewujudkan perdamaian dan kesejahteraan umat (kemaslahatan umat) dan mencegah kemafsadatan.

F. Penelitian terdahulu

Berdasarkan hasil eksplorasi pustaka, ditemukan beberapa judul disertasi maupun artikel dari jurnal bereputasi nasional-internasional yang memiliki substansi beririsan dengan judul disertasi. Di antaranya adalah tulisan Ligia Giovanella dan kawan-kawan dalam "*Universal Health System and Universal Health Coverage: Assumptions and Strategies*." Artikel ini menyimpulkan bahwa dalam beberapa tahun terakhir perdebatan internasional tentang universalitas dalam kesehatan telah ditandai oleh polarisasi antara gagasan yang didasarkan pada sistem universal dan gagasan yang mengusulkan jaminan kesehatan universal. Konsep cakupan universal telah disebarluaskan oleh organisasi internasional dan telah dimasukkan ke dalam reformasi sistem kesehatan di beberapa negara berkembang, termasuk beberapa di Amerika Latin. Artikel ini mengeksplorasi asumsi dan strategi terkait dengan usulan jaminan kesehatan universal. *Pertama*, perbandingan model cakupan kesehatan universal dan sistem kesehatan universal. Kontekstualisasi debat internasional sistem kesehatan menghasilkan beberapa pendapat dengan argumen yang berbeda. Implikasi dari cakupan hak universal atas kesehatan dan konsep universalitas yang berbeda dari pengalaman berbagai negara menunjukkan bahwa model berbasis asuransi kesehatan, baik sosial maupun swasta, tidak memuaskan sistem kesehatan universal. Pemahaman yang lebih besar tentang proyek internasional yang sedang berlangsung sangat penting



untuk mengidentifikasi kemungkinan yang diwakili oleh konsolidasi sistem kesehatan terpadu yang disebut SUS di Brasil, serta risiko pembongkaran SUS.⁴²

Artikel yang ditulis Rina Agustina tentang "*Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges*," menyimpulkan bahwa Indonesia adalah negara berpenghasilan menengah yang berkembang pesat dengan 262 juta penduduk dari lebih dari 300 etnis dan 730 kelompok bahasa tersebar di 17.744 pulau, dan menghadirkan tantangan unik bagi sistem kesehatan dan universal jaminan kesehatan (UHC). Dari tahun 1960 hingga 2001, sistem kesehatan Indonesia yang terpusat membuat keuntungan sebagai perawatan medis infrastruktur tumbuh dari hampir tidak ada pusat kesehatan primer menjadi 20.900 pusat. Harapan hidup meningkat dari 48 menjadi 69 tahun, kematian bayi menurun dari 76 kematian per 1000 kelahiran hidup menjadi 23 per 1000, dan angka fertilitas total menurun dari 5,61 menjadi 2,11. Namun, keuntungan di seluruh negeri sangat tidak merata dengan kesenjangan kesehatan yang besar, seperti kematian ibu yang stagnan sekitar 300 kematian per 100.000 kelahiran hidup, dan perubahan minimal pada neonatus kematian. Pendekatan satu ukuran untuk semua yang terpusat tidak mengatasi kompleksitas dan keragaman kepadatan penduduk dan penyebaran lintas pulau, pola makan, penyakit, gaya hidup lokal, kepercayaan kesehatan, perkembangan manusia, dan komunitas partisipasi. Desentralisasi pemerintahan ke 354 kabupaten pada tahun 2001, dan saat ini 514 kabupaten, semakin meningkat heterogenitas sistem kesehatan dan memperburuk kesenjangan kesetaraan. Sistem UHC baru yang diperkenalkan pada tahun 2014 berfokus pada mengakomodasi keragaman dengan fitur implementasi yang fleksibel dan adaptif serta keputusan berbasis bukti yang cepat. Berdasarkan perubahan kebutuhan, sistem UHC berkembang pesat dan mencakup 203 juta orang, pembayar tunggal terbesar skema di dunia, dan telah meningkatkan pemerataan kesehatan dan cakupan layanan. Dengan kesuksesan awal, tantangan telah muncul, seperti yang disebut kelompok tengah yang hilang, sebuah istilah yang digunakan untuk menunjuk sejumlah kecil orang yang terdaftar di UHC di kuartal kekayaan Q2–Q3 daripada kuartal lainnya, dan cakupan UHC yang

⁴²Giovanella, Ligia, et al. "*Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies*." *Ciencia & saude coletiva* 23 (2018): 1763-1776.

rendah untuk anak-anak dari lahir sampai usia 4 tahun. Selain itu, biaya tinggi untuk penyakit tidak menular memerlukan fitur baru untuk pencegahan dan promosi gaya hidup sehat, serta investasi dalam sistem informasi kesehatan digital terintegrasi yang kuat untuk garis depan petugas kesehatan sangat penting untuk dampak dan keberlanjutan. Ulasan ini menjelaskan inisiatif UHC yang inovatif dari Indonesia beserta *roadmap* masa depan yang dibutuhkan untuk memenuhi tujuan pembangunan berkelanjutan pada tahun 2030.⁴³

F.C. Susila Adiyanta dalam "Urgensi Kebijakan jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di masa pandemi COVID-19." Artikel ini menyimpulkan tiga hal berikut. *Pertama*, urgensi kebijakan jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*, UHC) dilihat dari perspektif penyelenggaraan kesehatan bagi masyarakat adalah pemenuhan penyelenggaraan jaminan kesehatan yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat secara adil dan merata untuk mewujudkan kesejahteraan dan kebahagiaan yang sebesar-besarnya sesuai amanat konstitusi. *Kedua*, Skema sistem jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*, UHC) bagi penyelenggaraan kesehatan masyarakat adalah kebijakan penyelenggaraan kesehatan bagimasyarakat berupa JKN. Kebijakan ini mempunyai ruang lingkup yang berbeda dengan UHC. Sistem UHC telah dimodifikasi oleh Pemerintah sesuai dengan kondisi dan tujuan penyelenggaraan kesehatan nasional, yaitu merupakan bagian dari upaya untuk pencapaian tujuan dari UHC. *Ketiga*, Skema kebijakan pelayanan kesehatan untuk skema kebijakan jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*, UHC) yang terintegrasi antara sistem jaminan sosial nasional (SJSN) dan sistem kesehatan nasional (SKN) sangat relevandalam konteks penyelenggaraan kesehatan masyarakat berdasarkan kerja sama, solidaritas, dan empati semua warga di masa pandemi global COVID-19.⁴⁴

Artikel Nayla Alawiya, Aryuni Yuliantiningsih, dan Dessi Perdani Yuris Puspita Sari, "*Hospital Supervisory Board Role in Medical Dispute*

⁴³Agustina, Rina, et al. "Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges." *The Lancet* 393.10166 (2019): 75-102.

⁴⁴FC Susila Adiyanta, *Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi COVID-19*, *Administrative Law & Governance Journal*, Vol. 3 Issue 2, June 2020



Settlement in Hospital" menganalisis bahwa pelayanan kesehatan tidak selalu dapat memberikan hasil yang diharapkan oleh pasien atau keluarga pasien. Kesenjangan tersebut sering kali membuat ketidakpuasan sehingga timbul perselisihan medis, termasuk perselisihan di rumah Sakit. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Pengawas Rumah sakit memerintahkan pembentukan Rumah sakit yang salah satu perannya adalah untuk menyelesaikan sengketa Rumah Sakit. Namun peraturan pemerintah tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit baru dikeluarkan pada Agustus 2013, dan pengaturan UU Rumah Sakit tidak menyebutkan peraturan sebelumnya yang diundangkan dan menimbulkan hambatan normatif. Majelis pengawas rumah sakit pusat mempunyai tugas menyusun tata cara penanganan pengaduan dan mediasi, sekaligus menerima pengaduan dan melakukan upaya penyelesaian sengketa dengan cara mediasi yaitu Badan Pengawas Rumah sakit Provinsi. Dewan pengawas rumah sakit provinsi tidak dapat melaksanakan tugas karena tata cara pengaduan dan mediasi belum ditetapkan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit pusat. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 memiliki pengaturan yang tidak sinkron dengan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 dan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004.⁴⁵

Intan Sari dan Megawati Barthos dalam artikelnya "*Juridical Analysis of The Obligations of The Indonesian Medical Disciplinary Board in Resolving Complaints of Patient Losses*" menyimpulkan bahwa dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran di Indonesia, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran (MKDI) ditugaskan secara otonom untuk memutuskan kelalaian, dan kesalahan dalam pemanfaatan disiplin klinis dilakukan oleh dokter umum maupun dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Optimalisasi tugas dan kewajiban Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDI) dalam menyelesaikan pengaduan terutama yang berakibat pada hilangnya nyawa pasien. Kawalan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDI) dalam penyelesaian sengketa medik akan mempertaruhkan independensinya dalam penyelesaian pengaduan kerugian pasien. Dalam hal ini Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDI) berkewajiban melakukan penegakan

⁴⁵Alawiya, Nayla, Aryuni Yuliantiningsih, and Dessi Perdani Yuris Puspita Sari."Hospital Supervisory Board Role in Medical Dispute Settlement in Hospital (Analysis toward Mechanism and Normative Obstacles)." *Jurnal Dinamika Hukum* 15.3 (2016): 266-272.

disiplin profesi kedokteran. Artikel ini berbasis penelitian dengan menggunakan metode yuridis normatif- deskriptif analitis-analitis preskriptif dengan pendekatan perundang-undangan (*statue approach*). Artikel ini menggarisbawahi bahwa penyelesaian pengaduan kerugian pasien belum diatur secara komprehensif dalam instrumen regulasi Kesehatan.⁴⁶

Sukmawan, Yulia Audina, dan Akhmad Khisni dalam "*Legal Protection Of Health Worker In The Medical Malpractice Lawsuit In Banjarmasin.*" Artikel ini menggarisbawahi bahwa hubungan dokter dan pasien didasarkan pada kepercayaan bisa berubah menjadi gugatan malapraktik medik. Gugatan malapraktik medis karena kelemahan dalam membangun komunikasi menimbulkan kerugian bagi pasien dan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan dituntut untuk lebih meningkatkan profesionalisme, kualitas, dan transparansi yang mengarah pada pelayanan prima sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tenaga kesehatan yang telah melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar profesi berhak mendapatkan perlindungan hukum.⁴⁷

Diversi dan keadilan restoratif yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak (UU SPPA) lebih mengutamakan perdamaian daripada proses hukum formal. Perubahan yang hakiki antara lain digunakannya pendekatan keadilan restoratif (*restorative justice*) melalui sistem diversifikasi. Undang-undang ini mengatur mengenai kewajiban para penegak hukum mengupayakan diversifikasi (pengalihan penyelesaian perkara anak dari proses peradilan ke proses di luar peradilan pidana) pada seluruh tahapan proses hukum. Terkait keadilan restoratif sebagai pelaksanaan diversifikasi, Mahkamah Agung menerbitkan PERMA Nomor 4 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Diversifikasi dalam Sistem Peradilan Pidana Anak sebagai turunan Undang-Undang Sistem Peradilan Pidana Anak. Poin penting PERMA yang disimpulkan dari artikel berbasis *research* adalah hakim wajib menyelesaikan persoalan anak bermasalah dengan hukum (ABH) dengan cara diversifikasi dan memuat tata cara pelaksanaan diversifikasi yang menjadi pegangan hakim dalam penyelesaian perkara pidana anak. Penelitian ini "difokuskan" pada arti penting pendekatan

⁴⁶ Istiana Sari dan Barthos Megawati. "*Juridical Analysis of The Obligations of The Indonesian Medical Disciplinary Board in Resolving Complaints of Patient Losses.*" Jakarta: Proceedings of the First Multidiscipline International Conference, MIC 2021, October 30 2021

⁴⁷ Yulia Audina Sukmawan, dan Akhmad Khisni "*Legal Protection Of Health Worker In The Medical Malpractice Lawsuit In Banjarmasin.*" *Jurnal Daulat Hukum* 2.2 (2019): 263-270.



keadilan restoratif dan eksistensi diversifikasi dan keadilan restoratif dalam penyelesaian perkara tindak pidana anak. Penelitian ini menunjukkan pentingnya pendekatan keadilan restoratif dan eksistensi diversifikasi dalam penyelesaian perkara tindak pidana anak untuk mengubah paradigma penghukuman pidana menjadi pemulihan hubungan pelaku-korban-masyarakat.⁴⁸

Disertasi dengan judul “ Konsep Mediasi Penal dalam Mewujudkan Perlindungan Hukum atas Tindak Pidana Kelalaian Medis oleh Tenaga Medis” yang diteliti oleh Rudy Sapoelete. Disertasi ini menyimpulkan bahwa urgensi mediasi penal atas tindak pidana kelalaian medis oleh tenaga medis didasarkan atas pertimbangan filosofis, yuridis, teoritis, dan sosiologis. Konsep mediasi penal dalam mewujudkan perlindungan hukum merupakan konsep pembaruan hukum pidana sebagai cerminan keadilan restoratif yang berlandaskan nilai-nilai dalam sila Pancasila.⁴⁹

Penelitian ini sama-sama meneliti dan mengkaji sebagai konsep alternatif penyelesaian sengketa medik khususnya mediasi penal untuk mewujudkan perlindungan hukum dan *restorative justice* atas tindak pidana kelalaian medis ditinjau dari peraturan perundang-undangan sebagai cita-cita pembaruan hukum pidana di masa mendatang. Perbedaannya, mediasi yang diteliti pada disertasi ini tidak sebatas pada mediasi penal, tetapi juga mediasi pada sengketa perdata. Satu *key word* baru yang ditawarkan dalam disertasi ini adalah mediasi berbasis *universal health coverage*.

Disertasi dengan judul “*Mediation As A Choice of Medical Dispute Settlements in Positive Law Of Indonesia*”. Dari Hasil penelitian, dapat diperoleh suatu konsep bahwa penyelesaian sengketa medik dengan mediasi berdasarkan kesepakatan para pihak dan saling menyenangkan, dan dipatuhi kedua pihak yang bersengketa. Dengan mediasi, biaya lebih murah karena para pihak tidak perlu mencari bantuan dari pihak lain yang bukan mediator, serta perjanjian dalam

⁴⁸Ernis Yul. *Diversion And Restorative Justice In Case Settlement Of Juvenile Justice System In Indonesia*.” Jurnal Ilmiah Kebijakan Hukum 10.2 (2017): 163-174.

⁴⁹Rudy Sapoelete, *Konsep Mediasi Penal Dalam Mewujudkan Perlindungan Hukum Atas Tindak Pidana Kelalaian Medis Oleh Tenaga Medis*, Disertasi Program Studi Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya 2021

kesepakatan mediasi dapat diakui oleh pengadilan yang dimediasi oleh mediator bersertifikat termasuk di luar pengadilan.⁵⁰

Persamaan dalam penelitian ini memiliki fokus alternatif penyelesaian sengketa medik melalui mediasi dengan pertimbangan kebutuhan akan *win win solution*. Penelitian ini belum sampai menganalisis hubungan peutarilistik antara tenaga medis dan pasien sebagai dasar alternatif penyelesaian jika sengketa masih berada pada wilayah perdata dengan mediasi dan jika berada pada wilayah pidana dengan mediasi penal.

Disertasi dengan judul "*Mediasi Sebagai Upaya Mewujudkan Islah dalam Penyelesaian Sengketa Perbankan Syariah*".⁵¹ Hasil disertasi ini menyimpulkan bahwa terdapat persamaan dan perbedaan antara konsep mediasi menurut hukum di Indonesia dan konsep islah menurut hukum Islam. Persamaannya adalah keduanya memiliki tujuan penyelesaian sengketa secara damai yang dapat diterima kedua belah pihak. Perbedaannya terletak pada landasan filosofinya. Alternatif penyelesaian sengketa dalam Islam tidak boleh melanggar prinsip-prinsip syariah. Alternatif penyelesaian sengketa menurut ketentuan di Indonesia cukup memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Disertasi ini memiliki tema yang beririsan tentang alternatif penyelesaian dengan cara mediasi yang ditinjau dari perspektif hukum Islam. Objek sengketanya bukan medik, tetapi sengketa ekonomi syariah.

Uly Purnama Nasution dalam "Efektivitas Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medis." Poin penting dari hasil penelitiannya pada Rumah sakit Muhammadiyah Sleman bahwa melindungi serta menjamin kesehatan setiap warga negara menjadi hal yang sangat penting yang harus diperhatikan oleh pemerintah. Hal tersebut secara implisit terkandung dalam pembukaan UUD 1945, yaitu setiap tindakan yang dilaksanakan belum mampu menjawab amanah konstitusi tersebut dari adanya tindakan yang membahayakan keselamatan pasien. Tindakan tersebut sering dilaksanakan upaya mediasi. Akan tetapi, efektivitas mediasi sering tidak dapat diterapkan sebagaimana mestinya mengingat berbagai kendala antara lain meliputi hasil laboratorium yang sering tidak transparan sehingga pasien yang sehat dapat di-COVID-

⁵⁰Mohammad Irfan, "*Mediation As A Choice of Medical Dispute Settlements in Positive Law Of Indonesia*" Fakultas Hukum Universitas Mataram, 2018

⁵¹Wirdayaningsih, "*Mediasi Sebagai Upaya Mewujudkan Islah dalam Penyelesaian Sengketa Perbankan Syariah*", Fakultas Hukum Universitas Indonesia (FHUI), 2020



kan dan dokter melakukan tindakan tidak sesuai dengan *informed consent* sehingga sering kali keluarga korban lebih memilih jalur hukum dibandingkan mediasi mengingat sudah menimbulkan korban dan nyawa tidak dapat digantikan⁵²

Fokus dari beberapa penelitian di atas beririsan dengan *key word* disertasi ini, misalnya disertasi dan artikel tentang *handling* komplain, sengketa medik, mediasi, *restorative justice*, atau jaminan kesehatan semesta. Disertasi ini membahas empat *keyword* di atas dengan lokus RSUD Dr. Iskak Tulungagung. Sengketa medik yang dianalisis dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, yakni Januari 2019 hingga Desember 2021 serta beberapa kasus yang tercakup pada awal 2022.

G. Metode Penelitian

1. Jenis dan Pendekatan Penelitian

Disertasi tentang *handling* komplain sengketa medik berbasis mediasi, keadilan restoratif, dan *Universal Health Coverage* merupakan *qualitative research* (penelitian kualitatif) dengan menggunakan *case study* (studi kasus). Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Iskak Tulungagung.

Sebagaimana yang dijelaskan oleh Kothari,⁵³ penelitian kualitatif merupakan penelitian yang berkaitan dengan fenomena kualitatif, yaitu fenomena yang melibatkan kualitas atau jenis data. Masih merujuk pada Kothari, jenis penelitian kualitatif bertujuan untuk menemukan motif manusia dan keinginan yang mendasarinya dalam berperilaku dan sering kali menggunakan secara mendalam teknik wawancara untuk mencapai tujuan tersebut.

Alasan penggunaan metode ini dengan beberapa dari pertimbangan-pertimbangan. *Pertama*, memilih melakukan penelitian kualitatif karena adanya masalah atau isu yang perlu *dieksplorasi* yaitu tentang *handling* komplain sengketa medik berbasis mediasi, keadilan restoratif, dan *Universal Health Coverage*. Eksplorasi ini diperlukan karena adanya kebutuhan untuk mempelajari hal-hal yang berkaitan dengan suatu kelompok atau

⁵²Uly Purnama Nasution. "*Efektivitas Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik (Studi Lapangan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman)*." Widya Pranata Hukum: Jurnal Kajian dan Penelitian Hukum 2.2 (2020): 91-108.

⁵³C. R. Kothari, *Research Methodology: Methods and Techniques*, 2nd ed. (New Delhi: New Age International, 2004).

populasi (dalam hal ini adalah Direktur RSUD Dr. Iskak Tulungagung, tim *handling* komplain, konsultan medik, dan beberapa pasien/keluarga pasien), mengidentifikasi variabel yang tidak dapat diukur dengan mudah, atau mendengar pandangan-pandangan yang tidak mereka kemukakan. Ini semua adalah alasan yang baik untuk mengeksplorasi masalah daripada menggunakan informasi yang telah disajikan melalui literatur atau mengandalkan hasil dari penelitian lain.

Kedua, penelitian kualitatif dipilih karena membutuhkan pemahaman terhadap masalah yang tidak mudah diungkap dan detail dalam merekonstruksi sengketa medik, *handling* komplain, dan basis mediasi serta terwujudnya keadilan restoratif maupun *universal health* melalui mediasi atau penyelesaian sengketa nonlitigasi. Detail data hanya didapatkan melalui *deep interview* dengan suasana yang natural sehingga informan maupun narasumber bisa menceritakan sengketa tanpa perasaan terbebani.

Ketiga, penelitian kualitatif dipilih karena ingin *memberdayakan individu yang terlibat* (partisipan dari penelitian ini) untuk berbagi kronologi *handling complaint*, mendengar penjelasan mereka secara langsung, membaca mimik dan bahasa tubuh mereka untuk meyakinkan keterpaduan antara apa yang disampaikan dan apa yang terjadi sebenarnya. *Keempat*, penelitian kualitatif ini dipilih karena ingin memahami konteks atau pengaturan partisipan penelitian memandang dan meletakkan suatu masalah atau isu berkaitan dengan *handling complaint* sengketa medik berbasis mediasi, keadilan restoratif, dan *Universal Health Coverage*. Hal ini terjadi karena tidak selalu dapat memisahkan apa yang dikatakan orang dari tempat dan suasana mereka mengatakannya, apakah konteks ini adalah rumah, keluarga, masyarakat atau lingkungan pekerjaan mereka.

Kelima, penelitian kualitatif ini dipilih karena ingin menindaklanjuti penelitian yang pernah dilakukan oleh penelitian sebelumnya dengan *starting point* yang berbeda dan membantu *menjelaskan mekanisme* atau keterkaitan dalam teori atau model kausal, serta menawarkan proposisi teori baru tentang mediasi berbasis keadilan restoratif dan mediasi berbasis *Universal Health Coverage*



Keenam, penelitian kualitatif ini dipilih untuk *mengembangkan teori-teori* atau temuan-temuan baru tentang *handling* komplain sengketa medik berbasis mediasi, keadilan restoratif, dan *Universal Health Coverage* Hal ini dilakukan karena dipandang bahwa teori yang ada terasa parsial dan kurang memadai untuk populasi dan sampel tertentu atau tidak cukup menangkap kompleksitas dari masalah yang sedang diteliti.

Selanjutnya, penelitian kualitatif ini dilakukan dengan metode *case study* (studi kasus). Yin menjelaskan bahwa pengertian *case study* dengan pernyataannya, “*The essence of case study, the central tendency among all types of case study, is that it tries to illuminate a decision or set of decisions: why they were taken, how they were implemented, and with what result.*”⁵⁴ Jadi menurutnya, studi kasus menjelaskan proses suatu keputusan atau beberapa keputusan itu diambil, proses keputusan tadi diterapkan, dan hasil yang didapat. Lebih jauh, Yin mengemukakan bahwa studi kasus adalah investigasi empiris fenomena dalam konteks lingkungannya yang hubungan antara fenomena dan lingkungan tidak jelas. Karena itu, sebuah kasus diperiksa untuk memahami masalah atau memberikan masukan untuk teori yang ada atau yang baru konsep teoritis. Unit pengukuran studi kasus dikaitkan dengan konsep entitas. Sebuah karya penelitian yang menggunakan metode studi kasus mungkin memiliki kasus tunggal atau ganda. Kesimpulan dapat ditarik dari kesamaan atau perbedaan antara kasus yang terlibat selama suatu penelitian dikerjakan.⁵⁵

Studi kasus dalam penelitian ini adalah upaya pengumpulan data dan informasi secara mendalam, mendetail, intensif, holistik, dan sistematis tentang orang, kejadian, *social setting*, atau kelompok yang dengan menggunakan berbagai metode dan teknik, serta sumber informasi untuk memahaminya. Penelitian ini dikatakan tepat untuk *single case single situs* karena penelitian ini memiliki karakteristik antara lain *pertama*, merepresentasikan kasus kritis; *kedua*, merepresentasikan kasus ekstrem (*unigue*); *ketiga*, merepresentasikan kasus mewakili yang lain; *keempat*, merupakan

⁵⁴Robert K. Yin, *Case Study Research Design and Methods*, 7th ed. (USA: Sage Publication Inc, 2018).

⁵⁵ *Ibid.*

kasus pernyataan (*revelator case*); *kelima*, merepresentasikan kasus yang panjang.

Dalam bukunya, Creswell⁵⁶ mengutip pernyataan Yin⁵⁷ bahwa penelitian kualitatif dengan jenis metodologi *case study* melibatkan studi kasus dalam kehidupan nyata, konteks kontemporer atau pengaturan. Stake⁵⁸ menyatakan bahwa penelitian studi kasus bukan suatu metodologi tetapi merupakan pilihan yang harus dipelajari (yaitu, kasus dalam sistem yang terikat, dibatasi oleh waktu dan tempat). Berbeda dengan pendapat tersebut, pakar metodologi penelitian lainnya seperti Yin, Merriam, Denzin, dan Lincoln⁵⁹ menyajikannya sebagai strategi penyelidikan, sebuah metodologi, atau strategi penelitian komprehensif. Creswell sendiri memilih untuk melihatnya sebagai metodologi, sebagai suatu jenis desain dalam penelitian kualitatif yang dapat menjadi objek studi, serta produk dari penyelidikan. Menurutnya, penelitian studi kasus adalah pendekatan kualitatif, yaitu penyidik mengeksplorasi kehidupan nyata, sebuah sistem batasan kontemporer (pada kasus tunggal) atau sistem dengan beberapa batasan (pada multi kasus) dari waktu ke waktu, melalui pengumpulan data yang rinci dan mendalam yang melibatkan berbagai sumber informasi (misalnya: pengamatan, wawancara mendalam, materi audio visual, dokumen, dan laporan), dan melaporkan deskripsi kasus dan tema kasus. Unit analisis dalam studi kasus ini dapat berupa beberapa kasus (studi multisitus) atau satu kasus (studi dalam situs).⁶⁰

Selanjutnya, Khotari juga menjelaskan tentang fase utama yang terlibat dalam studi kasus yaitu: 1) pengakuan dan penentuan status fenomena yang akan diselidiki atau hal yang akan diteliti, 2) pengumpulan data, pemeriksaan, dan sejarah dari fenomena yang diteliti, 3) diagnosis dan identifikasi atas faktor-faktor penyebab sebagai dasar untuk perbaikan atau pemeliharaan perkembangan, 4) penerapan langkah-langkah perbaikan, yaitu perbaikan dan terapi (fase ini sering dikarakteristikan sebagai kerja kasus), dan 5)

⁵⁶Creswell, *Qualitative inquiry...* h. 19

⁵⁷Robert K. Yin, *Case Study Research...* h.34

⁵⁸R. Stake, *The art of case study research*. (Thousand Oaks, CA: Sage, 2015).

⁵⁹ Robert K. Yin, *Case Study Research Design and Methods*, 7th ed. (USA: Sage Publication Inc, 2018).

⁶⁰Jhon W. Creswell dan J. David Creswell, *Research Desain: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, Sage Publications, 2017, h. 97



program tindak lanjut untuk menentukan efektivitas mediasi yang diterapkan.⁶¹

Lebih jauh, Khotari menyebutkan beberapa keuntungan dari metode studi kasus sebagai hasil dari karakteristik yang diuraikan di atas. Beberapa manfaat pentingnya dijelaskan sebagai berikut.⁶²

Pertama, sebagai studi menyeluruh dari unit sosial, metode studi kasus memungkinkan kita untuk memahami sepenuhnya pola perilaku unit terkait. Dalam pernyataan Charles Horton Cooley,⁶³ "Studi kasus memperdalam persepsi kita dan memberi kita wawasan lebih jelas tentang kehidupan. Dengan studi kasus ini, kita mendapatkan perilaku secara langsung dan bukan dengan pendekatan tidak langsung dan abstrak."

Kedua, melalui studi kasus yang dapat memperoleh catatan pengalaman pribadi nyata dan tercerahkan akan mengungkapkan upaya batin manusia, ketegangan dan motivasi yang mendorongnya untuk bertindak bersama dengan kekuatan yang mengarahkannya untuk mengadopsi pola perilaku tertentu. *Ketiga*, metode ini memungkinkan untuk menelusuri sejarah alami dari suatu unit sosial dan hubungannya dengan faktor-faktor sosial dan kekuatan yang terlibat dalam lingkungan sekitarnya.

Penelitian ini akan diawali dengan pertanyaan filosofis dengan pertanyaan penelitian meliputi *how* (bagaimana), *why* (mengapa), *who* (siapa), dan *what* (apa), dan diakhiri dengan interpretasi temuan penelitian. Selanjutnya dari lokus penelitian, RSUD Dr. Iskak Tulungagung semua data digali, baik dengan wawancara mendalam, observasi, maupun dokumentasi. Karakteristik holistik dalam penelitian kualitatif yang bermakna dan aktual diharapkan mampu memberikan hasil yang maksimal.⁶⁴

2. Kehadiran Peneliti

Creswell menjelaskan bahwa dalam setiap penelitian, ada beberapa asumsi filosofis yang dibuat oleh peneliti ketika mereka melakukan penelitian kualitatif.⁶⁵ Crotty menyebutnya sebagai

⁶¹Ibid, h. 114

⁶²Ibid, h. 115.

⁶³ Charles Horton Cooley. "Case Study of Small Institutions As a Method of Research", Publications and Proceedings (2017): 181-191.

⁶⁴Yin, *Case Study Research*, h.56.

⁶⁵Creswell, *Qualitative inquiry*, h. 19

asumsi filosofis, epistemologi, dan ontologi.⁶⁶ Asumsi-sasumsi ini terdiri dari keyakinan tentang ontologi (hakikat realitas), epistemologi (apa yang dianggap sebagai pengetahuan dan bagaimana klaim pengetahuan dibenarkan), aksiologi (peran nilai-nilai dalam penelitian), dan metodologi (proses penelitian).⁶⁷

Kehadiran peneliti di lokus pada dasarnya terkait dengan asumsi *epistemologis*. Dengan asumsi ini, peneliti yang melakukan penelitian kualitatif berarti mencoba untuk bisa sedekat mungkin dengan partisipan yang sedang diteliti. Oleh karena itu, bukti subjektif dikumpulkan berdasarkan pandangan individu. Sebagaimana ilmu pengetahuan akhirnya dikenal manusia melalui pengalaman subjektif partisipan. Karena itu menjadi penting untuk melakukan penelitian langsung di "lapangan," di mana para partisipan berada dan bekerja. Hal ini menjadi konteks yang penting untuk memahami apa yang mereka sampaikan.⁶⁸ Guba dan Lincoln menyatakan bahwa semakin lama peneliti berada di lokus penelitian atau mengenal partisipan, semakin mereka "faham apa yang mereka ketahui" dari informasi pertama (*key informant*). Singkatnya, peneliti perlu hadir untuk meminimalkan "jarak" atau "keterpisahan objektif" antara dirinya dan informan.⁶⁹

Menurut Creswell, penelitian kualitatif masa sekarang ini melibatkan perhatian yang lebih dekat pada penelitian yang bersifat interpretif dan menempatkan penelitian dalam konteks politik, sosial, dan budaya para peneliti, dan reflektivitas atau "kehadiran" para peneliti dalam pandangan yang mereka sajikan. Dua hal di antara karakteristik penelitian kualitatif yang berkaitan dengan kehadiran peneliti di lokus dijelaskan sebagai berikut.⁷⁰

Pertama, pengaturan alami. Peneliti kualitatif sering mengumpulkan data pada lokus tempat informan mengalami isu atau masalah yang diteliti. Peneliti tidak membawa informan ke dalam sebuah suasana seperti laboratorium (situasi yang dibuat-buat) dan juga tidak mengirim instrumen untuk diisi oleh informan atau meminta mereka mengisi kuesioner seperti dalam penelitian

⁶⁶M. Crotty, *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. (London: Sage, 1998).

⁶⁷Creswell, *Qualitative inquiry*, h. 19.

⁶⁸Ibid, h. 20.

⁶⁹E. Guba dan Y. Lincoln. "Do Inquiry Paradigms..."h. 94.

⁷⁰Creswell, *Qualitative inquiry...* h. 45.



survei. Sebaliknya, peneliti kualitatif mengumpulkan dari dekat informasi dengan benar-benar berbicara langsung kepada informan dan melihat cara mereka bersikap dan bertindak dalam konteks mereka. Dalam pengaturan alami, para peneliti memiliki interaksi tatap muka dari waktu ke waktu.

Kedua, peneliti sebagai instrumen kunci. Para peneliti kualitatif mengumpulkan data sendiri melalui pemeriksaan dokumen, mengamati perilaku, dan mewawancarai partisipan. Peneliti mungkin saja menggunakan instrumen, tetapi instrumen yang dirancang oleh peneliti menggunakan pertanyaan terbuka. Mereka cenderung tidak menggunakan atau mengandalkan kuesioner atau instrumen yang dikembangkan oleh peneliti lain.

Hanya saja yang perlu diingat dan diperhatikan adalah adanya kelemahan tertentu dari metode wawancara yang peneliti pakai dalam metode studi kasus ini. Seperti yang disampaikan oleh Khotari,⁷¹ di antara kelemahan penting dari metode wawancara adalah berkaitan dengan kehadiran peneliti. Kehadiran peneliti sebagai pewawancara di suatu lokus penelitian dapat terlalu memicu informan, kadang-kadang bahkan sampai pada titik di mana partisipan merasa perlu memberikan informasi khayalan (bukan fakta) hanya untuk membuat wawancara menjadi menarik. Namun, hal ini dapat diantisipasi oleh peneliti dengan melakukan pendekatan saat mewawancarai secara ramah, sopan, dan tidak memihak. Ketika mewawancarai, peneliti tidak menunjukkan persetujuan atau ketidaksetujuan dari jawaban informan, tetapi harus menjaga dan mengendalikan arah wawancara, meminimalisasi percakapan yang tidak relevan, dan mengupayakan semua kemungkinan untuk menjaga agar informan berada pada jalur dan konteks penelitian.⁷²

Oleh karena itu, kehadiran peneliti dalam penelitian ini mutlak diperlukan. Hal ini disebabkan oleh peneliti bertindak sebagai pencari dan pengumpul data dan peneliti perlu mengamati aktivitas-aktivitas serta operasional yang terjadi di lapangan. Selain itu, sebagai pengumpul dan penganalisis data, peneliti diharuskan untuk menemui secara langsung pihak-pihak yang mungkin bisa memberikan informasi atau data secara jelas dan akurat berkaitan dengan bahasan penelitian.

⁷¹Kothari, *Research Methodology*, ...h. 99.

⁷²ibid.

3. Lokasi penelitian

Ada 3 (tiga) pertimbangan yang dipakai ketika memilih teknik pendekatan *purposeful sampling/deliberative sampling* (pengambilan sampel yang disengaja) dalam penelitian kualitatif. Creswell menjelaskan bahwa pertimbangan ini bervariasi bergantung pada pendekatan yang lebih spesifik. Pertimbangan-pertimbangan tersebut adalah: 1) keputusan untuk memilih siapa sebagai informan atau di mana lokus penelitian, 2) tipe strategi sampling yang lebih spesifik, dan 3) ukuran sampel yang akan diteliti.⁷³

Kothari menyatakan bahwa metode deliberatif sampling dikenal juga sebagai *purposive/nonprobability sampling*. Metode pengambilan sampel seperti ini melibatkan pemilihan unit-unit tertentu secara sengaja untuk membentuk sampel yang mewakili. Ketika elemen suatu populasi dipilih untuk dimasukkan dalam sampel berdasarkan kemudahan akses. hal seperti itu bisa disebut *convenience sampling*. Kadang-kadang prosedur seperti itu dapat memberikan hasil yang sangat bias terutama ketika populasinya tidak homogen. Di sisi lain, dalam suatu *judgment sampling* (pengambilan sampel berdasarkan penilaian), penilaian peneliti digunakan untuk memilih item yang dianggapnya mewakili populasi. Misalnya, sampling berdasar penilaian dengan mengambil mahasiswa sebagai sampelnya bisa dilakukan untuk memperoleh gambaran reaksi terhadap suatu metode pengajaran baru. *Judgment sampling* cukup sering digunakan dalam penelitian kualitatif. Motif dari peneliti adalah untuk mengembangkan suatu hipotesis dan bukan untuk menggeneralisasikannya ke populasi yang lebih besar.⁷⁴

Purposive sampling dianggap lebih pas ketika yang dibahas itu kecil dan karakteristik yang telah diketahui dari populasi tersebut perlu dipelajari secara intensif. Selain itu, ada kondisi-kondisi ketika desain sampel selain pengambilan sampel acak dapat dianggap lebih baik karena alasan seperti kenyamanan dan biaya yang rendah. Hal yang harus diperhatikan adalah desain sampel yang akan digunakan dalam suatu penelitian harus diputuskan oleh

⁷³Creswell, *Qualitative inquiry...*, h. 154

⁷⁴Kothari, *Research Methodology*, h. 15.



peneliti dengan mempertimbangkan sifat penelitian dan faktor-faktor yang terkait lainnya.⁷⁵

Berkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, pemilihan lembaga penelitian dilakukan dengan *purposive sampling*. Lokasi penelitian didasarkan pada tujuan penelitian, yaitu RSUD Dr. Iskak Tulungagung dengan berbagai pertimbangan prestasi yang diraih serta saat pandemi, menjadi rumah sakit rujukan COVID-19.

4. Sumber Data

Data sebagai konsep umum mengacu pada fakta bahwa beberapa informasi atau pengetahuan yang ada diwakili atau dikodekan dalam beberapa bentuk yang cocok untuk penggunaan atau pemrosesan yang lebih baik. Data dikumpulkan dan dianalisis; data hanya menjadi informasi yang cocok untuk membuat keputusan dengan cara tertentu. Pengumpulan data dapat dilakukan melalui sumber primer (peneliti adalah orang pertama yang mendapatkan data) atau sumber sekunder (peneliti memperoleh data yang telah dikumpulkan oleh sumber lain, seperti data yang disebarluaskan dalam jurnal ilmiah).⁷⁶

Pengumpulan data memainkan peran yang sangat penting dalam analisis statistik. Dalam penelitian, ada berbagai metode yang digunakan untuk mengumpulkan informasi yang semuanya terbagi dalam dua kategori, yaitu data primer dan sekunder. Douglas, sebagaimana dikutip oleh Victor O. Ajayi⁷⁷ menjelaskan bahwa seperti namanya, data primer adalah data yang dikumpulkan untuk pertama kalinya oleh peneliti sedangkan data sekunder adalah data yang sudah dikumpulkan atau diproduksi oleh orang lain.

Dengan tetap mengacu pada klasifikasi data sebelumnya yang dikategorikan menjadi data primer dan sekunder, peneliti hanya menekankan hubungan simbiosis antara keduanya dengan mempertimbangkan sifat data yang akan dikumpulkan sesuai fokus dan pertanyaan penelitian. Data primer dalam penelitian ini berbasis pada metode interview dan observasi. Partisipan yang bertindak

⁷⁵Ibid, h. 17.

⁷⁶Olivier Mesly, *Creating Models in Psychological research*.(États-Unis: Springer Psychology, 2015).

⁷⁷Victor Oluwatosin Ajayi, *Distinguish Between Primary Source of Data and Secondary Sources of Data*, <https://www.researchgate.net/> Diakses 7 Juni 2019.

sebagai informan, ditentukan berdasarkan *purposive sampling*. Dalam hal ini, pemilihan informan didasarkan pada tujuan penelitian. Informan yang dipilih adalah informan yang berkaitan dengan tugas dan tupoksi menyangkut tema penelitian. Data digali dari informan yang dianggap tahu dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang kredibel dalam mengetahui masalahnya. *Key informant* dalam penelitian ini adalah Direktur RSUD Dr. Iskak Tulungagung, tim *handling complaint*, konsultan medis, pasien/keluarga pasien, dan pengacara. Data sekunder bersumber dari data dokumentasi, publikasi, *record*, *research report*, dan jika dibutuhkan akan dilengkapi dengan kuesioner (jika dibutuhkan). Selanjutnya kumpulan data akan ditafsirkan guna mengekstraksi temuan terpenting dari penelitian.

Tidak ada satupun metode yang menjamin akurasi sampai 100% sehingga menyinambungkan berbagai sumber dan metode pengumpulan data adalah sebuah keharusan. Hal ini peneliti lakukan setelah memastikan pilihan metode pengumpulan data telah berkesesuaian dengan tujuan dan relevansi penelitian. Begitu juga harus dipastikan bahwa informan memahami tujuan penelitian sehingga mampu memberikan umpan balik materi wawancara.

Observasi sistematis pada fenomena akan difungsikan sebagai pendekatan terbaik saat peneliti lebih tertarik pada perilaku daripada persepsi responden atau ketika informan subjek sedang terlibat dalam kegiatan sesuai dengan tema penelitian. Observasi partisipan akan dilakukan jika peneliti berkesempatan terlibat dalam kegiatan kelompok studi tanpa sepengetahuan informan.

Sebagaimana klasifikasi yang diberikan oleh Ranjit Kumar,⁷⁸ peneliti juga menggunakan dua metode wawancara baik yang tidak terstruktur maupun yang terstruktur. Penggunaan wawancara tidak terstruktur dengan pertimbangan peneliti akan mendapatkan kebebasan penuh dalam hal konten dan struktur wawancara, penggunaan kata dan merumuskan pertanyaan yang sesuai dengan topik diskusi yang berkembang. Wawancara terstruktur memiliki kelebihan materi yang dipertanyakan bisa berkesesuaian dengan klasifikasi dan urutan yang sistematis interaktif antara peneliti dan informan.

⁷⁸ Ranjit Kumar, *Research Methodology : a step-by-step guide for beginners*(London : Sage Publications, 1999). h. 369



5. Analisis Data

Analisis terhadap teks dan beberapa bentuk data lainnya memang menyajikan pekerjaan yang menantang bagi peneliti kualitatif. Proses memutuskan cara merepresentasikan data dalam tabel, matriks, dan bentuk naratif juga menambah tantangan. Sering kali peneliti kualitatif menyamakan analisis data dengan pendekatan untuk menganalisis data teks dan gambar. Proses analisis data sebenarnya jauh lebih banyak dan melibatkan pengorganisasian data, melakukan pembacaan awal melalui database, melakukan *coding*, mengorganisasikan tema, menampilkan data, dan menginterpretasikan data-data yang sudah diperoleh. Langkah-langkah ini saling terkait dan membentuk sebuah spiral kegiatan yang semuanya terkait dengan analisis dan representasi data.⁷⁹

Kothari menjelaskan bahwa langkah berikutnya setelah mengumpulkan data adalah menganalisisnya. Dalam kegiatan analisis data diperlukan sejumlah langkah yang berkaitan erat seperti menentukan kategori data, melalui *data coding* (pengodean data), tabulasi data, dan penggambaran kesimpulan statistik. Data dalam jumlah besar harus diringkas menjadi beberapa kelompok dan tabel yang dapat dikelola untuk dianalisis lebih lanjut. Dengan demikian, peneliti harus mengklasifikasikan data mentah menjadi beberapa kategori yang terarah dan bermanfaat. Langkah pengodean data biasanya dilakukan pada tahap ini, yaitu kategori data ditransformasikan menjadi simbol yang dapat ditabulasi dan dihitung. Pengeditan data dilakukan untuk meningkatkan kualitas data yang akan dikodekan. Setelah pengodean selesai, data siap untuk ditabulasi. Tabulasi data sendiri merupakan bagian dari prosedur teknis, yaitu data yang telah diklasifikasikan ditampilkan dalam bentuk tabel. Peneliti bisa memanfaatkan perangkat mekanis seperti komputer pada tahap tabulasi ini, khususnya jika berkaitan dengan data dalam jumlah besar. Selain menghemat waktu, pemanfaatan komputer juga memungkinkan peneliti untuk mempelajari secara bersamaan sejumlah besar *keyword* yang memengaruhi masalah yang sedang diteliti.⁸⁰

⁷⁹Creswell, *Qualitative inquiry*, h. 179.

⁸⁰Kothari, *Research Methodology*, h. 18.

Kothari menyimpulkan dari tulisan Bellenger dan Greenberg⁸¹ bahwa suatu penelitian dinilai baik jika memenuhi dua syarat yaitu sistematis dan logis. Penelitian dinilai sistematis jika disusun dengan langkah-langkah tertentu yang dikerjakan dalam urutan yang ditentukan sesuai dengan seperangkat aturan yang terdefiniskan dengan baik. Karakteristik sistematis dari suatu penelitian tidak berarti mengesampingkan pemikiran kreatif tetapi tentu saja menolak penggunaan 'menebak' dan 'intuisi' dalam mencapai kesimpulan penelitian. Penelitian dinilai logis apabila dipandu oleh aturan penalaran logis. Proses penalaran, baik secara induksi maupun deduksi memiliki nilai yang signifikan dalam melakukan penelitian. Bahkan, penalaran logis yang dilakukan dan diterapkan dalam sebuah penelitian akan membuat penelitian tersebut lebih bermakna dalam konteks pengambilan keputusan.

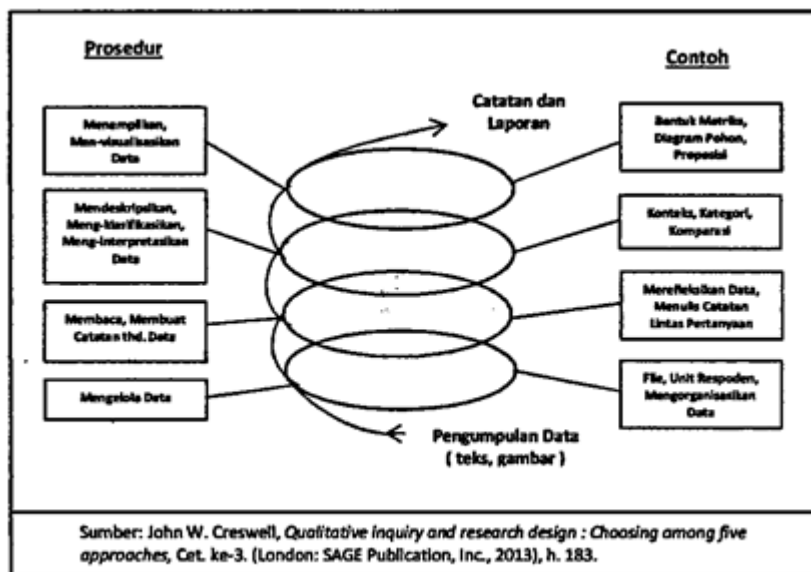
Analisis data dalam penelitian kualitatif terdiri dari mempersiapkan dan mengatur data, baik berupa teks seperti transkrip atau berupa gambar seperti lukisan atau foto, untuk dianalisis. Kemudian, analisis dilanjutkan dengan memperkecil jenis data ke dalam tema melalui proses *coding* dan kondensasi kode, dan akhirnya menampilkan data dalam angka, tabel, atau diskusi. Di banyak buku tentang penelitian kualitatif, hal-hal tadi adalah proses umum yang digunakan oleh para peneliti. Tentu saja akan ada beberapa variasi dalam pendekatan ini.

Creswell menjelaskan lebih lanjut bahwa aturan yang paling baik bisa direpresentasikan dalam gambar spiral, yaitu sebuah *analisis data spiral* seperti yang ditunjukkan pada Gambar 1. Untuk menganalisis data kualitatif, seorang peneliti akan lebih terlibat dalam suatu proses yang bergerak dalam lingkaran analitis dibandingkan menggunakan pendekatan linear yang tetap. Seorang peneliti akan masuk ke dalam aturan spiral tadi dengan data teks atau gambar (misalnya: berupa foto, rekaman kaset, video) dan keluar dengan catatan atau narasi. Pada fase di antara keduanya, peneliti akan bersinggungan dengan beberapa aspek analisis dan akan berputar-putar dalam spiral tersebut.⁸² Selanjutnya, tahapan-tahapan yang dilalui seorang peneliti saat menganalisis data

⁸¹Ibid, h.23.

⁸²Ibid, h. 183.

digambarkan oleh Creswell sebagai sebuah spiral seperti gambar berikut ini.



Gambar 1 Spiral Analisis Data

Manajemen data yang merupakan loop pertama dalam spiral analisis data menjadi titik awal proses analisis. Pada tahap awal ini, peneliti biasanya mengatur dan mengelola data mereka ke dalam fail komputer. Selain mengatur fail, peneliti mengkonversi fail data ke unit teks yang sesuai untuk analisis (misalnya: kata, kalimat, atau keseluruhan cerita), baik dengan tulisan tangan atau komputer. Bahan-bahan dari hasil penelitian harus mudah ditemukan di basis data teks (atau gambar) yang besar. Patton menjelaskan bahwa data yang dihasilkan oleh metode kualitatif besar kemungkinan berjumlah banyak. Oleh karena itu, proses mempelajari dan memahami hasil wawancara dan seluruh fail catatan lapangan bisa menjadi hal yang menghabiskan waktu.⁸³ Itu sebabnya hal pertama yang harus dilakukan peneliti adalah mengatur data.

Tahap selanjutnya setelah mengatur data, peneliti melanjutkan analisis data dengan memahami seluruh basis data agar, misalnya, menyarankan kepada para peneliti untuk membaca transkrip secara keseluruhan. Menurutnya, peneliti perlu melibatkan dirinya dalam rincian, dan berusaha untuk mendapatkan “rasa” dari

⁸³ M.Q. Patton, *Qualitative evaluation and research methods* (Newbury Park, CA: Sage, 2018), h. 297.

wawancara secara keseluruhan sebelum memecahnya menjadi bagian-bagian.⁸⁴ Peneliti menulis catatan atau memo di tepi halaman dari suatu catatan lapangan atau transkrip atau di bawah foto terbukti membantu dalam proses awal mengeksplorasi *database*. Catatan-catatan ini bisa berupa frasa pendek, ide, atau konsep kunci yang terjadi pada pembaca.⁸⁵

Langkah selanjutnya adalah mendeskripsikan, mengklasifikasikan, dan menginterpretasikan (menafsirkan) data. Dalam *loop* ini, peneliti membentuk *kode* atau *kategori* (dan dua istilah ini akan digunakan secara bergantian) merupakan jantung dari analisis data kualitatif. Di sini, peneliti membangun deskripsi terperinci, mengembangkan tema atau dimensi, dan memberikan interpretasi berdasarkan pandangan mereka sendiri atau pandangan perspektif dalam literatur. *Deskripsi terperinci* berarti bahwa dalam penelitian menggambarkan hal yang mereka lihat. Detail ini disediakan pada tempat asalnya, yaitu dalam konteks pengaturan orang, tempat, atau peristiwa. Setelah membaca dan mengelola data, deskripsi menjadi tempat yang baik untuk memulai penelitian kualitatif dan memainkan peran sentral dalam penelitian jenis etnografis dan studi kasus.⁸⁶

Dalam penelitian ini, peneliti masih merujuk pada beberapa prosedur umum spiral analisis data, seperti yang diilustrasikan oleh Creswell tersebut, dengan menggunakan penalaran, pemilahan dan kategorisasi induktif sesuai dengan tema. Sebagaimana catatan Creswell, bahwa peneliti kualitatif harus berhati-hati dalam mengekstraksi informasi yang memiliki karakteristik bermakna.

Langkah analisis studi kasus dilakukan sebagaimana yang diutarakan oleh Atkinson.⁸⁷ *Pertama*, mengusulkan pembuatan repositori data menggunakan teori basis data relasional dasar. *Kedua*, melibatkan pembuatan kode untuk mengidentifikasi 'bongkahan' data. Kode-kode yang dihasilkan ini kemudian dianalisis dan dirasionalisasi. *Ketiga*, melibatkan analisis data studi kasus dengan menghasilkan berbagai laporan. *Keempat*, menghasilkan

⁸⁴ Jhon W. Creswell dan J. David Creswell, *Research Desain: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, Sage Publications, 2017, h. 103.

⁸⁵ Creswell, *Qualitative inquiry*, h. 183.

⁸⁶ *Ibid*, h. 184.

⁸⁷ John Atkinson, "Four Steps to Analyse Data from a Case Study Method", (Makalah Proceeding, pada konferensi ACIS, 2002).



proposisi akhir dengan menghubungkan kode yang dirasionalisasi kembali ke proposisi awal, yaitu proposisi baru yang sesuai dihasilkan.

6. Pengecekan Keabsahan Data

Penelitian ini menggunakan suatu rekonseptualisasi validasi dan mengidentifikasi empat jenis validasi, yaitu: 1) triangulasi (sumber data, metode, dan skema teoritis), 2) validasi konstruk (mengenali konstruk yang ada daripada memaksakan teori/konstruk pada informan atau konteks), 3) validasi langsung (seperti adanya pengakuan dan jawaban “ya, tentu saja” bukan “ya, tapi”), dan 4) validasi katalitik (yang memberi energi pada partisipan untuk mengetahui realitas dan untuk mengubahnya).

Validasi juga dilakukan dalam pendekatan interpretatif terhadap penelitian kualitatif yang ditandai oleh fokus pada pentingnya peneliti, kurangnya kebenaran dalam validasi, suatu bentuk validasi berdasarkan negosiasi dan dialog dengan informan, interpretasi yang temporal, terkondisikan, serta selalu terbuka untuk reinterpretasi.⁸⁸ Angen menunjukkan bahwa dalam penelitian interpretatif, validasi adalah penilaian tentang kepercayaan terhadap hasil dari suatu penelitian atau tentang bagusnya suatu penelitian.⁸⁹ Dia mendukung dialog terbuka yang sedang berlangsung tentang topik yang membuat penelitian interpretatif layak untuk memperoleh kepercayaan. Pertimbangan tentang validasi bukanlah hal definitif sebagai kata akhir atas suatu penelitian dan setiap penelitian tidak diharuskan untuk mengatasinya. Lebih lanjut, dia mengajukan dua jenis validasi, yaitu validasi etis dan validasi substantif. Validasi etis berarti bahwa semua agenda penelitian harus mempertanyakan asumsi moral yang mendasarinya, implikasi politik dan etikanya, dan perlakuan yang adil terhadap masukan yang beragam tentang penelitian dimaksud. Suatu penelitian juga harus memiliki janji generatif dan mengangkat kemungkinan baru, membuka pertanyaan baru, dan merangsang dialog baru.⁹⁰

Penelitian ini menggunakan delapan jenis strategi validasi, yaitu: 1) keterlibatan yang lama dan pengamatan yang terus-menerus di lapangan, 2) metode triangulasi, 3) metode *peer-review*,

⁸⁸ M, J. Angen, *Evaluating interpretive inquiry: Reviewing the validity debate and opening the dialogue*. *Qualitative Health Research*, 10(2017):378–395.

⁸⁹ *Ibid*, h. 387.

⁹⁰ *Ibid*, h. 389.

4) melakukan analisis kasus negatif, 5) mengklarifikasi adanya bias peneliti sejak awal, 6) pemeriksaan hasil penelitian oleh informan dan narasumber, 7) pendeskripsian penelitian dengan gamblang dan terperinci, dan 8) pemeriksaan oleh pihak luar (audit eksternal).⁹¹ Creswell merekomendasikan agar para peneliti kualitatif memakai setidaknya dua dari strategi tersebut dalam validasi penelitian mereka. Menurutnya, prosedur melakukan triangulasi di antara sumber data yang berbeda (dengan asumsi bahwa peneliti mengumpulkan lebih dari satu sumber data), menulis laporan penelitian dengan deskripsi yang terperinci dan tebal, dan mengembalikan seluruh laporan tertulis kepada partisipan untuk memeriksanya adalah prosedur yang cukup mudah untuk dilakukan. Selain itu, strategi ini adalah prosedur yang paling populer dan hemat biaya. Prosedur lain, seperti *peer-review* dan audit eksternal, lebih memakan waktu dalam penerapannya dan mungkin juga melibatkan biaya yang besar bagi peneliti.⁹²

Pengecekan keabsahan data dilakukan melalui teknik triangulasi, pengecekan oleh anggota dan diskusi dengan rekan sejawat. Teknik triangulasi dilakukan melalui dua metode yakni triangulasi teknik dan triangulasi data. Pengecekan data oleh tim penggali data dan diskusi teman sejawat untuk mengecek data yang telah dikumpulkan dari Dr Iskak Tulungagung.

Pengecekan kualitas desain penelitian dilakukan sebelum dimulainya pengamatan sampai data temuan telah diperoleh lalu dilakukan validasi terhadap data sehingga semakin menguatkan pembahasan penelitian. Lebih lanjut menurut Yin⁹³ dilakukan uji *trust worthiness* (kepercayaan), *credibility* (kredibilitas), *confirmability* (konfirmasiabilitas) dan *data dependability* (kebergantungan data). Kredibilitas data penelitian difokuskan pada data yang telah diperoleh, apakah data telah diperoleh setelah dicek ke lokasi valid atau tidak, berubah atau tidak, bila setelah dicek kembali ke lapangan data sudah benar berarti data tersebut kredibilitas sehingga pengamatan dapat berakhir.

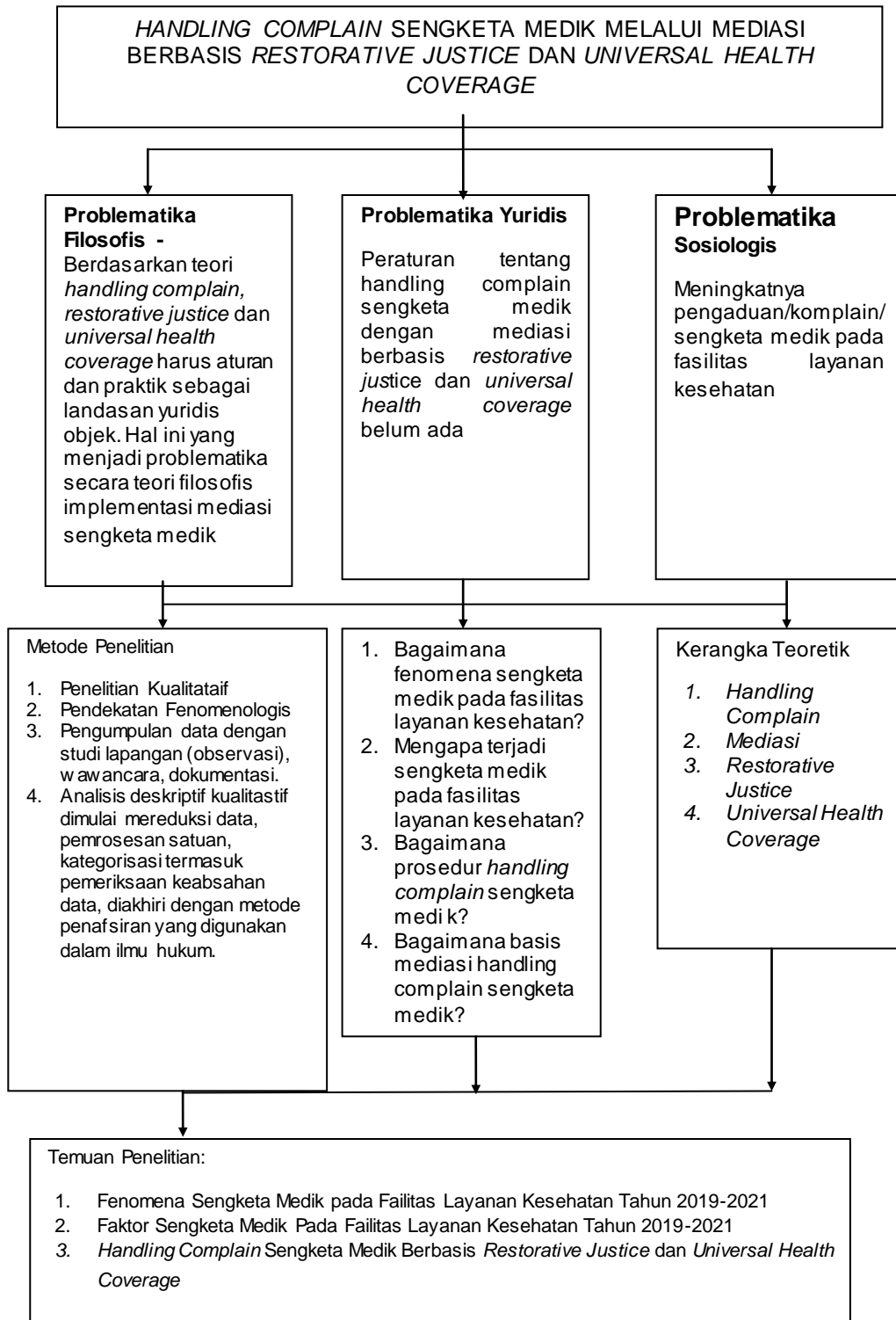
⁹¹Creswell, *Qualitative inquiry*, h. 250-252.

⁹²Ibid, h. 253.

⁹³Yin, *Case Study Research*, h.33.



7. Paradigma penelitian



Dalam pelayanan kesehatan terjadi hubungan antara dua pihak, yakni tenaga medis (dokter, perawat) dan pasien atau keluarga pasien. Hubungan tersebut terbagi menjadi dua jenis yakni hubungan terapeutik dan hubungan perintah undang-undang. Hubungan terapeutik ini bermula atas kehendak kedua belah pihak untuk bersepakat atas layanan kesehatan, dokter memberikan pelayanan pasien dan pasien menerima pelayanan. Hubungan dokter dan pasien karena amanat undang-undang muncul karena kewajiban yang dibebankan kepada dokter berdasarkan profesinya tanpa perlu meminta persetujuan pasien.

Hubungan tersebut menimbulkan akibat hukum berupa hak dan kewajiban. Pasien mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan (tindakan medis) dan dokter mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan (tindakan medis). Selain itu, hal tersebut juga melahirkan tanggung jawab hukum profesi, etika, disiplin dari dokter atau tenaga medis. Jadi, pelanggaran dari tanggung jawab tersebut sering memicu adanya pengaduan/komplain/sengketa medik.

Jenis penyelesaian pelanggaran yang dilakukan oleh dokter atau tenaga medis atau rumah sakit harus memperhatikan jenis dan tingkat pelanggarannya. Jika komplain dikarenakan pelanggaran mengarah pada disiplin diselesaikan melalui MKDKI, jika komplain dikarenakan pelanggaran mengarah pada etik diselesaikan oleh MKEK, jika komplain dikarenakan pelanggaran yang mengarah pada administrasi, diselesaikan oleh ketentuan yang berlaku, jika komplain mengarah pada perkara perdata diselesaikan melalui pengadilan perdata dengan tuntutan imateriel, dan jika komplain mengarah pada perkara pidana diselesaikan melalui pengadilan pidana dengan tuntutan materiel.

Upaya *handling complaint* yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pada prinsipnya penyelesaian sengketa medik diawali dengan upaya mediasi. Hanya saja, mediasi yang dilaksanakan belum berbasis *restorative justice* dan *Universal Health Coverage* sehingga sering kali hasil mediasi disepakati dengan unsur keterpaksaan.

Oleh karena itu, sebagai mitigasi *handling complaint* sengketa medik agar penyelesaian sengketa berhasil dengan adil, tanpa ada paksaan, kerelaan, dan berakhir damai oleh kedua belah pihak maka pada prosesnya perlu dilakukan mediasi berbasis *restorative justice* dan *universal health coverage*. Dalam *restorative justice* pelaksanaan



mediasi dilakukan secara *ecounter conception*, *reparative justice conception*, dan *transformative conception*.

H. Sistematika Disertasi

Penelitian disertasi ini terdiri dari tujuh bab. Pada Bab I: Pendahuluan dengan subbab; konteks penelitian, fokus dan pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, signifikansi penelitian, penegasan istilah, penelitian terdahulu, metode penelitian, paradigma penelitian, dan sistematika pembahasan.

Bab II Teori *Handling complaint*, Sengketa Medik, Keadilan Restoratif, dan *Universal Health Coverage*.

BAB III Fasilitas Layanan Kesehatan yang meliputi Visi Misi Fasilitas Layanan Kesehatan, Organisasi dan Tata Kelola Fasilitas Layanan Kesehatan, Layanan Kesehatan dan Layanan Publik, Kerja sama Fasilitas Layanan Kesehatan, Prestasi Fasilitas Layanan Kesehatan;

BAB IV Sengketa Medik yang meliputi subbahasan Kontrak Terapeutik pada Fasilitas Layanan Kesehatan, Deskripsi Sengketa Medik pada Fasilitas Layanan Kesehatan, Prosedur, Sarana, dan Media Komplain, Sengketa Medik pada Fasilitas Layanan Kesehatan

Bab V Faktor-Faktor Munculnya Sengketa Medik meliputi subbab Kontrak Medis: Dari kontrak Terapeutik Hingga Pasien Contered Care, Keabsahan Kontrak Medis Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan Undang-Undang Kesehatan, Faktor-FAKTOR Penyebab Sengketa Medik.

Bab VI *Handling complaint* sengketa medik pada Fasilitas Layanan Kesehatan meliputi subbab Kebijakan dan Sistem Manajerial *Handling complaint*, *Handling complaint* Penanganan Pengaduan Khusus

Bab VII *Handling complaint* sengketa medik berbasis Mediasi, Keadilan Restoratif dan *Universal Health Coverage* pada Rumah Sakit Umum Dokter Iskak Tulungagung

Bab VIII Penutup; Kesimpulan, Saran, dan Rekomendasi.