

**MEDIASI KESEHATAN SEBAGAI MEKANISME
PERLINDUNGAN DOKTER DAN PASIEN YANG
BERBASIS NILAI PANCASILA**

Disertasi

Oleh

**YULIA KUSUMA WARDANI
NPM 1932011001**



**FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2025**

**MEDIASI KESEHATAN SEBAGAI MEKANISME
PERLINDUNGAN DOKTER DAN PASIEN YANG
BERBASIS NILAI PANCASILA**

Oleh

**YULIA KUSUMA WARDANI
NPM 1932011001**

Disertasi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
Doktor Ilmu Hukum**

Pada

**Program Studi Doktor Ilmu Hukum
Fakultas Hukum Universitas Lampung**



**FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2025**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Makalah

: MEDIASI KESEHATAN SEBAGAI
MEKANISME PERLINDUNGAN DOKTER
DAN PASIEN YANG BERBASIS NILAI PANCASILA

Nama Mahasiswa

: Yulia Kusuma Wardani

Nomor Pokok Mahasiswa

: 1932011001

Program Studi

: Doktor Ilmu Hukum

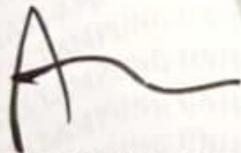
Fakultas

: Hukum

MENYETUJUI

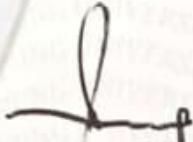
1. Komisi Pembimbing

Promotor



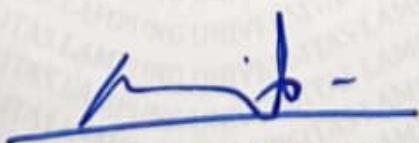
Dr. M. Fakih, S.H., M.S.
NIP 19641218198803100

Ko-Promotor



Dr. Sunaryo, S.H., M.Hum.
NIP 196012281989031001

2. Ketua Program Studi Doktor Ilmu Hukum



Prof. Dr. Muhammad Akib, S.H., M.Hum.
NIP 196309161987031005

MENGESAHKAN

1. Tim Pengaji

Ketua : Prof. Dr. Sunyono, M.Si.

Sekretaris/
penguji : Prof. Dr. Muhammad Akib, S.H., M.Hum.

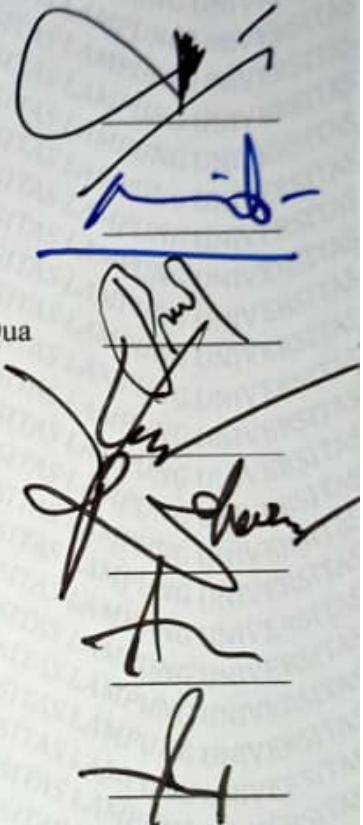
Penguji : Dr. dr. Pieri Kumaladewi, Sp.PA., M.H., FISQua
(Penguji Eksternal)

: Prof. Dr. H.S. Tisnanta, S.H., M.H
(Penguji Internal)

: Rohaini, S.H., M.H., Ph.D.
(Penguji Internal)

: Dr. M. Fakih, S.H., M.S
(Promotor)

: Dr. Sunaryo, S.H., M. Hum.
(Ko-Promotor)



2. Dekan Fakultas Hukum



Dr. M. Fakih, S.H., M.S.
NIP 196412181988031002

3. Diktor Pascasarjana



Prof. Dr. H. Murhadi, M. Si.
NIP. 196402261989021001

Tanggal lulus ujian disertasi: 4 Desember 2025

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yulia Kusuma Wardani

Tempat dan tanggal : Jakarta, 12 Juli 1969

Program Studi : Doktor Ilmu Hukum

Nomor Pokok Mahasiswa : 1932011001

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa:

- a. Disertasi ini adalah asli, bebas plagiat, dan belum pernah diajukan untuk publikasi atau sebagai bahan seminar proposal doktor, baik di Universitas Lampung maupun di perguruan tinggi lain.
- b. Seluruh data, informasi, dan pernyataan dalam makalah ini, kecuali yang disebutkan sumbernya murni hasil penelitian, pemikiran, dan/atau gagasan saya.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila di kemudian hari ditemukan adanya bukti ketidakbenaran dalam pernyataan tersebut di atas, maka saya bersedia menerima sanksi akademis sesuai ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Bandarlampung, 4 Desember 2025
Yang membuat pernyataan,



Yulia Kusuma Wardani
NPM 1932011001

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan segala kerendahan hati,

Penulis mempersesembahkan karya ini untuk kedua orang tua terkasih,

(alm.) Hi. Helmi Pasha dan (almh.) Hj. Taryati

yang selama hayatnya tiada pernah lelah memberikan semangat, dorongan, dan doa yang tulus bagi setiap langkah penulis hingga akhir hayat mereka. Terima

kasih atas cinta dan pengorbanan yang tak terhingga, yang menjadi sumber kekuatan dan inspirasi tiada henti dalam perjalanan hidup dan akademik penulis.

اللَّهُمَّ اغْفِرْ لِوَالدِّي، وَارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيْنَا صَغِيرِاً، وَاجْعُلْ قِرْبَهُمَا رُوضَةً مِنْ رِياضِ الْجَنَّةِ، وَئُرْزْ لَهُمَا فِيهِ

Dan untuk kedua mertua terkasih, **Hi. Syahmin AM** dan **Hj. Syahroh** yang dengan penuh kasih sayang selalu memberikan perhatian, doa, dan nasihat yang sangat berarti. Terima kasih atas segala kasih, dukungan, dan doa yang tiada henti.

Tak lupa, penulis persesembahkan juga untuk suami tercinta,

Kiai Admi Syarif

yang selalu setia mendampingi dengan penuh kesabaran, membakar semangat, serta memberikan dukungan tanpa batas dalam setiap proses dan tantangan yang dilalui. Kehadiran dan kasihmu adalah pelita di kala gelap, penopang jiwa saat lelah menghampiri, dan sumber kekuatan yang tak pernah padam dalam setiap langkah perjuangan ini.

Serta untuk putriku terkasih,

Ramiza Lionatasya Admi

yang kehadirannya senantiasa membawa kebahagiaan dan inspirasi tersendiri dalam menapaki hari sebagai teman seperjuangan dalam menuntut ilmu. Meski menempuh jalan dan misi berbeda, namun kita selalu saling menguatkan dan berbagi kekuatan dalam setiap langkah kehidupan.

Kepada adik-adik terkasih

Rudi, Oni, Neli, Juli, Teti, Median, dan Andi

penulis menyampaikan terima kasih atas dukungan, doa, dan semangat yang terus mengalir sepanjang proses penyusunan disertasi ini. Kehadiran kalian menjadi sumber kekuatan dan pengingat bahwa perjalanan ini ditempuh dengan kebersamaan serta kasih keluarga yang tulus.

Semoga persembahan ini menjadi wujud terima kasih dan penghargaan setulus-tulusnya kepada mereka yang selalu ada dalam doa dan hati penulis.

ABSTRAK

MEDIASI KESEHATAN SEBAGAI MEKANISME PERLINDUNGAN DOKTER DAN PASIEN YANG BERBASIS NILAI PANCASILA

Oleh

Yulia Kusuma Wardani

Sengketa antara pasien dan dokter dalam pelayanan kesehatan merupakan permasalahan kompleks yang melibatkan dimensi hukum, etika, dan medis. Pasal 310 Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 mengamanatkan bahwa penyelesaian sengketa medik harus diawali melalui mekanisme alternatif, salah satunya mediasi. Namun, hingga saat ini belum tersedia regulasi khusus yang secara komprehensif mengatur mekanisme tersebut, termasuk dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Akibatnya, praktik penyelesaian sengketa masih bergantung pada kesepakatan informal yang tidak selalu mampu memberikan perlindungan hukum yang efektif dan efisien bagi para pihak. Penelitian ini mengkaji tiga pokok permasalahan, yaitu: (1) karakteristik penyelesaian sengketa medik di Indonesia, (2) urgensi mediasi sengketa medik sebagai dasar penyelesaian sengketa medik yang berbasis nilai Pancasila, dan (3) konstruksi hukum Mediasi Terapeutik sebagai solusi penyelesaian sengketa medik berbasis nilai Pancasila. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan normatif empiris melalui analisis peraturan perundang-undangan dan kajian terhadap praktik di lapangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme penyelesaian sengketa medik saat ini masih menghadapi kendala berupa proses yang panjang, biaya tinggi, rendahnya pemahaman hukum masyarakat, serta terbatasnya kepercayaan terhadap mekanisme mediasi. Kondisi tersebut menimbulkan ketidakpastian hukum sekaligus menambah beban psikologis bagi pasien dan tenaga medis. Dari aspek urgensi, nilai-nilai Pancasila perlu dijadikan landasan filosofis, etis, dan yuridis dalam perumusan Mediasi Terapeutik, karena mampu menyeimbangkan perlindungan hukum, prinsip kemanusiaan, serta keadilan substantif. Kebaruan penelitian ini terletak pada perumusan “Mediasi Terapeutik” sebagai instrumen penyelesaian sengketa medik yang memberikan perlindungan bagi dokter dan pasien berbasis nilai Pancasila yang dituangkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan, dijalankan oleh lembaga Mediasi Terapeutik, dan dimediasi oleh Mediator Terapeutik dengan kompetensi hukum, etika, medis, serta komunikasi. Model ini tidak hanya berorientasi pada penyelesaian perkara, tetapi juga pada pemulihan hubungan terapeutik, rehabilitasi profesional tenaga medis, serta penguatan sistem perlindungan hukum bagi pasien dan dokter.

Kata kunci: Mediasi Terapeutik, Pancasila, perlindungan hukum, sengketa medik

ABSTRACT

Health Mediation as a Protection Mechanism for Doctors and Patients Based on Pancasila Values

By

Yulia Kusuma Wardani

Disputes between patients and doctors in health care services represent a complex issue involving legal, ethical, and medical dimensions. Article 310 of Law Number 17 of 2023 on Health mandates that the resolution of medical disputes must begin with alternative mechanisms, one of which is mediation. However, to date no specific regulation comprehensively governs this mechanism, including Government Regulation Number 28 of 2024. As a result, dispute resolution practices still rely on informal agreements that do not always provide effective and efficient legal protection for the parties involved. This study examines three main issues: (1) the characteristics of medical dispute resolution in Indonesia, (2) the urgency of medical dispute mediation based on the values of Pancasila, and (3) the legal construction of Therapeutic Mediation as a solution for resolving medical disputes that ensures protection based on Pancasila values. The research employs a normative-empirical approach by combining legislative analysis with an assessment of practical implementation in the field. The findings indicate that current medical dispute resolution mechanisms face significant obstacles, including lengthy procedures, high costs, limited public legal awareness, and a lack of trust in mediation. These conditions generate legal uncertainty and psychological burdens for both patients and medical professionals. In terms of urgency, Pancasila values should serve as the philosophical, ethical, and juridical foundation in the formulation of Therapeutic Mediation, as they balance legal protection, humanitarian principles, and substantive justice. The novelty of this research lies in formulating "Therapeutic Mediation" as an instrument for resolving medical disputes by providing protection mechanism grounded in Pancasila values, to be enacted through a Minister of Health Regulation, implemented by a Therapeutic mediation institution, and facilitated by certified Therapeutic Mediators with expertise in law, ethics, medicine, and communication. This model is not only oriented toward dispute resolution but also toward restoring therapeutic relationships, rehabilitating medical professionalism, and strengthening the system of legal protection for both patients and doctors.

Keywords: *Therapeutic Mediation, Pancasila, legal protection, medical disputes*

KATA PENGANTAR

Segala puji penulis panjatkan ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala, atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga disertasi ini dapat diselesaikan dengan baik.

Disertasi yang berjudul "**Mediasi Terapeutik sebagai Mekanisme Perlindungan Dokter dan Pasien Berbasis Nilai Pancasila**" ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor dalam bidang Ilmu Hukum pada Program Studi Doktor Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Lampung.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M, Rektor Universitas Lampung, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan pada jenjang tertinggi di Universitas Lampung.
2. Dr. M. Fakih, S.H., M.S., Dekan Fakultas Hukum Universitas Lampung, sekaligus sebagai promotor yang telah memberi berbagai bantuan dan kemudahan selama studi. yang telah dengan sabar terus menerus memberikan bimbingan, arahan, pencerahan, dan dorongan semangat yang tiada hentinya agar penulis segera menyelesaikan disertasi ini.
3. Prof. Dr. Muhammad Akib, S.H., M.Hum., Ketua Program Studi Doktor Ilmu Hukum dan Prof. Dr. FX Sumarja, S.H., M.Hum., Sekretaris Program Studi Doktor Ilmu Hukum, yang telah memberikan bimbingan, arahan dan semangat selama menempuh studi.
4. Dr. Sunaryo, S.H., M.Hum. sebagai ko-promotor, yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan masukan, arahan, dan kritik konstruktif, yang sangat membantu dalam penyusunan dan penyempurnaan disertasi ini.
5. Pengaji Eksternal Dr. dr. Pieri Kumaladewi, Sp.PA, M.H., FISQua baik pada ujian pra-promosi (ujian tertutup), dan ujian promosi doktor (ujian terbuka) yang telah memberikan masukan, arahan, dan kritik membangun demi penyempurnaan disertasi ini.

6. Para dosen penguji internal disertasi baik pada Seminar Prelim, Seminar Proposal Disertasi, Seminar Hasil Penelitian, Ujian Kelayakan Disertasi, ujian pra-promosi (ujian tertutup), dan ujian promosi doktor (ujian terbuka). Prof. Dr. Muhammad Akib, S.H., M.Hum., Prof. Dr. Hieronymus Soerjatisnanta, S.H., M.H., dan Rohaini, S.H., M.H., Ph.D yang telah memberikan masukan, arahan, dan kritik membangun demi penyempurnaan disertasi ini.
7. Seluruh dosen pengajar dan staf program studi Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung, atas kebaikan dan ketulusan dalam mentransfer ilmu pengetahuan yang dimiliki, sehingga menambah wawasan/cakrawala penulis dalam bidang keilmuan hukum.
8. Seluruh dosen pengajar dan staf Bagian Hukum Keperdataan Fakultas Hukum Universitas Lampung, atas doa, dukungan, dan kebersamaan yang senantiasa menguatkan penulis selama proses studi dan penyusunan disertasi ini. Semangat dan perhatian yang diberikan menjadi bagian penting dalam perjalanan akademik penulis.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, namun telah memberikan dukungan, bantuan, dan kontribusi nyata dalam kelancaran proses penyusunan disertasi ini.

Bandarlampung, 4 Desember 2025

Yulia Kusuma Wardani
NPM 1932011001

RIWAYAT HIDUP



Penulis lahir di Jakarta pada 12 Juli 1969 dari pasangan (alm.) Hi. Helmi Pasha dan (almh.) Hj. Taryati sebagai anak pertama dari lima bersaudara. Penulis menikah dengan Prof. Admi Syarif, Ph.D., Guru Besar Bidang Kecerdasan Buatan Universitas Lampung, dan dikaruniai seorang putri, Ramiza Lionatasya Admi, yang saat ini menempuh pendidikan di SMP Darma Bangsa Bandarlampung.

Riwayat pendidikan penulis dimulai dari TK Jakarta Timur (1974–1975), kemudian SDN Baluel 2 Jakarta Timur (1975-1980), SDN Beji 5 Depok Utara (1980-1982), SMPN 2 Depok Satu (1982-1985), dan SMAN 37 Tebet Jakarta Selatan (1985-1988). Pendidikan tinggi diawali dengan Diploma II Ilmu Komputer di Politeknik Pertanian IPB (1988-1990), kemudian Sarjana Hukum di Fakultas Hukum Universitas Lampung (1990–1994).

Selanjutnya, penulis melanjutkan studi di Jepang: Research Student di Fakultas Hukum Kanto Gakuen University (2000–2002), Magister Hukum di universitas yang sama (2002-2004), program nongelar di Waseda University (2004–2005), serta Program Doktor di Yokohama University (2005–2009, *Completed Coursework*). Sejak 2019, penulis kembali melanjutkan studi pada Program Doktor Ilmu Hukum di Universitas Lampung dengan peminatan Hukum Kesehatan.

Selain menekuni bidang akademik, penulis memiliki kompetensi sebagai Mediator Bersertifikat dan Contract Drafter, yang memperkuat kapasitas dalam pengembangan keilmuan sekaligus praktik hukum. Penulis juga merupakan anggota Asosiasi Pengajar Hukum Keperdataan dan secara rutin mengikuti kegiatan tahunan asosiasi tersebut yang diselenggarakan di berbagai kota, seperti Malang, Palembang, dan Makassar. Dalam ranah keilmuan, penulis tetap aktif menulis dan melakukan kajian terkait isu-isu hukum kesehatan hingga saat ini.

Dorongan rasa ingin tahu terhadap kehidupan masyarakat di pedalaman Lampung serta kepedulian yang mendalam terhadap desa mengantarkan penulis untuk terlibat aktif sebagai pengurus Tim Sentra KKN Universitas Lampung sejak tahun 2014 hingga sekarang. Melalui peran tersebut, penulis konsisten memberikan kontribusi dalam program pemberdayaan masyarakat desa, yang sejalan dengan nilai-nilai pengabdian serta semangat Tri Dharma Perguruan Tinggi.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
RIWAYAT HIDUP	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	18
1.1 Latar Belakang.....	18
1.2. Permasalahan dan Ruang Lingkup	38
1.3. Tujuan dan Manfaat.....	39
1.4. Keaslian (Orisinalitas) Penelitian	40
1.5. Kerangka Pemikiran	46
1.6. Metode Penelitian.....	76
BAB II PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK DALAM HUBUNGAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN	84
2.1 Perkembangan Hukum Kesehatan di Indonesia	84
2.1.1 Pra UU Kesehatan Sebelum Tahun 1992	86
2.1.2 Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan	87
2.1.3 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	88
2.1.4 Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (<i>Omnibus Law</i>).....	89
2.2 Pelayanan Kesehatan	94
2.2.1 Subjek dan Objek Pelayanan Kesehatan	104
2.2.2 Dasar Pengaturan Pelayanan Kesehatan	107
2.3 Hubungan Dokter Dan Pasien	110
2.3.1 Karakteristik	110
2.3.2 Landasan Etik Hubungan Dokter dengan Pasien	115
2.3.3 Aspek Hukum dalam Hukum Kesehatan	122
2.3.4 Hubungan Hukum antara Dokter dan Pasien	142
2.3.5 Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien	146
2.4 Ruang Lingkup Sengketa Medik	153
2.4.1 Tinjauan tentang Sengketa Medik	153

2.4.2 Klasifikasi Sebab Hukum Terjadinya Sengketa Medik.....	160
2.4.3 Ganti Kerugian dalam Pelayanan Kesehatan	164
2.4.4 Putusan Pengadilan dalam Sengketa Medik	171
2.5 Forum Penyelesaian Sengketa Medik dalam Kerangka Hukum Nasional.....	183
2.5.1 Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS).....	184
2.5.2 Peradilan Profesi.....	197
2.5.3 Peradilan Umum.....	199
2.6 Mediasi sebagai Pilihan Hukum dalam Penyelesaian Sengketa Medik.....	205
2.6.1 Karakteristik Mediasi di Indonesia Menurut Perma No. 1 Tahun 2016	206
2.6.2 Peran Mediator dan Fungsi Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik.....	211
2.6.3 Peran Para Pihak dalam Mediasi di Indonesia Berdasarkan Perma No. 1 Tahun 2016	218
2.6.4 Tahapan Proses Mediasi Di Indonesia Berdasarkan Perma No. 1 Tahun 2016.....	224
BAB III KARAKTERISTIK PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK DI INDONESIA	229
3.1. Sengketa Medik: Penyebab, Klasifikasi, dan Studi Putusan Pengadilan di Indonesia.....	230
3.1.1 Para Pihak yang Terlibat dalam Mediasi Terapeutik di Indonesia	231
3.1.2 Hubungan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan.....	232
3.1.3 Penyebab Sengketa Medik di Indonesia	237
3.1.4 Klasifikasi Sengketa Medik	242
3.2 Upaya Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia	253
3.2.1 Penyelesaian Sengketa Medik melalui Upaya Nonlitigasi.....	253
3.2.2 Penyelesaian Sengketa Medik melalui Upaya Litigasi	264
3.3 Peran Mediasi bagi Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia..	273
3.4 Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik di Kota Bandarlampung, Provinsi Lampung, Indonesia.	281
3.4.1 Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Menangani Sengketa Medik.....	281
3.4.2 Pelaksanaan Mekanisme Mediasi Internal Rumah Sakit ...	287
3.5 Analisis Komparatif Mediasi Sengketa Medik di Amerika Serikat dan Jepang	299
3.5.1 Mediasi Sengketa medik di Amerika Serikat.....	300
3.5.2 Mediasi Sengketa Medik di Jepang	311
3.5.3 Perbandingan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik di Amerika dan Jepang.....	319

BAB IV URGensi MEDIASI SEBAGAI MEKANISME PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK YANG BERBASIS NILAI PANCASILA	324
4.1 Transformasi Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) menjadi Majelis Disiplin Profesi (MDP)	324
4.1.1 Perbandingan Kedudukan dan Kewenangan antara MKDKI dan MDP	326
4.1.2 Peran Majelis Disiplin Profesi (MDP) dalam Mekanisme dan Tahapan Penyelesaian Sengketa Medik berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023	334
4.1.3 Pergeseran Paradigma dari <i>Self-Regulation</i> menuju <i>State-Regulation</i> pada Penegakan Disiplin Profesi Medis di Indonesia	340
4.2 Penelitian Preferensi Penyelesaian Sengketa Medik Oleh Dokter, Manajemen Rumah Sakit dan Pasien	347
4.3 Kondisi Faktual dan Implikasi Implementasi Mediasi Sengketa Medik di Indonesia	353
4.4 Tantangan dan Solusi dalam Peningkatan Efektifitas Mediasi Sengketa Medik	356
4.4.1 Tantangan dalam Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia	356
4.4.2 Solusi untuk Meningkatkan Efektivitas Mediasi Sengketa Medik	361
4.5 Integrasi Nilai-nilai Pancasila dalam Proses Mediasi Sengketa Medik	364
4.5.1 Nilai Kemanusiaan dalam Sila Kedua “Kemanusiaan yang Adil dan Beradab”: Perlindungan Hak Pasien dan Tenaga Medis	367
4.5.2 Nilai Musyawarah dalam sila ke 4 “Kerakyatan yang dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan” Proses Musyawarah dalam Mediasi	369
4.5.3 Nilai keadilan dalam sila ke 5 “Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia: Mewujudkan Keadilan dalam Penyelesaian sengketa medik”	371
4.6 Peran Pemerintah dalam Mediasi Sengketa Medik di Indonesia ..	374
4.7 Urgensi Yuridis, Filosofis, dan Sosiologis dalam Penguanan Mediasi Pada Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia	377
BAB V KONSTRUKSI KONSEPTUAL MEDIASI TERAPEUTIK SEBAGAI SOLUSI PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK BERBASIS PERLINDUNGAN BAGI DOKTER DAN PASIEN	381
5.1 Prinsip – Prinsip Mediasi Terapeutik di Indonesia	383
5.1.1 Prinsip-Prinsip Umum Mediasi	385

5.1.2 Implementasi dan Keterbatasan Prinsip-Prinsip Umum Mediasi dalam Proses Mediasi Sengketa Medik di Indonesia	388
5.1.3 Prinsip-Prinsip Mediasi Sengketa Medik berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	390
5.2 Model Mediasi Terapeutik di Indonesia	397
5.2.1 Kerangka Umum dan Tipologi Model Mediasi di Indonesia	397
5.2.2 Model Mediasi Sektoral di Bidang Kesehatan di Indonesia	403
5.2.3 Model Mediasi Terapeutik sebagai Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik Berbasis Nilai Pancasila....	409
5.3 Model Tahapan Mediasi Terapeutik.....	419
5.3.1 Kerangka Alur Penyelesaian	419
5.3.2 Tahapan Mediasi Terapeutik	422
5.4 Bentuk dan Isi Kesepakatan Mediasi Terapeutik	430
5.4.1 Kesepakatan Finansial.....	430
5.4.2 Kesepakatan Pelayanan.....	431
5.4.3 Kesepakatan Non-Finansial	431
5.4.4 Kesepakatan Hukum	432
BAB VI PENUTUP.....	438
6.1 Simpulan.....	438
6.2 Implikasi	444
6.3 Rekomendasi	446
DAFTAR PUSTAKA	449
LAMPIRAN.....	456

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Kebaruan Penelitian Berdasarkan Relevansi Penelitian yang Pernah Dilakukan Sebelumnya	40
2. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Indonesia	103
3. Perbedaan Malpraktik, Kelalaian Medis, dan Kecelakaan Medis	161
4. Karakteristik Arbitrase, Mediasi, dan Negosiasi	195
5. Kelebihan dan Kekurangan Negoisasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik	254
6. Kelebihan dan Kekurangan Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik	256
7. Perbedaan Negosiasi dan Mediasi.....	259
8. Perbandingan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik di Amerika dan Jepang	319
9. Perbandingan Model Regulatori MKDKI dan MDP dalam Konteks UU Kesehatan	333
10. Perbandingan Paradigma <i>Self-Regulation</i> dan <i>State-Regulation</i> dalam Penegakan Disiplin Profesi Medis di Indonesia	341
11. Model Mediasi di Indonesia.....	400
12. Komparatif Model Mediasi menurut Laurence Boulle dan Model Mediasi di Indonesia.....	403
13. Perbandingan Fase Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia.....	405
14. Perbandingan Peran Mediator.....	417
15. Konstruksi Peraturan Materiil Mediasi Terapeutik di Indonesia	433

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Pemikiran.....	73
2. Data Jumlah Rumah Sakit di Indonesia	96
3. Data Jumlah Tenaga Medis di Indonesia	100
4. Data Jumlah Dokter Spesialis di Indonesia.....	101
5. Perbedaan Klasifikasi sengketa medik atau Risiko Medis.....	163
6. Pola Hubungan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan	234
7. Persentase Sengketa Medik Perdata di Indonesia	247
8. Grafik Penyelesaian sengketa medik Pidana pada tingkat Pengadilan Negeri (grafik pengadilan negeri diskalakan 5%).....	250
9. Perjanjian Damai Mediasi Internal Rumah Sakit.....	261
10. Alur penyelesaian sengketa di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H. Abdul Moeloek	282
11. Alur Penyelesaian Sengketa di Rumah Sakit Imanuel.....	284
12. Alur penyelesaian sengketa medik di Rumah Sakit Advent	286
13. Alur Penyelesaian Sengketa Medik berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023 dan Permenkes Nomor 3 Tahun 2025	338
14. Diagram Persentase Sebaran Responden	348
15. Hasil Survei Preferensi Penyelesaian Sengketa Medik.....	349
16. Persentase Preferensi Metode Penyelesaian sengketa medik.....	351
17. Diagram Alur Sengketa Medik:	410
18. Kontribusi Alur Penyelesaian Sengketa Medik	420

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan di Indonesia pada prinsipnya melibatkan interaksi antara tenaga medis, tenaga kesehatan dan pasien di bawah naungan rumah sakit sebagai institusi. Negara memiliki kepentingan strategis dalam menjadikan pembangunan kesehatan sebagai bagian dari cita-cita nasional, sebagaimana diamanatkan dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945). Pembangunan sektor kesehatan tidak hanya berdampak pada peningkatan kesejahteraan individu, tetapi juga berkontribusi terhadap kualitas sumber daya manusia, penanggulangan kemiskinan, serta pertumbuhan ekonomi nasional. Atas dasar hal tersebut, kesehatan masyarakat dipandang sebagai bagian integral dari pembangunan negara yang berkelanjutan.

Pentingnya kesehatan sebagai hak fundamental setiap warga negara telah ditegaskan dalam Pasal 28H ayat (1) Perubahan Kedua UUD 1945, yang menyatakan bahwa: "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan." Ketentuan ini menegaskan bahwa kesehatan bukan sekadar kebutuhan individu, melainkan hak asasi manusia (HAM) yang wajib dijamin pemenuhannya oleh negara. Dengan adanya pengaturan konstitusional ini, paradigma tentang kesehatan mengalami perubahan mendasar. Kesehatan tidak lagi dianggap sebagai urusan pribadi yang hanya bergantung pada kondisi individu atau

karunia Tuhan, tetapi telah diakui sebagai hak hukum (*legal rights*)¹ yang harus dipenuhi oleh negara dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

Lebih jauh, pengakuan kesehatan sebagai hak asasi manusia berlandaskan pada konsep bahwa HAM bukanlah pemberian negara atau masyarakat, melainkan melekat secara kodrati pada setiap individu berdasarkan martabatnya sebagai manusia.² Sebagai makhluk ciptaan Tuhan Yang Maha Esa, manusia berhak memperoleh perlindungan dan penghormatan atas eksistensinya, termasuk dalam aspek kesehatan. Dengan demikian, negara memiliki kewajiban moral dan hukum untuk memastikan hak atas kesehatan dapat terpenuhi bagi seluruh rakyatnya.

Keberpihakan negara terhadap kesehatan sebagai hak kodrati berfungsi sebagai landasan utama bagi eksistensi negara itu sendiri. Kekuasaan negara, yang berasal dari kontrak sosial dengan rakyat dan ditegakkan melalui peraturan perundang-undangan, bertujuan untuk melindungi hak-hak kodrati manusia, termasuk hak atas kesehatan.³ Hal ini menunjukkan bahwa tanpa kondisi kesehatan jasmani dan rohani yang baik, individu tidak dapat menjalani kehidupan yang bermartabat dan produktif. Dalam hal ini, menjadi suatu hal yang wajar jika pemenuhan hak atas kesehatan dalam kebijakan pembangunan nasional menjadi prioritas.

Pemerintah sebagai penyelenggara negara memiliki tanggung jawab utama dalam mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan akan berdampak langsung pada kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan. Komitmen negara terhadap hak atas kesehatan diatur lebih lanjut dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945, yang menyatakan bahwa: "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak." Ketentuan ini menegaskan bahwa negara memiliki kewajiban untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Mengacu pada amanat konstitusi tersebut, negara secara

¹ Rif 'Atul Hidayat, "Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan Yang Optimal," *Syariah Jurnal Hukum Dan Pemikiran*, Volume 16, Nomor 2, 2016, hlm. 127-134

² Majda El-Muthtaj, "Hak Asasi Manusia Dalam Konstitusi Indonesia," *Kencana Prenada Media Group*, Vol. 3 (2009), hlm. 1

³ Slamet Kurnia, Titon., 2007 "Hak Atas Derajat Kesehatan Optimal Sebagai Ham Di Indonesia." Bandung: Alumni, hlm.32.

konsisten berupaya untuk memastikan bahwa setiap individu memperoleh akses yang memadai terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Pada tataran praktis, pelaksanaan hak atas kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945 salah satunya diwujudkan melalui peran rumah sakit. Pasal 1 angka (10) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU No. 17 Tahun 2023) mendefinisikan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, termasuk layanan rawat jalan, rawat inap, serta gawat darurat.

Rumah sakit memiliki fungsi dan tugas utama yang diatur dalam Pasal 184 UU No.17 Tahun 2023, yaitu:

- a. menyelenggarakan fungsi Pelayanan Kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialistik dan / atau subspesialistik;
- b. memberikan Pelayanan Kesehatan dasar;
- c. menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang Kesehatan; dan
- d. menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik.

Sebagai institusi yang menjalankan fungsi pelayanan kesehatan, rumah sakit berkewajiban untuk memberikan pelayanan yang aman, bermutu, serta menghormati dan melindungi hak pasien. Hal ini mencerminkan bahwa tanggung jawab rumah sakit tidak hanya terbatas pada aspek medis, tetapi juga mencakup perlindungan hak asasi pasien sebagai bagian dari pelayanan kesehatan yang etis dan profesional.⁴

Pelayanan kesehatan diberikan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memiliki peran strategis dalam menjamin kualitas layanan yang diberikan kepada masyarakat. Pasal 1 angka 7 UU No. 17 Tahun 2023 mendefinisikan tenaga

⁴ Maradona Maradona dan Silviana Damayanti, “Perlindungan Hukum terhadap Hak Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di Kota Batu”, *UNES Law Review*, 6/2 (2023), hlm. 2.

kesehatan sebagai setiap individu yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan tinggi. Untuk profesi tertentu, tenaga kesehatan juga harus memperoleh kewenangan khusus dalam melakukan upaya kesehatan.

Lebih lanjut, dalam Pasal 198 ayat (2) UU No. 17 Tahun 2023, dinyatakan bahwa tenaga medis terdiri dari dokter dan dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Tenaga medis tersebut merupakan lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, baik dari dalam maupun luar negeri, yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan demikian, regulasi ini memastikan bahwa tenaga medis (selanjutnya disebut dengan dokter yang juga merepresentasikan dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang berpraktik di Indonesia memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar nasional maupun internasional.

Pelayanan kesehatan pada dasarnya berawal dari hubungan kepercayaan antara pasien dan dokter.⁵ Pasien, sebagai individu yang berada dalam kondisi rentan dan membutuhkan perawatan, sepenuhnya menggantungkan harapan kepada dokter dalam memperoleh penanganan medis yang terbaik. Kepercayaan ini bukan hanya bersifat personal, tetapi juga menjadi landasan fundamental hubungan terapeutik, yang mengandung tanggung jawab profesional bagi dokter dalam memberikan pelayanan medis yang sesuai dengan standar etika dan kompetensi profesinya. Dalam konteks hubungan ini, dokter memiliki kewajiban moral dan etika untuk menjaga kerahasiaan medis pasien serta memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi kedokteran. Selain itu, kepercayaan pasien terhadap dokter tidak hanya menimbulkan tanggung jawab moral, tetapi juga melahirkan kewajiban hukum bagi dokter untuk bertindak secara profesional dan bertanggung jawab dalam setiap tindakan medis yang dilakukan. Dengan demikian, hubungan antara dokter dan pasien tidak hanya didasarkan pada aspek sosial dan etika, tetapi juga memiliki implikasi hukum yang jelas.

⁵ Ukilah Supriyatrin, “Hubungan Hukum antara Pasien dengan Tenaga Medis (Dokter) dalam Pelayanan Kesehatan”, *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 6/2 (2018), hlm. 184–194.

Kepercayaan yang terjalin antara pasien dan dokter ini pada akhirnya berkembang menjadi suatu perjanjian penyembuhan atau dikenal dengan terminologi perjanjian terapeutik, di mana pasien memberikan izin kepada dokter untuk melakukan tindakan medis yang diperlukan. Perjanjian ini tidak hanya mencerminkan hubungan kepercayaan, tetapi juga memiliki implikasi hukum yang dikenal sebagai transaksi terapeutik yang bersifat *inspanning verbentenis*.

Transaksi terapeutik merupakan bentuk hubungan hukum di mana pasien mempercayakan keselamatannya kepada dokter, sementara dokter berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang berlaku. Dalam konteks hukum medis, persetujuan pasien merupakan prasyarat penting bagi setiap tindakan medis, karena tidak hanya memberikan dasar legal bagi dokter untuk bertindak, tetapi juga melindungi hak-hak pasien atas informasi serta keputusan medis yang menyangkut kesehatannya.⁶

Ketentuan mengenai kewajiban tenaga medis untuk memperoleh persetujuan pasien diatur dalam Pasal 274 huruf b UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa: "Tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarganya atas tindakan yang diberikan." Persetujuan ini menimbulkan hubungan hukum antara dokter dan pasien yang bersifat *inspanning verbentenis*, di mana dokter tidak berkewajiban untuk menjamin kesembuhan pasien, tetapi diwajibkan untuk berusaha secara maksimal sesuai dengan standar profesi dan ilmu kedokteran yang berlaku.

Lebih lanjut, hubungan hukum antara dokter dan pasien dalam bentuk perjanjian terapeutik memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan tindakan medis berdasarkan keahlian dan keterampilannya. Dalam konteks ini, perjanjian terapeutik bertumpu pada dua prinsip utama HAM, yaitu:⁷

⁶ Evy Savitri Gani, 2019, *Perjanjian Terapeutik Antara Dokter Dan Pasien*, Ponorogo: Uwais Inspirasi Indonesia, hlm.54.

⁷ Aris Priyadi, "Kontrak Terapeutik/Perjanjian Antara Dokter Dengan Pasien", *Jurnal Media Komunikasi Pendidikan Pancasila Dan Kewarganegaraan*, 2/1, (2020), hlm. 184.

- a. hak atas informasi, yang menggarisbawahi kewajiban dokter untuk memberikan informasi yang jelas dan akurat sebelum melakukan tindakan medis;
- b. hak untuk menentukan hidupnya sendiri, yang mencerminkan hak pasien dalam mengambil keputusan terkait perawatan kesehatannya.

Dokter, sebelum melakukan tindakan medis atau upaya penyembuhan, wajib memperoleh persetujuan dari pasien sebagai bentuk penghormatan terhadap hak-hak tersebut. Ketentuan ini ditegaskan dalam Pasal 293 ayat (1) UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa: "Setiap tindakan pelayanan kesehatan perseorangan yang akan dilakukan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan terhadap pasien harus mendapat persetujuan." Persetujuan ini dapat diberikan dalam dua bentuk, yaitu:

- a. *implied consent* (persetujuan lisan atau tersirat), yang diberikan dalam kondisi di mana tindakan medis bersifat non-invasif atau tidak berisiko tinggi; dan
- b. *expressed consent* (persetujuan tertulis atau eksplisit), yang diwajibkan untuk tindakan medis tertentu yang memiliki risiko tinggi atau bersifat invasif.

Dijelaskan lebih lanjut pada Pasal 293 ayat (5) UU No. 17 Tahun 2023, apabila tindakan medis yang dilakukan bersifat invasif dan/atau memiliki risiko tinggi, maka persetujuan tersebut harus diberikan secara tertulis. Dalam dunia medis, persetujuan ini dikenal sebagai *informed consent*, yang berarti bahwa pasien harus mendapatkan informasi yang jelas, lengkap, dan dapat dipahami sebelum memberikan persetujuan atas suatu tindakan medis.

Informed consent tidak hanya memastikan bahwa pasien memahami risiko dan manfaat dari tindakan medis yang akan dilakukan, tetapi juga melindungi dokter dari potensi tuntutan hukum terkait kelalaian dalam memberikan informasi kepada pasien. Sebagai bentuk persetujuan yang bersifat legal, *informed consent* mencerminkan asas konsensualisme dalam hukum perjanjian.⁸ Hal ini sesuai dengan Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (selanjutnya disebut

⁸ *Ibid.*, hlm. 437

KUH Perdata) yang menyatakan bahwa suatu perjanjian dianggap sah dan mengikat jika memenuhi empat syarat utama, yaitu:

- a. kesepakatan antara para pihak yang mengikat dirinya;
- b. kecakapan hukum dari pihak yang membuat perjanjian;
- c. adanya objek tertentu yang diperjanjikan; dan
- d. suatu sebab yang halal sebagai dasar perjanjian.

Pada pelayanan kesehatan, objek yang diperjanjikan bukanlah kesembuhan pasien, tetapi merupakan upaya optimal yang dilakukan oleh tenaga medis dalam menangani pasien sesuai dengan standar profesi yang berlaku. Oleh karena itu, apabila hasil tindakan medis tidak sesuai dengan harapan pasien, dan pasien atau keluarganya menduga adanya kelalaian dalam penanganan medis oleh dokter, situasi ini dapat menjadi cikal bakal terjadinya sengketa medik.

Sengketa medik merupakan perselisihan yang terjadi akibat dugaan adanya tindakan dokter yang merugikan pasien dalam praktik pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, sengketa ini berkaitan dengan masalah yang terjadi dalam layanan kesehatan yang diberikan oleh dokter kepada pasien. Sengketa ini dapat terjadi antara pasien atau keluarganya dengan dokter, rumah sakit, atau fasilitas kesehatan lainnya. Umumnya, sengketa medik di rumah sakit terjadi ketika pasien atau keluarganya menilai bahwa dokter telah melakukan kesalahan baik secara sengaja (*dolus*) maupun akibat kelalaian (*culpa*) dalam menangani pasien.⁹

Terdapat beberapa faktor utama yang dapat menyebabkan terjadinya sengketa medik, di antaranya:

- a. komunikasi yang tidak efektif antara dokter dan pasien, yang menyebabkan kesalahpahaman dalam memahami prosedur dan konsekuensi medis;
- b. ketidaktepatan dalam memberikan informasi medis, baik terkait diagnosis, prosedur pengobatan, ataupun risiko tindakan medis yang akan dilakukan;

⁹ Widodo Tresno Novianto, “Penafsiran Hukum Dalam Menentukan Unsur-Unsur Kelalaian Malpraktek Medik (Medical Malpractice,” *Yustisia* 4/2 (2015) hlm. 488–503.

- c. prosedur pelayanan yang menyulitkan pasien, seperti birokrasi yang berbelit-belit atau keterlambatan dalam pemberian layanan medis;
- d. perbedaan perlakuan terhadap pasien berdasarkan kondisi ekonomi, misalnya diskriminasi dalam layanan medis antara pasien yang mampu secara finansial dengan yang kurang mampu;
- e. pelayanan dokter yang tidak tepat waktu, yang menyebabkan keterlambatan dalam penanganan pasien dan berakibat fatal bagi kondisi pasien; dan
- f. pengambilan keputusan medis dalam kondisi darurat, di mana dokter terpaksa melakukan tindakan penyelamatan tanpa melakukan pemeriksaan penunjang terlebih dahulu, yang dapat menimbulkan tuduhan kelalaian apabila terjadi komplikasi atau kegagalan dalam penanganan pasien.¹⁰
- g. hasil pengobatan yang tidak sesuai dengan harapan pasien, seperti pasien yang sembuh tetapi mengalami kecacatan permanen atau pasien yang tidak dapat diselamatkan;¹¹

Pada kondisi gawat darurat, dokter sering kali harus mengambil keputusan cepat guna menyelamatkan jiwa pasien. Dalam situasi ini, terdapat pengecualian terhadap kewajiban memperoleh *informed consent* sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 293 ayat (9) UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa: "Dalam keadaan gawat darurat, dan tidak ada pihak yang dapat dimintai persetujuan, maka untuk menyelamatkan jiwa pasien tidak diperlukan persetujuan." Ketentuan ini bertujuan untuk memberikan keleluasaan bagi dokter dalam mengambil tindakan segera tanpa terhambat oleh proses administratif, terutama dalam kasus di mana pasien dalam kondisi kritis dan tidak dapat memberikan persetujuan secara langsung. Namun, meskipun terdapat dasar hukum yang membebaskan dokter dari kewajiban memperoleh persetujuan dalam keadaan darurat, ketidakpuasan keluarga pasien atas hasil tindakan medis tetap dapat menimbulkan sengketa medik. Apabila pasien tidak dapat diselamatkan atau mengalami komplikasi serius, keluarga pasien yang

¹⁰ Rif 'Atul Hidayat, *Op. Cit.*, hlm. 127-134.

¹¹ Chunyan Ding "How Much Do Expert Opinions Matter: An Empirical Investigation Of Selection Bias, Adversarial Bias And Judicial Deference In Chinese Medical Negligence Litigation" *Brooklyn Journal of International Law*, 45/1 (2019), hlm.139

merasa tidak puas terhadap hasil pelayanan kesehatan dapat mengajukan tuntutan terhadap dokter atau rumah sakit.

Tanggapan negatif dari keluarga pasien ini tidak hanya berpotensi menimbulkan sengketa, tetapi juga dapat memberikan dampak yang lebih luas, baik bagi dokter maupun sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Salah satu dampak yang paling signifikan adalah munculnya praktik *defensive medicine*, di mana dokter menjadi terlalu berhati-hati dalam mengambil keputusan medis karena khawatir terhadap potensi tuntutan hukum. Sikap kehati-hatian yang berlebihan ini tidak hanya berpengaruh pada aspek hukum, tetapi juga berimplikasi terhadap efektivitas pelayanan medis dan kesejahteraan pasien.

Praktik *Defensive medicine* dapat berakibat pada beberapa aspek, di antaranya:¹²

- a. dokter cenderung menghindari kasus-kasus dengan risiko tinggi, meskipun pasien sangat membutuhkan penanganan medis yang cepat dan tepat;
- b. peningkatan jumlah pemeriksaan yang tidak diperlukan (*overdiagnosis*), seperti pemesanan tes laboratorium atau pencitraan medis yang berlebihan, hanya untuk menghindari kemungkinan tuntutan hukum;
- c. menurunnya efisiensi layanan kesehatan, karena dokter lebih fokus pada aspek legal daripada pada kebutuhan medis pasien; dan
- d. meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, karena pasien harus menanggung biaya pemeriksaan dan prosedur medis tambahan yang sebenarnya tidak selalu diperlukan.

Implikasi dari *defensive medicine* ini menunjukkan bahwa terjadinya sengketa medik tidak hanya berdampak pada hubungan antara dokter dan pasien, tetapi juga berpotensi mengganggu sistem pelayanan kesehatan secara lebih luas. Kondisi tersebut ditandai dengan munculnya ketidakpastian dalam pengambilan keputusan medis yang dapat menyebabkan penurunan kualitas layanan kesehatan.

¹² Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor 14/PUU-XII/2014 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Secara praktik, sengketa medik umumnya diawali dengan pengajuan somasi oleh pihak pasien atau keluarganya kepada tenaga medis atau rumah sakit yang dianggap bertanggung jawab atas tindakan medis tertentu. Apabila somasi tidak mendapat tanggapan yang memadai atau tidak disertai dengan penjelasan yang komprehensif mengenai dasar tindakan medis tersebut dilakukan, maka sengketa berpotensi meluas ke tingkat yang lebih serius.

Pada praktiknya, terdapat dua mekanisme dalam penyelesaian sengketa medik, yaitu melalui jalur litigasi dan nonlitigasi.¹³ Jalur litigasi ditempuh ketika pasien atau pihak yang dirugikan mengajukan permasalahan hukum ke aparat penegak hukum guna memperoleh keadilan.

Sebelum diberlakukannya UU No. 17 Tahun 2023, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran tidak mengatur secara tegas prosedur penyelesaian sengketa medik melalui jalur litigasi. Pasal 66 dalam undang-undang tersebut hanya menyatakan bahwa: "Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia."

Kata "dapat" dalam ketentuan tersebut menimbulkan ambiguitas hukum terkait posisi putusan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (selanjutnya disebut MKDKI) dalam proses litigasi. Akibatnya, terjadi inkonsistensi dalam praktik peradilan mengenai sejauh mana putusan MKDKI dipertimbangkan dalam penyelesaian sengketa melalui jalur hukum. Ketidakkonsistenan ini tercermin dalam beberapa kasus, di mana dalam beberapa putusan, hasil pemeriksaan MKDKI dijadikan sebagai dasar pertimbangan hukum, sementara dalam kasus lain, putusan MKDKI diabaikan dalam proses litigasi.

Terdapat beberapa perubahan signifikan dalam mekanisme penyelesaian sengketa medik dalam UU No. 17 Tahun 2023. Undang-undang ini mengatur bahwa pasien

¹³ Uly Purnama Nasution, "Efektivitas Mediasi Dalam Penyelesaian Sengketa Medis (Studi Lapangan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman)", *Widya Pranata Hukum: Jurnal Kajian dan Penelitian Hukum*, 2/2 (2020), hlm. 91-108

atau keluarganya yang merasa dirugikan akibat tindakan tenaga medis atau tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat mengajukan pengaduan kepada Majelis Disiplin Profesi (selanjutnya disebut sebagai MDP) sebagaimana diatur dalam Pasal 305. Dalam hal ini, MDP secara resmi mengambil alih peran dan fungsi MKDI. Meskipun pengaduan ini bersifat opsional, putusan atau rekomendasi MDP menjadi prasyarat bagi pasien atau keluarganya yang ingin melanjutkan penyelesaian sengketa melalui jalur litigasi, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 308 ayat (1) dan (2). Dengan demikian, rekomendasi MDP kini berfungsi sebagai pintu gerbang utama bagi proses hukum yang melibatkan dugaan pelanggaran medis.

Pendekatan litigasi dalam penyelesaian sengketa medik sering kali dianggap sebagai mekanisme yang memberikan keadilan bagi pasien maupun dokter. Namun, mekanisme ini tidak terlepas dari berbagai kelemahan yang dapat berdampak negatif bagi kedua belah pihak. Dari sisi dokter, proses litigasi dapat menimbulkan tuduhan malpraktik yang belum tentu terbukti secara hukum, tetapi berpotensi merusak reputasi dan kredibilitas dokter serta institusi medis yang terlibat, seperti rumah sakit. Meskipun pengadilan akhirnya memenangkan pihak dokter atau rumah sakit, dampak jangka panjang terhadap citra mereka di mata publik sering kali sulit diperbaiki.

Konsekuensi negatif dari penyelesaian sengketa melalui jalur hukum tercermin dalam kasus sengketa medik antara Prita Mulyasari dan Omni International Hospital.¹⁴ Kasus ini menunjukkan bahwa litigasi tidak selalu memberikan hasil yang optimal bagi semua pihak yang terlibat. Proses hukum yang berlarut-larut, bukannya menyelesaikan permasalahan secara efektif, justru memperburuk citra rumah sakit di mata masyarakat, serta menimbulkan dampak jangka panjang terhadap kepercayaan publik terhadap institusi medis yang terlibat. Bahkan dalam banyak kasus, dokter dan rumah sakit cenderung memilih untuk menyelesaikan sengketa dengan memenuhi tuntutan pasien atau keluarganya, meskipun tuntutan

¹⁴ Ahmad Almaarif dan Qomariah, “Case Study on ‘Prita Mulyasari’ and ‘Twin Hackers’ in Indonesia”, *2014 International Conference on Information Technology Systems and Innovation (ICITSI)*, 2014, hlm. 165–170.

tersebut tidak selalu mencerminkan keadilan yang seimbang. Keputusan ini sering kali dipengaruhi oleh ketakutan terhadap dampak hukum dan sosial, termasuk potensi pencemaran nama baik yang dapat memengaruhi karier profesional serta citra institusi medis.

Dari perspektif pasien, sengketa medik sering kali melibatkan individu yang mengalami dampak signifikan akibat tindakan medis, baik dalam bentuk kecacatan, perburukan kondisi, maupun kebutuhan akan perawatan medis lanjutan akibat dugaan kelalaian dokter. Dalam situasi ini, pasien sangat membutuhkan penyelesaian sengketa yang cepat dan efektif, baik untuk memperoleh kompensasi maupun untuk mendapatkan akses terhadap layanan medis yang dibutuhkan. Penyelesaian sengketa medik melalui litigasi sering kali tidak memberikan hasil yang optimal bagi kedua belah pihak. Proses yang panjang, kompleks, dan memakan biaya besar sering kali menjadi hambatan bagi pasien maupun tenaga medis dalam mencari keadilan.

Dari sisi institusi hukum, pengadilan sering kali menghadapi kesulitan dalam mengumpulkan bukti dalam kasus sengketa medik, yang menyebabkan proses litigasi menjadi rumit, memakan waktu yang lama, serta memerlukan biaya yang besar.¹⁵

Kasus Agus Ramlan vs Rumah Sakit Khusus Mata Cicendo, misalnya, menggambarkan bagaimana proses litigasi dalam sengketa medik dapat berlangsung selama lebih dari dua dekade, sejak tahun 1992 hingga akhirnya diselesaikan pada tahun 2014.⁹ Agus Ramlan mengajukan gugatan setelah mengalami kebutaan total akibat pengobatan yang dijalani, namun proses hukum yang panjang justru memperburuk penderitaannya. Hal ini menunjukkan bahwa penyelesaian sengketa melalui pengadilan tidak selalu menjadi solusi yang ideal, terutama bagi pasien yang membutuhkan kompensasi dan akses perawatan lebih lanjut dalam waktu yang lebih cepat.

¹⁵ Isharyanto, 2016, *Hukum Pelayanan Kesehatan*, Depok: Hery Media, hlm. 43.

Uraian proses penyelesaian sengketa medik melalui jalur litigasi di atas menunjukkan bahwa, meskipun putusan pengadilan berpihak kepada salah satu pihak, tetap terdapat konsekuensi yang harus ditanggung baik oleh dokter maupun pasien. Bagi dokter, reputasi profesional dan citra rumah sakit sering kali sulit untuk dipulihkan, meskipun secara hukum dinyatakan tidak bersalah.¹⁶ Di sisi lain, pasien yang seharusnya menerima penanganan medis dengan cepat, jika memenangkan perkara, tetap dirugikan akibat terganggunya proses pengobatan yang disebabkan oleh panjangnya proses litigasi.¹⁷ Kondisi ini semakin mempertegas bahwa penyelesaian sengketa medik melalui jalur litigasi memiliki kelemahan mendasar, yakni tidak mampu memberikan solusi yang optimal, efektif, dan berkeadilan bagi kedua belah pihak, baik dokter maupun pasien.

Mengingat berbagai tantangan dalam penyelesaian sengketa medik melalui jalur litigasi, diperlukan suatu mekanisme alternatif yang lebih efisien dan adil, guna memberikan perlindungan hukum yang optimal bagi pasien tanpa menghambat profesionalisme tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, penyelesaian sengketa di luar pengadilan, seperti mediasi atau mekanisme alternatif lainnya, dapat menjadi solusi yang lebih efektif. Mekanisme tersebut tidak hanya dapat mencegah dampak negatif dari proses litigasi terhadap kedua belah pihak, tetapi juga menjaga kepercayaan masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan. Sebagai respons terhadap permasalahan ini, Pasal 310 UU No. 17 Tahun 2023 mengatur bahwa sengketa medik yang timbul akibat kesalahan tenaga medis atau tenaga kesehatan harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mekanisme Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) sebelum dapat diajukan ke pengadilan. Ketentuan ini bertujuan untuk mengutamakan penyelesaian yang lebih cepat, efektif, dan mengutamakan pemeliharaan hubungan antara pasien dan tenaga medis, sehingga tidak merugikan kedua belah pihak.

Berdasarkan hasil penelitian empiris, salah satu bentuk APS yang diprioritaskan para pihak dalam sengketa medik adalah negosiasi, yaitu proses di mana para pihak

¹⁶ Puspitasari Gustami dan Devi Siti Hamzah Marpaung, "Perbandingan Proses Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi di Pengadilan dan di Luar Pengadilan di Indonesia", *Jurnal Hukum Lex Generalis*, 5/4 (2024), hlm. 4.

¹⁷ Ibid.

yang bersengketa berkomunikasi langsung untuk mencapai kesepakatan tanpa intervensi pihak ketiga.¹⁸ Pendekatan ini dianggap fleksibel karena memungkinkan penyelesaian sengketa secara lebih cepat dan informal. Namun, dalam praktiknya, negosiasi sering kali menghadapi kendala yang menghambat efektivitasnya. Ketidakseimbangan informasi dan komunikasi antara pasien dan dokter menjadi salah satu hambatan utama dalam negosiasi. Pasien atau keluarganya yang merasa dirugikan sering kali berada dalam kondisi emosional yang tidak stabil, sehingga sulit menerima penjelasan medis secara objektif. Sebaliknya, dokter dan rumah sakit yang menghadapi tuntutan cenderung mengambil langkah kompromi demi menghindari meluasnya sengketa. Akibatnya, keputusan yang diambil sering kali didasarkan pada tekanan emosional, bukan pada pertimbangan hukum dan keadilan yang objektif. Dalam beberapa kasus, kompromi ini berujung pada pemberian kompensasi dalam jumlah besar tanpa melalui proses yang transparan dan adil.

Dari pemaparan penyelesaian sengketa medik melalui negosiasi ini, terungkap pula bahwa hasil negosiasi juga sering kali belum menunjukkan hasil yang optimal sebagaimana yang diinginkan oleh para pihak. Solusi yang dicapai belum mampu memberikan perlindungan komprehensif terhadap kepentingan materiil maupun immateriil para pihak. Akibatnya, efektivitas negosiasi sebagai metode penyelesaian sengketa medik pada tataran praktis masih menghadapi tantangan yang signifikan. Oleh karena itu, untuk membantu para pihak dalam mengatasi persoalan-persoalan yang timbul selama atau sebagai konsekuensi dari proses negosiasi, diperlukan mekanisme tambahan yang dapat menjamin keseimbangan antara hak dan kewajiban kedua belah pihak. Dalam hal ini, mediasi dapat menjadi alternatif penyelesaian sengketa yang lebih terstruktur, di mana mekanisme ini melibatkan pihak ketiga yang independen dikenal sebagai mediator, yang berperan untuk menjembatani kepentingan para pihak. Mediator bertugas membantu mencari solusi yang lebih objektif dan menguntungkan bagi dokter dan pasien.

Fleksibilitas merupakan salah satu keunggulan utama dalam mediasi, yang memungkinkan para pihak untuk menentukan prosedur, aturan, durasi proses

¹⁸ Budiono Kusumohamidjojo, 1999 *Panduan Negosiasi Kontrak*, Jakarta: Grasindo, 1999, hlm. 45

penyelesaian, serta bentuk kesepakatan akhir yang dapat diterima bersama.¹⁹ Keunggulan ini menjadikan mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa yang adaptif dan lebih mengakomodasi kebutuhan masing-masing pihak secara terbuka. Selain itu, pendekatan mediasi memiliki sifat yang lebih humanis, karena tidak hanya berfokus pada aspek hukum, tetapi juga mempertimbangkan dimensi emosional dan psikologis dari para pihak yang terlibat.²⁰ Lebih lagi, mediasi mampu menciptakan ruang bagi komunikasi yang lebih konstruktif dan mendalam, yang pada gilirannya dapat mempercepat penyelesaian konflik.

Penelitian komprehensif mengenai efektivitas mediasi dalam penyelesaian sengketa medik hingga saat ini belum ada, meskipun demikian sejumlah bukti empiris menunjukkan bahwa keterlibatan mediator yang terampil dapat mempercepat proses penyelesaian sengketa.²¹ Mediator berperan penting dalam mengelola dinamika percakapan, mengurangi kesalahpahaman, serta mengarahkan pihak-pihak yang terlibat untuk lebih fokus pada kepentingan bersama daripada posisi masing-masing pihak. Hal ini memungkinkan tercapainya solusi kreatif yang tidak hanya menguntungkan satu pihak, tetapi juga memperhatikan kepentingan pihak lainnya. Selain itu, mediasi memberi kesempatan bagi para pihak untuk mencapai kesepakatan secara sukarela, yang memungkinkan proses penyelesaian berlangsung lebih cepat dan lebih hemat biaya dibandingkan dengan litigasi. Mediasi juga bersifat restoratif, yang berarti tidak mengorbankan hak-hak pihak yang terlibat, seperti hak-hak dokter maupun pasien, serta mengurangi risiko pencemaran nama baik rumah sakit dan tenaga medis akibat laporan yang belum tentu terbukti kebenarannya. Oleh karena itu, kompetensi mediator dalam menjalankan peranannya secara efektif merupakan faktor kunci yang mempengaruhi keberhasilan mediasi, sehingga pencapaian kesepakatan yang menguntungkan bagi semua pihak dapat tercapai

¹⁹ Lintang Zandra Camellia dan Adhitya Widya Kartika, “Aspek Keperdataan dalam Upaya Penyelesaian Sengketa Medis antara Pasien dengan Tenaga Medis Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan”, *Jurnal Hukum & Pembangunan*, 54/3 (2024).

²⁰ *Ibid.*

²¹ Puspitasari Gustami, Loc.Cit.

Di balik berbagai keunggulan mediasi, dalam praktiknya penyelesaian sengketa medik melalui mediasi masih menghadapi kendala regulasi. UU No 17 Tahun 2023 memang mengakui eksistensi APS sebagai mekanisme yang harus ditempuh sebelum litigasi, tetapi tidak secara spesifik mengatur mediasi sebagai prioritas utama dalam penyelesaian sengketa medik, melainkan hanya menyebutnya sebagai bagian dari mekanisme alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan. Lebih lagi, dengan tidak adanya ketentuan yang jelas mengenai prosedur mediasi khusus sengketa medik di Indonesia membuat implementasi mekanisme ini masih terbatas.

Ketiadaan regulasi yang mengatur mediasi secara spesifik dalam penyelesaian sengketa medik telah menjadi salah satu fokus kajian dalam beberapa penelitian dalam beberapa tahun terakhir. Sebagai contoh, penelitian yang dilakukan oleh Machli Riyadi pada tahun 2016, dalam disertasinya yang berjudul "Prinsip Penyelesaian Malpraktik Medik Melalui Mediasi" mengusulkan mediasi sebagai alternatif yang lebih efisien dalam menyelesaikan sengketa medik. Penelitian tersebut menekankan pada peran mediasi yang dapat mengurangi beban sistem peradilan, dengan memberikan solusi yang lebih cepat dan lebih hemat biaya dibandingkan litigasi.²²

Teguh Anindito pada tahun 2016, dalam disertasi yang berjudul "Rekonstruksi Hukum Mediasi dalam Perselisihan Pelayanan Kesehatan bagi Pasien Rumah Sakit yang Berbasis Nilai Keadilan" juga membahas masalah serupa, namun dengan pendekatan yang berbeda. Anindito mengkritisi kelemahan dalam regulasi penyelesaian sengketa medik yang cenderung lebih menekankan pada prosedur hukum formal dan mengabaikan nilai-nilai keadilan restoratif. Penelitiannya mengusulkan agar lebih banyak ruang diberikan untuk memulihkan hubungan antara pasien dan tenaga medis melalui proses mediasi yang lebih humanistik.²³

²² Machli Riyadi, "Prinsip Penyelesaian Malpraktik Medik Melalui Mediasi", Disertasi, Universitas Airlangga, 2016.

²³ Teguh Anindito, "Rekonstruksi Hukum Mediasi dalam Perselisihan Pelayanan Kesehatan bagi Pasien Rumah Sakit yang Berbasis Nilai Keadilan", Disertasi, Universitas Islam Sultan Agung (Unissula), 2017.

Selain itu, penelitian Deri Mulyadi pada tahun 2019, dalam disertasi yang berjudul “Penyelesaian Kasus Kelalaian Medik Melalui Litigasi dan Nonlitigasi di Indonesia” memperluas kajian ini dengan menyoroti pentingnya evaluasi terhadap mekanisme mediasi yang ada. Deri menilai bahwa meskipun mediasi sering digunakan, implementasinya belum optimal karena belum mencakup sepenuhnya aspek nonlitigasi yang dapat mengurangi intensitas konflik antara pasien dan tenaga medis. Penelitian ini berusaha untuk memberikan rekomendasi mengenai peningkatan efektivitas mediasi, agar lebih inklusif dan dapat menyelesaikan sengketa dengan cara yang lebih damai dan konstruktif.²⁴

Pentadi Teguh Setiyanta pada tahun 2023, dalam disertasi yang berjudul "Rekonstruksi Regulasi Penyelesaian Sengketa Medik Berbasis Nilai Keadilan Restoratif" turut memberikan kontribusi yang signifikan dengan mengusulkan rekonstruksi regulasi penyelesaian sengketa medik yang berfokus pada penerapan prinsip-prinsip keadilan restoratif. Penelitian Setiyanta menyoroti pentingnya pengembangan keterampilan mediator serta penggunaan teori IKEOK (Integritas, Komunikasi, Empati, Objektivitas, dan Keadilan) dalam meningkatkan kualitas mediasi sengketa medik.²⁵

Penelitian-penelitian terdahulu telah memberikan kontribusi penting terhadap pemahaman mengenai mediasi dalam penyelesaian sengketa medik. Namun, hingga saat ini belum ada kajian yang secara khusus mengusulkan konsep Mediasi Kesehatan sebagai pendekatan yang berbeda dari mediasi pada umumnya. Kebaruan penelitian ini terletak pada pengembangan dan implementasi konsep Mediasi Kesehatan yang secara substantif mengintegrasikan nilai-nilai Pancasila sebagai landasan etik, filosofis, dan normatif dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia.

Penelitian ini melengkapi teori IKEOK Setiyanta dengan menambahkan dimensi nilai-nilai Pancasila, khususnya nilai Kemanusiaan, Musyawarah untuk Mufakat,

²⁴ Deri Mulyadi, “Penyelesaian Kasus Kelalaian Medik Melalui Litigasi dan Non Litigasi di Indonesia”, Disertasi, Universitas Andalas, 2019.

²⁵ Pentadi Teguh Setiyanta, “Rekonstruksi Regulasi Penyelesaian Sengketa Medis Berbasis Nilai Keadilan Restorative”, Disertasi, Universitas Islam Sultan Agung, 2023.

dan Keadilan. Ketiga nilai ini menjadi pilar utama dalam membangun pendekatan mediasi yang tidak hanya berorientasi pada penyelesaian sengketa secara prosedural, tetapi juga berupaya memulihkan hubungan terapeutik antara pasien dan tenaga medis secara moral dan sosial.

Peneliti berpendapat bahwa Mediasi Kesehatan merupakan bentuk inovasi hukum yang sejalan dengan semangat Pasal 310 UU No. 17 Tahun 2023, yang menegaskan prioritas penyelesaian sengketa medik melalui Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) sebelum menempuh jalur peradilan. Pendekatan ini menandai pergeseran paradigma dari model penyelesaian retributive yang berorientasi pada sanksi menuju model restoratif yang menekankan pemulihan kepercayaan, keseimbangan moral, dan keharmonisan hubungan antara pasien dan tenaga medis.

Secara normatif, UU No. 17 Tahun 2023 juga mengatur bahwa apabila sengketa medik tidak dapat diselesaikan melalui APS, maka tahapan berikutnya yang wajib ditempuh bukanlah proses peradilan, melainkan pemeriksaan oleh Majelis Disiplin Profesi (MDP). Dengan demikian, MDP berfungsi sebagai forum disiplin profesi yang menjadi penghubung antara upaya penyelesaian nonlitigasi dan mekanisme hukum lainnya. Struktur ini menunjukkan bahwa penyelesaian sengketa medik idealnya dilakukan secara bertingkat, dengan APS sebagai garda depan, dan MDP sebagai mekanisme klarifikasi profesional sebelum suatu perkara berpotensi melangkah ke jalur yuridis yang lebih formal.

Urgensi pendekatan bertingkat ini semakin tampak ketika memperhatikan bahwa akar persoalan sengketa medik tidak hanya bersumber dari aspek etik dan komunikasi terapeutik, tetapi juga dari konsekuensi yuridis yang ditimbulkan oleh keputusan atau rekomendasi MDP. Putusan MDP, yang pada dasarnya dimaksudkan untuk menilai kepatuhan terhadap standar disiplin profesi, dalam praktiknya menjadi salah satu dasar munculnya dugaan tindak pidana dalam pelayanan kesehatan. Akibatnya, sengketa yang semula berada dalam ranah etik-disipliner bergeser menuju ranah pidana, sehingga menimbulkan eskalasi hukum yang tidak selalu selaras dengan karakteristik pelayanan medis yang inheren dengan risiko.

Implikasi kondisi tersebut terlihat nyata dalam berbagai perkara yang berujung pada proses pidana, termasuk kasus terbaru dr. Ratna Setia Asih (dr. RSA), seorang dokter spesialis anak yang menangani pasien dengan kelainan jantung dan berakhir meninggal dunia di Bangka Belitung pada bulan Desember 2024. MDP mengeluarkan putusan bahwa tindakan dr RSA melanggar standar profesi dokter spesialis anak. Putusan ini kemudian dijadikan salah satu dasar pertimbangan oleh penyidik Direktorat Reserse Kriminal Khusus pada Kepolisian Daerah (Ditreskrimsus Polda) Kepulauan Bangka Belitung dalam menetapkan status tersangka dr. RSA pada 18 Juni 2025, bersamaan dengan alat bukti lain yang dikumpulkan selama proses penyidikan.²⁶ Fakta ini menunjukkan bahwa pergeseran sengketa dari domain disiplin profesi menuju proses pidana tidak hanya menimbulkan beban psikologis dan reputasional bagi tenaga medis, tetapi juga menempatkan para pihak dalam proses hukum yang panjang, berlarut-larut, dan penuh ketidakpastian.

Dalam konteks demikian, urgensi Mediasi Kesehatan menjadi semakin esensial sebagai mekanisme penyeimbang. Secara konseptual, Mediasi Kesehatan tidak hanya diposisikan sebagai instrumen penyelesaian sengketa, tetapi juga sebagai mekanisme perlindungan hukum terhadap hak-hak dasar dokter dan pasien. Mediasi ini didasarkan pada nilai-nilai sosial dan budaya bangsa Indonesia sebagaimana tercermin dalam Pancasila, yang menekankan pentingnya keadilan, kemanusiaan, dan musyawarah sebagai sarana mencapai mufakat. Dengan demikian, Mediasi Kesehatan berfungsi tidak hanya sebagai prosedur hukum, tetapi juga sebagai sarana pemulihan hubungan sosial dan moral yang berkeadilan serta beradab.

Pandangan tersebut semakin menguat apabila Mediasi Kesehatan ditempatkan dalam kerangka filosofis yang lebih luas. Menurut peneliti, mekanisme Mediasi Kesehatan ini memiliki signifikansi ganda: secara yuridis, ia menawarkan penyelesaian yang efisien dan mengurangi beban litigasi; secara filosofis, ia

²⁶ Kompas.com, “Kronologi Dokter Anak di Bangka Terjerat Hukum: Kasus Pasien Meninggal”, <https://regional.kompas.com/read/2025/11/21/205202678/kronologi-dokter-anak-di-bangka-terjerat-hukum-kasus-pasien-meninggal>, Diakses 24 November 2025.

merupakan pengejawantahan nilai-nilai Pancasila terutama sila kedua dan keempat yang menegaskan pentingnya kemanusiaan yang adil dan beradab serta musyawarah untuk mufakat. Dengan demikian, Mediasi Kesehatan dapat dipandang sebagai bentuk konkret penerapan nilai-nilai Pancasila dalam praktik hukum kesehatan di Indonesia, yang mengedepankan keseimbangan antara perlindungan hukum bagi pasien dan penghormatan terhadap profesionalisme tenaga medis dalam kerangka keadilan yang berorientasi pada kemanusiaan.

Pada saat penelitian ini dilakukan, belum juga terdapat peraturan yang secara khusus mengatur tata cara pelaksanaan mediasi dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Ketidakjelasan regulasi ini menunjukkan perlunya terobosan hukum dalam sistem penyelesaian sengketa medik. Regulasi yang bersifat khusus, jelas, dan komprehensif mengenai prosedur mediasi dalam sengketa medik diharapkan dapat memberikan kepastian hukum serta perlindungan yang lebih baik bagi dokter dan pasien. Tanpa regulasi yang mengatur secara rinci, pelaksanaan mediasi sengketa medik lebih mengandalkan kesepakatan informal antara para pihak.²⁷ Hal ini berarti bahwa proses mediasi sering kali bergantung pada niat baik dan kesediaan para pihak untuk berkompromi, yang bisa berisiko jika salah satu pihak merasa tidak puas atau merasa terpaksa untuk setuju pada suatu solusi yang ditawarkan. Ketidakpastian mengenai bagaimana kesepakatan ini harus dicapai, serta mekanisme penyelesaian apabila kesepakatan gagal, bisa memperburuk situasi yang ada, mengarah pada sengketa yang berkepanjangan.

Dampak negatif dari ketidakjelasan mekanisme dan ketergantungan pada kesepakatan dalam proses mediasi sangat beragam. Ketika kesepakatan tidak tercapai, proses mediasi berpotensi berlangsung lama dan tidak efektif, yang pada akhirnya dapat memperburuk hubungan antara dokter dan pasien serta menimbulkan ketegangan emosional di antara para pihak. Kondisi tersebut tidak hanya merugikan kedua belah pihak secara pribadi, tetapi juga dapat menurunkan reputasi dokter maupun rumah sakit, mengingat kasus sengketa medik yang tidak

²⁷ Dhea Nisa Arinanda, Miranda Aurelia, dan Chelsia Salsa Bernadita, “Penyelesaian Sengketa Medis di Indonesia,” *Kultura: Jurnal Ilmu Hukum, Sosial, dan Humaniora*, 1/1 (2023), hlm. 188–197.

terselesaikan sering kali menjadi sorotan media dan menimbulkan persepsi negatif di masyarakat.

Selain itu, ketidakpastian dalam proses mediasi juga dapat menimbulkan dampak psikologis yang signifikan. Pasien dapat merasa kecewa dan kehilangan kepercayaan terhadap tenaga medis, sementara dokter dapat mengalami tekanan emosional yang memengaruhi kondisi mental dan profesionalismenya. Dalam jangka panjang, situasi ini berisiko menimbulkan trauma baik bagi dokter maupun pasien, merusak hubungan profesional, dan bahkan menghambat proses penyembuhan medis yang seharusnya berorientasi pada pemulihan dan kepercayaan.

Berdasarkan urgensi permasalahan tersebut, penelitian ini difokuskan pada kajian **“Mediasi Kesehatan sebagai Mekanisme Perlindungan Dokter dan Pasien yang Berbasis Nilai Pancasila”**, sebagai upaya mengembangkan pendekatan penyelesaian sengketa medik yang lebih efektif, berkeadilan, dan berkeadaban. Mediasi Kesehatan dipandang sebagai instrumen penyelesaian sengketa yang berorientasi pada perdamaian (*amicable settlement*), bukan pada pembalasan atau penghukuman. Melalui mekanisme ini, dokter dan pasien diberikan ruang untuk berkomunikasi secara terbuka, menyampaikan pandangan, serta mencapai kesepakatan bersama tanpa stigma “menang” atau “kalah”.

Penguatan implementasi Mediasi Kesehatan dalam sistem penyelesaian sengketa medik menjadi langkah strategis dalam menciptakan mekanisme yang lebih efektif dan berkeadilan bagi dokter dan pasien serta menjaga integritas dan kepercayaan terhadap sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

1.2. Permasalahan dan Ruang Lingkup

1.2.1 Permasalahan

Berdasarkan ulasan pada latar belakang di atas, pokok permasalahan yang dikaji dalam disertasi ini meliputi:

- 1) Bagaimanakah karakteristik penyelesaian sengketa medik di Indonesia?
- 2) Bagaimanakah urgensi mediasi sengketa medik sebagai dasar penyelesaian sengketa medik yang berbasis nilai Pancasila?

- 3) Bagaimanakah konstruksi hukum Mediasi Terapeutik sebagai solusi penyelesaian sengketa medik berbasis nilai Pancasila yang berorientasi pada perlindungan bagi dokter dan pasien?

1.2.2 Ruang Lingkup

Disertasi ini difokuskan pada kajian hukum keperdataan, khususnya dalam konteks hukum kesehatan dan alternatif penyelesaian sengketa yang berlandaskan nilai-nilai Pancasila. Dari aspek substansi, penelitian ini menelaah mekanisme penyelesaian sengketa medik melalui pendekatan mediasi yang mengedepankan prinsip kemanusiaan, musyawarah, keadilan serta perlindungan hukum bagi para pihak yang terlibat. Dari aspek substansi, penelitian ini menelaah mekanisme penyelesaian sengketa medik melalui pendekatan mediasi yang mengedepankan prinsip kemanusiaan, musyawarah, keadilan, serta perlindungan hukum bagi para pihak yang terlibat. Sementara dari aspek temporal dan lokasi, penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2023 hingga 2025 di lima rumah sakit di Bandarlampung, yaitu Rumah Sakit Urip Sumoharjo, Rumah Sakit Advent, Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo, dan Rumah Sakit Imanuel, yang merupakan institusi layanan kesehatan rujukan utama di Provinsi Lampung, Indonesia.

1.3. Tujuan dan Manfaat

1.3.1 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. mengkaji karakteristik penyelesaian sengketa medik di Indonesia;
- b. menganalisis urgensi mediasi sengketa medik sebagai dasar penyelesaian sengketa medik berbasis nilai Pancasila;
- c. merumuskan konstruksi hukum Mediasi Terapeutik dalam penyelesaian sengketa medik berbasis nilai Pancasila yang berorientasi pada perlindungan bagi dokter dan pasien;

1.3.2 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Manfaat Teoretik

- 1) Diharapkan dapat menambah bahan kepustakaan hukum terutama dalam kaitannya dengan penyelesaian sengketa medik melalui mediasi;
- 2) Diharapkan dapat melengkapi hasil penelitian yang telah dilakukan oleh pihak lain dalam bidang yang sama.

b. Manfaat Praktis

- 1) Dapat dijadikan bahan masukan bagi mereka yang ingin mendalami bidang Hukum Kesehatan khususnya terkait penyelesaian sengketa medik yang terjadi di rumah sakit, khususnya di Indonesia.
- 2) Dapat menjadi suatu sumbangsih bagi pemikiran bagi pihak-pihak yang berkepentingan dengan penelitian ini, khususnya memberikan masukan pembuat kebijakan atau peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan, terutama dalam sengketa medik.

1.4. Keaslian (Orisinalitas) Penelitian

Berdasarkan hasil penelusuran yang telah dilakukan, permasalahan yang dikaji dalam disertasi ini memiliki aspek kebaruan serta perbedaan dibandingkan dengan penelitian-penelitian terdahulu. Beberapa penelitian sebelumnya yang dijadikan referensi dan memiliki relevansi dengan penelitian ini disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 1. Kebaruan Penelitian Berdasarkan Relevansi Penelitian yang Pernah Dilakukan Sebelumnya

No	Peneliti	Judul	Temuan	Kebaruan Disertasi
1.	Machli Riyadi Program Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Airlangga Surabaya, 2016	Prinsip Penyelesaian Malpraktik Medik Melalui Mediasi	Penelitian Machli Riyadi lebih spesifik menyoroti penyelesaian sengketa malpraktik medis secara adil dan cepat. Dalam konteks ini, mediasi dipandang sebagai instrumen hukum untuk mencapai keputusan yang efisien dan efektif. Penelitiannya yang menggunakan metode normatif-hukum lebih menekankan pada pembentukan regulasi dan	Penelitian ini secara umum bertujuan untuk memberikan perlindungan yang setara bagi dokter dan pasien dengan berlandaskan pada nilai-nilai Pancasila. Pendekatan ini mengutamakan mediasi yang bersifat preventif, dan restoratif serta mendorong kerja sama antara kedua belah pihak. Dengan metode

			pedoman prosedur hukum yang jelas guna memberikan perlindungan hukum bagi dokter dan pasien dalam proses penyelesaian sengketa medik.	penelitian normatif empiris, fokusnya adalah pada implementasi Mediasi Terapeutik untuk membentuk regulasi yang berstandar dan berbasis pada nilai-nilai Pancasila.
2.	Teguh Anindito Program Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung, 2017	Rekonstruksi Hukum Mediasi Dalam Perselisihan Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Rumah Sakit yang Berbasis Nilai Keadilan	Berfokus pada rekonstruksi regulasi penyelesaian sengketa medik melalui pendekatan keadilan restoratif. Tujuan utamanya adalah menciptakan sistem yang tidak hanya berorientasi pada aspek hukum formal, tetapi juga pada pemulihian hubungan sosial antara pihak yang bersengketa. Oleh karena itu, penelitian ini lebih menekankan pada pentingnya pembaruan dan perubahan regulasi yang ada agar dapat mengakomodasi prinsip-prinsip keadilan restoratif yang lebih manusiawi dalam sistem hukum medik.	Disertasi ini memiliki fokus yang lebih spesifik dan mendasar, yaitu mengkaji mekanisme Mediasi Terapeutik yang secara langsung berakar pada falsafah negara, Pancasila. Pendekatannya sangat khas dengan merujuk pada sila kedua, keempat, dan kelima untuk menyusun model mediasi. Tujuannya adalah menciptakan solusi yang berkemanusiaan dan berkeadilan dengan menekankan perlindungan hukum bagi dokter dan pasien melalui prosedur musyawarah mufakat.
3.	Deri Mulyadi Program Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Andalas, 2019	Penyelesaian Kasus Kelalaian Medik Melalui Litigasi dan NonLitigasi di Indonesia	Disertasi Deri Mulyadi secara spesifik menyoroti kekurangan definisi hukum terkait kelalaian medik, malapratik, dan risiko medik. Fokusnya adalah pada pengembangan sistem mediasi yang adil dengan pendekatan <i>restorative justice</i> sebagai inspirasi utamanya. Tujuannya bukan hanya penyelesaian sengketa, tetapi juga rehabilitasi hubungan antara dokter dan pasien. Oleh karena itu, rekomendasinya menekankan perlunya pengaturan yang lebih jelas mengenai kelalaian medik dalam hukum Indonesia serta	Penelitian ini berfokus pada kekosongan regulasi yang mengatur pelaksanaan mediasi itu sendiri. Dengan inspirasi dari nilai-nilai Pancasila khususnya kemanusiaan, musyawarah mufakat, dan keadilan sosial. penelitian ini mengusulkan model Mediasi Terapeutik partisipatoris. Rekomendasi utamanya adalah penerbitan regulasi komprehensif melalui Peraturan Menteri Kesehatan serta pembentukan lembaga mediasi resmi dengan mediator yang

			pembentukan mekanisme penyelesaian yang lebih sistematis untuk mencapai penyelesaian yang cepat, murah, dan efektif.	kompeten untuk memberikan legitimasi hukum yang kuat dan perlindungan berkeadilan bagi pasien maupun tenaga medis.
4.	Pentadi Teguh Setiyanta Program Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang, 2023	Rekonstruksi Regulasi Penyelesaian Sengketa Medis Berbasis Nilai Keadilan Restorative	Penelitian Pentadi Teguh Setiyanta berfokus pada rekonstruksi regulasi penyelesaian sengketa medik dengan menggunakan pendekatan keadilan restoratif. Tujuan utamanya adalah untuk memulihkan hubungan antara dokter dan pasien melalui dialog, bukan sekadar mencari pemenang atau yang kalah. Dengan metode penelitian normatif-empiris, penelitian ini menekankan perlunya perubahan mendasar pada regulasi yang ada untuk menciptakan perlindungan yang setara dan adil bagi kedua belah pihak.	penelitian mediasi dalam penyelesaian sengketa medik secara umum lebih menekankan pada implementasi Mediasi Terapeutik yang berlandaskan nilai-nilai Pancasila. Fokusnya adalah menciptakan prosedur mediasi yang jelas, terstandarisasi, cepat, dan efisien untuk memberikan perlindungan setara bagi dokter dan pasien. Pendekatan ini menggunakan metode normatif-empiris untuk mengembangkan prosedur mediasi yang praktis dan sesuai dengan nilai kemanusiaan, musyawarah mufakat, dan keadilan sebagaimana yang terkandung dalam Pancasila.

Penelitian ini memiliki orisinalitas pada kajian mengenai Mediasi Kesehatan, yang dalam penelitian ini dikembangkan menjadi konsep Mediasi Terapeutik, yaitu mekanisme penyelesaian sengketa medik di luar pengadilan yang berorientasi pada perlindungan hukum bagi dokter dan pasien secara seimbang dan berlandaskan nilai-nilai Pancasila. Penekanan kajian ini terletak pada implementasi sila kedua mengenai kemanusiaan yang adil dan beradab, sila keempat mengenai musyawarah untuk mufakat, serta sila kelima mengenai keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pendekatan mediasi sengketa medik sebagaimana dimaksud tidak hanya menitikberatkan pada penyelesaian sengketa secara formal, melainkan juga mengedepankan nilai kemanusiaan melalui pemulihan hubungan para pihak,

sehingga tercipta kembali kepercayaan dan komunikasi yang baik antara tenaga medis dan pasien setelah terjadinya sengketa.

Gap penelitian yang teridentifikasi adalah belum adanya penelitian di Indonesia yang secara mendalam mengkaji Mediasi Terapeutik dalam perspektif hukum kesehatan berbasis nilai-nilai Pancasila, serta belum adanya analisis komparatif mengenai lembaga Mediasi Terapeutik di negara lain sebagai model pengembangan sistem mediasi sengketa medik di Indonesia. Selain itu, selama ini penyelesaian sengketa medik di Indonesia umumnya dilakukan melalui mediasi berbasis kesepakatan informal para pihak tanpa pengaturan khusus, yang sering kali menyebabkan proses penyelesaian berlangsung berlarut-larut dan menimbulkan beban psikologis maupun moral bagi dokter dan pasien. Ketidakpastian dalam mekanisme mediasi informal ini dapat memperburuk trauma para pihak yang terlibat, menghambat pemulihan hubungan, serta tidak memberikan jaminan perlindungan hukum yang seimbang dan berkeadilan. Ketidakjelasan prosedur dan hasil yang dihasilkan dari mediasi informal membuat kedua belah pihak merasa tidak terlindungi secara hukum, yang pada gilirannya memperburuk kepercayaan dan komunikasi antara dokter dan pasien.

Penelitian ini mengintegrasikan teori yang diajukan oleh Setiyanta mengenai pentingnya keterampilan mediator, serta penggunaan teori IKEOK (Integritas, Komunikasi, Empati, Objektivitas, dan Keadilan) dalam meningkatkan kualitas mediasi sengketa medik. Setiyanta menyoroti bahwa keterampilan mediator yang baik, serta kemampuan untuk menggunakan teori IKEOK secara efektif, dapat menjadi kunci untuk mencapai penyelesaian yang memuaskan dan adil bagi semua pihak yang terlibat dalam sengketa medik. Hal ini menjadi sangat relevan dalam konteks Mediasi Terapeutik, di mana mediator selain harus menguasai dan memahami teori hukum kesehatan, etika dan psikologi konflik kesehatan, juga harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik, empati terhadap para pihak, objektivitas dalam mengelola proses mediasi.

Sebagai kontribusi kebaruan, penelitian ini melakukan kajian komparatif terhadap lembaga mediasi sengketa medik di Amerika dan Jepang untuk memperoleh pendekatan yang dapat diadopsi dalam sistem hukum kesehatan di Indonesia. Di

Amerika Serikat, mediasi sengketa medik dalam sengketa medik dikelola secara campuran dengan melibatkan program *court annexed* pada pengadilan negara bagian, jalur *pre suit*, serta penyedia *ADR* privat. American Health Law Association (*AHLA*) mendirikan panel mediator khusus kesehatan. Sementara itu, di Jepang, mediasi sengketa medik sebagian besar dikelola oleh lembaga swasta independen, seperti *Japan Medical Mediation Agency* (*JMMA*), yang memiliki mediator profesional dari latar belakang medis dan hukum.

Berdasarkan hasil analisis yuridis dan sosiologis terhadap dinamika penyelesaian sengketa medik serta implikasinya terhadap perlindungan hukum bagi dokter dan pasien, penelitian ini merekomendasikan penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) tentang Mediasi Terapeutik. Regulasi ini diperlukan untuk memberikan landasan hukum yang jelas, komprehensif, dan operasional mengenai pelaksanaan mediasi di bidang kesehatan sebagai instrumen penyelesaian sengketa yang berorientasi pada keadilan restoratif dan nilai-nilai kemanusiaan.

Permenkes tersebut diharapkan memuat pengaturan secara terstruktur mengenai:

- a. Definisi dan ruang lingkup Mediasi Terapeutik, yang menegaskan bahwa mediasi dalam konteks kesehatan adalah mekanisme penyelesaian sengketa medik melalui dialog antara dokter dan pasien dengan pendampingan mediator profesional, berorientasi pada pemulihan hubungan dan kepercayaan, bukan penghukuman.
- b. Prosedur pelaksanaan Mediasi Terapeutik, yang menetapkan tahapan penyelenggaraan mediasi mulai dari pengajuan permohonan, penunjukan mediator, pelaksanaan sesi mediasi, hingga penandatanganan akta kesepakatan perdamaian, dengan mengacu pada prinsip-prinsip kesukarelaan (*voluntariness*), kesetaraan kedudukan (*equality of parties*), kerahasiaan (*confidentiality*), dan profesionalitas (*competence*).
- c. Kompetensi mediator, dengan menetapkan standar kualifikasi, pelatihan, dan sertifikasi mediator yang memiliki pemahaman di bidang hukum kesehatan, komunikasi terapeutik, dan etika profesi medis, agar proses

mediasi berjalan secara objektif dan sensitif terhadap aspek medis maupun psikologis para pihak.

- d. Orientasi penyelesaian yang berfokus pada pemulihan kepercayaan dan hubungan terapeutik antara dokter dan pasien, sehingga mediasi tidak hanya menjadi sarana penyelesaian sengketa, tetapi juga sebagai proses rekonsiliasi moral yang mengembalikan kepercayaan publik terhadap pelayanan kesehatan.
- e. Kekuatan hukum akta kesepakatan perdamaian hasil mediasi, dengan menegaskan bahwa kesepakatan mediasi memiliki kekuatan mengikat (*binding agreement*) dan dapat didaftarkan ke pengadilan agar memperoleh kekuatan eksekutorial.
- f. Pembentukan Lembaga Mediasi Terapeutik Nasional, yang berfungsi sebagai lembaga pengatur, pengawas, dan pengembang sistem mediasi di bidang kesehatan. Lembaga ini diharapkan memiliki kewenangan untuk melakukan akreditasi mediator, standarisasi pelaksanaan mediasi di fasilitas pelayanan kesehatan, serta evaluasi efektivitas penerapan mediasi terapeutik sebagai bagian dari sistem hukum kesehatan nasional.

Melalui penyusunan Permenkes ini, diharapkan penyelesaian sengketa medik di Indonesia dapat dilakukan secara lebih cepat, berkeadilan, dan berkeadaban, sesuai dengan nilai-nilai Pancasila. Selain itu, keberadaan regulasi tersebut juga akan memperkuat posisi Mediasi Terapeutik sebagai mekanisme utama penyelesaian sengketa medik, yang mampu menjaga keseimbangan antara perlindungan hukum bagi dokter dan perlindungan hak pasien, serta memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan nasional.

Pada akhirnya, penelitian ini menghasilkan kebaruan teoritis dan kebijakan berupa perumusan model konstruksi Mediasi Terapeutik sebagai mekanisme penyelesaian sengketa medik di luar pengadilan yang efektif, adil, dan berlandaskan nilai-nilai Pancasila. Model ini dirancang untuk memberikan perlindungan hukum yang seimbang bagi tenaga medis dan pasien melalui pendekatan restoratif, komunikasi terapeutik, dan pemulihan hubungan profesional. Selain itu, penelitian ini

mengusulkan pembentukan Peraturan Menteri Kesehatan serta pendirian Lembaga Mediasi Terapeutik Nasional sebagai inovasi dalam sistem penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Pembentukan lembaga ini dipandang strategis untuk memastikan keberhasilan implementasi Mediasi Terapeutik sebagai bagian dari Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) yang diwajibkan oleh Pasal 310 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Seluruh pengaturan dan kelembagaan tersebut diorientasikan pada pemenuhan nilai kemanusiaan, keadilan sosial, dan harmoni masyarakat.

1.5. Kerangka Pemikiran

1.5.1 Kerangka Teori

a. *Grand Theory*: Teori Perlindungan Hukum

1) Pengertian Perlindungan Hukum

Teori perlindungan hukum memberikan dasar yang kuat untuk memahami pentingnya hak-hak pasien dan tanggung jawab penyedia layanan kesehatan. Teori ini menekankan bahwa perlindungan terhadap individu dalam sistem hukum tidak hanya berfokus pada pencegahan kerugian, tetapi juga pada pemulihan dan pemenuhan hak-hak yang mungkin terabaikan dalam hubungan medis. Dalam hal ini, mediasi sengketa medik dapat dilihat sebagai salah satu sarana untuk mewujudkan perlindungan hukum yang efektif, dimana pihak ketiga yang netral berperan penting dalam memastikan bahwa para pihak dapat mencapai kesepakatan yang adil dan menguntungkan, dengan tetap menjaga prinsip-prinsip keadilan dan moralitas yang terkandung dalam hukum.

Teori merupakan rangkaian asumsi, konstruk, konsep, definisi serta proporsi untuk menerangkan suatu fenomena secara sistematis dengan merumuskan antar konsep. Fungsi dari penggunaan teori dalam penelitian ialah untuk memberikan pengarahan pada penelitian yang dilakukan. Salah satu teori yang digunakan dalam penelitian ini ialah teori perlindungan hukum. Secara terminologi, pengertian perlindungan hukum dapat dipisahkan menjadi dua kata yaitu perlindungan dan hukum. Secara

kebahasaan, kata perlindungan dalam bahasa Inggris disebut dengan protection. Istilah perlindungan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (selanjutnya disebut KBBI) dapat disamakan dengan istilah proteksi, yang artinya adalah proses atau perbuatan memperlindungi, sedangkan menurut *Black's Law Dictionary*, protection adalah *the act of protecting*.

Wahyu Sasongko dalam bukunya mengatakan perlindungan hukum dapat diartikan sebagai perlindungan oleh hukum atau perlindungan dengan menggunakan pranata dan sarana hukum.²⁸ Menurut Fitzgerald sebagaimana dikutip Satjipto Raharjo awal mula dari munculnya teori perlindungan hukum ini bersumber dari teori hukum alam atau aliran hukum alam. Aliran ini dipelopori oleh Plato, Aristoteles (murid Plato), dan Zeno (pendiri aliran Stoic). Aliran hukum alam menyebutkan bahwa hukum itu bersumber dari Tuhan yang bersifat universal dan abadi, serta antara hukum dan moral tidak boleh dipisahkan. Para penganut aliran ini memandang bahwa hukum dan moral adalah cerminan dan aturan secara internal dan eksternal dari kehidupan manusia yang diwujudkan melalui hukum dan moral.²⁹

Fitzgerald menjelaskan teori pelindungan hukum Salmond bahwa hukum bertujuan mengintegrasikan dan mengkoordinasikan berbagai kepentingan dalam masyarakat karena dalam suatu lalu lintas kepentingan, perlindungan terhadap kepentingan tertentu hanya dapat dilakukan dengan cara membatasi berbagai kepentingan di lain pihak. Kepentingan hukum adalah mengurus hak dan kepentingan manusia, sehingga hukum memiliki otoritas tertinggi untuk menentukan kepentingan manusia yang perlu diatur dan dilindungi. Perlindungan hukum harus melihat tahapan yakni perlindungan hukum lahir dari suatu ketentuan hukum dan segala peraturan hukum yang diberikan oleh masyarakat yang pada dasarnya merupakan kesepakatan masyarakat tersebut untuk mengatur hubungan perilaku antara anggota-

²⁸ Wahyu Sasongko, 2007, "Ketentuan-Ketentuan Pokok Hukum Perlindungan Konsumen" Bandar Lampung: Universitas Lampung, hlm. 31.

²⁹ Satjipto Raharjo,2000, *Ilmu Hukum*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm 53

anggota masyarakat dan antara perseorangan dengan pemerintah yang dianggap mewakili kepentingan masyarakat.

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), perlindungan berasal dari kata lindung yang memiliki arti mengayomi, mencegah, mempertahankan, dan membentengi. Sedangkan perlindungan berarti konservasi, pemeliharaan, penjagaan, asilun, dan bunker. Secara umum, perlindungan berarti mengayomi sesuatu dari hal-hal yang berbahaya, sesuatu itu bisa saja berupa kepentingan maupun benda atau barang. Selain itu perlindungan juga mengandung makna pengayoman yang diberikan oleh seseorang terhadap orang yang lebih lemah. Pengertian terminologi hukum dalam Bahasa Indonesia menurut KBBI adalah peraturan atau adat yang secara resmi dianggap mengikat, yang dikukuhkan oleh penguasa ataupun pemerintah, undang-undang, peraturan, dan sebagainya untuk mengatur pergaulan hidup masyarakat, patokan atau kaidah tentang peristiwa alam tertentu, keputusan atau pertimbangan yang ditetapkan oleh hakim dalam pengadilan, atau vonis³⁰

Notohamidjojo menjelaskan bahwa hukum ialah keseluruhan peraturan yang tertulis dan tidak tertulis yang biasanya bersifat memaksa untuk kelakuan manusia dalam masyarakat negara serta antara negara yang berorientasi pada dua asas, yaitu keadilan dan daya guna, demi tata dan damai dalam masyarakat. Menurut Mahadi, pengertian hukum seperangkat norma yang mengatur laku manusia dalam masyarakat.³¹ Menurut Soedjono Dirdjosisworo bahwa pengertian hukum dapat dilihat dari delapan arti, yaitu hukum dalam arti penguasa, hukum dalam arti para petugas, hukum dalam arti sikap tindakan, hukum dalam arti sistem kaidah, hukum dalam arti jalinan nilai, hukum dalam arti tata hukum, hukum dalam arti ilmu hukum, hukum dalam arti disiplin hukum. Berbagai definisi yang telah dikemukakan dan ditulis oleh para ahli hukum, yang pada dasarnya

³⁰ Tim Penyusun Kamus Pusat Pembinaan Dan Pengembangan Bahasa, Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi Kedua, Cet. 1,(Jakarta: Balai Pustaka, 1991), hlm. 595.

³¹ Syamsul Arifin, 2012, *Pengantar Hukum Indonesia*, Medan: Medan Area University Press, hlm. 5-6.

memberikan suatu batasan yang hampir bersamaan, yaitu bahwa hukum itu memuat peraturan tingkah laku manusia.³²

Pengertian perlindungan hukum berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia adalah segala daya upaya yang dilakukan secara sadar oleh setiap orang maupun lembaga pemerintah, swasta yang bertujuan mengusahakan pengamanan, penguasaan dan pemenuhan kesejahteraan hidup sesuai dengan hak-hak asasi manusia.

2) Bentuk Perlindungan Hukum

Terdapat 2 (dua) konsep perlindungan yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon yaitu:³³

a) Perlindungan hukum preventif: Secara etimologi, preventif berasal dari bahasa latin praventire yang artinya “antisipasi” atau mencegah terjadinya sesuatu. Artinya rakyat diberi kesempatan mengajukan pendapatnya sebelum keputusan pemerintah mendapat bentuk yang definitif yang bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa. Upaya Preventif menjadi alat pengendalian sosial dengan bentuk pencegahan terhadap adanya gangguan agar tidak terjadi pelanggaran norma-norma yang berlaku, yaitu dengan mengusahakan agar faktor niat dan kesempatan tidak bertemu sehingga situasi keamanan dan ketertiban masyarakat tetap terpelihara, aman, dan terkendali.³⁴

Perlindungan hukum preventif dalam sengketa medik memiliki peran penting dalam mencegah terjadinya konflik antara pihak pasien dan tenaga medis, atau antara pasien dan fasilitas kesehatan. Konsep ini bertujuan untuk memberikan perlindungan hukum sebelum terjadinya masalah atau sengketa yang lebih besar. Dengan pendekatan ini, pencegahan sengketa medik dapat lebih maksimal dan mengurangi risiko perselisihan yang melibatkan pihak-pihak terkait.

³² *Ibid.*

³³ Ridwan Hr, 2008, *Hukum Administrasi Negara*, Jakarta: Rajawali Pers, Hlm. 292.

³⁴ Philipus Hardjo, 1988, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia* Surbaya: Bina Ilmu, hlm.

Dalam konteks penelitian ini, bentuk perlindungan hukum preventif dari pemerintah tercermin melalui pembentukan undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan menteri kesehatan (Permenkes), serta regulasi lainnya yang berkaitan dengan pelaksanaan layanan kesehatan di Indonesia. Langkah-langkah ini bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa medik dengan menciptakan kerangka hukum yang jelas dan komprehensif bagi semua pihak yang terlibat. Beberapa pengaturan mengenai layanan Kesehatan di Indonesia antara lain:

- i. Undang - Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- ii. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- iii. Perpres No. 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- iv. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;
- v. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Uji Kompetensi Jabatan Fungsional di Bidang Kesehatan;
- vi. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi; dan
- vii. Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012.

Teori perlindungan hukum preventif bertujuan untuk menghindari terjadinya sengketa medik dengan cara melakukan tindakan pencegahan. Pendekatan ini berfokus pada upaya yang dilakukan sebelum timbulnya masalah hukum yang dapat menimbulkan konflik atau sengketa medik.³⁵ Perlindungan hukum preventif mencakup langkah-langkah berikut:

³⁵ Setyo Trisnadi, “Perlindungan Hukum Profesi Dokter dalam Penyelesaian Sengketa Medis”, *Masalah-Masalah Hukum*, 45/2 (2016), hlm. 150–156.

i. Edukasi dan Pelatihan kepada Tenaga Medis

Tenaga medis harus diberikan pemahaman yang mendalam mengenai hak dan kewajiban mereka, serta standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku dalam praktik medis. Edukasi yang baik dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan atau malpraktek yang dapat merugikan pasien dan berisiko menimbulkan sengketa hukum.³⁶

ii. Penerapan Prosedur Medis yang Tepat dan Pengawasan Ketat³⁷

Praktik medis harus mengikuti prosedur yang tepat dan sesuai dengan pedoman yang berlaku. Pengawasan yang ketat perlu diterapkan untuk memastikan bahwa setiap tindakan medis dilakukan dengan penuh kehati-hatian, agar dapat mencegah kelalaian yang dapat merugikan pasien.

iii. Penyusunan Kontrak atau Persetujuan yang Jelas³⁸

Sebelum melakukan tindakan medis, tenaga medis dan pasien harus menyepakati dan menandatangani dokumen yang berisi persetujuan mengenai prosedur medis yang akan dilakukan, termasuk penjelasan tentang risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Hal ini bertujuan untuk menghindari klaim atau tuntutan hukum di kemudian hari terkait ketidaktahuan pasien terhadap prosedur yang dilakukan.

iv. Sistem Audit dan Pengawasan Internal

Menerapkan sistem audit yang berkala serta pengawasan internal di rumah sakit atau fasilitas medis untuk memastikan bahwa standar kualitas dan prosedur medis yang diterapkan sesuai dengan pedoman yang berlaku.³⁹

³⁶ Samuel Nainggolan dkk., “Perlindungan Hukum terhadap Dokter yang Melakukan Praktek Medis Menyebabkan Pasien Meninggal Dunia”, *Realism: Law Review*, 1/1 (2023), hlm. 1–18.

³⁷ Abd Wahid, Ma’ruf Hafidz, dan Fahri Bachmid, “Efektivitas Perlindungan Hukum terhadap Tenaga Kesehatan dalam Melakukan Tindakan”, *Journal of Lex Theory (JLT)*, 5/1 (2024), hlm. 223–240.

³⁸ Inas Syadza Ikhsan dan Hwian Christianto, “Urgensi *Informed Consent* sebagai Pencegahan Tindak Pidana oleh Dokter”, *Jurnal Hukum dan Kenotariatan*, 6/2 (13 Mei 2022), hlm. 1201–1215.

³⁹ Firandicha Prawira Sukma, Sutarno Sutarno, dan Chomariah Chomariah, “Pencegahan Malpraktik Medik Bidang Kedokteran Estetika dengan Berlakunya Undang-Undang Nomor 17

b) Perlindungan hukum represif: yaitu perlindungan hukum yang bertujuan untuk menyelesaikan sengketa.⁴⁰ Dalam konteks penelitian ini, perlindungan hukum represif dalam mediasi sengketa medik dapat dipahami sebagai mekanisme penyelesaian sengketa medik yang diterapkan setelah terjadinya konflik antara pasien dan tenaga medis. Mediasi sengketa medik berfungsi sebagai sarana untuk mencari solusi yang damai dan adil bagi kedua belah pihak yang terlibat, dengan peran mediator yang netral dan tidak berpihak. Sebagai suatu proses yang difasilitasi oleh pihak ketiga yang independen, mediasi memberikan ruang bagi para pihak untuk menyelesaikan sengketa tanpa harus melalui jalur litigasi yang lebih formal dan panjang. Dengan demikian, mediasi sengketa medik tidak hanya bertujuan untuk menyelesaikan konflik yang telah terjadi, tetapi juga memberikan perlindungan hukum bagi pihak-pihak yang terlibat, melalui penyelesaian yang lebih efisien, adil, dan mengedepankan kepentingan bersama. Perlindungan hukum refresif mencakup langkah-langkah berikut⁴¹:

i. Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi atau negosiasi⁴²

Mediasi dan negosiasi merupakan alternatif penyelesaian sengketa yang mengedepankan penyelesaian secara damai, efisien, dan hemat biaya. Dalam sengketa medik, mediasi dapat menjadi cara yang lebih baik untuk menyelesaikan masalah tanpa melalui jalur pengadilan yang panjang dan mahal.

ii. Penyelesaian Sengketa di Pengadilan⁴³

Apabila mediasi atau negosiasi gagal, penyelesaian sengketa dapat dilanjutkan ke pengadilan. Dalam hal ini, kedua belah pihak (pasien dan tenaga medis) dapat mengajukan gugatan atau pembelaan

Tahun 2023 tentang Kesehatan”, *Kertha Semaya: Journal Ilmu Hukum*, 13/6 (2025), hlm. 1120–1141.

⁴⁰ Dongan Butar-Butar dan Hudy Yusuf, “Sanksi Hukum Tindak Pidana Malpraktik Dokter Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan”, *Jurnal Locus Penelitian dan Pengabdian*, 3/4 (2024), hlm. 318–329.

⁴¹ Loc.Cit

⁴² “Analisis Hukum terhadap Aspek Sengketa Medis: Perspektif Penyelesaian dan Pencegahan”, *Jurnal Intelek dan Cendikiawan Nusantara*, 9/1 (2025), hlm. 2075- 2085

⁴³ Ibid.

mereka terkait masalah medis, baik yang berkaitan dengan kelalaian medis atau malpraktek.

iii. Pemulihan Hak-hak Pasien

Jika terjadi pelanggaran atau kelalaian dalam pelayanan medis, pasien berhak mendapatkan ganti rugi yang sesuai dengan kerugian yang mereka alami, baik dalam bentuk fisik, emosional, maupun finansial.

iv. Penegakan Sanksi Terhadap Tenaga Medis atau Institusi Medis⁴⁴

Tenaga medis yang terbukti melakukan kelalaian atau malpraktek dapat dikenakan sanksi hukum atau administratif, seperti sanksi disiplin, sanksi hukum, atau bahkan pencabutan izin praktik medis, guna memastikan akuntabilitas dalam praktik medis.

Teori perlindungan hukum dalam sengketa medik juga menekankan pada keseimbangan perlindungan antara dua pihak yang terlibat dalam praktik medis, yakni dokter dan pasien. Keduanya memiliki hak yang harus dilindungi, baik dalam bentuk preventif maupun refresif sebagai berikut:⁴⁵

a) Perlindungan Terhadap Dokter

Dokter sebagai profesional medis perlu dilindungi agar tidak dihukum atau dipersalahkan tanpa bukti yang sah. Perlindungan ini juga diperlukan untuk menghindari kerugian terhadap reputasi profesional mereka dan untuk mencegah mereka dihukum berlebihan atas komplikasi medis yang tidak dapat dihindari. Perlindungan terhadap dokter juga bertujuan untuk mendorong mereka agar terus meningkatkan keterampilan dan pengetahuan medis mereka tanpa takut akan tuntutan yang tidak berdasar.⁴⁶

⁴⁴ Gunawan Widjaja, “Analisis Yuridis terhadap Sanksi Malapraktik Medis di Indonesia: Studi Literatur atas Regulasi dan Implementasinya”, *Jurnal Salome: Multidisipliner Keilmuan*, 3/3 (2025), hlm. 267–276.

⁴⁵ Inas Syadza Ikhsan dan Hwian Christianto, “Urgensi *Informed Consent* sebagai Pencegahan Tindak Pidana oleh Dokter”, *Jurnal Hukum dan Kenotariatan*, 6/2 (13 Mei 2022), hlm. 1201–1215.

⁴⁶ Ontran Sumantri Riyanto dan Erna Tri Rusmala Ratnawati, “Hak atas Informasi Kesehatan dan Perlindungan Hukum bagi Dokter: Implikasi HAM dalam Komunikasi Dokter-Pasien”, *Juris Humanity: Jurnal Riset dan Kajian Hukum Hak Asasi Manusia*, 3/1 (2024), hlm. 78–88.

b) Perlindungan Terhadap Pasien

Pasien sebagai pihak yang rentan dalam hubungan medis perlu diberikan perlindungan untuk memastikan bahwa hak-haknya tidak dilanggar, baik dalam hal keselamatan, kualitas perawatan, maupun hak atas informasi medis yang lengkap. Perlindungan ini bertujuan untuk memberikan rasa aman kepada pasien dan memastikan bahwa mereka dapat mengakses keadilan apabila terjadi pelanggaran hak medis.⁴⁷

Perlindungan hukum dalam penyelesaian sengketa medik bertujuan untuk:⁴⁸

- a) Mencegah terjadinya sengketa; dengan memberikan edukasi yang tepat kepada tenaga medis dan pasien mengenai hak dan kewajiban mereka.
- b) Menciptakan lingkungan medis yang profesional dan transparan, di mana baik pasien maupun tenaga medis dapat beroperasi dalam suasana yang aman dan adil.
- c) Menjamin keadilan, dalam penyelesaian sengketa, baik melalui mediasi, arbitrase, atau pengadilan, sehingga kedua belah pihak merasa bahwa hak mereka dilindungi.
- d) Meningkatkan kualitas layanan medis, dengan memastikan bahwa setiap tindakan medis dilakukan sesuai dengan prosedur yang tepat dan dalam koridor hukum yang berlaku.

Teori perlindungan hukum diposisikan bukan sebagai tujuan akhir, melainkan sebagai instrumen konkret untuk mewujudkan keadilan. Teori perlindungan hukum dalam penyelesaian sengketa medik adalah pendekatan yang sangat penting untuk menciptakan sistem yang adil dan berimbang dalam hubungan medis antara pasien dan tenaga medis,

⁴⁷ Santi Novia Ayu Kurniawati, “Perlindungan Hukum bagi Pasien pada Tindakan Operasi dalam Persetujuan Tindakan Medis (*Informed Consent*)”, *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, 8/2 (2020), hlm. 170–177.

⁴⁸ Ade Armada Sutedja, A. Joko Purwoko, dan Edi Sumarwanto, “Medical Personnel Legal Protection Against Medical Dispute Settlement Efforts Viewed From Criminal Law”, *Soepra Jurnal Hukum Kesehatan*, 9/1 (2023), hlm. 54–71.

Perlindungan hukum preventif, seperti regulasi, standar profesi, dan edukasi, merupakan manifestasi dari keadilan distributif karena berusaha menciptakan keseimbangan sejak awal. Sementara itu, perlindungan hukum represif, seperti penyelesaian sengketa, pemulihhan hak pasien, dan pemberian sanksi, mencerminkan keadilan korektif karena bertujuan memperbaiki ketidakadilan yang telah terjadi. Dengan demikian, perlindungan hukum menjadi jembatan filosofis yang menghubungkan prinsip keadilan dengan praktik nyata dalam sistem hukum kesehatan, memastikan bahwa setiap tindakan hukum memiliki tujuan moral yang berpihak pada keadilan substantif. Keduanya saling melengkapi dan sangat penting untuk menjaga keadilan, keseimbangan, dan kualitas dalam praktik medis, serta untuk menciptakan hubungan medis yang lebih harmonis dan profesional.⁴⁹

b. *Middle Theory*: Teori Perjanjian

Teori perjanjian memainkan peran penting sebagai dasar pengaturan hak dan kewajiban kedua belah pihak dalam hubungan medis. Perjanjian antara dokter dan pasien tidak hanya bersifat hukum, tetapi juga mengandung elemen-elemen moral dan etika yang mendasari hubungan profesi medis. Teori perjanjian ini berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan perlindungan hukum preventif dengan penyelesaian sengketa yang sering kali muncul dalam hubungan medis.⁵⁰

Perjanjian lazim dikenal ataupun disebut sebagai kontrak, yang merupakan adaptasi dari istilah Inggris “*contract*”, serta juga dikenal sebagai “*agreement*” atau “*overeenkomst*” dalam bahasa Belanda. Selain itu, dalam KUH Perdata, perjanjian juga dikenal dengan istilah “persetujuan” yang diatur dalam Pasal 1313 KUH Perdata yang berbunyi “Suatu persetujuan adalah suatu perbuatan yang terjadi antara satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap orang lain atau lebih”

⁴⁹ Lukluk Zamrotul Damayanti, Toto Tohir Suriaatmadja, dan Alma Lucyati, “Legal Protection in Medical Disputes for Doctors in Relation to the Principle of *Lex Specialist*”, *Intellectual Law Review (ILRE)*, 1/2 (2023), hlm. 66–80.

⁵⁰ Christiana Jullia Makasenggehe, “Aspek Hukum Transaksi Terapeutik antara Tenaga Medis dengan Pasien”, *Lex Privatum*, 12/1 (2023)

Berdasarkan Pasal 293 Ayat (1) "Setiap tindakan Pelayanan Kesehatan perseorangan yang dilakukan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus mendapat persetujuan." Persetujuan antara dokter dan pasien melahirkan suatu perjanjian terapeutik, di mana dokter mengikatkan diri kepada pasien, dan pasien mengikatkan diri kepada dokter secara timbal balik dalam pelaksanaan hak dan kewajiban masing-masing pihak dalam pelayanan kesehatan. Perjanjian ini memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan kegiatan pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien berdasarkan keahlian dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter tersebut, dengan imbalan yang telah disepakati baik secara eksplisit maupun implisit. Sebaliknya, sudah menjadi hak pasien untuk mendapatkan upaya kesembuhan dari penyakitnya secara optimal.

Hermin H. Koeswadji, menggunakan terminologi transaksi terapeutik yang merupakan transaksi antara dokter dengan pasien untuk mencari atau menemukan terapi sebagai upaya penyembuhan penyakit pasien oleh dokter.⁵¹ Transaksi terapeutik merupakan suatu perjanjian tak bernama (*innominaat*), oleh karenanya diberlakukan hukum perikatan diatur dalam Buku III KUH Perdata pada Pasal 1319 KUH Perdata, yang menyatakan bahwa, "Semua persetujuan, baik yang mempunyai nama khusus maupun yang tidak dikenal dengan suatu nama tertentu, tunduk pada peraturan umum yang termuat dalam bab ini dan bab yang lain." Dengan demikian, untuk sahnya perjanjian tersebut, perlu memiliki syarat yang termuat sebagaimana dalam Pasal 1320 KUH Perdata.⁵² Dalam suatu perjanjian terdapat 4 (empat) syarat yang harus dipenuhi agar perjanjian tersebut sah dimata hukum, yaitu:

- 1) Kesepakatan (*toesteming/izin*) dari kedua belah pihak

Kesepakatan (*consensus*) diatur dalam Pasal 1320 ayat (1) KUH Perdata yang artinya para pihak harus bersepakat atau setuju untuk melakukan suatu perbuatan yang akan menimbulkan akibat hukum. Menurut Pasal

⁵¹ Hermin H. Koeswadji, 1998, *Hukum Kedokteran*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 99

⁵² *Ibid.*, hlm. 101

1321 KUH Perdata, kesepakatan yang terjadi harus dinyatakan oleh masing-masing pihak secara tegas dan bebas dari pengaruh atau tekanan seperti: paksaan, kekhilafan atau penipuan. Cara agar suatu persetujuan mendapatkan kesepakatan dari kedua belah pihak adalah dengan menggunakan bahasa yang sempurna secara lisan maupun tertulis. Apabila adanya unsur kekhilafan, paksaan, atau penipuan hal ini berarti melanggar syarat sah perjanjian. Ketentuan tersebut sebagaimana diatur dalam Pasal 1321 KUH Perdata yang menerangkan bahwa tiada suatu persetujuan pun mempunyai kekuatan jika diberikan karena kekhilafan atau diperoleh dengan paksaan atau penipuan.

Terdapat beberapa bentuk kesepakatan yang terjadi antara dokter dan pasien sebagai berikut:

- a) *implied consent*: Ketika pasien datang ke dokter untuk pemeriksaan rutin, maka kesepakatan antar para pihak didapatkan tanpa adanya kontrak tertulis;
- b) *expressed consent*: Kesepakatan yang terjadi ketika dokter menyatakan perlunya prosedur bedah atau Tindakan medis yang beresiko tinggi, kesepakatan jenis ini diatur dalam Pasal 293 ayat (5) UU No. 17 Tahun 2023 agar dibuat dalam bentuk tertulis; dan
- c) Kesepakatan yang ditetapkan oleh undang-undang: hal ini terjadi ketika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan darurat, sehingga dokter harus memberikan pertolongan meskipun tanpa persetujuan eksplisit pasien (karena kondisi darurat) hal ini diatur dalam Pasal 293 Ayat (9) UU No. 17 Tahun 2023.

2) Kecakapan Bertindak

Pasal 1329 KUH Perdata menyatakan bahwa tiap orang berwenang untuk membuat perikatan, kecuali jika ia dinyatakan tidak cakap untuk hal itu. Kecakapan bertindak dalam hukum perdata adalah kemampuan untuk melakukan perbuatan hukum. Orang yang cakap dan berwenang melakukan perbuatan hukum adalah orang yang sudah dewasa. Ukuran kedewasaan menurut Pasal 330 KUH Perdata yakni berumur 21 tahun

atau sudah (pernah) menikah. Orang yang dinilai tidak cakap untuk membuat suatu persetujuan adalah:

- a) anak yang belum dewasa;
- b) orang yang berada di bawah pengampuan; dan
- c) Perempuan yang telah kawin (istri).

Namun dalam perkembangannya, istri dapat melakukan perbuatan hukum sebagaimana diatur dalam Pasal 31 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 jo. SEMA Nomor 3 Tahun 1963 Pada poin ini, jika pasien merupakan anak di bawah 21 tahun dan belum menikah, maka diperlukan persetujuan dari walinya atau orangtuanya dalam perjanjian terapeutik.

3) Suatu Hal Tertentu (*Onderwerp van de Overeenkomst*)

Suatu hal tertentu dalam syarat sahnya perjanjian memiliki arti bahwa objek perjanjian harus jelas dan ditentukan para pihak. Objek perjanjian tersebut dapat berupa barang atau jasa namun dapat juga berupa tidak berbuat sesuatu. Pasal 1332, 1333, dan 1334 KUH Perdata menentukan objek perjanjian diantaranya sebagai berikut:

- a) dapat diperdagangkan;
- b) ditentukan jenisnya (jelas jenisnya);
- c) jumlah barang dapat dihitung atau ditentukan;
- d) barang tersebut akan ada dikemudian hari; dan
- e) bukan suatu warisan yang belum terbuka.

Apabila jasa yang dijadikan objek perjanjian, maka harus ditentukan secara jelas dan tegas apa bentuk jasa yang dilakukan oleh salah satu pihak. Jika objek perjanjian merupakan tidak berbuat sesuatu, maka harus dijelaskan dalam perjanjian tersebut hal-hal apa yang tidak dilakukan oleh para pihak.

Perjanjian terapeutik atau transaksi terapeutik berbeda dengan perjanjian yang dilakukan masyarakat umumnya karena objek dan sifatnya yang khusus. Objek perjanjian terapeutik adalah upaya medis yang dilakukan dokter atau tenaga kesehatan kepada pasien, dengan

tujuan pengobatan, perawatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, ataupun rehabilitasi sesuai dengan standar profesi medis. Perjanjian ini tidak menjamin kesembuhan, melainkan menjanjikan suatu upaya maksimal (*inspanning verbintenis*) dari tenaga medis yang bersangkutan dan bukanlah perjanjian yang bersifat memastikan (*resultaat verbintenis*).⁵³ Prinsip *inspanning verbintenis* menekankan pada proses atau usaha (yang sungguh-sungguh) dan bukan pada hasil (*output*), atau dengan kata lain objek perjanjian berupa “usaha yang sungguh-sungguh”.⁵⁴

4) Suatu Sebab yang halal (*Geoorloofde Oorzaak*)

Makna suatu sebab yang tidak terlarang atau halal dalam konteks perjanjian berkaitan dengan isi perjanjiannya atau tujuan yang hendak dicapai oleh para pihak yang terlibat. Isi dari suatu perjanjian tidak boleh bertentangan dengan undang-undang, kesusilaan, maupun dengan ketertiban umum. Hal tersebut sebagaimana ketentuan Pasal 1337 KUH Perdata yang menerangkan bahwa suatu sebab adalah terlarang, jika sebab itu dilarang oleh undang-undang atau bila sebab itu bertentangan dengan kesusilaan atau dengan ketertiban umum.

Pada aspek ini, Jika objek dalam perjanjian terapeutik itu ilegal, atau bertentangan dengan ketentuan hukum, maka perjanjian tersebut tidak memenuhi persyaratan sah suatu perjanjian, contohnya perjanjian pengguguran kandungan tanpa alasan yang sah⁵⁵ yang diatur dalam Pasal 116 PP No. 28 Tahun 2024 yaitu atas indikasi kedaruratan medis atau terhadap korban tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan sesuai dengan ketentuan dalam Kitab Undang- Undang Hukum Pidana (KUHP), selain dengan alasan tersebut maka perjanjian pengguguran kandungan

⁵³ Christiana Jullia Makasengehe, “Aspek Hukum Transaksi Terapeutik Antara Tenaga Medis Dengan Pasien,” *Lex Privatum* 12/1 (2023), hlm.55.

⁵⁴ Sarsintorini Putra, “*Inspanningsverbintenis* Dan *Resultaatsverbintenis* Dalam Transaksi Terapeutik Kaitannya Dengan UU No. 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen”, *Jurnal Hukum Ius Quia Iustum*, 8/18 (2016), hlm.198.

⁵⁵ Aris Priyadi, “Kontrak Terapeutik/ Perjanjian Antara Dokter Dengan Pasien,” *Jurnal Media Komunikasi Pendidikan Pancasila Dan Kewarganegaraan* 2/1 (2020) hlm. 183.

mempunyai tujuan yang ilegal, maka kontrak ini tidak memenuhi syarat sah perjanjian.

Keempat syarat tersebut dibagi menjadi dua kelompok, syarat yang pertama dan kedua merupakan syarat subjektif, apabila syarat-syarat tersebut tidak terpenuhi, maka akan timbul akibat hukum terhadap perjanjian tersebut. Syarat pertama dan kedua mengatur mengenai subjek perjanjian, yang membahas mengenai pihak-pihak yang mengadakan perjanjian. Jika syarat subjektif tidak terpenuhi maka akan berakibat hukum perjanjian batal. Kemudian, syarat ketiga dan keempat merupakan syarat objektif, jika perjanjian yang disepakati tidak memenuhi syarat objektif, maka perjanjian tersebut batal demi hukum.⁵⁶ Dengan demikian setiap perjanjian termasuk perjanjian terapeutik harus memenuhi keempat syarat tersebut.

Sahnya perjanjian terapeutik akan memberikan perlindungan hukum kepada dokter dan pasien. Perlindungan hukum bagi dokter dalam perjanjian terapeutik mencakup beberapa aspek, yaitu:⁵⁷

- 1) Memberikan kepastian hukum

Perjanjian terapeutik memperjelas bahwa tanggung jawab dokter bersifat melakukan upaya medis secara maksimal sesuai standar profesi yang berlaku, bukan menjamin hasil tertentu (kesembuhan). Dengan demikian, dokter mendapat perlindungan hukum apabila hasil tindakan medis tidak sesuai harapan, sepanjang telah memenuhi standar profesionalisme dan prinsip kehati-hatian dalam melakukan tindakan medis.

- 2) Menegaskan batasan tanggung jawab

Melalui perjanjian terapeutik, batasan tanggung jawab dokter menjadi jelas, sehingga dokter tidak dapat dibebani tanggung jawab atas kerugian yang timbul karena keadaan yang tidak dapat dihindari (*force majeure*) atau kondisi yang berada di luar kendali dokter.

⁵⁶ Zikriatul Aini Dan M. Yazid Fathoni, “Tinjauan Yuridis Akibat Hukum Adanya Unsur Penipuan Dalam Perjanjian Utang Piutang,” *Private Law* 3/3 (2023) hlm. 83.

⁵⁷ Iwan Riswandie dan Afif Khalid, “Kepastian Hukum Terhadap Perjanjian Terapeutik (Studi Terhadap Pasal 1320 KUHPerdata),” *Prosiding Penelitian Dosen UNISKA MAB*,0/1 (2023).

3) Mengurangi risiko tuduhan malpraktik

Dengan jelasnya hak dan kewajiban melalui perjanjian terapeutik, dokter ter dorong untuk bertindak hati-hati, profesional, dan sesuai standar yang berlaku. Ini secara langsung dapat mengurangi potensi timbulnya gugatan malpraktik medis akibat ketidakjelasan ruang lingkup tanggung jawab dokter terhadap pasien.

Analisis terhadap empat syarat sahnya perjanjian dalam Pasal 1320 KUH Perdata diatas menunjukkan bagaimana pilar-pilar ini berfungsi sebagai fondasi bagi keadilan prosedural. Keadilan prosedural menekankan pada kewajaran, transparansi, dan partisipasi dalam proses pengambilan keputusan, memastikan bahwa prosedur yang diikuti untuk mencapai suatu hasil adalah adil.⁵⁸

Perlindungan hukum bagi pasien melalui perjanjian terapeutik meliputi:

1) Jaminan hak atas informasi (*Informed Consent*)

Pasien berhak memperoleh informasi yang jelas dan lengkap mengenai diagnosis, jenis tindakan medis yang akan dilakukan, manfaat, serta risiko tindakan tersebut. Hak atas informasi ini dilindungi secara hukum dalam perjanjian terapeutik sehingga pasien dapat mengambil keputusan medis secara sadar dan sukarela.

2) Penjaminan standar kualitas pelayanan medis

Perjanjian terapeutik mewajibkan dokter untuk memberikan tindakan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan etika medis yang berlaku. Hal ini memberikan jaminan kepada pasien untuk menerima pelayanan kesehatan yang layak dan optimal.

3) Dasar hukum dalam penyelesaian sengketa

Perjanjian terapeutik menjadi landasan hukum dalam menyelesaikan sengketa medik apabila terjadi kelalaian atau pelanggaran terhadap hak pasien. Dalam hal ini, pasien memiliki dasar hukum yang jelas untuk

⁵⁸ M Syamsudin, "Keadilan Prosedural dan Substantif dalam Putusan Sengketa Tanah Magersari (Kajian Putusan Nomor 74/PDT.G/2009/PN.YK)", *Jurnal Yudisial*, 7/1 (2014), hlm. 18-33.

memperjuangkan hak-haknya apabila mengalami kerugian yang disebabkan oleh tindakan medis yang tidak sesuai standar atau akibat kelalaian dokter.

Dari perjanjian ini, timbul hak dan kewajiban dari para pihak. Berdasarkan Pasal 274 UU No. 17 Tahun 2023, dokter memiliki beberapa kewajiban utama, yaitu memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi, memperoleh persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan medis, menjaga kerahasiaan kesehatan pasien, membuat serta menyimpan catatan medis, dan merujuk pasien ke tenaga medis lain yang lebih kompeten jika diperlukan. Sementara itu, dalam Pasal 277, pasien juga memiliki kewajiban, yaitu memberikan informasi kesehatan yang jujur, mematuhi arahan tenaga medis, mengikuti aturan fasilitas kesehatan, serta memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Hak dokter diatur dalam Pasal 273, meliputi perlindungan hukum saat bekerja sesuai standar profesi, hak atas informasi lengkap dari pasien, gaji serta tunjangan yang layak, perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja, jaminan ketenagakerjaan, serta penghargaan dan kesempatan pengembangan karier. Sedangkan pasien memiliki hak untuk menentukan hidupnya sendiri, yang mencerminkan hak pasien dalam mengambil keputusan terkait perawatan kesehatannya, pasien juga memiliki hak atas informasi, yang menggarisbawahi kewajiban dokter untuk memberikan informasi yang jelas dan akurat sebelum melakukan tindakan medis sebagaimana tertuang dalam Pasal 276 mencakup hak lainnya yaitu menerima pelayanan medis sesuai standar, menyetujui atau menolak tindakan medis tertentu, mengakses rekam medis, meminta pendapat tenaga medis lain, dan mendapatkan hak lain sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Pada akhirnya, perjanjian terapeutik, yang diperkuat oleh prinsip *in spanning verbintenis* dan dioperasionalkan melalui *informed consent*, menjadi titik temu antara keadilan prosedural dan substantif. Ia menggunakan kerangka hukum kontrak yang formal (prosedural) untuk membungkus sebuah kesepakatan yang isinya (substansinya) dirancang secara cermat untuk menjadi adil,

seimbang, dan menghormati martabat kedua belah pihak dalam sebuah hubungan yang unik dan menantang.

c. *Applied Theory*: Teori Penyelesaian Sengketa

1) *Alternative Dispute Resolution* (ADR)

Teori penyelesaian sengketa dapat dibedakan menjadi *Alternative Dispute Resolution* (ADR) dan *Alternative Dispute Settlement* (ADS). ADR merupakan suatu konsep yang mencakup berbagai bentuk penyelesaian sengketa di luar proses peradilan, yang dapat dicapai melalui jalur hukum berdasarkan pendekatan musyawarah mufakat atau tidak.⁵⁹ ADS, di sisi lain, adalah opsi penyelesaian sengketa yang dipilih melalui prosedur yang disepakati oleh para pihak yang berselisih. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan khususnya dalam penelitian ini adalah penyelesaian sengketa medik, dapat dilakukan melalui beberapa pilihan seperti konsultasi, negosiasi, mediasi, atau penilaian ahli.

Istilah Indonesia untuk ADR adalah Pilihan Penyelesaian Sengketa (PPS) atau Mekanisme Alternatif Penyelesaian Sengketa (MAPS), yang juga dikenal sebagai mekanisme penyelesaian sengketa kooperatif. Undang-undang tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa atau dikenal juga dengan UUAAPS mengatur tentang pilihan penyelesaian sengketa melalui konsultasi dan negosiasi antara para pihak yang terlibat.

Ada berbagai jenis mekanisme penyelesaian sengketa alternatif seperti negosiasi, mediasi, dan penilaian ahli. Negosiasi, misalnya, melibatkan proses tawar-menawar melalui konsensus untuk mencapai penyelesaian yang dapat diterima bersama. Ini adalah proses penyelesaian sengketa melalui perundingan damai antara pihak-pihak yang bersengketa.

Negosiasi, dalam konteks penyelesaian sengketa, merujuk pada proses perundingan yang dilakukan untuk mencapai kesepakatan bersama antara pihak yang bersengketa. Sebagai salah satu alternatif penyelesaian sengketa yang tidak melibatkan jalur pengadilan, negosiasi bertujuan untuk mencari

⁵⁹ Gunawan Wijaya, 2002, *Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Jakarta: Raja Grafindo, hlm. 34.

solusi yang saling menguntungkan bagi kedua belah pihak. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, negosiasi didefinisikan sebagai proses tawar-menawar melalui perundingan untuk mencapai kesepakatan antara pihak yang bersengketa.

Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 6 ayat (2) Undang-Undang tentang Alternative Dispute Resolution (UUAAAPS), negosiasi dapat dilakukan secara langsung oleh pihak-pihak yang bersengketa dalam jangka waktu 14 hari, dan hasil dari perundingan tersebut dituangkan dalam bentuk kesepakatan tertulis.

Namun, dalam praktiknya, negosiasi di rumah sakit tidak selalu dilakukan langsung antara dokter dan pasien. Dalam beberapa kasus, dokter dapat meminta pihak manajemen rumah sakit untuk mewakili dirinya dalam proses perundingan dengan pasien. Langkah ini diambil untuk memastikan bahwa permasalahan dapat diselesaikan secara efisien dan menjaga citra serta nama baik rumah sakit sebagai instansi penyedia layanan kesehatan. Dengan demikian, negosiasi tidak hanya berfungsi sebagai alat untuk menyelesaikan sengketa secara damai, tetapi juga sebagai upaya strategis untuk mempertahankan hubungan baik antara pasien dan rumah sakit.⁶⁰

Istilah "mediasi" secara etimologis berasal dari kata Latin "*mediare*", yang berarti "berada di tengah". Hal ini mencerminkan peran pihak ketiga, yang dikenal sebagai mediator, yang menengahi dan menyelesaikan perselisihan antar pihak. "Berada di tengah" juga berarti bahwa mediator harus netral dan tidak memihak dalam menyelesaikan sengketa, memastikan kepentingan semua pihak terwakili secara adil dan setara, sehingga membangun kepercayaan di antara para pihak yang bersengketa.

Mediasi merupakan salah satu bentuk *Alternative Dispute Resolution (ADR)* yang melibatkan proses negosiasi untuk mencapai kesepakatan antara para pihak dengan bantuan mediator. Mediasi dapat dilakukan baik melalui sistem pengadilan maupun di luarnya, dengan menggunakan mediator

⁶⁰ Wawancara dengan Suster Stella, Manager Pelayanan Publik RS Advent Bandarlampung, (22 April 2024)

bersertifikat. Mediator adalah pihak netral yang membantu para pihak dalam proses negosiasi untuk menemukan berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa mengambil keputusan atau memaksakan penyelesaian.⁶¹ Pada hakekatnya, mediasi adalah proses penyelesaian sengketa di luar sistem pengadilan melalui perundingan yang melibatkan pihak ketiga yang netral, tidak memihak dan diterima oleh para pihak yang bersengketa. Pihak ketiga dalam mediasi disebut mediator atau fasilitator, yang perannya hanya membantu para pihak yang bersengketa dalam menyelesaikan persoalannya dan tidak memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan.⁶² Dengan mediasi diharapkan tercapai suatu titik penyelesaian atau kesepakatan yang saling menguntungkan dan adil bagi semua pihak yang terlibat. Kekuasaan pengambilan keputusan tidak berada di tangan mediator, melainkan para pihak yang bersengketa.

Mediasi bermanfaat karena para pihak yang terlibat mencapai kesepakatan yang mengakhiri perselisihan mereka dengan cara yang adil dan saling menguntungkan. Bahkan dalam kasus-kasus di mana mediasi gagal, hal itu tetap memberi kesempatan bagi para pihak untuk mengidentifikasi akar penyebab perselisihan mereka dan mempersempit masalah di antara mereka. Hal ini menunjukkan adanya keinginan para pihak untuk menyelesaikan sengketanya, namun belum menemukan skema yang tepat yang dapat disepakati oleh kedua belah pihak. Pada penyelesaian sengketa medik, mediasi kerap digunakan untuk menjembatani perbedaan antara pasien dan pihak rumah sakit dengan mengedepankan komunikasi terbuka dan keadilan restoratif. Proses ini sangat penting guna menjaga kepercayaan publik terhadap institusi pelayanan kesehatan dan menghindari eskalasi konflik yang berlarut-larut.

Konsiliasi adalah metode Penyelesaian Sengketa Alternatif (ADR) dimana para pihak yang berselisih melibatkan seorang konsiliator yang bertemu

⁶¹ Rachmadi Usman, 2012, *Mediasi Di Pengadilan Dalam Teori Dan Praktek*, Jakarta: Sinar Grafika.hlm. 72.

⁶² Frans Hendra Winarta, 2011, *Hukum Penyelesaian Sengketa Arbitrase Nasional Indonesia & Internasional*, Jakarta: Sinar Grafika, hlm. 82

dengan mereka secara terpisah dan bersama-sama dalam upaya untuk menyelesaikan perbedaan mereka. Hal ini dilakukan untuk meredakan ketegangan, meningkatkan komunikasi, menafsirkan isu, dan mendorong para pihak untuk mencapai hasil yang dapat diterima⁶³.

Menurut kamus bahasa Indonesia, konsiliasi berarti upaya mempertemukan dua pihak yang berkonflik untuk mencapai kesepakatan dan menyelesaikan perselisihan. Oppenheim mendefinisikan konsiliasi sebagai proses penyelesaian sengketa yang melibatkan komisi individu yang bertugas menjelaskan dan mengklarifikasi fakta, biasanya setelah mendengar dari para pihak dan bekerja untuk membantu mereka mencapai kesepakatan. Namun, keputusan yang diambil tidak mengikat.

Alternatif penyelesaian sengketa seperti negosiasi, mediasi, dan konsiliasi merupakan sarana yang efektif dan efisien dalam menyelesaikan konflik medik di luar jalur litigasi. Ketiganya memungkinkan para pihak untuk menghindari proses hukum yang panjang dan mahal, serta menjaga hubungan baik dan kepercayaan antara pasien dan institusi pelayanan kesehatan. Dengan mengedepankan komunikasi, musyawarah, dan keadilan, metode-metode alternatif ini menjadi pilihan yang menguntungkan dan solutif bagi semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian sengketa medik.

2) Paradigma Keadilan Restoratif dalam Penyelesaian Sengketa

Penyelesaian sengketa dapat didekati melalui paradigma filosofis yang menekankan pemulihan dan rekonsiliasi, yaitu keadilan restoratif. Paradigma ini berfokus pada pemulihan kerugian yang dialami oleh pasien baik material maupun emosional, serta memperbaiki hubungan yang rusak antara pihak-pihak yang terlibat.⁶⁴

⁶³ I Made Widnyana, 2007, *Alternatif Penyelesaian Sengketa (ADR)*, Jakarta: IBLC, hlm. 23

⁶⁴ Minar Mushari dan Abdul Rahman Maulana Siregar, "Prinsip Keadilan Restoratif Dalam Penyelesaian Kasus Malpraktek: Suatu Pendekatan Alternatif," *Indonesian Journal of Law*, 2/1 (2025), hlm. 1-11.

Proses keadilan restoratif bersifat dialogis dan kolaboratif, di mana semua pihak yang berkepentingan, termasuk pasien dan atau keluarga pasien, dokter, dan pihak rumah sakit dipertemukan dalam suasana yang memungkinkan mereka untuk saling mendengarkan dan mencari solusi bersama. Fokus utama dalam pendekatan ini adalah pemulihan, bukan pembalasan. Oleh karena itu, pertanyaan yang diajukan berfokus pada pemulihan kerugian dan perbaikan hubungan, seperti mengganti kerugian yang terjadi, kebutuhan yang harus dipenuhi, serta upaya dalam memperbaiki kerugian tersebut. Keadilan restoratif menawarkan alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan yang lebih efektif, menghindari proses yang sering kali mahal dan memakan waktu dalam sistem peradilan formal. Proses ini menghasilkan kesepakatan yang bisa diterima oleh para pihak, yang diharapkan dapat memulihkan keharmonisan dan mengurangi permusuhan antara pihak-pihak yang terlibat.

Tujuan dari keadilan restoratif adalah menciptakan rekonsiliasi dan pemahaman timbal balik antara dokter dan pasien. Dengan pendekatan ini, diharapkan bahwa proses penyelesaian sengketa tidak hanya berfokus pada hukuman, tetapi juga pada pemulihan hubungan antara dokter dan pasien.⁶⁵

1.5.2 Kerangka Konsep

a. Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Pasal 1 Angka 3 UU No. 17 Tahun 2023, Pelayanan Kesehatan didefinisikan sebagai “Segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.” Fasilitas pelayanan kesehatan dalam UU No. 17 Tahun 2023 dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu sebagai berikut:

- 1) Pusat Kesehatan masyarakat, yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan

⁶⁵ Ibid.

mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya

- 2) Rumah sakit, Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu kegiatan yang meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Berdasarkan Permenkes No. 6 Tahun 2024, Standar pelayanan minimal di bidang kesehatan merupakan ketentuan mengenai jenis dan Mutu Pelayanan Dasar bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal yang wajib diterapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota.

b. Tenaga Medis

Berdasarkan Pasal 1 Angka 6 UU No. 17 Tahun 2023 konsep Tenaga Medis yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan. Klasifikasi Tenaga Medis diatur dalam Pasal 198 ayat (2) UU No. 17 Tahun 2023, yaitu dokter dan dokter gigi. Klasifikasi Tenaga Medis dokter dalam Pelayanan Kesehatan Indonesia adalah dokter, dokter spesialis, dan dokter subspesialis. Kemudian klasifikasi Tenaga Medis dokter gigi terdiri atas dokter gigi, dokter gigi. Pada penelitian disertasi ini, peneliti menggunakan terminology dokter karena lebih dikenal oleh kalangan umum untuk menggambarkan Tenaga Medis secara umum.

c. Tenaga Kesehatan

Sebagaimana diatur dalam Pasal 1 Angka 7 UU No. 17 Tahun 2023, definisi Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan

melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan. Tenaga Kesehatan di Indonesia diklasifikasikan dalam 12 kelompok yang diatur dalam Pasal 199 UU No. 17 Tahun 2023 sebagai berikut:

- 1) tenaga psikologi klinis;
- 2) tenaga keperawatan;
- 3) tenaga kebidanan;
- 4) tenaga kefarmasian;
- 5) tenaga kesehatan masyarakat;
- 6) tenaga kesehatan lingkungan;
- 7) tenaga gizi;
- 8) tenaga keterapiam fisik;
- 9) tenega keteknisan medis;
- 10)tenaga teknik biomedika;
- 11)tenaga kesehatan tradisional; dan
- 12)tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

d. Perjanjian Terapeutik

Transaksi terapeutik merupakan bentuk hubungan hukum di mana pasien mempercayakan keselamatannya kepada dokter, sementara dokter berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesional yang berlaku. Persetujuan pasien merupakan prasyarat penting bagi setiap tindakan medis, karena tidak hanya memberikan dasar legal bagi dokter untuk bertindak, tetapi juga melindungi hak-hak pasien atas informasi serta keputusan medis yang menyangkut kesehatannya.⁶⁶

Kepercayaan menjadi landasan fundamental perjanjian terapeutik, yang mengandung tanggung jawab profesional bagi dokter dalam memberikan pelayanan medis yang sesuai dengan standar etika dan kompetensi profesinya dan pasien memberikan izin kepada dokter untuk melakukan tindakan medis yang diperlukan. Perjanjian ini tidak hanya mencerminkan hubungan kepercayaan, tetapi juga

⁶⁶ Evy Savitri Gani, 2019, *Perjanjian Terapeutik Antara Dokter Dan Pasien*, Ponorogo: Uwais Inspirasi Indonesia, hlm.54.

memiliki implikasi hukum yang dikenal sebagai transaksi terapeutik yang bersifat *inspanning verbentenis*.

e. *Inspranning Verbentenis*

Hubungan dokter dan pasien terlahir dari kewajiban konstitusi sebagaimana diatur dalam ketentuan Bab 2 tentang Hak dan Kewajiban Pasal 4 dan Pasal 5 Undang-Undang No. 17 Tahun 2023. Hubungan dokter dengan pasien merupakan hubungan dalam jasa pemberian kesehatan. Dokter sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan dan pasien sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan. Hubungan ini dalam perdata dikenal sebagai *inspranning verbentenis*. Pada Perikatan *inspranning verbintenis*, prestasi yang harus diberikan oleh dokter merupakan suatu upaya yang maksimal dan bukan pada hasil.⁶⁷ Artinya dokter bukan menjanjikan hasil kesembuhan bagi pasien namun upaya maksimal seorang dokter dalam mengobati dan merawat pasien.

f. Sengketa Medik

Sengketa medik timbul ketika adanya tuntutan ke rumah sakit, pengaduan ke polisi, atau gugatan ke pengadilan. sengketa medik berawal dari adanya perasaan tidak puas dari pihak pasien karena adanya pihak dokter yang tidak memenuhi prestasi sebagaimana dijanjikan, sehingga pasien atau keluarganya mencari sebab ketidakpuasan tersebut. Penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien adalah jika timbul ketidakpuasan pasien terhadap dokter dalam melaksanakan upaya pengobatan atau melaksanakan tindakan medik.⁶⁸ Ketidakpuasan tersebut dikarenakan adanya pelanggaran yang mengandung sifat perbuatan melawan hukum dalam melaksanakan profesi kedokteran yang menyebabkan kerugian di pihak pasien, di mana hal tersebut terjadi apabila ada anggapan bahwa isi perjanjian terapeutik tidak dipenuhi atau dilanggar.⁶⁹ Pelanggaran yang dilakukan oleh dokter dalam penyelenggaraan profesi medik dapat berupa pelanggaran etik, penyelenggaraan disiplin, pelanggaran administrasi, dan pelanggaran hukum.

⁶⁷ Wila Chandrawati Supriadi, 2001, *Hukum Kedokteran*, Bandung: CV Mandar Maju, hlm.7.

⁶⁸ Widodo Tresno Novianto, *Op. Cit.*, hlm. 9.

⁶⁹ *Ibid.*

g. Alternatif Penyelesaian Sengketa

Alternatif penyelesaian sengketa sebagai kerangka konseptual dalam penelitian ini merujuk pada berbagai pendekatan yang memungkinkan penyelesaian perselisihan tanpa melalui proses litigasi. Metode ini bertujuan untuk menawarkan solusi yang lebih efisien, cepat, dan mengurangi biaya dibandingkan dengan prosedur peradilan formal.⁷⁰ Konsep ini mencakup beberapa bentuk penyelesaian sengketa, seperti mediasi, arbitrase, dan negosiasi. Pada penelitian ini peneliti membatasi lingkup penelitian pada bentuk alternatif penyelesaian menggunakan mediasi. alternatif penyelesaian sengketa bukan hanya dilihat sebagai suatu mekanisme untuk menyelesaikan permasalahan hukum, tetapi juga sebagai bagian dari pendekatan yang lebih humanis dan berbasis pada prinsip keadilan restoratif.⁷¹ Pendekatan ini memberikan ruang bagi penyelesaian sengketa khususnya sengketa medik dengan lebih fleksibel.

h. Mediasi

Mediasi memiliki peran penting dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia, terutama dalam menciptakan mekanisme yang lebih cepat, efisien, dan tidak memberatkan kedua belah pihak. Mediasi diatur dalam Pasal 1 Angka 10 UU No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Proses ini memungkinkan para pihak, khususnya dalam penelitian ini yaitu pasien dan atau keluarga pasien, serta tenaga medis untuk mencapai kesepakatan yang adil tanpa harus melalui jalur litigasi yang sering kali memakan waktu lama dan berbiaya tinggi. Fleksibilitas ini menjadikan mediasi sebagai alternatif yang lebih adaptif dalam menyelesaikan sengketa secara damai dan efektif. Mediasi memiliki peran strategis dalam meredam ketegangan antara pasien dan tenaga medis dengan mengedepankan pendekatan musyawarah dan dialog terbuka.⁷² Dengan komunikasi yang lebih terbuka dan didukung oleh mediator yang netral dan kompeten, mediasi mampu menciptakan keseimbangan dalam penyelesaian sengketa, dalam penelitian ini khususnya penyelesaian sengketa medik.

⁷⁰ N. O. Sherman dan B. T. Momani, "Alternative Dispute Resolution: Mediation as a Model," *F1000Research*, 13/1 (2024), hlm. 778.

⁷¹ G. Widjaja, "Managing Legal Disputes Through Alternative Disputes Resolution," *Journal of Ecohumanism*, 3/1 (2024), hlm. 451-460

⁷² Eddi Junaidi, 2011, *Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik*, Jakarta: Rajawali Pers, hlm. 35.

i. Konstruksi Hukum

Konstruksi hukum merupakan cara untuk mengisi kekosongan dalam peraturan perundang-undangan dengan berlandaskan asas-asas dan sendi-sendi hukum.⁷³ Dalam perkembangannya, konstruksi hukum tidak hanya terbatas pada pendekatan legal-formal, tetapi juga menjadi wacana penting dalam membangun sistem hukum yang sesuai dengan kesadaran sosial masyarakat. Dengan demikian, hukum dapat lebih mudah dipahami, diterima, dan mendorong terbentuknya kesadaran hukum yang substantif.⁷⁴

Selain itu, hukum harus dikonstruksikan sebagai alat untuk mencapai tujuan negara. Dalam penerapannya, konstruksi hukum dilakukan melalui proses subsumsi logis, yaitu dengan mengumpulkan data secara logis-induktif, mereduksi data tersebut menjadi pengertian umum, lalu mendeduksinya kembali menjadi konklusi-konklusi baru.⁷⁵

Terdapat beberapa metode konstruksi hukum, di antaranya adalah analogi (*argumentum per analogiam*), penghalusan hukum atau penyempitan hukum (*rechtsverfijning*), serta *argumentum a contrario*.⁷⁶ Konsep konstruksi hukum dalam penelitian ini termasuk dalam kategori *rechtsverfijning*, yaitu pengkonstruksian dengan cara mengabstraksi prinsip dari suatu ketentuan hukum, kemudian menerapkan prinsip tersebut dengan mempersempit keberlakuannya pada suatu peristiwa konkret yang belum ada pengaturannya.⁷⁷ Dalam upaya penyelesaian sengketa medik di Indonesia, prinsip-prinsip mediasi yang telah diatur dalam Peraturan Mahkamah Agung (Perma) Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan belum sepenuhnya mengakomodasi karakteristik khusus sengketa medik, yang melibatkan aspek relasi hukum antara dokter dan pasien, standar profesi medis, serta kepentingan publik dalam pelayanan kesehatan. Oleh

⁷³ Enju Juanda, "Konstruksi Hukum dan Metode Interpretasi Hukum," *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 4/2 (2017), hlm. 168–80.

⁷⁴ Ilham Yuli Isdiyanto, "Problematika Teori Hukum, Konstruksi Hukum, Dan Kesadaran Sosial," *Jurnal Hukum Novelty*, 9/1 (2018), hlm. 54–69.

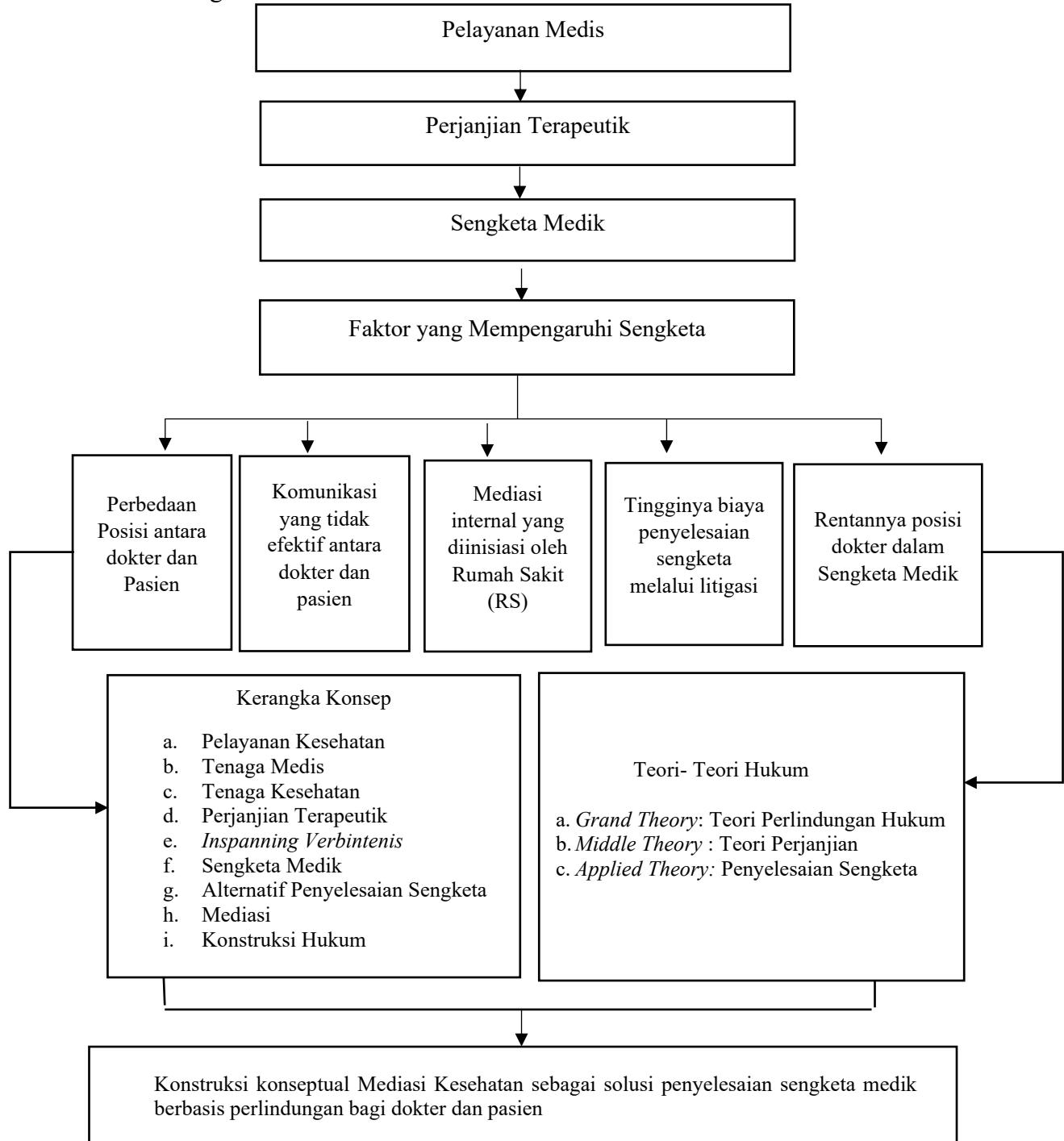
⁷⁵ Sitti Mawar, "Metode Penemuan Hukum (Interpretasi Dan Konstruksi) Dalam Rangka Harmonisasi Hukum," *Jurnal Justisia: Jurnal Ilmu Hukum, Perundang-Undangan dan Pranata Sosial*, 1/1 (2020), hlm. 22–38

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Mochtar Kusumatmadja & B. Arief Sidharta, 1999, *Pengantar Ilmu Hukum (Buku I)*, Bandung: Alumni, hlm. 111-120.

karena itu, diperlukan konstruksi hukum yang lebih spesifik, yang mampu menghadirkan model mediasi sengketa medik yang lebih relevan, efektif, serta memberikan kepastian hukum bagi dokter dan pasien dalam penyelesaian sengketa medik.

1.5.3 Kerangka Pemikiran



Gambar 1. Kerangka Pemikiran

Keterangan gambar:

Penelitian ini berangkat dari hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan yang terjalin antara pasien dan dokter melalui perjanjian terapeutik yang melahirkan kesepakatan *in spaning verbintenis*. Perjanjian ini mewajibkan dokter untuk memberikan upaya terbaik sesuai dengan standar profesi medis, tanpa menjamin hasil tertentu, seperti kesembuhan pasien. Namun, sering kali pasien memiliki harapan tinggi terhadap hasil pengobatan, sehingga ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan dapat menimbulkan ketidakpuasan yang berujung pada sengketa medik.

Dalam praktiknya, berbagai faktor turut memperburuk potensi sengketa dalam pelayanan kesehatan, yang dapat menimbulkan ketidakpastian hukum bagi dokter maupun pasien. Pertama, perbedaan posisi (asimetris) antara dokter dan pasien menyebabkan ketidakseimbangan dalam hubungan hukum, terutama dalam pengambilan keputusan medis, di mana pasien sering kali memiliki keterbatasan dalam memahami tindakan medis yang diberikan. Kedua, kurangnya komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien menghambat pemahaman yang jelas mengenai prosedur medis serta hak dan kewajiban masing-masing pihak, yang pada akhirnya memperburuk ketidakpercayaan dan meningkatkan potensi konflik. Ketiga, praktik mediasi internal yang umumnya diinisiasi oleh rumah sakit (RS) sering kali tidak bersifat netral, sehingga menimbulkan kekhawatiran terhadap independensi dan imparsialitas mediator, yang pada akhirnya mengurangi kepastian hukum bagi dokter maupun pasien. Keempat, proses litigasi dalam penyelesaian sengketa medik memiliki tantangan signifikan, terutama dari aspek biaya yang tinggi dan waktu yang panjang, yang sering kali tidak proporsional dengan hasil yang diperoleh. Kelima, posisi dokter dalam sengketa medik relatif rentan, mengingat adanya risiko tuntutan hukum yang tidak hanya berdampak pada aspek hukum dan finansial, tetapi juga dapat merusak reputasi profesional serta menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap profesi medis.

Dengan mempertimbangkan kompleksitas permasalahan ini, diperlukan mekanisme penyelesaian sengketa yang lebih adil, efisien, dan berorientasi pada

perlindungan hukum bagi dokter serta pasien, salah satunya melalui mediasi sengketa medik sebagai solusi nonlitigasi.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut secara sistematis, penelitian ini mengacu pada tiga tingkatan teori hukum yang saling melengkapi sebagai landasan analisis. *Grand Theory* yang digunakan adalah Teori Perlindungan Hukum, yang menekankan pentingnya perlindungan hukum bagi semua pihak yang terlibat dalam sengketa medik guna menjamin keseimbangan hak dan kewajiban. Dalam hal ini, mediasi sengketa medik diusulkan sebagai instrumen hukum yang memberikan perlindungan secara lebih komprehensif bagi dokter dan pasien. *Middle Theory* yang diterapkan adalah Teori Perjanjian, yang menegaskan bahwa hubungan hukum antara pasien dan dokter memiliki dimensi kontraktual yang mengatur hak serta kewajiban kedua belah pihak, termasuk dalam proses penyelesaian sengketa secara sukarela melalui mediasi. *Applied Theory* yang digunakan adalah Teori Penyelesaian Sengketa, yang menyoroti efektivitas mediasi sebagai metode alternatif dalam menyelesaikan konflik medik secara lebih cepat, murah, dan damai dibandingkan dengan litigasi di pengadilan. Ketiga teori ini tidak hanya memberikan landasan konseptual bagi penelitian ini, tetapi juga membentuk kerangka kerja dalam merumuskan sistem penyelesaian sengketa yang berkeadilan bagi dokter dan pasien.

Berdasarkan kerangka pemikiran ini, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji tiga aspek utama yang menjadi fokus analisis dalam penyelesaian sengketa medik. Pertama, karakteristik mediasi sengketa medik di Indonesia, yang mencakup regulasi yang berlaku, praktik yang telah diterapkan, serta kendala dalam implementasinya. Kedua, urgensi mediasi sengketa medik sebagai dasar penyelesaian sengketa medik berbasis nilai Pancasila, dengan menitikberatkan pada nilai kemanusiaan, serta prinsip musyawarah untuk mufakat dalam menciptakan solusi yang lebih berkeadilan bagi dokter dan pasien. Ketiga, konstruksi ideal Mediasi Terapeutik sebagai solusi penyelesaian sengketa medik berbasis perlindungan bagi dokter dan pasien, yang diarahkan pada perumusan sistem mediasi yang optimal, efektif, dan adaptif terhadap dinamika hukum serta praktik medis di Indonesia. Ketiga aspek ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai posisi Mediasi Terapeutik dalam sistem hukum

kesehatan di Indonesia, serta memberikan kontribusi dalam merumuskan model penyelesaian sengketa yang lebih efektif dan berkeadilan.

1.6. Metode Penelitian

1.6.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian normatif empiris⁷⁸, yang mengkaji norma hukum yang berlaku serta bagaimana norma tersebut diterapkan dalam praktik penyelesaian sengketa medik. Pendekatan normatif digunakan untuk menganalisis hubungan hukum antara dokter dan pasien dalam perjanjian terapeutik berdasarkan Teori Perjanjian, serta mengevaluasi perlindungan hukum bagi dokter dan pasien dalam sengketa medik melalui Teori Perlindungan Hukum. Kajian ini dilakukan dengan menelaah regulasi yang mengatur pelayanan kesehatan, mekanisme penyelesaian sengketa medik, serta prinsip keadilan dalam hukum kesehatan. Sementara itu, pendekatan empiris digunakan untuk mengamati realitas penerapan hukum di lapangan, termasuk efektivitas mekanisme penyelesaian sengketa, kendala komunikasi dalam hubungan dokter-pasien, serta hambatan dalam praktik Mediasi Terapeutik sebagai alternatif penyelesaian sengketa. Dengan menggabungkan kedua pendekatan ini, penelitian ini bertujuan untuk memahami ketidakseimbangan hubungan hukum antara dokter dan pasien yang sering kali berujung pada sengketa, serta merumuskan solusi berbasis hukum yang lebih efektif, seperti optimalisasi Mediasi Terapeutik sebagai alternatif non-litigasi yang lebih efisien, adil, dan memberikan kepastian hukum bagi kedua belah pihak.

1.6.2. Pendekatan Penelitian

Peneliti dalam penelitian ini menggunakan beberapa pendekatan, sebagai berikut:

a. Pendekatan Perundang-undangan (*Statute Approach*)

Pendekatan Perundang-undangan dilakukan dengan mengkaji peraturan perundang-undangan dan regulasi serta implementasi

⁷⁸ Jonaedi Efendi dan Johnny Ibrahim, 2018, *Metode Penelitian Hukum: Normatif dan Empiris*, Jakarta: Prenada Media, hlm. 48.

kebijakan penyelesaian sengketa medik di Indonesia dan peraturan pelaksana lainnya yaitu:

- 1) UU No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa;
- 2) UU No. 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman;
- 3) UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- 4) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- 5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;
- 6) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan
- 7) Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Tahun 2012.

b. Pendekatan Konseptual (*Case Approach*)

Pendekatan konseptual dalam penelitian ini digunakan untuk membangun, mengembangkan, dan menafsirkan konsep-konsep kunci yang menjadi dasar perumusan model *Mediasi Terapeutik*. Pendekatan ini diperlukan karena beberapa konsep sentral yang digunakan, seperti hubungan terapeutik dokter-pasien, mediasi kesehatan, pemulihan kepercayaan, hingga keseimbangan perlindungan hukum dalam sengketa medik, masih belum memiliki pengertian yang seragam dalam literatur hukum Indonesia.

c. Pendekatan Historis (*Historical Approach*)

Pendekatan historis digunakan untuk menelusuri perkembangan pengaturan dan praktik penyelesaian sengketa medik di Indonesia sejak era sebelum adanya regulasi kesehatan modern hingga diberlakukannya undang-undang terbaru. Pendekatan ini membantu melihat perubahan orientasi hukum kesehatan dari masa ke masa serta memahami faktor sosial, etis, dan institusional yang membentuk kebutuhan akan mekanisme penyelesaian sengketa yang lebih

komunikatif dan berfokus pada pemulihian relasi dokter dan pasien. Dengan memahami konteks historis tersebut, peneliti memperoleh dasar normatif dan filosofis bagi perumusan model Mediasi Terapeutik.

d. Pendekatan Kasus (*Case Approach*)

Pendekatan kasus diterapkan dengan mengkaji sejumlah putusan pengadilan, keputusan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, serta penyelesaian sengketa medik lain yang relevan. Analisis atas kasus konkret membantu menunjukkan bagaimana norma diterapkan dalam praktik, hambatan yang muncul dalam proses penyelesaian sengketa, serta bagaimana interaksi antara dokter dan pasien berdampak pada eskalasi konflik. Pendekatan ini memberikan gambaran empiris mengenai pola masalah dan ketidaksesuaian antara tujuan normatif regulasi dan kenyataan di lapangan, yang kemudian menjadi dasar bagi penyusunan model Mediasi Terapeutik.

e. Pendekatan Perbandingan (*Comparative Approach*)

Pendekatan perbandingan digunakan untuk membandingkan mekanisme penyelesaian sengketa medik di berbagai negara yang telah mengembangkan mediasi kesehatan atau patient-safety mediation. Perbandingan dilakukan terhadap struktur kelembagaan, prinsip penyelesaian sengketa, teknik komunikasi dalam mediasi, serta standar perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga medis. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi praktik baik yang relevan untuk diadopsi atau disesuaikan dengan sistem hukum Indonesia, sekaligus memperkuat landasan teoretis dan praktis bagi perumusan Mediasi Terapeutik.

Pendekatan konseptual dengan mengkaji asas-asas hukum dan sistem hukum penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Selanjutnya, pendekatan komparatif, yaitu dilakukan dengan membandingkan peraturan di Indonesia dengan negara lain seperti Amerika dan Jepang tentang penyelesaian sengketa medik melalui jalur mediasi. Peneliti dalam penelitian ini juga menggunakan pendekatan penelitian empiris sebagai cara untuk menggambarkan kondisi yang terjadi di lapangan secara

factual dan apa adanya. Fungsi dari pada pendekatan ini ialah untuk mendapatkan persamaan dan perbedaan serta menjawab isu yang diteliti.

1.6.3 Jenis Data Penelitian dan Sumber Bahan Hukum

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder, dalam metode penelitian hukum, data primer merupakan sumber utama yang digunakan untuk memperoleh informasi hukum yang otentik dan relevan dengan objek penelitian. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara tertutup dengan narasumber yang memiliki keahlian di bidang Kesehatan yaitu dokter, dan pemangku kebijakan Rumah Sakit, dan pihak yang memiliki keterlibatan langsung dalam bidang kesehatan, dalam penelitian ini seperti Pasien dan atau keluarga pasien, dan pihak rumah sakit. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Urip Sumoharjo, Rumah Sakit Advent, Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo, dan Rumah Sakit Imanuel yang berlokasi di Bandar Lampung, Provinsi Lampung, Indonesia. Observasi atau studi lapangan terhadap praktik hukum yang berlangsung di masyarakat menjadi sumber data yang penting dalam memahami implementasi hukum.

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh melalui sumber bahan hukum primer, sekunder dan tersier. Dalam metode penelitian hukum, sumber bahan hukum primer merupakan sumber utama yang digunakan untuk memperoleh informasi hukum yang otentik dan relevan dengan objek penelitian, dalam penelitian ini sumber bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan, seperti:

- a. Undang-Undang (UU);

Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

- b. Peraturan Pemerintah (PP);

Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

- c. Peraturan Presiden (Perpres);

Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

Sumber primer lainnya meliputi regulasi lainnya yang menjadi dasar hukum dalam suatu sistem peraturan.⁷⁹ Putusan pengadilan, baik yang dikeluarkan oleh Mahkamah Konstitusi (MK), Mahkamah Agung (MA), maupun pengadilan tingkat pertama dan banding, juga termasuk sebagai data primer karena mencerminkan penerapan hukum dalam praktik peradilan. Putusan pengadilan yang dikaji dalam penelitian ini yaitu:

a. Putusan Mahkamah Konstitusi (MK)

- 1) Putusan Mahkamah Konstitusi No. 82/PUU-XIII/2015 Pengujian Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- 2) Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia Nomor 14/PUU-XII/2014 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

b. Putusan Mahkamah Agung (MA)

- 1) Putusan Mahkamah Agung Nomor 1001 K/Pdt/2017
- 2) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 484/Pdt.G/2013/PN.JKT.Sel
- 3) Putusan Nomor 312/Pdt.G/2014/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi Nomor 240/PDT/2016/PT.DKI jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 3695 K/PDT/2016
- 4) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 312/Pdt.G/2014/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi DKI Jakarta Nomor 240/PDT/2016/PT.DKI
- 5) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 484/Pdt.G/2013/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi DKI Jakarta Nomor 66/PDT/2016/PT.DKI
- 6) Putusan Peninjauan Kembali Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 699 PK/Pdt/2017

⁷⁹ Peter Mahmud Marzuki, 2010, Penelitian Hukum, Jakarta,:Kencana Prenada, hlm. 35

- 7) Putusan Pengadilan Negeri Bekasi Nomor 630/Pdt.G/2015/PN.Bks jo Putusan Pengadilan Tinggi Nomor 462/Pdt/2016/PT.BDG jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 1366 K/Pdt/2017
- 8) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 538/Pdt.G/2016/PN.Jkt.Sel
- 9) Putusan Pengadilan Negeri Nomor 225/PDT.G/2014/PN.BDG
- 10) Putusan Pengadilan Negeri Manado Nomor 90/PID.B/2011/PN.MDO jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012 jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 79 PK/PID/2013

Kedua, bahan hukum sekunder, yaitu bahan yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer. Pada penelitian disertasi ini, peneliti menggunakan bahan hukum sekunder yaitu segala pustaka yang berkaitan dengan penelitian ini seperti, jurnal dan artikel yang relevan. Ketiga, bahan hukum tersier, yaitu bahan yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder, dalam penelitian disertasi ini, peneliti menggunakan bahan hukum tersier kamus diantaranya yaitu, Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), dan *Black's Law Dictionary*

1.6.4. Teknik dan Alat Pengumpul Data

Teknik dan alat pengumpul data yang Peneliti pergunakan dalam penelitian ini adalah melalui pengumpulan data primer dan sekunder. Pengumpulan data primer didapat melalui wawancara, observasi, dan penyebaran kuesioner kepada dokter, pasien, dan pemangku kepentingan di lima rumah sakit di Kota Bandarlampung. Tujuan dari pengumpulan data primer ini adalah untuk memperoleh informasi langsung dari lapangan mengenai preferensi penyelesaian sengketa medik di Bandarlampung.

Sementara itu, pengumpulan data sekunder dilakukan melalui studi kepustakaan (*library research*), berupa bahan-bahan hukum baik bahan hukum primer seperti peraturan perundang-undangan, bahan-bahan hukum sekunder, yaitu bahan yang ada hubungannya dengan bahan hukum primer seperti, buku-buku, hasil penelitian, makalah dalam seminar, dan jurnal yang berkaitan dengan penelitian ini. Juga tentunya di tunjang dengan data tersier yang berisi tentang bahan-bahan yang

didapat dari kamus atau internet yang dapat di gunakan sebagai bahan penunjang penelitian ini.

1.6.5. Metode Analisis Data

Metode analisis data dalam penelitian ini menggunakan kombinasi pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menelaah pelaksanaan penyelesaian sengketa medik di Indonesia, khususnya praktik mediasi yang hingga kini belum memiliki dasar pengaturan yang spesifik. Analisis dilakukan dengan mengkaji praktik penyelesaian sengketa di lapangan serta menilai relevansi penerapan prinsip-prinsip umum dalam peraturan perundang-undangan terhadap kebutuhan penyelesaian sengketa medik melalui mediasi. Sementara itu, pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengidentifikasi preferensi para pihak dalam memilih mekanisme penyelesaian sengketa medik. Data diperoleh melalui penyebaran kuesioner kepada dokter, pasien, dan pemangku kepentingan pada lima rumah sakit di Kota Bandar Lampung.

Seluruh bahan hukum dan data empiris yang terkumpul kemudian disortir, diklasifikasikan, dan disusun secara sistematis. Analisis terhadap data normatif dilakukan dengan mensistematiskan peraturan perundang-undangan, doktrin, dan putusan pengadilan yang relevan. Proses analisis dimulai dari norma hukum positif yang berlaku dan dilanjutkan dengan penilaian menggunakan asas-asas hukum (*legal principles/grundnorms*), teori-teori hukum (*legal theories*), doktrin hukum (*legal doctrines*), serta prinsip-prinsip hukum (*normative principles*) untuk membentuk kerangka analisis yang komprehensif.

Penelitian ini bersifat deskriptif-analitis,⁸⁰ yaitu menggambarkan fenomena hukum sebagaimana terjadi di masyarakat serta menganalisisnya untuk memperoleh pemahaman yang tepat. Melalui pendekatan kualitatif, penelitian ini berupaya memahami gejala hukum dan praktik penyelesaian sengketa medik secara mendalam.

⁸⁰ Sugiyono, 2019, *Metodelogi Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif Dan R&D*, Bandung: Alfabeta, hlm 30.

Dalam rangka menghasilkan kesimpulan yang bersifat preskriptif, penelitian ini menggunakan metode analisis hukum dengan tiga tahapan utama sebagai berikut:

⁸¹

a. Deskripsi Hukum (*Legal Description*)

Pada tahap ini dilakukan identifikasi dan inventarisasi terhadap peraturan perundang-undangan, doktrin, dan putusan pengadilan yang berkaitan dengan penyelesaian sengketa medik dan pelaksanaan mediasi. Tujuannya adalah memberikan gambaran menyeluruh mengenai keadaan hukum positif yang berlaku (*das sein*).

b. Interpretasi Hukum (*Legal Interpretation*)

Tahap ini memuat proses penafsiran terhadap norma hukum untuk memahami maksud, ruang lingkup, serta nilai-nilai substantif yang terkandung di dalamnya, terutama nilai kemanusiaan, keadilan, dan musyawarah sebagai refleksi dari nilai-nilai Pancasila. Penafsiran dilakukan untuk menemukan makna hukum yang relevan bagi penyelesaian sengketa medik melalui Mediasi Terapeutik.

c. Preskripsi Hukum (*Legal Prescription*)

Tahap terakhir berisi perumusan kesimpulan dan rekomendasi normatif mengenai bagaimana hukum seharusnya dikembangkan agar mampu menjamin perlindungan hukum bagi dokter dan pasien melalui mekanisme Mediasi Terapeutik yang memberikan perlindungan berbasis nilai Pancasila. Tahap ini menghasilkan pandangan *das sollen*, yaitu arah dan pembaruan hukum untuk mewujudkan sistem penyelesaian sengketa medik yang lebih berkeadilan, humanis, dan berkeadaban.

⁸¹ Sudikno Mertokusumo, *Mengenal Hukum: Suatu Pengantar*, Yogyakarta: Universitas Atma Jaya, 2010, hlm. 57.

BAB II

PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK DALAM HUBUNGAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN

2.1 Perkembangan Hukum Kesehatan di Indonesia

Kesehatan merupakan anugerah tak ternilai yang dianugerahkan oleh Tuhan kepada setiap individu, yang wajib dijaga dan dipelihara. Kesehatan yang optimal memungkinkan manusia menjalankan berbagai aktivitas secara produktif guna memenuhi kebutuhan hidupnya. Namun demikian, tidak semua individu mampu mempertahankan kondisi kesehatannya secara baik dan berkelanjutan, sehingga dalam keadaan tertentu dibutuhkan intervensi medis melalui pelayanan kesehatan profesional.

Hukum Kesehatan merupakan peraturan hukum yang berhubungan langsung pada pemberian layanan kesehatan dan dalam pelaksanaannya berdasarkan pada 3 (tiga) aspek hukum yaitu: Hukum Perdata, Hukum Administrasi, serta Hukum Pidana. Menurut Anggaran Dasar PERHUKI (Perhimpunan untuk Hukum Kedokteran Indonesia) dijelaskan bahwa, Hukum Kesehatan merupakan semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban baik dari maupun segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara kesehatan dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman-pedoman medik, ilmu pengetahuan kesehatan dan hukum serta sumber-sumber hukum lainnya.⁸²

⁸² Husein Kerbala, 1993, *Segi-Segi Etis Dan Yuridis Informed Consent*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, hlm. 25.

Lennen mendefinisikan Hukum Kesehatan lebih luas lagi terutama pada aspek hukum yang menjadi dasar pelaksanaan pelayanan/perawatan kesehatan yaitu: dengan hukum yang meliputi ketentuan hukum yang langsung berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan dan penerapan dari Hukum Perdata, Hukum Pidana, dan Hukum Administrasi dalam hubungan tersebut, dan juga pedoman internasional, hukum kebiasaan dan yurisprudensi yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, hukum otonom, ilmu-ilmu dan literatur yang menjadi sumber Hukum Kesehatan.⁸³

Hak manusia dalam kesehatan dirumuskan oleh Harold Himsworth sebagai suatu harapan yang berhubungan dengan hal-hal yang mempengaruhi kepentingan individu dalam masyarakat tertentu yang diterima oleh konsensus pendapat dalam masyarakat tersebut sebagai hal yang dapat dibenarkan. Hak dasar manusia atau yang lebih lazim dikenal sebagai Hak Asasi Manusia bertolak dari suatu ide yang berfokus pada manusia sebagai individu dalam mencapai tujuan pokok dari hidup manusia. Ide dasar ini bertolak dari pikiran John Locke yang dituangkan dalam bukunya pada tahun 1690 yang mengatakan bahwa di dalam diri manusia dapat ditemukan asas yang merupakan hak aslinya. Dasar pemikiran ini diletakkan dalam *the United Nations Universal Declaration of Human Rights*. Dalam kaitannya dengan Hukum Kesehatan, hak atas perawatan kesehatan yang merupakan hak asasi sosial dapat ditemukan dalam *article 25 United Nations Universal Declaration of Human Rights* 1948, khususnya ayat 1.⁸⁴

Hukum Kesehatan pertama kali dikenal di dunia internasional ditandai dengan pelaksanaan Kongres Hukum Kedokteran yang bertempat di Gent, Belgia tahun 1967. Kemudian Hukum Kesehatan mulai diperkenalkan lebih jauh dan lebih luas lagi pada tahun 1979 yang saat itu bertepatan dengan diadakannya kongres kelima Asosiasi Hukum Kedokteran Dunia. Dari kongres tersebut

⁸³ Takdir, 2018, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Palopo: Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo, hlm. 5.

⁸⁴ Hermien Hadiati Koeswadji, 1998 *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 3.

kemudian melahirkan organisasi kesehatan dunia yang bernama *World Health Organization* (WHO).⁸⁵

Hukum Kesehatan kemudian berkembang pesat di beberapa belahan dunia termasuk di Negeri Belanda dan Eropa pada umumnya, serta di beberapa negara-negara maju lainnya. Berkembang pesatnya disiplin ilmu ini memang mempunyai alasan, antara lain yaitu:⁸⁶

- a. semakin meningkatnya tuntutan di bidang pelayanan kesehatan dan kedokteran, yang disertai perkembangan di bidang teknik pengobatan dan diagnostik; dan
- b. semakin meningkatnya kesadaran hukum masyarakat di bidang pelayanan kesehatan.

Perkembangan Hukum Kesehatan di Indonesia telah mengalami beberapa fase yang mencerminkan respons terhadap tantangan sosial, teknologi, dan kebutuhan masyarakat akan sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik, sebagai berikut:

2.1.1 Pra UU Kesehatan Sebelum Tahun 1992

Hukum Kesehatan merupakan bidang hukum yang masih relatif baru di Indonesia. Perkembangan Hukum Kesehatan di tanah air dimulai pada tahun 1982 dengan terbentuknya kelompok studi Hukum Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. Pembentukan kelompok studi ini dilatarbelakangi oleh peristiwa kasus Dr. Setianingrum di Pati, Jawa Tengah, pada tahun 1981, yang menyoroti perlunya regulasi dalam praktik kedokteran.⁸⁷ Pada masa itu Indonesia belum memiliki undang-undang khusus yang secara komprehensif mengatur sistem kesehatan nasional. Pengaturan mengenai kesehatan masih tersebar dalam berbagai peraturan perundangan

⁸⁵ Fransiska Litania Ea Tawa Ajo, “Penegakan Hukum Kesehatan Terhadap Kegiatan Malpraktek Di Indonesia”, *Jurnal Ilmiah Bidang Sosial, Ekonomi, Budaya, Teknologi, Dan Pendidikan*, 1/7 (2022), hlm. 1158.

⁸⁶ Takdir, *Op. Cit.*, hlm. 13.

⁸⁷ Wahyu Andrianto, “Hukum Kesehatan dalam Lintasan Sejarah: Pelajaran Berharga bagi Dokter”, *Fakultas Hukum Universitas Indonesia*, diakses 1 Mei 2025, <https://law.ui.ac.id/hukum-kesehatan-dalam-lintasan-sejarah-pelajaran-berharga-bagi-dokter-oleh-dr-wahyu-andrianto-s-h-m-h/>

undangan lain seperti Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), Peraturan Pemerintah (PP), dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), yang bersifat sektoral dan parsial.

Kelompok studi tersebut terdiri dari sejumlah dokter dan sarjana hukum yang turut serta dalam Kongres Sedunia Hukum Kedokteran di Gent, Belgia, pada tahun 1982.⁸⁸ Sebagai tindak lanjut, kelompok studi tersebut membentuk Perhimpunan Hukum Kedokteran Indonesia (PERHUKI) di Jakarta pada tahun 1983. Pada Kongres I PERHUKI yang diselenggarakan di Jakarta pada tahun 1987, nama organisasi ini kemudian berubah menjadi Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI). Perkembangan lebih lanjut terjadi pada tahun 1992, dengan disahkannya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yang merupakan hasil revisi dari Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960. Salah satu pertimbangan dalam revisi ini adalah pencabutan “*Het Reglement of de Dienst der Volkgezondheid*”, sebuah peraturan yang diterapkan pada masa kolonial Belanda untuk mengatur pelayanan kesehatan masyarakat di Hindia Belanda. Setelah kemerdekaan, peraturan ini dianggap sudah tidak relevan lagi dengan perkembangan zaman dan kebutuhan masyarakat Indonesia, sehingga dicabut dan digantikan dengan peraturan yang lebih sesuai dengan kebutuhan Indonesia pasca-kemerdekaan.

2.1.2 Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan merupakan tonggak awal hadirnya kerangka hukum yang secara khusus dan menyeluruh mengatur sistem kesehatan nasional di Indonesia. Undang-undang ini menegaskan bahwa kesehatan adalah hak setiap warga negara dan menjadi tanggung jawab negara untuk mewujudkannya melalui penyediaan layanan kesehatan yang merata dan bermutu.

UU ini menjadi dasar utama bagi regulasi di bidang kesehatan selama hampir dua dekade, mencakup aspek pelayanan, fasilitas, tenaga kesehatan, serta pembiayaan. Meskipun menjadi kemajuan penting, UU No. 23 Tahun 1992

⁸⁸ *Ibid.*, hlm. 14.

memiliki kelemahan, terutama karena belum mampu mengantisipasi secara memadai dinamika perkembangan teknologi, globalisasi layanan medis, serta tantangan baru dalam sistem kesehatan seperti penyakit tidak menular dan perubahan pola penyakit akibat modernisasi.

2.1.3 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 ini kemudian mengalami revisi, yang melahirkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU No. 36Tahun 2009).⁸⁹ Adapun yang menjadi latar belakang revisi tersebut secara umum adalah adanya lima dasar pertimbangan yaitu:⁹⁰

- a. kesehatan adalah hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan;
- b. pelaksanaan kegiatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat didasarkan pada prinsip kegiatan kesehatan yang nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan;
- c. setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan kesehatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara;
- d. pembangunan kesehatan adalah tanggung jawab pemerintah dan masyarakat; dan
- e. bahwa Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan, tuntutan dan kebutuhan hukum dalam masyarakat.

Perubahan Undang-Undang Kesehatan menandai perubahan paradigma dalam upaya pembangunan kesehatan, yang sebelumnya berfokus pada paradigma sakit. Dengan perubahan ini, fokus bergeser menjadi paradigma sehat, di mana persoalan kesehatan dilihat sebagai faktor utama dan investasi berharga.

⁸⁹ Novekawati, 2019, *Hukum Kesehatan*, Semarang: Sai Wawai Publishing, hlm. 4.

⁹⁰ *Ibid.*

Paradigma sehat ini mengutamakan upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya yang dimaksud dalam hal ini adalah:⁹¹

- a. promotif, yaitu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan yang dapat berupaya penyuluhan tentang pentingnya menjaga kesehatan;
- b. preventif, yaitu upaya pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit;
- c. kuratif, yaitu kegiatan atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditunjukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptima mungkin; dan
- d. rehabilitatif, yaitu kegiatan atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan.

UU Nomor 36 Tahun 2009 lebih jauh menegaskan bahwa hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang harus dijamin oleh negara, sebagaimana tercantum dalam Pasal 4. Dengan fokus yang lebih rinci, UU ini mengatur berbagai aspek penting dalam sistem kesehatan, seperti pelayanan kesehatan, pembiayaan, dan pengendalian penyakit, untuk memastikan keberlanjutan dan pemerataan layanan di seluruh wilayah Indonesia.

2.1.4 Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (*Omnibus Law*)

UU No. 36 Tahun 2009, meskipun menjadi landasan penting dalam sistem kesehatan Indonesia, memiliki keterbatasan untuk merespons berbagai tantangan yang muncul seiring perkembangan zaman, terutama dalam hal kemajuan teknologi, digitalisasi sistem kesehatan, dan kebutuhan untuk memperbaiki efisiensi serta pemerataan layanan kesehatan di Indonesia. Sebagai respons terhadap tantangan tersebut, pemerintah Indonesia mengesahkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU

⁹¹ *Ibid.*, hlm. 5.

No. 17 Tahun 2023), yang menggantikan UU No. 36 Tahun 2009. Undang-undang ini mengintegrasikan berbagai peraturan kesehatan menjadi satu sistem hukum yang lebih komprehensif dan adaptif terhadap perkembangan zaman.

Berlakunya UU No. 17 Tahun 2023 menandai fase baru dalam perkembangan hukum kesehatan di Indonesia. Undang-undang ini menyatukan sejumlah besar regulasi kesehatan yang sebelumnya tersebar dalam berbagai undang-undang sektoral, seperti UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dan sejumlah aturan lainnya. Penyederhanaan ini dilakukan untuk menghilangkan tumpang tindih aturan, memperjelas kewenangan, serta memperkuat koordinasi antarlembaga dalam penyelenggaraan sistem kesehatan nasional. Pendekatan omnibus tersebut diharapkan menciptakan regulasi kesehatan yang lebih efisien dan mudah diimplementasikan, baik pada tataran pemerintah pusat maupun daerah.

Perubahan mendasar juga terlihat dalam aspek kelembagaan. Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang sebelumnya dibentuk berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004 resmi digantikan oleh Konsil Kesehatan Indonesia (KKesI) melalui ketentuan Pasal 268 UU No. 17 Tahun 2023. KKesI tidak hanya membina dokter dan dokter gigi, tetapi juga seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan. Kewenangan registrasi, sertifikasi, dan resertifikasi kini dikelola dalam satu sistem konsil yang lebih terintegrasi. Pergeseran ini turut memengaruhi mekanisme penegakan disiplin profesi yang sebelumnya dilaksanakan oleh MKDKI berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004. Dengan berlakunya UU No. 17 Tahun 2023, fungsi tersebut dialihkan kepada Majelis Disiplin Profesi (MDP) sebagaimana diatur dalam Pasal 304-309 UU No. 17 Tahun 2023 dan dijabarkan lebih lanjut dalam PP No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan serta Permenkes No. 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Hal ini menghasilkan pemisahan yang lebih tegas antara ranah etik, yang tetap berada pada organisasi profesi, dan ranah disiplin, yang sepenuhnya berada di bawah kewenangan negara.

UU No. 17 Tahun 2023 juga membawa implikasi penting pada posisi organisasi profesi. Jika dalam tata kelola pemerintah UU No. 29 Tahun 2004 organisasi profesi memegang peran sentral dalam penetapan standar profesi, kode etik, sertifikasi, dan pembinaan, dalam UU No. 17 Tahun 2023 Organisasi profesi diposisikan sebagai lembaga pembinaan etik internal sebagaimana diatur dalam Pasal 331 ayat (1) UU No. 17 Tahun 2023, sementara standar profesi, registrasi, dan disiplin ditetapkan oleh negara melalui KKesI dan MDP. Struktur kelembagaan profesi kedokteran mengalami perubahan secara fundamental dengan berlakunya UU No. 17 Tahun 2023. Kondisi ini juga membuka ruang bagi pluralitas organisasi profesi, termasuk keberadaan Perkumpulan Dokter Seluruh Indonesia (PDSI). Hal ini diperkuat dengan keberadaan Pasal 311 ayat (1) UU tersebut ditegaskan bahwa “Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat membentuk organisasi profesi.” Rumusan ini tidak lagi menyebut IDI secara spesifik sebagai satu-satunya organisasi profesi dokter. Dengan demikian, sejak berlakunya UU No. 17 Tahun 2023, status IDI sebagai organisasi profesi tunggal tidak lagi diatur secara eksklusif, dan sistem ketatanagaan profesi berubah dari *single professional organization model* menuju *multi-organization model*.

Selain itu, UU No. 17 Tahun 2023 memperkuat perlindungan hak pasien melalui pengaturan yang lebih rinci mengenai hak atas informasi, hak atas pelayanan yang aman dan bermutu, serta hak atas perlakuan yang manusiawi dan nondiskriminatif (Pasal 276 dan Penjelasan UU No 17 Tahun 2023). Ketentuan ini menegaskan bahwa pasien kini diposisikan sebagai subjek hukum yang hak-haknya wajib dihormati oleh tenaga medis dan fasilitas kesehatan. UU No. 17 Tahun 2023 membangun standar normatif yang lebih komprehensif untuk menjamin terpenuhinya hak pasien dalam praktik pelayanan kesehatan.

UU No. 17 Tahun 2023 juga memberikan perlindungan signifikan bagi dokter sebagai profesi yang memiliki risiko tinggi. Perlindungan tersebut terlihat jelas dalam Pasal 440, yang membatasi bentuk dan besaran sanksi pidana dalam kasus kealpaan. Pasal 440 ayat (1) menetapkan maksimal pidana 3 tahun atau

denda Rp250.000.000 untuk kasus luka berat, dan ayat (2) menetapkan maksimal 5 tahun atau denda Rp500.000.000 untuk kasus yang mengakibatkan kematian. Adanya batas maksimal denda dan masa pidana ini memberikan kepastian hukum yang sebelumnya tidak tersedia dalam ketentuan umum Pasal 359–360 KUHP maupun dalam gugatan perdata immateriil, yang pada praktiknya dapat mencapai nilai sangat besar tanpa batas maksimum.

Pembatasan tersebut menunjukkan pengakuan negara terhadap kompleksitas praktik kedokteran dan risiko medis yang inheren. Selama dokter bertindak sesuai standar profesi, SOP, dan itikad baik, mereka tidak dapat serta-merta diperlakukan sebagai pelaku tindak pidana hanya karena komplikasi atau luaran medis yang tidak ideal. Model pengaturan ini sekaligus mencegah kriminalisasi berlebihan dan praktik *defensive medicine* yang dapat mengganggu mutu layanan kesehatan.

Dengan demikian, UU No. 17 Tahun 2023 menciptakan keseimbangan antara perlindungan hak pasien dan perlindungan profesi dokter. Hak pasien ditegaskan secara lebih kuat, sementara dokter memperoleh kepastian hukum melalui pembatasan pidana dan denda yang proporsional dibandingkan ketentuan hukum lain, termasuk potensi tuntutan perdata yang nilainya jauh lebih besar. Keseimbangan ini menjadi fondasi penting bagi pengembangan mekanisme penyelesaian sengketa medik yang lebih humanis dan restoratif, seperti Mediasi Terapeutik.

Fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan menerapkan sistem keselamatan pasien dan sistem pelaporan insiden sebagai bagian dari peningkatan mutu pelayanan. Reformasi pembiayaan kesehatan juga dilakukan dengan mempertegas dukungan pendanaan pemerintah, memperkuat layanan primer, meningkatkan kesinambungan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta memperjelas integrasi pendanaan pusat dan daerah (Pasal 2 huruf f dan 20 huruf f). Di samping itu, undang-undang ini menegaskan perlindungan hukum bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan, termasuk batasan tanggung jawab profesi dan jaminan keselamatan kerja, sebagai bentuk keseimbangan antara

perlindungan pasien dan kepastian hukum bagi tenaga kesehatan (Pasal 273, 275 ayat (2), dan 192).

Penguatan lainnya terdapat pada sistem kedaruratan dan ketahanan kesehatan nasional. UU No. 17 Tahun 2023 mengatur secara komprehensif mengenai kesiapsiagaan menghadapi bencana, wabah, dan kondisi darurat kesehatan melalui sistem surveilans terpadu, penguatan laboratorium kesehatan masyarakat (Pasal 33), serta ketahanan farmasi dan alat kesehatan dalam negeri (Pasal 322 – 333). Pengaturan ini merupakan respons atas pengalaman pandemi COVID-19, yang menunjukkan bahwa sistem hukum kesehatan harus adaptif, responsif, dan memiliki kapasitas mitigasi yang kuat. Meskipun demikian, implementasi UU No. 17 Tahun 2023 menghadapi sejumlah tantangan. Tantangan tersebut mencakup kebutuhan harmonisasi lebih dari 70 regulasi turunan, kesiapan pemerintah daerah, resistensi beberapa organisasi profesi, serta risiko tumpang tindih kewenangan antara organisasi profesi, KKesI, dan MDP. Efektivitas undang-undang ini sangat bergantung pada kualitas kebijakan turunan, kejelasan mekanisme koordinasi, dan konsistensi pelaksanaan di lapangan.

Secara keseluruhan, perkembangan hukum kesehatan di era UU No. 17 Tahun 2023 menunjukkan pergeseran menuju tata kelola kesehatan yang lebih terpusat, terintegrasi, dan berbasis negara, dengan penekanan pada perlindungan pasien, pembinaan profesi yang lebih sistematis, serta ketahanan kesehatan nasional yang lebih kuat. Reformasi ini diharapkan mampu memperbaiki berbagai kelemahan sistem kesehatan sebelumnya dan membangun fondasi hukum yang lebih stabil dan responsif untuk masa depan kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan pemaparan di atas, dapat disimpulkan bahwa Hukum Kesehatan merupakan sekumpulan ketentuan hukum yang mengatur pemeliharaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Hukum kesehatan mencakup hak dan kewajiban individu maupun masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan, serta kewajiban penyelenggara layanan kesehatan dalam berbagai aspek, termasuk

organisasi, fasilitas, standar medis, ilmu kesehatan, dan prinsip-prinsip hukum yang berlaku. Selain itu, hukum kesehatan juga mencakup penerapan hukum perdata, pidana, dan administratif dalam sektor kesehatan, dengan merujuk pada pedoman internasional, hukum kebiasaan, yurisprudensi, serta literatur terkait sebagai sumber hukum yang sah.

Kesehatan dan hukum kesehatan memiliki hubungan yang sangat erat, di mana hukum kesehatan berfungsi sebagai kerangka regulasi yang mendukung terciptanya lingkungan yang sehat. Hukum kesehatan mengatur segala aspek yang terkait dengan penyediaan layanan kesehatan, perlindungan hak pasien, serta penegakan tanggung jawab profesional bagi tenaga medis. Tanpa hukum kesehatan yang memadai, sistem pelayanan kesehatan berisiko berjalan tanpa pengawasan yang jelas, yang dapat mengancam kualitas layanan, keselamatan pasien, serta keadilan dalam distribusi sumber daya kesehatan. Hukum kesehatan berperan sebagai pengatur yang menjamin terciptanya keadilan, keselamatan, dan akses yang merata terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

2.2 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari sistem kesehatan nasional dan memiliki peran strategis dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Dalam konteks pembangunan nasional, pelayanan kesehatan diposisikan tidak hanya sebagai kebutuhan dasar manusia, tetapi juga sebagai hak asasi yang dijamin oleh negara. Hal ini sejalan dengan Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa “Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.”

Kebutuhan masyarakat yang terus berkembang, disertai dengan kemajuan teknologi kedokteran dan digitalisasi sistem informasi kesehatan, menuntut hadirnya pelayanan yang adaptif dan responsif. Oleh karena itu, hukum kesehatan tidak lagi hanya berperan sebagai pengatur administratif, tetapi juga sebagai instrumen strategis dalam menjamin mutu pelayanan, perlindungan pasien, dan profesionalisme tenaga kesehatan.

Perkembangan hukum kesehatan di Indonesia telah melalui fase penting. Mulai dari Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 yang menjadi pijakan awal sistem kesehatan modern di Indonesia, dilanjutkan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang memperkuat aspek mutu dan perlindungan tenaga kesehatan. Kini, hadirnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menjadi tonggak penting melalui pendekatan *omnibus law*, yang menyederhanakan, menyatukan, sekaligus mereformasi berbagai ketentuan hukum di sektor kesehatan.

Hukum kesehatan berperan sebagai sistem normatif yang menjamin hubungan antara pasien, tenaga kesehatan, dan institusi pelayanan berjalan secara etis, profesional, dan sesuai standar.⁹² Dengan demikian, pembahasan tentang pelayanan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari dinamika perkembangan hukum kesehatan di Indonesia.

Implementasi terhadap pelayanan kesehatan diamanahkan kepada rumah sakit yang sebagaimana dalam Pasal 1 angka 10 UU No. 17 Tahun 2023 disebutkan bahwa rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang akan menyediakan pelayanan seperti, pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Fungsi dan tugas rumah sakit ialah penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia, meningkatkan serta pemeliharaan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis, serta memberikan pelayanan pemulihan dan pengobatan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Rumah sakit memiliki kewajiban dalam memberikan pelayanan yang aman dan bermutu bagi seluruh lapisan masyarakat.

⁹² Zahir Rusyad. 2017. *Hukum Kesehatan Berperan sebagai Sistem Normatif yang Menjamin Hubungan antara Pasien, Tenaga Kesehatan, dan Institusi Pelayanan Berjalan secara Etis, Profesional, dan Sesuai Standar*. Disertasi. Universitas Brawijaya, Malang.

Berikut data jumlah rumah sakit umum di Indonesia berdasarkan kepemilikannya dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2021. Jumlah ini meningkat sebanyak 83,55% sejak tahun 2012 yang hanya sebesar 815 unit.



Chart: Aulia Mutiara Hatia Putri • Source: CEIC • Created with Datawrapper

Gambar 2. Data Jumlah Rumah Sakit di Indonesia

Sumber: CEIC Data: Indonesia | *Economic Indicators, Historic Data & Forecasts*

Berdasarkan Pasal 1 Angka 6 Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Fasilitas pelayanan kesehatan dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu sebagai berikut:

- a. Pusat Kesehatan masyarakat, yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya; dan
- b. Rumah sakit, Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan

Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu kegiatan yang meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Berdasarkan Permenkes No. 6 Tahun 2024, Standar pelayanan minimal di bidang kesehatan merupakan ketentuan mengenai jenis dan Mutu Pelayanan Dasar bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal yang wajib diterapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang dilakukan oleh suatu organisasi baik secara mandiri maupun bersama-sama untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan meningkatkan kesehatan serta menyembuhkan penyakit dan juga memulihkan masyarakat, kelompok, maupun perorangan. Upaya tersebut didukung oleh tenaga kesehatan yang memiliki komitmen tinggi dalam memberikan pelayanan yang berkualitas berdasarkan standar perilaku dan etika profesional.

Secara umum, tingkatan pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga macam yaitu:⁹³

- a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (*Primary Health Service*), merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (Basic Health Service) yang dibutuhkan oleh masyarakat dan memiliki nilai strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan ini dapat dilakukan oleh puskesmas atau balai kesehatan masyarakat lainnya;
- b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (*Secondary Health Service*), merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat lebih lanjut dan pada pelaksanaannya membutuhkan tenaga-tenaga spesialis. Jenis pelayanan kesehatan ini telah bersifat rawat inap (*in patient service*). Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis atau sejenisnya; dan

⁹³ Nurelah & Ina Kumala Wardani, 2022, *Dasar-Dasar Layanan Kesehatan*, Jakarta: Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, Dan Teknologi, hlm. 19.

- c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (*Tertiary Health Service*), merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan dibutuhkan tenaga-tentara subspesialis dalam penyelenggaraannya. Tingkatan pelayanannya lebih tinggi dan biasanya membutuhkan tenaga yang ahli atau subspesialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit yang tipe A atau tipe B.

Selain itu, terdapat tingkat pelayanan kesehatan yang merupakan salah satu bagian dari sistem pelayanan kesehatan, yang sebagaimana menurut Leavel dan Clark, pada pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan perlu ada penyesuaian dengan tingkat pelayanan yang akan diberikan. Terdapat lima tingkat pelayanan kesehatan yang selama ini dikenal dengan istilah lima tahap pencegahan yang dikemukakan oleh Leavel dan Clark, yaitu promosi kesehatan (*health promotion*), perlindungan khusus (*specific protection*), diagnosis dini dan pengobatan cepat (*early diagnosis*) dan (*prompt treatment*), pembatasan disabilitas (*disability limitation*), rehabilitasi (*rehabilitation*). Kelimanya akan dijelaskan sebagai berikut:⁹⁴

- a. promosi kesehatan merupakan tingkat pelayanan kesehatan pertama yang tujuannya ialah untuk meningkatkan status kesehatan terhadap masyarakat, dengan contoh penerapannya ialah melalui program kebersihan perorangan atau perbaikan sanitasi lingkungan;
- b. perlindungan khusus merupakan upaya untuk melindungi masyarakat terhadap bahaya atau penyakit tertentu. Contoh penerapannya ialah melalui program imunisasi atau perlindungan keselamatan kerja;
- c. diagnosis dini dan pengobatan cepat adalah upaya terhadap pelayanan kesehatan apabila sudah mulai timbul suatu gejala penyakit. Contoh penerapannya ialah dengan ditujukan untuk mencegah terjadinya penyebaran penyakit di masyarakat;
- d. pembatasan disabilitas adalah tahapan melakukan pengurangan atau pencegahan terhadap konsekuensi dari akibat penyakit yang secara klinis merupakan tahap lanjut. Contoh penerapannya ialah dengan melalui kegiatan

⁹⁴ *Ibid.*, hlm. 20.

- pelayanan pemberian terapi obat diabetes dalam mencegah kemungkinan amputasi kaki; dan
- e. rehabilitasi, adalah satu-satunya dalam kategori pencegahan tersier yang dalam pelayanannya bertujuan untuk memberi bantuan terhadap pasien agar dapat sembuh kembali dan beraktivitas seperti biasa meskipun adanya perubahan terhadap fisik atau kecacatan.

Setiap orang yang memiliki hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal dan setiap orang yang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik perorangan, keluarga, maupun lingkungannya. Pelayanan kesehatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat atau individu untuk mengatasi, menetralisasi atau menormalisasi masalah atau semua penyimpangan tentang kesehatan yang ada dalam masyarakat. Dalam sistemnya pelayanan kesehatan bergantung terhadap sumber daya manusia dalam semua aspek agar dapat berjalan secara efektif.

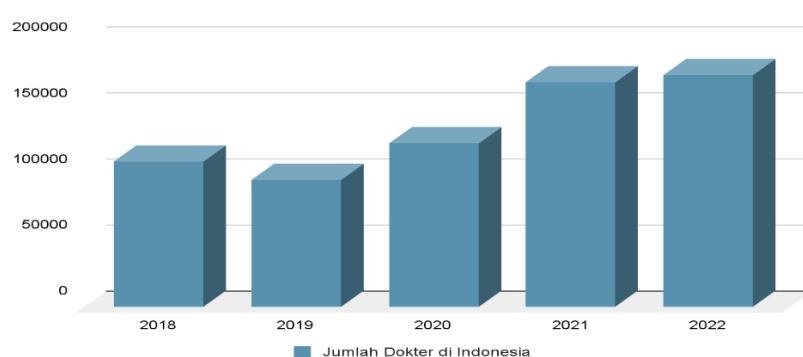
Pencapaian indikator kesehatan yang optimal sangat bergantung pada ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi tinggi. UU No. 17 Tahun 2023 memberikan pengaturan yang lebih komprehensif terkait pihak-pihak yang berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia. Berdasarkan Pasal 197, sumber daya manusia kesehatan diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok, yakni tenaga medis, tenaga kesehatan, serta tenaga pendukung atau penunjang kesehatan.

Pasal 1 Angka 6 UU No. 17 Tahun 2023 mendefinisikan tenaga medis sebagai setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan dan memiliki sikap profesional, pengetahuan, serta keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memiliki kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Klasifikasi tenaga medis diatur secara rinci dalam Pasal 198 ayat (2), yang mencakup dua jenis, yaitu dokter dan dokter gigi. Klasifikasi dokter sebagai tenaga medis meliputi dokter umum, dokter spesialis, dan dokter subspesialis. Sementara itu, tenaga medis dokter gigi terdiri atas dokter gigi umum dan dokter gigi spesialis.

Undang-Undang ini juga membedakan antara tenaga medis dan tenaga kesehatan. Berdasarkan Pasal 1 angka 7, tenaga kesehatan diartikan sebagai “Setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.” Selanjutnya, Pasal 199 mengklasifikasikan tenaga kesehatan dalam 12 kelompok, sebagai berikut:

- a. tenaga psikologi klinis;
- b. tenaga keperawatan;
- c. tenaga kebidanan;
- d. tenaga kefarmasian;
- e. tenaga kesehatan masyarakat;
- f. tenaga kesehatan lingkungan;
- g. tenaga gizi;
- h. tenaga keterapi fisik;
- i. tenaga keteknisian medis;
- j. tenaga teknik biomedika;
- k. tenaga kesehatan tradisional; dan
- l. Tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Badan Pusat Statistik (BPS) melaporkan bahwa jumlah tenaga medis di Indonesia, meliputi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis ialah sebanyak 176.110 orang pada tahun 2022. Berikut pertumbuhannya dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2022:



Gambar 3. Data Jumlah Tenaga Medis di Indonesia
Sumber: Badan Pusat Statistik (BPS)

Berdasarkan data di atas, jumlah tenaga medis di Indonesia mengalami peningkatan sebanyak 3,3% dari tahun 2021 ke tahun 2022, yang sebelumnya pada tahun 2021 sebanyak 170.541 orang. Pada tahun 2020, 2019, dan 2018, jumlah tenaga medis secara berurutan ialah sebanyak 124.449 orang, 96.692 orang dan 110.040 orang. Selanjutnya, berdasarkan data yang bersumber dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat bahwa jumlah dokter spesialis di rumah sakit secara nasional ialah sebanyak 30.347 orang per 27 Juni 2023, dengan persentase pembagian sebagai berikut:



Gambar 4. Data Jumlah Dokter Spesialis di Indonesia
Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Berdasarkan sumber data yang tersedia, dari total 30.347 dokter spesialis, jumlah terbanyak berasal dari bidang penyakit dalam, yaitu sebanyak 6.972 orang. Jumlah tersebut diikuti oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi (obgyn) sebanyak 6.050 orang, serta dokter spesialis anak sebanyak 5.499 orang. Pada peringkat berikutnya, tercatat 3.930 dokter spesialis bedah. Sementara itu, jumlah dokter spesialis anestesi dan radiologi masing-masing mencapai 3.653 orang dan 2.279 orang. Adapun jumlah dokter spesialis patologi klinik tercatat sebanyak 1.964 orang.

Tenaga medis dan tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam pembangunan pelayanan kesehatan. Dalam pemenuhan terhadap hak atas pelayanan kesehatan dan peningkatan terhadap cakupan pelayanan kesehatan hanya dapat diwujudkan melalui ketersediaan, aksesibilitas serta kualitas dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. Peran vital tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam membangun

ketahanan masyarakat terhadap sistem kesehatan ialah dengan merespon ancaman serta risiko bencana alam, bencana sosial, biologi, teknologi, yang atas kejadian tersebut mengakibatkan kesakitan, cedera, disabilitas, dan kematian.⁹⁵ Secara ideal, terdapat lima peran tenaga medis, yaitu sebagai berikut:⁹⁶

- a. penyedia layanan kesehatan (*care provider*), yaitu peran tenaga medis dan tenaga kesehatan ialah bertanggung jawab bagi kebutuhan sosial, mental, dan fisik dari pasien, serta memastikan bahwa pasien menerima pelayanan promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif secara integratif dan sudah sesuai dengan standar tertinggi;
- b. pengambil keputusan (*decision maker*), yaitu tenaga medis dan tenaga kesehatan sebagai pengambil keputusan harus mampu memberikan keputusan terbaik dengan efikasi pengobatan dan biaya yang dibutuhkan;
- c. komunikator yang baik (*communicator*), yaitu tenaga medis dan tenaga kesehatan harus mampu melakukan komunikasi dengan pasien, keluarga, serta lingkungan sekitar dengan memberikan edukasi dan persuasi demi meningkatkan kesehatan pasien;
- d. pemimpin masyarakat (*community leader*), yaitu tenaga medis dan tenaga kesehatan memiliki peran sebagai pemimpin masyarakat serta memberikan arahan dan masukan terkait peningkatan terhadap kualitas kesehatan Masyarakat; dan
- e. pengelola manajemen (*manager*), yaitu tenaga medis dan tenaga kesehatan memiliki kapasitas manajemen yang memadai dalam menyediakan layanan kesehatan yang bermutu.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan mengatur jenis layanan standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang diselenggarakan di kabupaten atau kota, yaitu sebagai berikut:

⁹⁵ World Health Organization. “Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care”, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> diakses tanggal 5 Januari 2025.

⁹⁶ Nicole M. Deiorio dan Maya M. Hammoud, 2017, *Coaching In Medical Education: A Faculty Handbook*. America: American Medical Association, hlm. 201.

Tabel 2. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Indonesia

No	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Penerima Layanan Dasar	Pernyataan Standar
1	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	Sesuai standar pelayanan antenatal	Ibu hamil	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar
2	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	Sesuai standar pelayanan persalinan	Ibu bersalin	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar
3	Pelayanan Kesehatan bayi baru lahir	Sesuai standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir	Bayi baru lahir	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
4	Pelayanan Kesehatan Balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan balita	Balita	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
5	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar	Sesuai standar skrining kesehatan usia pendidikan dasar	Anak pada usia pendidikan dasar	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
6	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif	Sesuai standar skrining kesehatan usia produktif	Warga Negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun	Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
7	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut	Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut	Warga Negara Indonesia usia 60 tahun ke atas	Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
8	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	Sesuai standar skrining kesehatan penderita hipertensi	Penderita hipertensi	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
9	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	Penderita Diabetes Melitus.	Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
10	Pelayanan Kesehatan Orang dengan gangguan jiwa berat	Sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa	Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat.	Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
11	Pelayanan Kesehatan Orang dengan TB	Sesuai standar pelayanan kesehatan TB	Orang dengan TB.	Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan

Selain tersedianya berbagai instrumen hukum dalam pelayanan kesehatan, agar pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik, perlu ada suatu badan atau lembaga pengawas yang mewakili pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tiap warga negara. Pembentukan dari penyelenggara pelayanan kesehatan diperlukan sebagai pengawas yang memastikan bahwa dalam penyelenggaraan kesehatan tersebut telah sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku untuk meningkatkan serta tercapainya pelayanan kesehatan yang bermutu.⁹⁷

2.2.1 Subjek dan Objek Pelayanan Kesehatan

Pelayanan merupakan hasil atau aktivitas yang dapat ditawarkan oleh sebuah lembaga kepada pihak lain yang biasanya tidak kasat mata, dan hasilnya tidak dapat dimiliki oleh pihak lain tersebut. Pelayanan kesehatan merupakan sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan pada masyarakat. Menurut Levey dan Loomba, pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan keluarga, kelompok, perorangan, atau masyarakat.⁹⁸ Sedangkan menurut Soekitjo Notoatmojo, pelayanan kesehatan adalah sebuah subsistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif dan promotif dengan sasaran masyarakat.⁹⁹

Pelayanan kesehatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat atau individu untuk mengatasi, menetralisasi atau menormalisasi semua masalah atau semua penyimpangan tentang kesehatan yang ada dalam masyarakat. Menurut Hodgetts dan Cascio, terdapat dua jenis pelayanan kesehatan, yaitu pelayanan

⁹⁷ Andrywan, “Kedokteran Indonesia (MKDKI) Dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) Dalam Penegakan Disiplin Kedokteran Indonesia (Studi Putusan Mahkamah Agung RI No: 298k/TUN/2012)”, *Era Hukum*, 1/2 (2016), hlm. 8

⁹⁸ Quinly Carmel Veronika Kountur, “Pertanggungjawaban Perdata Terhadap Dokter Atas Perbuatan Melawan Hukum Terhadap Pasien,” *Lex Privatum* 9/9 (2021), hlm 78.

⁹⁹ I. Gusti Ngurah Anom Cahyadi Putra Dan I. Gusti Agung Gede Arya Kadnyanan, “Pengembangan Rekomender Sistem Layanan Kesehatan Terintegrasi E-Commerce,” *Jurnal Elektronik Ilmu Komputer Udayana* 23/01 (2019) hlm. 5373.

kesehatan masyarakat dan pelayanan kedokteran. Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara perorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dan dasarnya terutama untuk kelompok dan masyarakat. Sedangkan pelayanan kedokteran ditandai dengan cara perorganisasian yang bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

Pelayanan kesehatan di Indonesia di peroleh dari tingkat puskesmas, rumah sakit, dokter praktik swasta dan lain-lain. Salah satu penilaian dari pelayanan kesehatan dapat dilihat dari pencatatan rekam medis atau rekam kesehatan. Dari pencatatan rekam medis dapat menggabarkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan juga menyumbangkan hal penting dibidang Hukum Kesehatan, pendidikan, penelitian dan akreditasi rumah sakit.

Subjek hukum menurut Soeroso ialah sesuatu yang menurut hukum berhak atau berwenang untuk melakukan perbuatan hukum atau siapa saja yang memiliki hak dan cakap bertindak dalam hukum, sesuatu pendukung hak yang menurut hukum berwenang bertindak sebagai pendukung hak, serta segala sesuatu yang menurut hukum memiliki hak dan kewajiban.¹⁰⁰ Selaras dengan pengertian subjek hukum di atas, UU No. 17 Tahun 2023 mengatur mengenai pihak-pihak yang berperan dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Diatur dalam Pasal 197 bahwa sumber daya manusia kesehatan terdiri atas tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan.

Pasal 1 Angka 6 UU No. 17 Tahun 2023 mendefinisikan Tenaga Medis sebagai setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.

¹⁰⁰ R. Soeroso, 2011, *Pengantar Ilmu Hukum*, Jakarta: Sinar Grafika.

Klasifikasi Tenaga Medis diatur dalam Pasal 198 ayat (2) UU No. 17 Tahun 2023, yaitu dokter dan dokter gigi. Klasifikasi Tenaga Medis dokter dalam Pelayanan Kesehatan Indonesia adalah dokter, dokter spesialis, dan dokter subspesialis. Kemudian klasifikasi Tenaga Medis dokter gigi terdiri atas dokter gigi, dokter gigi.

Berbeda dengan Tenaga Kesehatan, Pasal 1 angka 7 UU No. 17 Tahun 2023 memberi pengertian mengenai Tenaga Kesehatan sebagai “Setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya kesehatan.”

Tenaga Kesehatan di Indonesia diklasifikasikan dalam 12 kelompok yang diatur dalam Pasal 199 UU No. 17 Tahun 2023 sebagai berikut:

- a. tenaga psikologi klinis;
- b. tenaga keperawatan;
- c. tenaga kebidanan;
- d. tenaga kefarmasian;
- e. tenaga kesehatan masyarakat;
- f. tenaga kesehatan lingkungan;
- g. tenaga gizi;
- h. tenaga keterapiam fisik;
- i. tenega keteknisian medis;
- j. tenaga teknik biomedika;
- k. tenaga kesehatan tradisional; dan
- l. Tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Objek hukum merujuk pada segala sesuatu yang berkaitan dengan hubungan hukum atau segala hal yang menjadi pusat perhatian atau tujuan dari adanya hubungan hukum tersebut.¹⁰¹ Dalam pelayanan kesehatan, fokus utama adalah upaya penyembuhan yang dilakukan oleh dokter secara optimal. Dokter diwajibkan untuk memberikan layanan medis dengan kompetensi tinggi, menggunakan kebebasan

¹⁰¹ Nomensen Sinamo, 2023, *Hukum Kesehatan & Sengketa Medik*, Jakarta: Jala Permata Aksara, hlm. 17.

teknis dan moral sepenuhnya, serta disertai dengan rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan terhadap martabat manusia.

Objek hukum juga mencakup segala sesuatu yang bermanfaat bagi subjek hukum. Objek hukum ialah sesuatu yang berguna bagi subjek hukum (manusia atau badan hukum) dan dapat menjadi objek dalam suatu hubungan hukum, yang dapat dikatakan sebagai objek dalam Hukum Kesehatan merupakan perawatan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan baik perseorangan maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Objek Hukum Kesehatan merujuk pada perawatan kesehatan atau pelayanan kesehatan (*health care*) yang merupakan salah satu usaha untuk meningkatkan derajat kesehatan, baik pada tingkat individu maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.

2.2.2 Dasar Pengaturan Pelayanan Kesehatan

Hukum Kesehatan terkait dengan peraturan perundang-undangan dibuat untuk melindungi kesehatan masyarakat Indonesia. Peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pelayanan kesehatan ialah:

- a. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- b. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- c. Keputusan Presiden
 - 1) Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2022 tentang Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir
 - 2) Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
- d. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes)
 - 1) Permenkes No. 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.
 - 2) Permenkes No. 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi.
 - 3) Permenkes No. 1 Tahun 2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Uji Kompetensi Jabatan Fungsional di Bidang Kesehatan.

- 4) Permenkes No. 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat.
 - 5) Permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
 - 6) Permenkes No. 17 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Permenkes No. 55 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan.
 - 7) Permenkes No. 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Permenkes No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- e. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 1) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 22/KKI/KEP/V/2023 tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler
 - 2) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 62/KKI/KEP/V/2023 tentang Standar Program Fellowship Thoracic Endovascular Anesthesia dan Critical Care Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - 3) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 63/KKI/KEP/V/2023 tentang Standar Program Fellowship Interventional Pain Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - 4) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 64/KKI/KEP/V/2023 tentang Standar Program Fellowship Anestesi Paediatric Emergensi Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - 5) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 64A/KKI/KEP/V/2023 tentang Standar Program Fellowship Neurointensive Care Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - 6) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 64B/KKI/KEP/V/2023 tentang Standar Program Fellowship Neurooncology Anesthesia and Critical Care Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - 7) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 135/KKI/KEP/IV/2024 tentang Standar Pendidikan dan/atau Pelatihan untuk Kewenangan Tambahan Dokter di Bidang Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

- 8) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 24/KKI/KEP/V/2024 tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - 9) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 157/KKI/KEP/V/2024 tentang Standar Program Fellowship Bedah Onkologi Anak Dokter Spesialis Bedah Anak
 - 10) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 158/KKI/KEP/V/2024 tentang Standar Program Fellowship Bedah Neonatus Dokter Spesialis Bedah Anak
 - 11) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 159/KKI/KEP/V/2024 tentang Standar Program Fellowship Bedah Ginjal dan Ureter Kongenital Dokter Spesialis Bedah Anak
 - 12) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 160/KKI/KEP/V/2024 tentang Standar Program Fellowship Bedah Rekonstruksi Uretra-Genital Anak Dokter Spesialis Bedah Anak
 - 13) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 161/KKI/KEP/V/2024 tentang Standar Program Fellowship Bedah Hepatobilier Anak Dokter Spesialis Bedah Anak
 - 14) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 180/KKI/KEP/VI/2024 tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher
 - 15) Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 181/KKI/KEP/VI/2024 tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Penyakit Dalam
- f. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Tahun 2012
 - g. Yurisprudensi
 - 1) Putusan Pengadilan Negeri Manado Nomor 90/PID.B/2011/PN.MDO jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012 jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 79 PK/PID/2013
 - 2) Putusan No.130/Pdt.G/2013/PN.PDG
 - 3) Putusan No.225/PDT.G/2014/PN.BDG
 - 4) Putusan No.288/Pid.Sus/2018/PN.NJK
 - 5) Putusan Pengadilan Nomor 23/PDT/2018/PT.DKI

- 6) Putusan Pengadilan Nomor 146/Pdt.G/2019/PN.Ptk
- 7) Putusan Pengadilan Nomor 864/Pdt.G/2019/PN Jkt.Brt
- 8) Putusan Pengadilan Nomor 415/Pdt.G/2019/PN Sby
- 9) Putusan Pengadilan Nomor 22/PDT/2020/PT.Ptk
- 10) Putusan Pengadilan Nomor 277/PDT/2020/PT.SBY
- 11) Putusan Pengadilan Nomor 13/Pdt.G/2020/PN Mrt
- 12) Putusan Pengadilan Nomor 1324/Pdt.G/2021/PN Tng
- 13) Putusan Pengadilan Nomor 176/Pdt.G/2021/PN Blb

2.3 Hubungan Dokter Dan Pasien

2.3.1 Karakteristik

Secara etimologis, kata *karakteristik* berasal dari bahasa Yunani *kharakteristikos* yang berarti “ciri khas” atau “pembeda”. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), karakteristik diartikan sebagai sifat khusus yang dimiliki oleh seseorang, kelompok, objek, atau fenomena, yang membedakannya dari yang lain. Karakteristik merupakan bagian penting dalam proses klasifikasi atau identifikasi suatu objek kajian karena menggambarkan aspek unik atau esensial yang melekat pada objek tersebut.¹⁰²

Menurut Sugiyono, karakteristik dapat dipahami sebagai kumpulan sifat atau ciri yang dimiliki oleh subjek penelitian, baik secara fisik, perilaku, maupun dalam bentuk data statistik.¹⁰³ Dalam konteks penelitian, pengenalan terhadap karakteristik sangat penting untuk memahami konteks dan kedalaman data yang dikaji. Sementara itu, Creswell menekankan bahwa karakteristik dalam penelitian kualitatif sering digunakan untuk mendeskripsikan latar belakang partisipan, konteks sosial, atau dinamika subjek, sedangkan dalam penelitian kuantitatif karakteristik lebih bersifat numerik, seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan sebagainya.¹⁰⁴ Dengan demikian, karakteristik menjadi

¹⁰² Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2016, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta: Kemdikbud.

¹⁰³ Sugiyono, 2017, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Bandung: Alfabeta, hlm. 29.

¹⁰⁴ John W. Creswell, 2014, *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, ed. ke-4, California: SAGE Publications, hlm. 185.

unsur penting yang membantu peneliti membangun kerangka analisis yang akurat dan kontekstual.

Mulyohadi Ali¹⁰⁵ menyebutkan bahwa pasien sebagai klien dalam pelayanan medis merupakan orang yang memerlukan pertolongan dokter karena penyakitnya dan dokter adalah orang yang dimintai pertolongan karena kemampuan profesinya dianggap mampu mengobati penyakit. Hubungan ini terjadi ketika dokter bersedia menerima pasien. Hubungan antara individu yang memerlukan pertolongan medis (pasien) dan individu yang memiliki kompetensi untuk memberikan pertolongan tersebut (dokter) pada umumnya bersifat tidak seimbang. Dalam hubungan ini, dokter berada pada posisi yang lebih kuat karena memiliki pengetahuan, keterampilan, dan otoritas professional, sedangkan pasien berada pada posisi yang lebih lemah dan rentan. Kesenjangan yang ada dalam aspek pengetahuan, keterampilan, maupun kekuasaan tersebut, menempatkan pasien sebagai pihak yang memerlukan perlindungan lebih. Sebaliknya, dokter sebagai pihak yang lebih berkuasa harus tunduk pada prinsip-prinsip etika medis dan regulasi hukum yang ada untuk mencegah tindakan yang dapat merugikan pasien dan menguntungkan dirinya sendiri. Selain itu, dokter juga memiliki kewajiban moral untuk menghormati martabat pasien sebagai manusia, bersikap bijaksana tidak memanfaatkan kelemahan pasien untuk kepentingan pribadi

Hubungan antara dokter dan pasien juga disertai dengan adanya permintaan imbalan jasa dari dokter atas pelayanan medis yang diberikan dan kesediaan pasien untuk memenuhinya. Interaksi ini melahirkan suatu hubungan kontraktual, di mana masing-masing pihak memiliki hak dan kewajiban yang harus dipatuhi sesuai prinsip keadilan dalam layanan kesehatan.¹⁰⁶ Jika salah satu pihak tidak memenuhi kewajibannya, maka timbul konsekuensi hukum

¹⁰⁵ Konsil Kedokteran Indonesia, 2006, *Manual Komunikasi Efektif Dokter–Pasien*, Jakarta: Grasindo.

¹⁰⁶ Anggraeni Endah Kusumaningrum, “Analisis Transaksi Terapeutik Sebagai Sarana Perlindungan Hukum Bagi Pasien”, *Yustisia Merdeka*, 5/2 (2019), hlm. 84.

atas pelanggaran kesepakatan tersebut, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023.

Dalam hubungan ini, faktor kepercayaan menjadi elemen yang sangat krusial. Kepercayaan yang terjalin antara dokter dan pasien berfungsi untuk menjaga hubungan profesional yang kondusif, yang berorientasi pada upaya penyelesaian masalah kesehatan pasien. Pasien diharapkan bersikap jujur dalam mengungkapkan seluruh informasi yang diperlukan oleh dokter, termasuk hal-hal yang bersifat pribadi. Sebaliknya, dokter wajib bersikap jujur dalam menjelaskan prosedur, risiko, dan upaya medis yang akan dilakukan. Selain itu, dokter berkewajiban menjaga kerahasiaan informasi medis pasien dan dilarang mengungkapkannya kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien, kecuali apabila diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan.¹⁰⁷

Perlindungan bagi pasien dan rambu-rambu untuk dokter dibina melalui beberapa mekanisme berikut:

a. Penerapan Prinsip Etika Kedokteran:

- 1) Otonomi pasien: pasien berhak mengambil keputusan atas tindakan medis yang akan dijalani¹⁰⁸;
- 2) *Beneficence*: dokter wajib mengutamakan kepentingan terbaik bagi pasien¹⁰⁹;
- 3) *Non-maleficence*: dokter harus menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien¹¹⁰; dan
- 4) Keadilan: setiap pasien berhak mendapatkan pelayanan medis yang adil tanpa diskriminasi¹¹¹.

b. Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kesehatan:

¹⁰⁷World Medical Association, WMA International Code of Medical Ethics, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>, Diakses 29 April 2025.

¹⁰⁸ Tom Beauchamp dan James Childress, “Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary,” *American Journal of Bioethics* 19/11 (2019) hlm. 9–12

¹⁰⁹ Gillon, R., “Medical Ethics: Four Principles Plus Attention to Scope,” *BMJ* , 309/6948 (1994) hlm. 184–188.

¹¹⁰World Medical Association, WMA International Code of Medical Ethics, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>, Diakses 29 April 2025.

¹¹¹ Tom Beauchamp dan James Childress, *Loc.Cit.*

- 1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2025 tentang Kesehatan: Mengatur hak pasien, kewajiban dokter, ketentuan *informed consent*, dan penyelesaian sengketa medik.
- c. Standar dan Pedoman Profesi Medis berdasarkan KODEKI 2012:
 - 1) menetapkan kewajiban moral dan profesional dokter terhadap pasien, sejawat, dan masyarakat; dan
 - 2) pedoman *informed consent*: Mengharuskan dokter memberikan informasi yang lengkap dan akurat sebelum tindakan medis dilakukan
- d. Pembinaan dan Pengawasan oleh Organisasi Profesi: Konsil Kedokteran Indonesia (KKI): Melakukan registrasi, sertifikasi kompetensi, serta membina dan mengawasi pelaksanaan etika dan disiplin dokter
- e. Mekanisme Penyelesaian Sengketa dan Perlindungan Hukum:
 - 1) mediasi dalam sengketa medik: Memberikan forum penyelesaian sengketa tanpa harus melalui proses litigasi¹¹²; dan
 - 2) Gugatan perdata atau pidana: Memberikan hak kepada pasien untuk menuntut apabila terjadi kelalaian atau pelanggaran hak¹¹³

Sebenarnya pola dasar hubungan antara dokter dan pasien, terutama berdasarkan keadaan sosial budaya dan penyakit pasien, menurut Szas dan Hollender dapat dibedakan menjadi tiga yaitu:¹¹⁴

- a. *Acrivity-Passivity*, pola hubungan ini terjadi pada pasien yang keselamatan jiwanya teracam, atau sedang tidak sadar, atau menderita gangguan mental berat. Pola terapi terjadi dalam keadaan pasien tidak berdaya;

¹¹² Šustek, P., dan Holčapek, T., “Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice Disputes,” dalam Radic, Z., Roncevic, A., dan Yongqiang, L. (eds.), *Economic and Social Development: 22nd International Scientific Conference on Economic and Social Development – The Legal Challenges of Modern World*, Book of Proceedings (2017) hlm. 233–242

¹¹³ I. G. Cohen, Allison K. Hoffman, dan William M. Sage, 2016, *The Oxford Handbook of U.S. Health Law*, Oxford: Oxford University Press

¹¹⁴ Wiily F. Maramis dan Handoko Daeng, 2005, *Ethical Aspect in Patient-Doctor Relationship*, Surabaya: Bioethic Units Airlangga University School of Medicine, hlm. 21.

- b. *Guidance-Cooperation*, menggambarkan hubungan dokter dan pasien yang menyerupai interaksi antara orang tua dan remaja. Pola ini terjadi pada kasus penyakit ringan hingga akut, di mana pasien tetap sadar, memiliki kehendak sendiri, dan bersedia bekerja sama. Dokter, meskipun memiliki otoritas keilmuan lebih tinggi, tidak bertindak sepihak, melainkan membimbing pasien melalui nasihat dan anjuran medis. Hubungan ini menekankan kolaborasi aktif, kepercayaan, dan keterlibatan pasien dalam proses penyembuhan; dan
- c. *Mutual Participation*, filosofi dasar dari pola pendekatan ini adalah berdasarkan pemikiran bahwa setiap manusia memiliki martabat dan hak yang sama. Pola ini terjadi pada pasien yang aktif dalam menjaga kesehatan, seperti melakukan medical check-up, atau pada pasien dengan penyakit kronis seperti hipertensi atau diabetes melitus. Dalam model ini, pasien secara sadar dan aktif berperan dalam pengobatan dirinya sendiri, bekerja sama dengan dokter dalam pengambilan keputusan medis dan merencanakan pengelolaan penyakit

Menurut Darmono¹¹⁵, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi hubungan dokter dan pasien, yang mana hal ini akan menyebabkan adanya jarak. Faktor-faktor tersebut ialah:

- a. perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran;
- b. berkembangnya industri pelayanan kesehatan;
- c. meningkatnya kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kedokteran mutakhir dan bermutu;
- d. meningkatnya faktor pendidikan, pengetahuan, arus informasi, dan kesadaran hukum masyarakat; dan
- e. perkembangan masyarakat global yang menyebabkan pengabdian profesi kedokteran semakin kompleks, yang semakin mengarah kepada hubungan kontraktual.

¹¹⁵ Darmono SS, 2006, Peningkatan Kualitas Pelayanan, Hubungan Dokter-Pasien dan Pencegahan Timbulnya Malpraktik, dalam CPD (*Continuing Professional Development*): Pencegahan & Penanganan Kasus Dugaan Malpraktik, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, hlm. 56.

Dalam hubungan kontraktual, hubungan antara *demand* dan *supply* dalam pelayanan kesehatan dapat menimbulkan kesulitan bagi dokter, terutama terkait dengan perhitungan keuntungan dan kerugian pribadi. Pengabdian profesi kedokteran tidak dapat terlepas dari perubahan dalam masyarakat, di mana hubungan dokter-pasien tidak lagi seperti zaman dahulu ketika jumlah dokter masih terbatas. Saat ini, hubungan dokter dengan pasien lebih bersifat setara, dan dengan meningkatnya pengetahuan, informasi, serta pendidikan, pasien semakin menuntut pemenuhan hak-haknya dalam pelayanan kesehatan.¹¹⁶

Hubungan dokter-pasien seharusnya tidak hanya bersifat kontraktual. Pasien kini menginginkan dokter yang memiliki sikap ramah, memberikan pelayanan berkualitas, serta memiliki pendekatan yang berorientasi pada pasien (*client-centered approach*). Dokter yang dibutuhkan adalah yang dapat menunjukkan sikap yang baik dan mampu memahami kebutuhan pasien, membangun hubungan yang lebih manusiawi, dan menjunjung tinggi pelayanan yang memuaskan¹¹⁷

2.3.2 Landasan Etik Hubungan Dokter dengan Pasien

Menurut Tom L. Beauchamp dan James F. Childress, terdapat empat landasan etik utama dalam hubungan dokter dan pasien yang disebut "*Four Principles Approach*" yang pertama kali diperkenalkan dalam buku mereka *Principles of Biomedical Ethics* (1979). Keempat prinsip ini menjadi landasan etika medis yang menjadi acuan global dalam praktik kedokteran dan penelitian biomedis. Prinsip-prinsip ini juga banyak diadopsi dalam berbagai kode etik kedokteran, seperti Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan *Declaration of Geneva* oleh World Medical Association (WMA), keempat prinsip ini yaitu:¹¹⁸

¹¹⁶ Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press (2021) hlm. 266.

¹¹⁷ Gonzalez, A., Kortlever, J., Rijk, L., Ring, D., Brown, L., dan Reichel, L., "Is There a Correlation Between the Patient-Doctor Relationship Questionnaire and Other Patient-Reported Experience Measures?," *Patient Experience Journal* 7/1 (2020) hlm. 44–50,

¹¹⁸ Garrett Cullity, 2007, "Beneficence" dalam *Principles of Health Care Ethics*, ed. Angus Dawson, Richard Ashcroft, John McMillan, & Heather Draper, Chichester: Wiley, hlm. 19-26

- a. *Autonomy*, yaitu Pasien memiliki hak untuk membuat keputusan mengenai kesehatannya sendiri berdasarkan informasi yang diberikan oleh dokter. Dokter harus menghormati pilihan pasien, termasuk hak untuk menerima atau menolak pengobatan;
- b. *Beneficence*, yaitu dokter berkewajiban untuk bertindak demi kebaikan pasien dengan memberikan perawatan yang terbaik dan mengutamakan kesejahteraan pasien;
- c. *Non-Maleficence*, yaitu dokter harus menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien, baik secara fisik maupun psikologis. Prinsip ini sering dinyatakan dalam kaidah "Primum non nocere" (Pertama, jangan membahayakan); dan
- d. *Justice*, yaitu dokter harus memperlakukan semua pasien secara adil dan setara dalam pemberian layanan kesehatan, tanpa diskriminasi, serta mempertimbangkan distribusi sumber daya kesehatan yang adil.

Selain keempat prinsip universal tersebut, KODEKI secara lebih mendalam menambahkan beberapa prinsip yang juga menjadi landasan etik dalam hubungan dokter dan pasien, yaitu:

- a. Kepercayaan (*Trust*), Hubungan dokter dan pasien dibangun atas dasar kepercayaan, di mana pasien mempercayakan kesehatannya kepada dokter, dan dokter bertanggung jawab untuk memberikan perawatan terbaik dengan kompetensi yang dimiliki;
- b. Kerahasiaan Medis (*Confidentiality*), Dokter wajib menjaga kerahasiaan informasi medis pasien, kecuali dengan persetujuan pasien atau bila diwajibkan oleh hukum; dan
- c. Persetujuan yang Diberikan dengan Paham (*Informed Consent*): Sebelum melakukan tindakan medis, dokter harus memberikan informasi yang cukup kepada pasien mengenai kondisi medis, pilihan pengobatan, serta risiko dan manfaat yang terkait, dan memperoleh persetujuan dari pasien.

Prinsip etis dalam kedokteran merupakan seperangkat nilai dasar yang menjadi landasan moral bagi tenaga medis dalam mengambil keputusan yang benar, bertanggung jawab, dan berorientasi pada kepentingan pasien. Prinsip-prinsip etis

tersebut memberikan arah bagi dokter untuk bertindak dengan integritas, profesionalisme, dan rasa kemanusiaan dalam setiap tindakan medis. Melalui prinsip etis ini, dokter diharapkan mampu menyeimbangkan aspek ilmiah, moral, dan sosial dalam praktik kedokteran, sehingga setiap keputusan medis mencerminkan penghormatan terhadap martabat manusia serta menjamin hak pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan berkeadilan.

Dalam konteks kelembagaan profesi, KODEKI berperan sebagai pedoman utama yang mengatur perilaku profesional dokter di Indonesia.¹¹⁹ KODEKI yang berlaku saat ini adalah KODEKI tahun 2012, yang disusun, disahkan, dan diberlakukan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) melalui Keputusan Muktamar IDI ke-28 di Makassar tahun 2012. Proses penyusunannya dilakukan oleh Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dalam Rapat Kerja Nasional pada tanggal 3–4 Januari 2012 di Jakarta, dengan mempertimbangkan perkembangan ilmu pengetahuan, kemajuan teknologi kedokteran, serta dinamika etika global yang terus berkembang. KODEKI dirancang secara sistematis dan komprehensif untuk menjadi standar etik nasional yang mengatur hubungan dokter dengan pasien, sejawat, dan masyarakat.

Struktur KODEKI disusun secara sistematis untuk mencerminkan tatanan nilai dan prinsip moral yang menjadi dasar perilaku profesional seorang dokter. KODEKI terdiri atas beberapa bagian pokok, yaitu Mukadimah yang menjelaskan landasan filosofis serta tujuan penyusunan kode etik; Kewajiban Umum yang memuat tanggung jawab moral dan sosial dokter dalam menjalankan profesinya; Kewajiban terhadap Teman Sejawat yang menekankan pentingnya solidaritas, saling menghormati, dan kerja sama antarprofesi; serta Kewajiban terhadap Diri Sendiri yang mengatur pentingnya menjaga integritas pribadi, kesehatan jasmani dan rohani, serta pengembangan kompetensi secara berkelanjutan. Melalui struktur tersebut, KODEKI berfungsi sebagai pedoman etis yang mengintegrasikan nilai

¹¹⁹ Chrystofel Babys, Rafles Dioniki, dan Hudi Yusuf, “Tugas dan Peranan Penting Organisasi Profesi Ikatan Dokter Indonesia (IDI)”, *Jurnal Intelek Insan Cendikia*, 2/1 (2025), hlm. 1423–1427.

moral, ilmu pengetahuan, dan praktik kedokteran dalam konteks sosial, hukum, serta budaya Indonesia .

Selanjutnya, substansi norma etika dalam KODEKI berakar pada ajaran filsafat kewajiban (*deontologi*), yang menempatkan tanggung jawab moral sebagai inti dari hubungan antara dokter dan pasien. Pandangan ini menegaskan bahwa tindakan medis tidak semata-mata bersifat teknis, melainkan juga merupakan manifestasi dari nilai-nilai kemanusiaan yang menghormati martabat dan hak pasien. Dengan demikian, KODEKI tidak hanya mengatur perilaku profesional dokter, tetapi juga memberikan arah moral dan pedoman reflektif dalam menghadapi dilema etika yang timbul akibat kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Sejalan dengan prinsip tersebut, KODEKI menegaskan pentingnya tanggung jawab profesional, solidaritas kesejawatan, dan proporsionalitas dalam pelaksanaan tugas dan pemberian jasa medis. Ketiga prinsip ini dimaksudkan untuk menjaga keseimbangan antara hak, kewajiban, dan kepentingan baik dari sisi dokter maupun pasien, serta untuk menjamin keberlanjutan praktik kedokteran yang beretika di tengah dinamika sosial dan tantangan global. Secara umum, KODEKI mengatur kewajiban-kewajiban utama dokter terhadap pasien, sejawat, diri sendiri, dan masyarakat, sebagai wujud pengamalan nilai-nilai etika profesi yang berorientasi pada kemanusiaan, keadilan, dan tanggung jawab social, sebagai berikut:

- a. Kewajiban umum yang diatur dalam Pasal 1-9 KODEKI sebagai berikut:
 - 1) setiap dokter wajib menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dan atau janji dokter;
 - 2) seorang dokter wajib selalu melakukan pengambilan keputusan profesional secara independen, dan mempertahankan perilaku profesional dalam ukuran yang tertinggi;
 - 3) dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi;
 - 4) seorang dokter wajib menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri;

- 5) tiap perbuatan atau nasihat dokter yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik, wajib memperoleh persetujuan pasien/ keluarganya dan hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien tersebut;
 - 6) setiap dokter wajib senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan atau menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan terhadap hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat;
 - 7) seorang dokter wajib hanya memberi surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya;
 - 8) seorang dokter wajib, dalam setiap praktik medisnya, memberikan pelayanan secara kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan atas martabat manusia; dan
 - 9) seorang dokter wajib bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya pada saat menanganipasien dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan.
- b. Kewajiban dokter terhadap pasien diatur dalam Pasal 14-17 KODEKI sebagai berikut:
- 1) seorang dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan seluruh keilmuan dan ketrampilannya untuk kepentingan pasien, yang ketika ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, atas persetujuan pasien/ keluarganya, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian untuk itu;
 - 2) setiap dokter wajib memberikan kesempatan pasiennya agar senantiasa dapat berinteraksi dengan keluarga dan penasihatnya, termasuk dalam beribadat dan atau penyelesaian masalah pribadi lainnya;
 - 3) setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan

- 4) setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu wujud tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.
- c. Kewajiban terhadap teman sejawat profesi kedokteran diatur dalam Pasal 18 dan 19 KODEKI sebagai berikut:
 - 1) setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan; dan
 - 2) setiap dokter tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat, kecuali dengan persetujuan keduanya atau berdasarkan prosedur yang etis.
- d. Kewajiban terhadap dokter itu sendiri diatur dalam Pasal 20 dan 21 KODEKI sebagai berikut:
 - 1) setiap dokter wajib selalu memelihara kesehatan, supaya dapat bekerja dengan baik; dan
 - 2) setiap dokter wajib senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/kesehatan.

Eksistensi dan keberlakuan KODEKI 2012 tidak hanya memiliki dimensi moral, tetapi juga memperoleh legitimasi hukum dalam sistem hukum kesehatan nasional. Dasar hukumnya tercantum dalam Pasal 8 huruf f Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU No. 29 Tahun 2004), yang menyatakan bahwa “Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai wewenang melakukan pembinaan bersama terhadap dokter dan dokter gigi mengenai pelaksanaan etika profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi.” Dalam penjelasan pasal tersebut ditegaskan bahwa “etika profesi adalah kode etik dokter dan kode etik dokter gigi yang disusun oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI).”

Berdasarkan ketentuan tersebut, sebelum berlakunya UU No. 17 Tahun 2023, KODEKI diakui sebagai satu-satunya kode etik kedokteran yang sah dan berlaku secara nasional di Indonesia. Pengakuan ini ditegaskan baik dalam ketentuan perundang-undangan maupun dalam praktik kelembagaan, di mana Kementerian Kesehatan Republik Indonesia secara resmi hanya mengakui KODEKI yang

diterbitkan oleh IDI sebagai pedoman etik resmi bagi profesi kedokteran. Hal ini juga sejalan dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, khususnya Pasal 21 ayat (2), yang mewajibkan dokter dalam menjalankan praktik untuk mematuhi “standar profesi, standar prosedur operasional, dan kode etik kedokteran.”

Pada masa berlakunya UU No. 29 Tahun 2004, KODEKI memiliki legitimasi hukum yang kuat serta menjadi dasar normatif utama dalam pembinaan, pengawasan, dan penegakan etika profesi kedokteran di Indonesia. Pelaksanaan fungsi tersebut dijalankan melalui mekanisme kelembagaan yang melibatkan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), IDI, dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) secara sinergis. Dalam konteks tersebut, KKI menggunakan KODEKI sebagai acuan utama dalam menilai perilaku etis dokter serta memastikan bahwa setiap praktik kedokteran dijalankan sesuai dengan standar moral dan profesional yang telah ditetapkan organisasi profesi.

Selain berperan sebagai pengawas penerapan KODEKI, KKI juga memiliki kewenangan untuk memberikan sanksi terhadap pelanggaran etika yang dilakukan oleh dokter, sesuai dengan mekanisme dan prosedur yang diatur dalam Pasal 8 huruf f UU No. 29 Tahun 2004 dan peraturan pelaksananya. Di samping itu, KKI bertanggung jawab melakukan pembinaan profesi dokter secara terpadu bersama pemerintah dan organisasi profesi, dalam rangka menjaga mutu pelayanan kedokteran serta menjamin terlaksananya praktik medis yang berorientasi pada keselamatan pasien, tanggung jawab sosial, dan kepastian hukum bagi masyarakat maupun tenaga medis.¹²⁰ Dengan demikian, pada periode tersebut, KODEKI tidak hanya berfungsi sebagai pedoman moral, tetapi juga sebagai instrumen hukum profesi yang memiliki kedudukan formal dalam sistem hukum kesehatan nasional.

Setelah berlakunya UU No. 17 Tahun 2023, status hukum KODEKI mengalami perubahan yang signifikan. Undang-undang baru ini secara tegas mencabut UU No.

¹²⁰ Sadiida Az Zahrah An Nahl dan Hudi Yusuf, “Aspek Hukum Administrasi dalam Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004”, *Jurnal Intelek Insan Cendikia*, 1/9 (2024), hlm. 4988–5007.

29 Tahun 2004 melalui Pasal 454 huruf c sehingga dasar hukum langsung yang sebelumnya memberikan legitimasi terhadap KODEKI tidak lagi berlaku. Dalam tata kelola pemerintah hukum kesehatan yang baru, pengaturan mengenai etika profesi kedokteran tidak lagi diatur secara eksplisit, karena fokus utama diarahkan pada penegakan disiplin profesi oleh Majelis Disiplin Profesi (MDP) yang berada di bawah koordinasi Konsil Kesehatan Indonesia (KKesI), lembaga yang menggantikan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), dan Kementerian Kesehatan.

Meskipun demikian, KODEKI tetap diakui secara moral dan fungsional sebagai norma etik internal organisasi profesi, sebagaimana diatur dalam Pasal Pasal 311 ayat (1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, yang memberikan hak kepada tenaga medis untuk membentuk dan menjadi anggota organisasi profesi. Dengan ketentuan tersebut, IDI tetap memiliki kewenangan untuk menetapkan dan menegakkan kode etik profesi dokter melalui MKEK sebagai lembaga etik internal. Oleh karena itu, meskipun KODEKI tidak lagi memiliki kedudukan sebagai norma hukum publik yang secara langsung diakui oleh negara, keberlakunya tetap efektif dan mengikat secara etik di lingkungan IDI sebagai pedoman moral profesi kedokteran yang menjaga martabat, integritas, dan profesionalisme dokter di Indonesia.

2.3.3 Aspek Hukum dalam Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan merupakan cabang hukum yang secara khusus mengatur hubungan hukum yang timbul dalam bidang kesehatan, baik antara individu, masyarakat, tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, maupun negara. Aspek hukum dalam hukum kesehatan meliputi seperangkat norma, prinsip, dan mekanisme penegakan hukum yang bertujuan untuk melindungi hak atas kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia, mengatur kewajiban profesi medis, dan memastikan standar pelayanan kesehatan yang berkualitas.

a. Aspek Hukum Administrasi

Hukum kesehatan mengandung aspek hukum administrasi yang mengatur persyaratan perizinan, akreditasi, standar operasional, serta kewajiban administratif fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga medis. Pelanggaran

administratif, seperti praktik tanpa izin atau tidak memenuhi standar pelayanan, dapat dikenai sanksi administratif berupa teguran, pencabutan izin, atau denda administratif.¹²¹

Pelanggaran Hukum Administrasi dalam praktik kedokteran pada dasarnya merupakan pelanggaran terhadap kewajiban yang diatur dalam Hukum Administrasi Kedokteran.¹²² Dalam kewajibannya, administrasi kedokteran dapat dibedakan menjadi dua kategori kewajiban, yaitu:

- 1) kewajiban administrasi dokter yang berhubungan dengan kewenangan sebelum dokter berbuat. Kewajiban ini mencakup persiapan administratif yang harus dilakukan oleh dokter sebelum melakukan tindakan medis, seperti pengurusan izin praktik, pendaftaran tenaga medis, dan verifikasi kelayakan untuk memberikan layanan medis. Kewajiban ini bertujuan untuk memastikan bahwa dokter memiliki kewenangan yang sah untuk menjalankan profesi sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku; dan
- 2) kewajiban administrasi pada saat dokter sedang melakukan pelayanan kesehatan. Kewajiban ini berkaitan dengan prosedur administratif yang harus dijalankan selama dokter memberikan pelayanan medis kepada pasien, seperti pembuatan dan pemeliharaan rekam medis, pengelolaan data pasien, serta pelaksanaan prosedur medis yang sesuai dengan standar profesional dan regulasi yang berlaku.

Kewenangan praktek kedokteran diatur dalam Pasal 260 Ayat (1) dan Pasal 263 Ayat (1) UU No. 17 Tahun 2023, syarat administrasi untuk dapat melakukan praktik antara lain yaitu:

- 1) setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang akan menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi;
- 2) jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan tertentu dalam menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki izin (Surat Izin Praktik);

¹²¹ *Ibid.*, hlm. 118.

¹²² Diana Haiti, "Tanggung Jawab Dokter Dalam Terjadinya Malpraktik Medik Ditinjau Dari Hukum Administrasi," *Badamai Law Journal*, 2/2 (2017), hlm. 74.

- 3) sedangkan berdasarkan Pasal 246 ayat (1) tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan dalam negeri yang melaksanakan praktik di Indonesia harus:
- memiliki STR; dan
 - memiliki SIP.

Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/6/2024 tentang Penyelenggaraan Perizinan Bagi Tenaga Medis Dan Tenaga Kesehatan pasca terbitnya UU No. 17 Tahun 2023. yang menjalankan pekerjaan sesuai dengan bidang profesiya di wilayah negara Republik Indonesia antara lain sebagai berikut:

- 1) Surat Izin Dokter (SID) adalah izin yang dikeluarkan bagi dokter spesialis yang menjalankan pekerjaan sesuai dengan bidang profesiya di wilayah Negara Republik Indonesia;
- 2) Surat Izin Praktik (SIP) adalah surat izin yang dikeluarkan bagi dokter spesialis yang menjalankan pekerjaan sesuai bidang profesiya sebagai swasta perorangan di samping tugas atau fungsi lain pada pemerintah atau unit pelayanan kesehatan swasta;
- 3) Surat Izin Praktik (SIP) perorangan semata-mata adalah izin yang dikeluarkan bagi dokter spesialis yang menjalankan pekerjaan sesuai dengan profesiya sebagai swasta perorangan semata-mata tanpa tugas pada pemerintah atau unit pelayanan kesehatan swasta.

Terpenuhinya syarat administrasi kedokteran yang berkaitan dengan kewenangan dokter, tidak menjadi jaminan untuk tidak timbulnya malpraktik. Dalam konteks Hukum Administrasi, sengketa ini biasanya melibatkan pelanggaran terhadap aturan dan standar administratif yang telah ditetapkan oleh lembaga berwenang. Berikut adalah penjelasan mengenai beberapa jenis sengketa medik yang masuk dalam kategori Hukum Administrasi:

- 1) Izin Praktik Dokter Tidak Sah atau Dicabut
Sengketa ini terjadi ketika izin praktik dokter dinyatakan tidak sah atau dicabut oleh otoritas kesehatan akibat pelanggaran administrasi,

seperti pemalsuan dokumen atau ketidakpatuhan terhadap aturan perpanjangan izin. Hal ini dapat mengganggu kredibilitas dokter dan menimbulkan implikasi hukum bagi pelayanan kesehatan yang diberikan.

2) Pelanggaran Standar Operasional Rumah Sakit

Rumah sakit wajib mematuhi standar operasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan lembaga terkait. Pelanggaran standar ini, seperti ketidakpatuhan terhadap protokol kebersihan atau pengelolaan limbah medis, dapat menimbulkan sengketa administrasi yang memengaruhi izin operasional rumah sakit.

3) Kegagalan Pengelolaan Rekam Medis

Rekam medis merupakan dokumen penting yang mencatat riwayat kesehatan pasien. Sengketa dapat timbul jika rekam medis tidak dikelola dengan baik, misalnya kebocoran data pasien atau penggunaan data tanpa izin yang melanggar Hukum Administrasi perlindungan data pribadi.

4) Penggunaan Peralatan Medis Tidak Memenuhi Standar

Peralatan medis yang tidak memenuhi standar keselamatan dan kualitas dapat menimbulkan risiko besar bagi pasien. Sengketa administratif dapat timbul jika rumah sakit atau tenaga medis menggunakan peralatan yang belum terverifikasi atau tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku.

5) Kelalaian Administratif dalam Pengelolaan Obat-Obatan;

6) keterlambatan atau kegagalan dalam memberikan pelayanan kesehatan;

7) diskriminasi dalam pelayanan kesehatan;

8) pelanggaran privasi pasien; dan

9) kegagalan dalam melaksanakan protokol kesehatan.

Untuk menangani pelanggaran yang terjadi dalam sengketa medik administratif, UU No. 17 Tahun 2023 menetapkan berbagai jenis sanksi yang dapat diterapkan sesuai dengan tingkat pelanggaran Tenaga Medis

maupun Tenaga Kesehatan. Berikut beberapa jenis sanksi administratif yang diatur dalam Pasal 283 ayat (4) yaitu:

- a) teguran lisan;
- b) peringatan tertulis;
- c) denda administratif; dan/atau
- d) pencabutan izin.

b. Aspek Hukum Perdata

Hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan pada prinsipnya merupakan hubungan kontraktual, yang didasarkan pada kesepakatan untuk memperoleh pelayanan medis. Aspek Hukum Perdata dalam pelayanan kesehatan meliputi pemenuhan hak dan kewajiban antar para pihak yang terjadi sebagai akibat adanya hubungan kontraktual atau perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien, sebagai berikut:

1) Perjanjian Terapeutik

Dokter, dalam melakukan tindakan medis terhadap pasien, menjalin hubungan hukum yang penting antara keduanya yang diatur dalam suatu perjanjian terapeutik. Perjanjian ini lahir dari suatu kesepakatan yang mengikat antara dokter dan pasien, yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan keahlian dan keterampilan medis yang dimiliki. Dalam perjanjian ini, dokter bertanggung jawab untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan standar profesional yang berlaku, serta menjaga keselamatan dan kesejahteraan pasien. Sebaliknya, pasien memiliki hak yang sah untuk mendapatkan pelayanan medis yang terbaik dengan tujuan untuk mencapai kesembuhan dari penyakit yang dideritanya.¹²³

Segala bentuk perjanjian di Indonesia diatur dalam Buku III KUH Perdata, sebagaimana dalam Pasal 1319 KUH Perdata yang berbunyi bahwa “semua perjanjian, baik yang mempunyai nama khusus, maupun yang tidak termasuk dalam suatu nama tertentu, tunduk pada peraturan umum

¹²³ Sinaga, Niru Anita, “Perjanjian Terapeutik Kaitannya dengan Informed Consent dalam Praktik Kedokteran di Indonesia,” *Jurnal Ilmiah Hukum Dirgantara*, 12 / 1 (2021), hlm. 3

yang termuat dalam bab ini dan bab yang lalu.” Ketentuan ini menegaskan bahwa seluruh bentuk perjanjian, baik yang dikenal maupun yang tidak disebutkan secara khusus dalam KUH Perdata, wajib mengikuti asas dan ketentuan umum yang berlaku dalam Buku III tentang Perikatan, termasuk perjanjian terapeutik.

Perjanjian terapeutik merupakan hubungan hukum antara dokter dengan pasien yang didasari saling percaya, yang mengutamakan kerahasiaan informasi (*konfidensialitas*), serta mencakup berbagai aspek emosional, harapan, dan kekhawatiran dari pasien.¹²⁴ Dalam hubungan ini, pasien memberikan persetujuan atau kewenangan kepada dokter untuk memberikan perawatan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan keahlian profesional yang dimiliki oleh dokter tersebut. Sebagai bagian dari perjanjian ini, dokter berkewajiban untuk memberikan perawatan dengan standar profesional yang tinggi dan sesuai dengan KODEKI, yang mengutamakan kesejahteraan pasien.

Dalam konteks hukum, perjanjian terapeutik berfungsi sebagai dasar untuk mengatur hak dan kewajiban dokter dan pasien.¹²⁵ Di satu sisi, dokter diharapkan untuk memberikan layanan medis yang kompeten, serta menjaga kerahasiaan informasi medis pasien sesuai dengan prinsip kerahasiaan medis yang telah diatur oleh undang-undang. Di sisi lain, pasien berhak untuk mendapatkan informasi yang memadai tentang kondisi medisnya dan memiliki kebebasan untuk membuat keputusan terkait perawatan yang diterimanya.

Perjanjian ini juga penting dalam menghindari praktik medis yang tidak etis atau merugikan pasien, seperti pelanggaran terhadap hak pasien atau penyalahgunaan wewenang oleh dokter. Oleh karena itu, aspek kepercayaan menjadi hal yang sangat penting dalam hubungan ini, karena

¹²⁴ Makasenggehe, *Loc. Cit.*

¹²⁵ *Ibid.*

jika salah satu pihak melanggar prinsip ini, bisa berakibat pada kerugian bagi pasien atau bahkan tindakan hukum terhadap dokter.¹²⁶

Berdasarkan Pasal 1233 KUH Perdata, suatu perjanjian dapat lahir karena adanya persetujuan antara para pihak atau karena ketentuan undang-undang. Dalam konteks hubungan hukum antara dokter dan pasien, perjanjian ini terjadi melalui suatu persetujuan yang dikenal sebagai perjanjian terapeutik. Hubungan tersebut merupakan bentuk kesepakatan antara dokter dan pasien mengenai tindakan medis yang akan dilakukan. Pengaturan ini sejalan dengan ketentuan Pasal 280 Ayat (4) UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa, "Praktik tenaga medis dan tenaga kesehatan diselenggarakan berdasarkan kesepakatan antara tenaga medis atau tenaga kesehatan dan pasien berdasarkan prinsip kesetaraan dan transparansi." Dari sini dapat dipahami bahwa transaksi terapeutik merupakan suatu bentuk perjanjian yang didasarkan pada kesepakatan antara dokter dan pasien, dengan prinsip kesetaraan dan transparansi sebagai dasar pelaksanaannya.

Selanjutnya, Pasal 1234 KUH Perdata mengatur bahwa perikatan ditujukan untuk memberikan sesuatu, untuk berbuat sesuatu, atau untuk tidak berbuat sesuatu. Selaras dengan pengaturan tersebut, menurut Hermin H. Koeswadji, transaksi terapeutik merupakan transaksi antara dokter dan pasien untuk mencari atau menemukan terapi sebagai upaya penyembuhan penyakit pasien oleh dokter.¹²⁷

Syarat sahnya perjanjian terapeutik harus mengacu pada Pasal 1320 KUH Perdata,¹²⁸ yang mengatur tentang syarat sah suatu perjanjian secara umum. Terdapat empat unsur yang harus dipenuhi agar suatu perjanjian,

¹²⁶ Julius Roland Lajar, Anak Agung Sagung Laksmi Dewi, dan I. Made Minggu Widyatara, "Akibat Hukum Malpraktik yang Dilakukan oleh Tenaga Medis," *Jurnal Interpretasi Hukum* 1/1 (2020).

¹²⁷ Hermin H. Koeswadji, 1998, *Hukum Kedokteran (Studi Tentang Hubungan Hukum Dalam Mana Dokter Sebagai Salah Satu Pihak)*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 99.

¹²⁸ *Ibid.*, hlm. 101.

termasuk perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien, dapat dianggap sah secara hukum. Unsur-unsur tersebut adalah:

- a) adanya kesepakatan dari mereka yang saling mengikatkan dirinya;
- b) adanya kecakapan untuk membuat suatu perikatan;
- c) mengenai suatu hal tertentu;
- d) suatu sebab yang diperbolehkan.

Terkait dengan hal tersebut, mengenai unsur pertama serta kedua disebut sebagai syarat subjektif, karena menyangkut orang atau subjek yang membuat perjanjian. Apabila syarat subjektif tidak terpenuhi, maka perjanjian terhadap permohonan para pihak bersangkutan dapat dibatalkan oleh hakim. Perjanjian selama belum dibatalkan maka tetap berlaku keberlangsungannya, jadi harus ada putusan hakim untuk membatalkan perjanjian tersebut. Kemudian, dalam unsur ketiga dan keempat disebut dengan unsur objektif, karena menyangkut objek yang diperjanjikan. jika salah satu unsurnya tidak terpenuhi, maka perjanjian tersebut atas permohonan para pihak yang bersangkutan atau secara *ex officio* dalam putusan hakim dapat dinyatakan batal demi hukum oleh hakim.¹²⁹

Ketentuan dalam Pasal 1320 KUH Perdata dikuatkan dengan Konsil Kedokteran Indonesia, ketentuan tersebut meliputi:¹³⁰

a) Kesepakatan.

Kesepakatan dalam perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien tercapai melalui komunikasi yang jelas dan terbuka. Pasien memiliki hak untuk menyetujui atau menolak tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter, sementara dokter berkewajiban untuk memberikan penjelasan yang komprehensif mengenai prosedur medis yang ditawarkan, manfaat, serta risikonya. Kesepakatan tersebut harus didasarkan pada pemahaman penuh dan tanpa adanya tekanan atau

¹²⁹ Rinanto Suryadhimirtha, 2011, *Hukum Malraktik Kedokteran Disertai Kasus Dan Penyelesaiannya*. Yogyakarta: Total Media, hlm. 16.

¹³⁰ Konsil Kedokteran Indonesia, 2007, Kemitraan Dalam Hubungan Dokter-Pasien, Jakarta, hlm. 14-16.

paksaan dari pihak manapun. Hal ini memastikan bahwa pasien membuat keputusan yang informasional dan bebas.

Kesepakatan ini menjadi hak pasien untuk menerima tindakan medis tertentu sesuai dengan kebutuhannya. Meskipun dokter tidak diwajibkan untuk menandatangani perjanjian tersebut, mereka harus menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak tindakan medis yang ditawarkan.

- b) Kecakapan, sebagaimana dalam Pasal 1330 KUH Perdata menyatakan bahwa seseorang yang tidak cakap untuk membuat persetujuan adalah:
 - i. orang yang belum dewasa;
 - ii. mereka yang ditaruh di bawah pengampuan;
 - iii. orang perempuan yang telah kawin (ketentuan ini menjadi hapus dengan berlakunya Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan).

Berdasarkan Permenkes No.290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, pengaturan mengenai standar kecakapan pasien diatur dalam Pasal 1 Angka 7 sebagai berikut:

“Pasien yang kompeten adalah pasien dewasa atau bukan anak menurut peraturan perundang-undangan atau telah/pernah menikah, tidak terganggu kesadaran fisiknya, mampu berkomunikasi secara wajar, tidak mengalami kemunduran perkembangan (retardasi) mental dan tidak mengalami penyakit mental sehingga mampu membuat Keputusan secara bebas.”

c) Hal Tertentu

Objek perjanjian medis adalah upaya penyembuhan yang dilakukan oleh dokter kepada pasien. Secara yuridis, dokter tidak memberikan jaminan atau kepastian bahwa penyakit pasien akan sembuh sepenuhnya. Hal ini disebabkan oleh sifat medis yang sangat bergantung pada banyak faktor, seperti kondisi fisik pasien, jenis penyakit, respons tubuh terhadap pengobatan, serta faktor-faktor eksternal lainnya. Keberhasilan pengobatan, meskipun diharapkan, tetap bergantung pada faktor-faktor yang berada di luar kendali dokter. Oleh karena itu, dalam perjanjian medis, dokter tidak diharuskan

untuk menjamin kesembuhan, melainkan hanya memberikan layanan medis berdasarkan keahlian dan standar prosedur yang berlaku.

d) Sebab yang Halal

Sebab yang halal dalam perjanjian medis mengacu pada syarat bahwa objek hukum dari perjanjian tersebut tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, kesusilaan, dan ketertiban umum, sebagaimana di atur dalam Pasal 1337 KUH Perdata. Hal ini berarti bahwa tindakan medis yang disepakati antara dokter dan pasien harus sah menurut hukum dan tidak boleh melanggar norma sosial atau etika yang berlaku. Tindakan medis yang dilakukan juga harus sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam undang-undang, seperti standar profesionalisme medis yang ditetapkan oleh pemerintah dan lembaga terkait.

Setelah perjanjian terapeutik dibuat secara sah, maka perjanjian tersebut memiliki kekuatan hukum yang mengikat bagi kedua belah pihak, sebagaimana diatur dalam Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, yang menyatakan bahwa "semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya." Hal ini mencerminkan asas kebebasan berkontrak, yang memberi kebebasan kepada para pihak untuk membuat atau tidak membuat perjanjian, memilih pihak yang akan dijadikan lawan kontrak, menentukan isi perjanjian, serta menentukan bagaimana perjanjian tersebut akan dilaksanakan, baik secara tertulis maupun tidak. Asas ini memberikan ruang bagi dokter dan pasien untuk menyusun dan menyepakati perjanjian medis sesuai dengan kebutuhan dan tujuan mereka, selama tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku.

Selanjutnya, asas *Pacta Sunt Servanda* menegaskan bahwa setelah perjanjian dibuat secara sah, para pihak terikat untuk mematuhi dan menghormati isi perjanjian tersebut, sebagaimana mereka mematuhi peraturan perundang-undangan. Dengan kata lain, setelah adanya kesepakatan yang sah, kedua belah pihak, baik dokter maupun pasien,

memiliki kewajiban untuk melaksanakan perjanjian dengan penuh kepatuhan dan penghormatan, yang setara dengan ketaatan terhadap hukum. Ketentuan ini diperkuat oleh Pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata, yang menegaskan bahwa perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik. Pelaksanaan perjanjian dengan itikad baik berarti bahwa tindakan yang diambil oleh kedua belah pihak dalam melaksanakan perjanjian harus dilakukan dengan niat yang jujur, tanpa ada maksud untuk merugikan salah satu pihak, dan harus berusaha untuk memenuhi kewajiban sesuai dengan yang telah disepakati bersama.

Dengan demikian, Pasal 1320 sebagai dasar syarat sahnya perjanjian, diikuti oleh Pasal 1338 yang mengatur pelaksanaan perjanjian dengan asas kebebasan berkontrak dan asas *Pacta Sunt Servanda*, memberikan kerangka hukum yang jelas tentang bagaimana perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien harus dijalankan dengan penuh tanggung jawab dan itikad baik. Kedua belah pihak harus mematuhi perjanjian yang telah disepakati, dan jika terjadi pelanggaran, maka pihak yang merasa dirugikan dapat menuntut pelaksanaan atau pembatalan perjanjian melalui jalur hukum yang berlaku.

2) Wanprestasi dan Perbuatan Melawan Hukum (PMH)

Dokter memiliki kewajiban hukum untuk memberikan pelayanan kesehatan yang tidak hanya memenuhi standar profesi, tetapi juga dilakukan dengan penuh kehati-hatian sesuai dengan prosedur operasional yang telah ditetapkan. Dalam setiap langkah tindakan medis, dokter harus selalu mempertimbangkan kondisi pasien dan menggunakan keterampilan serta pengetahuan medis yang sesuai. Namun, dalam kenyataannya, ada kalanya tindakan dokter tidak sejalan dengan harapan, baik dari segi kualitas pelayanan maupun hasil yang dicapai.¹³¹

¹³¹ *Ibid.*

Pelanggaran terhadap standar profesi atau prosedur operasional dalam praktik medis dapat menimbulkan berbagai dampak hukum, di antaranya adalah tuntutan hukum atas dasar wanprestasi (gagal memenuhi kewajiban yang disepakati) atau perbuatan melawan hukum. Wanprestasi terjadi apabila dokter tidak menjalankan kewajibannya sesuai dengan kesepakatan atau standar yang diharapkan, sementara perbuatan melawan hukum mencakup tindakan medis yang menyebabkan kerugian pada pasien akibat kelalaian atau kesalahan prosedural.

Bentuk wanprestasi dokter dalam pelayanan kesehatan juga dapat meliputi:

- a) tidak memberikan pelayanan kesehatan sama sekali seperti yang diperjanjikan;
- b) memberikan pelayanan kesehatan tetapi terlambat atau tidak tepat waktu sebagaimana yang diperjanjikan;
- c) memberikan pelayanan kesehatan tidak sebagaimanamestinya seperti tidak sesuai dengan kualitas atau sebagaimana yang telah diperjanjikan;
- d) memberikan pelayanan kesehatan lain dari yang diperjanjikan semula.¹³²

Dokter yang melakukan wanprestasi wajib bertanggung jawab atas tindakan yang telah dilakukannya. Wanprestasi dalam hal ini berarti ketidakmampuan dokter untuk melaksanakan perjanjian sesuai dengan standar yang telah disepakati, yang dapat berakibat pada kerugian bagi pasien. Tindakan wanprestasi ini menjadi dasar bagi pertanggungjawaban hukum, yang mengharuskan dokter untuk mempertanggungjawabkan kerugian yang timbul akibat kegalalannya dalam memenuhi kewajiban medis.

¹³² Dinarjati Eka Puspitasari, 2018, *Upaya Hukum Korban Malpraktik dalam Meminta Pertanggungjawaban Tenaga Kesehatan dan Lembaga Kesehatan*, disampaikan dalam Kartikum (Karya Latihan Hukum) Angkatan ke-XXXII, oleh LKBH FH UII, Yogyakarta.

Terdapat beberapa bentuk pertanggungjawaban hukum dokter di bidang hukum perdata, yaitu:

- a) Setiap tindakan yang menyebabkan kerugian pada pihak lain menimbulkan kewajiban bagi pelakunya untuk memberikan kompensasi sebagai bentuk tanggung jawab atas kerugian tersebut (Pasal 1365 KUHPerdata).
- b) Tanggung jawab tidak hanya muncul dari kerugian yang dilakukan secara sengaja, tetapi juga dari akibat kelalaian atau kurangnya kehatihan dalam bertindak (Pasal 1366 KUHPerdata).
- c) Seseorang juga bertanggung jawab atas kerugian yang diakibatkan oleh tindakan pihak lain yang berada di bawah pengawasannya, selain dari tindakan yang dilakukan sendiri (Pasal 1367 KUHPerdata).

Menurut Safitri Hariyani, terdapat tiga prinsip pertanggungjawaban perdata yang diatur dalam hukum perdata yaitu:¹³³

- a) melakukan wanprestasi berdasarkan Pasal 1239 KUH Perdata;
- b) melakukan perbuatan melawan hukum berdasarkan Pasal 1365 KUH Perdata;
- c) melakukan kelalaian sehingga mengakibatkan kerugian diatur dalam Pasal 1366 KUH Perdata; dan
- d) melakukan pekerjaan sebagai penanggung jawab yang diatur dalam Pasal 1367 ayat (3) KUH Perdata.

Wanprestasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang tidak memenuhi kewajiban yang didasarkan pada suatu perjanjian atau kontrak.¹³⁴ Dalam konteks hukum, untuk dapat menuntut dokter atas dasar perbuatan melawan hukum, pasien harus mampu membuktikan adanya kesalahan dokter akibat kelalaian dalam melaksanakan kewajiban profesionalnya, yang kemudian menyebabkan kerugian pada pasien. Kerugian tersebut harus dapat dijelaskan sebagai dampak langsung dari tindakan dokter yang lalai, dengan menunjukkan adanya hubungan sebab akibat yang jelas

¹³³ Safitri Hariyani, 2005, *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan antara Dokter dengan Pasien*, Diadit Media.

¹³⁴ *Ibid.*, hlm 8.

antara tindakan tersebut dan kerugian yang terjadi. Selain itu, tidak boleh ada alasan pemberar yang dapat membebaskan dokter dari tanggung jawab. Seorang dokter dapat dinyatakan bersalah dan diwajibkan membayar ganti rugi jika kerugian yang diderita pasien memiliki kaitan erat dengan kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh dokter. Dalam menentukan kesalahan dokter, kita perlu mengacu pada standar profesi sehingga dalam pelaksanaan praktik kedokteran, perbuatan melawan hukum dapat diidentifikasi dengan perbuatan dokter yang bertentangan atau tidak sesuai dengan standar profesi yang berlaku bagi pengembangan profesi di bidangnya.¹³⁵ Untuk perbuatan melawan hukum harus sesuai dengan Pasal 1365 KUH Perdata, adapun unsur perbuatan melawan hukum dalam hal terjadi tindakan sengketa medik ialah:

- a) adanya perbuatan (*daad*) yang termasuk kualifikasi perbuatan melawan hukum;
- b) adanya kesalahan (*dolus dan culpas*) si pembuat;
- c) adanya akibat kerugian (*schade*);
- d) adanya hubungan perbuatan dengan akibat kerugian (*oorzakelijk verband atau casual verband*) orang lain.

Bentuk perbuatan melawan hukum dari sengketa medik ialah:¹³⁶

- a) pasien harus mengalami kerugian;
- b) ada kesalahan;
- c) ada hubungan kausal antara kesalahan dengan kerugian;
- d) perbuatan tersebut melawan hukum.

Sebagaimana di atur dalam Pasal 1367 ayat (1) KUH Perdata, “seseorang harus memberikan pertanggungjawaban tidak hanya atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakan orang lain yang berada di bawah pengawasannya.” Ketentuan ini menegaskan prinsip pertanggungjawaban

¹³⁵ *Ibid.*, hlm. 16.

¹³⁶ I Gusti Ayu Apsari Hadi, “Perbuatan Melawan Hukum dalam Pertanggungjawaban Dokter terhadap Tindakan Malpraktik Medis,” *Jurnal Yuridis* 5/1 (2018) hlm. 98–133

hukum yang meluas, termasuk dalam konteks hubungan antara tenaga medis dengan pihak lain yang terkait dalam praktik pelayanan kesehatan.

Selain melalui persetujuan, hubungan hukum antara dokter dan pasien juga dapat lahir berdasarkan ketentuan Pasal 1354 KUH Perdata melalui konsep *zaakwaarneming*. *Zaakwaarneming* terjadi apabila seseorang, dalam hal ini dokter, secara sukarela dan tanpa adanya perintah, bertindak untuk mewakili atau mengurus kepentingan orang lain, yaitu pasien. Dalam kondisi demikian, undang-undang membebankan kewajiban hukum kepada dokter untuk mengelola urusan pasien tersebut dengan sebaiknya dan penuh tanggung jawab.

Dengan terjadinya *zaakwaarneming*, timbul perikatan yang bersumber dari undang-undang, bukan dari kesepakatan kedua belah pihak. Apabila dalam pelaksanaan pengurusan ini dokter tidak menjalankan kewajiban tersebut dengan standar yang seharusnya, dan akibatnya menimbulkan kerugian, biaya, atau bunga bagi pasien, maka dokter dapat dimintai pertanggungjawaban hukum. Pertanggungjawaban ini sejalan dengan prinsip umum dalam Pasal 1367 KUH Perdata mengenai tanggung jawab atas perbuatan sendiri maupun pihak yang berada di bawah pengawasan.

Zaakwaarneming merupakan salah satu bentuk perikatan hukum yang lahir karena perundang-undangan. *Zaakwaarneming* bukan penyebab lahirnya sengketa medik, tetapi dalam hal melaksanakan kewajiban hukum yang timbul karena *zaakwaarneming* dapat melahirkan sengketa medik apabila terdapat penyimpangan dalam melaksanakan kewajiban hukum dokter dan menimbulkan kerugian terhadap pasien.¹³⁷ Berikut adalah penjelasan mengenai beberapa jenis sengketa medik yang masuk dalam kategori Hukum Perdata:

- a) kesalahan dalam mendiagnosis penyakit;
- b) kesalahan dokter dalam memberikan pengobatan yang tepat;
- c) kesalahan dokter dalam melakukan operasi;

¹³⁷ Dinarjati Eka Puspitasari, *Loc. Cit.*

- d) kegagalan rumah sakit atau dokter dalam memberikan perawatan yang memadai;
- e) pemalsuan rekam medis; dan
- f) pelanggaran hak pasien.

Sanksi hukum dalam sengketa medik yang termasuk dalam ranah Hukum Perdata umumnya berkaitan dengan kewajiban untuk membayar ganti rugi kepada pihak yang dirugikan. Sanksi ini dapat berupa:

- a) Kewajiban Membayar Ganti Rugi

Dokter atau penyedia layanan kesehatan dapat diwajibkan untuk memberikan kompensasi berupa:

- i. kerugian materiil: Biaya tambahan pengobatan, kehilangan pendapatan, atau kerugian finansial lain yang dapat dihitung secara nyata; dan
- ii. kerugian immateriil: Kompensasi atas penderitaan fisik, trauma psikologis, atau penurunan kualitas hidup akibat tindakan medis yang tidak sesuai.

- b) Pemenuhan Prestasi

Dalam kasus wanprestasi, dokter dapat diwajibkan untuk melaksanakan kewajiban yang semula dijanjikan dalam perjanjian, misalnya memberikan perawatan atau tindakan medis yang telah disepakati.

- c) Pembatalan Perjanjian

Pengadilan dapat memutuskan untuk membatalkan perjanjian antara dokter dan pasien jika terjadi pelanggaran berat, sehingga hubungan hukum di antara keduanya dianggap tidak berlaku lagi.

- d) Pembayaran Denda

Jika diatur dalam perjanjian atau kontrak awal, dokter dapat dikenakan denda sebagai bentuk sanksi tambahan atas wanprestasi.

Penentuan sanksi disesuaikan dengan sifat sengketa, bukti kerugian, dan keputusan pengadilan.

c. Aspek Hukum Pidana

Hubungan antara dokter dan pasien pada dasarnya merupakan hubungan hukum perdata yang didasarkan pada kesepakatan terapeutik. Namun demikian, dalam praktik pelayanan kesehatan, tindakan dokter dapat masuk ke dalam ranah hukum pidana apabila terdapat dugaan perbuatan yang melanggar ketentuan pidana.

Dalam konteks hukum pidana, suatu perbuatan hanya dapat dikualifikasikan sebagai tindak pidana apabila memenuhi unsur-unsur yang secara limitatif telah ditentukan dalam peraturan perundang-undangan. Hal ini sejalan dengan asas legalitas sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 1 ayat (1) Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) yang menyatakan bahwa: “*Tiada suatu perbuatan yang dapat dipidana kecuali atas kekuatan aturan hukum pidana dalam peraturan perundang-undangan yang telah ada.*”

Penyelesaian sengketa medik yang masuk ranah hukum pidana, proses pembuktian sangat bergantung pada terpenuhi atau tidaknya seluruh unsur tindak pidana yang dituduhkan, yang berbeda-beda tergantung dari jenis delik atau kejahatan yang relevan. Oleh karena itu, dalam kerangka ilmu hukum pidana, suatu tindakan hanya dapat dianggap sebagai perbuatan pidana apabila seluruh unsur dalam rumusan delik tersebut terbukti secara sah dan meyakinkan.¹³⁸ Secara umum, agar suatu sengketa medik dapat dikualifikasikan sebagai tindak pidana, maka harus terpenuhi tiga aspek utama berikut:

1) Syarat Sikap Batin Dokter (*Mens Rea / Unsur Subjektif*)

Syarat dalam sikap batin merupakan syarat berkaitan dengan niat, kesengajaan, atau kelalaian dari pihak dokter dalam melakukan tindakan medis. Dengan kata lain, untuk menetapkan seseorang sebagai pelaku tindak pidana, maka harus ada sikap batin yang bersalah (*culpa* atau

¹³⁸ Safitri Haryani, 2005, *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan antara Dokter dengan Pasien*, Jakarta: Diadit Media, hlm. 71.

dolus).¹³⁹ Secara umum, setiap individu dalam keadaan normal memiliki kemampuan untuk mengarahkan dan mewujudkan sikap batin (*mens rea*) ke dalam suatu perbuatan yang nyata. Kemampuan tersebut mencakup unsur kesadaran intelektual (berpikir), emosional (berperasaan), dan berkehendak (*volisional*). Dalam hukum pidana, apabila kemampuan tersebut digunakan secara aktif untuk mewujudkan suatu perbuatan yang secara hukum dilarang, maka sikap batin tersebut disebut sebagai kesengajaan (*dolus*).

Sebaliknya, apabila kemampuan untuk berpikir, merasakan, dan menghendaki tidak digunakan secara semestinya, sehingga seseorang melakukan suatu perbuatan yang dilarang hukum karena kurangnya kehati-hatian atau pengabaian terhadap kewajiban hukum, maka sikap batin tersebut disebut sebagai kelalaian (*culpa*). Namun, dalam kasus malpraktik, yang paling sering terjadi adalah karena kelalaian atau ketidakhati-hatian (*culpa*), seperti salah diagnosa, tidak melakukan pemeriksaan sesuai standar, atau lalai dalam pengawasan pasien.¹⁴⁰

2) Syarat dalam Perlakuan Medis

Syarat ini merujuk pada tindakan nyata (fisik) yang dilakukan dokter dalam memberikan pelayanan medis. Tindakan tersebut harus terbukti menyimpang dari standar profesi medis, standar prosedur operasional (SOP, dan kewajiban hukum untuk berhati-hati

Tindakan medis yang dilakukan tanpa persetujuan pasien (*informed consent*), atau yang melanggar kode etik dan prosedur profesional, dapat menjadi dasar pertanggungjawaban pidana bagi tenaga medis. Hal ini terutama berlaku apabila perbuatan tersebut mengakibatkan kerugian pada pasien dan terbukti menyimpang dari standar profesi yang berlaku. Secara praktik, penilaian terhadap suatu tindakan medis tidak selalu bersifat hitam-putih. Dalam kasus-kasus konkret tertentu, pengujian unsur pidana

¹³⁹ Widodo Tresno Novianto, 2015, *Penafsiran Hukum dalam Menentukan Unsur-Unsur Kelalaian Malpraktik Medik (Medical Malpractice)*, *Yustisia*, Vol. 4, No. 2, 1 Agustus 2015, hlm. 488–503

¹⁴⁰ Ibid.

memerlukan pertimbangan tambahan berupa kepatutan profesional dan pemberian dari sudut logika umum atau praktik medis yang wajar. Artinya, sekalipun secara formal terdapat dugaan pelanggaran prosedur, suatu perbuatan tidak selalu serta-merta dianggap sebagai perbuatan melawan hukum dalam konteks pidana, jika tindakan tersebut dapat dibenarkan secara profesional dan rasional berdasarkan data dan fakta medis saat kejadian. Sebagai contoh, seorang dokter yang menarik suatu diagnosis yang ternyata keliru, dapat dibebaskan dari pertanggungjawaban pidana apabila tindakan diagnosa tersebut telah didasarkan pada data klinis yang objektif dan metode medis yang lazim dipraktikkan, serta tidak menunjukkan unsur kelalaian berat atau kesengajaan.¹⁴¹

3) Syarat mengenai hal akibat.¹⁴²

Syarat ini menuntut bahwa akibat dari tindakan medis tersebut benar-benar merugikan pasien, baik secara: fisik (kematian, luka berat, Psikis (trauma berat), dan ekonomi (biaya tambahan karena kesalahan dokter).

Dalam perspektif hukum pidana, akibat yang merugikan baru dapat dikualifikasikan sebagai tindak pidana apabila jenis kerugian tersebut secara tegas dirumuskan dalam ketentuan pidana sebagai bagian dari unsur delik. Dengan demikian, tidak setiap bentuk kerugian dapat serta-merta dijadikan dasar pemidanaan, kecuali apabila kerugian tersebut merupakan bagian integral dari rumusan delik yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Dalam konteks malpraktik medik, kerugian dalam bentuk kematian atau luka-luka memiliki relevansi yuridis apabila dikaitkan dengan Pasal 359 dan Pasal 360 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), yang mengatur sebagai berikut:

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Ari Yunanto dan Helmi, 2010, *Hukum Pidana Malpraktik Medik*, Yogyakarta: CV Andi Offset, hlm. 48.

- 1) Pasal 359 KUHP menyatakan bahwa:

“Barang siapa karena kesalahannya menyebabkan orang lain mati, dihukum dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun.”

- 2) Pasal 360 KUHP menyebutkan bahwa:

- (1) Barang siapa karena kesalahannya menyebabkan orang lain mendapat luka berat, dihukum dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun.
- (2) Barang siapa karena kesalahannya menyebabkan orang lain mendapat luka-luka sedemikian rupa sehingga terjadi sakit atau halangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian, dihukum dengan pidana penjara paling lama tiga bulan atau pidana denda.

Akibat berupa kematian atau luka yang timbul sebagai hasil dari tindakan medis yang dilakukan dengan ceroboh, lalai, atau tidak sesuai dengan standar profesi dan prosedur medis yang berlaku, dapat dijadikan dasar untuk pertanggungjawaban pidana dalam kategori malpraktik pidana. Dalam hal ini, unsur kelalaian (*culpa*) menjadi kunci utama dalam proses pembuktian. Jaksa penuntut umum harus dapat menunjukkan bahwa:

- 1) Tindakan medis yang dilakukan menyimpang dari standar profesi,
- 2) Tindakan tersebut secara langsung menyebabkan akibat berupa kematian atau luka-luka, dan
- 3) Tidak terdapat alasan pemberar atau pemaaf yang menghapus sifat melawan hukum atau kesalahan dari perbuatan tersebut.

Dengan terpenuhinya ketiga unsur tersebut, maka pertanggungjawaban pidana terhadap tenaga medis dapat dibenarkan secara hukum. Terdapat dua undang-undang yang dapat menjadi dasar pemidanaan dalam sengketa medik, khususnya yang berhubungan dengan malpraktik medik atau perbuatan medis yang merugikan pasien. Kedua undang-undang tersebut adalah Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dan UU No. 17 Tahun 2023. Kedua undang-undang ini saling melengkapi dalam memastikan bahwa tindakan

medis yang tidak sesuai dengan standar profesi atau yang merugikan pasien dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, baik melalui pertanggungjawaban pidana yang diatur dalam KUHP maupun melalui pengawasan dan sanksi administratif dalam UU No. 17 Tahun 2023.

2.3.4 Hubungan Hukum antara Dokter dan Pasien

Hubungan hukum merujuk pada hubungan antara dua pihak atau lebih yang diatur oleh norma-norma hukum yang berlaku. Hubungan ini menciptakan hak dan kewajiban yang harus dipatuhi oleh pihak-pihak yang terlibat, dan dapat timbul dari perjanjian, undang-undang, atau tindakan hukum lainnya. Hubungan hukum juga mencakup mekanisme penyelesaian sengketa apabila terjadi pelanggaran atau ketidaksesuaian antara kewajiban dan hak yang telah ditetapkan.

Hubungan hukum antara dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan terbentuk berdasarkan peraturan perundang-undangan yang mengatur praktik kedokteran serta prinsip-prinsip etika medis. Secara hukum, hubungan ini berlandaskan pada dua hal utama: perjanjian kontraktual dan peraturan perundang-undangan.

a. Hubungan berdasarkan Perjanjian Kontraktual.

Hubungan dokter dan pasien dapat dipandang sebagai hubungan kontraktual, di mana pasien secara sukarela meminta perawatan medis dari dokter, dan dokter setuju untuk memberikan layanan medis yang sesuai dengan standar profesi. Dalam hubungan ini, dokter memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan yang aman, bermutu, dan sesuai dengan standar medis, sementara pasien berhak untuk menerima informasi yang jelas dan memberikan persetujuan sebelum tindakan medis dilakukan (*informed consent*). Jika salah satu pihak tidak memenuhi kewajibannya, hubungan ini dapat menimbulkan sengketa hukum terkait pelanggaran kontrak.

b. Hubungan berdasarkan Undang-Undang.

Selain perjanjian, hubungan dokter dan pasien juga diatur oleh UU No. 17 Tahun 2023, yang menjamin hak pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang bermutu, aman, dan sesuai dengan standar medis yang berlaku. Undang-undang ini menegaskan hak pasien untuk mendapatkan informasi yang jelas dan lengkap mengenai kondisi medis mereka, termasuk pilihan pengobatan yang tersedia, serta hak untuk memberikan persetujuan terhadap tindakan medis yang akan dilakukan (*informed consent*). Selain itu, undang-undang ini juga memastikan bahwa pasien dilindungi dari tindakan medis yang merugikan dan memperoleh akses yang adil terhadap layanan kesehatan.

Dalam hubungan ini, kedua belah pihak, dokter dan pasien, memiliki hak dan kewajiban yang diatur oleh hukum, yang bertujuan untuk menjaga keselamatan, kesejahteraan, dan hak-hak pasien. Jika terjadi pelanggaran, baik oleh dokter maupun pasien, maka sanksi hukum dapat diterapkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam bentuk sanksi administratif, perdata, maupun pidana.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menegaskan bahwa hubungan antara dokter dan pasien dalam praktik medis harus didasarkan pada kesepakatan bersama. Hal ini tercantum dalam Pasal 280 ayat (4) yang menyatakan: "Praktik Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diselenggarakan berdasarkan kesepakatan antara Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dan Pasien berdasarkan prinsip kesetaraan dan transparansi.¹⁴³

Ketentuan ini mengindikasikan bahwa hubungan hukum antara dokter dan pasien bersifat kontraktual, yang dikenal dengan istilah kontrak terapeutik atau

¹⁴³ Joyce Hestia Nugrahanti, "Kekerasan Verbal dari Pasien terhadap Tenaga Kesehatan: Bagaimana Menyikapinya?", *Jurnal Kertha Semaya*, 12/11 (2024), hlm. 3047–3081.

transaksi terapeutik. Dalam hal ini, dokter dan pasien sepakat untuk bekerja sama dalam upaya pemeliharaan atau pemulihan kesehatan pasien.¹⁴⁴

Hubungan yang terjadi karena perjanjian ini berlandaskan pada kontrak, yang memberikan kewenangan kepada dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Keabsahan perjanjian ini diatur dalam Pasal 1320 KUHPerdata dan didukung oleh prinsip-prinsip seperti legalitas, keseimbangan, ketepatan waktu, serta kejujuran. Bentuk hubungan antara pasien dan dokter adalah perikatan usaha (*in spanning verbintenis*), yang berarti bahwa dokter hanya bertanggung jawab atas upaya atau proses yang dilakukan, tanpa menjamin atau menggaransi hasil akhir dari perawatan atau pengobatan tersebut. Hal ini mencerminkan sifat hubungan yang lebih pada upaya terbaik (*best effort*) yang diberikan oleh dokter dalam rangka memberikan perawatan yang optimal bagi pasien.

Selain itu, hubungan dokter dan pasien juga terlahir dari kewajiban perundang-undangan sebagaimana diatur dalam Bab 2 tentang Hak dan Kewajiban Pasal 4 dan Pasal 5 Undang-Undang No. 17 Tahun 2023.¹⁴⁵ Pasal-pasal ini menjelaskan bahwa hubungan dokter dengan pasien merupakan hubungan dalam pemberian jasa kesehatan. Dokter sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan dan pasien sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan. Dokter yang melakukan praktik kedokteran pada pasien sesungguhnya adalah dalam rangka melaksanakan hak dan kewajiban dalam suatu hubungan hukum dokter dengan pasien yang ditetapkan oleh UU No. 17 Tahun 2023 tersebut, yang berarti hubungan ini terbentuk berdasarkan kewajiban yang dibebankan kepada profesi dokter tanpa memerlukan persetujuan dari pasien.

Kedua hubungan di atas melahirkan tanggung jawab hukum, tanggung jawab profesi, dan tanggung jawab etika bagi seorang dokter.¹⁴⁶ Munir Fuady

¹⁴⁴ Riki Tsan dan M. Nasser, “Analisis Yuridis dan Non-Yuridis Terhadap Hubungan Hukum antara Dokter dan Pasien di dalam Kontrak Terapeutik”, *Soepra: Jurnal Hukum Kesehatan*, 10/2 (2024), hlm. 197–213.

¹⁴⁵ *Ibid.*, hlm. 25.

¹⁴⁶ Niru Anita Sinaga, “Penyelesaian sengketa medik Di Indonesia”, *Jurnal Ilmiah Hukum Dirgantara Fakultas Hukum Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma*, 11/2, (2021), hlm.6

menggambarkan bahwa hubungan antara dokter dan pasien terjalin atas dasar kepercayaan pasien kepada dokter, yang mewajibkan dokter untuk memberikan pengobatan dengan sungguh-sungguh dan beritikad baik, serta menjaga segala rahasia pasien yang diketahuinya. Lebih lanjut, dapat dikatakan bahwa dalam menjaga kerahasiaan pasien, hubungan dokter dengan pasien juga disebut sebagai hubungan *fiduciary*, yaitu hubungan yang mengandung unsur kepercayaan dan kewajiban untuk bertindak demi kepentingan pasien.¹⁴⁷

Hadiati Koeswadji mengemukakan hubungan dokter dan pasien pada dasarnya merupakan pemenuhan hak dasar manusia sebagai hak asasi yang melekat sejak manusia dilahirkan yang bertumpu pada hak atas pemeliharaan kesehatan dan hak untuk menentukan nasibnya sendiri.¹⁴⁸ Hubungan ini awalnya dari bantuan sosial serta pelayanan, namun seiring berjalannya waktu, dengan masuknya unsur bisnis, hubungan dokter dan pasien mengalami perubahan. Salah satu faktor yang mengarah pada perubahan ini adalah diberlakukannya Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang mempengaruhi pola hubungan antara dokter dan pasien, yang semula berbasis sosial menjadi lebih bersifat komersial atau hubungan bisnis. Berdasarkan hal tersebut, hubungan dokter dengan pasien dapat dipahami sebagai perbuatan hukum yang menimbulkan hak dan kewajiban yang saling melengkapi, dengan tujuan untuk menjaga kepentingan kedua belah pihak. Hubungan ini tidak menjanjikan kesembuhan, tetapi lebih mengutamakan upaya yang hati-hati dalam memberikan penjelasan kepada pasien dan meluangkan waktu untuk memahami kebutuhan mereka..¹⁴⁹

Hubungan antara dokter dan pasien pada akhirnya menciptakan hak dan kewajiban bagi kedua belah pihak. Pelaksanaan kewajiban oleh dokter dapat berpotensi menimbulkan sengketa kedokteran yang berujung pada tanggung jawab hukum atas dampak buruk yang dialami pasien. Oleh karena itu, hak dan

¹⁴⁷ Munir Fuady, 2005, *Sumpah Hipokrates*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 29.

¹⁴⁸ Harmien Hadiati Koeswadji, 1984, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya: Airlangga University Press, hlm. 13.

¹⁴⁹ Machli Riyadi, 2018, *Teori Iknemook dalam Mediasi Malpraktik Medik*, Jakarta: Prenamedia Group, hlm. 24.

kewajiban harus dipenuhi masing-masing pihak secara seimbang dan beritikad baik oleh masing-masing pihak demi tujuan bersama.¹⁵⁰

Perlu ditekankan bahwa meskipun hubungan antara dokter dan pasien bersifat kontraktual sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023, KODEKI tetap berfungsi sebagai pedoman etis yang mengatur perilaku profesional dokter. KODEKI menetapkan prinsip-prinsip fundamental, seperti kewajiban dokter untuk menjaga kerahasiaan medis pasien, memperoleh persetujuan yang diinformasikan (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan medis, serta bertindak dengan profesionalisme dalam setiap interaksi dengan pasien.

Dengan demikian, meskipun UU No. 17 Tahun 2023 menekankan pentingnya kesepakatan sebagai dasar hubungan dokter dan pasien, prinsip-prinsip etika yang terkandung dalam KODEKI tetap menjadi landasan moral dan profesional yang mendasari praktik kedokteran di Indonesia.¹⁵¹

2.3.5 Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien

Hak pasien pada dasarnya merupakan hak asasi manusia yang bersumber dari hak dasar individu. Dalam *Black's Law Dictionary*, hak ini diartikan sebagai "right" yang mencakup beberapa aspek, seperti hak alami, hak politik, dan hak pribadi. Hak untuk menentukan nasib sendiri lebih dekat dengan pengertian hak pribadi, yang mencakup hak atas kesamaan di hadapan hukum yang berhubungan langsung dengan kehidupan, bagian tubuh, kesehatan, kehormatan, dan kebebasan pribadi. Hukum internasional mengakui hak asasi manusia dengan menempatkan individu sebagai subjek hukum internasional. Langkah awal ini tercantum dalam *Universal Declaration of Human Rights* yang disahkan oleh Majelis Umum PBB pada 10 Desember 1948. Meskipun hak-hak lainnya memiliki dasar yang sama fundamentalnya, hak atas pelayanan kesehatan sering kali dianggap sebagai hak yang lebih mendasar.

¹⁵⁰ *Ibid.*, hlm 32.

¹⁵¹ I. G. Cohen, Allison K. Hoffman, dan William M. Sage, 2016, *The Oxford Handbook of U.S. Health Law*, Oxford: Oxford University Press

Dalam hubungan dokter dan pasien, posisi pasien cenderung lebih lemah secara relatif. Ketidakmampuan pasien untuk membela kepentingannya dalam konteks pelayanan kesehatan menimbulkan kebutuhan untuk mengangkat dan memperjuangkan hak pasien dalam menghadapi profesional kesehatan.

Hubungan antara dokter dan pasien yang sebelumnya bersifat *paternalistik*, di mana pasien selalu mengikuti petunjuk dokter tanpa pertanyaan, kini telah bergeser.¹⁵² Saat ini, dokter dan pasien dipandang sebagai mitra yang kedudukannya setara secara hukum. Secara umum, pasien berhak atas pelayanan yang manusiawi dan perawatan yang berkualitas. Namun, dalam praktiknya, pasien sering kali diposisikan sebagai objek keputusan medis, di mana keputusan tersebut seharusnya didasarkan pada alasan yang kuat. Seringkali pasien tidak menyadari motif dan konsekuensi dari keputusan tersebut, atau bahkan tidak diberikan kesempatan untuk mempertimbangkan alternatif dan risiko yang akan dihadapi.¹⁵³ Pasien seharusnya diberikan informasi yang cukup untuk dijadikan bahan pertimbangan, agar dapat membuat keputusan yang sesuai dengan kepentingannya.

Pada kenyataannya, dokter dan pasien sering kali melihat suatu keadaan dari sudut pandang yang berbeda. Pendekatan yang berbeda ini dapat dipertemukan untuk menghasilkan sintesis yang berfokus pada kepentingan pasien. Dokter mengembangkan visinya yang objektif berdasarkan pada kondisi medis pasien, dan memberikan saran untuk perawatan yang menurutnya optimal dari segi ilmu kedokteran yang dimiliki. Namun, pada akhirnya, pasien adalah pihak yang paling berkuasa untuk menentukan pilihan, karena penyakit yang dideritanya telah membatasi kebebasan dan mengganggu kehidupannya, menimbulkan rasa takut, sakit, dan bahkan mempengaruhi makna dari hidupnya itu sendiri. Setelah berdiskusi dan

¹⁵² Dionisius Felenditi, “Paternalisme dalam Tindakan Medis”, *Jurnal Biomedik: JBM*, 2/3 (2010), hlm. 162.

¹⁵³ agungnoe, “Shared Decision Making, Keputusan Ideal Untuk Pasien dengan Ketidakpastian Medis,” *Universitas Gadjah Mada* (blog), 8 September 2021, <https://ugm.ac.id/id/berita/21647-shared-decision-making-keputusan-ideal-untuk-pasien-dengan-ketidakpastian-medis/>, diakses 1 Mei 2025.

mempertimbangkan bersama dokter, pasien dapat memutuskan langkah apa yang akan diambil, dengan mempertimbangkan semua potensi kerugian dan risiko yang mungkin terjadi.¹⁵⁴

Pasien adalah satu-satunya pihak yang dapat memberikan keputusan akhir terkait tindakannya, dan dalam kenyataannya, ia adalah satu-satunya unsur yang memiliki otoritas untuk mengambil keputusan tersebut. Seyogyanya, pasien berhak dan perlu memperoleh informasi yang cukup agar dapat membuat keputusan yang tepat. Pertimbangan pasien mungkin saja berbeda, atau bahkan bertentangan, dengan analisis objektif yang diberikan oleh dokter. Dalam hal ini, pasien juga perlu memahami batas kemampuan dokter dalam hal ilmu kedokteran, karena dokter, seperti halnya manusia lainnya, tidak luput dari kemungkinan melakukan kesalahan.¹⁵⁵

Pasal 276 UU No. 17 Tahun 2023, mengatur mengenai hak dan kewajiban pasien dalam hubungannya dengan perjanjian terapeutik, di mana pasien memiliki hak dan kewajiban tertentu. Pada Pasal 276, tentang hak pasien yaitu:

- a. mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya;
- b. mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai Pelayanan Kesehatan yang diterimanya;
- c. mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu;
- d. menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan KLB atau Wabah;
- e. mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis;
- f. meminta pendapat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain; dan
- g. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

¹⁵⁴ Ari Yunanto Dan Helmi, *Op. Cit.*, hlm. 13-17.

¹⁵⁵ *Ibid.*

Dalmy Iskandar menyebutkan rincian hak dan kewajiban pasien, yaitu:¹⁵⁶

- a. hak memperoleh pelayanan kesehatan yang manusiawi sesuai standar profesi;
- b. hak memperoleh penjelasan tentang diagnosis dan terapi dari dokter yang bertanggung jawab terhadap perawatannya;
- c. menolak keikutsertaan dalam penelitian kedokteran;
- d. kerahasiaan atas catatan medisnya;
- e. hak untuk dirujuk kalau diperlukan;
- f. hak memperoleh penjelasan tentang penelitian kliniknya;
- g. hak memperoleh perawatan lanjutan dengan informasi tentang nama/alamat dokter selanjutnya;
- h. hak berhubungan dengan keluarga, rohaniawan, dan sebagainya;
- i. hak mendapatkan penjelasan tentang perincian rekening;
- j. hak memperoleh penjelasan tentang peraturan-peraturan rumah sakit; dan
- k. hak menarik diri dari kontrak terapeutik.

Kewajiban Pasien diatur dalam UU No. 17 Tahun 2023 Pasal 277 menyebutkan bahwa pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
- b. mematuhi nasihat dan petunjuk tenaga medis dan tenaga Kesehatan;
- c. mematuhi ketentuan yang berlaku pada fasilitas pelayanan kesehatan; dan
- d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterimanya.

Dalmy Iskandar menyebutkan rincian kewajiban pasien sebagai berikut:¹⁵⁷

- a. memberikan informasi yang benar, berupa keterangan mengenai keluhan utama, keluhan tambahan, riwayat penyakit. Pada saat

¹⁵⁶ Dalmy Iskandar, 1998, *Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, Dan Pasien*, Jakarta: Sinar Grafika, hlm. 66.

¹⁵⁷ *Ibid.*

- dilakukan pemeriksaan fisik, jika ada keluhan, pasien harus menyampaikannya agar dokter dapat lebih tepat dalam menegakkan diagnosisnya;
- b. mematuhi petunjuk atau nasihat dokter dalam proses penyembuhan ataupun dalam upaya penegakan diagnosis;
 - c. menghormati kerahasiaan diri dan kewajiban tenaga kesehatan untuk menyimpan rahasia kedokteran serta privasinya;
 - d. memberikan imbalan terhadap jasa-jasa profesional yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan;
 - e. memberikan ganti rugi apabila tindakan-tindakan pasien merugikan tenaga kesehatan; dan
 - f. berterus terang apabila timbul masalah.

Dokter memiliki hak dan kewajiban dalam hubungannya dengan pasien. Hak dan kewajiban ini diatur dalam Pasal 279 UU No. 17 Tahun 2023. Selain itu masih ada hak dan kewajiban umum lain juga mengikat dokter. Suatu tindakan yang dilakukan dokter secara material tidak bersifat melawan hukum apabila memenuhi syarat berikut secara kumulatif. Tindakan itu mempunyai indikasi medik dengan tujuan perawatan yang sifatnya kongkret, dilakukan sesuai dengan aturan-aturan yang berlaku dalam ilmu kedokteran serta diizinkan oleh pasien. Hak tersebut menyebabkan timbulnya kelompok norma lain, yaitu norma untuk menghormati hak pasien sebagai individu dan norma yang mengatur agar pelayanan kesehatan dapat berfungsi dalam masyarakat untuk kepentingan orang banyak, yang dalam hal ini adalah pasien sebagai anggota masyarakat.

Hak dokter sebagaimana dalam Pasal 273 UU No. 17 Tahun 2023, menyebutkan hak dokter dalam menjalankan tugas profesi. Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

- a. mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan kesehatan pasien;
- b. mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari Pasien atau keluarganya;

- c. mendapatkan gaji/upah, imbalan jasa, dan tunjangan kinerja yang layak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja, dan keamanan;
- e. mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. mendapatkan pelindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya;
- g. mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang keprofesiannya;
- i. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalmy Iskandar menyebutkan hak dokter sebagai berikut¹⁵⁸:

- a. hak untuk menolak bekerja di luar standar profesi medis;
- b. hak untuk menolak tindakan-tindakan yang tidak sesuai dengan kode etik profesi medis;
- c. hak untuk memilih pasien dan mengakhiri hubungan dengan pasien, kecuali dalam keadaan gawat darurat;
- d. hak atas privasi dokter; dan
- e. hak untuk menerima imbalan jasa.

Kewajiban dokter diatur dalam Pasal 274 UU No. 17 Tahun 2023, yaitu:

- a. memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan Kesehatan Pasien;
- b. memperoleh persetujuan dari Pasien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;

¹⁵⁸ Octavian E. Sitohang, “Kajian Hukum Mengenai Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent) Dalam Pelayanan Kesehatan Ditinjau Dari Aspek Hukum Perjanjian”, *Lex Crimen*, 6/9 (2017). hlm. 87.

- c. menjaga rahasia kesehatan pasien
- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
- e. merujuk Pasien ke Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Menurut Leenen meliputi beberapa hal antara lain:¹⁵⁹

- a. kewajiban yang timbul dari sifat pelayanan kesehatan, di mana dokter harus bertindak sesuai dengan standar profesi medis atau menjalankan praktik kedokterannya secara lege artis;
- b. kewajiban untuk menghormati hak-hak pasien yang bersumber dari hak asasi dalam bidang Kesehatan; dan
- c. kewajiban yang berhubungan dengan fungsi sosial pemeliharaan kesehatan.

Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012 menyebutkan bahwa kewajiban dokter terhadap pasien:

- a. Pasal 10: “Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan pasien dalam hal ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan maka atas persetujuan pasien, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut.”
- b. Pasal 11: “Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasihatnya dalam beribadat dan/atau dalam masalah lainnya.”
- c. Pasal 12: “Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.”
- d. Pasal 13: “Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bersedia dan mampu memberikannya.”

¹⁵⁹ Nuralim Nuralim, “Tugas Dan Tanggungjawab Dokter Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Sibulue Kabupaten Bone,” *Jurnal Al-Dustur* 1/1 (2019), hlm.199.

2.4 Ruang Lingkup Sengketa Medik

2.4.1 Tinjauan tentang Sengketa Medik

Sengketa atau yang dalam bahasa Inggris ialah “*conflict*” dan “*dispute*”, yang keduanya mengandung pengertian tentang adanya perbedaan kepentingan di antara kedua belah pihak atau lebih. *Conflict* atau yang dalam bahasa Indonesia disebut dengan konflik, sedangkan *dispute* yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia disebut sengketa. Konflik merupakan sebuah situasi di mana dua belah pihak atau lebih dihadapkan pada perbedaan kepentingan, tetapi tidak dapat berkembang menjadi sebuah sengketa apabila pihak yang merasa dirugikan dengan memendam perasaan tidak puas dalam hati. Konflik berubah menjadi sengketa apabila pihak yang merasa dirugikan telah menyatakan rasa tidak puas, baik secara langsung pada pihak yang dianggap merugikan atau pada pihak lain. Hal ini berarti bahwa sengketa merupakan kelanjutan dari konflik yang tidak dapat terselesaikan.¹⁶⁰

Istilah konflik menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti percekcokan; pertentangan; perselisihan. Selain itu, *dispute* menurut *Black's Law Dictionary* didefinisikan sebagai konflik atau kontroversi, terutama yang telah menimbulkan gugatan hukum tertentu. Konflik ialah adanya oposisi atau pertentangan antara orang, kelompok, atau organisasi terhadap suatu objek permasalahan. Sengketa merupakan pertentangan atau konflik yang terjadi antara individu-individu atau kelompok-kelompok yang memiliki hubungan kepentingan yang sama atas suatu objek kepemilikan yang menimbulkan akibat hukum satu dengan akibat hukum lainnya. Sengketa didefinisikan sebagai sesuatu yang menyebabkan:

- a. perbedaan pendapat; pertengkar; pertahanan; perkara kecil dapat juga menimbulkan perkara besar;
- b. pertikaian; perselisihan; dan
- c. perkara (di pengadilan) tidak ada yang tidak dapat diselesaikan

Menurut Schyut, konflik merupakan suatu situasi yang di dalamnya terdapat dua pihak atau lebih yang mengejar tujuan-tujuan, yang satu dengan yang lain tidak

¹⁶⁰ Widodo Tresno Novianto, 2017, *Sengketa Medik: Pergulatan Hukum Dalam Menentukan Unsur Kelalaian Medik*, Surakarta: Uns Press, hlm. 7.

dapat diserasikan dan mereka dengan daya upaya mencoba dengan sadar menentang tujuan-tujuan dari pihak lain.¹⁶¹

KUH Perdata tidak mengatur secara khusus mengenai definisi dari suatu sengketa, tetapi hanya mengatur mengenai terjadinya suatu sengketa, sehingga untuk dapat mengetahui apa yang dimaksud dengan sengketa dapat ditemukan dalam Pasal 2 Undang-Undang No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa yang secara sumir mendefinisikan suatu sengketa sebagai beda pendapat di antara para pihak.

Sengketa dapat didefinisikan sebagai suatu kondisi yang ditimbulkan oleh dua orang atau lebih yang dicirikan oleh beberapa pertentangan secara terang-terangan, dibedakan menjadi 2 macam konflik, yaitu *conflict of interest* dan *claim of right*. *conflict of interest* terjadi apabila dua orang memiliki keinginan yang sama terhadap satu objek yang dianggap bernilai, sedangkan *claims of right* merupakan klaim kebenaran di satu pihak dan menganggap pihak lain bersalah.¹⁶²

Owens R.G. menyatakan bahwa penyebab konflik adalah aturan-aturan yang diberlakukan dan prosedur yang tertulis dan tidak tertulis dapat menyebabkan konflik apabila penerapannya terlalu kaku serta keras.¹⁶³ Adanya usaha untuk mencapai tujuan masing-masing tentu akan menimbulkan dampak pada persaingan yang tidak sehat serta dapat menimbulkan kerugian bagi salah satu pihak yang menimbulkan sengketa.

Sengketa biasanya berawal dari perasaan ketidakpuasan, yaitu situasi di mana satu pihak merasa dirugikan oleh pihak lain. Ketidakpuasan ini bersifat pribadi, tertutup, dan subjektif, baik dialami oleh individu maupun kelompok. Jika perasaan ketidakpuasan atau kekecewaan tersebut disampaikan kepada pihak kedua, dan pihak kedua merespons serta dapat memberikan pemenuhan yang memadai bagi pihak pertama, maka konflik tersebut dapat dianggap selesai. Sebaliknya, apabila

¹⁶¹ B. R. Rijkscroeff, 2001, *Sosiologi Hukum Dan Sosiologi Hukum*, Bandung: Mandar Maju, hlm. 163.

¹⁶² L. M. Friedman, 1975, *The Legal System: A Social Science Perspective*, New York: Russel Sage Foundation, hlm. 225–226.

¹⁶³ Wahyudi, 2008, *Manajemen Konflik*, Bandung: Alfabeta, hlm. 35.

perbedaan pendapat antara kedua pihak tetap berlanjut dan tidak dapat diselesaikan, maka hal ini dapat berkembang menjadi sengketa.¹⁶⁴

Sengketa secara normatif dapat terjadi akibat dua hal, yaitu wanprestasi dan perbuatan melawan hukum (PMH). Wanprestasi terjadi ketika salah satu pihak dalam suatu perjanjian gagal memenuhi kewajibannya sebagaimana yang telah disepakati, sehingga menyebabkan kerugian bagi pihak lainnya. Di sisi lain, perbuatan melawan hukum (PMH) terjadi ketika seseorang melakukan tindakan yang bertentangan dengan hukum dan menyebabkan kerugian bagi pihak lain, sebagaimana diatur dalam Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Ketentuan dalam Pasal 1365 KUH Perdata menyatakan bahwa "Tiap perbuatan yang melanggar hukum dan membawa kerugian kepada seorang lain, mewajibkan orang yang menimbulkan kerugian itu karena salahnya untuk mengganti kerugian tersebut." Dari ketentuan ini, dapat disimpulkan bahwa suatu perbuatan yang bertentangan dengan hukum serta menimbulkan kerugian akibat kesalahan pelaku, mewajibkan pelaku untuk memberikan ganti rugi. Namun, dalam praktiknya, pihak yang dianggap bersalah sering kali berkilah bahwa perbuatannya bukan merupakan suatu kesalahan yang menimbulkan kewajiban untuk mengganti kerugian. Perbedaan pandangan mengenai apakah suatu perbuatan dapat dianggap sebagai kesalahan atau tidak inilah, sering kali menjadi sumber sengketa antara para pihak yang terlibat.

Sengketa medik timbul ketika adanya tuntutan ke rumah sakit, pengaduan ke polisi, atau gugatan ke pengadilan. Medik atau yang dalam bahasa Inggris disebut dengan *medical* memiliki arti yang berhubungan dengan pengobatan. Sengketa medik berawal dari adanya perasaan tidak puas dari pihak pasien karena adanya pihak dokter yang tidak memenuhi prestasi sebagaimana dijanjikan, sehingga pasien atau keluarganya mencari sebab ketidakpuasan tersebut. Penyebab terjadinya sengketa antara dokter dan pasien adalah jika timbul ketidakpuasan pasien terhadap dokter dalam melaksanakan upaya pengobatan atau melaksanakan tindakan medik.

¹⁶⁴ Suyud Margono, 2001, *Perlembagaan Alternative Dispute Resolution (ADR): Dalam Prospek Dan Pelaksanaannya Arbitrase Di Indonesia*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 21.

Terjadinya ketidakpuasan pasien terhadap layanan dokter atau rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya sebagai akibat dari:¹⁶⁵

- a. semakin tingginya pendidikan rata-rata masyarakat sehingga membuat mereka lebih tahu tentang haknya dan lebih asertif;
- b. semakin tingginya harapan masyarakat kepada layanan kedokteran sebagai hasil dari luasnya arus informasi;
- c. komersialisasi dan tingginya biaya layanan kedokteran sehingga masyarakat semakin tidak toleran terhadap layanan yang tidak sempurna; dan
- d. provokasi oleh ahli hukum dan oleh tenaga kesehatan sendiri.

Ketidakpuasan tersebut dikarenakan adanya pelanggaran yang mengandung sifat perbuatan melawan hukum dalam melaksanakan profesi kedokteran yang menyebabkan kerugian di pihak pasien, di mana hal tersebut terjadi apabila ada anggapan bahwa isi perjanjian terapeutik tidak dipenuhi atau dilanggar.¹⁶⁶

Pelanggaran yang dilakukan oleh dokter dalam penyelenggaraan profesi medik dapat berupa pelanggaran etik, penyelenggaraan disiplin, pelanggaran administrasi, pelanggaran hukum. Penyebab pelanggaran praktik kedokteran dapat dikelompokkan ke dalam faktor sistem dan faktor dokter dan masyarakat. Faktor sistem, secara umum merupakan adanya sistem yang lemah pengawasan, tertutup, monopolistik/oligopolistik, terlalu kuatnya unsur negara dibandingkan dengan masyarakat dan libelarisme, khususnya dalam pelayanan kesehatan. Sementara itu, faktor dokter dan masyarakat yang menyuburkan pelanggaran adalah sifat hedonistis, munafik, dan penuh dengan korupsi, kolusi, nepotisme, serta menghalalkan segala cara, bukan sebagai *civil society*.¹⁶⁷

Sengketa medik antara pasien dan keluarganya dengan tenaga kesehatan atau pasien dengan rumah sakit/fasilitas kesehatan atau pasien dengan rumah sakit/fasilitas kesehatan biasanya yang dipermasalahkan adalah hasil atau hasil akhir pelayanan kesehatan dengan tidak memperhatikan atau mengabaikan prosesnya. Padahal,

¹⁶⁵ Widodo Tresno Novianto, *Op. Cit.*, hlm. 9.

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ Agus Purwadianto, Urgensi Undang-Undang Praktik Kedokteran Bagi Masyarakat, *Jurnal Hukum Bisnis*, 23/2, (2004), hlm. 10.

dalam Hukum Kesehatan diakui bahwa tenaga kesehatan atau pelaksanaan pelayanan kesehatan diakui bahwa tenaga kesehatan atau pelaksanaan pelayanan kesehatan saat memberikan pelayanan hanya bertanggung jawab atas proses atau upaya yang dilakukan dan tidak menjamin atau menggaransi hasil akhir. Dengan demikian, sebelum ada putusan dari peradilan profesi maupun ketidaksesuaian logika medis antara pasien dan dokter atau rumah sakit, maka istilah yang tepat adalah sengketa medik bukan malpraktik kedokteran. Hal ini berkaitan dengan ada atau tidaknya putusan dan pertimbangan logika medis dan logika hukum untuk menentukan apakah perbuatan atau tindakan medik yang dilakukan dokter tersebut masuk dalam kategori malpraktik kedokteran.¹⁶⁸

Sengketa medik dalam praktik seringkali merupakan jalinan permasalahan etika profesi, disiplin profesi maupun hukum pada umumnya. Baik pasien, masyarakat, dokter, rumah sakit, sadar atau tidak sadar, sering mencampuradukan antara ketiganya. Hal ini ada kemungkinan akibat ketidaktahuan praktis itu sendiri atau memang karena cara kerja mereka menginginkan serba praktis, dan bukan tugas mereka untuk memilah secara akademis apakah kasus tersebut pelanggaran etika murni, disiplin profesi, Hukum Administrasi, Hukum Perdata, atau Hukum Pidana.

Ciri-ciri sengketa medik yang terjadi antara dokter dan pasien ialah:

- a. sengketa terjadi dalam hubungan antara dokter dengan pasien;
- b. objek sengketa adalah upaya penyembuhan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien;
- c. pihak yang merasa dirugikan dalam sengketa medik adalah pasien, baik kerugian berupa luka atau cacat maupun kematian;
- d. kerugian yang diderita pasien disebabkan oleh adanya dugaan kelalaian atau kesalahan medik dari dokter, yang sering disebut dengan malapraktik medik.

Kurangnya informasi yang diberikan dokter dalam praktik pelayanan medis disebabkan karena kesibukan dan rutinitas pekerjaan dokter yang banyak menyita waktu, sehingga dokter kurang memiliki waktu cukup untuk memberikan seluruh informasi. Selain itu, banyaknya pasien yang ditangani menyebabkan dokter

¹⁶⁸ Widodo Tresno Novianto, *Op. Cit.*, hlm. 10.

mengalami kejemuhan dalam memberikan informasi yang berlebihan dan keadaan pasien yang sakit baik fisik maupun psikis menimbulkan kesulitan bagi dokter untuk memberikan informasi yang diberikan. Apabila diberikan terlalu banyak dapat menyebabkan pasien sehingga menjadi tertekan atau memperburuk proses perawatan dan penyembuhan atau bahkan kemungkinan penolakan pasien dapat terjadi. Adanya kekurangan pemberian informasi yang menyebabkan kesalahan penafsiran pada pasien.

Kebijakan manajemen rumah sakit juga dapat menyebabkan terjadinya sengketa medik, di antara lain:¹⁶⁹

- a. kurangnya tempat dan waktu yang kondusif untuk memungkinkan terjadinya dialog atau komunikasi dua arah antara dokter atau petugas kesehatan dengan pasien;
- b. belum cukup tersedianya lembar *inform consent* sebagai bukti persetujuan bahwa pasien telah diberi informasi dan lembar penolakan sebagai bukti pasien menolak atau tidak menerima informasi yang telah diberikan kepadanya;
- c. tidak tersedianya manajemen risiko yang selalu memantau dan mengolah risiko yang akan muncul atau yang telah muncul. Risiko tidak diantisipasi dengan baik sejak dari awal, maka menjadi melebar dan meluas, sehingga kasus sengketa medik tidak dapat dihindarkan; dan
- d. tidak terkualifikasi tanggung jawab kesehatan oleh manajemen, di mana seharusnya membuat dan menggolongkan berbagai macam jenis tanggung jawab di dalam dunia kedokteran, sehingga dapat mudah diketahui pihak mana yang harus bertanggung jawab apabila terjadi sengketa medik.

Ketidak sempurnaan kebijakan manajemen rumah sakit dalam mengelola komunikasi, persetujuan tindakan medis, serta manajemen risiko dapat memperbesar kemungkinan terjadinya sengketa medik dan berdampak pada

¹⁶⁹ Nusye Ki Jayanti, 2009, *Penyelesaian Hukum Dalam Malpraktik Kedokteran*, Yogyakarta: Pustaka Yustisia, hlm. 121–122.

timbulnya kerugian bagi pasien. Kerugian yang timbul dari sengketa medik dapat diklasifikasikan sebagai berikut:¹⁷⁰

- a. kerugian immaterial (*general damages, non pecuniary losses*).
- b. kerugian material (*special damages, pecuniary losses*):
 - 1) kerugian akibat kehilangan kesempatan; dan/atau
 - 2) kerugian nyata: biaya yang telah dikeluarkan hingga saat penggugatan, dan biaya yang akan dikeluarkan sesudah saat penggugatan.

Ditinjau dari segi kompensasinya, kerugian dapat diklasifikasikan sebagai berikut:¹⁷¹

- a. Kompensasi untuk kecederaan yang terjadi bersifat immaterial:
 - 1) sakit dan penderitaan;
 - 2) kehilangan kesenangan atau kenikmatan (*amenities*); dan/atau
 - 3) kecederaan fisik atau psikiatris.
- b. Kompensasi untuk pengeluaran tambahan:
 - 1) pengeluaran untuk perawatan rumah sakit;
 - 2) pengeluaran untuk biaya medis lain; dan/atau
 - 3) pengeluaran untuk perawatan.
- c. Kompensasi untuk kerugian lain yang *foreseeable* (kerugian akibat kehilangan kesempatan):
 - 1) kehilangan penghasilan; dan/atau
 - 2) kehilangan kapasitas mencari nafkah.

Pemberian hak atas ganti rugi merupakan bentuk tanggung jawab dalam memberikan perlindungan bagi setiap orang atas akibat yang timbul baik fisik maupun nonfisik karena kesalahan dan kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan.¹⁷²

¹⁷⁰ Nurma Khusna Khanifa, “Ganti Rugi Akibat Mal-Praktek Kelalaian Medik: Komparasi Hukum Islam dan Hukum Perdata”, Syariati: Jurnal Studi Al-Qur'an dan Hukum, 2/1 (2016), hlm. 137-156.

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² I. Gusti Ayu Agung Mas Pradnya Paramitha dan Ida Bagus Putu Sutama, “Perlindungan Terhadap Hak Pasien dalam Memperoleh Ganti Kerugian oleh Tenaga Kesehatan yang Melakukan Kesalahan atau Kelalaian”, *Kertha Semaya: Journal Ilmu Hukum*, 13/1 (2018), hlm. 1-5.

2.4.2 Klasifikasi Sebab Hukum Terjadinya Sengketa Medik

Sengketa berawal dari adanya rasa ketidakpuasan dari salah satu pihak karena adanya pihak lain yang tidak memenuhi prestasi sebagaimana yang telah diperjanjikan. Dalam sengketa medik biasanya yang menjadi pihak yang tidak puas merupakan pasien atau keluarga pasien dengan tindakan atau perkataan dari pihak dokter yang dianggap melakukan wanprestasi. Tidak ada satu pun dokter dalam menjalankan profesinya memberikan pelayanan kesehatan bermaksud buruk atau berniat jahat pada pasien layaknya seorang kriminal. Suatu hasil yang tidak diharapkan terjadi di dalam praktik kedokteran sebenarnya dapat disebabkan oleh beberapa kemungkinan, yaitu:¹⁷³

- a. hasil dari suatu perjalanan penyakit atau komplikasi penyakit yang tidak ada hubungannya dengan tindakan medik yang dilakukan dokter;
- b. hasil dari suatu risiko yang tak dapat dihindari, yaitu:
 - 1) risiko yang tak dapat diketahui sebelumnya (*unforeseeable*), risiko seperti ini dimungkinkan di dalam ilmu kedokteran oleh karena sifat ilmu empiris dan sifat tubuh manusia yang sangat bervariasi serta rentan terhadap pengaruh eksternal; dan
 - 2) risiko yang meskipun telah diketahui sebelumnya (*foreseeable*), tetapi dianggap dapat diterima (*acceptable*), dan telah diinformasikan kepada pasien dan telah disetujui oleh pasien untuk dilakukan, yaitu: risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya cukup kecil, dapat diantisipasi, diperhitungkan, atau dapat dikendalikan, misalnya efek samping obat, perdarahan, dan infeksi pada pembedahan, dan lain-lain; risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya besar pada keadaan tertentu, yaitu apabila tindakan medik yang berisiko tersebut harus dilakukan karena merupakan satu-satunya cara yang harus ditempuh (*the only way*), terutama dalam keadaan gawat darurat.

¹⁷³ Ali Muhammad Mulyohadi dkk., 2006, *Kemitraan Dalam Hubungan Dokter Dan Pasien*, Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia, hlm. 49.

Berkaitan dengan hal tersebut, terdapat perbedaan antara malpraktik, kelalaian medis, kecelakaan medis, dan risiko medis yang menjadi sebab hukum terjadinya sengketa medik, dijelaskan dalam tabel di bawah ini:¹⁷⁴

Tabel 3. Perbedaan Malpraktik, Kelalaian Medis, dan Kecelakaan Medis

Malpraktek	Kelalaian Medis	Kecelakaan Medis / Risiko Medis
Perbuatan dokter yang secara sengaja melanggar undang-undang, misalnya pengguguran kandungan, memberikan surat keterangan palsu atau isinya tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya. Hal ini dilakukan dengan kesadaran dan pelaku tidak peduli pada akibat dari tindakannya walaupun telah melanggar undang-undang.	Perbuatan dokter yang dilakukan secara tidak sengaja, seperti tertukarnya rekam medis, keliru membedah, dan lupa memberikan informasi kepada pasien. Dari motifnya, dokter tidak menduga timbul akibat tindakannya.	<p>1. Kecelakaan Medis: Kejadian yang tidak diinginkan yang terjadi selama proses pelayanan medis, bukan akibat kesalahan tenaga medis, tetapi karena faktor luar yang tak bisa diprediksi sepenuhnya Contoh: Reaksi alergi yang sangat kuat, infeksi yang tidak bisa dicegah meskipun sudah mengikuti prosedur yang benar, atau komplikasi yang sangat langka.</p> <p>2. Risiko Medis: Merupakan konsekuensi yang mungkin terjadi dari suatu tindakan medis, seperti reaksi alergi, komplikasi, atau efek samping obat. Risiko ini dapat dijelaskan kepada pasien sebelum tindakan dilakukan, sehingga pasien memahami kemungkinan yang bisa terjadi. Tidak selalu merupakan kesalahan atau kelalaian dari pihak tenaga medis, meskipun tindakan medis yang dilakukan sudah sesuai standar.</p> <p>Contoh: Reaksi alergi pada obat yang umum, efek samping obat yang diketahui, atau komplikasi yang mungkin terjadi setelah operasi.</p>

Sumber : Widodo Tresno Novianto, 2017.

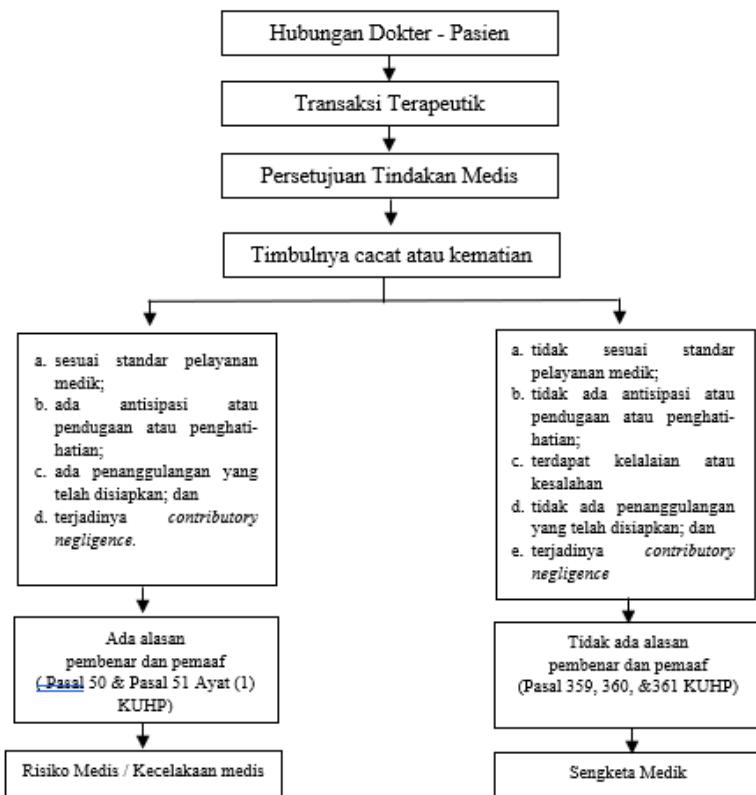
Berdasarkan tabel di atas, dapat dijelaskan bahwa terdapat beberapa keadaan yang tidak dapat diproses secara hukum. Kecelakaan medis dan risiko medis termasuk dalam kategori keadaan tersebut, yang tidak dapat diproses secara hukum karena keduanya tidak didasari oleh unsur kesalahan. Kecelakaan medis merupakan peristiwa yang tidak terduga dan tidak disebabkan oleh kesalahan tenaga medis, melainkan oleh faktor eksternal yang tidak dapat dikontrol atau diprediksi. Sementara itu, risiko medis adalah konsekuensi medis yang secara wajar dapat

¹⁷⁴ Widodo Tresno Novianto, 2017, *Sengketa Medik: Pergulatan Hukum Dalam Menentukan Unsur Kelalaian Medik*, Surakarta: UNS Press, hlm. 30.

terjadi meskipun tindakan medis telah dilaksanakan sesuai prosedur yang berlaku dan telah disetujui oleh pasien melalui *informed consent*. Karena tidak terdapat unsur kelalaian atau pelanggaran standar, kedua jenis keadaan ini tidak dapat dibawa ke ranah hukum, baik dalam konteks hukum pidana maupun perdata.

Di sisi lain, kelalaian medis dan malpraktik termasuk dalam kategori perbuatan yang dapat diproses secara hukum. Kelalaian medis terjadi apabila tenaga medis tidak menjalankan kewajibannya dengan hati-hati, seperti kelalaian dalam memberikan obat atau keterlambatan dalam melakukan tindakan medis, yang berakibat merugikan pasien. Sedangkan malpraktik adalah tindakan yang lebih serius, yaitu penyimpangan signifikan dari standar profesi medis yang berlaku, yang mengakibatkan kerugian pada pasien. Dalam kedua hal tersebut, pasien atau keluarganya berhak menempuh jalur hukum, baik pidana, perdata, maupun etik profesi, untuk menuntut pertanggungjawaban dan memperoleh ganti rugi. Berkaitan dengan risiko medis dalam ilmu hukum, terdapat *adagium non fit injuria* atau *assumption of risk* adalah apabila seseorang menempatkan dirinya ke dalam suatu risiko yang sudah ia ketahui apabila risiko itu benar-benar terjadi. Tidak dapat menuntut pertanggungjawaban seseorang karena risiko terjadi bukan karena kesalahan (*schuld*) baik sengaja maupun kelalaian (*culpa*), apabila risiko muncul pada saat dilakukannya pelayanan kesehatan, pasien tidak dapat menuntut pertanggungjawaban pada seorang tenaga medis. Perbedaan penerapan dan klasifikasi perbuatan medik yang termasuk sebagai sengketa medik atau risiko medis dapat digambarkan sebagaimana bagan berikut:¹⁷⁵

¹⁷⁵ Anny Isfandyarie, 2005, *Malpraktek dan Risiko Medik dalam Kajian Hukum Pidana*, Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher, hlm.129



Gambar 5. Perbedaan Klasifikasi Sengketa Medik atau Risiko Medis
Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2025)

Pelanggaran tindakan medis dianggap sebagai risiko medis apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:¹⁷⁶

- a. tindakan medis yang dilakukan dokter sesuai dengan standar pelayanan medis (standar pelayanan medis/SPM dan standar operasional/SOP);
- b. dokter telah melakukan tindakan antisipasi atau penduga-duga atau penghatihan dalam melaksanakan tindakan medik terhadap pasien;
- c. pelanggaran tersebut dilakukan bukan karena kesalahan atau kelalaian medik;
- d. ada upaya penanggulangan terhadap kemungkinan akibat yang ditimbulkan dari tindakan medik;
- e. pasien mempunyai kontribusi/peran/andil terhadap terjadinya akibat yang timbul/terjadi; dan

¹⁷⁶ Ibid.

- f. adanya alasan Pemberar dan/atau pemaaf sebagaimana diatur dalam Pasal 50 dan Pasal 51 ayat (1) KUHP.

Berbeda dengan tindakan medis, yang dapat dikualifikasi sebagai malpraktik medis apabila tindakan atau perbuatan yang dilakukan oleh dokter memenuhi persyaratan sebagai berikut:¹⁷⁷

- a. tindakan medik yang dilakukan tidak sesuai dengan SPM dan SOP;
- b. dokter tidak melakukan penduga-duga atau antisipasi/sikap hati-hati;
- c. tindakan dokter dilakukan dengan kelalaian atau kesengajaan;
- d. dokter tidak melakukan upaya penanggulangan terhadap akibat yang timbul dari tindakan medik yang dilakukan;
- e. akibat yang terjadi/timbul tidak terdapat peran/kontribusi dari pasien; dan
- f. tidak ada alasan pemaaf dan pemberar.

2.4.3 Ganti Kerugian dalam Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari kehidupan masyarakat yang berfungsi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan individu. Dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya memiliki tanggung jawab besar dalam memberikan perawatan yang aman dan efektif. Namun, dalam beberapa kasus, tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga medis dapat menyebabkan kerugian bagi pasien, baik secara fisik, emosional, maupun finansial. Hal ini dapat terjadi akibat kelalaian, kesalahan profesional, atau kegagalan dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku.¹⁷⁸

Ganti kerugian menjadi suatu hal yang sangat penting untuk memberikan perlindungan kepada pasien yang dirugikan akibat tindakan medis yang salah. Ganti rugi dalam pelayanan kesehatan bukan hanya untuk mengganti biaya yang timbul akibat kesalahan medis, tetapi juga untuk mengkompensasi penderitaan fisik, emosional, atau psikologis yang dialami oleh pasien.

Pentingnya mekanisme ganti rugi ini juga diatur dalam Kitab Undang-Undang KUHPerdata, yang memberikan dasar hukum bagi pasien untuk menuntut

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸ *Ibid.*

pertanggungjawaban dari pihak medis yang melakukan wanprestasi atau malpraktik medis. Dalam hal ini, apabila dokter atau penyedia layanan kesehatan gagal memenuhi kewajiban yang telah disepakati dalam perjanjian terapeutik, pasien memiliki hak untuk menuntut kompensasi atas kerugian yang dialami.

Sanksi hukum dalam sengketa medik perdata salah satunya berkaitan dengan kewajiban untuk membayar ganti rugi kepada pihak yang dirugikan. Dokter atau penyedia layanan kesehatan dapat diwajibkan untuk memberikan kompensasi berupa:¹⁷⁹

- a. Ganti kerugian materiil: Ini mencakup biaya tambahan pengobatan, biaya perawatan lanjutan, kehilangan pendapatan, atau kerugian finansial lain yang dapat dihitung secara nyata. Ganti rugi materiil bertujuan untuk mengembalikan kondisi pasien ke keadaan semula secara finansial, dengan mengganti biaya yang dikeluarkan oleh pasien akibat kesalahan medis yang terjadi.
- b. Ganti kerugian immateriil: Kompensasi ini diberikan atas penderitaan fisik, trauma psikologis, atau penurunan kualitas hidup yang dialami pasien akibat tindakan medis yang tidak sesuai. Ganti rugi immateriil bertujuan untuk memberikan kompensasi kepada pasien atas dampak non-finansial yang timbul akibat kelalaian atau kesalahan dalam pelayanan medis, seperti rasa sakit, ketidaknyamanan, atau gangguan psikologis yang dapat terjadi setelah tindakan medis yang salah.

Ganti kerugian dalam pelayanan medis dapat ditanggung oleh pihak dokter, pihak rumah sakit, atau bahkan pihak ketiga seperti asuransi profesi, tergantung pada perjanjian dan ketentuan yang berlaku dalam masing-masing kasus.

a. Pihak Dokter

Dalam hal wanprestasi atau malpraktik yang dilakukan oleh dokter, maka dokter tersebut bertanggung jawab secara pribadi untuk memberikan ganti kerugian kepada pasien yang dirugikan. Hal ini terjadi jika kesalahan atau

¹⁷⁹ Sri Wahyuni, Kamal Hidjaz, dan Sahban Sahban, “Tanggung Jawab Hukum Keperdataan Dokter Terhadap Pasien”, *Journal of Lex Generalis (JLG)*, 2/8 (2021), hlm. 1970–1982.

kelalaian yang terjadi berada dalam kendali atau akibat tindakan profesional dokter. Dalam hal ini, dokter dapat dimintai pertanggungjawaban untuk mengganti kerugian materiil dan immateriil yang ditimbulkan akibat tindakan medis yang tidak sesuai standar.

b. Pihak Rumah Sakit

Selain dokter, rumah sakit juga dapat bertanggung jawab atas ganti kerugian jika tindakan medis yang dilakukan di dalam fasilitas rumah sakit menimbulkan kerugian pada pasien. Rumah sakit sebagai lembaga penyedia layanan kesehatan memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa tenaga medis yang bekerja di bawah pengawasannya mematuhi standar medis yang berlaku. Oleh karena itu, rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban jika ada kelalaian atau kesalahan dalam prosedur rumah sakit, misalnya dalam hal administrasi, fasilitas, atau pengawasan terhadap tindakan medis.¹⁸⁰

Rumah sakit, sebagai badan hukum, memiliki tanggung jawab vikarius (*vicarious liability*)¹⁸¹ atas perbuatan tenaga medis yang berada di bawah pengawasannya. Tanggung jawab ini muncul karena rumah sakit memfasilitasi terjadinya pelayanan, mempekerjakan tenaga medis, serta mengelola sarana dan prasarana medis yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, apabila terbukti bahwa kerugian pasien timbul karena kegagalan sistem, kurangnya pengawasan, atau standar operasional prosedur yang tidak memadai, maka rumah sakit dapat dinyatakan sebagai pihak yang harus menanggung ganti rugi tersebut.

c. Pihak Ketiga – Asuransi Profesi

Upaya pemberian ganti kerugian ini seringkali melibatkan pihak ketiga, yaitu perusahaan asuransi. Asuransi memiliki peran penting dalam sengketa medik, baik bagi pasien maupun tenaga medis. Dalam banyak kasus, baik dokter maupun rumah sakit dapat memiliki asuransi profesi yang berfungsi untuk menanggung ganti kerugian yang timbul akibat malpraktik atau

¹⁸⁰ Friscy Polii, “Tanggung Gugat Rumah Sakit atas Kelalaian Diagnosis pada Pasien COVID serta Standar Operasional Prosedur Penanganannya”, *Lex Crimen*, 11/5 (2022), hlm.21

¹⁸¹ *Ibid.*

kelalaian medis. Asuransi profesi merupakan suatu produk asuransi yang dirancang untuk menanggung risiko yang dihadapi oleh profesi tertentu, termasuk profesi medis yang memiliki tingkat risiko tinggi. Dalam asuransi profesi, risiko tersebut dialihkan kepada perusahaan asuransi dengan imbalan pembayaran premi yang disepakati dalam polis.¹⁸² Di Indonesia, asuransi profesi lebih difokuskan pada perlindungan bagi profesi dokter¹⁸³ yang bertujuan untuk melindungi tenaga medis dan institusi kesehatan dari risiko keuangan yang timbul akibat tuntutan hukum dari pasien yang dirugikan.¹⁸⁴ Jika terjadi klaim malpraktik, asuransi profesi dapat mencakup biaya ganti rugi kepada pasien, termasuk biaya pengobatan tambahan, biaya perawatan lanjutan, atau kompensasi atas penderitaan fisik dan emosional pasien.

Pada praktiknya, bentuk ganti kerugian yang dapat diberikan meliputi ganti rugi materiil (seperti biaya pengobatan lanjutan, perawatan, dan kehilangan pendapatan) maupun immateriil (seperti penderitaan psikologis atau rasa sakit). Besaran ganti rugi ditentukan berdasarkan tingkat kesalahan, dampak terhadap korban, dan putusan pengadilan yang memeriksa perkara.¹⁸⁵ Mekanisme penuntutan ganti rugi ini dapat diajukan melalui jalur perdata oleh pasien atau keluarganya, baik melalui pengadilan maupun penyelesaian nonlitigasi seperti mediasi.

Asuransi profesi merupakan suatu produk asuransi yang dirancang untuk menanggung risiko yang dihadapi oleh profesi tertentu, termasuk profesi medis yang memiliki tingkat risiko tinggi. Dalam asuransi profesi, risiko tersebut dialihkan kepada perusahaan asuransi dengan imbalan pembayaran premi yang disepakati dalam polis.¹⁸⁶ Di Indonesia, asuransi profesi lebih

¹⁸² *Ibid.*

¹⁸³ “Asuransi Profesi, Melindungi Saat Gugatan Terjadi,” [www.allianzco.id](https://www.allianz.co.id/explore/asuransi-profesi-melindungi-saat-gugatan-terjadi.html), diakses 2 April 2025, <https://www.allianz.co.id/explore/asuransi-profesi-melindungi-saat-gugatan-terjadi.html>.

¹⁸⁴ Nanda Utama, “Asuransi Profesi Sebagai Perlindungan Terhadap Dokter Dalam Tindakan Medis”, *Jurnal Ilmu Hukum, Humaniora dan Politik*, 4/3 (2024), hlm. 343-350.

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ *Ibid.*

difokuskan pada perlindungan bagi profesi dokter¹⁸⁷ yang bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap risiko kerugian yang timbul akibat kesalahan medis atau kelalaian dalam memberikan pelayanan medis. Objek pertanggungan pada asuransi profesi dokter meliputi:¹⁸⁸

- a. mengganti kerugian cedera fisik/mental/kematian dari pihak ketiga yang disebabkan malpraktik oleh dokter;
- b. penggantian terhadap biaya pengacara atau pengadilan (terbatas pada kasus perdata); dan
- c. menjamin kelalaian dokter saat bertugas di luar lingkup ruang praktik sehari-hari karena keadaan mendesak atau darurat.

Asuransi profesi memiliki karakteristik khusus yang membedakan dengan produk asuransi lainnya yaitu;

- a. Tidak ada barang berwujud yang dipertanggungkan
Dalam asuransi profesi, objek perlindungan bukanlah barang fisik yang dapat mengalami kerusakan, kehilangan, atau kehancuran. Sebaliknya, asuransi ini menanggung kerugian yang dialami oleh pihak ketiga, dalam hal ini pasien sebagai korban.¹⁸⁹

- b. Objek asuransi adalah tanggung gugat profesi
Asuransi tanggung gugat profesi dokter mencakup tanggung jawab hukum yang dimiliki oleh tertanggung terhadap pihak ketiga. Berdasarkan Pasal 1 angka 25 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Usaha Perasuransian, tanggung jawab hukum (*civil liability*) termasuk dalam objek yang dapat diasuransikan. Sementara itu, Pasal 1365 KUH Perdata menyatakan bahwa seseorang yang melakukan perbuatan melanggar hukum dan menyebabkan kerugian bagi orang lain wajib memberikan ganti rugi. Melalui mekanisme asuransi, kewajiban ini dapat dialihkan

¹⁸⁷ “Asuransi Profesi, Melindungi Saat Gugatan Terjadi,” wwwallianzcoid, diakses 2 April 2025, <https://www.allianz.co.id/explore/asuransi-profesi-melindungi-saat-gugatan-terjadi.html>.

¹⁸⁸ Nanda Utama, *Loc.Cit*

¹⁸⁹ Suhawan, 2021, *Pengetahuan Asuransi di Indonesia*, Jakarta: Cendekia Press, hlm. 422.

kepada penanggung, mengingat besarnya nilai ganti rugi yang sering kali sulit ditanggung sendiri oleh tertanggung. Namun, cakupan tanggung gugat yang dapat dialihkan kepada penanggung terbatas dalam ranah hukum perdata (hukum privat) yang dapat dinilai dalam bentuk uang, dan tidak mencakup tanggung jawab di bidang hukum publik, seperti hukum pidana dan hukum administrasi negara.¹⁹⁰

c. Peristiwa tidak pasti (*fortuitous event*)

peristiwa tidak pasti mengacu pada perbuatan melanggar hukum yang dilakukan oleh tertanggung. Perlindungan asuransi terbatas pada pelanggaran hukum yang disebabkan oleh unsur kesengajaan atau kelalaian. Kurangnya kehati-hatian dalam menjalankan profesi dapat menyebabkan kerugian bagi pihak ketiga, sehingga berdasarkan Pasal 1365 KUH Perdata, tertanggung wajib memberikan kompensasi. Namun, jika perbuatan melanggar hukum dilakukan dengan sengaja (*dolus*), maka penanggung tidak bertanggung jawab untuk memberikan ganti rugi.

d. Jenis risiko yang dialihkan

Asuransi profesi dokter mengalihkan risiko tanggung gugat (*liability risk*). Perbedaan utama dengan jenis asuransi lain terletak pada penekanan terhadap kompetensi intelektual serta keahlian di bidang kedokteran. Suatu profesi ditentukan berdasarkan pendidikan berkelanjutan, kualitas jasa yang diberikan, persyaratan lisensi praktik yang dikeluarkan oleh pihak berwenang, kepatuhan terhadap kode etik profesi, serta mekanisme pengendalian diri guna menjaga mutu layanan yang diberikan.¹⁹¹

e. Rentang waktu gugatan dan besaran ganti rugi

Dibandingkan dengan jenis asuransi lain, asuransi tanggung gugat profesi dokter memiliki rentang waktu yang lebih panjang antara terjadinya peristiwa tidak pasti dengan pengajuan gugatan. Selain itu, jumlah ganti rugi yang diajukan cenderung besar dan sulit

¹⁹⁰ Abdulkadir Muhammad, 2015, *Hukum Asuransi Indonesia*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm. 177.

¹⁹¹ Sentanoe Kertonegoro, 1996, *Manajemen Risiko dan Asuransi*, Jakarta: Toko Gunung Agung, hlm. 52.

diprediksi. Data statistik mengenai total kerugian yang terjadi sering kali tidak lengkap, sehingga menyulitkan identifikasi serta pengelompokan penyedia layanan kesehatan berdasarkan tingkat risiko, baik yang berisiko tinggi maupun yang berisiko rendah.¹⁹²

Pengaduan yang dilakukan oleh pasien atau keluarga pasien kepada instansi kepolisian atau media massa seringkali mengakibatkan pers menempatkan dokter sebagai pihak yang dipersalahkan, yang dapat merusak reputasi dan karier dokter tersebut. Sementara itu, pengaduan kepada kepolisian, baik di tingkat Kepolisian Sektor (Polsek), Kepolisian Resort (Polres), maupun Kepolisian Daerah (Polda), diterima dan diproses sebagaimana layaknya sebuah perkara pidana. Pengalihan kasus perdata ke ranah pidana, penggunaan pasal yang tidak konsisten, kesulitan dalam pembuktian fakta hukum, serta keterbatasan pemahaman tentang seluk-beluk medis oleh para penegak hukum di hampir setiap tingkatan dapat menyebabkan sengketa medik berisiko menimbulkan disparitas dalam penanganan pidana.¹⁹³

Di sisi lain, kebijakan kelembagaan penyedia layanan medis, aturan perusahaan asuransi, dan sistem perawatan yang dikelola juga merupakan variable-variabel yang mempengaruhi hasil dari upaya medis. Semua hal tersebut menjadikan sengketa medik semakin kompleks. Proses persidangan yang adversial, terikat oleh aturan pembuktian yang ketat dan biasanya berlangsung dalam proses yang panjang, seringkali bukan merupakan mekanisme terbaik untuk menentukan pertanggungjawaban.¹⁹⁴

¹⁹² Congressional Research Service, 2009, *Medical Malpractice Insurance: An Economic Introduction and Review of Historical Experience*, Washington D.C.: CRS, hlm. 5.

¹⁹³ Muhammad Afiful Jauhani, 2020, *Dilema Kapabilitas Dan Imparsialitas Dokter Sebagai Mediator Sengketa Medik*, Surabaya: Scopindo Media Pustaka, hlm. 5

¹⁹⁴ *Ibid.*

2.4.4 Putusan Pengadilan dalam Sengketa Medik

Berikut sengketa medik yang terjadi di Indonesia dan sudah diputus dalam pengadilan ialah sebagai berikut:

- a. Putusan Pengadilan Negeri Manado Nomor 90/PID.B/2011/PN.MDO jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012 jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 79 PK/PID/2013

- 1) Para Terdakwa:

- a) dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, dokter spesialis kebidanan dan kandungan
 - b) dr. Hendry Simanjuntak, dokter spesialis kebidanan dan kandungan
 - c) dr. Henny Siagian, dokter spesialis kebidanan dan kandungan

- 2) Dugaan Tindak Pidana:

- a) Pasal 359 jis. Pasal 361, Pasal 55 ayat (1) ke 1 KUHP
 - b) Pasal 359 jo. Pasal 55 ayat (1) ke 1 KUHP
 - c) Pasal 76 UU No. 29 Tahun 2004 jo. Pasal 55 ayat (1) ke 1 KUHP
 - d) Pasal 263 ayat (1) KUHP jo. Pasal 55 ayat (1) ke 1 KUHP
 - e) Pasal 263 ayat (2) KUHP jo. Pasal 55 ayat (1) ke 1 KUHP

- 3) Duduk Perkara:

Para terdakwa yang merupakan dokter Rumah Sakit Prof. Dr. R. D Kandou Manado melakukan operasi *Cito Sectio Sesaria* terhadap korban Siska Makatey. Namun, sebelum dilakukan operasi, para Terdakwa tidak memberitahukan kemungkinan terburuk pada keluarga korban dan tidak melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan jantung, rontgen dsb. Setelah dilakukan operasi pengangkatan bayi (operasi sesar), dilakukan pemeriksaan tekanan darah dan jantung/ekg yang dilaporkan kepada Najoan (saksi konsultan jaga) bahwa nadi korban 180 x permenit (Fibrilasi: kelainan irama jantung). Bahwa berdasarkan hasil rekam medis ditemukan keadaan umum korban lemah dan status penyakit korban berat. Tidak lama dari itu, korban mengalami gagal fungsi paru-paru dan jantung. Akibat kelalaian para Terdakwa yang tidak melakukan pemeriksaan penunjang sebelum dilakukan operasi, korban dinyatakan meninggal dunia pasca operasi tersebut.

4) Pertimbangan Hakim:

Bahwa dalam mempertimbangkan tiap-tiap unsur pasal yang didakwakan, Peneliti akan menguraikan secara singkat sebagai berikut: Para Terdakwa diduga melakukan tindakan kelalaian berupa pemeriksaan penunjang yang tidak dilakukan kepada korban saat sebelum operasi. Namun, setelah alat bukti diperiksa di muka persidangan, akhirnya menemukan fakta bahwa, tindakan operasi yang dilakukan terdakwa bukan merupakan tindakan operasi elektif (terencana) melainkan operasi *cito* (darurat/cepat) sehingga tidak perlu dilakukan pemeriksaan penunjang. Selanjutnya, pemberitahuan kemungkinan terburuk telah disampaikan sebelum operasi, namun menurut orang tua korban tidak ada pemberitahuan tersebut. Korban juga telah menandatangani persetujuan pembedahan sebelum operasi dilakukan. Menurut majelis hakim, Jaksa Penuntut Umum tidak dapat membuktikan dakwaan seluruhnya.

5) Amar Putusan:

- a) Menyatakan Terdakwa I dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani, Terdakwa II dr. Hendry Simanjuntak, dan Terdakwa III dr. Hedy Siagian, tidak terbukti secara sah dan meyakinkan bersalah melakukan tindak pidana dalam dakwaan kesatu primer dan subsidair, dakwaan kedua dan dakwaan ketiga primer dan subsidair;
- b) Membebaskan Terdakwa I, Terdakwa II dan Terdakwa III dari semua dakwaan;
- c) Memulihkan hak para Terdakwa dalam kemampuan, kedudukan dan harkat serta martabatnya;
- d) Membebankan biaya perkara ini kepada negara

Mahkamah Agung mengabulkan kasasi yang diajukan oleh jaksa penuntut umum dan menjatuhkan hukuman 10 bulan penjara kepada dr. Ayu dan rekan-rekannya. Namun, pada tanggal 7 Februari 2014, melalui proses Peninjauan Kembali (PK), Mahkamah Agung membantalkan putusan kasasi sebelumnya dan membebaskan dr. Ayu serta rekan-rekannya dari semua tuduhan yang diajukan. Keputusan ini menunjukkan

bahwa melalui mekanisme PK, Mahkamah Agung dapat meninjau kembali putusan yang telah dijatuhkan dan memberikan keputusan yang berbeda berdasarkan pertimbangan hukum yang lebih mendalam atau temuan baru yang relevan.

b. Putusan No.225/PDT.G/2014/PN. BDG

1) Para Terdakwa:

Penggugat : Dwi Meilesmana

Tergugat : Direktur Rumah Sakit Sentosa Bandung, dr. Widya Arsa, Sp.OT, dr. Ghuna Arioarjo Utomo, Sp.OT

2) Duduk Perkara:

Tanggal 1 Juli 2011 telah dilakukan operasi rekonstruksi (*Anterior Cruciate Ligament*) ACL pada lutut sebelah kiri penggugat yang dilakukan oleh tergugat di Rumah Sakit Sentosa Bandung. Namun, pasca operasi tersebut, keadaan penggugat semakin memburuk dengan rasa sakit yang luar biasa pada lutut kirinya. Ternyata setelah hasil rontgen keluar, Penggugat terkejut karena kaki kirinya dipasang 2 *pen screw* yang sebelumnya tidak diberitahukan oleh Tergugat dan tetap saja hasilnya Penggugat selalu merasakan kesakitan yang luar biasa, hingga tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya. Setelah dilakukan perawatan berkala, Penggugat tetap menuntut kesembuhan kepada Tergugat, namun Tergugat selalu memarahi dan memperlakukan Penggugat dengan tidak hormat lalu menyuruh melakukan Total Knee yang bertujuan untuk menutupi kesalahan Tergugat. Akhirnya penggugat melakukan operasi lanjutan di Rumah Sakit Pondok Indah walaupun hasil operasi akan tidak maksimal. Setelahnya ditemukan bahwa operasi yang dilakukan sebelumnya jauh dari standar medis. Penggugat akhirnya melakukan mediasi beberapa kali kepada pihak Rumah Sakit Sentosa Bandung, namun pihak Rumah Sakit maupun dokter yang bersangkutan tidak mempedulikan mediasi tersebut dan menyalahkan Penggugat. Akhirnya penggugat melakukan upaya hukum ke Pengadilan Negeri Bandung untuk menuntut ganti kerugian sebesar Rp.7.276.199.541 dan sita jaminan bangunan.

3) Pertimbangan Hakim:

Bawa dalam mempertimbangkan tiap-tiap unsur pasal yang didakwakan Peneliti akan menguraikan secara singkat sebagai berikut:

- a) penderitaan Penggugat merupakan suatu kecelakaan berat yang tentunya tidak akan sempurna bila disembuhkan
- b)tindakan Tergugat selaku dokter yang menangani Penggugat, telah menanyakan terlebih dahulu kepada Penggugat mengenai operasi ACL dan tindakan operasi MUA (Manipulasi Under Anastesi) yang disetujui Penggugat dalam *informed consent*
- c)bahwa hubungan dokter dan pasiennya dalam suatu diagnosa adalah merupakan hubungan kepercayaan dan dalam hubungan tersebut tidak ada perjanjian penyembuhan, yang terjadi adalah perjanjian ikhtiar yaitu seorang dokter akan mengupayakan semaksimal mungkin untuk penyembuhan pasiennya
- d)bahwa tindakan para Tergugat sebagai dokter yang menangani dan mendiagnosa serta melakukan tindakan-tindakan medis lainnya terhadap Penggugat, tidak atau bukan merupakan perbuatan melawan hukum meskipun hasilnya tidak memuaskan bagi Penggugat Konvensi karena Para Tergugat dalam Konvensi tersebut telah berupaya berikhtiar semaksimal mungkin mendiagnosa Penggugat dalam Konvensi.

4) Amar Putusan:

- a) dalam Eksepsi: Menolak seluruh eksepsi dari para Tergugat
- b) dalam Pokok Perkara/Konvensi: Menolak gugatan Konvensi untuk seluruhnya
- c) dalam Rekonvensi: menolak gugatan Rekonvensi untuk seluruhnya
- d) dalam Konvensi dan Rekonvensi:
 - i. membebankan biaya perkara dalam konvensi ini kepada Penggugat Konvensi/Tergugat Rekonvensi, seluruhnya sebesar Rp. 971. 000,00 (Sembilan ratus tujuhpuluh satu ribu rupiah); dan

- ii. membebankan biaya perkara dalam gugatan Rekonvensi ini kepada Penggugat Rekonvensi/Tergugat Konvensi sebesar nihil.
- c. Putusan No.288/Pid.Sus/2018/PN.NJK
- 1) pihak Terdakwa: dr. Wibowo Bin Alm. Busono, pensiunan dokter
 - 2) dugaan Tindak Pidana:
Melanggar Pasal 194 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 jo. Pasal 55 ayat (1) ke-1 KUHP atau kedua melanggar Pasal 348 KUHP jo. Pasal 55 ayat (1) ke-1 KUHP
 - 3) Duduk Perkara:
Tanggal 29 Juli 2017, Terdakwa menghubungi saksi Sumiyanto via telepon, yang dalam percakapannya, saksi Sumiyanto menceritakan ada seorang ibu, yaitu Dewi Setia Budi Kurniawati, yang terlambat datang bulan selama 2 (dua) bulan dan ingin bisa datang bulan lagi. Kemudian saksi Sumiyanto meminta agar terdakwa ibu tersebut datang ke klinik terdakwa di daerah Tanjunganom Nganjuk untuk diperiksa oleh terdakwa dan melakukan kuret kandungan atas ibu tersebut dengan biaya sebesar Rp. 4.000.000,00 (empat juta rupiah). Lalu pada hari Senin tanggal 31 Juli 2017, saksi Sumiyanto menghubungi terdakwa via telepon untuk memberitahukan dirinya akan berangkat ke klinik terdakwa bersama dengan ibu yang ingin datang bulan kembali. Selanjutnya, sekitar pukul 12.00 WIB, saksi Sumiyanto dan Ibu Dewi Setia Budi Kurniawati (ibu yang ingin datang bulan kembali) serta saksi Irman Rifai Agung Nugroho selaku suami dari Ibu Dewi, datang ke klinik terdakwa.
Sekitar Pukul 13.00 WIB, Ibu Dewi diarahkan untuk masuk ke ruang tindakan medis dan duduk di atas tempat tidur dengan bantal sebagai penyangga kepala. Pada kedua kakinya ditempatkan pada penyangga kaki kanan dan kaki kiri untuk memudahkan operasi pada jalan keluar bayi atau vaginanya. Selanjutnya Terdakwa melakukan pemeriksaan terhadap Ibu Dewi dengan meraba kandungan menggunakan tangan kiri menekan pada perut bawah dan memasukkan dua jari yang terlebih dahulu menggunakan sarung tangan ke dalam vagina untuk memeriksa

posisi dan keadaan besarnya organ kandungan. Dari pemeriksaan ini, terdakwa mengetahui tidak ada pembesaran kandungan sehingga terdakwa dapat melakukan tindakan medis, dengan terlebih dahulu memasukkan infus "Z" melalui selang di pergelangan tangan kanan Ibu Dewi, kemudian Terdakwa menggunakan obat bius dan memasukkan bius ke dalam tubuh Ibu Dewi dengan menggunakan injeksi sehingga Ibu Dewi tidak sadarkan diri. Lalu setelah Ibu Dewi tidak sadarkan diri, terdakwa baru melakukan operasi.

Terdakwa melakukan operasi terhadap Ibu Dewi dengan menggunakan alat berupa gunting penjepit dan gunting penjepit bengkok yang dimasukkan lewat vagina, kemudian ke jalan keluar bayi hingga masuk ke dalam rongga kandungan, dengan teknik pengerukan jaringan dan darah dalam rongga kandungan. Selanjutnya hasil pengerukan yang dilakukan oleh Terdakwa keluar dari badan Ibu Dewi dan terdakwa melakukan pengerukan tersebut berkali kali hingga Terdakwa memastikan bahwa di dalam kandungan sudah bersih. Berikutnya atas darah maupun jaringan hasil pengerukan, Terdakwa menaruhnya di baskom atau baki bengkok yang sebelumnya sudah Terdakwa lapisi menggunakan tas plastik untuk memudahkan pembersihan dan dapat dibawa dengan mudah.

Setelah operasi selesai, Terdakwa melepas oksigen Ibu Dewi serta membersihkan alat operasi yang digunakan. Setelah tindakan medis kuret dianggap selesai, terdakwa meninggalkan ruang praktik dan bertemu dengan saksi Sumiyanto untuk mengambil uang biaya atas tindakan medis sebesar Rp. 4.000.000,00 (empat juta rupiah), kemudian setelah Ibu Dewi sadar dan mengambil janin yang terbungkus plastik warna hitam dan meninggalkan tempat kejadian untuk pulang. Namun, tidak berapa lama mereka bertiga bersama beberapa petugas kepolisian yang diantaranya bernama Kholik W dan Sunaryo yang mendatangi tempat kejadian, kemudian terdakwa bersama barang bukti diamankan ke Polres Nganjuk. Bahwa terdakwa melakukan tindakan medis terhadap Ibu Dewi Setia Budi Kurniawati tanpa adanya persetujuan tertulis, baik dari saksi

Ibu Dewi maupun suaminya, karena Terdakwa menganggap bahwa yang bersangkutan telah memahaminya, dan terdakwa sendiri tidak memiliki izin khusus praktek menangani kandungan.

4) Pertimbangan Hakim:

Bahwa setelah tindakan aborsi dilakukan, ditemukan bahwa tindakan penghentian kehamilan bagi saksi Dewi merupakan perbuatan melawan hukum, karena tidak ada indikasi kedaruratan medis yang mengancam nyawa ibu maupun janin tersebut. Tindakan terdakwa membahayakan nyawa orang lain dan dilakukan pada waktu surat registrasi dan surat izin prakteknya telah habis.

5) Amar Putusan:

a)menyatakan Terdakwa dr. Wibowo Bin Busono telah terbukti secara sah dan meyakinkan bersalah melakukan tindak pidana “Dengan sengaja melakukan aborsi tanpa ada indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan atau kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan secara bersama-sama”;

b)menjatuhkan pidana terhadap terdakwa tersebut oleh karena itu dengan pidana penjara selama 3 (tiga) bulan dan denda sebesar Rp. 500.000,00 (lima ratus ribu rupiah), dengan ketentuan apabila denda tersebut tidak dibayar maka akan diganti dengan pidana kurungan selama 2 (dua) bulan;

c)menetapkan masa penangkapan dan masa penahanan yang telah dijalani dikurangkan seluruhnya dari pidana yang dijatuhkan.

d. Putusan No.130/Pdt.G/2013/PN.PDG

1) Para Terdakwa:

Penggugat : Wisda Wati

Tergugat : Pimpinan Klinik Baiti Jannati & drg. Hj. Yenni

2) Duduk Perkara:

Penggugat adalah pihak yang berobat di Klinik Baiti Jannati pada bulan Juni 2008 untuk merapikan giginya, terutama gigi bagian depan Penggugat agar dimundurkan ke dalam supaya terlihat rapi. Untuk itu dilakukan pemasangan kawat gigi (Behel) di Klinik Baiti Jannati. Untuk merapikan giginya, Penggugat melakukan pemasangan behel oleh drg. Hj. Yenni (Tergugat) selaku dokter gigi yang bertugas di Klinik Baiti Jannati dan untuk itu Penggugat telah membayar biaya sebesar Rp. 4.500.000. (empat juta lima ratus ribu rupiah). Pada saat Penggugat memasang behel, Tergugat mengatakan bahwa “setiap praktik yang telah dilakukan oleh Tergugat, maka hanya dalam waktu 3 (tiga) bulan sudah nampak perubahan perbaikan terhadap gigi dari pasien-pasien yang sudah melakukan pemasangan Behel di tempat tergugat”, sehingga Penggugat menjadi tambah yakin untuk merawat gigi dan memasang Behel dengan Tergugat. Bahwa setelah 2 tahun memasang behel, Penggugat merasa tidak ada perbaikan atas kondisi giginya, bahkan sebaliknya, gigi bagian depan Penggugat menjadi tambah maju ke depan dari biasanya. Bahwa sungguh berbeda dan jauh dari harapan Penggugat terhadap giginya, yang maksudnya ingin memperbaiki agar menjadi rapi dan bagus, tetapi justru menjadi jelek dari keadaan semula. Karena tidak merasa puas dari hasil kerja Tergugat, maka Penggugat mendatangi dan melakukan konsultasi dengan dokter gigi spesialis ortodontis.

Hasil pemeriksaan spesialis ortodontis, telah terjadi *uncoreg* pada gigi Penggugat dan malpraktik, karena dokter gigi umum tidak dibenarkan melakukan kerja ortodontis, sebagaimana yang dilakukan oleh Tergugat dengan membuka praktik gigi dan melakukan pemasangan kawat gigi (behel) pada gigi Penggugat. Sejak awal Penggugat memasang behel di klinik tempat Tergugat bekerja, Tergugat tidak pernah memperlihatkan hasil cetakan awal gigi Penggugat yang dirapikan oleh Tergugat tersebut dan juga bagaimana perkembangan dari hasil perbaikan gigi Penggugat, akan tetapi Tergugat hanya menjanjikan akan memperlihatkan hingga

gugatan ini diajukan, padahal Penggugat sudah sering menyatakan dan memintanya kepada Tergugat. Bahwa akibat kesalahan dalam penanganan gigi oleh Tergugat tersebut, maka Penggugat sudah berupaya menempuh jalur kekeluargaan dalam penyelesaian dan meminta pertanggungjawaban, akan tetapi hingga sekarang belum ada perkembangan yang memuaskan dari Tergugat sebagai bentuk pertanggungjawaban atas kerugian yang diderita penggugat. Bahwa perbuatan tergugat secara hukum dapat dikualifikasikan sebagai perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) melanggar Pasal 1365 KUHPerdata, karena jelas menimbulkan kerugian baik secara materiil maupun immaterial terhadap diri Penggugat dan oleh karenanya secara hukum sudah sepatutnya Tergugat bertanggungjawab.

3) Pertimbangan Hakim:

- a) bahwa penggugat berdasarkan Pasal 163 HIR/283 RBg. Penggugat berkewajiban untuk membuktikan hal tersebut di atas yang telah mendalilkan dalam posita gugatannya yaitu setelah melakukan konsultasi dengan dokter gigi spesialis ortodontis dari hasil pemeriksaan dokter gigi, ternyata telah terjadi *uncoreg* pada gigi Penggugat yang dilakukan Tergugat;
- b) bahwa terdapat bukti dasar pertimbangan hukum yaitu memo atau surat tergugat yang diajukan kepada drg. Edrizal Sp. Ort yang isinya, bahwa pada saat Penggugat menemui drg. Edrizal, membawa surat rujukan tersebut dan menjelaskan serta memperlihatkan kondisi gigi, ternyata drg. Edrizal tidak bersedia menindaklanjuti permintaan Tergugat. drg. Edrizal mengatakan pada Penggugat bahwa telah terjadi kesalahan terhadap gigi penggugat (malpraktik);
- c) bahwa berdasarkan bukti di persidangan terungkap fakta tidak lagi terjalin kerjasama Penggugat dan Tergugat setelah Penggugat melakukan pelepasan kawat gigi yang mana pelepasan tersebut sebenarnya dilakukan tanpa seizin tergugat;
- d) bahwa tergugat secara hukum tidak terbukti melakukan perbuatan melawan hukum pasal 1365 KUHP.

4) Amar Putusan:

- a) Dalam eksepsi: Menolak eksepsi tergugat konvensi/ penggugat rekonvensi seluruhnya;
- b) Dalam pokok perkara: Menolak gugatan penggugat konvensi/ tergugat rekonvensi seluruhnya;
- c) Dalam rekonvensi: Mengabulkan gugatan penggugat rekonvensi/ tergugat konvensi untuk sebagian; Menyatakan penggugat rekonvensi telah memenuhi hak-hak pengguna sarana pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- d) Dalam konvensi dan rekonvensi: menghukum penggugat konvensi/ tergugat rekonvensi untuk membayar biaya perkara sejumlah Rp. 426.000

e. Putusan No.23/Pdt/2018/PT.DKI

1) Para Terdakwa:

- a) Penggugat Konvensi : Tigor Hasudungan H, S.E.
- b) Tergugat : Direktur Rumah Sakit Royal Progress, dr.Andi Sutanto, dan dr. Juliaty Esther Dihorta S, Sp. Jp.

2) Duduk Perkara:

Penggugat pada mulanya menderita suatu penyakit dengan keluhan rasa sakit pada dada dan juga keluhan pada lambung. Karena keluhan dan rasa sakit yang dialami oleh Penggugat, maka pada tanggal 31 Januari 2016 Penggugat datang berkunjung ke Rumah Sakit Royal Progress yang beralamat di Jl. Danau Sunter Utara, Sunter Paradise 1, Jakarta Utara, dengan tujuan untuk konsultasi sekaligus melakukan perawatan serta penyembuhan atas penyakit yang dirasakan dan dikeluhkan oleh Penggugat. Bahwa sesampai di Rumah Sakit Royal Progress, dan setelah melalui tahapan yang ditetapkan oleh manajemen dan/atau tenaga medis Rumah Sakit Royal Progress, Penggugat pada tanggal 31 Januari 2016 diputuskan untuk menjalani Rawat Inap sampai tanggal 6 Februari 2016. Dalam proses perawatan, sesuai dari keluhan Penggugat yang

merasakan rasa sakit pada dada dan keluhan pada lambung, maka kemudian Penggugat ditangani oleh Tergugat II selaku Dokter Spesialis Penyakit Dalam dan juga sekaligus Tergugat III selaku Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh darah. Setelah beberapa hari Penggugat menjalani perawatan rawat inap, maka Penggugat kemudian disuruh pulang dan akan menjalani rawat jalan sebagai pasien jantung. Bahwa sesuai dengan jadwal konsultasi, maka tanggal 15 Februari 2016, konsultasi dengan Tergugat III yang kemudian Tergugat III memberikan dua lembar resep obat dengan nomor resep 831331. Setelah penggugat mengkomsusi obat yang dimuat dalam resep, tubuh Penggugat mengalami reaksi mata merah dan berair, kenaikan suhu tubuh, dan kondisi yang semakin melemah serta penurunan nafsu makan. Karena kondisi tersebut, Penggugat kembali mendatangi Rumah Sakit Royal Progress pada tanggal 16 Februari 2016 dan menjalani rawat inap.

Satu hari setelah menjalani rawat inap, kondisi kesehatan Penggugat semakin menurun dan seluruh tubuh Penggugat mengalami gatal-gatal pada seluruh tubuh dari ujung kepala sampai dengan ujung kaki serta kondisi kulit mengalami perbuahan warna menjadi hitam dan melepuh pada seluruh bagian badan. Atas terjadinya hal ini, maka dilakukan konsultasi dengan dr. Rudy Suhendra selaku dokter spesialis kulit. Bahwa dari hasil konsultasi diketahui bahwa Penggugat mengalami keracunan obat atau alergi obat dan diinstruksikan agar obat sesuai resep dari Tergugat II dan Tergugat III untuk dihentikan dan tidak dikonsumsi lagi.

Tanggal 13 Maret 2016 dimana kondisi Penggugat belum pulih akibat keracunan obat, telah diminta dan dipaksa untuk pulang oleh pihak Rumah Sakit Royal Progress dengan alasan dan pertimbangan yang tidak jelas sekaligus tidak masuk akal sehat, namun demikian Penggugat tetap keluar dari Rumah Sakit. Akibat dari keracunan obat tersebut, menyebabkan suatu penyakit yang bernama Steven Jhonson Syndrome (SJS) tersebut, membuat Penggugat mengalami kesulitan untuk diterima

berobat pada rumah sakit lainnya. Pada tanggal 5 April 2016, Penggugat mendatangi Rumah Sakit Royal Progress untuk mempertanyakan masalah kesehatan yang pernah dialami Penggugat selama penanganan di Rumah Sakit Royal Progress Kemayoran Jakarta Utara, sekaligus melakukan mediasi perdamaian, namun tidak mendapat penjelasan sebagaimana yang diharapkan oleh Penggugat. Bahwa seandainya ada itikad baik dan perasaan tidak bersalah dari para Tergugat tentunya dengan kerelaan hati dari para Tergugat akan memberikan penjelasan tentang penyakit yang dialami Penggugat karena hal tersebut merupakan hak Penggugat sebagaimana diatur dalam UU No.29 Tahun 2004 tentang Praktik kedokteran sebagaimana Pasal 52 tentang Pasien, dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak dalam poin (a) yaitu mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud Pasal 45 ayat (3).

3) Pertimbangan Hakim:

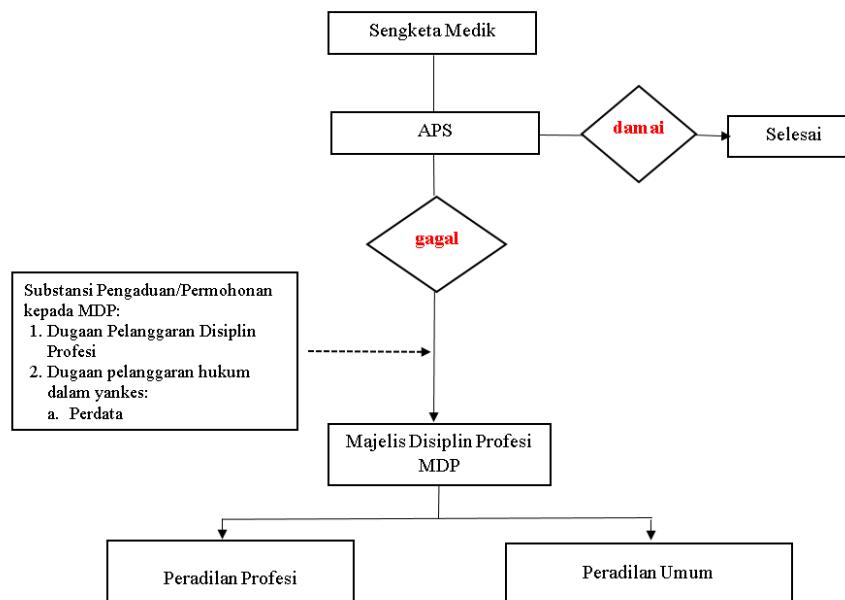
- a) Bawa permohonan banding dari Pembanding (semula Penggugat) tersebut di atas, telah diajukan dalam tenggang waktu dan menurut tata cara serta memenuhi persyaratan yang ditentukan oleh peraturan perundangan yang berlaku, oleh karenanya permohonan banding tersebut secara formal dapat diterima;
- b) Menimbang, bahwa setelah Pengadilan Tinggi memeriksa dan meneliti serta mencermati secara bersama berkas perkara beserta turunan resmi Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Utara Nomor 430/Pdt.G/2016/PN.Jkt.Utr tanggal 3 Mei 2017 dan telah pula meneliti dan mencermati secara seksama pertimbangan Hakim Pengadilan Tingkat Pertama, ternyata telah mempertimbangkan semua dalil-dalil gugatan Penggugat, beserta semua bukti-bukti yang telah diajukan di persidangan, bukti-bukti mana telah dikaitkan pula dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pokok permasalahan perkara tersebut, maka Pengadilan Tinggi dapat menyetujui dan membenarkan pertimbangan hukum Pengadilan Tingkat Pertama tersebut karena dalam pertimbangan hukumnya telah

memuat dan menguraikan dengan tepat dan benar semua keadaan serta alasan-alasan yang menjadi dasar dalam putusannya tersebut dan dianggap telah tercantum pula dalam putusan tingkat banding.

- 4) Amar Putusan:
 - a) Mengabulkan permohonan banding dari Pembanding semula Penggugat;
 - b) Menguatkan putusan Pengadilan Negeri Jakarta Utara Nomor 430/Pdt.G/2016/PN.Jkt.Utr tanggal 3 Mei 2017 yang dimohonkan banding tersebut;
 - c) Menghukum Pembanding semula Penggugat untuk membayar biaya perkara dalam kedua tingkat pengadilan, yang dalam tingkat banding ditetapkan sebesar Rp.150.000.- (seratus lima puluh ribu rupiah).

2.5 Forum Penyelesaian Sengketa Medik dalam Kerangka Hukum Nasional

Penyelesaian sengketa medik dalam kerangka hukum nasional pada dasarnya beroperasi melalui beragam forum yang saling melengkapi sesuai karakter dan substansi sengketanya. Gambar di bawah memperlihatkan bahwa sengketa tidak serta-merta dibawa ke pengadilan, tetapi terlebih dahulu diarahkan pada forum penyelesaian secara damai melalui Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS). Tahap awal ini mencerminkan orientasi kebijakan hukum nasional yang menekankan pemulihhan hubungan antara dokter dan pasien, sekaligus mencegah sengketa bereskalasi menjadi proses hukum yang panjang dan memberatkan para pihak. Apabila penyelesaian melalui APS tidak menghasilkan kesepakatan, atau apabila terdapat dugaan pelanggaran disiplin profesi maupun pelanggaran hukum dalam pelayanan kesehatan, pengaduan kemudian dapat dilanjutkan kepada Majelis Disiplin Profesi (MDP). Pada titik ini, MDP berfungsi sebagai forum penilaian awal yang menentukan apakah sengketa seharusnya dituntaskan melalui mekanisme disiplin profesi atau perlu diarahkan ke forum peradilan umum. Dalam konteks ini, MDP menjadi penghubung utama antara forum non-litigasi dan litigasi dalam keseluruhan skema penyelesaian sengketa medik di Indonesia.



Gambar: ForumPenyelesaian Sengketa Medik

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2025)

2.5.1 Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS)

Sebagai forum awal dalam penyelesaian sengketa medik, Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) memberikan ruang bagi para pihak untuk menyelesaikan persoalan secara dialogis, partisipatif, dan lebih humanis. Mekanisme seperti negosiasi, mediasi, atau bentuk penyelesaian damai lainnya memungkinkan tercapainya kesepahaman tanpa tekanan prosedural yang ketat sebagaimana pada proses litigasi. Pendekatan ini penting karena APS tidak hanya mengurangi beban psikologis dan biaya yang harus ditanggung para pihak, tetapi juga menjaga keberlanjutan hubungan terapeutik antara dokter dan pasien yang sering kali mengalami ketegangan ketika sengketa dibawa ke jalur pengadilan.

Dalam konteks masyarakat modern, pemahaman mengenai hak dan kewajiban dalam pelayanan kesehatan semakin berkembang. Pelayanan kesehatan yang sebelumnya dipandang sebagai bentuk pengabdian sosial kini juga dijalankan dalam struktur yang semakin profesional dan berorientasi pada profit, terutama pada rumah sakit sebagai institusi pemberi layanan. Konsekuensinya, pasien sebagai konsumen menuntut terpenuhinya hak sesuai standar profesi dan perjanjian pelayanan. Namun, kesalahan dalam

tindakan medis tidak sepenuhnya dapat dihindari. Ketika muncul keluhan atau dugaan penyimpangan terhadap standar keilmuan maupun prosedur operasional, sengketa antara pasien, tenaga medis, dan fasilitas pelayanan kesehatan menjadi tidak terelakkan. Dalam banyak kasus, masyarakat memilih menempuh jalur hukum karena dianggap mampu memberikan keadilan secara cepat. Akan tetapi, pengalaman menunjukkan bahwa proses litigasi kerap memakan waktu lama, membutuhkan biaya tinggi, dan sering kali berakhiran dengan kekecewaan.

Kerangka Sistem Hukum Indonesia sebenarnya menyediakan alternatif lain di luar jalur litigasi. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa memberikan dasar hukum bagi penyelesaian sengketa secara non-litigasi melalui APS atau alternative dispute resolution (ADR). Konsep ini mencakup berbagai metode penyelesaian di luar pengadilan, seperti negosiasi, mediasi, konsiliasi, pencari fakta, hingga arbitrase. Setiap metode memiliki kelebihan dan keterbatasan, sehingga pemilihannya sangat bergantung pada kebutuhan para pihak dan konsekuensi hukum yang mereka siap terima.

Secara substansial, APS dipandang sebagai mekanisme penyelesaian sengketa yang berorientasi pada konsensus. Bentuk paling mendasar adalah negosiasi, yaitu komunikasi langsung antara para pihak untuk mencapai resolusi yang saling diterima. Ketika negosiasi memerlukan fasilitasi pihak ketiga yang netral, mekanisme tersebut berkembang menjadi mediasi. Jika peran pihak ketiga melebar hingga memberikan keputusan atau rekomendasi yang mengikat, proses tersebut bergerak menuju model quasi-adjudicative seperti arbitrase. Dengan spektrum metode yang demikian luas, APS menawarkan pilihan penyelesaian yang fleksibel, adaptif, dan lebih berorientasi pada pemulihan hubungan para pihak dibandingkan pada kemenangan atau kekalahan sebagaimana dalam litigasi.

Pada umumnya asas-asas yang berlaku dalam APS ialah sebagai berikut:¹⁹⁵

¹⁹⁵ Jimmy Joses Sembiring, 2011, *Cara Menyelesaikan Sengketa Di Luar Pengadilan*, Jakarta: Visimedia, hlm. 12.

- a. asas itikad baik, yaitu keinginan dari para pihak untuk menentukan penyelesaian sengketa yang akan maupun sedang mereka hadapi;
- b. asas kontraktual, yaitu adanya kesepakatan yang dituangkan dalam bentuk tertulis mengenai cara penyelesaian sengketa;
- c. asas mengikat, yaitu para pihak wajib untuk mematuhi apa yang telah disepakati;
- d. asas kebebasan berkontrak, yaitu para pihak dengan bebas menentukan apa saja yang hendak diatur oleh para pihak dalam perjanjian tersebut selama tidak bertentangan dengan undang-undang dan kesusilaan. Hal ini berarti pula kesepakatan mengenai tempat dan jenis penyelesaian sengketa yang akan dipilih; dan
- e. asas kerahasiaan, yaitu penyelesaian atas suatu sengketa yang tidak dapat disaksikan oleh orang lain hanya karena pihak yang bersengketa yang dapat menghadiri jalannya pemeriksaan atas suatu sengketa.

Undang-Undang No.48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman dalam Pasal 58 menyebutkan bahwa “Upaya penyelesaian sengketa perdata dapat dilakukan di luar pengadilan negara melalui arbitrase atau alternatif penyelesaian sengketa.” Jika dalam penyelesaian perselisihan melalui pengadilan dirasakan menyita cukup banyak waktu, mahal serta menciptakan pertikaian yang mendalam karena putusan pengadilan hanya ada dua alternatif, yaitu menang atau kalah, maka dalam penyelesaian sengketa secara alternatif ini akan dirasakan lebih murah, cepat, dan keputusannya mengedepankan *win-win solution*.¹⁹⁶

Pasal 1 angka 10 UU No. 30 Tahun 1999 menyebutkan APS adalah lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yakni penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsultasi, negosiasi, mediasi, konsiliasi, atau penilaian ahli. Dapat disimpulkan bahwa APS merupakan suatu cara penyelesaian sengketa yang dilakukan di luar pengadilan dan pelaksanaannya diserahkan sepenuhnya kepada para pihak

¹⁹⁶ *Ibid.*

dan para pihak dapat memilih penyelesaian sengketa yang akan ditempuh yaitu melalui konsultasi, negosiasi, mediasi, konsiliasi, atau meminta penilaian para ahli. Kebebasan untuk memilih bentuk penyelesaian sengketa di luar pengadilan dan penyelesaian sengketa melalui pengadilan. Alternatif penyelesaian sengketa yang dikenal di Indonesia pada saat ini ialah:

a. Negosiasi

Negosiasi merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan oleh para pihak berdasarkan kesepakatan para pihak atau tanpa kesepakatan para pihak. Apabila negosiasi dilakukan berdasarkan kesepakatan para pihak, sebelum negosiasi dilakukan, salah satu pihak terlebih dahulu mengundang pihak lainnya untuk bertatap muka, berhubungan, ataupun berkomunikasi dengan cara lain. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa negosiasi yang berdasarkan kesepakatan adalah negosiasi yang dilandaskan pada itikad baik dari masing-masing pihak. Berbeda dengan negosiasi yang dilakukan tanpa adanya kesepakatan dari salah satu pihak. Negosiasi yang dilakukan tanpa adanya kesepakatan adalah negosiasi yang tidak direncanakan terlebih dahulu oleh salah satu pihak atau oleh masing-masing pihak. Dapat pula dikatakan bahwa negosiasi tersebut adalah negosiasi yang dilakukan tanpa adanya hubungan hukum ataupun interaksi terlebih dahulu dari masing-masing pihak.¹⁹⁷

Menurut Suyud Margono, negosiasi merupakan komunikasi dua arah yang di rancang untuk mencapai kesepakatan pada saat kedua belah pihak memiliki berbagai kepentingan yang sama maupun yang berbeda.¹⁹⁸ Gary Goodpaster menyatakan bahwa negosiasi merupakan proses untuk mencapai kesepakatan dengan pihak lain, suatu proses interaksi dan komunikasi yang dinamis dan beraneka raga.¹⁹⁹ Sedangkan menurut Mark E. Roszkowski, negosiasi merupakan proses dimana para

¹⁹⁷ Jimmy Joses Sembiring, *Op. Cit.*, hlm. 14.

¹⁹⁸ Suyud Margono, *Alternative Dispute Resolution dan Arbitrase: Proses Pelembagaan dan Aspek Hukum*, Jakarta: Ghilia Indonesia, 2004, hlm. 65–67.

¹⁹⁹ Gary Goodpaster, *A Guide to Negotiation and Mediation*, Brill, 2023.

pihak, dengan tuntutan yang berbeda mencapai kesepakatan umumnya melalui kompromi dan konsesi.²⁰⁰

Setiap orang tentu dapat bernegosiasi, misalnya tawar menawar antara penjual dan pembeli maka disana terjadi proses negosiasi. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa negosiasi merupakan proses perjumpaan kehendak dari kedua belah pihak dan pada akhirnya mempersatukan kehendak tersebut untuk mencapai kesepakatan. Pada praktiknya sebelum dilakukan negosiasi, para pihak terlebih dahulu mempelajari draft perjanjian dari masing-masing pihak. Dalam merespon draft perjanjian tersebut, para pihak dapat menyetujui ataupun menangkis hal yang diajukan oleh pihak lainnya.

Teknik negosiasi dapat dipelajari melalui teori yang berdasarkan pada praktik-praktik atau pengalaman yang dijalankan oleh mereka yang berkecimpung di dunia negosiasi. Pada umumnya, dikenal lima teknik negosiasi sebagai berikut:²⁰¹

- 1) Teknik Negosiasi Kompetitif, teknik ini memiliki ciri sebagai berikut:
 - a) diterapkan untuk negosiasi yang bersifat alot;
 - b) adanya pihak yang mengajukan permintaan tinggi pada awal negosiasi;
 - c) adanya pihak yang menjaga tuntutan tetap tinggi sepanjang proses;
 - d) konsesi yang diberikan sangat langka atau terbatas;
 - e) perunding lawan dianggap sebagai musuh;
 - f) adanya pihak yang menggunakan cara-cara berlebihan untuk menekan pihak lawan; dan
 - g) negosiator tidak memiliki data yang baik dan akurat.

²⁰⁰ Endang Hermawan dan Felina, “Dispute on Termination of Employment as an Impact of Company Mergers and Closures”, *The International Journal of Law Review and State Administration*, 2/3 (Juni 2024), hlm. 83–89.

²⁰¹ Pina Aulia Rahma dkk., “Conflict and Negotiation: Systematic Literature Review”, *HUMANUS: Jurnal Sosiohumaniora Nusantara*, 2/3 (Juli 2025), hlm. 383–392.

2) Teknik Negosiasi Kooperatif, teknik ini memiliki ciri sebagai berikut:

- a) menganggap negosiator pihak lawan sebagai mitra bukan sebagai musuh;
- b) para pihak saling menjajaki kepentingan, nilai-nilai bersama serta mau diajak bekerja sama; dan
- c) tujuan negosiator adalah penyelesaian sengketa yang adil berdasarkan analisis yang objektif dan atas fakta hukum yang jelas.

3) Teknik Negosiasi Lunak

- a) menempatkan pentingnya hubungan timbal balik antar pihak;
- b) tujuannya untuk mencapai kesepakatan;
- c) memberi konsensi untuk menjaga hubungan timbal balik;
- d) mempercayai perunding;
- e) mudah mengubah posisi;
- f) mengalah untuk mencapai kesepakatan; dan
- g) beresiko saat perunding lunak menghadapi seorang perunding keras, karena yang terjadi adalah pola “menang kalah” dan melahirkan kesepakatan yang bersifat semu.

4) Teknik Negosiasi Keras

- a) negosiator lawan dipandang sebagai musuh;
- b) tujuannya adalah kemenangan;
- c) menuntut konsensi sebagai prasyarat hubungan baik;
- d) keras terhadap orang maupun masalah;
- e) tidak percaya terhadap perunding lawan;
- f) menuntut perolehan sepihak sebagai harga kesepakatan; dan
- g) memperkuat posisi dan menerapkan tekanan.

5) Teknik Negosiasi *Interest Based*

- a) sebagai jalan tengah atas pertentangan teknik keras dan lunak, karena teknik keras berpotensi menemui kebuntuan, sedangkan teknik lunak berpotensi citra pecundang bagi pihak yang minor;

b) memiliki empat komponen dasar, yaitu *people*, *interest*, *option/solution* dan *criteria* (PIOC). Komponen *People* dibagi menjadi tiga landasan yaitu, dipisahkan antara orang dan masalah, konsentrasi serangan pada masalah bukan orangnya dan para pihak menempatkan diri sebagai mitra kerja. Komponen *interest* yang memfokuskan pada kepentingan mempertahankan posisi. Komponen *option*, bermaksud untuk memperbesar bagian sebelum dibagi dengan memperbanyak pilihan-pilihan kesepakatan, kemudian juga tidak terpaku dengan satu jawaban serta menghindari pola pikir bahwa pemecahan masalah mereka adalah urusan mereka. Kemudian, komponen *criteria* mencakup, kesepakatan kriteria, standar objektif, independensi, bernilai pasar, perseden, penilaian ilmiah, standar profesi, bersandar pada hukum, kebiasaan dalam masyarakat.

Masing-masing teknik negosiasi yang sebagaimana telah diuraikan dalam penggunaannya tergantung dari *skill* individu yang melakukan negosiasi. Tidak setiap orang memiliki bakat atau kemampuan untuk menjadi negosiator yang baik. Seseorang yang ingin menjadi negosiator perlu memiliki kemampuan komunikasi yang baik, supel, keterampilan teknis yang baik, serta memiliki rasa simpati yang tinggi.

b. Mediasi

Keberadaan mediasi sebagai salah satu penyelesaian sengketa medik dapat dilihat dalam Pasal 310 UU No. 17 Tahun 2023 khususnya disebutkan bahwa “Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa.” Mediasi merupakan salah satu bentuk dari alternatif penyelesaian sengketa. Alasan dan tujuan dilakukannya mediasi ialah bahwa bila timbul sengketa antara tenaga kesehatan dengan pasien, di mana mediasi tersebut dilakukan dengan tujuan untuk menyelesaikan sengketa di luar

pengadilan yang dilakukan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak yang bersengketa.

Mediasi adalah cara penyelesaian sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu oleh mediator. Mediasi itu sendiri dapat dilakukan melalui jalur pengadilan maupun di luar pengadilan dengan menggunakan mediator yang memiliki sertifikasi.

Mediator merupakan pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian.²⁰² Mediasi merupakan rangkaian proses yang harus dilalui untuk setiap perkara perdata yang masuk ke pengadilan. Subtansi mediasi adalah proses yang harus dijalani secara sungguh-sungguh untuk mencapai perdamaian, karena diberikan waktu sendiri untuk melaksanakan mediasi sebelum perkaranya diperiksa. Terdapat tiga aspek dalam mediasi yaitu:²⁰³

- 1) Aspek Urgensi/Motivasi: urgensi dan motivasi dalam mediasi ialah agar pihak yang berperkara menjadi damai dan tidak melanjutkan perkaranya ke pengadilan. Apabila ada hal yang mengganjal maka harus diselesaikan secara kekeluargaan dengan musyawarah mufakat. Hal ini dikarenakan tujuan dari mediasi adalah untuk mencapai perdamaian antara pihak yang bertingkai. Pihak yang bertikai atau berperkara biasanya sangat sulit untuk mencapai kata sepakat apabila bertemu dengan sendirinya.
- 2) Aspek Prinsip: secara hukum, mediasi tercantum dalam Pasal 2 ayat (2) Perma No. 01 Tahun 2016 yang wajibkan setiap hakim, mediator dan para pihak untuk mengikuti prosedur penyelesaian perkara melalui mediasi. Semua perkara yang masuk kedalam

²⁰² Muhammad Afiful Jauhani, *Op.Cit.*, hlm. 8.

²⁰³ Siddiki, 2006, *Mediasi di Pengadilan dan Asas Peradilan Sederhana, Cepat dan Biaya Ringan*, Jakarta: Pustaka Utama, hlm. 80.

pengadilan tingkat pertama tidak mungkin melewatkannya acara mediasi.

- 3) Aspek Subtansi: substansi mediasi merupakan proses yang harus dijalani secara sungguh-sungguh untuk mencapai perdamaian. Karena itu diberikan waktu tersendiri untuk melaksanakan mediasi sebelum diperiksanya perkara. Mediasi bukan dilakukan untuk sekedar memenuhi syarat legalitas formal, melainkan sebagai upaya sungguh-sungguh yang harus dilakukan oleh pihak terkait untuk mencapai perdamaian.

Mediasi bukan sekedar untuk memenuhi syarat legalitas formal, melainkan sebagai upaya sungguh-sungguh yang harus dilakukan oleh pihak terkait untuk mencapai perdamaian. Mediasi merupakan upaya pihak yang berperkara untuk berdamai demi kepentingan pihak itu sendiri, bukan kepentingan pengadilan atau hakim, juga bukan kepentingan mediator. Sehingga segala biaya yang timbul karena proses mediasi ini ditanggung oleh pihak yang berperkara. Mediasi dilakukan agar pihak yang berperkara menjadi damai dan tidak melanjutkan perkaranya ke pengadilan. Jika terdapat masalah yang menghambat, maka penyelesaiannya harus dilakukan secara kekeluargaan melalui musyawarah mufakat.

Tujuan utama dari proses ini adalah mencapai perdamaian antara pihak-pihak yang berselisih. Seringkali, pihak yang berperkara mengalami kesulitan untuk mencapai kesepakatan jika hanya bertemu sendiri. Titik temu yang selama ini terhambat terkait isu yang dipertikaikan biasanya dapat terwujud jika ada pihak yang memfasilitasi pertemuan tersebut.

Mediasi merupakan sarana untuk mempertemukan pihak yang berperkara dengan difasilitasi oleh seorang atau lebih mediator untuk menyaring persoalan agar menjadi jernih dan pihak yang bertikai mendapatkan kesadaran akan pentingnya perdamaian di antara mereka. Mediator ialah pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa

tanpa menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian. Mediator yang netral merupakan mediator yang tidak berpihak dan tidak memiliki kepentingan dengan perselisihan yang terjadi. Mediator bersifat prosedural dan substancial, antara lain mencakup tugas memimpin, memandu, dan merancang sesi-sesi perundingan, serta substansial, berupa pemberian saran kepada pihak yang bersengketa tentang penyelesaian pokok sengketa.²⁰⁴

Mediasi sudah mulai diperkenalkan di Indonesia sebagai salah satu alternatif penyelesaian sengketa. Hal ini selain bertujuan agar perkara di pengadilan tidak menumpuk, juga memberikan keluasaan kepada masyarakat untuk dapat menyelesaikan sengketa yang dihadapi. Mediasi juga diharapkan dapat memberikan rasa keadilan kepada masyarakat, karena selama ini pengadilan dipandang tidak dapat untuk diandalkan dalam memberikan rasa keadilan.

c. Konsiliasi

Upaya lain yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan sengketa adalah dengan cara melibatkan pihak ketiga ke dalam sengketa, dan pihak ketiga tersebut adalah pihak yang memiliki kewenangan untuk memaksa para pihak untuk mematuhi dan menjalankan hal yang diputuskan oleh pihak ketiga tersebut. Penyelesaian sengketa dengan cara ini disebut dengan konsiliasi. Menurut Michael Noone, konsiliasi umumnya merupakan proses yang umumnya jauh lebih interventionis daripada mediasi swasta. Menurut Suyud Margono, konsiliasi merupakan tahap awal dari proses mediasi dengan acuan penerapan yaitu apabila seseorang diajukan kepada proses mediasi dan tuntutan yang diajukan penuntut dapat diterima dalam kedudukannya sebagai *respondent*.²⁰⁵

Konsiliasi merupakan proses yang serupa dengan mediasi, tetapi biasanya diatur oleh undang-undang. Ketika suatu pihak diwajibkan hadir, konsiliator cenderung menekan dan bertanggung jawab atas norma

²⁰⁴ *Ibid.*, hlm. 9.

²⁰⁵ *Ibid.*, hlm. 46.

sesuai dengan undang-undang atau badan terkait, dan langkah hukum akan diambil bila kesepakatan tidak tercapai. Konsiliasi pada praktiknya hampir sama dengan mediasi, yang membedakan adalah kewenangan dari pihak ketiga yang menengahi sengketa tersebut. Pada mediasi, pihak ketiga yang menengahi sengketa tidak memiliki kewenangan untuk memaksa para pihak mematuhi keputusan yang diambil, sedangkan pada konsiliasi, pihak ketiga yang menengahi sengketa tersebut memiliki kewenangan untuk memaksa para pihak dalam mematuhi keputusan yang diambil.

Konsiliator pada umumnya ialah mereka yang telah diangkat dan disetujui oleh menteri yang berkaitan dengan bidang yang dijalani oleh konsiliator sehingga terdapat hubungan antara konsiliator dan instansi pemerintah. Dalam menjalankan tugasnya, konsiliator hanya memiliki kewenangan untuk menyelesaikan sengketa yang masuk dalam wilayah kerja konsiliator tersebut. Selain itu, konsiliator hanya dapat menangani satu sengketa, yaitu apabila para pihak mengajukan permintaan secara tertulis kepada konsiliator yang bersangkutan yang ditunjuk dan disepakati oleh para pihak.

Umumnya, para pihak yang bertransaksi menuangkan kesepakatan yang tercapai di antara mereka dalam bentuk tertulis, yakni dalam bentuk perjanjian yang di dalamnya mencantumkan hal yang telah disepakati oleh para pihak dan bentuk penyelesaian yang akan ditempuh oleh para pihak jika terjadi perselisihan atau sengketa. Setidaknya para pihak memiliki dua pilihan untuk dapat menyelesaikan sengketa yang terjadi di antara mereka, yakni melalui musyawarah atau melalui pengadilan.

Dalam praktik penyelesaian sengketa medik, bentuk APS yang paling sering digunakan adalah negosiasi dan mediasi karena keduanya lebih fleksibel, berorientasi pada dialog, serta memungkinkan tercapainya kesepahaman yang dapat menjaga hubungan terapeutik antara dokter dan pasien.

Tabel 4. Karakteristik Mediasi dan Negosiasi

Karakteristik	Mediasi	Negosiasi
Sukarela/Tidak Sukarela	Sukarela	Sukarela
Pemutus	Para Pihak	Para Pihak
Banding mengikat dan tidak mengikat	Jika tercapainya kesepakatan dapat dilaksanakan sebagai kontrak	Jika tercapai kesepakatan dapat dilaksanakan sebagai kontrak
Pihak Ketiga	Dipilih oleh para pihak dan bertindak sebagai fasilitator	Tidak ada pihak ketiga fasilitator atau perundingan langsung oleh para pihak yang bersengketa
Derajat formalitas	Biasanya informal dan tidak terstruktur	Biasanya informal dan tidak terstruktur
Aturan Pembuktian	Tidak ditentukan berdasarkan kesepakatan para pihak	Tidak ditentukan berdasarkan kesepakatan para pihak
Hubungan para pihak	Kooperatif kerja sama	Kooperatif kerja sama
Proses Penyelesaian	Presentasi bukti, argumen dan kepentingan tidak mengikat	Presentasi bukti argumen dan kepentingan tidak mengikat
Fokus Penyelesaian	Masa depan	Masa kini
Suasana Emosional	Bebas emosional	Bebas emosional
Hasil	Kesepakatan yang diterima kedua pihak <i>win-win solution</i>	Kesepakatan yang diterima kedua pihak <i>win-win solution</i>
Publikasi	Tidak terbuka untuk umum-privat	Tidak terbuka untuk umum-privat
Jangka Waktu	Segera, 3-6 minggu	Segera, 3-6 minggu
Kekuatan Mengikat	Mengikat (kesepakatan kontrak & <i>acta van dading</i>)	Mengikat (kesepakatan sebagai kontrak)

Sumber: Susanti Adi Nugroho, 2019.

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, salah satu bentuk alternatif penyelesaian sengketa (APS) yang sering menjadi pilihan utama dalam penyelesaian sengketa medik adalah negosiasi dan mediasi.

Negosiasi merupakan proses di mana para pihak yang bersengketa berkomunikasi langsung untuk mencapai kesepakatan tanpa intervensi pihak ketiga.²⁰⁶ Pendekatan ini dianggap fleksibel karena dapat mempercepat penyelesaian sengketa secara lebih informal. Namun, dalam praktiknya,

²⁰⁶ Budiono Kusumohamidjojo, 1999 *Panduan Negosiasi Kontrak*, Jakarta: Grasindo, 1999, hlm. 45.

negosiasi sering kali menemui berbagai kendala yang menghambat efektivitasnya. Salah satu hambatan utama adalah ketidakseimbangan informasi dan komunikasi antara pasien dan dokter.

Lebih lagi, pasien atau keluarganya yang merasa dirugikan seringkali berada dalam kondisi emosional yang tidak stabil, sehingga kesulitan untuk menerima penjelasan medis secara objektif. Di sisi lain, dokter dan rumah sakit yang menghadapi tuntutan cenderung memilih langkah kompromi guna menghindari eskalasi sengketa. Akibatnya, keputusan yang diambil sering kali didasarkan pada tekanan emosional, bukan pada pertimbangan hukum dan keadilan yang objektif. Dalam beberapa kasus, kompromi ini berujung pada pemberian kompensasi dalam jumlah besar tanpa melalui proses yang transparan dan adil.

Oleh karena itu, diperlukan mekanisme tambahan untuk menjamin keseimbangan hak dan kewajiban antara kedua belah pihak dalam penyelesaian sengketa medik. Mediasi muncul sebagai alternatif yang lebih terstruktur, di mana pihak ketiga yang independen berperan dalam membantu mencari solusi yang lebih objektif dan menguntungkan semua pihak yang terlibat.

Efektivitas mediasi sangat bergantung pada peran mediator sebagai pihak ketiga yang netral dalam memfasilitasi komunikasi antara para pihak. Proses ini memungkinkan para pihak untuk menemukan titik temu dan mencapai kesepakatan secara sukarela. Keunggulan utama mediasi terletak pada fleksibilitasnya, di mana para pihak memiliki kebebasan untuk menetapkan prosedur, aturan, dan bentuk kesepakatan akhir. Selain itu, mediasi menawarkan solusi yang lebih cepat dan hemat biaya dibandingkan dengan litigasi, serta mengurangi dampak negatif terhadap reputasi dokter dan rumah sakit.

Pendekatan mediasi juga dinilai lebih humanis karena tidak hanya berfokus pada pemenuhan kepentingan hukum, tetapi juga mempertimbangkan dimensi emosional dan psikologis para pihak. Mekanisme ini memungkinkan

terciptanya ruang dialog yang memulihkan hubungan, mengurangi eskalasi konflik, serta mencegah dampak negatif yang sering timbul dari proses litigasi. Oleh karena itu, penguatan implementasi mediasi dalam sistem penyelesaian sengketa medik merupakan langkah strategis dalam mewujudkan mekanisme penyelesaian yang lebih efektif dan berkeadilan bagi pasien maupun tenaga medis.

Namun demikian, pemahaman mengenai penyelesaian sengketa medik tidak dapat dilepaskan dari keberadaan peradilan profesi, yang berfungsi menegakkan disiplin dan etika profesi di lingkungan tenaga medis. Peradilan profesi memainkan peran kunci dalam membedakan ranah etik, disiplin, dan hukum, serta menjadi salah satu instrumen akuntabilitas yang menentukan struktur penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Oleh karena itu, sebelum merumuskan penguatan Mediasi Terapeutik sebagai mekanisme non-litigasi, penting untuk terlebih dahulu memahami karakteristik, kewenangan, dan perkembangan kelembagaan peradilan profesi dalam sistem hukum kesehatan.

2.5.2 Peradilan Profesi

Dalam praktiknya, tidak semua sengketa medik dapat diselesaikan melalui negosiasi maupun mediasi. Ketika para pihak tidak mencapai kesepakatan, atau ketika substansi sengketa berkaitan dengan dugaan pelanggaran disiplin profesi dan penyimpangan terhadap standar pelayanan medis, penyelesaian sengketa perlu dialihkan kepada forum yang memiliki kewenangan menilai aspek profesionalitas tenaga medis. Pada titik inilah peran Majelis Disiplin Profesi (MDP) menjadi relevan. MDP berfungsi sebagai lembaga yang menilai apakah tindakan tenaga medis telah sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, dan prinsip kehati-hatian yang berlaku dalam praktik kedokteran. MDP tidak hanya menjalankan fungsi korektif dan penegakan disiplin profesi, tetapi juga menjadi forum yang menjembatani penyelesaian sengketa antara mekanisme non-litigasi dan jalur peradilan umum ketika ditemukan indikasi pelanggaran hukum.

Peradilan Disiplin Profesi Tenaga Medis merupakan mekanisme penegakan disiplin yang berfungsi memberikan akuntabilitas terhadap tindakan tenaga medis dalam menjalankan praktik kedokteran. Lembaga ini dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pencari keadilan dengan menyediakan forum penyelesaian sengketa yang bersifat khusus dan profesional, yang fokus pada pelanggaran disiplin profesi, kompetensi, serta standar pelayanan medis. Dalam konteks hukum kesehatan, peradilan profesi menjadi bagian dari pelaksanaan fungsi *quasi-judicial* di bidang kesehatan yang turut mendukung tegaknya kepastian hukum, perlindungan pasien, dan profesionalisme tenaga medis.

Sebelum berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pengaturan mengenai disiplin profesi kedokteran dilaksanakan oleh dua lembaga utama, yaitu:

a. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)

Dibentuk berdasarkan Pasal 55 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan diatur lebih lanjut secara teknis melalui beberapa peraturan pelaksana. MKDKI berwenang memeriksa dan memutus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang berkaitan dengan kompetensi, standar prosedur operasional, dan tanggung jawab profesi.

b. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK)

Merupakan lembaga etik yang berada dalam struktur organisasi profesi (IDI). MKEK bertugas menegakkan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan menangani pelanggaran etik yang dilakukan oleh anggota profesi.

Dengan diberlakukannya UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, terjadi rekonstruksi kelembagaan disiplin profesi. Melalui Pasal 712 PP No. 28 Tahun 2024 dan diperjelas kembali dalam Permenkes No. 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, kewenangan MKDKI dialihkan kepada lembaga baru yaitu Majelis Disiplin Profesi (MDP).

MDP merupakan lembaga yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan. MDP memiliki fungsi quasi-yudisial untuk:

- a. menerima dan memeriksa pengaduan pelanggaran disiplin tenaga medis;
- b. melakukan persidangan disiplin;
- c. menjatuhkan sanksi disiplin;
- d. memberikan rekomendasi tindak lanjut kepada Menteri atau instansi terkait.

Sementara itu, pelanggaran etik tetap berada di luar kewenangan MDP. Penegakan etik tetap sepenuhnya ditangani oleh MKEK, yang bertanggung jawab kepada organisasi profesi kedokteran (IDI) dengan merujuk pada KODEKI sebagai norma etik internal profesi. Sebagai konsekuensinya, setelah lahirnya UU No. 17 Tahun 2023, sistem peradilan profesi di bidang kedokteran mengenal dua jalur akuntabilitas yang berbeda namun saling melengkapi, yaitu:

- a. MDP untuk pelanggaran disiplin yang berdampak pada kompetensi dan kualitas pelayanan medis;
- b. MKEK untuk pelanggaran etik profesi yang terkait nilai moral, integritas, dan martabat dokter.

Rekonfigurasi ini penting dipahami sebagai landasan dalam menganalisis peran mediasi, disiplin, dan akuntabilitas dalam sistem penyelesaian sengketa medik di Indonesia.

2.5.3 Peradilan Umum

Sengketa medik pada dasarnya merupakan perselisihan antara dua pihak atau lebih yang timbul akibat suatu peristiwa hukum dalam pelayanan medis, baik yang melibatkan tindakan dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan lainnya terhadap pasien. Kerangka hukum nasional menegaskan bahwa penyelesaian sengketa medik tidak serta-merta dibawa ke pengadilan. Pasal 310 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menyatakan bahwa dugaan kelalaian tenaga kesehatan harus diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan. Ketentuan ini menunjukkan bahwa mekanisme

non-litigasi, khususnya Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS), menjadi jalur awal yang wajib ditempuh sebelum para pihak memilih forum litigasi.

Namun, apabila APS tidak mencapai kesepakatan atau permasalahan yang dihadapi telah melampaui ranah musyawarah, sengketa medik dapat dilanjutkan melalui jalur peradilan umum. Dalam sistem hukum Indonesia, terdapat dua jalur litigasi yang dapat ditempuh, yaitu peradilan perdata dan peradilan pidana, tergantung pada substansi sengketa serta bentuk pertanggungjawaban yang dimohonkan. Litigasi dipandang sebagai sarana penyelesaian terakhir (*ultimum remedium*), yakni proses penyelesaian yang dilakukan di hadapan pengadilan setelah seluruh mekanisme non-litigasi tidak memberikan hasil yang memadai. Dengan demikian, peradilan umum berfungsi sebagai forum final untuk memeriksa, mengadili, dan memutus sengketa medik yang tidak dapat diselesaikan melalui jalur penyelesaian sengketa alternatif.

a. Peradilan Perdata

Peradilan perdata merupakan salah satu jalur litigasi yang dapat ditempuh dalam penyelesaian sengketa medik, khususnya apabila hasil pemeriksaan Majelis Disiplin Profesi (MDP) menunjukkan adanya dugaan pelanggaran hukum yang menimbulkan kerugian bagi pasien. Hal ini sejalan dengan Pasal 308 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 yang menegaskan bahwa MDP berwenang memberikan rekomendasi terhadap dugaan pelanggaran disiplin profesi yang berpotensi berlanjut ke ranah hukum lainnya. Apabila hasil pemeriksaan MDP mengindikasikan adanya pelanggaran hukum dengan sanksi pidana atau tindakan medis yang merugikan pasien secara perdata, maka rekomendasi tersebut dapat menjadi dasar bagi pasien atau keluarga untuk menempuh gugatan perdata.

Dalam ranah hukum perdata, penyelesaian sengketa medik umumnya dilakukan melalui dua bentuk gugatan, yaitu gugatan wanprestasi dan gugatan perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*). Kedua bentuk gugatan ini diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata), serta diperkuat oleh ketentuan prosedural dalam HIR (Herzien Inlandsch

Reglement) dan RBg (Rechtreglement voor de Buitengewesten). Kerangka normatif dalam UU No. 17 Tahun 2023 semakin menegaskan bahwa jalur perdata merupakan mekanisme yang sah untuk menuntut pertanggungjawaban hukum tenaga medis atau fasilitas pelayanan kesehatan apabila ditemukan unsur kelalaian atau kesalahan dalam penyelenggaraan pelayanan medis.

Proses litigasi dalam peradilan perdata berpegang pada rekomendasi yang diperoleh pasien atau keluarga pasien dari MDP sebagai dasar awal untuk menilai adanya potensi pelanggaran hukum dalam tindakan medis. Rekomendasi tersebut menjadi pijakan penting sebelum sengketa diajukan ke pengadilan. Selanjutnya, proses litigasi perdata berjalan melalui serangkaian tahapan yang harus dilalui secara sistematis, dimulai dari pengajuan gugatan, pemeriksaan administratif oleh pengadilan, pemanggilan para pihak, hingga memasuki tahapan persidangan yang meliputi proses pembuktian dan penyampaian argumentasi hukum di hadapan majelis hakim.

Adapun tahapan penyelesaian perkara dalam proses litigasi perdata meliputi beberapa langkah sebagai berikut:

1) Pendaftaran Gugatan

Proses dimulai dengan pengajuan gugatan oleh pihak penggugat ke Pengadilan Negeri yang berwenang. Gugatan tersebut harus memenuhi syarat formil dan materiil, termasuk identitas para pihak, posita, dan petitum. Setelah diverifikasi, gugatan didaftarkan dan penggugat membayar biaya perkara sesuai taksiran pengadilan;

2) Penetapan Majelis Hakim dan Penunjukan Panitera Pengganti
Ketua pengadilan menetapkan majelis hakim yang akan memeriksa perkara serta menunjuk panitera pengganti. Penetapan ini sekaligus menentukan jadwal sidang pertama.

3) Pemanggilan Para Pihak

Pengadilan melalui juru sita memanggil penggugat dan tergugat secara sah dan patut. Pemanggilan dilakukan untuk menghadiri sidang

pertama dan memastikan kedua pihak mengetahui adanya proses perkara.

4) Sidang Pertama dan Pemeriksaan Kelengkapan Gugatan

Pada sidang pertama, hakim memeriksa kehadiran para pihak dan memastikan gugatan memenuhi ketentuan hukum acara. Jika terdapat kekurangan atau cacat formil, hakim dapat memerintahkan perbaikan

5) Mediasi Wajib di Pengadilan

Berdasarkan Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016, seluruh perkara perdata wajib melalui proses mediasi. Mediator dapat berasal dari hakim atau mediator non-hakim yang tersertifikasi. Apabila tercapai kesepakatan, hasilnya dituangkan dalam akta perdamaian (*akta van dading*) dan berkekuatan hukum tetap.

6) Pertukaran Dokumen Persidangan (Penggugat–Tergugat)

Setelah mediasi dinyatakan gagal, persidangan dilanjutkan dengan proses pertukaran dokumen antara para pihak, yang meliputi:

- a) pembacaan dan penyampaian gugatan;
- b) jawaban tergugat;
- c) replik penggugat; dan
- d) duplik tergugat.

Tahap ini bertujuan memperjelas posisi masing-masing pihak sebelum memasuki pembuktian.

7) Pembuktian

Para pihak mengajukan alat bukti yang sah, seperti dokumen medis, rekam medis, keterangan saksi, keterangan ahli, serta bukti lain yang mendukung dalil masing-masing. Dalam sengketa medik, keterangan ahli menjadi komponen penting untuk menilai standar profesi dan kemungkinan adanya penyimpangan.

8) Kesimpulan Para Pihak

Setelah pembuktian selesai, masing-masing pihak menyampaikan kesimpulan tertulis yang merangkum argumentasi dan hasil pembuktian.

9) Musyawarah Majelis Hakim

Majelis hakim melakukan musyawarah tertutup untuk merumuskan pertimbangan hukum dan memutus perkara.

10) Pembacaan Putusan

Putusan dibacakan dalam sidang terbuka untuk umum, yang dapat berupa pengabulan gugatan, pengabulan sebagian, atau penolakan.

11) Upaya Hukum

Jika tidak puas dengan putusan, para pihak dapat menempuh upaya hukum berupa banding, kasasi, atau peninjauan kembali sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam keadaan tertentu, hasil pemeriksaan Majelis Disiplin Profesi (MDP) atau temuan fakta di lapangan dapat mengindikasikan adanya unsur kelalaian yang bersifat serius hingga memenuhi kualifikasi tindak pidana. Ketika dugaan tersebut muncul, penyelesaian sengketa tidak lagi cukup dilakukan melalui gugatan perdata, melainkan harus diarahkan ke jalur peradilan pidana sebagai forum yang berwenang menilai pertanggungjawaban pidana tenaga medis. Oleh karena itu, peradilan pidana menjadi bagian penting dalam keseluruhan sistem penyelesaian sengketa medik, khususnya dalam kasus-kasus yang diduga melibatkan kelalaian berat, kesengajaan, atau tindakan yang menimbulkan akibat hukum serius bagi pasien.

b. Peradilan Pidana

Peradilan pidana dalam sengketa medik merupakan jalur litigasi yang ditempuh apabila terdapat dugaan tindak pidana yang menimbulkan kerugian serius bagi pasien. Dalam konteks Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, proses ini tidak dapat langsung dilakukan tanpa terlebih dahulu melalui pemeriksaan disiplin oleh Majelis Disiplin Profesi (MDP). Pasal 308 mengatur bahwa MDP berwenang memberikan rekomendasi apabila hasil pemeriksannya menunjukkan adanya indikasi pelanggaran disiplin profesi yang berpotensi mengarah pada dugaan tindak pidana. Dengan demikian, rekomendasi MDP menjadi dasar awal bagi aparat penegak hukum untuk

menilai apakah suatu perbuatan medis patut ditingkatkan menjadi proses pidana dan dapat dilanjutkan ke tahap penyidikan.

Apabila berdasarkan rekomendasi MDP ditemukan dugaan kuat adanya kelalaian berat atau tindak pidana dalam pelayanan medis, pasien atau keluarga dapat melaporkan peristiwa tersebut kepada kepolisian. Dasar hukum yang digunakan mencakup ketentuan pidana dalam KUHP—seperti Pasal 359, 360, dan 361—serta ketentuan di luar KUHP yang terdapat dalam UU No. 17 Tahun 2023. Laporan tersebut kemudian ditindaklanjuti dengan proses klarifikasi awal melalui tahapan penyelidikan, di mana penyidik memanggil para pihak, saksi, maupun tenaga medis yang terlibat untuk memberikan keterangan dan dituangkan dalam berita acara klarifikasi.

Jika hasil penyelidikan menunjukkan bahwa dugaan tindak pidana memiliki bukti permulaan yang cukup, maka perkara dinaikkan ke tahap penyidikan. Pada tahap ini, aparat kepolisian melakukan pemeriksaan lebih mendalam, termasuk pemeriksaan rekam medis, permintaan keterangan ahli, serta penilaian kausalitas antara tindakan medis dan akibat yang ditimbulkan. Penyidikan bertujuan menentukan tersangka sebagai pihak yang diduga bertanggung jawab secara pidana.

Setelah berkas perkara dinyatakan lengkap (*P-21*) oleh jaksa penuntut umum, perkara dilimpahkan untuk dilakukan penuntutan. Jaksa kemudian menyusun surat dakwaan dan membawa perkara tersebut ke persidangan di Pengadilan Negeri. Dalam proses persidangan pidana, tahapan pemeriksannya meliputi:

- 1) Pembacaan Surat Dakwaan oleh Jaksa Penuntut Umum
- 2) Eksepsi atau Keberatan dari Terdakwa (Jika Ada)
- 3) Pemeriksaan Saksi-Saksi
- 4) Pemeriksaan Saksi Ahli, termasuk ahli medis, forensik, atau ahli lain yang relevan
- 5) Pemeriksaan Terdakwa
- 6) Pemeriksaan Alat Bukti dan Rekam Medis
- 7) Tuntutan Jaksa Penuntut Umum

- 8) Pledo atau Pembelaan Terdakwa/Penasihat Hukum
- 9) Replik dan Duplik
- 10) Musyawarah Hakim dan Pembacaan Putusan

Putusan dapat berupa bebas, lepas dari tuntutan hukum, atau pemidanaan jika unsur kesalahan terbukti secara sah dan meyakinkan. Para pihak yang tidak puas terhadap putusan dapat menempuh upaya hukum sesuai ketentuan KUHAP.

Dari pemaparan forum peradilan profesi dan peradilan umum bisa diketahui bahwa MDP dan aparat penegak hukum (kepolisian, kejaksaan, dan pengadilan) memiliki peran yang berbeda dalam penyelesaian sengketa medik, namun saling melengkapi. Pertama, MDP berwenang menilai aspek disiplin profesi berdasarkan standar profesi, standar prosedur operasional, dan etika kedokteran. Penilaianya bersifat teknis-profesional dan bertujuan memastikan apakah tindakan tenaga medis dilakukan sesuai prinsip kehati-hatian dan standar medis yang berlaku.

Kedua, aparat penegak hukum memiliki tugas untuk menilai apakah suatu perbuatan memenuhi unsur tindak pidana berdasarkan hukum pidana umum. Pemeriksaan mereka bersifat yuridis-normatif dan diarahkan pada kepastian hukum publik.

Dalam kontek ini, rekomendasi MDP tidak menggantikan kewenangan penyidik dalam menentukan adanya dugaan tindak pidana, tetapi menjadi *entry point* penting yang memberikan penilaian awal berbasis profesi sebelum proses pidana dilakukan. Hal ini menghindarkan kriminalisasi tindakan medis yang sebenarnya masih berada dalam batas risiko medis yang wajar (*acceptable medical risk*).

2.6 Mediasi sebagai Pilihan Hukum dalam Penyelesaian Sengketa Medik

Sengketa menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, merupakan sesuatu yang menyebabkan perbedaan pendapat, pertengkar, pertahanan atau dapat juga diartikan sebagai pertikaian atau perselisihan. Sengketa terjadi karena adanya perbedaan penafsiran, kesalahpahaman, ketidakpuasan, kecurigaan, tindakan yang tidak patut, tidak jujur atau curang, kesewenangan atau ketidakadilan dan terjadinya

keadaan yang tidak terduga. Pada proses penyelesaian sengketa dapat digunakan dengan dua jalur, yaitu melalui litigasi atau pengadilan dan melalui nonlitigasi atau konsensual. Dapat dipahami bahwa proses beracara dalam pengadilan membutuhkan proses dengan waktu serta biaya yang cukup banyak. Karena sistem pengadilan yang konvensional secara alamiah berlawanan, seringkali menghasilkan satu pihak sebagai pemenang dan pihak lainnya sebagai pihak yang kalah. Sementara itu terdapat kritik dalam pengadilan yang dalam menjalankan fungsinya dianggap terlambat teknis dan formalistik. Bahkan ada yang mengatakan bahwa proses perdata dianggap tidak efisien dan tidak adil.²⁰⁷ Sehingga dalam penyelesaian sengketa terutama dalam sengketa medik, perlu memerlukan alternatif penyelesaian sengketa yang dapat diselesaikan dengan *win-win solution*, salah satunya ialah dengan menggunakan mediasi.

Mediasi merupakan salah satu bentuk *alternative dispute resolution* melalui porses perundingan untuk memperoleh kesepakatan para pihak dengan dibantu oleh mediator. Mediator merupakan pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian.²⁰⁸ Terdapat beberapa poin penting yang harus dipahami dalam pelaksanaan proses mediasi pada penyelesaian sengketa medik, sebagai berikut:

2.6.1 Karakteristik Mediasi di Indonesia Menurut Perma No. 1 Tahun 2016

Mediasi dapat menjadi Alternatif penyelesaian sengketa medik. Terdapat dua jenis mediasi, yaitu mediasi di lingkup pengadilan dan mediasi di luar pengadilan. Pada penelitian ini, peneliti membatasi ruang lingkup pada mediasi, yaitu mediasi yang berlangsung di luar pengadilan.²⁰⁹ Mediasi diatur dalam Pasal 1 Angka 10 UU No. 30 Tahun 1999. Namun mengenai mekanisme mediasi tidak diatur dalam undang-undang tersebut. Peraturan Mahkamah Agung (Perma) No. 1 Tahun 2016 mengatur mengenai prosedur mediasi di pengadilan sebagai bagian dari proses penyelesaian sengketa

²⁰⁷ Defi Afandi, *Op. Cit.*, hlm. 190.

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ Muten Nuna., “Esensi Penyelesaian Sengketa Perdata Melalui Mediasi Nonlitigasi,” *Journal Of Judicial Review* 23/1 (2021), hlm. 85–96.

perdata. Peraturan ini bertujuan untuk mendorong penyelesaian sengketa secara damai melalui mediasi, sehingga mengurangi beban pengadilan dan memberi alternatif bagi para pihak untuk mencapai kesepakatan yang saling menguntungkan.

Dalam penyelesaian sengketa medik, Peraturan Mahkamah Agung (Perma) No. 1 Tahun 2016 hanya mengatur upaya penyelesaian sengketa melalui mediasi yang terintegrasi dengan Pengadilan

Sifat mediasi di Indonesia diatur dalam Pasal 5 ayat (1) Perma No. 1 Tahun 2016 yang berbunyi “Proses Mediasi pada dasarnya bersifat tertutup kecuali Para Pihak menghendaki lain.” Pertemuan dalam rangka mediasi juga diperbolehkan menggunakan media komunikasi audio visual jarak jauh sehingga memungkinkan para pihak untuk dapat saling melihat dan mendengar secara langsung dan berpartisipasi aktif dalam setiap pertemuan mediasi, hal ini diatur dalam Pasal 5 Ayat (3) Perma No. 1 Tahun 2016. Penggunaan Media komunikasi audio visual jarak jauh dapat dilakukan melalui platform digital yang merupakan infrastruktur teknologi berbasis internet yang menyediakan layanan, aplikasi, atau sistem yang memungkinkan interaksi, transaksi, atau aktivitas lainnya antara pengguna, baik individu maupun organisasi.

Dengan perkembangan teknologi digital, penggunaan platform komunikasi jarak jauh ini bukan lagi sesuatu yang baru dan telah menjadi bagian penting dari penyelesaian sengketa, termasuk dalam bidang mediasi. Penggunaan teknologi ini tidak hanya mempermudah proses mediasi, tetapi juga memungkinkan fleksibilitas waktu dan lokasi, sehingga para pihak yang berada di tempat yang berjauhan tetap dapat berpartisipasi dalam proses penyelesaian sengketa tanpa harus hadir secara fisik. Dalam situasi darurat yang mengakibatkan, penggunaan platform tersebut semakin relevan, sehingga pelaksanaan mediasi tetap berjalan efektif dan efisien tanpa mengorbankan hak-hak para pihak yang terlibat. Pemanfaatan teknologi ini menjadi salah satu solusi untuk menjaga akses terhadap keadilan yang lebih cepat dan terjangkau bagi semua pihak.

a. Biaya Mediasi di Indonesia Berdasarkan Perma No. 1 Tahun 2016

1) Biaya Jasa Mediator

Biaya yang dikenakan setelah menggunakan jasa mediator diatur dalam Pasal 8 Perma No. 1 Tahun 2016. Berdasarkan pengertiannya yang diatur dalam Pasal 1 angka 2, yang dimaksud dengan mediator dalam Perma No. 1 Tahun 2016 ini merupakan Hakim atau pihak lain yang memiliki Sertifikat Mediator sebagai pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa menggunakan cara memutus atau memaksakan sebuah penyelesaian. Pilihan penggunaan mediator baik hakim atau mediator bersertifikat, diserahkan kepada para pihak yang bersengketa berdasarkan kesepakatan mereka. Hal ini diatur dalam berbagai peraturan yang memberikan kebebasan bagi pihak-pihak yang terlibat untuk memilih mediator yang dianggap sesuai, baik berdasarkan keahlian maupun pemahaman terhadap masalah yang dihadapi.

Hal ini juga menjadi pembeda dalam hal biaya yang dikenakan dalam penggunaan jasa mediator dalam penyelesaian sengketa melalui mediasi. Biaya Mediasi merujuk pada biaya yang timbul selama proses mediasi, diantaranya meliputi biaya pemanggilan para pihak, biaya perjalanan salah satu pihak berdasarkan pengeluaran nyata, biaya pertemuan, biaya ahli, dan/atau biaya lain yang diperlukan dalam proses mediasi.

Biaya jasa mediator termasuk bagian dari biaya mediasi sesuai dengan yang diatur dalam Pasal 8 Ayat (1) Perma No. 1 Tahun 2016 mengenai biaya jasa mediator dibedakan menjadi:

- a) jasa mediator hakim dan pegawai pengadilan tidak dikenakan biaya
- b) biaya jasa mediator nonhakim dan bukan pegawai pengadilan ditanggung bersama atau berdasarkan kesepakatan para pihak.

Pada praktiknya, honorarium mediator nonhakim (mediator bersertifikat) di Indonesia ditetapkan berdasarkan Keputusan Ketua Pengadilan. Sebagai contoh, dalam Surat Keputusan Pengadilan Agama Gresik Nomor: W13-A17/258/HK.05/9/2020, setiap penggunaan jasa mediator dalam suatu perkara dikenakan biaya honorarium sebesar Rp. 125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah). Sementara itu, dalam Surat Keputusan Pengadilan Agama Bekasi Nomor: W10-A19/109/HK.05/1/2023, honorarium mediator nonhakim yang dibebankan kepada para pihak yang bermediasi adalah sebesar Rp. 150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) per perkara. Biaya yang dikenakan dalam proses mediasi dapat bervariasi tergantung pada kebijakan masing-masing pengadilan.

2) Biaya Pemanggilan Para Pihak

Biaya pemanggilan Para Pihak juga termasuk dalam salah satu komponen biaya mediasi. Biaya pemanggilan diatur dalam Pasal 9 Perma No. 1 Tahun 2016 yang menyatakan bahwa biaya pemanggilan Para Pihak untuk menghadiri proses Mediasi dibebankan terlebih dahulu kepada pihak penggugat melalui panjar biaya perkara, kemudian biaya pemanggilan tersebut akan ditambahkan pada perhitungan biaya pemanggilan Para Pihak. Jika para pihak berhasil mencapai kesepakatan perdamaian, maka biaya pemanggilan akan ditanggung bersama atau sesuai kesepakatan para pihak. Dalam hal mediasi tidak dapat dilaksanakan atau tidak berhasil mencapai kesepakatan, maka biaya pemanggilan para pihak akan dibebankan kepada pihak yang kalah, kecuali dalam perkara perceraian dalam lingkungan peradilan agama.

c. Tempat Penyelenggaraan Mediasi

Tempat dilaksanakannya proses mediasi diatur pada Pasal 11 Perma No. 1 Tahun 2016. Pelaksanaan mediasi dapat diselenggarakan di ruang Mediasi Pengadilan ataupun jika dikehendaki oleh kedua belah pihak maka dapat dilaksanakan ditempat lain di luar Pengadilan. Namun pelaksanaan mediasi ditempat lain diluar pengadilan hanya dapat dilakukan oleh Mediator

nonhakim dan bukan pegawai pengadilan, sebab berdasarkan Pasal 11 ayat (2) Perma No. 1 Tahun 2016 telah mengatur bahwa “Mediator Hakim dan Pegawai Pengadilan dilarang menyelenggarakan Mediasi di luar Pengadilan.” Apabila Mediator nonhakim dan bukan Pegawai Pengadilan yang dipilih atau ditunjuk bersama-sama dengan Mediator Hakim atau Pegawai Pengadilan dalam satu perkara wajib menyelenggarakan Mediasi bertempat di Pengadilan. Penggunaan ruang mediasi di Pengadilan telah diatur dalam Pasal 11 Ayat (4) bahwa tidak akan dikenakan biaya bagi penggunaan ruang mediasi di Pengadilan.

d. Keterpisahan Mediasi Dari Litigasi

Pasal 35 Perma No. 1 Tahun 2016 mengatur mengenai Keterpisahan Mediasi dari Litigasi menyatakan bahwa sejak dikeluarkannya perintah untuk melaksanakan mediasi dan penunjukan mediator, waktu yang digunakan dalam proses mediasi tidak dihitung sebagai bagian dari waktu penyelesaian perkara di pengadilan, baik di tingkat pertama maupun banding, sesuai dengan kebijakan Mahkamah Agung.

Putusan yang menyatakan gugatan tidak dapat diterima dan keputusan terkait biaya mediasi, sebagaimana diatur dalam pasal sebelumnya, tidak dapat diajukan untuk upaya hukum lebih lanjut. Jika para pihak tidak mencapai kesepakatan selama proses mediasi, pernyataan dan pengakuan yang dibuat selama mediasi tidak dapat digunakan sebagai bukti dalam persidangan.

Catatan yang dibuat oleh mediator selama proses mediasi harus dimusnahkan setelah mediasi selesai. Selain itu, mediator tidak diperbolehkan menjadi saksi dalam persidangan perkara yang bersangkutan, dan tidak dapat dikenakan tanggung jawab pidana maupun perdata atas isi kesepakatan perdamaian yang dihasilkan dari mediasi.

e. Produk Hukum Mediasi

Para pihak yang berhasil menyelesaikan sengketa di luar pengadilan, baik dengan atau tanpa bantuan mediator bersertifikat, dapat mengajukan Kesepakatan Perdamaian ke pengadilan yang berwenang. Tujuannya adalah untuk memperoleh Akta Perdamaian dengan cara mengajukan gugatan. Pengajuan gugatan tersebut harus disertai dengan kesepakatan perdamaian dan dokumen pendukung yang membuktikan adanya hubungan hukum antara para pihak terkait objek sengketa.

Hakim yang memeriksa perkara hanya akan menguatkan Kesepakatan Perdamaian menjadi Akta Perdamaian jika kesepakatan tersebut memenuhi ketentuan Pasal 27 ayat (2). Akta Perdamaian ini harus diucapkan oleh hakim dalam sidang terbuka paling lama 14 hari setelah gugatan didaftarkan. Salinan Akta Perdamaian harus disampaikan kepada para pihak pada hari yang sama saat pembacaan akta tersebut.

Jika kesepakatan yang diajukan untuk dikuatkan tidak memenuhi syarat sesuai Pasal 27 ayat (2), hakim wajib memberikan arahan kepada para pihak mengenai hal-hal yang perlu diperbaiki. Para pihak harus segera memperbaiki dan menyerahkan kembali kesepakatan yang telah diperbaiki kepada hakim, dengan tetap mematuhi batas waktu penyelesaian sebagaimana diatur dalam Pasal 36 ayat (4).

2.6.2 Peran Mediator dan Fungsi Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik

Mediator di Indonesia diatur dalam Perma No. 1 Tahun 2016 Bab III tentang Mediator yang terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu Sertifikasi Mediator dan Akreditasi Lembaga, Tahapan Tugas Mediator, dan Pedoman Perilaku Mediator yang pengaturannya sebagai berikut:

a. Sertifikasi Mediator dan Akreditasi Lembaga

Mediator di Indonesia wajib memiliki Sertifikat Mediator yang diperoleh setelah mengikuti pelatihan sertifikasi mediator dan dinyatakan lulus oleh Mahkamah Agung atau Lembaga yang telah memperoleh akreditasi dari Mahkamah Agung. Hal ini diatur dalam Pasal 13 ayat (1) Perma No.

1 Tahun 2016. Namun berdasarkan Pasal 13 ayat (2) Perma No. 1 Tahun 2016 terdapat pengecualian terhadap Hakim yang tidak bersertifikat untuk dapat tetap menjalankan fungsi Mediator apabila terjadi kondisi tidak ada atau terdapat keterbatasan jumlah Mediator bersertifikat.

b. Tahapan Tugas Mediator

Tahapan tugas Mediator diatur secara rinci dalam Perma No. 1 Tahun 2016 pada Bagian Kedua Pasal 14 huruf a-n yang mengatur bahwa dalam menjalankan fungsinya, Mediator bertugas:

- 1) memperkenalkan diri dan memberi kesempatan kepada para pihak untuk saling memperkenalkan diri;
- 2) menjelaskan maksud, tujuan, dan sifat mediasi kepada para pihak;
- 3) menjelaskan kedudukan dan peran mediator yang netral dan tidak mengambil keputusan;
- 4) membuat aturan pelaksanaan mediasi bersama para pihak;
- 5) menjelaskan bahwa mediator dapat mengadakan pertemuan dengan satu pihak tanpa kehadiran pihak lainnya (kaukus);
- 6) menyusun jadwal mediasi;
- 7) mengisi formulir jadwal mediasi;
- 8) memberikan kesempatan kepada para pihak untuk menyampaikan permasalahan dan usulan perdamaian;
- 9) menginventarisasi permasalahan dan mengagendakan pembahasan berdasarkan skala prioritas;
- 10) memfasilitasi dan mendorong para pihak untuk:
 - a) menelusuri dan menggali kepentingan para pihak;
 - b) mencari berbagai pilihan penyelesaian yang terbaik bagi para pihak; dan
 - c) bekerja sama mencapai penyelesaian;
- 11) membantu para pihak dalam membuat dan merumuskan kesepakatan perdamaian;
- 12) menyampaikan laporan keberhasilan, ketidakberhasilan dan/atau tidak dapat dilaksanakannya mediasi kepada hakim pemeriksa perkara;
- 13) menyatakan salah satu atau para pihak tidak beriktikad baik dan menyampaikan kepada hakim pemeriksa perkara; dan
- 14) tugas lain dalam menjalankan fungsinya.

Dalam proses mediasi, mediator dapat menerapkan berbagai teknik komunikasi untuk mencapai hasil yang optimal. Teknik ini mencakup merangkaikan pernyataan dari masing-masing pihak ke dalam batasan yang dapat diterima serta konsisten dengan nilai dan gagasan pihak lainnya, sehingga menciptakan suasana negosiasi yang konstruktif.

Mediator juga berperan mendorong pemahaman antara para pihak mengenai kepentingan satu sama lain, membantu mengumpulkan dan memfasilitasi pertukaran informasi yang relevan, serta menggali informasi penting, seperti fleksibilitas posisi masing-masing pihak dalam negosiasi. Dengan teknik komunikasi yang tepat, mediator dapat meningkatkan peluang tercapainya kesepakatan yang adil dan memuaskan bagi semua pihak yang terlibat.

Jika yang perlu dirundingkan terdapat lebih dari satu, urutan pembahasan permasalahan tersebut perlu disusun sedemikian rupa. Stulberg dan Haynes berkeyakinan bahwa mediator harus selalu menetapkan urutan pembahasan permasalahan tersebut.²¹⁰ Stulberg menganjurkan untuk menentukan standar yang bisa digunakan sebagai dasar pemikiran pokok permasalahan yang nampaknya lebih mudah diselesaikan. Pokok permasalahan dapat disusun berdasar pada:

- 1) Cara penyelesaian dasar (*nature of remedies*): Dimulai dengan permasalahan yang tidak membutuhkan terlalu banyak upaya penyelesaiannya. Misalnya bila suatu perjanjian mensyaratkan salah satu pihak, untuk saling mengerjakan sesuatu bagi pihak lainnya. Di sini para pihak lebih dalam posisi berimbang karena masing-masing harus setuju untuk melakukan sesuatu bagi pihak lainnya.
- 2) Waktu: Pokok permasalahan dapat disusun dalam suatu kerangka berdasar pada urutan kronologis atau sebaliknya, berdasar pada batasan waktu tertentu.
- 3) Pemisahan (*detachment*): Dimulai dengan pokok permasalahan di mana para pihak tidak terlalu terlibat secara emosional.
- 4) Urutan logika: Jika suatu kesepakatan secara logis membutuhkan persetujuan pihak lainnya, dan berhubungan atau saling berkaitan satu sama lain dengan permasalahan. Bila suatu permasalahan menjadi hambatan yang sukar diselesaikan, pusatkan para pihak

²¹⁰ John Michael Hoynes, Cretchen L. Haynes dan Larry Sun Fang, 2004, *Mediation: Positive Conflict Management*, New York: SUNY Press, hlm. 16.

untuk mencari penyelesaian permasalahan itu sehingga isu lainnya yang berkaitan, akan dapat terselesaikan juga.

Para pihak mungkin tidak siap untuk membahas sekaligus permasalahannya, atau permasalahannya sendiri mungkin tidak dapat diper-imbangkan untuk hal ini. Para pihak kemudian dapat menyetujui dengan syarat tertentu atas suatu permasalahan, berdasarkan atas konsesi balasan berikutnya. Merundingkan hanya kesepakatan sementara dulu, sampai semua permasalahan dibahas, atau bernegosiasi kesepakatan secara garis besarnya saja dan baru kemudian membahas permasalahan tertentu. Peran Mediator dalam Proses Mediasi untuk mencapai kesepakatan Secara umum tahapan mediasi yang dilakukan oleh mediator sebagai berikut:

- 1) pembentukan forum;
- 2) pengumpulan informasi dari berbagai pihak;
- 3) negosiasi pemecahan masalah;
- 4) pengambilan keputusan; dan
- 5) pelaksanaan keputusan.

b. Pedoman Perilaku Mediator di Indonesia

Perma No. 1 Tahun 2016 tidak menjelaskan secara detail mengenai pedoman perilaku mediator namun dalam Pasal 15 menjelaskan bahwa Mahkamah Agung menetapkan Pedoman Perilaku Mediator dan mewajibkan setiap Mediator untuk mentaati Pedoman Perilaku Mediator dalam menjalankan fungsinya. Oleh sebab itu Mahkamah Agung mengeluarkan Keputusan Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor: 108/KMA/SK/VI/2016 Tentang Tata Kelola Mediasi di Pengadilan. Dalam surat Keputusan Ketua Mahkamah Agung RI ini tertuang Pedoman Perilaku Mediator yang berlaku dan mengikat hanya bagi orang-orang yang menjalankan fungsi mediator yang tercantum dalam daftar mediator di Peradilan Umum dan Agama.

Pedoman Perilaku Mediator terdiri dari 4 (empat) Bab yang mengatur mengenai ketentuan umum bagi mediator yang mencangkup mengenai ruang lingkup pedoman perilaku mediator, tanggung jawab umum seorang mediator dan tanggung jawab terhadap para pihak. Pedoman Perilaku Mediator mengatur tentang kewajiban mediator, pengawasan dan sanksi sebagai berikut:

1) Tanggung Jawab Mediator

Secara umum mediator memiliki tanggung jawab terhadap para pihak yang dibantu dan terhadap profesinya sebagai mediator. Terhadap para pihak, Mediator memiliki kewajiban untuk memelihara dan mempertahankan ketidakberpihakannya, baik dalam wujud kata, sikap dan tingkah laku terhadap para pihak yang terlibat sengketa. Mediator dilarang mempengaruhi atau mengarahkan para pihak untuk menghasilkan syarat-syarat atau klausula-klausula penyelesaian sebuah sengketa yang dapat memberikan keuntungan pribadi bagi mediator. Mediator harus beritikad baik, tidak berpihak, dan tidak mempunyai kepentingan pribadi serta tidak mengorbankan kepentingan para pihak dalam menjalankan fungsinya sebagai mediator.

2) Kewajiban Mediator

Mediator memiliki 7 (tujuh) kewajiban yang diatur dalam Bab II Pasal 4 Pedoman Perilaku Mediator. Dalam melaksanakan tugasnya, yang pertama mediator wajib menyelenggarakan proses mediasi sesuai dengan prinsip penentuan diri sendiri oleh para pihak. Prinsip Penentuan Diri Sendiri²¹¹ (*Self Determination*) artinya Mediator wajib menyelenggarakan proses Mediasi sesuai dengan prinsip penentuan diri oleh para pihak, bahwa keputusan-keputusan yang ada didalam proses Mediasi merupakan hasil dari persetujuan para pihak. Yang kedua, Mediator wajib menghormati hak-hak para pihak seperti salah satu contohnya adalah hak untuk keluar dari proses Mediasi. Mediator

²¹¹ Nita Triana, 2019, *Alternative Dispute Resolution*, Edisi 1, Yogyakarta: Kaizen Sarana Edukasi, hlm. 35.

juga memiliki kewajiban untuk memberitahu para pihak pada pertemuan lengkap yang pertama mengenai bentuk penyelesaian atau bahwa semua keputusan yang diambil.

Kewajiban ketiga adalah pada pertemuan pertama dengan kelengkapan kehadiran para pihak, mediator wajib menjelaskan mengenai pengertian dan prosedur mediasi, pengertian kaukus dalam proses mediasi serta peran mediator dalam pelaksanaan mediasi. kaukus berdasarkan Perma No. 1 Tahun 2016 merupakan kondisi dimana mediator dapat mengadakan pertemuan dengan satu pihak tanpa kehadiran pihak lainnya.

Mediator wajib menghormati hak para pihak yang antara lain :

- (1) Hak untuk berkonsultasi dengan penasihat hukum atau para ahli; dan
- (2) Hak untuk keluar dari proses mediasi

Menghindari penggunaan ancaman, tekanan, atau intimidasi dan paksaan terhadap salah satu atau kedua belah pihak untuk membuat suatu Keputusan merupakan suatu kewajiban bagi mediator dalam melaksanakan mediasi. Selain itu, mediator juga wajib menjaga kerahasiaan informasi yang terungkap selama proses mediasi dan setelah proses mediasi berakhir maka mediator wajib memusnahkan catatan-catatan selama proses mediasi. Dalam hal menjaga kerahasiaan proses mediasi, mediator secara terperinci diwajibkan menjaga kerahasiaan antar para pihak baik dalam bentuk perkataan maupun catatan yang terungkap selama proses mediasi berlangsung.

Demi menghindari benturan kepentingan antar para pihak, maka seseorang dilarang menjadi mediator dalam kasus sengketa yang keterlibatannya menimbulkan benturan kepentingan. Apabila mediator mengetahui adanya baik benturan kepentingan maupun suatu potensi benturan kepentingan, maka ia wajib menyatakan mundur sebagai mediator dalam sengketa yang akan atau sedang dalam proses mediasi.

Apabila seorang mediator yang juga berprofesi sebagai advokat dan rekan pada firma hukum yang sama, maka dilarang menjadi penasehat hukum salah satu pihak dalam sengketa yang sedang ditangani baik selama maupun sesudah proses mediasi. Kinerja mediator dalam proses mediasi juga diatur dalam tata Kelola mediasi. mediator diwajibkan untuk menyelenggarakan proses mediasi sesuai dengan jadwal yang telah disepakati para pihak.

Mediator juga wajib menyelenggarakan proses mediasi secara berimbang terhadap para pihak. Sikap berimbang yang dimaksud artinya adalah selalu berada ditengah diantara para pihak. Selain itu mediator wajib menunda atau segera mengakhiri proses mediasi bila perilaku salah satu atau para pihak telah menyalahgunakan proses mediasi atau tidak beritikad baik selama proses mediasi berlangsung. Mediator dituntut untuk selalu senantiasa berupaya meningkatkan kemampuan atau keterampilan mengenai mediasi melalui Pendidikan, pelatihan, seminar, dan konferensi.

Honorarium mediator sebagaimana diatur dalam Pasal 8 Ayat (1) Perma No.1 Tahun 2016 untuk mediator hakim dan Pegawai Pengadilan tidak dikenakan biaya. Lebih rinci lagi dalam Pedoman Perilaku Mediator diatur bahwa Mediator dilarang menerima honorarium berdasarkan hasil akhir proses mediasi. Mediator juga dilarang menerima hadiah atau pemberian dalam bentuk apapun dari salah satu atau para pihak selama proses mediasi berlangsung selain honorarium yang telah disepakati.

3) Pengawasan dan Sanksi

Kewenangan untuk melaksanakan pengawasan dan evaluasi terhadap kinerja mediator diberikan kepada Ketua Pengadilan tingkat pertama. Ketua Pengadilan Tingkat Pertama berwenang menerima laporan dari salah satu pihak atau para pihak yang bersengketa atau pihak lainnya tentang adanya pelanggaran pedoman perilaku. Setelah menerima laporan, kemudian Ketua Pengadilan Tingkat Pertama memanggil

mediator yang bersangkutan dan memberi kesempatan untuk mediator menyampaikan klarifikasi maupun pembelaan diri. Ketua Pengadilan Tingkat Pertama memiliki kewenangan untuk menjatuhan sanksi apabila terbukti adanya pelanggaran Pedoman Perilaku Mediator.

Terdapat 3 (tiga) jenis hukuman sanksi yang dapat dijatuahkan terhadap mediator apabila mediator terbukti melanggar pedoman perilaku mediator. Penjatuhan sanksi dapat berupa teguran lisan, sanksi ini dijatuahkan apabila seorang mediator terbukti melanggar Pedoman Perilaku Mediator. Penjatuhan sanksi juga dapat berupa teguran tertulis yang akan dijatuahkan apabila seorang mediator telah mendapatkan penjatuhan sanksi lisan sebanyak 2 (dua) kali. Penjatuhan sanksi jenis yang ketiga berupa pencoretan nama seseorang mediator dari Daftar Mediator dijatuahkan apabila seorang mediator telah 2 (kali) menerima penjatuhan sanksi tertulis. Setiap penjatuhan sanksi ini harus dicatat dalam register mediator pada Pengadilan Tingkat Pertama ditempat mediator tersebut terdaftar. Apabila mediator telah dicoret Namanya dari daftar mediator, maka mediator tersebut tidak lagi memenuhi kualifikasi untuk menjadi mediator yang teringrasi di setiap Pengadilan diseluruh Indonesia.

2.6.3 Peran Para Pihak dalam Mediasi di Indonesia Berdasarkan Perma No. 1 Tahun 2016

a. Peran Hakim Pemeriksa Perkara

Pada hari sidang yang telah ditentukan dan dihadiri oleh para pihak, hakim pemeriksa perkara akan mewajibkan para pihak untuk menempuh mediasi. Kehadiran Para Pihak harus berdasarkan panggilan yang sah dan patut. Pemanggilan pihak yang tidak hadir pada sidang pertama dapat dilakukan pemanggilan satu kali lagi sesuai dengan praktik hukum acara.

Apabila para pihak lebih dari satu, maka mediasi tetap diselenggarakan setelah pemanggilan dilakukan secara sah dan patut walaupun tidak seluruh pihak hadir. Ketidakhadiran pihak turut tergugat yang

kepentingannya tidak signifikan tidak menghalangi pelaksanaan mediasi. Hakim pemeriksa perkara juga wajib menjelaskan prosedur mediasi kepada para pihak. Beberapa hal yang harus dijelaskan oleh hakim pemeriksa perkara adalah:

- 1) pengertian dan manfaat mediasi;
- 2) kewajiban para pihak untuk menghadiri langsung pertemuan mediasi berikut akibat hukum atas perilaku tidak beriktikad baik dalam proses mediasi;
- 3) biaya yang mungkin timbul akibat penggunaan mediator nonhakim dan bukan pegawai pengadilan;
- 4) pilihan menindaklanjuti kesepakatan perdamaian melalui akta perdamaian atau pencabutan gugatan; dan
- 5) kewajiban para pihak untuk menandatangani formulir penjelasan mediasi.

Hakim Pemeriksa Perkara selanjutnya menyerahkan formulir penjelasan Mediasi kepada Para Pihak yang memuat pernyataan bahwa Para Pihak:

- 1) memperoleh penjelasan prosedur mediasi secara lengkap dari hakim pemeriksa perkara;
- 2) memahami dengan baik prosedur mediasi; dan
- 3) bersedia menempuh mediasi dengan iktikad baik.

Formulir penjelasan Mediasi tersebut kemudian ditandatangani oleh Para Pihak dan/atau kuasa hukum segera setelah memperoleh penjelasan dari Hakim Pemeriksa Perkara dan menjadi satu kesatuan yang menjadi bagian tidak terpisahkan dengan berkas perkara. Keterangan mengenai penjelasan oleh Hakim Pemeriksa Perkara dan penandatanganan formulir penjelasan Mediasi tersebut wajib dimuat dalam berita acara sidang.

b. Peran Kuasa Hukum dalam Tahap Pramediasi

Pada tahap pramediasi, terdapat beberapa kewajiban Kuasa Hukum para pihak yang diatur Pada Bagian Kedua dalam Pasal 18 Perma No. 1

Tahun 2016. Kuasa hukum memiliki kewajiban untuk membantu Para Pihak melaksanakan hak dan kewajibannya dalam proses Mediasi. Membantu yang dimaksudkan disini Kewajiban kuasa hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di antaranya meliputi:

- 1) menyampaikan penjelasan hakim pemeriksa perkara sebagaimana dimaksud dalam pasal 17 ayat (7) kepada para pihak;
- 2) mendorong para pihak berperan langsung secara aktif dalam proses mediasi;
- 3) membantu para pihak mengidentifikasi kebutuhan, kepentingan dan usulan penyelesaian sengketa selama proses mediasi;
- 4) membantu para pihak merumuskan rencana dan usulan kesepakatan perdamaian dalam hal para pihak mencapai kesepakatan;
- 5) menjelaskan kepada para pihak terkait kewajiban kuasa hukum.
 - (1) dalam hal para pihak berhalangan hadir berdasarkan alasan sah sebagaimana dimaksud dalam pasal 6 ayat (4), kuasa hukum dapat mewakili para pihak untuk melakukan mediasi dengan menunjukkan surat kuasa khusus yang memuat kewenangan kuasa hukum untuk mengambil keputusan; dan
 - (2) kuasa hukum yang bertindak mewakili para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib berpartisipasi dalam proses mediasi dengan ikhtikad baik dan dengan cara yang tidak berlawanan dengan pihak lain atau kuasa hukumnya.

c. Peran Para Pihak Memilih Mediator

Para pihak mempunyai hak untuk memilih seorang atau lebih mediator yang tercatat dalam daftar mediator di pengadilan. Apabila dalam proses mediasi terdapat lebih dari satu mediator maka akan dilakukan pembagian tugas yang ditentukan dan disepakati oleh para mediator dalam perkara tersebut.

1) Batas Waktu Pemilihan Mediator

Hakim pemeriksa perkara akan mewajibkan para pihak pada hari itu juga atau paling lama 2 (dua) hari berikutnya untuk berunding guna memilih mediator termasuk biaya yang mungkin timbul akibat pilihan penggunaan mediator nonhakim dan bukan pegawai pengadilan. Kemudian para pihak menyampaikan mediator pilihan

mereka tersebut kepada hakim pemeriksa perkara, apabila ada pihak yang tidak sepakat terhadap pemilihan mediator dalam jangka waktu 2 (hari) tersebut maka hakim pemeriksa perkara akan segera menunjuk mediator hakim atau pegawai pengadilan.

Apabila dalam pengadilan yang sama tidak terdapat hakim bukan pemeriksa perkara dan pegawai pengadilan yang bersertifikat, maka ketua hakim pemeriksa perkara akan menunjuk salah satu hakim pemeriksa perkara untuk menjalankan fungsi mediator dengan mengutamakan hakim yang bersertifikat.

Setelah para pihak memilih mediator atau ketua majelis hakim pemeriksa perkara menunjuk mediator, maka ketua majelis hakim pemeriksa perkara akan menerbitkan penetapan yang memuat perintah untuk melakukan mediasi dan penunjukan mediator. Selanjutnya hakim pemeriksa perkara akan memberitahukan penetapan tersebut kepada mediator melalui panitera pengganti dan menunda proses persidangan dalam rangka memberikan kesempatan kepada para pihak menempuh mediasi.

2) Pemanggilan Para Pihak

Mediator akan menentukan hari dan tanggal pertemuan mediasi setelah menerima penetapan penunjukan sebagai Mediator. Apabila mediasi akan dilakukan di gedung Pengadilan, maka Mediator atas kuasa Hakim Pemeriksa Perkara melalui Panitera melakukan pemanggilan Para Pihak dengan bantuan juru sita atau juru sita pengganti untuk menghadiri pertemuan Mediasi. Kuasa yang dimaksud merupakan demi hukum tanpa perlu dibuat surat kuasa, sehingga tanpa ada instrumen tersendiri dari Hakim Pemeriksa Perkara, juru sita atau juru sita pengganti wajib melaksanakan perintah Mediator Hakim maupun nonhakim untuk melakukan panggilan.

3) Akibat Hukum Pihak Tidak Beritikad Baik

Apabila Penggugat dinyatakan tidak beritikad baik dalam proses Mediasi seperti misalnya:

- a) tidak hadir setelah dipanggil secara patut 2 (dua) kali berturut-turut dalam pertemuan mediasi tanpa alasan sah;
- b) menghadiri pertemuan mediasi pertama, tetapi tidak pernah hadir pada pertemuan berikutnya meskipun telah dipanggil secara patut 2 (dua) kali berturut-turut tanpa alasan sah;
- c) ketidakhadiran berulang-ulang yang mengganggu jadwal pertemuan mediasi tanpa alasan sah;
- d) menghadiri pertemuan mediasi, tetapi tidak mengajukan dan/atau tidak menanggapi resume perkara pihak lain; dan/atau
- e) tidak menandatangani konsep kesepakatan perdamaian yang telah disepakati tanpa alasan sah.

Maka akibat hukum dari dinyatakannya penggugat tidak beritikad baik dalam proses mediasi adalah gugatan dinyatakan tidak dapat diterima oleh Hakim Pemeriksa Perkara dan dikenai pula kewajiban pembayaran Biaya Mediasi. Selanjutnya Mediator akan menyampaikan laporan bahwa penggugat tidak beritikad baik kepada Hakim Pemeriksa Perkara disertai rekomendasi pengenaan Biaya Mediasi dan perhitungan besarannya dalam laporan ketidakberhasilan atau tidak dapat dilaksanakannya Mediasi.

Berdasarkan laporan Mediator tersebut, maka Hakim Pemeriksa Perkara akan mengeluarkan putusan yang merupakan putusan akhir yang menyatakan gugatan tidak dapat diterima disertai penghukuman pembayaran Biaya Mediasi dan biaya perkara. Pembayaran biaya mediasi sebagai penghukuman kepada penggugat dapat diambil dari panjar biaya perkara atau pembayaran tersendiri oleh penggugat dan diserahkan kepada tergugat melalui kepaniteraan Pengadilan.

Apabila Pihak Tergugat yang dinyatakan tidak beriktikad baik, maka pihak tergugat dikenai kewajiban pembayaran Biaya Mediasi. Selanjutnya Mediator menyampaikan laporan tergugat tidak beriktikad baik kepada Hakim Pemeriksa Perkara disertai rekomendasi pengenaan Biaya Mediasi dan perhitungan besarnya dalam laporan ketidakberhasilan atau tidak dapat dilaksanakannya Mediasi. Berdasarkan laporan Mediator, maka sebelum melanjutkan pemeriksaan, Hakim Pemeriksa Perkara dalam persidangan yang ditetapkan berikutnya wajib mengeluarkan penetapan yang menyatakan tergugat tidak beriktikad baik dan menghukum tergugat untuk membayar Biaya Mediasi. Biaya Mediasi merupakan bagian dari biaya perkara yang wajib disebutkan dalam amar putusan akhir.

- 4) Dalam hal pihak tergugat dinyatakan tidak beritikad baik namun dalam putusan pihak tergugat dimenangkan, maka amar putusan menyatakan Biaya Mediasi dibebankan kepada tergugat, sedangkan biaya perkara tetap dibebankan kepada penggugat sebagai pihak yang kalah. Pembayaran Biaya Mediasi oleh tergugat yang akan diserahkan kepada penggugat melalui kepaniteraan Pengadilan mengikuti pelaksanaan putusan yang telah berkekuatan hukum tetap. Dalam hal Para Pihak secara bersama-sama dinyatakan tidak beriktikad baik oleh Mediator, gugatan dinyatakan tidak dapat diterima oleh Hakim Pemeriksa Perkara tanpa penghukuman Biaya Mediasi.

c. Keterlibatan Ahli dan Tokoh Masyarakat

Pasal 26 Perma No. 1 Tahun 2016 Bagian Ketiga, disebutkan bahwa mediator, dengan persetujuan para pihak atau kuasa hukumnya, dapat mengundang satu atau lebih ahli, tokoh masyarakat, tokoh agama, atau tokoh adat untuk berpartisipasi dalam proses mediasi. Sebelum ahli atau tokoh tersebut memberikan penilaian atau penjelasan, para pihak harus terlebih dahulu menyetujui apakah penjelasan tersebut akan bersifat mengikat atau tidak.

2.6.4 Tahapan Proses Mediasi Di Indonesia Berdasarkan Perma No. 1 Tahun 2016

a. Pra Mediasi

Ketentuan Pasal 24 Perma No. 1 Tahun 2016, menyebutkan bahwa setelah adanya penetapan mediator, para pihak yang terlibat dalam sengketa memiliki waktu maksimal 5 hari untuk menyerahkan resume perkara kepada pihak lawan dan mediator. Proses mediasi sendiri berlangsung selama 30 hari sejak penetapan perintah mediasi. Apabila para pihak sepakat, jangka waktu mediasi ini dapat diperpanjang hingga 30 hari setelah periode awal berakhir.

Pada bagian kedua, Pasal 25 Perma No. 1 Tahun 2016 mengatur ruang lingkup materi mediasi. Materi perundingan dalam proses mediasi tidak terbatas pada apa yang diajukan dalam posita dan petitum gugatan. Jika mediasi menghasilkan kesepakatan di luar yang telah diuraikan, penggugat berhak melakukan perubahan gugatan dengan memasukkan kesepakatan tersebut sebagai bagian dari gugatan yang diajukan.

b. Tahapan Pelaksanaan Mediasi

1) Mediasi Mencapai Kesepakatan

Jika mediasi berhasil, para pihak yang bersengketa, dengan bantuan mediator, wajib menyusun kesepakatan tertulis dalam bentuk Kesepakatan Perdamaian yang ditandatangani oleh para pihak dan mediator. Mediator bertanggung jawab memastikan bahwa kesepakatan tersebut tidak melanggar hukum, ketertiban umum, kesusilaan, tidak merugikan pihak ketiga, serta dapat dilaksanakan.

Dalam situasi di mana para pihak diwakili oleh kuasa hukum, penandatanganan Kesepakatan Perdamaian hanya dapat dilakukan apabila ada persetujuan tertulis dari para pihak. Selanjutnya, para pihak melalui mediator dapat mengajukan kesepakatan tersebut kepada Hakim Pemeriksa Perkara untuk dikuatkan menjadi Akta Perdamaian. Apabila para pihak tidak menginginkan penguatan tersebut, kesepakatan perdamaian harus mencantumkan pencabutan

gugatan. Terakhir, mediator diwajibkan melaporkan keberhasilan mediasi secara tertulis kepada Hakim Pemeriksa Perkara, disertai dengan salinan Kesepakatan Perdamaian.

Dalam Pasal 28 mengatur langkah-langkah setelah Kesepakatan Perdamaian diajukan. Pertama, setelah menerima Kesepakatan Perdamaian, Hakim Pemeriksa Perkara memiliki waktu paling lama 2 hari untuk mempelajari dan menelitiya. Jika kesepakatan tersebut belum memenuhi syarat yang diatur dalam Pasal 27 ayat (2), hakim wajib mengembalikan kesepakatan kepada mediator dan para pihak, disertai arahan mengenai hal-hal yang perlu diperbaiki.

Setelah mendapatkan petunjuk tersebut, mediator wajib mengadakan pertemuan dengan para pihak dan mengajukan kembali Kesepakatan Perdamaian yang sudah diperbaiki kepada Hakim Pemeriksa Perkara, dengan batas waktu maksimal 7 hari. Setelah kesepakatan dianggap memenuhi syarat, hakim harus menetapkan jadwal sidang untuk membacakan Akta Perdamaian paling lama 3 hari sejak menerima kesepakatan yang diperbaiki. Akhirnya, Kesepakatan Perdamaian yang telah dikuatkan melalui Akta Perdamaian tunduk pada ketentuan keterbukaan informasi di pengadilan.

2) Mediasi Mencapai Kesepakatan Perdamaian Sebagian

Jika dalam proses mediasi tercapai kesepakatan antara penggugat dan sebagian dari pihak tergugat, penggugat diharuskan mengubah gugatan dengan menghapus pihak tergugat yang tidak mencapai kesepakatan dari daftar pihak lawan. Kesepakatan tersebut akan dibuat secara tertulis dan ditandatangani oleh penggugat, pihak tergugat yang telah setuju, serta mediator. Kesepakatan perdamaian sebagian ini dapat dikuatkan melalui akta perdamaian, selama tidak melibatkan aset, kekayaan, atau kepentingan pihak yang tidak ikut dalam kesepakatan, serta mematuhi ketentuan pasal 27 ayat (2).

Penggugat masih memiliki hak untuk mengajukan gugatan kembali terhadap pihak yang tidak ikut serta dalam kesepakatan perdamaian sebagian. Namun, apabila penggugat terdiri dari lebih dari satu pihak dan tidak semua penggugat menyetujui untuk mengubah gugatan, mediasi dianggap gagal. Selain itu, kesepakatan perdamaian sebagian tidak dapat diterapkan pada tahap perdamaian sukarela yang berada dalam proses banding, kasasi, atau peninjauan kembali.

Dalam kesepakatan perdamaian sebagian, jika para pihak hanya mencapai kesepakatan atas sebagian dari objek perkara atau tuntutan hukum, mediator akan menyampaikan kesepakatan perdamaian sebagian tersebut kepada hakim pemeriksa perkara dengan memperhatikan ketentuan pasal 27 ayat (2) sebagai bagian dari laporan mediator. Selanjutnya, hakim akan melanjutkan pemeriksaan terhadap objek perkara atau tuntutan hukum yang belum berhasil disepakati oleh para pihak.

Apabila mediasi hanya mencapai kesepakatan sebagian, hakim diwajibkan untuk mencantumkan kesepakatan tersebut dalam pertimbangan dan amar putusan. Kesepakatan perdamaian sebagian ini berlaku untuk perdamaian sukarela pada tahap pemeriksaan perkara, termasuk dalam tingkat banding, kasasi, maupun peninjauan kembali.

3) Mediasi Tidak Berhasil atau Tidak dapat Dilaksanakan

Mediator wajib menyatakan mediasi tidak berhasil mencapai kesepakatan dan memberitahukannya secara tertulis kepada hakim pemeriksa perkara jika para pihak tidak menghasilkan kesepakatan sampai batas waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari berikut perpanjangannya, atau jika para pihak dinyatakan tidak beriktikad baik menghadiri pertemuan mediasi, tetapi tidak mengajukan dan/atau tidak menanggapi resume perkara pihak lain; dan tidak menandatangani konsep kesepakatan perdamaian yang telah disepakati tanpa alasan sah.

Mediator wajib menyatakan mediasi tidak dapat dilaksanakan dan memberitahukannya secara tertulis kepada hakim pemeriksa perkara, dalam hal:

- a) melibatkan aset, harta kekayaan atau kepentingan yang nyata-nyata berkaitandengan pihak lain yang:
 1. tidak diikutsertakan dalam surat gugatan sehingga pihak lain yang berkepentingan tidak menjadi salah satu pihak dalam proses Mediasi;
 2. diikutsertakan sebagai pihak dalam surat gugatan dalam hal pihak berperkara lebih dari satu subjek hukum, tetapi tidak hadir di persidangan sehingga tidak menjadi pihak dalam proses Mediasi; atau
 3. diikutsertakan sebagai pihak; dan
 4. dalam surat gugatan dalam hal pihak berperkara lebih dari satu subjek hukum dan hadir di persidangan, tetapi tidak pernah hadir dalam proses Mediasi.
- b) melibatkan wewenang kementerian/lembaga/instansi di tingkat pusat/daerah dan/atau Badan Usaha Milik Negara/Daerah yang tidak menjadi pihak berperkara, kecuali pihak berperkara yang terkait dengan pihak-pihak tersebut telah memperoleh persetujuan tertulis dari kementerian/lembaga/instansi dan/atau Badan Usaha Milik Negara/Daerah untuk mengambil keputusan dalam proses Mediasi:
 1. para pihak dinyatakan tidak beriktikad baik
 2. tidak hadir setelah dipanggil secara patut 2 (dua) kali berturut-turut dalam pertemuan Mediasi tanpa alasan sah;
 3. menghadiri pertemuan Mediasi pertama, tetapi tidak pernah hadir pada pertemuan berikutnya meskipun telah dipanggil secara patut 2 (dua) kali berturut-turut tanpa alasan sah; dan
 4. ketidakhadiran berulang-ulang yang mengganggu jadwal pertemuan Mediasi tanpa alasan sah;

Setelah menerima pemberitahuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Hakim Pemeriksa Perkara segera menerbitkan penetapan untuk melanjutkan pemeriksaan perkara sesuai dengan ketentuan hukum acara yang berlaku.

BAB III

KARAKTERISTIK PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK DI INDONESIA

Penelitian mengenai Mediasi Terapeutik Berbasis Nilai Pancasila sebagai Perlindungan bagi Dokter dan Pasien dilaksanakan dengan menggunakan metode penelitian normatif empiris. Penelitian ini menggabungkan kajian teoritis yang meliputi artikel-artikel penelitian, buku-buku, putusan pengadilan, serta peraturan hukum yang relevan dengan topik tersebut. Di sisi lain, pendekatan empiris diterapkan dengan melakukan penelitian secara langsung di lima rumah sakit besar yang berada di Kota Bandarlampung, Provinsi Lampung, yaitu:

1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo
2. Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek
3. Rumah Sakit Advent
4. Rumah Sakit Imanuel
5. Rumah Sakit Urip Sumoharjo

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengkaji dan menganalisis praktik-praktik mediasi dalam penyelesaian sengketa medik yang diterapkan di rumah sakit-rumah sakit tersebut. Subjek penelitian terdiri dari berbagai pihak yang berpotensi terlibat dalam sengketa medik, termasuk dokter, pasien, dan manajemen rumah sakit. Data yang diperoleh dari penelitian ini meliputi hasil wawancara dan observasi terhadap implementasi mediasi di masing-masing rumah sakit. Selain itu, penyebaran kuisioner dilakukan untuk mengumpulkan perspektif responden terkait metode penyelesaian sengketa medik yang dinilai paling efektif, serta untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan mediasi dalam penyelesaian sengketa di lingkungan rumah sakit.

Penyelesaian sengketa medik merupakan persoalan yang memiliki tingkat kompleksitas tinggi dan karakteristik unik karena melibatkan berbagai dimensi, termasuk aspek hukum, etika, medis, dan psikologis yang saling berinteraksi. Kompleksitas ini berkaitan erat dengan hubungan hukum yang terbentuk melalui perjanjian terapeutik antara pasien, dokter, dan rumah sakit. Perjanjian terapeutik merupakan suatu jenis perikatan hukum *in spanning verbintenis*,²¹² yaitu kewajiban dokter untuk melakukan upaya terbaik sesuai dengan standar profesi medis tanpa memberikan jaminan atas hasil tertentu, seperti kesembuhan pasien. Namun, sering kali ekspektasi pasien atau keluarganya mengarah pada tuntutan yang bersifat *resultaat verbintenis*, yaitu jaminan hasil konkret berupa kesembuhan.

3.1. Sengketa Medik: Penyebab, Klasifikasi, dan Studi Putusan Pengadilan di Indonesia

Berdasarkan kajian normatif, sengketa medik tidak muncul begitu saja, melainkan diawali oleh adanya hubungan hukum yang terjalin antara para pihak dalam pelayanan kesehatan, yaitu antara pasien, tenaga medis, dan rumah sakit. Hubungan hukum ini dibentuk oleh adanya perjanjian antara pasien dan tenaga medis untuk memberikan atau menerima layanan medis. Para pihak memiliki hak dan kewajiban yang saling berkaitan. Pasien memiliki hak untuk mendapatkan layanan medis yang aman dan sesuai standar, sementara tenaga medis dan rumah sakit memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan yang tepat dan sesuai dengan prinsip-prinsip medis yang berlaku.²¹³

Ketika salah satu pihak dalam hubungan hukum ini tidak memenuhi kewajibannya, atau terjadi kelalaian, kesalahan, atau pelanggaran terhadap hak pasien, maka potensi sengketa medik pun muncul. Sengketa medik lebih merupakan akibat dari hubungan hukum yang saling terkait antara pasien,

²¹² Evy Savitri Gani, 2019, Perjanjian Terapeutik Antara Dokter Dan Pasien, Yogyakarta: Uwais Inspirasi Indonesia, hlm.4

²¹³ Sri Wahyuni, Kamal Hidjaz, dan Sahban Sahban, “Tanggung Jawab Hukum Keperdataan Dokter Terhadap Pasien,” *Journal of Lex Generalis (JLG)*, 2/8 (2021), hlm. 1970–82.

tenaga medis, dan fasilitas kesehatan yang tidak dipenuhi dengan baik oleh salah satu atau lebih pihak tersebut. Oleh karena itu, sengketa medik bukanlah sesuatu yang terjadi secara spontan, tetapi lebih merupakan hasil dari kegagalan dalam memenuhi kewajiban hukum dalam hubungan medis tersebut.

3.1.1 Para Pihak yang Terlibat dalam Mediasi Terapeutik di Indonesia

Dalam pelaksanaan Mediasi Terapeutik di Indonesia, sangat penting untuk membatasi pihak-pihak yang terlibat dalam proses mediasi agar tujuan penyelesaian sengketa dapat tercapai secara efisien dan efektif. Pihak-pihak yang terlibat sebaiknya terdiri dari:

a. Pasien dan/ atau keluarga

Pasien dan/ atau keluarga pasien yang merasa dirugikan dalam pelayanan kesehatan merupakan pihak yang mengajukan pengaduan atau sengketa terkait dugaan kelalaian atau ketidaksesuaian prosedur medis

b. Dokter

Tenaga medis atau tenaga kesehatan sebagai pihak yang memberikan pelayanan kesehatan dan menjadi subjek dari pengaduan tersebut.

c. Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai institusi yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan juga dapat menjadi pihak dalam sengketa medik.

d. Kuasa Hukum dari Masing Masing Pihak

Dalam proses mediasi sengketa medik, para pihak yang terlibat memiliki hak untuk didampingi oleh kuasa hukum masing-masing. Kehadiran kuasa hukum bertujuan untuk memberikan nasihat hukum yang relevan serta memastikan bahwa hak dan kepentingan kliennya terwakili dengan baik selama proses mediasi berlangsung. Selain memberikan masukan hukum, kuasa hukum juga berperan dalam membantu para pihak memahami implikasi dari setiap

usulan atau kesepakatan yang diajukan, sehingga proses mediasi berjalan secara berimbang. Keterlibatan kuasa hukum dalam proses Mediasi Terapeutik diharapkan tidak hanya menghasilkan solusi yang memuaskan tetapi juga melindungi hak-hak hukum para pihak yang bersengketa sesuai dengan peraturan yang berlaku.

e. Mediator Sengketa Medik

Mediator bertindak sebagai pihak netral yang memfasilitasi dialog dan negosiasi antara para pihak yang bersengketa. Spesifikasi dan kualifikasi Mediator Sengketa Medik akan dijelaskan lebih rinci pada bagian selanjutnya.

Apabila terdapat pihak lain yang ingin berpartisipasi dalam pelaksanaan mediasi sengketa medik, partisipasi tersebut harus didasarkan pada surat kuasa yang sah. Namun, menurut hasil penelitian, keterlibatan pihak tambahan sering kali tidak mempercepat proses penyelesaian sengketa, melainkan berpotensi memperburuk atau memperluas permasalahan yang ada. Oleh karena itu, keterlibatan pihak lain, seperti anggota keluarga jauh, LSM dan organisasi lainnya, harus dilakukan dengan pertimbangan yang matang, disesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan spesifik dari kasus yang tengah ditangani, guna memastikan bahwa mediasi tetap berjalan secara efisien dan efektif.

3.1.2 Hubungan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Hubungan antara dokter dan pasien sendiri ditandai dengan sifat asimetris yang mencolok. Dokter memiliki dominasi dalam hal kompetensi profesional, keahlian medis, dan akses terhadap informasi ilmiah yang jauh lebih luas dibandingkan pasien. Kondisi ini memberikan otoritas kepada dokter untuk menentukan diagnosis, pengobatan, serta tindakan medis yang diperlukan. Sebaliknya, pasien sering berada dalam posisi yang pasif karena keterbatasan pengetahuan mereka tentang medis dan ketidakmampuan untuk mengevaluasi

keputusan medis secara kritis.²¹⁴ Ketergantungan yang tinggi pada dokter dalam proses pengobatan memperkuat sifat asimetris dalam hubungan ini, sehingga pasien berada pada posisi yang lebih rentan dalam proses pengobatan. Hubungan ini umumnya berbasis kepercayaan penuh terhadap kompetensi, integritas, dan profesionalisme dokter. Namun, ketergantungan berlebihan sering kali mengurangi kesadaran pasien akan hak-haknya, seperti hak untuk memperoleh informasi medis yang jelas, hak atas persetujuan tindakan medis (*informed consent*), serta hak untuk meminta pendapat kedua (*second opinion*).²¹⁵ Ketidakseimbangan ini sering diperparah oleh komunikasi yang tidak efektif, yang dapat menyebabkan kesalahpahaman terkait prosedur medis, hak dan kewajiban masing-masing pihak, serta ekspektasi yang tidak realistik terhadap hasil pengobatan. Akumulasi dari faktor-faktor ini sering kali menjadi penyebab utama terjadinya sengketa medik.

Lebih lanjut, dalam sengketa medik, keterkaitan antara berbagai pihak yang terlibat mencerminkan hubungan hukum dan tanggung jawab yang saling mempengaruhi. Selain dokter dan pasien sebagai pihak utama, rumah sakit memiliki peran penting sebagai institusi penyelenggara layanan kesehatan. Rumah sakit tidak hanya bertindak sebagai fasilitator dalam proses pelayanan, tetapi juga memiliki tanggung jawab hukum untuk memastikan bahwa seluruh layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar profesi, regulasi, dan etika. Tanggung jawab ini mencakup pengelolaan sistem kesehatan secara menyeluruh, termasuk penyediaan tenaga medis, tenaga kesehatan, apoteker, pihak pengadaan barang dan alat kesehatan, serta infrastruktur pendukung lainnya.²¹⁶

²¹⁴ Mathieu Bujold, Pierre Pluye, France Légaré, and the Participatory Review Team, “Decision-making and Outcomes Regarding Patients with Complex Care Needs in Primary Care Settings: A Systematic Review with Case-Based Qualitative Synthesis,” *BMC Primary Care*, vol. 23/279 (2022), hlm.1-20.

²¹⁵ Dewi Hendrawati, R. Suharto, dan Valeri M. S., “Pengaturan Perlindungan Hukum Hak-Hak Pasien dalam Peraturan Perundang-Undangan tentang Kesehatan di Indonesia,” *Diponegoro Law Journal*, 6/2 (2017), hlm. 1–13.

²¹⁶ Muhammad Ainurrasyid Al Fikri dan Fatma Ulfatun Najicha, “Penerapan Tanggung Jawab Mutlak Rumah Sakit dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia,” *Indonesian State Law Review* 5, no. 2 (Oktober 2022), hlm. 22

Dalam banyak kasus sengketa medik, rumah sakit dapat turut dimintai pertanggungjawaban hukum jika terbukti adanya kelalaian, baik dalam pengelolaan sistem maupun dalam pengawasan terhadap layanan yang diberikan.

Gambar berikut menggambarkan posisi dan hubungan hukum antara pihak-pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan, termasuk dokter, pasien, rumah sakit, serta pihak pendukung lainnya seperti apoteker dan penyedia barang serta alat kesehatan. Meskipun hubungan ini melibatkan berbagai pihak, penelitian ini terbatas pada hubungan hukum antara dokter, pasien, dan rumah sakit.



Gambar 6. Pola Hubungan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Berikut ini merupakan penjelasan pola hubungan hukum yang terdapat pada gambar 6, yaitu:

- 1) Hubungan Hukum antara Dokter dan Pasien

Hubungan antara dokter dan pasien terjadi atas dasar perjanjian terapeutik. Hubungan ini berfokus pada pelayanan kesehatan yang didasarkan pada komunikasi langsung antara dokter dan pasien. Dokter bertanggung jawab melakukan upaya terbaik sesuai standar profesi medis tanpa menjamin hasil tertentu, seperti kesembuhan pasien. Dokter juga wajib memberikan diagnosis, informasi medis, opsi pengobatan, dan penjelasan risiko yang mungkin timbul. Pasien

berhak memahami informasi tersebut secara jelas dan memberikan persetujuan²¹⁷ (*informed consent*) sebelum tindakan medis dilakukan. Komunikasi yang efektif menjadi kunci untuk memenuhi hak dan kewajiban kedua pihak sekaligus membangun kepercayaan yang mendukung pelayanan kesehatan berkualitas.

2) Hubungan Hukum antara Dokter dan Rumah Sakit

Hubungan hukum antara dokter dan rumah sakit bergantung pada status kepegawaian dokter yang bersangkutan. Dalam hal dokter yang berstatus sebagai pegawai negeri sipil (PNS), hubungan hukumnya dengan rumah sakit didasarkan pada Surat Keputusan (SK) pengangkatan dan penempatan dari instansi pemerintah, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kepegawaian Aparatur Sipil Negara.²¹⁸ Sementara itu, bagi dokter swasta yang bekerja di rumah sakit, hubungan hukumnya dibentuk melalui perjanjian kerja atau kontrak layanan yang bersifat keperdataan, yang mengatur hak dan kewajiban masing-masing pihak dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Dokter wajib memberikan pelayanan medis sesuai standar profesi, sementara rumah sakit bertanggung jawab menyediakan fasilitas dan dukungan yang diperlukan. Dalam sengketa medik, rumah sakit dapat turut bertanggung jawab jika terjadi kelalaian dalam pengawasan atau penyediaan fasilitas yang memengaruhi pelayanan dokter. Hubungan ini mendukung terciptanya pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas.

3) Hubungan Hukum antara Pasien dan Rumah Sakit

Hubungan hukum antara pasien dan rumah sakit bersifat kontraktual, meliputi pendaftaran layanan, penggunaan fasilitas, dan pembayaran

²¹⁷ Dewi Hendrawati, R. Suharto, dan Valeri M. S., *Loc.Cit*

²¹⁸ Brigitia Mirna Mahayani, Rihantoro Bayu Aji, dan Joko Ismono, “Perlindungan Hukum Ketenagakerjaan Bagi Dokter Dalam Hubungan Kerja Dengan Rumah Sakit,” *Law and Humanity*, 1/2 (2023), hlm. 130–152.

biaya medis.²¹⁹ Rumah sakit bertindak sebagai penyedia layanan yang memfasilitasi interaksi pasien dan dokter. Pasien berhak mendapatkan pelayanan yang aman, efisien, dan sesuai standar, serta informasi yang jelas sebelum memberikan persetujuan medis. Rumah sakit bertanggung jawab menyediakan sarana, prasarana, dan tenaga medis yang memadai. Dalam kasus kelalaian, rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban hukum, memastikan perlindungan hak pasien dan akuntabilitas pelayanan.

Hukum berperan penting dalam memastikan perlindungan hak pasien dan akuntabilitas pelayanan medis. Gagalnya pemenuhan hak dan kewajiban dalam hubungan hukum antara pasien dan tenaga medis sering kali terjadi akibat kelalaian, kurangnya komunikasi yang jelas, atau pelanggaran terhadap standar pelayanan yang telah disepakati.²²⁰ Selain itu, ketidakseimbangan posisi antara pasien dan tenaga medis, komunikasi yang tidak efektif, serta ekspektasi yang tidak realistik dari pihak pasien dapat memperburuk situasi ini, menciptakan ketidakpuasan yang akhirnya berujung pada kerugian dan konflik hukum.

Kompleksitas sengketa medik sering kali dipicu oleh faktor-faktor tersebut, yang membuat hubungan antara pasien, tenaga medis, dan fasilitas kesehatan menjadi tegang. Ketika hak pasien tidak terpenuhi atau kewajiban tenaga medis dilanggar, potensi konflik semakin besar. Oleh karena itu, penyelesaian sengketa medik menjadi langkah yang sangat penting untuk mengatasi potensi konflik yang muncul dan menjaga keseimbangan antara hak pasien dan tanggung jawab tenaga medis. Penyelesaian ini tidak hanya penting untuk menghindari konflik lebih lanjut, tetapi juga untuk

²¹⁹ Dimas Noor Ibrahim, "Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit terhadap Dokter dalam Perjanjian Medis di Indonesia (Studi: Rumah Sakit Siaga Raya)," *JIP: Jurnal Ilmiah Publika*, 10/2 (2022), hlm.276.

²²⁰ Hardi Ligua, Muhammad Arif, dan Moh. Akli A. Suong, "Efektivitas Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia Terhadap Hak Memperoleh Keadilan," *Journal of Lex Theory (JLT)* 5/1 (2024), hlm. 224-239.

memastikan bahwa hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan tetap berjalan dengan adil dan sesuai dengan standar yang berlaku.

3.1.3 Penyebab Sengketa Medik di Indonesia

Sengketa medik tidak selalu terjadi karena kesalahan atau kelalaian dokter secara langsung, tetapi dapat pula disebabkan oleh kecelakaan medik, risiko medik, atau kegagalan pihak pendukung lainnya dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan.²²¹

a. Kecelakaan Medik

Kecelakaan medik merujuk pada kejadian yang tidak terduga atau insiden yang terjadi selama proses pengobatan atau perawatan medis yang mengakibatkan cedera atau kerugian bagi pasien.²²² Kecelakaan ini bisa terjadi meskipun tenaga medis telah mengikuti prosedur medis yang berlaku. Sebagai contoh, penggunaan alat medis yang mengalami malfungsi dapat menyebabkan cedera pada pasien. Misalnya, selama prosedur medis yang melibatkan penggunaan mesin MRI, ventilator, atau alat bedah, alat tersebut tiba-tiba rusak atau tidak berfungsi dengan semestinya, sehingga berdampak pada keselamatan pasien. Selain itu, reaksi alergi yang parah, seperti anafilaksis, juga dapat terjadi meskipun dokter telah memilih obat yang tepat berdasarkan pemeriksaan medis dan riwayat kesehatan pasien. Reaksi ini mungkin disebabkan oleh ketidaktahuan atau kurangnya informasi mengenai alergi tertentu yang baru pertama kali terdeteksi pada pasien.

Kecelakaan medis semacam ini sering kali tidak dapat diprediksi atau dihindari meskipun tenaga medis sudah berupaya sebaik mungkin untuk memberikan perawatan yang sesuai dan aman. Meskipun demikian, kejadian tersebut dapat menjadi dasar bagi sengketa jika pasien merasa dirugikan atau tidak puas dengan hasil perawatan yang

²²¹ Anita Rahayu dkk., “Payung Hukum Terhadap Profesi Dokter Dalam Menghadapi Perselisihan Medis,” *Jurnal Cahaya Mandalika* 3/1 (2024), hlm. 793–794.

²²² *Ibid*, hlm. 793.

diberikan. Oleh karena itu, meskipun kecelakaan medis bukan selalu akibat dari kelalaian atau kesalahan langsung tenaga medis, tetapi terdapat potensi untuk masalah hukum yang dapat mempengaruhi hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan.²²³

Kasus kecelakaan medis pernah terjadi di Amerika Serikat pada tahun 1982 dalam perkara *Wooten vs. US.*, 574 Supp. 200 (DC Tenn, 1982), di mana rumah sakit dinyatakan lalai karena tidak memasang pelindung ranjang pada pasien lanjut usia berusia 83 tahun, yang akhirnya terjatuh dan mengalami cedera serius berupa fraktur tengkorak, perdarahan subdural, serta kontusio serebral, hingga menyebabkan cacat menetap berupa gangguan bicara dan kelumpuhan di sisi kanan tubuh; pengadilan memerintahkan rumah sakit membayar ganti rugi sebesar US\$80.000.

Di Indonesia, kasus kecelakaan medis juga pernah terjadi, salah satunya pada tahun 2001 di sebuah rumah sakit di Bengkulu, ketika gas pernapasan yang seharusnya O₂ tertukar dengan CO₂ saat operasi terhadap korban kecelakaan lalu lintas, menyebabkan pasien menunjukkan gejala keracunan seperti perubahan warna darah menjadi ungu dan akhirnya meninggal dunia meskipun telah dilakukan tindakan darurat. Peristiwa serupa terjadi pada tahun 2017 di sebuah rumah sakit di Jakarta, ketika seorang bayi meninggal setelah dokter jaga melakukan tindakan gawat darurat tanpa dukungan alat ventilator yang memadai, sehingga harus melakukan bantuan pernapasan secara manual akibat alat yang tidak berfungsi.²²⁴

b. Risiko Medik

Pada umumnya risiko medik merujuk pada kemungkinan terjadinya dampak negatif atau kerugian bagi pasien sebagai akibat dari tindakan

²²³ Wahyu Andrianto, "Mispersepsi terhadap Malpraktik Medis," *hukumonline.com*, diakses 14 Mei 2025, <https://www.hukumonline.com/berita/a/mispersepsi-terhadap-malpraktik-medis-lt676a815de3690/?page=all>.

²²⁴Ibid.

medis yang dilakukan. Berbeda dengan kecelakaan medik yang umumnya tidak dapat diprediksi dan terjadi di luar kendali tenaga medis, risiko medik sering kali terkait dengan faktor yang dapat diperkirakan sebelumnya, meskipun tidak selalu dapat dihindari sepenuhnya.²²⁵ Risiko ini dapat muncul baik dalam prosedur medis yang rutin maupun yang lebih kompleks dan dapat melibatkan berbagai elemen, seperti kondisi pasien, prosedur yang dilakukan, atau bahkan obat-obatan yang digunakan, contoh risikomedis antara lain infeksi pasca bedah, reaksi alergi terhadap obat, risiko pendarahan pada prosedur bedah.

Risiko medis biasanya sudah dijelaskan secara rinci oleh pihak dokter sebelum tindakan dilakukan, dengan tujuan untuk memastikan bahwa pasien atau keluarganya memahami sepenuhnya potensi risiko yang dapat terjadi selama atau setelah tindakan dilakukan. Persetujuan atas tindakan medis dilakukan dengan penandatanganan *informed consent* oleh pasien atau keluarga pasien, artinya pasien atau keluarga telah menyetujui suatu tindakan yang sudah terinformasi sebelumnya dengan jelas. Pada beberapa putusan pengadilan, gugatan perbuatan melawan hukum ditolak karena kejadian yang menimpa pasien dianggap sebagai risiko medis yang wajar dan telah dijelaskan sebelumnya oleh dokter. Selain itu, tindakan medis yang dilakukan terbukti telah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP), sehingga tidak ditemukan adanya kelalaian. Terdapat sejumlah risiko medis yang timbul dari suatu tindakan medis dan menjadi objek sengketa hukum, sebagaimana tercermin dalam beberapa putusan pengadilan yang diuraikan di bawah ini: Terjadinya pendarahan pada batang otak sebagai suatu risiko medis dalam suatu pelayanan Kesehatan (Putusan Pengadilan Nomor 146/Pdt.G/2019/PN.Ptk, *Steven Jhonson Syndrome* (Putusan Pengadilan Nomor 23/PDT/2018/PT.DKI); Putusan Pengadilan Nomor 22/PDT/2020/PT.Ptk); kanker yang telah menyebar (Putusan

²²⁵ Anita Rahayu dkk, *Loc.Cit.*

Pengadilan Nomor 864/Pdt.G/2019/PN Jkt.Brt); risiko medis dalam anestesi (Putusan Pengadilan Nomor 1324/Pdt.G/2021/PN Tng); pendarahan dan komplikasi (Putusan Pengadilan Nomor 176/Pdt.G/2021/PN Blb). Bahkan, risiko medis dapat terjadi karena tindakan medis yang tergolong sederhana, yaitu pemasangan infus (Putusan Pengadilan Nomor 13/Pdt.G/2020/PN Mrt). Faktor usia pasien dan kondisi kesehatannya berpengaruh terhadap terjadinya resiko medis (Putusan Pengadilan Nomor 415/Pdt.G/2019/PN Sby, Putusan Pengadilan Nomor 277/PDT/2020/PT.SBY).²²⁶²²⁷

c. Kesalahan yang Dilakukan oleh Pihak Pendukung

Dalam hal ini merujuk pada ketidakmampuan atau kesalahan yang dilakukan oleh pihak nondokter²²⁸ seperti apoteker atau penyedia alat kesehatan juga dapat berdampak signifikan pada hasil pengobatan dan memicu konflik dengan pasien. Sebagai ilustrasi, sengketa medik terjadi akibat kesalahan pemberian obat oleh apoteker. Dalam sebuah kasus, pasien mengalami komplikasi serius karena obat yang diberikan tidak sesuai dengan resep dokter. Meskipun kesalahan tersebut berasal dari kelalaian apoteker dalam membaca atau menyiapkan resep, pasien tetap mengajukan gugatan hukum terhadap dokter dan rumah sakit. Contoh lain melibatkan pihak pengadaan barang dan alat kesehatan. Sebuah rumah sakit memesan tabung oksigen (H_2O) untuk terapi pasien, namun pihak pengadaan barang dan alat kesehatan secara keliru mengirimkan tabung yang berisi karbon dioksida (CO_2).²²⁹ Kesalahan ini baru diketahui setelah tabung digunakan, yang menyebabkan gangguan pernapasan akut hingga kematian pasien. Investigasi mengungkap bahwa pihak pengadaan barang dan alat kesehatan tidak

²²⁶ Wahyu Andrianto, “Karakteristik Hubungan Dokter-Pasien dalam Putusan Pengadilan di Indonesia,” *law.ui.ac.id*, diakses 13 Mei 2025, <https://law.ui.ac.id/karakteristik-hubungan-dokter-pasien-dalam-putusan-pengadilan-di-indonesia-oleh-dr-wahyu-andrianto-s-h-m-h#:~:text=Beberapa%20putusan%20pengadilan%20menolak%20Gugatan,Putusan%20Pengadilan%20Nomor%2097/Pdt>

²²⁷ Anita Rahayu dkk, *Loc.Cit*

²²⁸ *Ibid*, hlm.794

²²⁹ *Ibid.*

mematuhi standar pengemasan dan pelabelan yang berlaku. Meski dokter dan rumah sakit telah menjalankan prosedur dengan benar, mereka tetap menghadapi tuntutan hukum dari keluarga pasien, bersama dengan pihak pengadaan barang dan alat kesehatan yang juga digugat atas kelalaian tersebut. Kasus-kasus ini menunjukkan bahwa kelalaian pihak pendukung dapat berdampak serius pada layanan medis.

d. Kontribusi Kesalahan yang Dilakukan oleh Pasien

Penyebab kegagalan tindakan medis lainnya adalah karena kontribusi kesalahan pasien (*contributory of negligence*).²³⁰ Meskipun tindakan medis telah dilakukan sesuai dengan kaidah ilmu dan pengalaman profesional di bidang kedokteran, keberhasilan tindakan tersebut dapat terhambat oleh kesalahan yang dilakukan oleh pasien sendiri. Kesalahan dari pihak pasien ini dapat menjadi faktor yang menggagalkan tercapainya tujuan medis yang diharapkan. Beberapa bentuk kontribusi kesalahan pasien dalam pelayanan kesehatan seperti, ketidakpatuhan terhadap anjuran atau saran medis dari dokter maupun rumah sakit. Misalnya, pasien tidak melakukan pemeriksaan lanjutan pasca tindakan medis, atau pasien menggunakan metode pengobatan alternatif seperti terapi herbal atau berobat ke pengobat tradisional tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter; ketidakpatuhan terhadap prosedur rujukan rumah sakit. Misalnya, pasien menolak dirujuk atau memaksa untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan pilihan pribadi yang tidak sesuai ketentuan; perilaku atau kebiasaan pasien yang mengganggu efektivitas tindakan medis. Misalnya tidak menjaga kebersihan diri, enggan menjalani program rehabilitasi seperti fisioterapi, atau melakukan tindakan yang merusak bagian tubuh yang baru saja dioperasi seperti menusuk mata pasca operasi; serta

²³⁰ Wahyu Andrianto, *Op. Cit.*

memberikan informasi yang tidak jujur kepada dokter atau pihak rumah sakit.²³¹

Dalam sejumlah putusan, majelis hakim menjadikan kontribusi kesalahan dari pihak pasien sebagai pertimbangan yuridis dalam memutus perkara, yang pada akhirnya mengakibatkan penolakan terhadap gugatan. Beberapa contoh putusan yang menunjukkan hal tersebut dapat dilihat dalam²³² Putusan Pengadilan Nomor 23/PDT/2018/PT.DKI, di mana pasien hanya melakukan konsultasi medis satu kali; Putusan Nomor 182/Pdt.G/2016/PN.JKT.TIM, yang menunjukkan ketidakpatuhan pasien terhadap prosedur rujukan; serta Putusan Nomor 225/PDT.G/2014/PN.BDG, yang mengungkap bahwa pasien menjalani pengobatan di tempat lain. Dalam Putusan Nomor 369/Pdt/2015/PT.Bdg, pasien tidak mengikuti program fisioterapi yang telah disarankan, sedangkan dalam Putusan Nomor 5/Pdt.G/2015/PN.Mad, diketahui pasien telah menjalani pengobatan di klinik maupun melalui pengobatan tradisional. Selain itu, dalam Putusan Nomor 511/Pdt.G/2019/PN.Sgt dan Putusan Nomor 152/PDT/2019/PT, majelis hakim mempertimbangkan perilaku pasien yang menyebabkan pembengkakan pada mata akibat tindakan sendiri (menusuk-nusuk mata), tidak menjaga kebersihan, serta tidak menjalani kontrol medis. Sementara itu, dalam Putusan Nomor 176/Pdt.G/2021/PN.Blb, pasien terbukti memberikan informasi yang tidak jujur kepada tenaga medis.

3.1.4 Klasifikasi Sengketa Medik

Sengketa medik di Indonesia diklasifikasikan ke dalam tiga ranah hukum, yaitu hukum administratif, hukum perdata, dan hukum pidana. Klasifikasi ini didapatkan dari penelitian empiris, dan didasarkan pada aspek hukum yang dilanggar serta mekanisme penyelesaian yang berlaku yang akan dijabarkan sebagai berikut:

²³¹ *Ibid.*

²³² *Ibid.*

a. Sengketa Medik Lingkup Hukum Administrasi

Fokus pada pelanggaran terhadap aturan dan standar administratif yang telah ditetapkan oleh lembaga berwenang. sengketa biasanya melibatkan pelanggaran prosedur atau ketentuan administratif yang berkaitan dengan pemberian izin praktik, pengelolaan fasilitas kesehatan, atau kepatuhan terhadap standar operasional yang ditetapkan oleh instansi terkait.²³³

Dasar pengaturan hukum administrasi dalam sengketa medik dapat ditemukan dalam Undang - Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut dengan UU No. 17 Tahun 2023), yang mengatur kewajiban fasilitas kesehatan dan tenaga medis untuk memenuhi standar administratif dan operasional dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Selain itu, Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan juga memberikan kerangka hukum terkait tindakan administratif oleh pejabat atau lembaga pemerintahan, termasuk dalam pengawasan dan pemberian sanksi administratif terhadap pelanggaran oleh tenaga medis atau fasilitas kesehatan yaitu:²³⁴

- 1) izin praktik dokter tidak sah atau dicabut;
- 2) pelanggaran standar operasional rumah sakit;
- 3) kegagalan pengelolaan rekam medis; dan
- 4) penggunaan peralatan medis tidak memenuhi standar.

Sengketa semacam ini biasanya diselesaikan melalui mekanisme keberatan administratif atau melalui pengadilan tata usaha negara (PTUN), sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

²³³ Puti Sari Mayang, Khairani Khairani, dan Siska Elvandari, “Penyelesaian Sengketa Medik Terhadap Adanya Dugaan Kelalaian Medik Oleh Dokter Gigi Dalam Perspektif Hukum Kesehatan,” *UNES Law Review* 6/2 (2023), hlm. 6847–62.

²³⁴ Syai Saladin Usman, Arrie Budhiartie, dan Rustian Mushawirya, “Sanksi administrasi terhadap dokter yang melakukan tindakan medis di luar kewenangan klinis,” *Journal Justiciabelen (JJ)* 5/01 (2025), hlm. 1–15.

b. Sengketa Medik Lingkup Hukum Perdata

Sengketa medik juga dapat diklasifikasikan dalam lingkup hukum perdata, khususnya dalam hubungan kontraktual antara dokter dan pasien yang terikat oleh perjanjian terapeutik.²³⁵ Dalam konteks ini, dokter berpotensi gagal memberikan tindakan medis yang sesuai dengan kebutuhan atau kondisi pasien, yang dapat menimbulkan risiko tanggung jawab hukum atas dasar wanprestasi atau perbuatan melawan hukum.

Wanprestasi terjadi ketika dokter tidak memenuhi kewajibannya sebagaimana yang telah disepakati dalam perjanjian terapeutik, baik secara eksplisit maupun implisit. Bentuk wanprestasi dalam pelayanan kesehatan dapat meliputi:

- 1) kegagalan memberikan pelayanan medis sesuai standar profesi, seperti tidak melakukan diagnosis yang memadai atau salah dalam memberikan pengobatan;
- 2) tidak memberikan informasi medis yang jelas dan lengkap kepada pasien, termasuk risiko yang mungkin timbul dari tindakan medis (pelanggaran terhadap *informed consent*);
- 3) penundaan yang tidak wajar dalam pelayanan medis, yang dapat membahayakan kondisi pasien; dan
- 4) pelanggaran hak-hak pasien, seperti hak atas privasi data medis atau hak untuk mendapatkan layanan yang layak.

Sementara itu, tanggung jawab atas dasar perbuatan melawan hukum (PMH) yang diatur dalam Pasal 1365 KUHPerdata, dalam konteks sengketa medik, dapat timbul jika tindakan dokter melanggar hukum, norma, atau hak-hak pasien yang diakui oleh peraturan perundang-undangan. Untuk dikategorikan sebagai PMH, harus memenuhi elemen berikut:

²³⁵ Degdy Chandra B. Simarmata, Muhammad Saddam Kennedy, dan Lestari Victoria Sinaga, “Analisis hukum tentang perjanjian terapeutik antara dokter dengan pasien dalam pelayanan kesehatan,” *Jurnal Rectum: Tinjauan Yuridis Penanganan Tindak Pidana* 4, no. 1 (2022), hlm. 203

1. pasien mengalami kerugian;
2. adanya kesalahan dari pihak dokter atau penyedia layanan kesehatan;
3. terdapat hubungan kausal antara kesalahan dan kerugian yang dialami pasien; dan
4. perbuatan tersebut melawan hukum, baik berupa pelanggaran undang-undang maupun hak pasien yang diakui hukum.

Dasar hukum terkait wanprestasi dan PMH dalam sengketa medik diatur dalam KUHPerdata Pasal 1234 hingga Pasal 1267 untuk wanprestasi, serta Pasal 1365 hingga Pasal 1380 untuk PMH. Contoh wanprestasi adalah seorang pasien melakukan operasi hidung mancung (rhinoplasty) dengan seorang dokter bedah plastik. Dalam konsultasi, dokter menjanjikan hasil yang lebih mancung dan proporsional sesuai dengan keinginan pasien. Namun, hasilnya tidak sesuai harapan, hidung pasien tampak asimetris dan tidak proporsional. Contoh PMH adalah pelaksanaan tindakan medis tanpa persetujuan pasien (*informed consent*). Setelah operasi, pasien mengalami komplikasi serius disebabkan prosedur yang salah, tidak sesuai standar medis. Sengketa yang timbul dalam lingkup hukum perdata ini biasanya diselesaikan melalui gugatan di pengadilan negeri.²³⁶ Namun, sebelum menempuh jalur litigasi, pasien dan atau keluarga pasien wajib terlebih dahulu mengajukan pengaduan kepada Majelis Displin Profesi (selanjutnya disebut MDP) untuk mendapat rekomendasi. Hal ini berdasarkan Pasal 308 Ayat (1) UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa tenaga medis atau tenaga kesehatan yang dimintai pertanggungjawaban atas pelaksanaan pelayanan kesehatan yang merugikan pasien secara perdata, harus terlebih dahulu mendapatkan rekomendasi dari MDP.

²³⁶ Ardifa Iedha Rakhanida, Achmad Busro, dan Dewi Hendrawati, “Perbuatan melawan hukum dokter dalam praktik kedokteran (studi putusan perkara No. 462/Pdt/2016/PT.BDG jo. 1366 K/Pdt/2017),” *Diponegoro Law Journal* 9/2 (2020), hlm. 286–99.

MDP ini memiliki tugas utama untuk menilai dan mengkaji dugaan pelanggaran disiplin profesi medis yang dilaporkan oleh pasien. Pengaduan kepada MDP berfungsi sebagai mekanisme penyaringan awal sebelum kasus diteruskan ke proses hukum formal. Dalam tahap ini, MDP akan melakukan penilaian atas kelayakan dugaan pelanggaran berdasarkan standar disiplin profesi yang berlaku. Jika MDP menemukan bahwa terdapat pelanggaran disiplin yang signifikan, mereka dapat memberikan rekomendasi untuk melanjutkan kasus ke jalur litigasi atau mengambil tindakan sesuai kewenangan mereka. Sebaliknya, jika MDP tidak menemukan indikasi pelanggaran yang cukup kuat, kasus tersebut dapat dihentikan di tahap ini tanpa melibatkan proses hukum lebih lanjut.

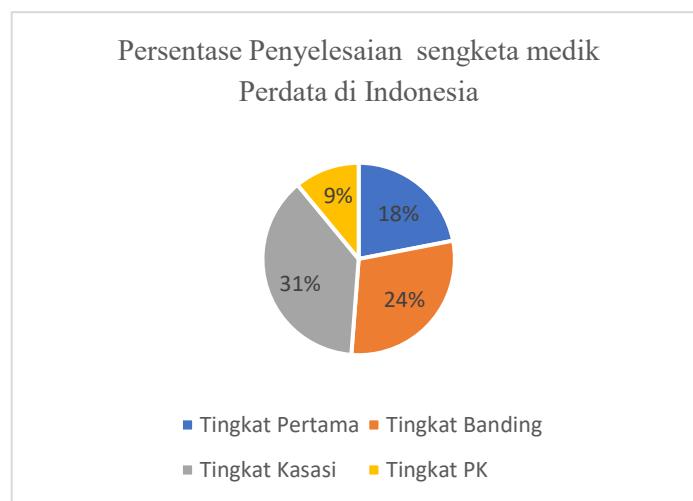
Tahap pengaduan ini bertujuan untuk memastikan bahwa sengketa medik ditangani secara proporsional dan tidak langsung dibawa ke jalur hukum formal yang dapat menguras waktu dan biaya.²³⁷ Selain itu, mekanisme ini memberikan kesempatan bagi pihak-pihak yang bersengketa untuk mendapatkan penilaian profesional yang berlandaskan etika dan disiplin profesi medis. Dengan demikian, MDP berperan penting dalam menjaga keseimbangan antara perlindungan hak pasien dan kepentingan tenaga medis sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang berkeadilan.

Selanjutnya peneliti akan memaparkan penyelesaian sengketa medik melalui pengadilan dalam kurun waktu tiga tahun terakhir, yaitu dari tahun 2021 hingga 2023, berdasarkan Laporan Tahunan Mahkamah Agung dan direktori putusan Mahkamah Agung RI. Data tersebut mencakup proses peradilan yang dilalui oleh kasus sengketa medik, baik pidana maupun perdata, mulai dari pengadilan tingkat pertama (Pengadilan Negeri), pengadilan tingkat banding (Pengadilan Tinggi),

²³⁷ Jasmen Ojak Haholongan Nadeak, "Penerapan disiplin profesi sebagai instrumen penegakan hukum pidana kesehatan berbasis keadilan prosedural," *Proceeding Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia* 1/01 (2024), hlm.184–95.

hingga pada tingkat kasasi dan peninjauan kembali (PK) di Mahkamah Agung.

Penjabaran ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang bagaimana kasus-kasus sengketa medik diproses dan diselesaikan di berbagai tingkatan peradilan selama tiga tahun terakhir. Selain itu, penjabaran ini juga memberikan perbandingan antara upaya penyelesaian sengketa medik melalui litigasi dan nonlitigasi dari berbagai aspek, dalam hal kerahasiaan, jangka waktu penyelesaian sengketa, dan biaya yang dikeluarkan. Dengan demikian, informasi ini diharapkan dapat membantu para pihak yang bersengketa untuk memilih metode penyelesaian yang paling sesuai dengan kebutuhan, kepentingan dan kondisi para pihak, baik dari segi efisiensi waktu, biaya, maupun reputasi para pihak terutama dokter dan rumah sakit. Berikut merupakan penyelesaian sengketa medik perdata di Indonesia:



Gambar 7. Persentase Sengketa Medik Perdata di Indonesia

Data untuk kasus sengketa medik perdata tidak secara spesifik tercatat dalam data akhir tahun Mahkamah Agung RI, oleh sebab itu, peneliti mengambil data penelitian pada direktori Putusan Mahkamah Agung

RI.²³⁸ Sejak tahun 2006 sampai dengan 2023 terdapat 78 putusan pengadilan perdata, terbagi menjadi 33 putusan (42%) tingkat Pertama, 14 putusan (18%) tingkat Banding, 24% putusan (31%) tingkat Kasasi, dan 7 putusan (9%) tingkat PK. Hal ini menunjukkan bahwa kasus dugaan malpraktek medis di pengadilan perdata yang sampai di tingkat Kasasi cukup besar yaitu mencapai 31%. Jangka waktu penyelesaian kasus terkait dugaan malpraktek medis di tiap tingkatan pengadilan perdata, adalah sebagai berikut:

- 1) pada tingkat pertama (Pengadilan Negeri), jangka waktu penyelesaian yang paling lama adalah 17 bulan dan yang paling cepat adalah 1 bulan. Jangka waktu rata-rata penyelesaiannya adalah 8 bulan;
- 2) pada tingkat banding (Pengadilan Tinggi), jangka waktu penyelesaian yang paling lama adalah 24 bulan dan yang paling cepat adalah 1 bulan. Jangka waktu rata-rata penyelesaiannya adalah 9 bulan;
- 3) pada tingkat kasasi (Mahkamah Agung), jangka waktu penyelesaian yang paling lama adalah 8 bulan dan yang paling cepat adalah 2 bulan, jangka waktu rata-rata penyelesaiannya adalah 5 bulan; dan
- 4) pada tingkat peninjauan kembali di Mahkamah Agung, jangka waktu penyelesaian yang dapat dihitung adalah 1 bulan.

Dengan demikian dalam penyelesaian sengketa medik di pengadilan perdata yang sampai tingkat kasasi jika dirata-rata akan membutuhkan waktu 22 bulan ($8 + 9 + 5$ bulan) atau 1 tahun 10 bulan, dan jika sampai tingkat PK rata-rata akan membutuhkan waktu 23 bulan ($8 + 9 + 5 + 1$ bulan) atau 1 tahun 11 bulan.²³⁹ Perhitungan jangka waktu di atas tidak

²³⁸ Direktori Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia, “Malpraktik”, https://putusan3.mahkamahagung.go.id/search.html?q=malpraktik&jenis_doc=putusan, diakses pada 12 Desember 2024.

²³⁹ Albertus Soge, “Analisis Putusan Pengadilan Perdata Mengenai Kasus Dugaan Malpraktek Medis Berdasarkan Teori Hukum Kesehatan (*Das Sollen - Das Sein*)”, *Jurnal Paradigma Hukum Pembangunan* 9/2 (2024), hlm. 257–81.

seragam pada setiap putusan, sebagian tidak dapat dihitung jangka waktunya karena tanggal register tidak dicantumkan. Namun dengan data di atas dapat menunjukkan bahwa tahapan dan waktu yang digunakan untuk penyelesaian sengketa medik melalui litigasi akan menyita waktu yang cukup lama, dan hal ini berdampak pada tingginya biaya operasional yang harus dikeluarkan, biaya penasihat hukum, belum lagi ketika pasien masih membutuhkan upaya medis lanjutan untuk memperbaiki dampak dari malpraktik yang dialaminya, maka pasien dan atau keluarga akan lebih diuntungkan dengan mekanisme penyelesaian sengketa dengan jangka waktu yang lebih cepat dan dengan biaya yang lebih murah.

c. Sengketa Medik Lingkup Hukum Pidana

Berdasarkan ketentuan dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dan UU No. 17 Tahun 2023. Sengketa berikut ini biasanya melibatkan tindakan yang dianggap melanggar hukum pidana, seperti:

- 1) aborsi (Pasal 346, 347, 348 KUHP) dan (Pasal 427,428, dan 429 UU No. 17 Tahun 2023);
- 2) euthanasia diatur dalam Pasal 344 KUHP;
- 3) kelalaian yang menyebabkan kematian diatur dalam Pasal 359 KUHP;
- 4) kelalaian yang menyebabkan luka diatur dalam Pasal 360 KUHP;
- 5) memperjual belikan darah manusia diatur dalam Pasal 431 UU No. 17 Tahun 2023;
- 6) mengomersialkan pelaksanaan transplantasi organ/ jaringan tubuh diatur dalam Pasal 432 UU No. 17 Tahun 2023; dan
- 7) memperjual belikan organ/jaringan tubuh diatur dalam Pasal 433 UU No. 17 Tahun 2023.

Setelah dibentuknya UU No. 17 Tahun 2023, terdapat ketentuan yang mengharuskan terlebih dahulu mendapat rekomendasi dari MDP. Hal ini berdasarkan Pasal 308 UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa

tenaga medis atau tenaga kesehatan baik yang diduga melakukan perbuatan yang melanggar hukum dan dapat dikenai sanksi pidana maupun yang dimintai pertanggungjawaban atas pelaksanaan pelayanan kesehatan yang merugikan pasien secara perdata, harus terlebih dahulu dimintakan rekomendasi dari MDP yang diberikan paling lama dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak permohonan diterima. Apabila MDP tidak memberikan rekomendasi dalam jangka waktu tersebut, maka MDP dianggap telah memberikan rekomendasi untuk dapat dilakukan penyidikan atas tindak pidana.

Upaya mediasi hadir sebagai alternatif penyelesaian yang lebih damai dan efisien untuk menekan jumlah sengketa medik yang berujung pada proses pengadilan. Hal ini menjadi penting, sejalan dengan data yang akan disajikan di bawah ini, yang menunjukkan adanya peningkatan perkara pidana kesehatan pada periode 2021 hingga 2023. Grafik berikut ini menampilkan jumlah perkara pidana kesehatan yang ditangani di tingkat pertama (Pengadilan Negeri), tingkat banding (Pengadilan Tinggi), Kasasi (MA), dan Peninjauan Kembali (MA), sebagai berikut:



Gambar 8. Grafik Penyelesaian sengketa medik Pidana pada tingkat Pengadilan Negeri (grafik pengadilan negeri diskalakan 5%)

Grafik yang ditampilkan memperlihatkan kecenderungan peningkatan kasus pidana kesehatan yang diajukan di Pengadilan Negeri dari tahun 2021 hingga 2023 setelah diskalakan 5%. Pada tahun 2021, jumlah kasus berada pada titik terendah, dengan sekitar 4.000 kasus yang terdaftar.²⁴⁰ Di tahun 2022, terjadi peningkatan kecil dengan jumlah kasus mencapai sekitar 4.300,²⁴¹ menunjukkan adanya kenaikan yang belum signifikan dibandingkan tahun sebelumnya. Namun, pada tahun 2023, terlihat lonjakan yang tajam di mana jumlah kasus pidana kesehatan meningkat drastis hingga melampaui 5.000 kasus.²⁴² Peningkatan yang signifikan ini mengindikasikan adanya eskalasi dalam jumlah sengketa terkait pidana kesehatan yang diajukan ke pengadilan, kemungkinan akibat berbagai faktor, termasuk peningkatan kesadaran masyarakat terkait isu kesehatan dan ketegasan hukum dalam menangani kasus-kasus tersebut.

Diagram batang berwarna hijau menggambarkan fluktuasi jumlah kasus pidana kesehatan yang ditangani oleh Pengadilan Tinggi selama periode tiga tahun. Pada tahun 2021, tercatat sekitar 120 kasus yang diproses.²⁴³ Namun, pada tahun 2022, jumlah kasus mengalami sedikit penurunan menjadi sekitar 110 kasus.²⁴⁴ Meskipun begitu, pada tahun 2023 terjadi peningkatan drastis dengan jumlah kasus yang melonjak signifikan hingga mencapai sekitar 160 kasus.²⁴⁵ Grafik ini mengindikasikan bahwa meskipun sempat terjadi penurunan pada tahun 2022, tren jumlah kasus pidana kesehatan yang diajukan ke Pengadilan Tinggi menunjukkan lonjakan signifikan pada tahun 2023.

Diagram batang berwarna merah menggambarkan jumlah kasus yang mencapai tingkat Kasasi dalam konteks pidana kesehatan selama tiga tahun

²⁴⁰ “Laporan Tahunan 2021 Mahkamah Agung Republik Indonesia” (Mahkamah Agung Republik Indonesia, 2021).

²⁴¹ “Laporan Tahunan 2022 Mahkamah Agung Republik Indonesia” (Mahkamah Agung Republik Indonesia, 2022).

²⁴² “Laporan Tahunan 2023 Mahkamah Agung Republik Indonesia” (Mahkamah Agung Republik Indonesia, 2023).

²⁴³ “Laporan Tahunan 2021 Mahkamah Agung Republik Indonesia.”

²⁴⁴ “Laporan Tahunan 2022 Mahkamah Agung Republik Indonesia.”

²⁴⁵ “Laporan Tahunan 2023 Mahkamah Agung Republik Indonesia.”

terakhir. Pada tahun 2021, tercatat ada 49 kasus yang diajukan ke tingkat kasasi.²⁴⁶ Angka ini meningkat pada tahun 2022 menjadi 54 kasus. Kenaikan jumlah kasus berlanjut hingga tahun 2023,²⁴⁷ di mana jumlah kasus mencapai 55 kasus.²⁴⁸ Grafik ini menunjukkan adanya peningkatan kasus yang masuk ke tingkat kasasi setiap tahunnya, meskipun pertambahannya tidak terlalu signifikan dari tahun ke tahun.

Diagram batang berwarna ungu menggambarkan jumlah kasus pidana kesehatan dari tahun 2021 hingga 2023 pada tingkat Peninjauan Kembali. Pada grafik ini, terlihat adanya peningkatan jumlah kasus setiap tahun. Pada tahun 2021, tidak ada kasus yang tercatat (jumlah kasus 0),²⁴⁹ namun di tahun 2022, jumlahnya naik menjadi 2 kasus.²⁵⁰ Peningkatan signifikan terjadi pada tahun 2023, di mana kasus melonjak hingga 6 kasus.²⁵¹ Ini menunjukkan adanya kecenderungan kenaikan kasus pidana kesehatan yang diajukan ke tingkat kasasi selama tiga tahun terakhir, dengan lonjakan terbesar terjadi antara 2022 dan 2023.

Selama periode 2021 sampai dengan 2023, jumlah kasus pidana dan perdata di sektor kesehatan terus meningkat, baik pada tingkat Pengadilan Negeri, Pengadilan Tinggi, maupun Mahkamah Agung. Kecenderungan ini mencerminkan peningkatan kesadaran pasien terhadap hak-hak kesehatan mereka serta meningkatnya perhatian publik terhadap isu-isu di bidang kesehatan, yang turut mendorong bertambahnya jumlah sengketa hukum yang melibatkan sektor ini. Melihat perkembangan tersebut, upaya mediasi hadir sebagai alternatif penyelesaian yang lebih efisien untuk menekan jumlah sengketa medik yang masuk ke proses pengadilan.

²⁴⁶ “Laporan Tahunan 2021 Mahkamah Agung Republik Indonesia.”

²⁴⁷ “Laporan Tahunan 2022 Mahkamah Agung Republik Indonesia.”

²⁴⁸ “Laporan Tahunan 2023 Mahkamah Agung Republik Indonesia.”

²⁴⁹ Mahkamah Agung Republik Indonesia, *Laporan Tahunan 2021 Mahkamah Agung Republik Indonesia* (Jakarta: Mahkamah Agung RI, 2021)

²⁵⁰ Mahkamah Agung Republik Indonesia, *Laporan Tahunan 2022 Mahkamah Agung Republik Indonesia* (Jakarta: Mahkamah Agung RI, 2022)

²⁵¹ Mahkamah Agung Republik Indonesia, *Laporan Tahunan 2023 Mahkamah Agung Republik Indonesia* (Jakarta: Mahkamah Agung RI, 2023)

3.2 Upaya Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia

3.2.1 Penyelesaian Sengketa Medik melalui Upaya Nonlitigasi

a. Negosiasi

Negosiasi itu sendiri menurut Suyud Margono, merupakan "*Komunikasi dua arah yang di rancang untuk mencapai kesepakatan pada saat kedua belah pihak memiliki berbagai kepentingan yang sama maupun yang berbeda*".²⁵² Menurut Mark E. Roszkowski, negosiasi adalah "*A process by which two parties, with differing demands reach an agreement generally through compromise and concession*".²⁵³ Menurut Diana Tribe, negosiasi diartikan sebagai "*The interactive social process in which people engage, when they aim to reach an agreement with another party (or parties), on behalf of themselves or another*".²⁵⁴

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa negosiasi merupakan proses tawar-menawar oleh para pihak tanpa adanya pihak ketiga sebagai pihak yang independen dan tidak memiliki kepentingan. Jenis negosiasi dapat dibagi menjadi dua, yakni negosiasi yang bersifat positif dan negosiasi yang bersifat negatif.²⁵⁵ Negosiasi dapat memiliki sifat positif apabila para pihak yang terlibat berupaya mencapai perjanjian yang bersifat kerja sama. Sebaliknya, negosiasi dapat bersifat negatif jika tujuannya adalah untuk memaksakan kehendak salah satu pihak, tanpa memperhatikan kepentingan atau keseimbangan antara pihak-pihak yang terlibat. Hal ini dapat terjadi ketika salah satu pihak berupaya untuk mencapai tujuannya tanpa mempertimbangkan kebutuhan atau hak pihak lainnya, yang akhirnya dapat memperburuk hubungan antara pihak-

²⁵² Suyud Margono, 2004, *ADR (Alternative Dispute Resolution) & Arbitrase: Proses Pelembagaan dan Aspek Hukum*, Bogor: Ghalia Indonesia, hlm.60.

²⁵³ Rachmadi Usman, 2003, *Pilihan Penyelesaian Sengketa di Luar Pengadilan*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm.73.

²⁵⁴ Diana Tribe, 1993, *Negotiation: Essential Legal Skill*, Great Britain: Cavendish Publishing

²⁵⁵ Kusumohamidjojo, 2007, *Panduan Negosiasi Kontrak*, Bandung: CV. Mandar Maju, hlm.80.

pihak yang bersengketa dan menghalangi tercapainya perdamaian yang sejati. Dalam hal ini, negosiasi tidak lagi menjadi alat untuk mencapai solusi yang saling menguntungkan, melainkan sebagai sarana untuk memenangkan posisi sendiri tanpa kompromi. Berikut merupakan tabel yang menjelaskan kelebihan dan kekurangan negosiasi dalam Penyelesaian sengketa medik.

Tabel 5. Kelebihan dan Kekurangan Negoisasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik

No	Aspek	Kelebihan	Kekurangan
1	Kontrol oleh Para Pihak	Kedua pihak memiliki kontrol penuh atas proses dan hasil negosiasi.	Ketidaksetaraan atau ketidak seimbangan kekuatan dan pengetahuan antara para pihak dalam bidang medis dapat mempengaruhi hasil kesepakatan.
2	Efisiensi biaya dan waktu	Negosiasi cenderung lebih cepat dan murah karena tidak melibatkan pihak ketiga seperti mediator atau pengadilan.	Namun negosiasi yang berlarut-larut bisa menjadi tidak efisien dan memakan biaya serta waktu yang lebih banyak.
3	Hubungan antar pihak	Dapat membantu mempertahankan atau memperbaiki hubungan baik antara kedua pihak.	Ketegangan atau konflik yang ada bisa diperburuk jika negosiasi tidak berjalan lancar.
4	Kekuatan hukum		Kesepakatan tidak mengikat secara hukum

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2024)

Berdasarkan wawancara yang dilakukan di sejumlah rumah sakit, pihak manajemen dan dokter sering menjadikan negosiasi sebagai pilihan awal dalam penyelesaian sengketa medik karena upaya untuk menyelesaikan permasalahan secara langsung antara pihak dokter atau rumah sakit dengan pasien. Tahapan negosiasi sebagai berikut:

1) Inisiasi Negosiasi

Negosiasi dimulai dengan inisiasi dari pihak dokter atau manajemen rumah sakit setelah menerima keluhan atau ketidakpuasan dari pasien terkait pelayanan medis yang diberikan.

2) Pertemuan Klarifikasi

Dilakukan pertemuan tatap muka antara dokter/rumah sakit dan pasien untuk mengklarifikasi permasalahan secara terbuka dan mengumpulkan informasi yang relevan dari kedua pihak.

3) Pembahasan Alternatif Solusi

Kedua pihak bersama-sama membahas berbagai alternatif penyelesaian, yang dapat mencakup kompensasi finansial, perbaikan kualitas layanan, atau penjelasan lebih rinci mengenai tindakan medis yang telah dilakukan.

4) Perumusan Kesepakatan

Tahap akhir negosiasi adalah mencapai kesepakatan yang saling menguntungkan dan diterima bersama, tanpa perlu melanjutkan ke proses mediasi atau litigasi.

Para pihak memiliki fleksibilitas tinggi dan kontrol penuh dalam menentukan jadwal pertemuan, opsi solusi, serta isi kesepakatan dalam proses negosiasi. Kondisi ini berkontribusi signifikan terhadap peningkatan peluang tercapainya kesepakatan yang saling menguntungkan antara dokter dan pasien. Selain itu, karena negosiasi hanya melibatkan pihak-pihak yang berkepentingan langsung, mekanisme ini efektif dalam menjaga privasi dan kerahasiaan informasi medis, mengingat proses penyelesaian dilakukan secara tertutup.

Namun demikian, negosiasi tidak selalu menghasilkan kesepakatan yang sesuai dengan harapan para pihak, karena prosesnya sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti perbedaan kepentingan, komunikasi yang kurang efektif, atau ketidakseimbangan kekuasaan antara pihak-pihak terkait. Oleh karena itu, mediasi dapat dijadikan sebagai mekanisme lanjutan apabila negosiasi gagal mencapai

kesepakatan. Mediasi bersifat fasilitatif dan melibatkan pihak ketiga yang netral, yang berperan membantu mempertemukan kepentingan serta memperjelas posisi masing-masing pihak.

b. Mediasi

Karakteristik mediasi terletak pada keterlibatan pihak ketiga yang independen dan netral, yaitu mediator, yang berfungsi sebagai fasilitator dalam proses penyelesaian sengketa. Mediator memiliki peran strategis untuk menyeimbangkan posisi dan kekuatan antar pihak yang bersengketa, sehingga memungkinkan terjadinya komunikasi yang efektif, sistematis, dan terstruktur. Mekanisme ini berkontribusi pada pengurangan ketegangan emosional dan potensi konflik yang dapat menghambat proses penyelesaian. Selain itu, mediasi menekankan pada pencapaian kesepakatan bersama yang bersifat win-win solution, yang tidak hanya menyelesaikan konflik secara damai, tetapi juga mempromosikan hubungan jangka panjang yang harmonis antar pihak.

Berikut ini adalah tabel yang menguraikan kelebihan dan kekurangan mediasi dalam penyelesaian sengketa medik:

Tabel 6.Kelebihan dan Kekurangan Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik²⁵⁶

No.	Kelebihan	Kekurangan
1	Netralitas dan <i>independency</i> Mediator bertindak netral dan membantu mencapai kesepakatan yang adil tanpa memihak.	Hasil bergantung pada Kerjasama para pihak. Kesuksesan mediasi sangat bergantung pada niat baik kedua belah pihak untuk menyelesaikan permasalahan dalam hal ini yaitu sengketa medik
2	Kerahasiaan: Proses mediasi bersifat rahasia dan tidak terbuka untuk umum.	Tidak ada jaminan penyelesaian: Pelaksanaan mediasi tidak menjamin adanya hasil penyelesaian yang memuaskan berbeda dengan penyelesaian sengketa melalui litigasi yang memberikan keputusan hukum yang tetap.
3	Efisiensi Biaya dan Waktu: Proses mediasi biasanya lebih cepat dan murah dibandingkan proses litigasi.	Aspek kapabilitas mediator: Keberhasilan mediasi sangat bergantung pada kompetensi dan keterampilan

²⁵⁶ Dira Putri Widjari, “Efisiensi Alternatif Penyelesaian Sengketa Melalui Jalur Mediasi Perdata”, Syariah: Jurnal Ilmu Hukum, 1/2 (2024), hlm. 335–341.

		mediator dalam memfasilitasi para pihak dalam mengelola konflik
4	Fleksibilitas: Proses mediasi lebih fleksibel dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan kedua pihak.	Keterbatasan penyelesaian: Tidak semua kasus medis cocok untuk diselesaikan melalui mediasi, terutama kasus pidana murni yang memerlukan penegakan hukum atau Keputusan yang mengikat seperti pelecehan seksual, pengungkapan rahasia kedokteran, aborsi, kelalaian, pemberian keterangan palsu, dan penipuan.
5	Kekuatan Hukum: Kesepakatan hasil mediasi dapat mengikat secara hukum apabila didaftarkan ke Pengadilan Negeri dan menghasilkan produk hukum yaitu Akta Perdamaian	Risiko Pelanggaran: Ada risiko salah satu pihak mungkin tidak mematuhi hasil mediasi karena kurangnya mekanisme penegakan hukum yang kuat.

Sumber: Dira Putri Widyari, 2024

Karakteristik mediasi sengketa medik hasil dari kajian normatif, sebagai berikut:

- 1) Belum diakomodasi dalam pengaturan.

Mekanisme penyelesaian sengketa medik belum diakomodasi dalam regulasi yang berlaku. Baik Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, maupun Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 yang merupakan pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, tidak mengatur mekanisme penyelesaian sengketa medik. Kondisi ini mengindikasikan bahwa proses penyelesaian sengketa medik melalui mekanisme mediasi sepenuhnya diserahkan kepada kesepakatan para pihak yang bersengketa (pasien atau keluarga pasien, dokter dan/atau rumah sakit), yang dilandasi oleh asas konsensualisme.

Fleksibilitas dalam berprosedur memungkinkan para pihak menyesuaikan proses penyelesaian dengan karakteristik serta kompleksitas sengketa yang dihadapi, sehingga dapat menghasilkan solusi yang lebih efektif dan berkelanjutan.

Peneliti berpendapat bahwa kebebasan dalam memilih prosedur penyelesaian merupakan aspek positif, selama para pihak memiliki itikad baik untuk menyelesaikan sengketa secara sungguh-sungguh dengan mengesampingkan ego masing-masing demi mencapai hasil yang saling menguntungkan. Dalam hal ini, peran mediator sangat krusial dalam memberikan arahan yang tepat agar kesepakatan perdamaian yang menguntungkan kedua belah pihak dapat segera diwujudkan secara efektif.

2) Pra-Pengaduan kepada Majelis Displin Profesi (MDP)

Alternatif penyelesaian sengketa termasuk mediasi menjadi langkah awal yang diharapkan dapat menyelesaikan sengketa medik sebelum pasien atau keluarganya mengajukan pengaduan kepada MDP sebagaimana diatur dalam UU No. 17 Tahun 2023. Mediasi merupakan mekanisme antisipatif yang dirancang untuk mencegah sengketa berlanjut ke ranah hukum formal seperti pengadilan. Mekanisme ini memberikan kesempatan kepada para pihak untuk menyelesaikan perselisihan secara damai dan lebih cepat melalui dialog difasilitasi oleh pihak ketiga yang netral (mediator).

Dalam konteks pelayanan kesehatan, proses pengaduan kepada MDP bertujuan untuk menilai dugaan tindak pidana yang mungkin terjadi. MDP memberikan rekomendasi apakah suatu kasus dapat atau tidak dapat dilakukan penyidikan, berdasarkan pelaksanaan praktik keprofesian dokter. Penilaian tersebut mencakup kesesuaian tindakan dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, serta identifikasi perbuatan yang melanggar hukum dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Selain itu, MDP juga menilai dugaan adanya tindakan atau perbuatan yang berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan

kesehatan yang merugikan pasien secara perdata. Rekomendasi dari MDP menjadi acuan untuk menentukan apakah praktik keprofesian yang dilakukan sesuai dengan ketentuan tersebut atau tidak.

Tabel 7. Perbedaan Negosiasi dan Mediasi

No.	Perbedaan	Negosiasi	Mediasi
1	Pengertian	Negosiasi adalah proses di mana dua pihak atau lebih yang terlibat dalam suatu sengketa berkomunikasi secara langsung untuk mencapai kesepakatan yang saling menguntungkan tanpa intervensi pihak ketiga.	Mediasi adalah proses penyelesaian sengketa di mana seorang pihak ketiga yang netral, disebut mediator, membantu pihak-pihak yang bersengketa untuk mencapai kesepakatan.
2	Partisipan	Hanya melibatkan pihak-pihak yang bersengketa, yaitu pasien atau keluarganya dan pihak medis seperti dokter atau rumah sakit.	Melibatkan pihak-pihak yang bersengketa serta seorang mediator netral yang memfasilitasi proses mediasi.
3	Proses	Negosiasi dilakukan secara langsung oleh pihak-pihak yang bersengketa. Mereka berusaha mencapai kesepakatan melalui diskusi dan kompromi.	Proses mediasi dilakukan dengan bantuan mediator yang membantu pihak-pihak yang bersengketa untuk berkomunikasi, memahami posisi masing-masing, dan mencari solusi yang dapat diterima bersama. Mediator tidak memiliki kewenangan untuk memaksakan keputusan.
4	Kendali	Kendali penuh atas hasil dan proses negosiasi berada di tangan pihak-pihak yang bersengketa. Tidak ada pihak ketiga yang terlibat untuk memandu atau mengarahkan proses tersebut.	Kendali atas proses mediasi berada di tangan mediator yang memfasilitasi diskusi, namun kendali atas hasil akhir tetap berada di tangan pihak-pihak yang bersengketa.
5	Output	Hasil dari negosiasi merupakan kesepakatan bersama yang disetujui oleh semua pihak yang terlibat.	Hasil dari mediasi merupakan kesepakatan yang disetujui oleh semua pihak dan difasilitasi oleh mediator. Kesepakatan ini dapat didaftarkan ke pengadilan sebagai akta perdamaian.

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2024)

Pelaksanaan mediasi di lima rumah sakit yang menjadi objek penelitian menunjukkan bahwa mekanisme ini dipilih setelah para pihak gagal menyelesaikan perselisihan melalui negosiasi. Meskipun demikian, yang diutamakan terlebih dahulu adalah mediasi internal, di mana mediator berasal dari pihak internal rumah sakit itu sendiri. Hasil observasi peneliti, pendekatan ini dipilih karena mediator internal dianggap lebih memahami konteks medis, prosedur rumah

sakit, serta hubungan antar pihak yang bersengketa, sehingga proses mediasi diharapkan dapat berjalan lebih efektif dan efisien. Selain itu, mediasi internal memungkinkan penyelesaian sengketa secara cepat dan tertutup, menjaga reputasi rumah sakit sekaligus meminimalkan dampak negatif terhadap hubungan antara pasien dan tenaga medis. Akan tetapi, apabila mediasi internal tidak mencapai kesepakatan, maka dapat dilanjutkan dengan mediasi eksternal yang melibatkan mediator independen untuk memberikan perspektif yang lebih objektif.

Namun jika tercapai kesepakatan dalam upaya mediasi internal, maka kesepakatan para pihak dicantumkan dalam surat perjanjian damai seperti contoh berikut:

SURAT PERJANJIAN DAMAI

Yang bertanda tangan di bawah ini

1. Nama :
 NIK :
 Tempat, Tanggal Lahir :
 Jenis Kelamin :
 Agama :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Selanjutnya disebut sebagai "**PIHAK PERTAMA**"

2. Nama :
 NIK :
 Tempat, Tanggal Lahir :
 Jenis Kelamin :
 Agama :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Selanjutnya disebut sebagai "**PIHAK KEDUA**"

Berdasarkan Laporan dari **PIHAK PERTAMA** pada Kepolisian Daerah
 Laporan Nomor:..... Polda Lampung, tanggal,
 atas dugaan tindak pidana yang terjadi pada hari,
 2024 Pukul WIB di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung
 yang diduga dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** terhadap **PIHAK PERTAMA**, maka
PARA PIHAK telah **SEPAKAT** untuk menyelesaikan permasalahan tersebut
 secara kekeluargaan, dengan kesepakatan sebagai berikut:
 1. **PIHAK PERTAMA** maupun **PIHAK KEDUA** sepakat untuk menyelesaikan
 permasalahan tersebut secara kekeluargaan;

2. **PIHAK PERTAMA** bersedia mencabut kembali Laporan Nomor:..... yang telah dilaporkan oleh **PIHAK PERTAMA** di Kepolisian Daerah Lampung;
3. **PIHAK PERTAMA** maupun **PIHAK KEDUA** tidak akan menuntut dan memperpanjang perselisihan tersebut secara hukum baik secara perdata maupun pidana dikemudian hari; dan
4. Apabila **SALAH SATU PIHAK** melanggar isi Surat Perjanjian Damai ini, maka **PIHAK LAIN** berhak untuk mengajukan gugatan.

Surat Perjanjian Damai ini dibuat dalam rangkap 2 (dua), bermaterai cukup dan masing-masing memiliki kekuatan hukum yang sama. Demikian Surat Perjanjian Damai ini dibuat dan ditanda tangani oleh **PADA PIHAK**, tanpa ada paksaan dari pihak manapun agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, April 2024

PIHAK PERTAMA,

PIHAK KEDUA,

Nama	Tanda Tangan

SAKSI PIHAK KEDUA:

Nama	Tanda Tangan

2

Gambar 9. Perjanjian Damai Mediasi Internal Rumah Sakit

Namun, perjanjian damai di atas, apabila dianalisis secara yuridis, masih menunjukkan sejumlah kekurangan yang berpotensi melemahkan kepastian, daya ikat, dan daya eksekusi. Perjanjian damai dalam sengketa medik idealnya tidak

hanya diarahkan pada penghentian laporan polisi, melainkan juga memberikan perlindungan menyeluruh bagi kedua belah pihak dari kemungkinan tuntutan perdata maupun pidana di kemudian hari, menjamin kerahasiaan informasi dan reputasi para pihak, memastikan kepastian mengenai besaran serta tata cara kompensasi apabila disepakati, dan menyediakan mekanisme pemulihan berikut sanksi yang terukur apabila terjadi wanprestasi. Dengan kerangka demikian, analisis berikut mengidentifikasi kelemahan-kelemahan klausula dalam naskah yang ada dan merumuskan penambahan yang diperlukan agar perjanjian menjadi lebih kuat, komprehensif, dan dapat dieksekusi sebagai berikut:

- 1) Klausula Kerahasiaan (*Confidentiality Clause*)

Contoh rancangan perjanjian damai di atas belum mengatur kewajiban merahasiakan keberadaan, isi, serta nilai kompensasi perjanjian; belum ada pembatasan komunikasi di media massa/medsoc; dan belum dihubungkan dengan kewajiban menjaga kerahasiaan data/informasi medis. Klausula Kerahasiaan mencegah timbulnya kerugian reputasi, menghindari *trial by public*, dan menjaga kepatuhan terhadap ketentuan perlindungan data/praktik kedokteran. Ketiadaan klausula ini memudahkan tersebarnya informasi yang dapat menimbulkan sengketa turunan (misal, pencemaran nama baik) dan mempersulit pemulihan.

- 2) Klausula Larangan Saling Merendahkan (*Non-Disparagement Clause*)

Draf belum melarang pernyataan lisan/tulisan yang merugikan nama baik pihak lain/afiliasinya. Sengketa medik sensitif terhadap persepsi publik. Tanpa pembatasan, salah satu pihak bisa menyebarkan narasi merugikan yang memicu gugatan baru (misal, perbuatan melawan hukum/pencemaran nama baik).

- 3) Rincian Kompensasi

Draf tidak merinci adanya/tiadanya kompensasi, besaran nominal, cara dan tenggat pembayaran, serta sifat “penyelesaian penuh dan final”. Tanpa rincian, muncul ketidakpastian prestasi, sulit dieksekusi, dan membuka ruang penafsiran ulang besaran kerugian. Penegasan “full and final settlement” menutup kemungkinan klaim turunan atas dasar peristiwa yang sama

4) Klausula Wanprestasi (*Breach of Contract*)

Draf hanya menyebut secara umum tanpa menetapkan standar kelalaian, masa pemulihan (cure period), denda, bunga keterlambatan, atau pelaksanaan khusus untuk kewajiban non-uang. Klausula sanksi yang jelas meningkatkan kepatuhan, memudahkan eksekusi, dan mengurangi biaya sengketa lanjutan.

Penambahan empat klausula, yakni kerahasiaan, larangan saling merendahkan, rincian kompensasi, dan wanprestasi, akan memperkuat perjanjian dari tiga sisi utama. Pertama, kepastian hukum meningkat karena objek dan prestasi dirumuskan jelas serta finalitas penyelesaian ditegaskan. Kedua, perlindungan kepentingan para pihak menjadi lebih terjamin melalui pengendalian ekspos publik, pengamanan reputasi, dan penjagaan data. Ketiga, daya eksekusi bertambah melalui penetapan remedial yang terukur dan sanksi yang dapat langsung diterapkan. Untuk menjaga konsistensi, perbaikan tersebut perlu diintegrasikan dengan klausula pelengkap yang lazim, antara lain ketentuan tanpa pengakuan kesalahan, pelepasan dan pembebasan hak tuntut yang luas, penegasan hukum yang berlaku dan forum penyelesaian, perjanjian keseluruhan, keterpisahan ketentuan, keadaan kahar, serta formalitas eksekusi yang mencakup meterai, paraf pada setiap halaman, dan saksi dari kedua belah pihak. Dengan demikian, perjanjian damai tidak berhenti sebagai instrumen administratif penghentian laporan, melainkan berfungsi sebagai perangkat penyelesaian sengketa medik yang komprehensif dan akuntabel secara hukum.

Perjanjian damai ini belum memiliki kekuatan eksekutorial sehingga hanya mengikat para pihak secara kontraktual; apabila diperlukan daya paksa, para pihak dapat mengajukan gugatan perdata ke Pengadilan Negeri dengan memohon agar kesepakatan ini disahkan sebagai akta perdamaian, sehingga setelah diucapkan dalam putusan, akta perdamaian tersebut memperoleh titel eksekutorial setara dengan putusan berkekuatan hukum tetap. Penjelasan lebih lanjut terdapat pada bab rekonstruksi.

3.2.2 Penyelesaian Sengketa Medik melalui Upaya Litigasi

Penyelesaian sengketa medik melalui jalur litigasi merupakan mekanisme hukum formal yang dilakukan melalui lembaga peradilan negara untuk memperoleh keadilan dan kepastian hukum atas konflik yang timbul antara pasien dan tenaga kesehatan atau rumah sakit.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UU No 29 Tahun 2004) sebelum dicabut dengan berlakunya UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, mengatur mekanisme penyelesaian sengketa medik melalui dua jalur, yaitu peradilan profesi dan peradilan umum. Dalam Pasal 66 ayat (1) undang-undang tersebut, diatur bahwa "Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengajukan pengaduan tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)." Pasal ini menegaskan bahwa pihak yang merasa dirugikan oleh tindakan medis yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi, baik pasien maupun pihak lain yang berkepentingan, dapat mengajukan pengaduan terhadap dokter atau dokter gigi tersebut kepada MKDKI, yang berfungsi untuk menilai apakah tindakan tersebut melanggar disiplin profesi atau tidak.

Namun, meskipun telah ada mekanisme pengaduan kepada MKDKI, Pasal 66 ayat (3) menggarisbawahi 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." Hal ini memberikan penegasan bahwa jalur peradilan profesi melalui MKDKI tidak menutup kemungkinan bagi pasien untuk mengajukan laporan pidana kepada pihak berwenang atau menggugat kerugian perdata melalui peradilan umum. Dengan kata lain, meskipun suatu pengaduan dilakukan kepada MKDKI, hal tersebut tidak menghapus hak pasien untuk mencari penyelesaian melalui jalur hukum lainnya, baik untuk tindakan pidana maupun untuk ganti rugi perdata di pengadilan.

Ketentuan dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 ini menunjukkan bahwa terdapat dua jalur alternatif bagi pihak yang merasa dirugikan akibat tindakan medis, yaitu jalur profesi melalui MKDKI untuk menilai pelanggaran disiplin profesi, dan jalur umum melalui pengadilan untuk menuntut ganti rugi atau tindakan pidana. Hal ini memberikan fleksibilitas bagi pasien untuk memilih jalur yang sesuai dengan jenis sengketa yang dihadapi. Namun, ketentuan ini juga berpotensi menyebabkan tumpang tindih proses hukum, di mana pasien dapat mengajukan dua proses hukum yang berbeda secara bersamaan, yaitu pengaduan kepada MKDKI dan juga gugatan di pengadilan.

Meskipun memberikan fleksibilitas, kondisi ini dapat menimbulkan beberapa masalah praktis. Salah satunya adalah pemborosan waktu, biaya, dan tenaga bagi pasien yang harus melalui dua jalur hukum yang terpisah. Proses ini bisa memperpanjang waktu yang diperlukan untuk mendapatkan keadilan, serta meningkatkan biaya yang harus ditanggung oleh pasien. Selain itu, pasien juga dihadapkan pada ketidakpastian dalam hasil yang diperoleh, karena keputusan yang diambil oleh MKDKI (peradilan profesi) mungkin berbeda dengan keputusan pengadilan (peradilan umum), yang dapat menyebabkan kebingungannya terhadap kejelasan dan keadilan dari hasil akhir. Oleh karena itu, meskipun adanya dua jalur hukum dapat dianggap memberikan kebebasan kepada pasien untuk memilih, namun mekanisme ini dapat menjadi kontraproduktif apabila tidak ada sinkronisasi antara proses di MKDKI dan proses di pengadilan.

Kelemahan lain daripada bunyi Pasal 66 tersebut adalah penggunaan kata "dapat mengajukan pengaduan tertulis kepada Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)" dalam ketentuan ini menimbulkan ketidakpastian hukum mengenai kedudukan dan peran putusan MKDKI dalam proses litigasi.

Akibatnya, terjadi perbedaan penerapan hukum dalam praktik peradilan, terutama terkait sejauh mana hasil pemeriksaan MKDKI dijadikan sebagai dasar pertimbangan dalam penyelesaian sengketa medik di pengadilan.

Kajian peneliti terhadap beberapa putusan pengadilan memperlihatkan bahwa adanya pengakuan terhadap rekomendasi MKDKI sebagai bukti hukum yang sah, sementara dalam kasus lain, rekomendasi MKDKI tidak dijadikan sebagai acuan dalam proses litigasi. Secara jelas bisa dilihat dari beberapa putusan pengadilan berikut:

- a. Putusan Pengadilan yang Menggunakan Rekomendasi MKDKI sebagai Dasar Pertimbangan dalam Memproses Gugatan Sengketa Medik

- 1) Putusan Mahkamah Agung Nomor 1001 K/Pdt/2017

Kasus sengketa medik malpraktik operasi caesar antara Penggugat Henry Kurniawan vs Tergugat Dr. Tamtam Otamar Samsudin, SpOG, dkk, Penggugat mengajukan gugatan atas tindakan medis yang dilakukan oleh Tergugat, yang diduga mengakibatkanistrinya meninggal dunia.²⁵⁷Dalam proses litigasi, Penggugat mendasarkan gugatannya pada rekomendasi MKDKI, yang menyatakan adanya pelanggaran disiplin dalam tindakan medis yang dilakukan oleh Tergugat.²⁵⁸

Majelis Hakim dalam putusannya mempertimbangkan pelanggaran disiplin yang ditetapkan oleh MKDKI sebagai bentuk pelanggaran hukum. Berdasarkan pertimbangan tersebut, Penggugat diberikan kompensasi sebesar Rp1.000.000.000. Sengketa ini berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama, dimulai pada tahun 2010 dan baru mencapai putusan akhir pada tahun 2017.

- 2) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 484/Pdt.G/2013/PN.JKT.Sel.

Sengketa medik ini bermula ketika seorang suami mengajukan gugatan terhadap dokter dan rumah sakit atas kematian istrinya setelah menjalani prosedur medis. Dalam proses penyelesaian

²⁵⁷Awanis Firah Meirika, “Disparitas Putusan Perkara Perdata Terkait Tindakan Malapraktik Operasi Caesar (Sectio Caesarea),” *Viva Justicia: Journal of Private Law*

²⁵⁸Ibid.

sengketa, MKDKI menyatakan bahwa dokter yang bersangkutan terbukti melakukan pelanggaran disiplin kedokteran.

Pengadilan mempertimbangkan keputusan MKDKI tersebut sebagai dasar dalam menetapkan adanya perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh dokter. Berdasarkan pertimbangan hukum tersebut, pengadilan memutuskan untuk mengabulkan gugatan penggugat dan memerintahkan pembayaran ganti rugi sebagai bentuk pertanggungjawaban hukum atas kejadian tersebut.

- 3) Putusan Nomor 312/Pdt.G/2014/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi Nomor 240/PDT/2016/PT.DKI jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 3695 K/PDT/2016.

Dalam perkara ini, seorang pasien mengajukan gugatan terhadap Rumah Sakit ASRI dan dokter yang menangani persalinannya atas kematian bayi yang terjadi selama prosedur persalinan dengan metode *water birth*. MKDKI dalam keputusannya menyatakan bahwa dokter yang bersangkutan terbukti melakukan tindakan induksi yang berlebihan dan tidak sesuai dengan standar medis yang direkomendasikan.

Pengadilan mempertimbangkan temuan MKDKI tersebut sebagai dasar dalam menetapkan adanya perbuatan melawan hukum yang dilakukan oleh para tergugat. Berdasarkan putusan pengadilan, Rumah Sakit ASRI dan dokter yang bersangkutan dinyatakan bertanggung jawab secara tanggung renteng dan diwajibkan membayar ganti rugi kepada penggugat.²⁵⁹

- b. Putusan Pengadilan yang Mengesampingkan Rekomendasi MKDKI
 - 1) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 312/Pdt.G/2014/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi DKI Jakarta Nomor 240/PDT/2016/PT.DKI.

²⁵⁹ Heru Iskandar, Y. A. Triana Ohoiwutun, Dan Al Khanif, "Kepastian Hukum Rekomendasi MKDKI Pada Penyidikan Perkara Dugaan Tindak Pidana Oleh Tenaga Medis," *Politika Progresif: Jurnal Hukum, Politik Dan Humaniora* 1, No. 3 (29 Juli 2024): 310–23, <Https://Doi.Org/10.62383/Progres.V1i3.624>.

Pada perkara ini, meskipun MKDKI telah memutuskan bahwa dokter terkait melakukan pelanggaran disiplin, pengadilan mengesampingkan keputusan tersebut. Tergugat berargumen bahwa ukuran perbuatan melawan hukum oleh dokter harus berdasarkan undang-undang, bukan semata pada keputusan MKDKI atau MKEK. Majelis Hakim menyatakan bahwa tidak terbukti telah terjadi Perbuatan Melawan Hukum dan malpraktik medis yang dilakukan oleh dokter.

- 2) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 484/Pdt.G/2013/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi DKI Jakarta Nomor 66/PDT/2016/PT.DKI

Dalam perkara ini, meskipun MKDKI telah menyatakan bahwa dokter yang bersangkutan terbukti melakukan pelanggaran disiplin, Pengadilan Tinggi tidak menjadikan putusan tersebut sebagai dasar utama dalam menentukan adanya Perbuatan Melawan Hukum secara perdata. Sebaliknya, Pengadilan Tinggi lebih mempertimbangkan keterangan ahli yang dihadirkan dalam persidangan sebagai dasar dalam mengambil keputusan.

Majelis Hakim pada tingkat banding berpendapat bahwa putusan MKDKI hanya berwenang dalam ranah disiplin profesi dan tidak secara otomatis membuktikan adanya Perbuatan Melawan Hukum dalam perspektif hukum perdata. Dengan demikian, meskipun terdapat pelanggaran disiplin, hal tersebut tidak serta-merta menjadi dasar bagi pengadilan untuk menyatakan adanya tanggung jawab hukum perdata terhadap dokter yang bersangkutan.²⁶⁰

- 3) Putusan Peninjauan Kembali Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 699 PK/Pdt/2017.

Penggugat (pasien) mengajukan Peninjauan Kembali (PK) dengan alasan adanya keputusan MKDKI yang menetapkan pencabutan

²⁶⁰ “Pelanggaran Disiplin Kedokteran Tidak Identik Dengan Pelanggaran Hukum,” Kumparan, Diakses 18 Februari 2025, <Https://Kumparan.Com/Wahyuandrianto/Pelanggaran-Disiplin-Kedokteran-Tidak-Identik-Dengan-Pelanggaran-Hukum-22txqzahbx2>.

Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter. Keputusan tersebut didasarkan pada pelanggaran Pasal 3 Ayat (2) Huruf f Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011, yang menyatakan bahwa dokter telah melanggar disiplin profesi.

Meskipun MKDKI menyatakan bahwa dokter bersangkutan terbukti melakukan pelanggaran disiplin, Majelis Hakim dalam putusan PK mengesampingkan rekomendasi tersebut. Dalam pertimbangannya, pengadilan menyatakan bahwa rekomendasi MKDKI tidak dapat dijadikan dasar untuk membuktikan adanya pelanggaran hukum dalam perspektif perdata. Majelis Hakim menegaskan bahwa putusan MKDKI hanya berlaku dalam ranah disiplin profesi, sehingga tidak serta-merta menunjukkan adanya kesalahan atau pelanggaran hukum yang dapat dijadikan dasar untuk menetapkan tanggung jawab perdata atau pidana.²⁶¹

- c. Putusan yang Menyatakan Gugatan Tidak Dapat Diterima karena Tidak Ada Rekomendasi MKDKI
 - 1) Putusan Pengadilan Negeri Bekasi melalui Putusan Nomor 630/Pdt.G/2015/PN Bks Jo Putusan Pengadilan Tinggi Nomor 462/Pdt/2016/PT.BDG Jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 1366 K/Pdt/2017.
 Sengketa medik antara Ibrahim Blegur (Penggugat) vs Rumah Sakit Awal Bros Bekasi (Tergugat I) dan dr. Yenny (Tergugat II). Gugatan perbuatan melawan hukum yang diajukan atas dugaan malpraktik yang menyebabkan anak penggugat yaitu Falya Raafani Blegur meninggal.²⁶² Gugatan dinyatakan prematur oleh hakim karena tidak dilengkapi hasil pemeriksaan dari MKDKI. Putusan Pengadilan Negeri Bekasi mengabulkan sebagian gugatan yang diajukan oleh Penggugat, yaitu ayah kandung dari almarhum pasien, dan menyatakan bahwa Tergugat I (Rumah

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² Ardifa Iedha Rakhanida, Achmad Busro, dan Dewi Hendrawati, “Perbuatan Melawan Hukum Dokter Dalam Praktik Kedokteran (Studi Putusan Perkara No. 462/Pdt/2016/Pt.Bdg Jo. 1366 K/Pdt/2017),” *Diponegoro Law Journal*, 9, no. 2 (2020), hlm. 286–299.

Sakit) serta Tergugat II (Dokter) telah melakukan Perbuatan Melawan Hukum. Selain itu, pengadilan menghukum kedua tergugat untuk membayar ganti rugi materiil secara tanggung renteng kepada Penggugat sebesar Rp205.500.000 serta biaya perkara sebesar Rp406.000.²⁶³

Namun, putusan tersebut kemudian dibatalkan di tingkat banding melalui Putusan Pengadilan Tinggi Jawa Barat Nomor 462/Pdt/2016/PT.BDG. Dalam pertimbangannya, Majelis Hakim menyatakan bahwa gugatan tersebut diajukan ke Pengadilan Negeri secara prematur, karena proses penyelesaian sengketa belum terlebih dahulu dilakukan di MKDKI. Sebagai lembaga yang berwenang, MKDKI seharusnya terlebih dahulu menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin kedokteran yang dilakukan oleh dokter serta menetapkan sanksi sebelum perkara diajukan ke pengadilan.²⁶⁴

- 2) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan No. 538/Pdt.G/2016/PN. Jkt. Sel. merupakan perkara sengketa antara pasien dan dokter terkait tindakan bedah plastik tarik muka (*facelift*). Dalam putusannya, pengadilan menyatakan bahwa gugatan yang diajukan oleh Penggugat tidak dapat diterima (*niet onvankelijk verklaard*), karena dianggap prematur atau belum saatnya diajukan ke pengadilan.

Majelis Hakim berpendapat bahwa sebelum perkara diajukan ke pengadilan, seharusnya penyelesaian sengketa terlebih dahulu dilakukan melalui Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) sebagai lembaga yang berwenang menangani dugaan pelanggaran etika profesi kedokteran.

²⁶³ Lintang, Hasnati, dan Azmi, “Kedudukan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dalam Penyelesaian Sengketa Medis,” *Volksgeist: Jurnal Ilmu Hukum dan Konstitusi* 4, no. 2 (2021): 167–179.

²⁶⁴ Inkonsistensi Kedudukan dan Peranan MKDKI dalam Yurisprudensi,” Hukumonline, diakses 19 februari 2025, <https://www.hukumonline.com/berita/a/inkonsistensi-kedudukan-dan-peranan-mkdki-dalam-yurisprudensi-lt63e5fa419e127/>.

d. Putusan Pengadilan Tanpa Menggunakan Rekomendasi MKDKI

1) Putusan Pengadilan Negeri Nomor 225/PDT.G/2014/PN.BDG

Kasus Dwi Meilesmana vs Direktur Rumah Sakit Santosa Bandung, dkk. berawal dari gugatan yang diajukan oleh Penggugat, Dwi Meilesmana, terhadap Rumah Sakit Santosa Bandung atas tindakan pemasangan pen tanpa seizinnya. Penggugat menilai bahwa tindakan medis tersebut dilakukan tanpa memperoleh persetujuan yang sah (*informed consent*), sehingga mengajukan gugatan terhadap rumah sakit dan pihak terkait. Namun, dalam proses persidangan, pengadilan memutuskan untuk menolak gugatan yang diajukan oleh Penggugat. Dengan demikian, tuntutan atas dugaan pelanggaran hak pasien dan kesalahan prosedur medis tidak dikabulkan. Sengketa medik ini berlangsung selama tiga tahun, dimulai pada tahun 2011 dan mencapai putusan akhir pada tahun 2014.

2) Putusan Pengadilan Negeri Manado Nomor 90/PID.B/2011/PN.MDO jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012 jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 79 PK/PID/2013

Pada tanggal 22 September 2011, Pengadilan Negeri Manado memutuskan bahwa dr. Dewa Ayu Sasiary Prawani dan rekan-rekannya tidak terbukti bersalah dalam kasus dugaan malapraktik yang mengakibatkan kematian pasien Julia Fransiska Makatey. Namun, pada tanggal 18 September 2012, Mahkamah Agung mengabulkan kasasi yang diajukan oleh jaksa penuntut umum dan menjatuhkan hukuman 10 bulan penjara kepada dr. Ayu dan rekan-rekannya. Putusan Peninjauan Kembali (PK) Mahkamah Agung: Kemudian, pada tanggal 7 Februari 2014, melalui proses Peninjauan Kembali, Mahkamah Agung membatalkan putusan kasasi sebelumnya dan membebaskan dr. Ayu serta rekan-rekannya dari semua tuduhan. Dalam kasus ini, meskipun tidak ada rekomendasi dari Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran

Indonesia (MKDKI), proses hukum pidana tetap berjalan hingga tingkat Peninjauan Kembali.

Pada tahun 2009, melalui UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, terjadi perubahan signifikan dalam mekanisme penyelesaian sengketa medik. Pasal 29 dalam undang-undang ini menegaskan bahwa sengketa medik harus diselesaikan melalui mediasi terlebih dahulu. Hal ini merupakan perubahan besar dari ketentuan dalam UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, yang sebelumnya memungkinkan pihak yang merasa dirugikan untuk langsung mengajukan sengketa ke peradilan profesi atau peradilan umum.

Perubahan ini menandakan pergeseran fokus dari penyelesaian sengketa melalui jalur hukum yang lebih formal dan adversarial (pertentangan antara pihak yang terlibat) menuju pendekatan yang lebih damai dan konstruktif. mediasi diharapkan dapat menjadi langkah pertama yang diutamakan untuk menyelesaikan sengketa medik, di mana pihak-pihak yang bersengketa (pasien dan tenaga medis) dapat berdialog dan mencari solusi bersama dengan bantuan seorang mediator yang netral.

Pada tahun 2023, terjadi perubahan kembali terhadap mekanisme penyelesaian sengketa medik yang sebelumnya diatur dalam Pasal 29 UU No. 36 Tahun 2009, yang mengedepankan mediasi sebagai langkah pertama dalam penyelesaian sengketa. Perubahan ini tercermin dalam Pasal 310 UU No. 17 Tahun 2023, yang berbunyi: "*Dalam hal Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan diduga melakukan kesalahan dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada Pasien, perselisihan yang timbul akibat kesalahan tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.*" Dengan demikian, mekanisme penyelesaian sengketa medik tidak hanya terbatas pada mediasi, melainkan juga mencakup opsi lain seperti negosiasi dan metode penyelesaian alternatif lainnya yang dapat diakses tanpa melalui jalur litigasi formal.

Tujuan dari perubahan tersebut adalah untuk memberikan lebih banyak pilihan bagi pihak yang bersengketa, dengan fokus pada penyelesaian yang lebih efisien, cepat, dan untuk mengurangi beban pada sistem peradilan. Pendekatan ini mengutamakan penyelesaian yang lebih fleksibel dan memungkinkan pihak yang bersengketa untuk memilih metode yang paling sesuai dengan keadaan mereka, serta menghindari proses hukum yang panjang dan mahal.

3.3 Peran Mediasi bagi Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia

Berdasarkan penelitian normatif yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa mediasi memiliki peran penting dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia, terutama dalam menciptakan mekanisme yang lebih cepat, efisien, dan tidak memberatkan kedua belah pihak. Proses ini memungkinkan pasien, keluarga pasien, serta tenaga medis untuk mencapai kesepakatan yang adil tanpa harus melalui jalur litigasi yang sering kali memakan waktu lama dan berbiaya tinggi.

3.3.1 Mencegah Konflik yang Memburuk

Mediasi memiliki peran strategis dalam meredam ketegangan antara pasien dan tenaga medis dengan mengedepankan pendekatan musyawarah dan dialog terbuka.²⁶⁵ Berbeda dengan proses litigasi yang cenderung bersifat adversarial dan memperkeruh hubungan antar pihak, mediasi menawarkan ruang komunikasi yang lebih fleksibel, di mana pasien dapat menyampaikan keluhan mereka secara langsung, sementara tenaga medis diberikan kesempatan untuk memberikan klarifikasi serta penjelasan terkait prosedur medis yang telah dijalankan. Dengan adanya interaksi yang lebih konstruktif, kesalahpahaman dapat diminimalisir sehingga sengketa tidak berkembang menjadi konflik yang lebih kompleks.

Selain itu, proses mediasi mengurangi tekanan psikologis dan emosional yang biasanya dialami oleh pasien dan tenaga medis dalam penyelesaian sengketa melalui jalur hukum. Dalam litigasi, pasien atau keluarga pasien

²⁶⁵ Eddi Junaidi, 2011, *Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik*, Cet. 1, Jakarta: Rajawali Pers.

mungkin merasa terbebani dengan proses yang panjang dan memerlukan pembuktian hukum yang rumit, sedangkan tenaga medis dan institusi kesehatan dapat menghadapi tekanan profesional serta ancaman terhadap reputasi mereka. Melalui mediasi, kedua belah pihak dapat mencari solusi yang lebih adil dan saling menguntungkan tanpa harus menghadapi konfrontasi di ruang sidang.

Dengan komunikasi yang lebih terbuka dan didukung oleh mediator yang netral dan kompeten, mediasi mampu menciptakan keseimbangan dalam penyelesaian sengketa medik. Proses ini memungkinkan para pihak untuk bernegosiasi dengan suasana yang lebih kondusif dan berbasis pada prinsip saling menghormati. Dengan demikian, konflik yang semakin memburuk dapat dicegah secara efektif, dan penyelesaian yang dicapai lebih berorientasi pada solusi yang memenuhi kepentingan bersama, bukan sekadar memenangkan salah satu pihak.

3.3.2 Memberikan Solusi yang Lebih Fleksibel

Berbeda dengan proses litigasi yang mengedepankan keputusan hakim sebagai solusi akhir, mediasi memberikan ruang bagi kedua belah pihak untuk bernegosiasi dan mencapai kesepakatan yang lebih fleksibel serta mengakomodasi kepentingan masing-masing pihak.²⁶⁶ Dalam sistem litigasi, putusan bersifat mengikat dan sering kali berpola menang-kalah, di mana salah satu pihak harus menerima kekalahan secara hukum. Sebaliknya, mediasi memungkinkan tercapainya solusi yang dapat diterima oleh kedua belah pihak, di mana kedua pihak dapat memperoleh hasil yang lebih adil dan proporsional sesuai dengan kebutuhan dan keadaan masing-masing. Fleksibilitas mediasi tercermin dalam berbagai aspek berikut:²⁶⁷

²⁶⁶ Fitriani Nur Damayanti, Budi Santosa, dan Alfita Ayu Irmawati, “Literatur Review: Peran Mediator Dalam Efektivitas Upaya Mediasi Sengketa Medis,” *Prosiding Seminar Nasional Unimus 5/ 0 (2022)* hlm. 205.

²⁶⁷ Jamaluddin, “Implikasi Penerapan Peraturan Mahkamah Agung No. 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan terhadap Capaian Asas Fleksibilitas (Studi Kasus pada Pengadilan Agama Kelas 1 B Watampone),” *Ekspose: Jurnal Penelitian Hukum dan Pendidikan*, 16/1 (2017), hlm. 1

a. Fleksibilitas Prosedural:

Proses mediasi tidak terikat pada tahapan hukum formal sebagaimana proses peradilan. Para pihak dapat menyusun prosedur secara mandiri, termasuk urutan pertemuan, siapa yang hadir, dan bentuk penyampaian pendapat.

b. Fleksibilitas Tempat Pelaksanaan:

Mediasi dapat dilakukan di tempat yang disepakati bersama, seperti di rumah sakit, kantor mediator, atau lokasi netral lainnya yang dianggap nyaman dan tidak mengintimidasi.

c. Fleksibilitas Waktu Pelaksanaan:

Tidak ada jadwal yang kaku seperti dalam sidang pengadilan. Para pihak dapat menyesuaikan waktu mediasi dengan ketersediaan masing-masing, termasuk melakukan beberapa kali pertemuan sesuai kebutuhan. Fleksibilitas mediasi juga memungkinkan adanya penyelesaian yang lebih cepat dan efisien. Dalam sistem litigasi, sebuah sengketa dapat berlangsung bertahun-tahun sebelum mencapai putusan akhir, sedangkan mediasi dapat menghasilkan kesepakatan dalam waktu yang jauh lebih singkat.²⁶⁸

d. Fleksibilitas Substansi Kesepakatan:

Pihak-pihak yang bersengketa memiliki kesempatan untuk berdiskusi secara langsung tanpa harus mengikuti tahapan persidangan yang kompleks dan memakan waktu. Dari segi substansial, mediasi membuka peluang bagi penyelesaian yang lebih kreatif dan berbasis kebutuhan konkret para pihak. Kesepakatan yang dihasilkan dapat mencakup kompensasi *non-monetary*, perbaikan layanan, atau mekanisme pemulihan hubungan yang lebih efektif dibandingkan dengan putusan hakim yang bersifat kaku dan terbatas.

Hal ini penting bagi hubungan antara dokter dan pasien agar tetap terjaga, dan penyelesaian yang cepat dapat mencegah dampak negatif yang lebih

²⁶⁸ Dian Maris Rahmah, “Optimalisasi Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi Di Pengadilan,” *Jurnal Bina Mulia Hukum* 4/1 (2019) hlm. 1–16.

luas bagi kedua belah pihak. Dengan demikian, mediasi menjadi mekanisme penyelesaian yang lebih humanis, adaptif, dan berorientasi pada kepentingan bersama.

3.3.3 Mengurangi Beban Sistem Peradilan

Penyelesaian sengketa melalui mediasi memiliki dampak signifikan dalam mengurangi beban sistem peradilan, khususnya pada perkara perdata dan administratif. Sistem peradilan seringkali menghadapi tumpukan perkara yang menyebabkan proses penyelesaian menjadi lama dan tidak efisien. Akibatnya, waktu tunggu untuk mendapatkan putusan pengadilan dapat membengkak, sehingga menghambat akses keadilan secara cepat dan efektif.

Mediasi sebagai mekanisme alternatif penyelesaian sengketa yang memungkinkan para pihak mencapai kesepakatan secara damai tanpa harus melalui proses litigasi yang formal dan panjang. Dengan demikian, kasus-kasus yang berpotensi diselesaikan secara kekeluargaan tidak perlu memasuki proses peradilan, sehingga secara langsung mengurangi kepadatan perkara di pengadilan. Hal ini memberikan ruang bagi hakim untuk lebih fokus menangani kasus-kasus yang memerlukan intervensi hukum secara substantif dan mendalam.

Lebih lanjut, mediasi juga berkontribusi pada peningkatan efisiensi dan efektivitas sistem hukum secara keseluruhan. Dengan penyelesaian sengketa di luar pengadilan, sumber daya pengadilan dapat dialokasikan secara optimal, sementara para pihak termasuk tenaga medis dan fasilitas kesehatan dalam konteks sengketa medik dapat lebih berkonsentrasi pada tugas pokok mereka, yaitu memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Proses mediasi yang relatif cepat dan bersifat sukarela juga memungkinkan terbangunnya solusi yang lebih fleksibel dan berkelanjutan sesuai kebutuhan para pihak.

3.3.4 Menjaga Reputasi dan Hubungan Profesional

Sengketa hukum yang melibatkan tenaga medis sering kali berdampak negatif terhadap reputasi individu maupun institusi yang terlibat. Ketika sebuah kasus masuk ke ranah litigasi, pemberitaan media dan opini publik dapat memperburuk citra profesional tenaga medis maupun rumah sakit, terlepas dari apakah mereka terbukti bersalah atau tidak. Dalam dunia kesehatan, kepercayaan masyarakat terhadap tenaga medis dan fasilitas kesehatan merupakan faktor utama dalam keberlanjutan pelayanan. Oleh karena itu, mediasi menjadi solusi yang lebih bijaksana dalam mengelola sengketa tanpa harus merusak reputasi pihak yang terlibat.²⁶⁹

Mediasi memungkinkan dokter dan pasien untuk menyelesaikan permasalahan dengan pendekatan yang lebih kooperatif, di mana dialog dan penyelesaian damai lebih diutamakan dibandingkan dengan konfrontasi hukum. Proses ini juga memberikan kesempatan bagi tenaga medis dan rumah sakit untuk memberikan klarifikasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang telah dilakukan. Dalam banyak kasus, kesalahpahaman menjadi faktor utama munculnya sengketa, dan mediasi dapat menjadi sarana untuk meluruskan persepsi serta memperbaiki hubungan profesional yang mungkin terganggu akibat ketidakpuasan pasien.

Selain menjaga reputasi tenaga medis dan rumah sakit, mediasi juga berdampak positif terhadap hubungan jangka panjang antara pasien dan tenaga kesehatan.²⁷⁰ Litigasi yang berlarut-larut dapat menciptakan ketidakpercayaan yang lebih besar di masyarakat terhadap layanan kesehatan, sementara mediasi dapat membantu membangun kembali kepercayaan tersebut dengan menunjukkan bahwa penyelesaian sengketa dapat dilakukan secara adil dan konstruktif. Dengan begitu, mediasi tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme penyelesaian sengketa, tetapi juga

²⁶⁹ Muhammad Afzal, "Perlindungan Pasien Atas Tindakan Malprakter Dokter," *Jurnal Ilmiah Mandala Education* 3/1 (2017), hlm. 8.

²⁷⁰ Jonathan Hendran A.a.w, "Rancangan Upaya Mediasi Sengketa Medis Di Rumah Sakit RK Charitas Palembang," *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)* 3/1 (2019), hlm. 1–8.

sebagai sarana menjaga integritas profesi medis serta memperkuat hubungan baik antara pasien dan tenaga kesehatan.

3.3.5 Memfasilitasi Penyelesaian Sengketa dengan Lebih Cepat dan Efisien

Mediasi menjadi alternatif yang efektif dalam penyelesaian sengketa medik karena menawarkan proses yang lebih cepat dibandingkan dengan jalur litigasi.²⁷¹ Dalam sistem peradilan formal, penyelesaian sengketa dapat memakan waktu bertahun-tahun, mulai dari tahap pengajuan gugatan, pemeriksaan bukti, persidangan, hingga putusan akhir yang terkadang masih berlanjut ke tingkat banding atau kasasi. Proses yang panjang ini tidak hanya membebani pasien yang mencari keadilan, tetapi juga tenaga medis yang harus menghadapi ketidakpastian hukum dalam jangka waktu yang lama. Dengan mediasi, penyelesaian dapat dicapai dalam hitungan minggu atau bulan, sehingga menghindari hambatan administratif yang sering terjadi dalam litigasi. Jika bercermin dari Perma Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur mediasi di pengadilan, proses mediasi memiliki batas waktu 30 hari kerja sejak mediasi dimulai. Jika dalam periode tersebut kesepakatan belum tercapai, maka dapat diberikan perpanjangan selama 30 hari tambahan, sehingga total waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan sengketa melalui mediasi maksimal hanya 60 hari kerja. Jangka waktu ini jauh lebih singkat dibandingkan dengan proses litigasi yang dapat berlangsung bertahun-tahun. Dengan demikian, mediasi menjadi solusi yang lebih cepat bagi pasien yang ingin mendapatkan kepastian hukum tanpa harus menunggu putusan pengadilan yang berlarut-larut.

Selain itu, mediasi memungkinkan adanya komunikasi langsung antara pasien dan tenaga medis dalam suasana yang lebih kondusif, sehingga keluhan dapat segera ditindaklanjuti.²⁷² Dalam banyak kasus, sengketa yang berlarut-larut bukan hanya disebabkan oleh substansi permasalahan, tetapi

²⁷¹ Muten Nuna dkk., “Esensi Penyelesaian Sengketa Perdata Melalui Mediasi,” *Journal of Judicial Review* 23, no. 1 (1 Juni 2021), hlm. 85–96.

²⁷² Eddi Junaidi, 2011, *Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik*, Cet. 1, Jakarta: Rajawali Pers.

juga oleh kurangnya pemahaman dan keterbukaan dalam komunikasi antara kedua belah pihak. Dengan adanya mediasi, tenaga medis dapat memberikan klarifikasi atas tindakan yang dilakukan, sementara pasien atau keluarganya dapat menyampaikan kekhawatiran mereka secara langsung tanpa tekanan persidangan. Proses ini tidak hanya mempercepat penyelesaian sengketa, tetapi juga mencegah peningkatan konflik yang dapat semakin memperumit permasalahan.

Dari perspektif efisiensi, mediasi juga mengurangi biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, tenaga medis, maupun institusi kesehatan.²⁷³ Proses litigasi memerlukan biaya hukum yang tinggi, baik untuk pengacara, biaya administrasi pengadilan, maupun waktu yang terbuang akibat persidangan yang berkepanjangan. Dengan menyelesaikan sengketa melalui mediasi, sumber daya dapat dialokasikan dengan lebih efektif, baik bagi tenaga medis yang tetap dapat fokus pada pelayanan kesehatan, maupun bagi pasien yang tidak harus terlibat dalam proses hukum yang kompleks. Dengan demikian, mediasi menjadi instrumen penyelesaian yang lebih cepat, efisien, dan berorientasi pada kepentingan bersama.

Uraian atau analisis mengenai peran mediasi bagi penyelesaian sengketa medik di atas, secara teoritis mengungkapkan sejumlah keunggulan yang melekat pada mekanisme ini. Pertama, mediasi mampu mencegah konflik yang memburuk dengan menekankan komunikasi langsung dan pencapaian kesepahaman antara dokter, pasien, dan rumah sakit. Kedua, mediasi memberikan solusi yang lebih fleksibel, karena kesepakatan yang dicapai tidak dibatasi oleh norma hukum yang kaku, melainkan disesuaikan dengan kebutuhan serta kepentingan para pihak.

Ketiga, mediasi berkontribusi dalam mengurangi beban sistem peradilan, mengingat sengketa diselesaikan di luar pengadilan, sehingga mendukung prinsip peradilan yang cepat, sederhana, dan biaya ringan. Keempat,

²⁷³ Jimmy Joses Sembiring, 2011, *Cara Menyelesaikan Sengketa di Luar Pengadilan (Negosiasi, Mediasi, konsiliasi, & Arbitrase)*, Visimedia, hlm. 28.

mediasi dapat menjaga reputasi dan hubungan profesional para pihak, karena prosesnya bersifat tertutup dan tidak dipublikasikan seperti halnya putusan pengadilan, sehingga kepercayaan masyarakat terhadap dokter maupun rumah sakit tetap terjaga. Kelima, mediasi memfasilitasi penyelesaian sengketa dengan lebih cepat dan efisien, sehingga pasien memperoleh kepastian penyelesaian, dan dokter dapat tetap melaksanakan praktik tanpa gangguan proses hukum yang berkepanjangan.

Dasar hukum yang menguatkan peran mediasi dalam penyelesaian sengketa medik tertuang dalam Pasal 310 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa penyelesaian sengketa di bidang kesehatan terlebih dahulu diselesaikan melalui alternatif penyelesaian sengketa, termasuk mediasi. Ketentuan ini menunjukkan adanya pengakuan dan dorongan legislasi terhadap mediasi sebagai metode penyelesaian sengketa medik yang lebih humanis, cepat, serta memenuhi rasa keadilan substantif bagi pasien, tenaga medis, dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Meskipun belum terdapat penelitian yang bersifat komprehensif mengenai efektivitas mediasi dalam menyelesaikan sengketa medik, namun dengan mempertimbangkan seluruh keunggulan yang dimilikinya serta dukungan bukti-bukti empiris dalam praktik, mediasi dapat disimpulkan sebagai pilihan yang paling tepat dalam penyelesaian sengketa medik.²⁷⁴ Hal ini disebabkan karena mediasi tidak hanya efektif dalam mencapai kesepakatan damai, tetapi juga mampu melindungi kehormatan profesi medis dan menegakkan hak-hak pasien secara seimbang, sehingga tercipta keadilan restoratif yang menjadi tujuan utama dalam penyelesaian sengketa di bidang kesehatan.

²⁷⁴ Wawancara dengan Ilhamdani, Sub Koordinator Hukum dan Perlindungan SDM RSUD Abdul Moeloek, di RSUD Abdul Moeloek (9 April 2024).

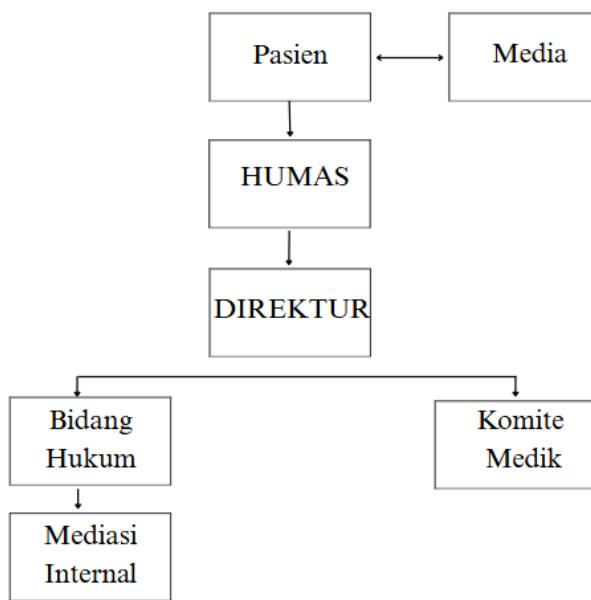
3.4 Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik di Kota Bandarlampung, Provinsi Lampung, Indonesia.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam terhadap mediator, dokter, pasien, serta pihak rumah sakit terkait. Analisis data mengungkap bahwa pelaksanaan penanganan keluhan pasien, yang sering kali menjadi sumber sengketa medik, sangat bergantung pada penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku di masing-masing rumah sakit. SPO tersebut menjadi pedoman utama dalam mengatur tahapan penanganan keluhan secara sistematis dan konsisten, sehingga proses mediasi dapat berjalan efektif dan terstruktur.

3.4.1 Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Menangani Sengketa Medik

Prosedur penyelesaian sengketa medik di Indonesia umumnya disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit berdasarkan tipe dan kapasitas pelayanannya. Setiap tipe rumah sakit memiliki standar operasional serta mekanisme penanganan keluhan yang berbeda. Oleh karena itu, pada bagian ini, peneliti akan memaparkan hasil penelitian empiris mengenai pola penyelesaian sengketa di beberapa rumah sakit dengan tipe yang berbeda, guna memberikan gambaran komparatif terhadap implementasi sistem penyelesaian sengketa di lapangan sebagai berikut:

- a. Alur penyelesaian sengketa di Rumah Sakit Tipe A di Bandarlampung:
Rumah Sakit Tipe A di Bandar Lampung memiliki struktur penanganan sengketa yang terorganisir dan profesional. Proses penanganan melibatkan Humas sebagai garda depan, Direktur sebagai pengambil keputusan, serta unit teknis seperti Bidang Hukum dan Komite Medik untuk penyelesaian berbasis substansi keluhan. Berikut peneliti jabarkan alur penyelesaian sengketa di rumah sakit tipe A Bandarlampung:



Gambar 10. Alur penyelesaian sengketa di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H. Abdul Moeloek
(rumah sakit tipe A Bandarlampung)

1) Pasien Menyampaikan Keluhan

Sengketa atau keluhan berasal dari pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan rumah sakit. Selain menyampaikan langsung ke rumah sakit, pasien juga bisa menyuarakan keluhannya melalui media massa atau media sosial, sehingga perlu penanganan cepat dan tepat agar tidak berdampak pada reputasi rumah sakit.

2) Penanganan Awal oleh Humas

Seluruh keluhan dari pasien maupun media akan diterima dan ditangani terlebih dahulu oleh Bagian Humas. Humas bertugas untuk melakukan klarifikasi, dokumentasi, serta menjadi penghubung komunikasi awal antara pasien dan pihak rumah sakit.

3) Penerusan Kasus ke Direktur

Apabila permasalahan tidak dapat diselesaikan oleh Humas atau membutuhkan tindak lanjut, maka kasus akan diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit. Direktur berwenang menentukan langkah lanjutan berdasarkan sifat dan jenis keluhan.

4) Distribusi Penanganan berdasarkan Jenis Sengketa

Setelah menerima laporan dari Humas, Direktur akan mendistribusikan kasus kepada dua unit yang sesuai:

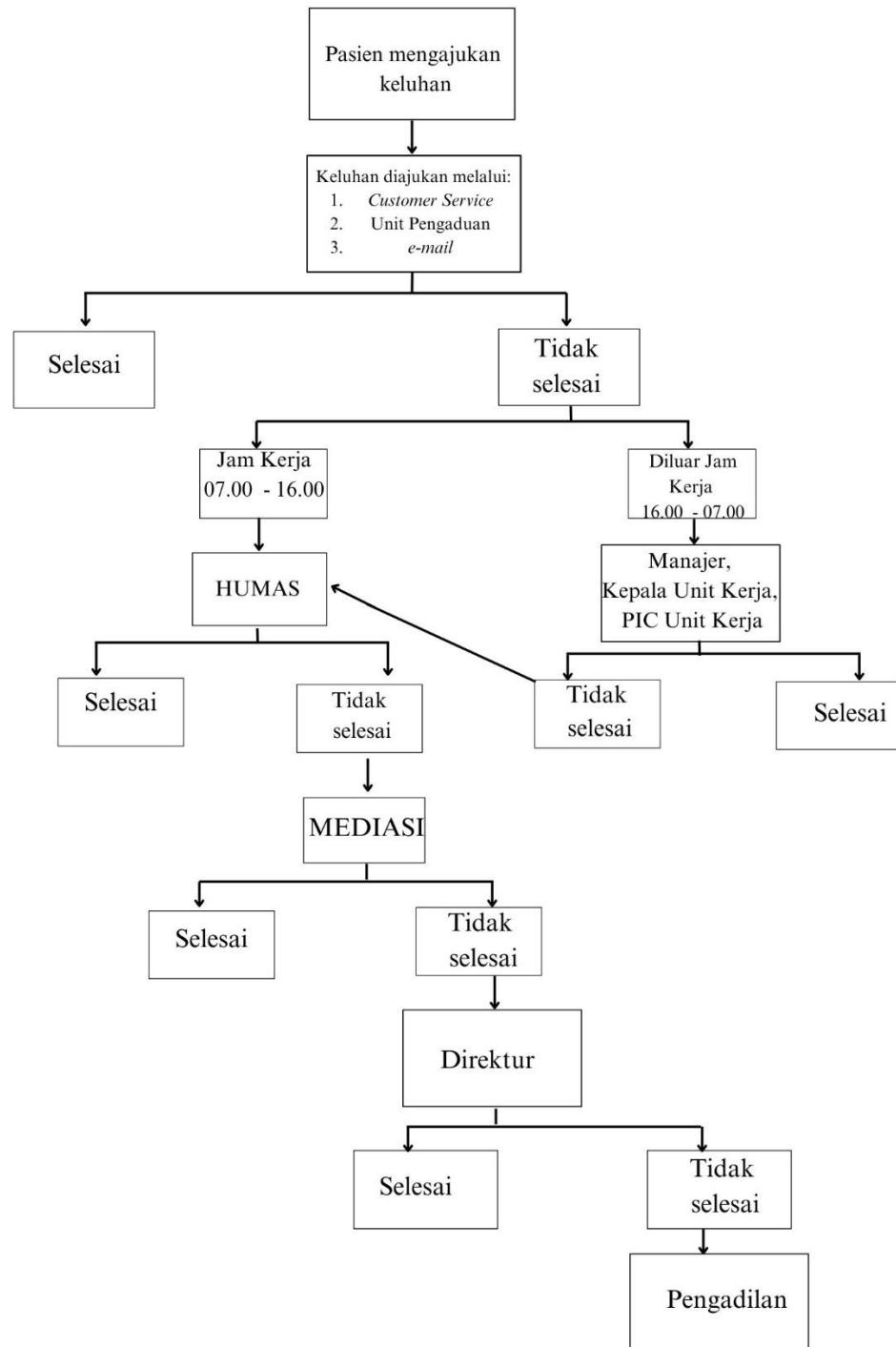
a) Bidang Hukum

Keluhan yang berkaitan dengan aspek hukum, administrasi, atau berpotensi menjadi sengketa hukum akan diserahkan ke Bidang Hukum. Pada tahapan ini, Bidang Hukum akan mengupayakan penyelesaian melalui mediasi internal untuk mencapai kesepakatan antara pasien dan rumah sakit tanpa harus melibatkan pihak luar.

b) Komite Medik

Keluhan yang berkaitan dengan tindakan medis, diagnosis, atau pelayanan dokter akan diteruskan kepada Komite Medik. Komite ini akan melakukan evaluasi profesional terhadap tindakan medis yang dipermasalahkan serta memberi rekomendasi penyelesaian.

b. Alur penyelesaian sengketa medik di Rumah Sakit tipe B Bandarlampung



Gambar 11. Alur Penyelesaian Sengketa di Rumah Sakit Imanuel(Rumah Sakit Tipe B)

Berikut merupakan penjelasan mengenai alur prosedur penyelesaian sengketa di atas:

1) Pengajuan Keluhan oleh Pasien

Pasien dapat mengajukan keluhan melalui berbagai saluran, seperti melalui *Customer Service*, Unit Pengaduan, dan melalui *email*. Jika keluhan dapat langsung diselesaikan di tahap ini, proses dianggap selesai. Jika keluhan belum terselesaikan, penanganan dilanjutkan berdasarkan waktu masuknya keluhan:

2) Jam Kerja (07.00 – 16.00)

Keluhan akan diteruskan ke Bagian Humas. Jika Humas mampu menyelesaikan keluhan, maka proses selesai. Jika tidak selesai, proses dilanjutkan ke tahap mediasi.

3) Di Luar Jam Kerja (16.00 – 07.00)

Keluhan akan ditangani oleh Manajer, Kepala Unit Kerja, atau PIC Unit Kerja. Jika berhasil diselesaikan, maka proses selesai. Namun jika tidak selesai, kasus juga diarahkan ke bagian Humas terlebih dahulu namun jika tetap tidak selesai maka berlanjut ke tahap mediasi.

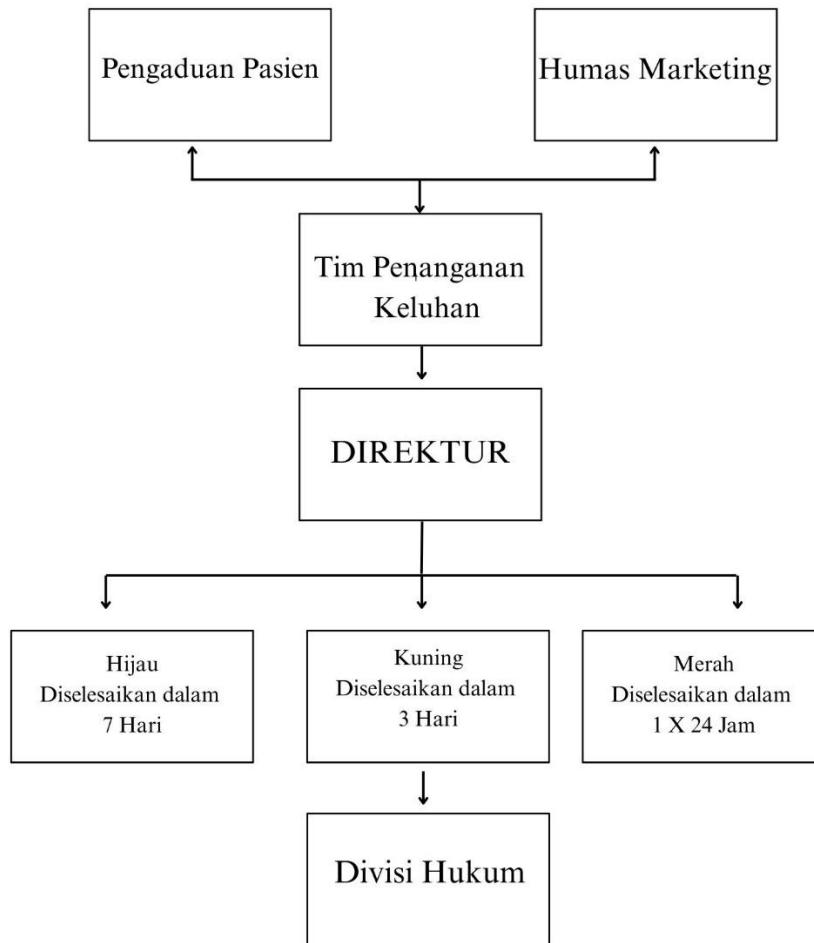
4) Tahap Mediasi

Mediasi dilakukan sebagai upaya penyelesaian internal antara pihak rumah sakit dan pasien. Jika penyelesaian sengketa melalui mediasi antar para pihak berhasil, maka sengketa selesai. Jika tidak berhasil, kasus akan diteruskan ke Direktur Rumah Sakit.

5) Keputusan Direktur

Direktur akan memberikan keputusan atau solusi akhir secara internal. Jika sengketa dapat diselesaikan, maka proses berakhir di sini. Jika tetap tidak selesai, maka sengketa dapat dilanjutkan ke jalur hukum melalui Pengadilan.

c. Alur penyelesaian sengketa medik di Rumah Sakit tipe C Bandarlampung



Gambar 12. Alur penyelesaian sengketa medik di Rumah Sakit Advent Rumah Sakit tipe C Bandarlampung

Berikut merupakan penjelasan dari alur penyelesaian sengketa medik di atas:

1) Sumber Pengaduan

Keluhan atau sengketa dari pasien dapat berasal dari dua jalur utama:

- a) pengaduan pasien: keluhan yang diterima pihak RS langsung dari pasien atau keluarga pasien saat proses pelayanan; dan
- b) humas marketing: keluhan yang masuk melalui media sosial, telepon, atau sarana komunikasi eksternal lainnya.

2) Tim Penanganan Keluhan

Seluruh keluhan yang masuk akan diteruskan ke Tim Penanganan Keluhan, yang bertugas untuk:

- a) Mencatat dan memverifikasi keluhan;
 - b) Menganalisis tingkat keseriusan masalah; dan
 - c) Menyusun laporan awal sebagai dasar pengambilan keputusan.
- 3) Pelaporan kepada Direktur
- Hasil analisis dan laporan dari tim kemudian disampaikan kepada Direktur rumah sakit, yang akan menentukan klasifikasi tingkat sengketa dan memberikan arahan terkait langkah penyelesaian.
- 4) Klasifikasi dan Waktu Penyelesaian
- Sengketa diklasifikasikan menjadi tiga kategori berdasarkan tingkat urgensinya:
- a) kategori hijau: keluhan ringan yang diselesaikan dalam waktu 7 hari kerja;
 - b) kategori kuning: keluhan sedang yang diselesaikan dalam waktu 3 hari kerja; dan
 - c) kategori merah: keluhan serius/kritis yang harus diselesaikan dalam waktu 1 x 24 jam.
- 5) Pelibatan Divisi Hukum
- Setelah dilakukan klasifikasi dan penanganan awal, Divisi Hukum akan dilibatkan apabila:
- a) terdapat potensi sengketa hukum;
 - b) dibutuhkan mediasi atau pendampingan hukum; dan
 - c) diperlukan penyusunan dokumentasi hukum lanjutan,

3.4.2 Pelaksanaan Mekanisme Mediasi Internal Rumah Sakit

Penelitian ini mengungkapkan bahwa keberhasilan proses mediasi internal di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh persepsi dan pengalaman pasien selama proses berlangsung. Mediasi yang diinisiasi oleh pihak internal rumah sakit seringkali menjadi langkah awal dalam menangani sengketa medik, dengan tujuan utama menyelesaikan keluhan pasien secara cepat, damai, dan efisien, sekaligus mengurangi jumlah sengketa yang berujung pada proses litigasi. Proses ini biasanya melibatkan mediator yang berasal dari manajer pelayanan publik, divisi hukum, atau Komite Medik, yang memiliki pemahaman

mendalam terhadap kebijakan dan prosedur internal institusi.²⁷⁵ Meskipun pendekatan ini berpotensi menghasilkan solusi yang saling menguntungkan, penelitian ini juga mengidentifikasi sejumlah tantangan signifikan dalam pelaksanaannya.

Salah satu kendala utama yang ditemukan adalah persepsi ketidaknetralan mediator internal. Sebagaimana dikemukakan oleh seorang pasien dari rumah sakit tipe A, “Mediator yang berada di bawah kendali institusi tidak mampu menawarkan solusi yang benar-benar adil bagi kedua belah pihak.” Temuan ini menunjukkan bahwa pasien dan keluarga cenderung meragukan objektivitas dan transparansi mediator, terutama ketika mediator dianggap lebih berpihak pada institusi rumah sakit untuk melindungi reputasi organisasi.²⁷⁶ Kondisi ini diperparah oleh potensi konflik kepentingan, di mana keputusan mediasi internal cenderung mendukung kepentingan rumah sakit. Situasi tersebut menimbulkan ketidakpercayaan terhadap proses mediasi, sehingga upaya mencapai penyelesaian damai menjadi terhambat.

Kurangnya kepercayaan terhadap netralitas mediator berdampak signifikan pada efektivitas mediasi internal secara keseluruhan. Ketika pasien atau keluarga merasa bahwa mediasi hanya berfungsi sebagai alat institusi untuk menghindari tanggung jawab hukum atau etis, partisipasi aktif dalam proses penyelesaian sengketa menurun. Akibatnya, banyak sengketa medik yang sebenarnya dapat diselesaikan di tingkat internal justru berlanjut ke jalur hukum, baik melalui mekanisme administratif maupun litigasi di pengadilan. Temuan ini menegaskan bahwa tanpa kepercayaan terhadap keadilan dan transparansi, mediasi internal cenderung kehilangan efektivitasnya sebagai metode penyelesaian sengketa.

Pelaksanaan mediasi dalam penyelesaian sengketa medik dimulai setelah pihak manajemen rumah sakit melakukan penyaringan terhadap keluhan pasien yang menjadi sumber sengketa. Tahap penyaringan ini bertujuan untuk

²⁷⁵ Wawancara dengan Ilhamdani, Sub Koordinator Hukum dan Perlindungan SDM RSUD Abdul Moeloek, di RSUD Abdul Moeloek (9 April 2024).

²⁷⁶ Wawancara dengan seorang pasien dari rumah sakit tipe A (11 April 2024)

mengidentifikasi kasus-kasus yang berpotensi diselesaikan melalui mediasi, sehingga tidak langsung berlanjut ke jalur litigasi, serta memastikan bahwa penanganan keluhan berjalan secara sistematis dan sesuai dengan prosedur yang berlaku. Setelah itu, manajemen memberikan instruksi kepada divisi hukum untuk melakukan pendekatan mediasi kepada pasien sebagai upaya awal penyelesaian sengketa secara damai. Dalam konteks ini, divisi hukum berperan sebagai mediator yang memfasilitasi dialog antara pihak rumah sakit dan pasien untuk mencapai kesepakatan bersama.

Proses mediasi yang dilaksanakan mengikuti tahapan-tahapan terstruktur yang dirancang untuk memastikan keterbukaan komunikasi, keadilan, serta tercapainya kesepakatan yang saling menguntungkan bagi kedua belah pihak, sebagai berikut:

a. Pemanggilan para Pihak

Pemanggilan para pihak merupakan tahap awal yang krusial dalam proses mediasi sengketa medik. Pada tahap ini, mediator mengundang kedua belah pihak yang bersengketa—biasanya pasien atau keluarganya dan tenaga medis atau pihak rumah sakit—untuk hadir dalam sesi mediasi.

b. Pembukaan Mediasi oleh Mediator (personel internal rumah sakit)

Mediator membuka pertemuan mediasi dengan menyampaikan tujuan pemanggilan para pihak, diikuti dengan pemaparan mengenai prinsip-prinsip mediasi, antara lain kerahasiaan, kesukarelaan, dan netralitas. Selain itu, mediator menegaskan bahwa mediasi bukan merupakan proses pengadilan sehingga tidak ada pemenang maupun pecundang, melainkan merupakan upaya bersama untuk mencari solusi atas keluhan dalam pelayanan kesehatan.

c. Penyampaian Pandangan oleh Dokter dan Pasien

Setiap pihak diberikan kesempatan secara bergantian untuk menyampaikan posisi, keluhan, dan harapan mereka terkait sengketa secara terbuka dan jujur. Mediator mendengarkan secara aktif untuk memahami akar permasalahan.

d. Identifikasi Isu dan Kepentingan

Mediator membantu para pihak mengidentifikasi isu-isu utama dan kepentingan mendasar yang menjadi sumber konflik, serta menyingkirkan isu yang tidak relevan.

e. Negosiasi dan Fasilitasi Kesepakatan

Mediator memfasilitasi dialog dan negosiasi untuk mencari alternatif solusi yang dapat diterima bersama. Mediator memberikan ruang bagi para pihak untuk bertukar pendapat dan mengeksplorasi opsi penyelesaian dengan pendekatan win-win solution.

f. Penyusunan Kesepakatan Mediasi

Jika tercapai kesepakatan, mediator membantu para pihak menyusun dokumen tertulis yang berisi isi kesepakatan. Dokumen ini biasanya bersifat mengikat secara moral, dan dapat didaftarkan ke pengadilan agar memiliki kekuatan hukum.

g. Penutupan Mediasi

Mediator menutup proses mediasi dengan merangkum hasil yang dicapai serta memberikan arahan terkait tindak lanjut yang harus ditempuh oleh para pihak.

Apabila mediasi tidak berhasil mencapai kesepakatan, para pihak tetap memiliki opsi untuk menempuh jalur litigasi dengan mengajukan pengaduan kepada MDP guna memperoleh rekomendasi penyelesaian sengketa. Walaupun tahapan mediasi internal telah dirancang dengan struktur yang jelas dan mengikuti prosedur yang baku, dalam praktik pelaksanaannya masih ditemukan berbagai kendala yang menghambat efektivitas proses mediasi. Kelemahan-kelemahan tersebut antara lain:

1) Penggunaan Mediator Umum

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu Mediator Sengketa Medik dari RSUD tipe C diketahui bahwa jumlah Mediator Sengketa Medik di Provinsi Lampung pada saat penelitian dilakukan sangat terbatas terdiri dari

kalangan akademisi, dokter dan divisi hukum rumah sakit.²⁷⁷ Keterbatasan ini menciptakan tantangan yang signifikan dalam pelaksanaan mediasi sengketa medik, terutama terkait ketersediaan mediator yang memiliki kompetensi khusus di bidang kesehatan. Dalam banyak kasus,²⁷⁸ keterbatasan jumlah Mediator serta padatnya jadwal mediator yang berprofesi sebagai dokter menyebabkan mediasi sengketa medik sering kali dipimpin oleh mediator umum yang tidak memiliki latar belakang teknis dan etis di bidang kesehatan.

Penelitian ini menemukan bahwa penggunaan mediator umum menghadirkan sejumlah kelemahan yang berdampak pada kualitas dan efektivitas proses mediasi. Kelemahan utama terletak pada kurangnya kompetensi spesifik mediator umum terhadap isu-isu kesehatan, seperti pemahaman tentang standar prosedur operasional medis, prinsip etika kedokteran, dan terminologi teknis medis. Ketidaktahuan ini sering kali membuat mediator kesulitan untuk mengidentifikasi akar masalah secara akurat, yang berujung pada rekomendasi penyelesaian yang tidak relevan. Selain itu, mediator umum juga kerap gagal memahami dinamika hubungan antara pasien, dokter, dan institusi rumah sakit, yang merupakan elemen penting dalam sengketa medik.

Keterbatasan kompetensi ini berdampak langsung pada persepsi para pihak yang bersengketa. Pasien dan keluarga pasien cenderung meragukan kemampuan mediator umum untuk memfasilitasi penyelesaian sengketa secara adil dan objektif.²⁷⁹ Sebaliknya, pihak rumah sakit atau tenaga medis juga merasa bahwa mediator umum tidak memiliki pemahaman mendalam tentang kompleksitas operasional di sektor kesehatan. Ketidakpercayaan ini sering kali menghambat proses mediasi dan meningkatkan potensi kegagalan dalam mencapai kesepakatan. Akibatnya, sengketa medik yang seharusnya dapat diselesaikan secara damai di tingkat mediasi internal sering kali

²⁷⁷ Wawancara dengan Suster Stella, Manager Pelayanan Publik RS Advent Bandarlampung, (22 April 2024)

²⁷⁸ Wawancara dengan dr. Dika Oriputra, Sp.OG. sebagai dokter RS tipe C yang merangkap sebagai seorang Mediator Sengketa Medik (15 April 2024)

²⁷⁹ Hasnan Hasbi, “Regulation of the Role of Mediators in Efforts to Resolve Employment Disputes: A Comparative Study of Indonesia and United Kingdom,” *Golden Ratio of Data in Summary* 4/2 (2024), hlm. 923–31.

berlanjut ke jalur litigasi, baik melalui proses administratif maupun pengadilan.

Penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa penggunaan mediator umum yang tidak memiliki kompetensi khusus sering kali menimbulkan tantangan tambahan, termasuk dalam durasi dan efisiensi proses mediasi. Mediator yang kurang memahami substansi sengketa membutuhkan waktu lebih lama untuk mempelajari kasus, yang pada akhirnya memboroskan sumber daya dan memperpanjang waktu penyelesaian. Hal ini bertentangan dengan tujuan utama mediasi sebagai metode penyelesaian sengketa yang cepat dan hemat biaya. Selain itu, keputusan yang tidak relevan atau tidak adil dari mediator dapat memperpanjang konflik, sehingga memperburuk hubungan antara pasien dan tenaga medis.

Aspek lain yang menjadi perhatian dalam penelitian ini adalah kemampuan mediator dalam mengelola komunikasi dan emosi para pihak yang bersengketa. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, sengketa medik sering kali diwarnai oleh emosi yang intens, seperti kemarahan, frustrasi, atau ketidakpercayaan. Mediator yang tidak kompeten sering kali gagal menciptakan suasana kondusif, bahkan memicu ketegangan baru. Kondisi ini tidak hanya menghambat proses penyelesaian sengketa tetapi juga berpotensi merusak hubungan antara pasien dan institusi kesehatan.

Penelitian ini menegaskan bahwa kegagalan mediator umum dalam mengelola aspek teknis dan emosional sengketa medik berpotensi menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap mekanisme mediasi itu sendiri. Pasien atau tenaga medis yang merasa dirugikan oleh proses mediasi yang tidak kompeten cenderung memilih jalur litigasi di kemudian hari, yang justru bertentangan dengan prinsip dasar penyelesaian sengketa nonlitigasi.

2) Keterlibatan Pihak Eksternal

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir seluruh tipe rumah sakit mengalami tantangan yang signifikan dalam penyelesaian sengketa medik dengan pasien, terutama ketika pihak eksternal seperti keluarga jauh pasien

maupun oknum Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) turut terlibat. Keterlibatan pihak eksternal tersebut memberikan dampak negatif yang substansial terhadap kelancaran dan efektivitas proses mediasi sengketa medik, sering kali memperumit jalannya mediasi dengan menambah dimensi baru dalam diskusi yang sudah kompleks.²⁸⁰ Hal ini mengakibatkan proses mediasi menjadi lebih panjang karena fokus yang seharusnya pada substansi sengketa teralihkan ke isu-isu tambahan yang tidak relevan. Kurangnya pemahaman pihak eksternal terhadap konteks medis atau hukum yang melatarbelakangi sengketa membuat kontribusi mereka lebih bersifat emosional daripada konstruktif. Dalam banyak kasus, pihak eksternal bahkan memicu tekanan emosional yang berlebihan, meningkatkan eskalasi konflik antara pasien dan rumah sakit.

Penelitian ini juga menemukan bahwa keterlibatan oknum LSM dengan agenda tertentu sering kali merusak netralitas dan objektivitas proses mediasi.²⁸¹ Oknum LSM cenderung bertindak sebagai advokat bagi pasien atau keluarganya, tetapi dengan pendekatan yang tidak selalu didasarkan pada fakta atau analisis yang komprehensif. Alih-alih mencari solusi terbaik yang adil untuk semua pihak, mereka sering kali mendorong solusi yang menguntungkan pihak pasien tanpa mempertimbangkan prinsip keadilan bagi pihak rumah sakit atau tenaga medis. Pendekatan ini menciptakan ketegangan baru yang dapat memperburuk hubungan antara pasien dan institusi kesehatan. Akibatnya, proses mediasi kehilangan sifat objektivitasnya, dan hasil yang dicapai menjadi kurang adil dan kurang dapat diterima oleh semua pihak.

Lebih lanjut, penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa keterlibatan pihak eksternal meningkatkan risiko kebocoran informasi sensitif yang melanggar privasi pasien dan institusi rumah sakit. Dalam beberapa kasus, informasi

²⁸⁰ Ze-hong Zhang, “Analysis on Third-Party Mediation Mechanism in Medical Disputes Resolve,” *Chinese Hospitals*, (2010).

²⁸¹ Luiza Helena Messias Soalheiro, “Analysis of Conflict and Challenges in the Hospital Environment That Impact the Patient’s Exercise of Private Autonomy,” *RGSA: Revista de Gestão Social e Ambiental*, 10 (2024).

yang seharusnya dirahasiakan dalam proses mediasi digunakan oleh pihak eksternal untuk memperkuat posisi tawar mereka di ruang publik atau bahkan di ranah hukum. Kondisi ini menciptakan potensi konflik hukum baru yang semakin memperburuk hubungan antara pasien dan rumah sakit, serta merusak kepercayaan terhadap mediasi sebagai mekanisme penyelesaian sengketa nonlitigasi. Ketidakmampuan mediator untuk mengelola dinamika ini juga memperpanjang proses mediasi dan berpotensi menurunkan kredibilitas mekanisme tersebut di mata masyarakat.

Salah satu dampak utama keterlibatan pihak eksternal adalah meningkatnya ketegangan antara pasien dan rumah sakit. Ketegangan ini sering kali muncul karena pihak eksternal bertindak sebagai advokat pasien tanpa pemahaman mendalam tentang detail kasus medis. Mereka mungkin menuntut solusi yang tidak realistik atau tidak sesuai dengan kerangka hukum, yang pada akhirnya memicu eskalasi konflik. Dalam situasi ini, hubungan antara pihak-pihak yang bersengketa justru memburuk, menciptakan atmosfer mediasi yang tidak kondusif dan menghambat pencapaian solusi damai.

3) Kompensasi Finansial

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mediasi sengketa medik di rumah sakit sering kali berakhir dengan kesepakatan berupa ganti rugi finansial. Pendekatan tersebut dipandang sebagai solusi instan untuk meredakan konflik dan menghindari eskalasi sengketa ke ranah hukum. Meskipun menawarkan penyelesaian yang relatif cepat, pendekatan ini belum sepenuhnya efektif dalam menyelesaikan inti permasalahan serta mewujudkan keadilan yang berkelanjutan bagi seluruh pihak yang terlibat.

Penelitian mengungkapkan bahwa pasien yang menerima kompensasi finansial kerap merasa keadilan belum tercapai secara menyeluruh. Perasaan tersebut muncul terutama ketika tidak terdapat pengakuan resmi atas kesalahan maupun tindakan korektif yang dilakukan oleh pihak rumah sakit. Dalam situasi ini, pasien dan keluarga cenderung menilai kompensasi finansial sebagai upaya rumah sakit untuk “menutupi” masalah tanpa memberikan jaminan perbaikan pelayanan di masa mendatang. Sebaliknya,

tenaga medis yang terlibat dalam sengketa sering merasa dirugikan secara profesional, terutama ketika mediasi tidak didukung oleh pembuktian yang jelas terkait dugaan pelanggaran.²⁸² Ketidakadilan ini timbul karena mereka merasa disalahkan tanpa adanya evaluasi yang transparan dan akurat terhadap tindakan medis yang dilakukan.

Bagi institusi kesehatan, mengutamakan pemberian ganti rugi finansial sebagai mekanisme penyelesaian sengketa medik dapat menimbulkan beban ekonomi yang signifikan. Pendekatan ini juga memunculkan persepsi negatif di masyarakat, bahwa rumah sakit lebih memilih membayar kompensasi untuk menyelesaikan konflik daripada memperbaiki sistem internal atau meningkatkan standar pelayanan. Persepsi tersebut berpotensi merusak reputasi institusi sekaligus menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan yang profesional dan bertanggung jawab.

Penelitian ini juga menyoroti bahwa mediasi internal yang berujung pada kesepakatan finansial sering kali tidak mencerminkan penyelesaian yang adil dan berkelanjutan. Kesepakatan finansial tidak selalu diiringi oleh pengakuan kesalahan dari pihak rumah sakit atau dokter yang bersangkutan. Dalam beberapa kasus, tenaga medis yang merasa tidak bersalah memilih menyetujui penyelesaian finansial guna menghindari konsekuensi yang lebih besar, seperti kerusakan reputasi atau hilangnya kepercayaan dari pasien lain. Misalnya, dalam dugaan malapratik yang masih diperdebatkan, dokter mungkin berpendapat bahwa kondisi pasien dipengaruhi oleh faktor eksternal di luar kesalahan medis. Namun, untuk mencegah konflik berkepanjangan dan menjaga hubungan baik dengan pasien serta keluarganya, dokter atau rumah sakit dapat menyetujui kompensasi finansial sebagai solusi cepat yang tidak merugikan kedua belah pihak dalam jangka panjang.

²⁸² Yanfei Shen, “Analysis of the Characteristics, Efficiency, and Influencing Factors of Third-Party Mediation Mechanisms for Resolving Medical Disputes in Public Hospitals in China,” *BMC Public Health*, 24/1, (2024).

Meskipun menawarkan solusi yang cepat, pendekatan ini bersifat sementara dan tidak menyelesaikan akar masalah, seperti kesalahan prosedur, komunikasi yang kurang efektif antara dokter dan pasien, maupun lemahnya sistem manajemen risiko di rumah sakit. Akibatnya, potensi terjadinya sengketa serupa tetap ada di masa depan, menciptakan siklus masalah yang berulang tanpa adanya pembaruan sistem yang signifikan.

Kesepakatan finansial dalam mediasi sengketa medik lebih mengarah pada solusi praktis yang dapat diterima oleh semua pihak. Walaupun tidak selalu mencerminkan keadilan ideal, mekanisme ini tetap menjadi alternatif penyelesaian sengketa yang lebih efisien dibandingkan dengan litigasi. Melalui proses ini, pasien memperoleh kompensasi atas kerugian yang dialami, sementara rumah sakit maupun tenaga medis dapat menyelesaikan konflik tanpa harus menempuh proses hukum yang kompleks dan berisiko tinggi.

4) Hasil Mediasi Tidak Selalu *Win-Win Solution*

Kesepakatan yang dicapai dalam mediasi tidak selalu mengarah pada solusi yang menguntungkan kedua belah pihak secara seimbang, tetapi lebih kepada kesepakatan yang dapat diterima berdasarkan keadaan dan kebutuhan masing-masing pihak. Dalam beberapa kasus, salah satu pihak mungkin harus mengalah lebih banyak demi menghindari konflik yang semakin memburuk atau mempercepat penyelesaian sengketa. Hal ini sering terjadi dalam sengketa medik, di mana pasien atau keluarga pasien mungkin berharap mendapatkan kompensasi yang lebih besar, sedangkan rumah sakit atau tenaga medis memiliki keterbatasan dalam memenuhi tuntutan tersebut.

Di sisi lain, dokter mungkin merasa tidak melakukan kesalahan dan membutuhkan waktu untuk pembuktian, misalnya dengan mengevaluasi kemungkinan error dalam alat medis atau faktor lain yang berkontribusi pada hasil pengobatan yang tidak diharapkan. Namun, agar sengketa tidak berlarut-larut dan mempengaruhi reputasi rumah sakit, dokter dapat menerima penyelesaian sengketa dengan kesepakatan finansial demi menjaga nama baik institusi tempatnya bekerja. Dalam situasi seperti ini, meskipun dokter merasa

tidak bersalah, ia tetap memilih untuk menyelesaikan sengketa secara damai guna menghindari proses hukum yang panjang serta potensi kerugian lebih besar bagi rumah sakit.

b. Kelemahan dari Pelaksanaan Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit di Bandarlampung serta kajian dari beberapa artikel jurnal yang tersebar di berbagai wilayah Indonesia, dapat diketahui bahwa terdapat beberapa kelemahan dari pelaksanaan mediasi dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia, yaitu:

1) Belum ada Regulasi Khusus yang Mengatur Mediasi Sengketa Medik

Saat ini, Indonesia belum memiliki regulasi yang secara khusus mengatur prosedur dan mekanisme mediasi dalam penyelesaian sengketa medik. Meskipun mediasi telah diakui sebagai metode penyelesaian sengketa dalam Peraturan Mahkamah Agung (Perma) No. 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan, peraturan tersebut masih bersifat umum dan tidak secara spesifik mengakomodasi kebutuhan dalam mediasi sengketa medik. Akibatnya, tidak ada pedoman baku yang dapat dijadikan acuan dalam pelaksanaan mediasi sengketa medik, baik di tingkat rumah sakit.

2) Belum Semua Rumah Sakit Menyediakan Unit Layanan Mediasi Internal yang Professional

Beberapa rumah sakit hanya menangani sengketa secara informal melalui staf internal tanpa adanya prosedur yang jelas. Ketiadaan mekanisme mediasi yang baik di dalam rumah sakit menyebabkan banyak sengketa yang seharusnya dapat diselesaikan secara damai justru berlanjut ke jalur hukum, yang pada akhirnya memakan waktu dan biaya yang lebih besar bagi semua pihak.

3) Kompetensi Mediator yang Beragam

Dalam praktik penyelesaian sengketa medik, kompetensi mediator menunjukkan variasi yang signifikan, baik dari segi latar belakang pendidikan, pengalaman, maupun keterampilan interpersonal. Sebagian mediator memiliki latar belakang medis yang kuat sehingga mampu

memahami aspek teknis dan etis dalam sengketa kesehatan. Di sisi lain, terdapat mediator yang berasal dari bidang hukum atau sosial, yang lebih menguasai aspek regulasi dan dinamika komunikasi antar pihak

Variasi kompetensi ini terutama disebabkan oleh belum adanya regulasi khusus yang mengatur standar kualifikasi dan kompetensi mediator secara komprehensif. Akibatnya, mediator yang berlatar belakang hukum cenderung lebih memahami aspek regulasi namun kurang memiliki pengetahuan medis mendalam, sedangkan tenaga medis yang bertindak sebagai mediator mungkin memahami aspek klinis tetapi kurang memiliki keterampilan hukum dan teknik mediasi yang memadai

Perbedaan ini berpengaruh langsung pada efektivitas mediasi sengketa medik, terutama dalam kemampuan mediator mengidentifikasi akar permasalahan dan merumuskan solusi yang adil bagi semua pihak. Tanpa standar kompetensi yang jelas, proses mediasi berpotensi kurang objektif dan kurang profesional, sehingga menghambat tercapainya kesepakatan yang memuaskan.

4) Kesadaran Dokter dan Pasien untuk Menggunakan Mekanisme Mediasi Masih Rendah

Secara umum, paradigma dominan di masyarakat Indonesia masih menempatkan pengadilan sebagai forum utama penyelesaian sengketa. Terdapat anggapan bahwa keadilan hanya dapat dicapai melalui proses litigasi formal, sehingga setiap sengketa, termasuk sengketa medik, cenderung langsung diajukan ke ranah peradilan tanpa mempertimbangkan alternatif penyelesaian yang lebih cepat, fleksibel, dan efisien seperti mediasi.

Selain itu, dokter atau tenaga medis seringkali enggan berpartisipasi dalam proses mediasi. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain jadwal praktik yang padat dan kekhawatiran terhadap potensi kerugian reputasi pribadi maupun institusi rumah sakit apabila melibatkan pihak ketiga, seperti mediator independen atau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

eksternal. Kondisi tersebut mendorong tenaga medis untuk lebih memilih menyelesaikan sengketa melalui negosiasi langsung dengan pasien tanpa melibatkan mediator formal.²⁸³

Namun demikian, pendekatan negosiasi langsung memiliki risiko signifikan, terutama karena terdapat ketidakseimbangan pengetahuan teknis dan posisi tawar antara tenaga medis dan pasien, yang dapat mempengaruhi hasil kesepakatan. Dalam skenario terburuk, kegagalan negosiasi justru akan mengakibatkan pemborosan waktu dan biaya, serta meningkatkan potensi meluasnya sengketa ke jalur litigasi yang lebih kompleks dan memakan waktu panjang.

3.5 Analisis Komparatif Mediasi Sengketa Medik di Amerika Serikat dan Jepang

Sengketa medik merupakan konflik yang timbul ketika harapan pasien terhadap proses pelayanan kesehatan tidak terpenuhi. Kekecewaan pasien umumnya dipicu oleh ketidaksesuaian hasil pengobatan dengan ekspektasi, yang diperburuk oleh komunikasi yang tidak efektif atau minimnya informasi yang diberikan oleh dokter. Kondisi ini sering berujung pada pengajuan tuntutan hukum ke pengadilan oleh pasien sebagai upaya penyelesaian sengketa. Meskipun demikian, penyelesaian sengketa medik sejatinya dianjurkan untuk terlebih dahulu menggunakan mekanisme alternatif penyelesaian sengketa (APS). Hal ini sebagaimana diatur dalam Pasal 310 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa perselisihan akibat dugaan kesalahan tenaga medis atau tenaga kesehatan diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.

Dalam konteks internasional, Amerika dan Jepang telah menunjukkan kemajuan signifikan dalam implementasi mediasi sengketa medik, menjadikannya *role model* yang patut dipelajari. Model mediasi sengketa medik di kedua negara tersebut akan dibahas secara mendalam sebagai referensi strategis bagi pengembangan

²⁸³ Wawancara dengan Suster Stella, Manager Pelayanan Publik RS Advent Bandarlampung, (22 April 2024)

mekanisme penyelesaian sengketa medik di Indonesia, guna mewujudkan sistem yang lebih efektif, efisien, dan berkeadilan bagi seluruh pihak terkait.

3.5.1 Mediasi Sengketa medik di Amerika Serikat

Penggunaan mediasi dalam sengketa medis di Amerika Serikat dapat ditelusuri sejak pertengahan tahun 1980-an, ketika negara tersebut menghadapi krisis malapraktik.²⁸⁴ Pada masa itu terjadi lonjakan signifikan jumlah klaim malapraktik, besarnya putusan juri, serta kenaikan premi asuransi yang membebani para dokter dan rumah sakit.²⁸⁵ Situasi tersebut mendorong pencarian mekanisme alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan, dan mediasi kemudian berkembang menjadi salah satu instrumen utama.

Kebutuhan terhadap mekanisme alternatif tersebut semakin terasa karena sistem pelayanan kesehatan di Amerika Serikat ditandai oleh kompleksitas yang tinggi, biaya yang besar, serta sifat personal yang mendalam. Faktor-faktor ini menjadikan sistem kesehatan secara inheren rentan terhadap konflik. Ketidaksesuaian antara harapan pasien dan hasil klinis, kegagalan komunikasi, maupun insiden medis yang merugikan sering kali memicu sengketa yang, apabila tidak dikelola dengan tepat, dapat bereskalasi menjadi litigasi panjang, mahal, dan menimbulkan beban emosional. mediasi sengketa medik kemudian hadir menjadi sarana penyelesaian yang lebih konstruktif dan efisien.

Sejumlah penelitian kemudian menunjukkan konsistensi efektivitas mediasi dalam penyelesaian sengketa medis. Studi yang dilakukan oleh Health and Hospitals Corporation (HHC) melaporkan tingkat penyelesaian sebesar 68,4% (13 dari 19 kasus). Sementara itu, penelitian *Mediation of Suits against Hospitals* (MeSH) menemukan tingkat keberhasilan sedikit lebih tinggi, yakni 70,6% (22 dari 31 kasus). Data ini menunjukkan bahwa sekitar tujuh dari sepuluh klaim malapraktik

²⁸⁴ David H. Sohn dan B. Sonny Bal, “Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution”, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 470/5 (2012), hlm. 1370–78.

²⁸⁵ *Ibid.*

yang dibawa ke jalur mediasi berhasil diselesaikan tanpa melalui proses persidangan.²⁸⁶

Efektivitas mediasi juga tercermin dari program pra-gugatan wajib di University of Florida Health (Florida Presuit Mediation Program/FLPSMP). Analisis selama delapan tahun menunjukkan bahwa hampir 70% klaim yang dimediasi dapat diselesaikan dengan baik. Walaupun tingkat keberhasilan tahunan bervariasi, capaian tersebut tetap konsisten tinggi dan memperlihatkan bahwa sistem mediasi yang terstruktur serta diwajibkan mampu mengurangi beban litigasi secara signifikan.

Lebih jauh, sebuah studi empiris terhadap seorang mediator berpengalaman mengungkap tingkat keberhasilan penyelesaian sengketa lebih dari 94%. Angka ini bahkan meningkat hingga melampaui 99% ketika mediator menggunakan teknik *Mediator's Proposal*.²⁸⁷ Temuan tersebut memperlihatkan bahwa efektivitas mediasi tidak hanya ditentukan oleh keberadaan sistemnya, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh keterampilan dan strategi yang digunakan oleh mediator.

a. Perbedaan Pendekatan Pengaturan Mediasi Sengketa Medik di Negara Bagian Amerika Serikat

Berbeda dengan sistem hukum di Indonesia, Amerika Serikat tidak memiliki kerangka kerja federal tunggal yang mengatur mediasi malapraktik medis. Sebaliknya, regulasi sengketa medis dan penggunaan Penyelesaian Sengketa Alternatif (ADR) sebagian besar berada di bawah yurisdiksi masing-masing negara bagian.²⁸⁸ Namun, untuk menciptakan keseragaman hukum mediasi di antara negara bagian, Amerika Serikat memiliki *Uniform Mediation Act* (UMA) dengan tujuan utama untuk memberikan perlindungan hukum yang kuat terhadap

²⁸⁶ Carol B. Liebman, "Medical Malpractice Mediation: Benefits Gained, Opportunities Lost", *Law & Contemporary Problems*, 74/3 (2011), hlm. 135.

²⁸⁷ Daniel Klerman dan Lisa Klerman, "Inside the Caucus: An Empirical Analysis of Mediation from Within", *Journal of Empirical Legal Studies*, 12/4 (2015), hlm. 686–715.

²⁸⁸ National Conference of State Legislatures, "Medical Liability/Malpractice ADR and Screening Panels Statutes", <https://www.ncsl.org/financial-services/medical-liability-malpractice-adr-and-screening-panels-statutes>, Diakses 22 September 2025.

kerahasiaan komunikasi selama mediasi, yang disebut "hak istimewa" (*privilege*), untuk mendorong para pihak berbicara secara terbuka.

Peraturan yang diterapkan beragam di seluruh negara bagian menyebabkan pendekatan kebijakan yang berbeda terhadap penyeimbangan hak-hak pasien dan pengendalian biaya perawatan kesehatan. Pendekatan negara bagian terhadap mediasi medis dapat secara luas dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Mediasi Wajib Pra-Gugatan: Sejumlah negara bagian telah memberlakukan undang-undang yang mengharuskan para pihak untuk mencoba mediasi *sebelum* kasus malapraktik medis dapat dilanjutkan ke persidangan di pengadilan. Tujuan dari mandat ini adalah untuk mendorong penyelesaian dini, menyaring klaim yang tidak berdasar, dan mengurangi beban pada sistem peradilan.²⁸⁹
 - a) Florida: Mewajibkan semua pihak untuk menghadiri mediasi wajib dalam waktu 120 hari setelah gugatan diajukan.
 - b) Washington: Menetapkan bahwa semua gugatan atas cedera akibat layanan kesehatan harus tunduk pada mediasi wajib sebelum persidangan.
 - c) Connecticut: Mewajibkan mediasi untuk semua tindakan perdata yang menuntut ganti rugi atas cedera atau kematian yang diduga akibat kelalaian penyedia layanan kesehatan.
 - d) South Carolina: Mengharuskan para pihak untuk berpartisipasi dalam mediasi sebelum gugatan malapraktik medis diajukan ke pengadilan.
- 2) Panel Penyaringan Medis: Beberapa negara bagian menggunakan pendekatan hibrida yang berfungsi sebagai bentuk evaluasi netral awal, yang mirip dengan mediasi. Mereka membentuk panel penyaringan atau peninjauan untuk menilai kelayakan klaim sebelum litigasi penuh diizinkan.
 - a) Wisconsin: Menciptakan sistem Panel Mediasi Medis, yang terdiri dari seorang pengacara, seorang penyedia layanan kesehatan, dan seorang awam. Semua klaim malapraktik harus melalui proses ini, yang memberikan evaluasi netral awal yang tidak mengikat untuk mengidentifikasi klaim tanpa dasar dan mempercepat penyelesaian klaim

²⁸⁹ Ibid.

yang layak.²⁹⁰

- b) Maine & New Hampshire: Memiliki panel pra-litigasi dengan tujuan serupa, yaitu untuk mengidentifikasi klaim yang layak mendapatkan kompensasi dan mendorong penyelesaian dini, serta mengidentifikasi klaim yang tidak berdasar dan mendorong penarikan mereka.²⁹¹
- 3) Mediasi yang Diperintahkan Pengadilan: Ini adalah pendekatan yang paling umum di banyak negara bagian. Dalam sistem ini, mediasi tidak diwajibkan sebelum mengajukan gugatan, tetapi setelah gugatan diajukan dan kasus berjalan, hakim akan mengeluarkan perintah yang mewajibkan para pihak untuk berpartisipasi dalam mediasi sebagai bagian dari proses prapersidangan.²⁹²
 - a) District of Columbia: Setelah gugatan diajukan, pengadilan akan mewajibkan para pihak untuk memasuki mediasi sebelum litigasi lebih lanjut.
 - b) New York: Mewajibkan konferensi penyelesaian wajib dalam waktu 45 hari setelah kasus siap untuk diadili.
 - c) Maryland: Mengharuskan pengadilan untuk memerintahkan para pihak untuk terlibat dalam ADR pada tanggal sedini mungkin setelah jawaban tergugat diajukan.

Negara-negara bagian yang menerapkan mediasi wajib atau panel penyaringan secara eksplisit memprioritaskan pada pengendalian biaya dan efisiensi peradilan. Peraturan ini dirancang untuk menyaring kasus-kasus yang dianggap lemah dan memaksa para pihak untuk terlibat dalam diskusi penyelesaian yang serius pada tahap awal, sehingga mengurangi volume dan biaya litigasi secara keseluruhan.

Adopsi mediasi dalam sistem kesehatan Amerika Serikat mengalihkan sengketa dari ruang sidang yang mahal dan adversarial dan membantu mengurangi "biaya transaksi" yang sangat besar dari sistem litigasi malapraktik. Mempertimbangkan bahwa kompensasi yang lebih cepat bagi pasien yang cedera juga menjadi unsur

²⁹⁰Wisconsin Court System, “Wisconsin Court System - Medical Mediation Panels”, <https://www.wicourts.gov/courts/offices/mmp.htm>, Diakses 22 September 2025.

²⁹¹ National Conference of State Legislatures, *Loc. cit.*

²⁹² Jaime Lindsey, Margaret Doyle, dan Katarzyna Wazynska-Finck, “Navigating Conflict: The Role of Mediation in Healthcare Disputes”, *Clinical Ethics*, 19/1 (2024), hlm. 26–34.

penting. Lebih jauh lagi, dengan memfasilitasi dialog dan memungkinkan solusi yang berfokus pada perbaikan sistem. Mediasi memiliki potensi unik untuk mengubah setiap sengketa menjadi peluang belajar, mediasi dapat membantu institusi kesehatan mengidentifikasi dan memperbaiki kelemahan dalam protokol keselamatan pasien mereka, yang pada akhirnya berkontribusi pada sistem perawatan kesehatan yang lebih aman dan berkualitas lebih tinggi untuk semua.²⁹³

mediasi sengketa medik di Amerika Serikat telah beralih dari eksperimen dalam resolusi konflik menjadi pilar penting dalam sistem keadilan kesehatan. Penelitian diatas membuktikan pemerintah Amerika Serikat sangat mendukung perluasan dan pengintegrasinya yang lebih dalam sebagai pendekatan standar untuk menyelesaikan sengketa medis, demi keuntungan pasien, penyedia layanan, dan sistem kesehatan secara keseluruhan.

b. Lembaga Mediasi Kesehatan di Amerika Serikat

American Health Law Association (AHLA) secara khusus melayani komunitas hukum kesehatan dan merupakan sumber daya utama untuk penyelesaian sengketa medik.²⁹⁴ Misi AHLA adalah menyelesaikan sengketa secara efisien agar industri kesehatan dapat tetap fokus pada perawatan pasien. Mereka memelihara daftar mediator, arbiter, dan petugas pemeriksa (*hearing officers*) terkemuka dengan keahlian hukum kesehatan. AHLA secara aktif mendorong mediasi, bahkan sebelum klaim hukum diajukan, karena prosesnya yang lebih hemat biaya, waktu, dan gesekan dibandingkan litigasi. Salah satu fitur unik dari layanan mediasi AHLA adalah tidak ada biaya administrasi yang dibebankan kepada para pihak. AHLA menyediakan program pelatihan yang ketat untuk memenuhi syarat sebagai arbiter untuk Layanan Penyelesaian Sengketa mereka, memastikan para netral memiliki pengetahuan substantif dan keterampilan yang diperlukan untuk menangani kasus-kasus hukum kesehatan secara efektif.

²⁹³ Caitlin McClay, “Mediation in Medical Treatment: A More Effective Way to Manage Disputes”, *Catholic University Law Review*, 68/3 (2019), hlm. 526.

²⁹⁴ American Health Law Association, “AHLA - Dispute Resolution Services”, <https://www.americanhealthlaw.org/dispute-resolution-services>, Diakses 22 September 2025..

c. Tahapan Proses Mediasi Sengketa Medik di Amerika

Proses mediasi dalam kasus malapratik medis bukanlah peristiwa tunggal, melainkan sebuah rangkaian tahapan yang terstruktur dan logis. Setiap tahap memiliki tujuan spesifik, mulai dari membangun dasar faktual dan hukum kasus hingga memfasilitasi negosiasi akhir. Memahami alur kronologis ini sangat penting untuk mengapresiasi bagaimana mediasi berfungsi sebagai mekanisme penyelesaian sengketa yang sistematis.

1) Pra-Mediasi

Sebelum mediasi dapat berlangsung secara efektif, landasan kasus harus dibangun dengan kokoh. Fase ini terjadi sebelum para pihak bertemu dengan mediator dan sering kali merupakan bagian dari proses litigasi awal.

- a) Konsultasi Awal dan Evaluasi Kasus: Proses biasanya dimulai ketika seorang pasien yang merasa dirugikan oleh perawatan medis berkonsultasi dengan seorang pengacara yang berspesialisasi dalam malapratik medis.²⁹⁵ Langkah pertama yang krusial bagi pengacara adalah melakukan evaluasi kasus yang mendalam. Ini melibatkan:
 - i) Pengumpulan Catatan Medis: Mengumpulkan semua dokumentasi medis yang relevan, termasuk riwayat perawatan, laporan diagnostik, dan catatan dokter.²⁹⁶
 - ii) Konsultasi dengan Ahli Medis: Pengacara akan menyewa ahli medis independen dalam spesialisasi yang sama atau serupa dengan dokter yang digugat. Ahli ini akan meninjau catatan medis untuk memberikan pendapat profesional tentang apakah standar perawatan yang diterima telah dilanggar dan apakah pelanggaran tersebut secara langsung menyebabkan kerugian bagi pasien.²⁹⁷ Di banyak negara bagian, "Afidavit Kelayakan" (*Affidavit of Merit*) dari seorang ahli diperlukan untuk mengajukan gugatan.²⁹⁸

²⁹⁵ Becker Law, “Medical Malpractice Lawsuit Process: A Step-by-Step Guide”, 14 April 2025, <https://www.beckerjustice.com/blog/the-medical-malpractice-lawsuit-process-a-step-by-step-guide/>, Diakses 22 September 2025.

²⁹⁶ *Ibid.*

²⁹⁷ Becker Law, *Loc. cit.*

²⁹⁸ Frances Badayos, “Key Elements of a Medical Malpractice Settlement Process”, Tittle & Perlmuter, 9 Mei 2025, <https://tittlelawfirm.com/elements-of-a-medical-malpractice-settlement-process/>, Diakses 22 September 2025.

- iii) Penilaian Kekuatan Kasus: Berdasarkan bukti dan pendapat ahli, pengacara akan mengevaluasi kekuatan dan kelemahan kasus untuk menentukan apakah kasus tersebut layak untuk dilanjutkan.²⁹⁹
- b) Pengajuan Gugatan dan Fase Penemuan (*Discovery*): Jika kasus dinilai memiliki dasar yang kuat, pengacara akan secara resmi mengajukan gugatan di pengadilan.¹⁶ Pengajuan ini memulai fase litigasi yang dikenal sebagai "penemuan" (*discovery*). Fase ini sangat penting karena informasi yang dikumpulkan di sini akan menjadi dasar bagi semua negosiasi penyelesaian di masa depan, termasuk mediasi.¹⁸ Selama fase penemuan, kedua belah pihak (penggugat dan tergugat) secara resmi bertukar informasi melalui beberapa mekanisme hukum:³⁰⁰
 - i) Interogatori: Pertanyaan tertulis yang harus dijawab di bawah sumpah oleh pihak lawan.
 - ii) Permintaan Produksi Dokumen: Permintaan resmi untuk dokumen, catatan, dan bukti fisik lainnya.
 - iii) Deposisi: Sesi tanya jawab di luar pengadilan di mana saksi (termasuk pasien, dokter, dan ahli) memberikan kesaksian di bawah sumpah yang dicatat oleh seorang reporter pengadilan.

Fase penemuan bisa memakan waktu Namun, ini penting untuk memastikan bahwa kedua belah pihak memiliki pemahaman yang lengkap tentang fakta dan bukti sebelum memasuki mediasi.

2) Persiapan Sesi Mediasi

Setelah fase penemuan yang substansial selesai dan kedua belah pihak memiliki gambaran yang jelas tentang kasus mereka, mereka sering kali setuju (atau diperintahkan oleh pengadilan) untuk melakukan mediasi. Persiapan tersebut diantaranya: ³⁰¹

- a) Pemilihan Mediator: Para pihak harus menyetujui seorang mediator netral. Seringkali, mereka akan memilih dari daftar mediator yang disetujui

²⁹⁹ Becker Law, *Loc. cit.*

³⁰⁰ D. Bowen Berry, “The Physician’s Guide to Medical Malpractice”, *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 14/1 (2001), hlm. 109–12.

³⁰¹ National Conference of State Legislatures, *Loc. cit.*

pengadilan atau yang berafiliasi dengan organisasi ADR terkemuka seperti *American Health Law Association* (AHLA). Dalam sengketa medis, sangat penting untuk memilih mediator yang memiliki keahlian substansial dalam hukum kesehatan dan malapraktik medis. Mediator yang memahami nuansa medis dan hukum dapat lebih efektif dalam memfasilitasi diskusi yang produktif.

- b) Pernyataan Mediasi Rahasia: Beberapa hari atau minggu sebelum sesi mediasi, setiap pihak akan menyerahkan "pernyataan mediasi" atau "ringkasan mediasi" yang bersifat rahasia kepada mediator (tetapi biasanya tidak dibagikan kepada pihak lawan). Dokumen ini adalah alat penting yang memungkinkan mediator untuk memahami kasus secara mendalam sebelum sesi dimulai. Pernyataan ini biasanya mencakup:
 - i) Ringkasan singkat fakta dari perspektif pihak tersebut.
 - ii) Identifikasi isu-isu hukum dan faktual yang disengketakan.
 - iii) Ringkasan argumen hukum utama dan bukti pendukung.
 - iv) Diskusi tentang kerusakan yang diklaim.
 - v) Riwayat negosiasi penyelesaian sebelumnya (jika ada).
 - vi) Posisi penyelesaian rahasia mereka.
 - vii)
- c) Panggilan Pra-Mediasi: mediator yang proaktif akan mengadakan panggilan konferensi terpisah dengan tim hukum masing-masing pihak sebelum sesi mediasi tatap muka atau virtual.³⁰² Panggilan ini memiliki beberapa tujuan penting: membangun hubungan baik dengan mediator, mengklarifikasi isu-isu kunci, mengidentifikasi potensi hambatan, membahas siapa yang akan hadir di mediasi (misalnya, perwakilan asuransi dengan otoritas penyelesaian penuh), dan menetapkan agenda untuk hari mediasi.

³⁰² American Health Law Association, “AHLA - Serving as a Mediator”, <https://www.americanhealthlaw.org/dispute-resolution-services/serving-as-a-neutral/serving-as-a-mediator>, Diakses 23 September 2025.

3) Pelaksanaan Mediasi

Hari mediasi adalah puncak dari proses tersebut. Meskipun formatnya bisa bervariasi, struktur umumnya mengikuti pola yang dapat diprediksi.

- a) Pernyataan Pembuka (Seringkali dalam Sesi Bersama): Sesi biasanya dimulai dengan semua pihak berkumpul di satu ruangan. Mediator akan memperkenalkan diri, menjelaskan peran mereka, menguraikan proses dan aturan dasar, dan yang terpenting, menekankan sifat kerahasiaan dari semua komunikasi. Setelah itu, setiap pihak mungkin diberi kesempatan untuk membuat pernyataan pembuka. Ini adalah kesempatan bagi pengacara untuk menyajikan kasus mereka langsung kepada pihak lawan. Namun, ada tren yang berkembang di kalangan mediator untuk meminimalkan atau bahkan melewati sesi bersama ini. Alasannya adalah bahwa pernyataan pembuka sering kali menjadi sangat adversarial dan dapat memperkuat permusuhan, membuat kompromi menjadi lebih sulit di kemudian hari. Banyak mediator merasa lebih produktif untuk langsung beralih ke sesi pribadi (kaukus).³⁰³
- b) Kaukus : Ini adalah jantung dari proses mediasi.³⁰⁴ Setelah sesi bersama (jika ada), para pihak akan pindah ke ruang-ruang terpisah, dan mediator akan bergerak di antara mereka. Sesi-sesi pribadi ini, yang dikenal sebagai kaukus, sepenuhnya rahasia; mediator tidak akan mengungkapkan apa yang dibicarakan dalam satu kaukus kepada pihak lain tanpa izin eksplisit.

Kerahasiaan kaukus adalah yang memungkinkan kemajuan nyata terjadi. Dalam lingkungan yang aman ini, para pihak dapat berbicara terus terang dengan mediator tentang:

- a) Kekuatan dan kelemahan kasus mereka.
- b) Kepentingan dan kebutuhan mereka yang sebenarnya (misalnya, kebutuhan akan permintaan maaf, keamanan finansial, atau penutupan

³⁰³ Todd N. Hendrickson P.C., “Understanding Mediation in Medical Malpractice Cases”, 11 September 2024, <https://www.hendricksonlaw.com/understanding-mediation-in-medical-malpractice-cases/>, Diakses 23 September 2025.

³⁰⁴ Robert L. Harris, Sr. dan Mark E. Rubin, “Mediation: Better Resolution of Medical Malpractice Claims”, *Ramifications*, Desember 2003.

emosional).

- c) Batas wewenang penyelesaian mereka.
- d) Kekhawatiran dan ketakutan mereka tentang melanjutkan ke pengadilan.

Di dalam kaukus, peran mediator bergeser dari sekadar fasilitator menjadi "agen realitas". Mereka dapat dengan lembut meluruskan asumsi, menunjukkan risiko dalam argumen hukum, dan membantu para pihak melihat kasus dari perspektif juri hipotetis. Proses ini membantu para pihak bergerak melampaui retorika adversarial dan mulai secara serius mempertimbangkan kemungkinan kompromi. Keberhasilan mediasi sering kali bergantung pada kemampuan mediator untuk membangun kepercayaan dan memfasilitasi diskusi yang jujur dan reflektif di dalam kaukus.

4) Negosiasi dan Penyelesaian

Fase kaukus secara alami mengarah pada negosiasi aktif, yang difasilitasi oleh mediator.

- a) Negosiasi yang Difasilitasi: Mediator bertindak sebagai perantara, membawa tawaran dan penawaran balasan di antara para pihak. Namun, peran mereka lebih dari sekadar pembawa pesan. Mereka membantu menafsirkan tawaran, mengelola reaksi emosional, dan menyarankan cara-cara kreatif untuk menjembatani kesenjangan antara posisi para pihak. Negosiasi ini bisa berlangsung selama berjam-jam, dengan kemajuan yang sering kali bersifat inkremental.
- b) Proposal Mediator: Jika negosiasi mencapai jalan buntu, di mana kedua belah pihak tampaknya tidak mau bergerak lebih jauh, mediator dapat menggunakan teknik yang sangat efektif yang dikenal sebagai "Proposal Mediator".³⁰⁵ Mediator akan merumuskan angka penyelesaian yang menurut pengalaman mereka adil, masuk akal, dan memiliki peluang terbaik untuk diterima oleh kedua belah pihak. Mereka kemudian akan mengajukan proposal ini kepada setiap pihak secara terpisah dan rahasia. Setiap pihak kemudian memberi tahu mediator apakah mereka menerima

³⁰⁵ Daniel Klerman dan Lisa Klerman, "Inside the Caucus: An Empirical Analysis of Mediation from Within", *Journal of Empirical Legal Studies*, 12/4 (2015), hlm. 686–715.

atau menolak proposal tersebut.

- i) Jika kedua belah pihak menerima, kasus tersebut diselesaikan pada angka yang diusulkan.
- ii) Jika salah satu atau kedua belah pihak menolak, mediator akan melaporkan bahwa tidak ada kesepakatan, tanpa mengungkapkan pihak mana yang menolak.

Teknik ini sangat kuat karena memungkinkan para pihak untuk menyetujui penyelesaian tanpa harus membuat konsesi akhir secara langsung kepada lawan mereka. Data menunjukkan bahwa ketika Proposal Mediator digunakan, tingkat keberhasilan penyelesaian bisa mencapai lebih dari 99%.³⁰⁶

5) Pasca-Mediasi

Hasil dari sesi mediasi menentukan langkah selanjutnya.

- a) Perjanjian Penyelesaian: Jika kesepakatan tercapai, para pihak biasanya akan segera menyusun dan menandatangani "lembar persyaratan" (*term sheet*) atau "nota kesepahaman" (*memorandum of understanding*) yang mengikat sebelum meninggalkan mediasi. Dokumen ini menguraikan syarat-syarat penting dari penyelesaian. Pengacara kemudian akan merancang perjanjian penyelesaian formal yang lebih rinci dan dokumen-dokumen pelepasan (*release documents*) dalam beberapa hari atau minggu berikutnya. Setelah ditandatangani, perjanjian ini secara hukum mengakhiri sengketa.³⁰⁷
- b) Tanpa Penyelesaian: Jika tidak ada kesepakatan yang tercapai pada hari mediasi, kasus tersebut akan kembali ke jalur litigasi menuju persidangan. Namun, mediasi yang "gagal" sering kali tidak sia-sia. Proses ini hampir selalu membantu para pihak memperjelas dan mempersempit isu-isu yang disengketakan, mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang kekuatan dan kelemahan kasus lawan, dan membuka saluran komunikasi. Tidak jarang, momentum yang diciptakan selama mediasi mengarah pada

³⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁷ New Jersey Association of Professional Mediators (NJAPM), "Health Care and Medical", <https://njapm.org/page/healthcare-and-medical>, Diakses 23 September 2025.

penyelesaian di minggu-minggu atau bulan-bulan berikutnya, sebelum persidangan dimulai.³⁰⁸

3.5.2 Mediasi Sengketa Medik di Jepang

Alternative Dispute Resolution pertama kali diperkenalkan dalam bidang pelayanan kesehatan pada tahun 1990 sebagai alternatif penyelesaian sengketa medik di luar pengadilan. Pendekatan ADR yang diterapkan meliputi arbitrase, mediasi, screening panels, dan evaluasi awal, yang kesemuanya difasilitasi oleh pihak netral (*neutral party*). Penyelesaian sengketa melalui ADR disorot sebagai pengganti litigasi sengketa medik, karena metode ini memungkinkan terjadinya dialog tatap muka antara tenaga medis dan pasien, sehingga meminimalisir eskalasi konflik dan menjaga hubungan baik antara kedua belah pihak.

a. Dasar Hukum ADR di Jepang

Di Jepang, pengaturan mengenai ADR diatur dalam Hukum Acara Perdata Jepang (民事訴訟法 *Minji-soshō-hō*, 1996). Jepang membagi ADR ke dalam dua jenis, yaitu:³⁰⁹

1) *Chotei* (調停)

Chotei merupakan proses arbitrase formal yang melibatkan pihak ketiga netral dan profesional untuk memberikan keputusan bersifat mengikat dan final. *Chotei* umumnya digunakan dalam sengketa yang memerlukan kepastian hukum cepat dan tidak dapat diselesaikan melalui negosiasi informal.

2) *Wakai* (和解)

Wakai adalah bentuk mediasi yang melibatkan pihak ketiga netral (mediator) untuk membantu pihak-pihak yang bersengketa mencapai kesepakatan bersama secara damai. Karakteristik: lebih fleksibel dibandingkan *Chotei*. Penggunaan: umumnya untuk sengketa kecil hingga menengah, seperti perselisihan kontrak, keluarga, atau sengketa medik

³⁰⁸ Departmental Appeals Board (DAB), “Mediation”, Page, 12 Oktober 2021, <https://www.hhs.gov/about/agencies/dab/adr-services/mediation/index.html>, Diakses 23 September 2025.

³⁰⁹ Kaori Taniguchi, Takashi Watari, dan Kiwamu Nagoshi, “Characteristics and Trends of Medical Malpractice Claims in Japan between 2006 and 2021”, *PLOS ONE*, 18/12 (2023).

ringan. Keunggulan dari bentuk mediasi ini adalah sifatnya tidak mengikat, sehingga para pihak memiliki kebebasan untuk menghentikan proses kapan saja jika kesepakatan tidak tercapai. Dasar hukum: diatur dalam Pasal 267 Hukum Acara Perdata Jepang (*民事訴訟法 Minji-soshō-hō*, 1996).³¹⁰

a. Makna Etimologis dan Filosofis Mediasi (*Wakai*)

Secara etimologis, istilah mediasi berasal dari bahasa Latin “*mediare*”, yang berarti “berada di tengah-tengah”. Dengan demikian, mediator adalah pihak netral yang berposisi di tengah untuk membantu para pihak yang bersengketa mencapai kesepakatan.

Dalam konteks budaya hukum Jepang, *Wakai* (和解) secara harfiah berarti “damai”. Konsep ini menekankan pada penyelesaian sengketa yang mengutamakan keharmonisan sosial (*wa* 和), serta proses negosiasi damai dengan bantuan penengah (mediator) yang netral dan dihormati oleh kedua belah pihak.³¹¹

Dengan demikian, Wakai merupakan mekanisme penyelesaian sengketa khas Jepang yang menekankan musyawarah mufakat, keadilan restoratif, dan pemulihan hubungan sosial, sejalan dengan nilai budaya Jepang yang menekankan harmoni dan perdamaian.

b. Relevansi dengan Sengketa Medik

Dalam sengketa medik, ADR (terutama *Wakai*) digunakan untuk menghindari proses litigasi panjang dan mahal. Selain itu, mekanisme ini bertujuan untuk mencapai penyelesaian yang memuaskan kedua belah pihak secara cepat dan efisien. Penggunaan *Wakai* juga berperan penting dalam menjaga reputasi profesional medis serta mempertahankan kepercayaan pasien terhadap institusi pelayanan kesehatan.

³¹⁰ “Understanding the Nuances of Japanese Legal Translation: Challenges and Best Practices.” *Word Connection*, diakses 24 Desember 2024, <https://www.word-connection.com/post/understanding-the-nuances-of-japanese-legal-translation-challenges-and-best-practices>.

³¹¹ Cantika Ramadhani Bintang Dan Rosdiana Saleh, “Perbandingan Sistem Hukum Indonesia Dengan Jepang Tentang Mediasi Dan Wakai,” *Jurnal Hukum & Pembangunan Masyarakat* 15/5 (2024).

Sehubungan dengan pemahaman di atas tersebut *wakai* ini memiliki mekanisme yang khas, pertama sistem *wakai* di Jepang tidak mengenal sertifikasi. Hakim di Jepang tidak perlu menjalani training mediator untuk dapat menjadi hakim *wakai*. Mereka menjalankan tugas mediasi dengan berbekal pengetahuan dan pengalaman yang mereka peroleh selama menjadi hakim.³¹² Sistem di Jepang tidak memperkenankan orang yang bukan hakim memediasikan perkara dalam sistem Wakai masyarakat Jepang, yaitu *confucianisme*. Masyarakat Jepang lebih menghendaki sengketa mereka diselesaikan melalui metode alternatif. *Confucianisme* yang merupakan landasan perilaku dan norma dalam kehidupan bermasyarakat tidak menghendaki penyelesaian konflik secara terbuka di depan publik. Hal ini disebabkan karena yang menjadi tujuan bukan hanya penyelesaian sengketa, tetapi juga harmoni sekaligus.³¹³

Hakim bisa melaksanakan *Wakai* kapan saja dari tingkat gugatan sampai dengan putusan selesai kapan saja bisa dilaksanakan *Wakai*, bisa dilakukan di luar pengadilan dalam tahap ini persidangan atau pemeriksaan bukti.³¹⁴ Ada juga Upaya *Wakai* tertulis dan putusan *Wakai*. Bisa dilakukan di tingkat manapun baik tingkat pertama, tingkat banding maupun kasasi. Serta dapat melibatkan pihak ketiga sebagai pihak yang berkepentingan yang dapat menyelesaikan sekaligus sengketa yang menjadi objek dalam gugatan. Kedua yaitu hasil dari kesepakatan yang dianggap setingkat dengan putusan hakim.³¹⁵ Semenjak diundangkannya peraturan tersebut, ADR di bidang kesehatan secara pelan tapi pasti terus berkembang dan diakui sebagai solusi dalam tuntutan hukum medis di Jepang.³¹⁶

Sekitar tahun 2003, perkembangan dua tipe model program mediasi dibentuk, model mediasi sengketa medik pertama dibentuk oleh *Japan Council for Quality Health Care* (JCQHC), yaitu Professor Yoshitaka Wada dari Waseda University

³¹² Yoshiro Kusano, *Wakai Terobosan Baru Penyelesaian Sengketa*, (Jakarta: Grafindo, 2008), hlm. 34.

³¹³ Shin-Yi Peng, "The Wto Legalistic Approach And East Asia: From The Legal Culture", *Asian-Pacific Law & Policy Journal*, 1/2, (2000).

³¹⁴ Wika Yudha Shanty, "Perbandingan Hukum Antara Mediasi Dan Wakai," *Jurnal Cakrawala Hukum* 6/1 (2015), hlm. 118–28.

³¹⁵ *Ibid.*, hlm 50

³¹⁶ Ritsuko Yoshimura, *Healthcare Mediation In Japan: Current State, Issues, And Future Prospect*, *Journal Of Philosophy And Ethics In Health Care And Medicine*, No. 10, (2016), hlm. 54

dan rekannya Professor Yoshimi Nakahasi dari Yamagata University, dan model kedua dibentuk oleh *healthcare communication facilitator training program*, yaitu Professor Kazuto Inaba dari Chukyo University Law School dan Ikuko Toyoda dan Ikuko Toyoda Kakehashi dari NPO. Kedua model tersebut digunakan oleh kementerian kesehatan dan ketenagakerjaan (*health labor and welfare ministry*). Wada dan Inaba selalu menekankan pentingnya keterkaitan antara skema kompensasi tanpa kesalahan dan mediasi sengketa medik, serta efektifitas penggunaan fasilitator komunikasi dan layanan kesehatan di sistem pemeriksaan malpraktik medis yang dimulai pada bulan Oktober 2015.

Terdapat dua organisasi besar di Jepang yang dikerahkan oleh negara dalam kegiatan mediasi sengketa medik, yaitu Asosiasi Mediator Layanan Kesehatan Jepang (*Japan Association of Healthcare Mediators*) dan Kakehashi, yang keduanya akan dijelaskan sebagai berikut:

Pertama, *Japan Association of Healthcare Mediators* (JAHM), merupakan salah satu organisasi mediasi sengketa medik yang dibentuk oleh wada yang di latar belakangi dengan konsep penyelesaian konflik untuk sengketa medik berdasarkan penyelesaian permasalahan menggunakan kolaborasi dialog antara para pihak. Wada merancang model mediasi dalam pelayanan kesehatan yang disebut sebagai fasilitator komunikasi kesehatan “mediator medis”, dan mengembangkan program pelatihan mediator medis menggunakan model JCQHC bersamaan dengan Nakanishi, yang memiliki pengetahuan dalam public relation dalam hubungan manusia, keluarga, dan anggota korban malpraktik medis. JAHM dibentuk pada tahun 2008 dengan tujuan untuk mendirikan sistem kualifikasi dan peningkatan kemampuan fasilitator komunikasi layanan kesehatan. Sejak diimplementasikannya *medical mediator training program* dari JCQHC atau JAHM, jumlah dari sengketa medik yang mengarah terhadap gugatan menjadi menurun. Melihat akan hal ini, kementerian kesehatan dan ketenagakerjaan mengakui pencapaian ini dan pada tahun 2012 menambahkan revisi terhadap sistem penambahan biaya pengobatan yang melalui fasilitas kesehatan menjadi penerima

tambahan pembayaran medis yang apabila memuaskan pasien, seperti fasilitator komunikasi kesehatan.³¹⁷

Medical Mediator Training Program yang digunakan dan dibentuk oleh JCQHC merupakan model mediasi sengketa medik yang diperuntukkan untuk mendukung pertukaran informasi dan hubungan baik antara pasien dan/atau keluarga pasien serta tenaga medis profesional untuk mencegah masalah klinis yang mengarah kepada tuntutan hukum. Model ini dibangun berdasarkan konsep manajemen konflik yang mengatasi permasalahan yang timbul antara pihak, termasuk masalah emosional. Selama proses pelayanan kesehatan mediasi, para pihak memulai komunikasi secara tatap muka, berbagi informasi, dan membawa diri mereka untuk memperbaiki keadaan hubungan mereka yang memburuk. Fasilitator komunikasi, sebagai pihak netral akan memberikan dukungan untuk memperbaiki hubungan para pihak.

c. Tahapan Mediasi Sengketa Medik Jepang

Berikut merupakan tahapan mediasi sengketa medik dalam *Japan Association of Healthcare Mediators* (JAHM):

1) Tahap Pra-Mediasi:

- a) Wawancara Individu: Mediator komunikasi kesehatan melakukan wawancara dengan masing-masing pihak secara terpisah untuk memahami latar belakang konflik;
- b) Persiapan Dialog Tri-Polar: dialog tripolar (dialog tiga kutub) adalah sebuah metode komunikasi yang melibatkan tiga pihak utama dalam suatu interaksi untuk menyelesaikan konflik atau masalah, tiga pihak tersebut adalah:
 - i. pihak pertama: pasien atau keluarganya, yang merasa dirugikan atau memiliki keluhan;
 - ii. pihak kedua: penyedia layanan kesehatan, seperti dokter, perawat, atau rumah sakit, yang terlibat dalam konflik; dan

³¹⁷ Yoshitaka Wada, *Medical Mediation: Narrative Approach to Conflict Management*, Signe, (2011).

- iii. pihak ketiga: mediator, yang berperan sebagai fasilitator netral untuk membantu kedua pihak mencapai pemahaman bersama dan menyelesaikan konflik secara damai.
 - c) Mediator menyiapkan pihak-pihak untuk terlibat dalam dialog tri-polar dengan tujuan mengidentifikasi masalah utama dan membangun suasana saling percaya.
- 2) Tahap Proses Mediasi:
- a) kedua belah pihak diminta bersikap terbuka dan berbagi informasi terkait konflik. Dialog berfokus pada memulihkan hubungan yang memburuk melalui dialog yang konstruktif; dan
 - b) intervensi mediator: mediator menjaga netralitas, mendengarkan secara aktif, dan memberikan panduan kepada kedua belah pihak untuk mencapai kesepakatan. Jika diperlukan, mediator akan menerapkan langkah-langkah berikut:
 - i. pengungkapan fakta;
 - ii. indikasi medis; dan
 - iii. penilaian dan verifikasi peristiwa.
 - c) Pendekatan Berdasarkan Model: Proses ini mengikuti modifikasi model NBC (*Naming, Blaming, Claiming*) dan IPI (*Issue, Position, Interest*) yang telah disesuaikan dengan lingkungan kesehatan Jepang.
- 3) Tahap Pasca-Mediasi:
- a) kesepakatan akhir: jika tercapai kesepakatan, kedua pihak menandatangani perjanjian yang berisi solusi atas konflik yang telah dibahas; dan
 - b) tindak lanjut: mediator memberikan panduan untuk implementasi kesepakatan yang telah dicapai. jika tidak tercapai kesepakatan, mediator menyarankan metode penyelesaian lain, seperti litigasi atau konsultasi ahli lebih lanjut.

Kedua, *Kakehashi* yang dibentuk oleh Toyoda dan Inaba. Toyoda yang bekerja sebagai safety manager di rumah sakit Shin-Katsushika di Tokyo dan Inaba seorang Professor di Universitas Chukyo, dengan latar belakang sebagai hakim yang ahli dalam ADR mediasi sengketa medik, serta tujuh rekan lainnya pada tahun 2006

membuat workshop pelatihan ADR untuk pelayanan kesehatan, dengan tujuan untuk meningkatkan relasi antara pasien dan tenaga medis. Toyoda menunjukkan demonstrasi mengenai efektivitas dan pentingnya dari fasilitator komunikasi kesehatan. Pada tahun 2012, Kakeheshi secara resmi dibentuk dengan tujuan untuk membangun hubungan rahasia, mempromosikan komunikasi antar profesional medis dan pasien, serta untuk menyediakan tenaga medis profesional. Pada tahun 2013, rancangan pedoman Inaba mengenai program pelatihan fasilitator komunikasi layanan kesehatan disetujui secara resmi oleh Kementerian Kesehatan dan Ketenagakerjaan. Hal ini dilakukan dengan maksud untuk memastikan posisi fasilitator komunikasi kesehatan dengan pedoman mengenai cakupan pelayanan yang diberikan oleh fasilitator kesehatan dan keterampilan dasar yang harus dikuasai dari pelatihan mediasi sengketa medik. Pedoman yang disetujui oleh kementerian kesehatan dan ketenagakerjaan ini juga ditetapkan sebagai program pelatihan resmi oleh *Japan Council for Quality Health Care* (JCQHC) dan *Japan Association of Healthcare Mediators* (JAHM)³¹⁸

Kakehashi sebagai Fasilitator Komunikasi Kesehatan bekerja pada bagian konseling rawat inap, sehingga pasien dan/atau keluarga pasien dapat percaya terhadap perawatan medis yang diterimanya dan tenaga medis dapat mencapai tujuan mereka. Dalam instruktur pelatihannya, Fasilitator Komunikasi Kesehatan mengikutsertakan anggota keluarga korban dan tenaga medis yang bersengketa. Peserta akan menempatkan diri pada pihak yang terkena dampak untuk mendengarkan dengan penuh perhatian pada para pihak sehingga mereka dapat berempati terhadap keprihatinan mereka dan untuk menghormati mereka. Program ini didasarkan dengan konsep bahwa layanan Fasilitator Komunikasi Kesehatan memahami dengan sabar serta memiliki daya kognitif untuk menciptakan hubungan kerja sama antara pasien dan atau keluarga pasien dengan tenaga medis.

³¹⁸ Kazuto Inaba, “Trial to Staff Healthcare Communication Facilitators: Additive Payment of Medical Fee to Medical Facility With Satisfactory Patient Support System,” *Chukyo Lawyer*, 20/1 (2014), hlm. 39-52.

a. Analisis Implementasi ADR di Jepang dalam Sengketa Medik

1) Karakteristik Implementasi ADR dalam Sengketa Medik

Di Jepang, Alternative Dispute Resolution (ADR) telah menjadi mekanisme utama penyelesaian sengketa medik sejak tahun 1990-an. Implementasi ADR di sektor kesehatan menunjukkan karakteristik berikut:

a) Preferensi pada Mediasi (*Wakai*)

Wakai menjadi metode yang paling banyak digunakan karena menekankan harmoni sosial (*wa* 和), sejalan dengan nilai budaya Jepang. Selain itu, metode ini memberikan ruang bagi dialog terbuka antara pasien dan tenaga medis. Prosesnya pun fleksibel dan tidak mengikat secara hukum, sehingga para pihak memiliki kebebasan untuk menerima atau menolak hasil yang dicapai.

b) Peran Mediator yang Profesional dan Netral

Mediator dalam proses *Wakai* umumnya adalah pengacara atau pensiunan hakim yang telah mendapatkan pelatihan khusus dalam mediasi sengketa medik. Mereka memahami aspek medis kasus, regulasi kesehatan, dan teknik negosiasi restoratif yang relevan untuk menyelesaikan sengketa secara adil dan damai.

c) Pusat Mediasi Terstruktur (*Japan Medical Mediation Agency – JMMA*)

Jepang memiliki *Japan Medical Mediation Agency* (JMMA) yang menyediakan mediator bersertifikat untuk menangani sengketa medik. JMMA juga menawarkan *no-fault compensation system* pada kasus-kasus tertentu, sehingga sengketa dapat diselesaikan tanpa memerlukan pembuktian kesalahan dari pihak dokter.

d) Efisiensi Penyelesaian

Proses mediasi rata-rata selesai dalam 1-3 bulan, lebih cepat dibandingkan litigasi yang bisa berlangsung bertahun-tahun.³¹⁹

³¹⁹ Shinya Tago, Takuya Uenishi, dan Landry Guesdon, *Litigation & Dispute Resolution Laws & Regulations: Japan* (Japan, 2024), <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/litigation-and-dispute-resolution-laws-and-regulations/japan/>.

2) Dampak Implementasi ADR dalam Sengketa Medik di Jepang

Implementasi ADR di Jepang berdampak pada penurunan jumlah litigasi sengketa medik di pengadilan umum. Selain itu, mekanisme ini meningkatkan kepuasan baik dari pihak pasien maupun tenaga medis, karena proses penyelesaian berlangsung secara komunikatif dan mengedepankan prinsip keadilan restoratif. Tak hanya itu, reputasi rumah sakit dan dokter juga tetap terjaga, karena seluruh proses mediasi dilakukan secara tertutup (*confidential*).³²⁰

3.5.3 Perbandingan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik di Amerika dan Jepang

Berdasarkan hasil penelitian di atas, peneliti menyajikan perbandingan sistem mediasi sengketa medik di beberapa negara, yaitu Amerika, Jepang, dan Indonesia, dalam berbagai aspek yang dituangkan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 8. Perbandingan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik di Amerika dan Jepang

Aspek	Amerika Serikat	Jepang
Sistem Hukum	Common law; pengaturan banyak di tingkat negara bagian; perlindungan kerahasiaan mediasi melalui Uniform Mediation Act (UMA).	Civil law (Minpō)
Latar Budaya	Mendorong penyelesaian dini untuk menekan biaya dan risiko litigasi; tetap adversarial tetapi pragmatis.	Harmonisasi sosial (wa), hubungan baik, de-escalasi konflik
Institusi Utama	Program ADR pengadilan negara bagian; <i>American Health Law Association</i> (AHLA); mediator privat; program pra-gugatan (mis. Florida).	JMAA, rumah sakit, asosiasi dokter; pusat mediasi profesional berbasis nasional
Struktur Kelembagaan	Variatif: pra-gugatan wajib (mis. Florida), perintah mediasi oleh pengadilan (DC/NY/MD), panel penyaringan medis (mis. Wisconsin).	Pusat mediasi profesional; jalur internal RS; berbasis kesepakatan para pihak
Pendanaan	Umumnya ditanggung para pihak/perusahaan asuransi; beberapa program pengadilan memfasilitasi.	Dibayar para pihak; subsidi pemerintah pada kasus tertentu
Mediator	Pengacara/ahli hukum kesehatan, sering terdaftar di roster pengadilan/AHLA; teknik seperti <i>Mediator's Proposal</i> .	Pengacara/pensiunan hakim dengan sertifikasi Mediasi Sengketa Medik
Pendekatan	Fasilitatif-evaluatif; kuat pada kaukus rahasia; fokus manajemen risiko/biaya.	Dialogis, kolaboratif; mengutamakan pemulihan relasi
Proses Penyelesaian	Rahasia (<i>privilege/UMA</i>); tidak mengikat kecuali ada settlement agreement; sering pra-gugatan atau <i>court-annexed</i> .	Fleksibel, tidak mengikat; berbasis kesukarelaan
Filosofi Penyelesaian	Efisiensi, penyelesaian dini, kompensasi cepat, umpan balik keselamatan pasien.	Harmoni dan keadilan restoratif

³²⁰ *Ibid.*

Peran Pemerintah	Besar lewat aturan pengadilan negara bagian; tidak tersentralisasi di tingkat federal.	Relatif minim; banyak diorganisasi lembaga profesi/swasta
Privasi	Sangat kuat (kerahasiaan/privilege mediasi).	Sangat menjaga privasi
Fokus Utama	Kurangi biaya & durasi litigasi; saring klaim lemah; dorong penyelesaian awal.	Pembinaan hubungan baik & solusi damai
Asuransi Tanggung Jawab Medik	Didominasi skema asuransi malapraktik; banyak penyelesaian didanai insurer.	Ada no-fault compensation untuk kasus tertentu
Sumber Hukum	UMA + statuta/aturan negara bagian (mis. Florida, DC, NY, MD; panel Wisconsin); kebijakan program AHLA.	Civil Code (Minpō) dan kebijakan lembaga profesi

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2025)

Berikut merupakan penjelasan dari tabel di atas yang menggambarkan perbandingan sistem mediasi sengketa medik di Amerika Jepang dan Indonesia. Perbandingan ini tidak hanya mencakup aspek teknis seperti kelembagaan dan regulasi, tetapi juga aspek normatif dan budaya yang memengaruhi cara masing-masing negara menangani sengketa medik. Penjelasan ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai kelebihan dan tantangan dari masing-masing model.

a. Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik di Amerika

1) Struktur Kelembagaan

Amerika Serikat bertumpu pada sistem common law dengan ragam skema *court-annexed* ADR di tingkat negara bagian (program mediasi yang “menempel” pada pengadilan) dan pre-suit screening/mediation di beberapa yurisdiksi. Selain roster mediator yang dikelola pengadilan, ada pula lembaga dan jaringan privat (mis. asosiasi hukum kesehatan) yang menyediakan mediator berpengalaman di bidang medikolegal. Modelnya desentralistik, tetapi memiliki benang merah: mendorong penyelesaian dini sebelum perkara memasuki litigasi penuh.

2) Pendanaan dan Peran Asuransi

Biaya mediasi umumnya ditanggung para pihak—sering kali melalui perusahaan asuransi malapraktik yang memiliki kepentingan kuat untuk menyelesaikan perkara cepat dan terukur. Karena asuransi berperan dominan, negosiasi sangat dipengaruhi kalkulasi risiko-biaya (*actuarial & claims management*).

3) Karakteristik Proses

Pendekatan lazim adalah fasilitatif-evaluatif: mediator memfasilitasi dialog, namun juga memberi realitas hukum (*best/worst alternative*) untuk mendorong kesepakatan. Kaukus rahasia (*caucus*) lazim digunakan untuk menjaga privasi dan membuka ruang tawar yang jujur. Hasil mediasi tidak mengikat kecuali dituangkan dalam settlement agreement. Kerahasiaan sangat ditekankan untuk melindungi keterbukaan para pihak.

4) Budaya Hukum & Orientasi Hasil

Budaya litigasi yang kuat mendorong ADR sebagai “katup pengaman” biaya & durasi. Orientasinya pragmatis: efisiensi, kepastian, dan manajemen risiko. Tujuan utama: meminimalkan biaya perkara, menyaring klaim lemah, dan mempercepat kompensasi ketika tanggung jawab tampak jelas.

b. Mekanisme Penyelesaian Sengketa Medik di Jepang

1) Struktur Kelembagaan

Di Jepang, struktur kelembagaan penyelesaian sengketa medik terpusat pada *Japan Medical Mediation Agency* (JMMA), sebuah lembaga mediasi nasional yang menyediakan mediator bersertifikat dengan kompetensi di bidang medis dan hukum. Dua bentuk utama ADR yang digunakan dalam penyelesaian sengketa medik di Jepang adalah *Wakai* (mediasi) dan *Chotei* (arbitrase), yang keduanya merupakan mekanisme penyelesaian sengketa formal.

2) Pendanaan dan *No-Fault Compensation*

Pendanaan proses mediasi di Jepang dapat berasal dari pemerintah, rumah sakit, atau para pihak yang bersengketa. Jepang juga menerapkan *no-fault compensation system* untuk kasus-kasus tertentu, yang memungkinkan pasien menerima kompensasi tanpa harus membuktikan adanya kesalahan medis dari pihak tenaga kesehatan.

3) Karakteristik Proses

Wakai memiliki karakteristik yang fleksibel dan tidak mengikat secara hukum, dengan penekanan pada terciptanya harmoni sosial. Mediator yang memimpin proses *Wakai* umumnya adalah pengacara atau pensiunan hakim

yang telah menjalani pelatihan khusus dalam bidang mediasi sengketa medik, sehingga mampu memahami kompleksitas baik dari sisi medis maupun hukum dalam setiap sengketa yang ditangani.

c. Implikasi bagi Pengembangan Mediasi Sengketa Medik di Indonesia

Berdasarkan penelitian komparatif dari Amerika dan Jepang yang telah dijabarkan sebelumnya, terdapat beberapa implikasi strategis bagi pengembangan mediasi sengketa medik di Indonesia:

- 1) Pembentukan Struktur Kelembagaan Mediasi Sengketa Medik Nasional dan Daerah

Indonesia dapat membentuk dua pilar. Pilar pertama melibatkan *court annexed* dan *pre suit* di tiap provinsi serta kabupaten atau kota agar penyelesaian dimulai sebelum perkara masuk litigasi. Pilar kedua mendirikan Pusat mediasi sengketa medik nasional dan daerah dengan *roster* mediator bersertifikat lintas disiplin hukum, medis, komunikasi. Sinergi keduanya memberi akses cepat sekaligus legitimasi kelembagaan.

- 2) Integrasi Skema Asuransi Tanggung Jawab Medis

Mengadopsi model Ningbo, Indonesia perlu mengembangkan skema asuransi bersama tanggung jawab medis agar tersedia dana kompensasi bagi pasien tanpa membebani rumah sakit secara langsung. Integrasi skema ini dapat dilakukan melalui BPJS Kesehatan atau skema asuransi profesi medis yang diatur secara khusus.

- 3) Penguatan Kapasitas dan Sertifikasi Mediator Terapeutik

Indonesia perlu menyusun standar nasional kompetensi Mediator Terapeutik yang meliputi pemahaman atas hukum kesehatan, dasar medis, dan komunikasi restoratif. Selain itu, perlu diselenggarakan pelatihan dan sertifikasi nasional bagi mediator yang menangani Mediasi Sengketa Medik, guna memastikan profesionalisme dan kualitas penyelesaian sengketa.

- 4) Penguatan Regulasi Nasional tentang Mediasi Sengketa Medik

Penting bagi Indonesia untuk menyusun Peraturan Menteri Kesehatan atau Peraturan Presiden tentang mediasi sengketa medik yang mengatur secara jelas dan terperinci mengenai struktur kelembagaan, prosedur dan standar

mediasi sengketa medik, standar dan peran mediator, serta kewajiban asuransi kompensasi.

- 5) Penerapan *No-Fault Compensation* pada Kasus Tertentu Seperti Jepang, sistem kompensasi tanpa pembuktian kesalahan medis dapat diterapkan pada kasus sengketa medik tertentu untuk mempercepat penyelesaian dan mencegah konflik berkepanjangan.
- 6) Penerapan *No-Fault Compensation System* pada Kasus Tertentu Seperti yang diterapkan di Jepang, sistem kompensasi tanpa pembuktian kesalahan medis dapat diterapkan pada kasus sengketa medik tertentu untuk mempercepat penyelesaian dan mencegah konflik berkepanjangan. Mengadopsi pendekatan ini memungkinkan penyelesaian cepat, sekaligus melindungi hak pasien dan menjaga kehormatan profesi medis.
- 7) Penekanan pada Pendekatan Restoratif dan Harmonis Filosofi *Wakai* di Jepang menekankan harmoni dan keadilan restoratif, nilai yang sesuai dengan prinsip musyawarah mufakat dalam budaya Indonesia dan patut diadopsi dalam mediasi sengketa medik nasional.

Model Amerika menekankan efisiensi, kepastian, dan manajemen risiko melalui *court annexed, pre suit*, keterlibatan *insurer*, serta perlindungan kerahasiaan berbasis *privilege*, sedangkan model Jepang menekankan harmoni, fleksibilitas, dan pendekatan restoratif melalui mediasi yang dialogis serta dukungan *no fault* pada kasus tertentu. Indonesia dapat mengadopsi kombinasi keduanya untuk membentuk mediasi sengketa medik yang terstruktur dan formal melalui komite mediasi sengketa medik, melibatkan mediator profesional bersertifikasi dengan kemampuan evaluatif dan restoratif, mendirikan sistem asuransi serta dana kompensasi yang adil termasuk *no fault window* yang terukur, dan merancang proses yang menjaga martabat serta harmoni hubungan dokter dan pasien selaras dengan nilai musyawarah mufakat dan Pancasila.

BAB IV

URGENSI MEDIASI SEBAGAI MEKANISME PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK YANG BERBASIS NILAI PANCASILA

Penyelesaian sengketa medik di Indonesia umumnya dilakukan berdasarkan prinsip kesepakatan antara para pihak. Proses ini bersifat fleksibel, dengan solusi yang berfokus pada penerimaan bersama sebagai inti dari penyelesaian. Namun, apakah elemen-elemen tersebut sudah cukup untuk memastikan penyelesaian sengketa medik yang adil dan memuaskan bagi semua pihak? Untuk menjawab pertanyaan ini, hasil penelitian berikut akan menganalisis pendekatan yang digunakan, sekaligus mengevaluasi efektivitas dan tantangan dalam penerapan penyelesaian sengketa di Indonesia saat ini. Pengumpulan data primer didapatkan melalui wawancara, observasi, dan penyebaran kuesioner kepada dokter, pasien, dan pemangku kepentingan di lima rumah sakit di Kota Bandarlampung.

4.1 Transformasi Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) menjadi Majelis Disiplin Profesi (MDP)

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU No. 17 Tahun 2023) membawa perubahan fundamental dalam sistem hukum kesehatan nasional. Salah satu kebijakan strategis yang diatur dalam undang-undang ini adalah penyatuan berbagai regulasi sektor kesehatan ke dalam satu payung hukum (*omnibus law*). Melalui pendekatan ini, pemerintah mencabut sejumlah undang-undang terdahulu, termasuk Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU No. 29 Tahun 2004), yang selama hampir dua dekade menjadi dasar hukum bagi pelaksanaan praktik kedokteran di Indonesia.

Penyatuan regulasi di bidang kesehatan tidak hanya dimaksudkan untuk menyederhanakan tata kelola sektor kesehatan, tetapi juga untuk memperkuat integrasi kebijakan lintas profesi dan lintas disipliner serta meningkatkan efisiensi birokrasi kesehatan³²¹.

Pendekatan lintas-disipliner ini menuntut kolaborasi antara berbagai bidang keilmuan seperti medis, keperawatan, kesehatan masyarakat, hukum, dan manajemen Kesehatan agar kebijakan dan praktik dalam sektor kesehatan dapat berjalan secara sinergis dan saling melengkapi. Dalam kerangka tersebut, pemerintah memperkuat pengawasan terhadap Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) untuk menjamin standar kompetensi, profesionalisme, dan akuntabilitas tenaga medis dan tenaga kesehatan.

Upaya tersebut juga bertujuan meningkatkan efisiensi birokrasi serta memperkuat koordinasi dan pengawasan terhadap sumber daya manusia kesehatan (SDMK), guna menjamin standar kompetensi, profesionalisme, dan akuntabilitas tenaga medis maupun tenaga kesehatan.³²²

Salah satu bentuk reformasi kelembagaan paling menonjol dalam konteks ini adalah transformasi Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) menjadi Majelis Disiplin Profesi (MDP). Transformasi ini memperoleh dasar hukum yang tegas melalui Pasal 712 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menandai penguatan sistem penegakan disiplin profesi secara terpadu, lintas profesi, dan lintas disiplin.

Perubahan dari MKDKI ke MDP bukan semata perubahan nomenklatur lembaga, tetapi juga menyangkut pergeseran struktur kewenangan, mekanisme pengawasan profesi, dan posisi kelembagaan dalam sistem hukum kesehatan Indonesia. Jika

³²¹ Lintang Zandra Camellia dan Adhitya Widya Kartika, “Aspek Keperdataan dalam Upaya Penyelesaian Sengketa Medis antara Pasien dengan Tenaga Medis Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan”, *Jurnal Hukum & Pembangunan*, 54/3 (2024), hlm. 149–160.

³²² Patima, 2023, *Konsep Interprofessional Collaboration pada Rumah Sakit di Indonesia*, Bulukumba: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) STIKES Panrita Husada Bulukumba, hlm. 11.

sebelumnya, MKDKI merupakan lembaga otonom di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang berfungsi memeriksa dan memutus dugaan pelanggaran disiplin profesi dokter dan dokter gigi. MKDKI menjalankan fungsi quasi-yudisial, yakni melakukan pemeriksaan, penilaian alat bukti, dan penjatuhan sanksi disiplin kepada tenaga medis yang terbukti melanggar standar profesi.³²³ Namun, sejak diberlakukannya *UU No. 17 Tahun 2023*, kewenangan tersebut beralih ke MDP yang berada langsung di bawah koordinasi dan pertanggungjawaban Menteri Kesehatan. Secara yuridis, perubahan ini dimaksudkan untuk memperluas cakupan pengawasan, tidak hanya terhadap dokter dan dokter gigi, tetapi juga mencakup seluruh tenaga kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 304 ayat (1) UU Kesehatan 2023.

Namun, kebijakan tersebut memunculkan respons beragam dari kalangan profesi kedokteran. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menilai bahwa perubahan ini berpotensi mengurangi otonomi profesi yang selama ini dijalankan melalui mekanisme *self-regulation* dalam MKDKI (IDI, 2024). Sementara Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) menekankan perlunya keseimbangan antara peran negara (*state-regulation*) dan kemandirian profesi agar profesionalisme dan kepercayaan publik tetap terjaga.³²⁴ Untuk memahami lebih jauh dampak perubahan kelembagaan tersebut, perlu dikaji perbandingan kedudukan dan kewenangan antara MKDKI dan MDP berdasarkan kerangka hukum lama dan baru.

4.1.1 Perbandingan Kedudukan dan Kewenangan antara MKDKI dan MDP

Transformasi kelembagaan dari MKDKI menjadi MDP tidak hanya sekadar perubahan dalam tatanan struktur organisasi, tetapi juga membawa dampak yang mendasar terhadap kedudukan hukum, ruang lingkup profesi yang diawasi, mekanisme kewenangan, serta implikasi hukum dari setiap keputusan yang dihasilkan. Perubahan ini mencerminkan pergeseran paradigma pengawasan

³²³ Gunawan Widjaja, “Transformasi Penegakan Disiplin Profesi Medis: dari MKDKI ke Majelis Disiplin Profesi sebagai Screening System Dugaan Malpraktik”, *Journal of Community Dedication*, 4/4 (2025), hlm. 149–160.

³²⁴ Nefrisa Adlina Maaruf, Abdul Kholib, dan Beniharmoni Harefa, “The Authority of the Professional Disciplinary Council and Its Implications for Legal Certainty for Medical and Health Personnel”, *International Journal of Social Welfare and Family Law*, 2/2 (2025), hlm. 135–157.

profesi medis di Indonesia, dari sistem yang semula bersifat otonom di bawah lembaga profesi menuju sistem yang lebih terpusat di bawah kewenangan pemerintah.

MKDKI dan MDP, pada dasarnya berada dalam domain hukum disiplin profesi, yang memiliki fungsi utama menegakkan norma etik dan standar profesional dalam praktik kedokteran maupun kesehatan. Keduanya berperan sebagai instrumen hukum administratif-profesional yang bertujuan menjaga mutu praktik, melindungi keselamatan pasien, serta menjamin akuntabilitas tenaga medis dan tenaga kesehatan di hadapan hukum. Namun, meskipun memiliki kesamaan fungsi normatif, perbedaan karakteristik kelembagaan antara MKDKI dan MDP dapat diidentifikasi melalui empat aspek utama, yaitu:

a. Struktur dan Kedudukan Kelembagaan

MKDKI dibentuk berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004. Lembaga ini merupakan organ otonom di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang berstatus sebagai lembaga non-struktural dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden Republik Indonesia melalui KKI. Dengan posisi demikian, MKDKI memiliki karakter kelembagaan yang relatif independen dari pengaruh birokrasi pemerintahan. Kemandirian tersebut menjadi elemen penting dalam menjaga objektivitas dan integritas lembaga, khususnya dalam melaksanakan fungsi pemeriksaan serta penjatuhan sanksi terhadap pelanggaran disiplin profesi dokter dan dokter gigi.

Anggota MKDKI terdiri atas unsur profesi kedokteran (dokter dan dokter gigi), akademisi, dan tokoh masyarakat, yang dipilih dan diangkat oleh KKI berdasarkan kriteria kompetensi, pengalaman, dan integritas moral. Komposisi ini memperlihatkan bahwa MKDKI lebih menekankan prinsip *self-regulation*, yakni pengawasan internal oleh komunitas profesi itu sendiri. Dengan struktur demikian, MKDKI berfungsi sebagai organ pengawas profesi yang bersifat independen, bertujuan menjaga kehormatan profesi, menjamin mutu praktik kedokteran, serta melindungi kepentingan pasien dari tindakan yang tidak sesuai dengan standar profesi.

Berbeda dengan MDP dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang secara normatif menandai perubahan signifikan dalam tata kelola penegakan disiplin profesi medis dan tenaga kesehatan. Dalam kerangka regulasi baru ini, MDP ditempatkan secara struktural di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan, sehingga berada dalam ranah administratif pemerintahan. Hal ini ditegaskan dalam Pasal 308 ayat (3) UU No. 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa “Majelis Disiplin Profesi dibentuk oleh Pemerintah untuk melaksanakan penegakan disiplin tenaga medis dan tenaga kesehatan.”

Keanggotaan MDP terdiri atas unsur pemerintah, akademisi, dan organisasi profesi, tetapi seluruh proses pengangkatan dan pemberhentian anggotanya ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dengan demikian, MDP tidak lagi bersifat otonom seperti MKDKI, melainkan merupakan organ administratif negara yang berada dalam rantai komando eksekutif. Model kelembagaan ini memperlihatkan bahwa fungsi pengawasan disiplin profesi yang sebelumnya dijalankan secara independen oleh lembaga profesi, kini telah bergeser menjadi bagian dari sistem pengawasan negara.

Perubahan struktur ini memiliki dua konsekuensi hukum sekaligus. Di satu sisi, keberadaan MDP memberikan kepastian hukum dan keseragaman standar penegakan disiplin lintas profesi kesehatan, karena seluruh proses berada dalam satu sistem nasional di bawah koordinasi pemerintah. Namun di sisi lain, muncul potensi berkurangnya independensi profesional, mengingat MDP tunduk pada hierarki birokrasi kementerian. Potensi ini menuntut adanya desain tata kelola yang menjamin independensi substansial dalam proses pemeriksaan dan pengambilan keputusan, agar prinsip keadilan dan objektivitas dalam penegakan disiplin profesi tetap terjaga.

b. Ruang Lingkup, Kewenangan dan Mekanisme Keputusan

Secara normatif, MKDKI memiliki mandat yang bersifat terbatas, yaitu hanya mencakup dokter dan dokter gigi sebagai subjek hukum disiplin profesinya. Berdasarkan Pasal 69 UU NO 29 Tahun 2004, MKDKI berwenang untuk

menerima pengaduan, melakukan pemeriksaan, menilai, serta menjatuhkan sanksi terhadap pelanggaran disiplin kedokteran. Ruang lingkup kewenangan ini dirancang untuk menjaga standar profesional, kompetensi, dan etika kedokteran, yang menjadi pilar utama dalam pelaksanaan praktik medis di Indonesia.

Dalam menjalankan fungsinya, MKDKI memiliki karakter quasi-yudisial, karena berwenang memeriksa dan memutus perkara dugaan pelanggaran disiplin dengan tingkat independensi yang tinggi, menyerupai mekanisme peradilan etik-profesional. Hasil pemeriksaan dan keputusan MKDKI bersifat final dan mengikat, sehingga tidak tersedia mekanisme banding administratif terhadap putusan tersebut. Model ini memberikan kekuatan hukum yang tegas terhadap keputusan lembaga, namun di sisi lain menimbulkan kritik karena ketiadaan mekanisme koreksi apabila terjadi kesalahan prosedural atau kekeliruan substantif dalam penjatuhan sanksi. Dengan demikian, meskipun MKDKI mencerminkan bentuk ideal *self-regulation* dalam disiplin profesi, sistemnya dinilai kurang adaptif terhadap prinsip akuntabilitas dan kontrol administratif yang lazim dalam struktur kelembagaan modern.

Sebelum tahun 2023, sistem pengawasan disiplin profesi kesehatan di Indonesia juga bersifat fragmentaris, karena masing-masing organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), dan organisasi profesi lain memiliki mekanisme pengawasan internal yang terpisah. Fragmentasi ini menyebabkan tidak adanya satu sistem nasional yang menyatukan mekanisme pengawasan disiplin lintas profesi kesehatan.

Sebagai respon terhadap kondisi tersebut, UU No. 17 Tahun 2023 membentuk MDP sebagai lembaga yang memiliki kewenangan lebih luas dan lintas profesi kesehatan. Berdasarkan Pasal 308 ayat (2) dan Pasal 309 UU tersebut, MDP berwenang melakukan pemeriksaan dan penegakan disiplin terhadap seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan, tidak lagi terbatas pada profesi dokter dan dokter gigi. Dengan demikian, yurisdiksi MDP mencakup seluruh

profesi kesehatan seperti perawat, bidan, apoteker, tenaga gizi, fisioterapis, tenaga laboratorium, dan profesi kesehatan masyarakat.

Lebih jauh, Pasal 308 UU Nomor 17 Tahun 2023 memberikan dimensi kewenangan tambahan kepada MDP, yakni memberikan rekomendasi atas dugaan pelanggaran hukum perdata dan pidana yang ditemukan selama proses pemeriksaan disiplin. Rekomendasi ini berfungsi sebagai penghubung antara domain disiplin profesi dan sistem hukum positif nasional, di mana hasil pemeriksaan MDP dapat menjadi dasar bagi aparat penegak hukum untuk melakukan penyidikan atau proses perdata apabila ditemukan unsur pelanggaran hukum di luar ranah disiplin. Dengan fungsi demikian, MDP tidak hanya berperan sebagai lembaga penegak disiplin profesi, tetapi juga menjadi elemen strategis dalam sistem hukum kesehatan nasional yang memperkuat keterpaduan antara penegakan etik-profesional dan penegakan hukum negara.

Berbeda dengan MKDKI yang keputusannya bersifat final dan tanpa mekanisme banding, keputusan MDP tidak bersifat mutlak final. Berdasarkan Pasal 316 UU Kesehatan 2023, pihak yang keberatan terhadap putusan MDP dapat mengajukan Peninjauan Kembali (PK) kepada Menteri Kesehatan. Mekanisme ini diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025 tentang Tata Cara Penanganan Pengaduan dan Pemeriksaan Pelanggaran Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, yang memberikan kewenangan kepada Menteri untuk meninjau kembali keputusan MDP melalui pembentukan tim ad hoc peninjauan yudisial di bawah koordinasi Direktorat Jenderal yang membidangi tenaga kesehatan.

Secara teoritis, mekanisme Peninjauan Kembali (PK) dirancang sebagai instrumen *check and balance* untuk mengoreksi kemungkinan kekeliruan dalam pengambilan keputusan oleh Majelis Disiplin Profesi (MDP), baik dalam aspek prosedural maupun substantif. Mekanisme ini berfungsi memastikan adanya pengawasan administratif yang adil, serta mencegah

terjadinya kesewenang-wenangan lembaga dalam menegakkan disiplin profesi medis.

Keberadaan mekanisme PK pada dasarnya mencerminkan upaya negara dalam memperkuat akuntabilitas lembaga disiplin profesi.³²⁵ Namun, ia menilai bahwa pengaturan tersebut juga berpotensi membuka ruang intervensi birokratis terhadap keputusan yang seharusnya didasarkan pada pertimbangan etik dan profesional. Kekhawatiran serupa dikemukakan oleh Hasrul Buamona (2024) yang menegaskan bahwa mekanisme PK perlu diposisikan secara proporsional sebagai sarana koreksi administratif, bukan sebagai instrumen untuk menilai kembali substansi etik-profesional.³²⁶

Dalam perspektif perbandingan, di berbagai negara dengan sistem hukum kesehatan modern, fungsi *administrative review* dalam lembaga disiplin medis memang diperlukan untuk menjamin keadilan prosedural. Namun, apabila kontrol tersebut tidak dijalankan secara hati-hati, terdapat risiko bergesernya penegakan disiplin profesi menjadi instrumen birokrasi yang dapat mengurangi independensi profesi medis dalam mengambil keputusan berbasis etik dan keilmuan³²⁷

c. Mekanisme Akuntabilitas serta Hubungan Kelembagaan

Perbedaan mendasar antara MKDKI dan MDP terletak pada posisi hukum putusan lembaga tersebut dalam sistem penegakan hukum nasional. Dalam praktik sebelumnya, putusan MKDKI kerap dijadikan bukti awal dalam perkara pidana atau perdata yang menjerat tenaga medis, terutama dalam kasus dugaan malpraktik. Beberapa diantaranya:

³²⁵ Nefrisa Adlina Maaruf, Abdul Kholib, dan Beniharmoni Harefa, “The Authority of the Professional Disciplinary Council and Its Implications for Legal Certainty for Medical and Health Personnel,” *International Journal of Social Welfare and Family Law* 2, no. 2 (April 2025): 135–57, <https://doi.org/10.62951/ijsw.v2i2.360>.

³²⁶ Hasrul Buamona, Irma Febriana, dan Rika Aulia Bihaqqis, 2024, *Membangun Peradilan Profesi Medis di Bawah Kekuasaan Kehakiman*, hlm. 11.

³²⁷ William Sage, “Accountability through Information: What the Health Care Industry Can Learn from Securities Regulation,” *Milbank Memorial Fund*, t.t., diakses 10 November 2025, <https://www.milbank.org/publications/accountability-through-information-what-the-health-care-industry-can-learn-from-securities-regulation/>.

- 1) Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 484/Pdt.G/2013/PN.JKT.Sel.
Kasus sengketa medis malpraktik operasi caesar antara Penggugat Henry Kurniawan vs Tergugat Dr. Tamtam Otamar Samsudin, SpOG, dkk, Penggugat mendasarkan gugatannya pada rekomendasi MKDKI yang menyatakan adanya pelanggaran disiplin dalam tindakan medis tersebut. Majelis Hakim mempertimbangkan pelanggaran disiplin dari MKDKI sebagai bentuk pelanggaran hukum, sehingga Penggugat diberikan kompensasi sebesar Rp1.000.000.000.
- 2) Putusan Nomor 312/Pdt.G/2014/PN.JKT.Sel jo Putusan Pengadilan Tinggi Nomor 240/PDT/2016/PT.DKI jo Putusan Mahkamah Agung Nomor 3695 K/PDT/2016.
Sengketa medik ini diajukan oleh seorang suami terhadap dokter dan rumah sakit atas kematian istrinya pasca prosedur medis. MKDKI menyatakan dokter tersebut terbukti melakukan pelanggaran disiplin kedokteran. Pengadilan kemudian menggunakan keputusan MKDKI sebagai dasar menetapkan adanya perbuatan melawan hukum dan mengabulkan gugatan dengan perintah pembayaran ganti rugi sebagai bentuk pertanggungjawaban hukum.
- 3) Putusan Mahkamah Agung Nomor 1001 K/Pdt/2017
Dalam perkara ini, seorang pasien menggugat Rumah Sakit ASRI dan dokter penangan persalinan atas kematian bayi selama prosedur *water birth*. MKDKI menyatakan dokter melakukan tindakan induksi berlebihan yang tidak sesuai standar medis. Pengadilan menjadikan temuan MKDKI sebagai dasar menetapkan adanya perbuatan melawan hukum dan memutuskan bahwa Rumah Sakit ASRI serta dokter bersangkutan bertanggung jawab secara tanggung renteng untuk membayar ganti rugi kepada penggugat.

Hal ini menimbulkan kerancuan antara domain disiplin profesi dan hukum umum, sebab hasil pemeriksaan etik yang bersifat internal organisasi profesi sering kali digunakan dalam konteks litigasi pidana yang memiliki konsekuensi hukum yang berbeda.

Perubahan mendasar ini sekaligus menandai arah baru dalam pengaturan hukum kesehatan nasional, di mana UU No. 17 Tahun 2023 tidak lagi berfokus semata pada aspek teknis pelayanan kesehatan, tetapi juga merumuskan mekanisme penegakan disiplin dan penyelesaian sengketa medik yang lebih terstruktur, terintegrasi, serta berorientasi pada penyelesaian secara damai (nonlitigasi). Sistem penegakan disiplin profesi diharapkan dapat berjalan secara lebih akuntabel, transparan, dan memberikan kepastian hukum bagi seluruh pihak yang terlibat, baik tenaga kesehatan maupun masyarakat penerima layanan.

Perubahan paradigma tersebut dapat dilihat secara lebih jelas melalui perbandingan antara model regulasi lama yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dengan model baru dalam UU No. 17 Tahun 2023, sebagaimana ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 9. Perbandingan Model Regulatori MKDKI dan MDP dalam Konteks UU Kesehatan

Fitur Regulatori	Era UU No. 29/2004 (MKDKI)	Era UU No. 17/2023 (MDP)	Implikasi Perubahan (<i>State Regulation</i>)
Basis Filosofis	<i>Self-Regulation</i> (Kontrol Profesi)	<i>State Regulation</i> (Kontrol Negara)	Peningkatan peran pemerintah dalam pembinaan dan pengawasan profesi.
Landasan Hukum	UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran	UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	Konsolidasi hukum; hilangnya kekhususan rezim UU Praktik Kedokteran.
Kelembagaan Disiplin	Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI)	Majelis Disiplin Profesi (MDP)	Perluasan yurisdiksi disiplin terhadap seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan.
Aturan Pelaksana Teknis	Regulasi Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Organisasi Profesi (IDI/PDGI)	Permenkes No. 3 Tahun 2025 tentang Tata Cara Penanganan Pengaduan dan Pemeriksaan Pelanggaran Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan	Peningkatan kontrol eksekutif (Kementerian Kesehatan) terhadap tata kerja dan kewenangan Majelis Disiplin.
Kewenangan Rekomendasi Pidana	Rekomendasi kasus pidana diajukan melalui MKDKI sebelum penyidikan	Rekomendasi MDP (Pasal 308–315 UU No. 17/2023) menjadi dasar uji pidana	Potensi ketidakpastian hukum dan risiko proses pidana tanpa filter profesi yang kuat.

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2025)

Sejalan dengan transformasi kelembagaan dari MKDKI menjadi MDP, penting untuk menelaah bagaimana mekanisme dan tahapan penyelesaian sengketa medik dirancang dalam kerangka hukum kesehatan yang baru. UU No. 17 Tahun 2023,

yang kemudian dijabarkan lebih lanjut melalui Permenkes No. 3 Tahun 2025, tidak hanya memperluas peran kelembagaan dalam penegakan disiplin, tetapi juga menata ulang sistem penyelesaian sengketa medik agar lebih sistematis, berjenjang, dan berorientasi pada mekanisme nonlitigasi sebelum menempuh proses hukum formal.

Pendekatan tersebut mencerminkan arah baru dalam hukum kesehatan nasional, yang menekankan pentingnya penyelesaian sengketa secara kolaboratif melalui Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS), termasuk mediasi, sebagai instrumen utama untuk menciptakan keadilan substantif dan efisiensi penyelesaian perkara. Dalam konteks ini, peran MDP menjadi sentral karena tidak hanya menjalankan fungsi pemeriksaan dan penjatuhan sanksi disiplin, tetapi juga berperan sebagai forum penyelesaian administratif yang berkeadilan dan proporsional. Oleh sebab itu, pembahasan selanjutnya akan menguraikan secara komprehensif kedudukan dan peran MDP dalam mekanisme dan tahapan penyelesaian sengketa medik berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023 beserta peraturan pelaksananya, guna menilai sejauh mana perubahan normatif tersebut mampu mewujudkan keadilan, kepastian hukum, serta perlindungan profesional dalam praktik kedokteran dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia.

4.1.2 Peran Majelis Disiplin Profesi (MDP) dalam Mekanisme dan Tahapan Penyelesaian Sengketa Medik berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023

Dalam kerangka hukum kesehatan nasional yang baru, Majelis Disiplin Profesi (MDP) memiliki peran sentral sebagai lembaga yang diberi kewenangan untuk menegakkan disiplin bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan. Kedudukan dan kewenangan MDP ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, diperkuat melalui Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Penegakan Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, serta dijabarkan lebih rinci dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Ketiga regulasi tersebut menempatkan MDP sebagai otoritas utama dalam penyelesaian sengketa medik yang bersumber dari pelanggaran disiplin profesi.

Fungsi MDP tidak hanya terbatas pada pemeriksaan dan penjatuhan sanksi, tetapi juga meliputi pemberian rekomendasi hukum apabila dalam proses pemeriksaan ditemukan unsur dugaan pelanggaran pidana atau perdata. Dengan demikian, MDP menjadi lembaga penghubung antara penegakan disiplin administratif dan proses penegakan hukum umum, memastikan bahwa setiap sengketa medik ditangani melalui tahapan yang objektif, berjenjang, dan berorientasi pada penyelesaian nonlitigasi sebelum menempuh jalur hukum formal.

Sebagai lembaga quasi-yudisial di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan, MDP menjalankan dua fungsi utama:

- a. Fungsi adjudikatif, yaitu melakukan pemeriksaan dan menjatuhkan sanksi terhadap tenaga medis atau tenaga kesehatan yang terbukti melanggar standar profesi, standar pelayanan, atau etika profesi; dan
- b. Fungsi rekomendatif, yakni memberikan rekomendasi hukum kepada aparat penegak hukum apabila ditemukan indikasi pelanggaran pidana atau perdata dalam pelayanan medis.

Hasil pemeriksaan MDP menjadi pertimbangan hukum penting dalam proses penegakan hukum pidana maupun perdata, karena menggambarkan aspek profesional dan teknis dari tindakan medis yang disengketakan. Dalam hal pelanggaran pidana, rekomendasi MDP menjadi dasar bagi penegak hukum dalam menentukan kelayakan penyidikan, sedangkan dalam perkara perdata, hasil pemeriksaan MDP sering dijadikan bukti ahli administratif untuk menilai ada atau tidaknya kelalaian profesional.

MDP berperan menangani sengketa medik yang berakar pada pelanggaran disiplin profesi, yakni setiap tindakan atau kelalaian tenaga medis yang tidak sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, atau kode etik yang menimbulkan kerugian bagi pasien. Sesuai Pasal 304 ayat (1) UU No. 17 Tahun 2023, pengaduan dapat diajukan oleh pasien, keluarga pasien, masyarakat, atau institusi pelayanan kesehatan.

Peran MDP dalam mekanisme penyelesaian sengketa medik meliputi beberapa tahapan sebagai berikut:³²⁸

- a. penerima dan verifikasi pengaduan, untuk menilai kelengkapan administrasi dan relevansi substansi laporan;
- b. pemeriksaan pendahuluan, guna menentukan kelayakan pengaduan untuk diproses lebih lanjut;
- c. sidang atau pemeriksaan pleno disiplin, di mana MDP memeriksa alat bukti, mendengarkan keterangan saksi dan ahli, serta pembelaan dari pihak teradu;
- d. penetapan dan penjatuhan sanksi, berupa teguran, kewajiban mengikuti pelatihan atau pendidikan lanjutan, pembatasan praktik, hingga pencabutan sementara izin praktik (Permenkes No. 3/2025 Pasal 35–40);
- e. pengawasan dan tindak lanjut putusan, termasuk koordinasi dengan konsil profesi, fasilitas pelayanan kesehatan, dan kementerian terkait.

Selain itu, MDP juga berfungsi sebagai filter awal dalam penyelesaian sengketa medik, dengan mengedepankan Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) seperti klarifikasi dan mediasi internal antara pasien dan tenaga medis. Pendekatan ini menegaskan orientasi nonlitigasi sebagai prinsip utama penyelesaian sengketa dalam hukum kesehatan nasional, sebuah upaya untuk menjaga keseimbangan antara kepastian hukum, keadilan substantif, dan hubungan profesional antara dokter dan pasien.

Menurut Nefrisa Adlina Maaruf (2025), pembentukan MDP mencerminkan bentuk *administrative centralization* dalam pengawasan profesi medis yang bertujuan menciptakan standarisasi penegakan disiplin lintas profesi kesehatan.³²⁹ Hal ini sejalan dengan pandangan Hasrul Buamona (2024), yang menilai MDP sebagai manifestasi peran negara dalam memperkuat mekanisme akuntabilitas profesi medis melalui lembaga yang bekerja secara objektif, transparan, dan akuntabel.³³⁰

³²⁸ Jasmen Ojak Haholongan Nadeak, “Penerapan Disiplin Profesi sebagai Instrumen Penegakan Hukum Pidana Kesehatan Berbasis Keadilan Prosedural”, *Proceeding Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia*, (2025), hlm. 1–10.

³²⁹ Maaruf, Kholib, dan Harefa, *Loc. Cit.*

³³⁰ Buamona, Febriana, dan Bihaqqis, *Loc. Cit.*

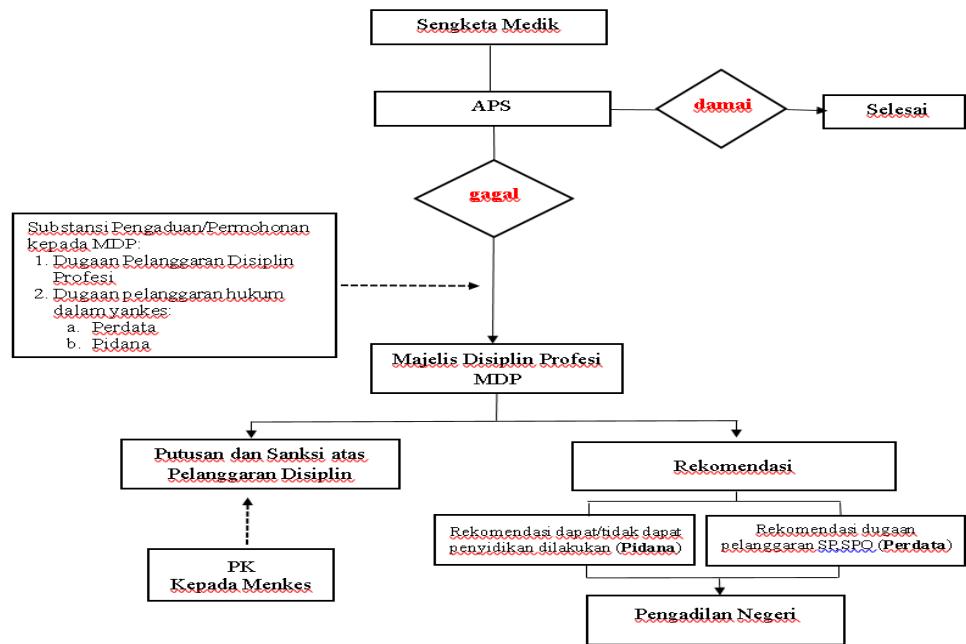
Dari perspektif hukum administrasi negara, kedudukan MDP mencerminkan pelaksanaan fungsi pengawasan publik terhadap profesi medis sebagai bagian dari pelayanan publik di bidang kesehatan. Sebagaimana dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon (2008), pengawasan administratif dalam negara hukum (*rechtstaat*) berfungsi untuk menjamin perlindungan hukum bagi masyarakat dan mencegah penyalahgunaan kewenangan oleh aparatur atau profesi.³³¹ Dalam konteks ini, MDP berperan sebagai mekanisme pengendali (*control mechanism*) yang menyeimbangkan otonomi profesi dengan tanggung jawab negara terhadap keselamatan pasien.

Keberadaan MDP pada akhirnya memperkuat akses terhadap keadilan bagi pasien dan kepastian hukum bagi tenaga medis. Melalui prosedur pemeriksaan yang transparan dan berjenjang, MDP memberikan ruang bagi penyelesaian yang damai dan profesional, sekaligus memastikan bahwa setiap pelanggaran disiplin ditangani oleh lembaga yang memiliki kompetensi keilmuan dan otoritas etik di bidang medis. Sejalan dengan pendapat Amirthalingam (2017), lembaga disiplin profesi yang berorientasi pada keadilan substantif merupakan pilar penting dalam sistem penyelesaian sengketa medis modern, karena mampu menyeimbangkan kepentingan publik, perlindungan pasien, dan integritas profesi kesehatan.³³²

Untuk memperjelas peran MDP dalam mekanisme tersebut, bagan berikut menggambarkan alur penyelesaian sengketa medik berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023 dan Permenkes No. 3 Tahun 2025, yang menunjukkan hubungan antar-tahapan proses serta posisi MDP sebagai lembaga pemeriksa, pemutus, dan pemberi rekomendasi hukum dalam penegakan disiplin profesi medis di Indonesia sebagai berikut:

³³¹ Hadjon, *Loc. Cit.*

³³² Theban Amirthalingam dkk., “Effects of a Modified German Volume Training Program on Muscular Hypertrophy and Strength”, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 31/11 (2017), hlm. 3109–3119.



Gambar 13. Alur Penyelesaian Sengketa Medik berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023 dan Permenkes Nomor 3 Tahun 2025

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2025)

Alur penyelesaian sengketa medik sebagaimana diatur dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan Permenkes No. 3 Tahun 2025 menggambarkan kedudukan Majelis Disiplin Profesi (MDP) sebagai bagian dari mekanisme yang terstruktur, berjenjang, dan berorientasi pada penyelesaian damai (non-litigasi) sebelum ditempuh jalur hukum formal.

Proses dimulai ketika terjadi sengketa medik antara pasien dan tenaga medis atau tenaga kesehatan akibat dugaan pelanggaran disiplin atau kelalaian dalam pelayanan. Tahapan awal penyelesaiannya dilakukan melalui Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS), yang mencakup mediasi, konsiliasi, atau fasilitasi yang difasilitasi oleh pejabat berwenang dari Kementerian Kesehatan atau Majelis Disiplin Profesi (MDP). Apabila upaya damai tercapai, sengketa dianggap selesai, dan dituangkan dalam berita acara kesepakatan yang bersifat final. Namun, jika upaya APS gagal, maka perkara dilanjutkan ke MDP untuk diproses melalui pemeriksaan disiplin formal.

Pada tahap berikutnya, pengaduan atau permohonan yang diajukan ke MDP dapat mencakup dua substansi utama, yaitu:

- a. dugaan pelanggaran disiplin profesi; dan
- b. dugaan pelanggaran hukum dalam pelayanan kesehatan, baik yang bersifat perdata maupun pidana. MDP kemudian melakukan pemeriksaan untuk menilai kebenaran dugaan tersebut. Hasil pemeriksaan MDP dapat menghasilkan dua bentuk keputusan, yakni putusan dan sanksi atas pelanggaran disiplin, serta rekomendasi atas dugaan pelanggaran hukum.

Apabila terbukti terjadi pelanggaran disiplin, MDP menjatuhkan sanksi sesuai tingkat kesalahan, mulai dari teguran tertulis hingga pencabutan izin praktik sementara. Terhadap putusan tersebut, pihak yang keberatan dapat mengajukan Peninjauan Kembali (PK) kepada Menteri Kesehatan, sebagaimana diatur dalam Pasal 307 UU No. 17 Tahun 2023. Sementara itu, apabila dalam pemeriksaan ditemukan dugaan pelanggaran hukum, MDP dapat mengeluarkan rekomendasi hukum:

- a. terhadap dugaan pidana, rekomendasi MDP berisi pernyataan apakah penyidikan dapat atau tidak dapat dilakukan oleh aparat penegak hukum;
- b. terhadap dugaan perdata, rekomendasi MDP memuat hasil pemeriksaan terhadap dugaan pelanggaran Standar Profesi (SP) atau Standar Prosedur Operasional (SPO), yang dapat dijadikan bahan pertimbangan oleh pengadilan negeri dalam proses perdata.

Dalam kontek penyelesaian sengketa medik, MDP berperan sebagai filter keahlian (*expert filter*) antara pelanggaran profesional dan pelanggaran hukum, sekaligus sebagai lembaga quasi-yudisial yang mengintegrasikan aspek etik, disiplin, dan hukum dalam satu sistem penyelesaian sengketa medik. Skema ini menegaskan bahwa penyelesaian sengketa medik tidak semata bersifat represif, tetapi juga edukatif dan korektif, dengan menempatkan penyelesaian damai sebagai prioritas, serta menjamin kepastian hukum dan perlindungan bagi pasien maupun tenaga medis dalam praktik kedokteran di Indonesia.

4.1.3 Pergeseran Paradigma dari *Self-Regulation* menuju *State-Regulation* pada Penegakan Disiplin Profesi Medis di Indonesia

Perubahan paradigma penegakan disiplin profesi medis telah dipaparkan pada subbab sebelumnya. Dari uraian tersebut tampak adanya pergeseran mendasar dalam sistem hukum kesehatan nasional, yaitu peralihan dari pola self-regulation menuju state-regulation. Pergeseran ini tidak sekadar bersifat struktural, melainkan juga konseptual karena mengubah cara pandang terhadap hubungan antara profesi medis, negara, dan masyarakat dalam penegakan etika serta disiplin profesi.

Dalam teori profesi, *self-regulation* merupakan model pengawasan di mana organisasi profesi diberi kewenangan untuk mengatur dan menegakkan disiplin anggotanya secara mandiri. Menurut H.L.A. Hart (1961), model ini didasarkan pada *internal morality of profession* — sistem moral internal yang mendorong kepatuhan karena kesadaran etik, bukan karena paksaan hukum. Dalam konteks kedokteran, *self-regulation* mencerminkan prinsip professional autonomy, yaitu keyakinan bahwa hanya komunitas medis yang paling memahami standar keilmuan, tanggung jawab etik, dan kompleksitas praktik klinis.

Sebaliknya, *state-regulation* menempatkan negara sebagai otoritas utama dalam mengatur, mengawasi, dan menegakkan disiplin profesi. Menurut Philipus M. Hadjon (2008), peran negara dalam model ini bukan sekadar menetapkan norma, tetapi juga menjalankan fungsi perlindungan aktif terhadap kepentingan publik melalui pengawasan dan pertanggungjawaban administratif.³³³

a. Perubahan Normatif dan Kelembagaan

Sebelum berlakunya UU No. 17 Tahun 2023, penegakan disiplin profesi dijalankan oleh MKDKI di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sesuai dengan UU No. 29 Tahun 2004. MKDKI bersifat otonom dan bertanggung jawab kepada KKI, bukan kepada pemerintah. Ia memeriksa dan memutus dugaan pelanggaran disiplin dokter atau dokter gigi berdasarkan kode etik dan standar profesi. Menurut Hasrul Buamona (2024), sistem ini memberi ruang luas bagi profesi untuk menegakkan etika tanpa campur tangan negara,

³³³ Hadjon, *Loc. Cit.*

tetapi lemah dari sisi akuntabilitas publik karena bersifat tertutup dan tidak memiliki mekanisme pengawasan eksternal.³³⁴

Setelah UU Kesehatan 2023 berlaku, paradigma tersebut berubah. MDP, yang dibentuk melalui Pasal 308–316 UU No. 17 Tahun 2023 dan diatur lebih lanjut dalam PP No. 28 Tahun 2024, berada langsung di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan. Menurut Nefrisa Adlina Maaruf (2025), konfigurasi ini merupakan bentuk *administrative centralization*, di mana fungsi pembinaan dan pengawasan profesi dipusatkan untuk menciptakan standar nasional dan memperkuat perlindungan publik. Namun, ia menilai adanya risiko berkurangnya independensi profesi karena lembaga disiplin kini menjadi bagian dari struktur administratif negara.³³⁵

Untuk memperjelas perbedaan mendasar antara paradigma *self-regulation* dan *state-regulation* dalam penegakan disiplin profesi medis, berikut disajikan tabel perbandingan:

Tabel 10. Perbandingan Paradigma Self-Regulation dan State-Regulation dalam Penegakan Disiplin Profesi Medis di Indonesia

Aspek	Paradigma <i>Self-Regulation</i>	Paradigma <i>State-Regulation</i>	Implikasi terhadap Sistem Hukum Kesehatan
Filosofi Dasar	Profesi mengatur dan menegakkan disiplin secara mandiri berdasarkan etika dan kode kehormatan profesi.	Negara memegang kendali regulatif dan pengawasan melalui instrumen hukum administratif.	Pergeseran otoritas dari otonomi profesi menuju pengawasan negara.
Lembaga Utama	Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).	Majelis Disiplin Profesi (MDP) di bawah Kementerian Kesehatan.	Integrasi kelembagaan lintas profesi dalam satu sistem nasional.
Basis Hukum	UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.	UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Permenkes No. 3 Tahun 2025.	Konsolidasi hukum dan perluasan yurisdiksi disiplin ke seluruh tenaga kesehatan.
Sumber Akuntabilitas	Horizontal — kepada profesi dan organisasi etik (IDI/PDGI).	Vertikal — kepada Menteri Kesehatan dan publik.	Pergeseran bentuk pertanggungjawaban dari etik internal menuju kontrol administratif dan publik.

³³⁴ Buamona, Febriana, dan Bihaqqis, *Loc. Cit.*

³³⁵ Maaruf, Kholib, dan Harefa, *Loc. Cit.*

Kewenangan Disiplin	Terbatas pada dokter dan dokter gigi.	Meliputi seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan.	Unifikasi sistem pengawasan disiplin lintas bidang kesehatan.
Sifat Keputusan	Final dan mengikat; tidak ada mekanisme banding administratif.	Dapat diajukan <i>Peninjauan Kembali (PK)</i> kepada Menteri Kesehatan.	

Sumber: Hasil Olahan Peneliti (2025) berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004, UU No. 17 Tahun 2023, dan PP No. 28 Tahun 2024.

Perbandingan tersebut menunjukkan bahwa pergeseran ke arah *state-regulation* tidak hanya mengubah struktur kelembagaan, tetapi juga memengaruhi arah pertanggungjawaban hukum dan filosofi pengawasan profesi medis di Indonesia.

b. Analisis dari Perspektif Profesi

Dari sisi profesi kedokteran, perubahan ini menimbulkan perdebatan mengenai keseimbangan antara *public accountability* dan *professional autonomy*. Otonomi profesi merupakan syarat penting agar dokter dapat mengambil keputusan klinis yang independen dan tidak dipengaruhi kepentingan birokratis.³³⁶ Namun, tanpa pengawasan publik, sistem yang sepenuhnya otonom cenderung tertutup dan sulit diakses masyarakat ketika terjadi pelanggaran etik.

Model baru melalui MDP mencoba mengatasi dilema tersebut. Negara kini berperan memastikan keadilan dan akuntabilitas dalam proses pemeriksaan disiplin, sementara organisasi profesi tetap berperan dalam pembinaan etik dan peningkatan mutu keilmuan. Amirthalingam (2017) menilai bahwa model regulasi medis yang efektif adalah yang menggabungkan unsur pengawasan negara dengan kepekaan etik profesi, sehingga tidak mengorbankan integritas profesional maupun kepentingan publik.³³⁷

³³⁶ Astutik Astutik, "Standar Pelayanan Medis Nasional sebagai Bentuk Pembatasan Otonomi Profesi Medis," *Halu Oleo Law Review* 1, no. 2 (2017): 252–77, <https://doi.org/10.33561/holrev.v1i2.3645>.

³³⁷ Amirthalingam dkk., *Loc. Cit.*

c. Implikasi terhadap Sistem Hukum Kesehatan

Pergeseran menuju *state-regulation* membawa dampak luas terhadap sistem hukum kesehatan Indonesia, baik dari aspek kelembagaan, hukum dan akuntabilitas, maupun perlindungan hukum terhadap pasien dan tenaga medis.

1) Aspek kelembagaan

Pergeseran paradigma ini menjadikan penegakan disiplin profesi sebagai bagian dari sistem hukum nasional yang bersifat lintas profesi dan terkoordinasi di bawah Kementerian Kesehatan. Jika sebelumnya lembaga disiplin seperti Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) beroperasi secara otonom di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), kini fungsi tersebut diintegrasikan ke dalam Majelis Disiplin Profesi (MDP) yang dibentuk melalui Pasal 308–316 UU No. 17 Tahun 2023 dan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Perubahan ini merupakan bentuk *administrative centralization* yang bertujuan menyeragamkan standar penegakan disiplin lintas bidang tenaga medis dan tenaga kesehatan serta memperkuat posisi negara sebagai penjamin akuntabilitas publik.³³⁸ Namun, sentralisasi tersebut juga menimbulkan tantangan terhadap independensi profesi karena lembaga disiplin kini menjadi bagian dari struktur administratif negara.

2) Aspek hukum dan akuntabilitas.

Dalam sistem baru, negara memperkenalkan mekanisme Peninjauan Kembali (PK) terhadap putusan MDP sebagai bentuk pertanggungjawaban vertikal di bawah Menteri Kesehatan. Mekanisme ini diatur dalam Pasal 316 UU No. 17 Tahun 2023, yang menggantikan prinsip finalitas absolut pada sistem MKDKI sebelumnya. Perubahan tersebut menunjukkan pergeseran paradigma hukum dari model etik-profesional menuju model hukum-administratif yang membuka ruang

³³⁸

koreksi dan memperkuat *due process of law* dalam penegakan disiplin profesi.³³⁹

Dengan adanya mekanisme PK, proses penegakan disiplin kini memiliki sistem kontrol yang lebih transparan dan dapat diuji, baik secara substantif maupun prosedural. Hal ini memperkuat legitimasi keputusan lembaga disiplin dan menjamin perlindungan hak-hak tenaga medis yang diperiksa.

3) Aspek perlindungan hukum

Pergeseran paradigma ini juga memperjelas posisi hukum antara pasien dan tenaga medis. Pasien memperoleh perlindungan lebih kuat dari praktik pelayanan yang tidak sesuai standar profesi atau prosedur operasional, karena pengawasan dilakukan langsung oleh lembaga negara yang memiliki otoritas hukum. Sementara itu, tenaga medis mendapat perlindungan dari potensi kriminalisasi yang tidak berbasis pada penilaian profesional yang sah. Model *state-regulation* memberikan keseimbangan baru antara kepastian hukum dan keadilan substantif karena negara tidak hanya menegakkan sanksi, tetapi juga memastikan perlindungan terhadap hak tenaga medis selama proses pemeriksaan. Pandangan ini sejalan dengan gagasan Philipus M. Hadjon (2008) yang menegaskan bahwa fungsi negara hukum modern (*modern rechtstaat*) adalah memberikan perlindungan hukum aktif terhadap warga negara, termasuk tenaga profesional, agar kebijakan publik tidak menimbulkan ketidakpastian hukum.³⁴⁰

Pergeseran paradigma ini menggambarkan perubahan besar dalam hubungan antara profesi medis dan negara. Negara kini bukan lagi sekadar pengawas pasif, melainkan regulator aktif yang memegang tanggung jawab langsung terhadap sistem disiplin dan perlindungan hukum di bidang kesehatan. Meski begitu, peran negara perlu diimbangi dengan penghormatan terhadap kemandirian profesi

³³⁹ Buamona, Febriana, dan Bihaqqis, *Loc. Cit.*

³⁴⁰ Hadjon, *Loc. Cit.*

(*professional autonomy*) agar pengawasan tidak berubah menjadi kontrol birokratis yang melemahkan integritas profesional. Keseimbangan antara pengawasan publik (*public accountability*) dan otonomi profesi menjadi prasyarat agar sistem penegakan disiplin yang baru berjalan efektif, adil, dan tetap menjunjung tinggi kehormatan serta kompetensi profesi medis.

Pergeseran paradigma dari model *self-regulation* menuju *state-regulation* merupakan salah satu perubahan mendasar dalam sistem hukum kesehatan Indonesia pasca lahirnya UU No. 17 Tahun 2023. Pergeseran ini membawa konsekuensi terhadap perubahan struktur kewenangan, mekanisme pengawasan profesi, dan kedudukan kelembagaan, yang secara langsung memengaruhi pola hubungan antara pemerintah dan organisasi profesi.

Secara normatif, transformasi ini dimaksudkan untuk memperkuat akuntabilitas publik dan efektivitas tata kelola profesi. Melalui pembentukan Majelis Disiplin Profesi (MDP) sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, pemerintah berupaya mewujudkan mekanisme penegakan disiplin yang terintegrasi, efisien, dan mampu menjamin kepastian hukum bagi tenaga medis maupun pasien.³⁴¹ Menurut Soerjono Soekanto (2008), perubahan struktur hukum merupakan bentuk penyesuaian sosial yang niscaya terjadi ketika hukum berusaha menjawab kebutuhan masyarakat yang berkembang, sepanjang perubahan tersebut tetap berpijak pada asas keadilan dan kepastian hukum.

Dalam kerangka tersebut, peneliti berpandangan bahwa perubahan paradigma ini dapat diterima selama tujuan utamanya adalah untuk memperbaiki sistem, bukan mengurangi kemandirian profesi medis. MDP tetap harus diberi ruang untuk menjalankan fungsi profesionalnya dalam menilai dugaan pelanggaran disiplin karena hanya kalangan medis yang memahami standar etik, kompetensi, dan batas praktik profesi. Pendapat ini sejalan dengan teori *professional autonomy* yang dikemukakan oleh Freidson (2001), bahwa profesi memiliki hak dan tanggung

³⁴¹Iwan Harsono dkk., “Pengaruh Belanja Pendidikan, Belanja Kesehatan dan Belanja Bantuan Sosial terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi NTB Tahun 2013–2022”, *Management Studies and Entrepreneurship Journal (MSEJ)*, 5/1 (2024), hlm. 802–810.

jawab moral untuk menilai perilaku etik anggotanya berdasarkan standar keahlian yang tidak dapat ditentukan sepenuhnya oleh otoritas eksternal.³⁴²

Meskipun demikian, kekhawatiran organisasi profesi terhadap pergeseran paradigma ini tidak dapat diabaikan. Organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menilai bahwa meningkatnya peran pemerintah dalam struktur dan mekanisme pengawasan berpotensi mengikis independensi profesi medis dalam melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap sesama sejawaht. Independensi ini merupakan syarat mutlak bagi penegakan disiplin yang adil dan objektif. Ketika unsur pemerintah menjadi lebih dominan, dikhawatirkan keputusan dalam pemeriksaan disiplin akan lebih berorientasi pada kepentingan administratif daripada pertimbangan profesional yang bersifat etik dan ilmiah.

Kekhawatiran tersebut semakin relevan apabila melihat komposisi Tim Pemeriksa Provinsi sebagaimana diatur dalam Pasal 721 PP No. 28 Tahun 2024, yang terdiri dari dua orang unsur dinas kesehatan, satu orang dari organisasi profesi, satu orang dari fasilitas pelayanan kesehatan, dan satu orang dari unsur masyarakat. Komposisi ini menimbulkan pertanyaan yuridis: apakah anggota tim dengan latar belakang nonmedis memiliki kapasitas menilai tindakan medis yang kompleks dan berimplikasi hukum? Terlebih, rekomendasi MDP dapat berpengaruh langsung terhadap proses hukum pidana maupun perdata. Dalam konteks ini, unsur praktisi atau akademisi hukum perlu dihadirkan untuk memastikan bahwa penilaian hukum dilakukan secara benar dan proporsional, sementara unsur profesi medis menjaga obyektivitas terhadap aspek etik dan disiplin.

Penegakan hukum yang baik harus bersifat *humanistic and contextual*. Artinya, hukum tidak dijalankan secara kaku, melainkan disesuaikan dengan realitas sosial dan nilai-nilai keadilan substantif.³⁴³ Dengan demikian, keseimbangan antara unsur

³⁴² Eliot Freidson, 2001, *Professionalism: The Third Logic*, Chicago: The University of Chicago Press.

³⁴³ Syah Awaluddin, “Kritik Terhadap Keadilan Formal; Memahami Positivisme Dan Modernitas Dalam Pemikiran Fransiscus Budi Hardiman,” *Eksekusi : Jurnal Ilmu Hukum Dan Administrasi Negara* 1, no. 2 (Juli 2023): 123–39, <https://doi.org/10.55606/eksekusi.v1i2.1800>.

hukum dan unsur medis dalam MDP maupun Tim Pemeriksa menjadi penting agar setiap perkara dapat diselesaikan secara komprehensif, objektif, dan profesional, sesuai prinsip *rule of law* yang menuntut kejelasan kewenangan, akuntabilitas lembaga, dan perlindungan terhadap hak-hak individu.

Lebih lanjut, perbedaan dasar pemikiran antara pemerintah dan organisasi profesi seharusnya tidak dijadikan alat penghambat implementasi kebijakan. Perbedaan tersebut justru harus dimaknai sebagai bentuk dinamika yang konstruktif dalam proses reformasi hukum kesehatan. Pemerintah dan organisasi profesi memiliki tanggung jawab yang saling melengkapi, pemerintah bertugas menjamin perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat, sedangkan organisasi profesi bertugas menjaga kehormatan, kompetensi, dan etika profesi anggotanya. Diperlukan kolaborasi sinergis antara keduanya saling mendukung, saling mengawasi, dan saling menjaga agar sistem pengawasan profesi berjalan seimbang dan tetap berpihak pada kepentingan masyarakat luas.

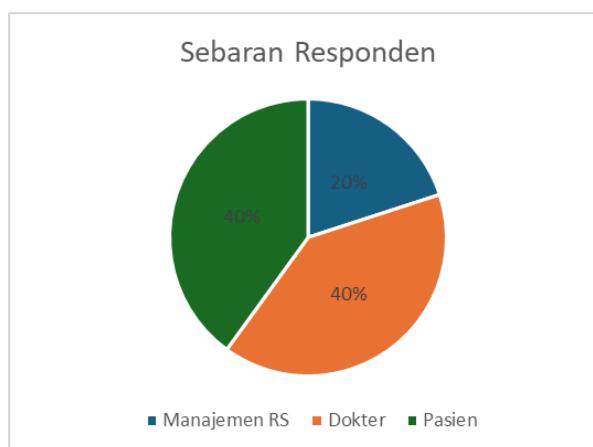
Keberhasilan transformasi MKDKI menjadi MDP tidak hanya diukur dari efektivitas penegakan sanksi, tetapi dari sejauh mana lembaga ini mampu membangun budaya korektif dan edukatif di kalangan tenaga medis. MDP idealnya tidak sekadar menjadi lembaga yang menjatuhkan sanksi, melainkan lembaga pembinaan etik yang mendorong tenaga medis untuk terus merefleksikan tanggung jawab moral dan profesionalnya. Dengan penegakan disiplin yang berlandaskan prinsip *rule of law*, keseimbangan profesi dan negara, serta kolaborasi yang konstruktif antar-pemangku kepentingan, maka sistem hukum kesehatan Indonesia akan semakin mampu menjamin perlindungan hukum yang adil, profesional, dan berorientasi pada kepentingan masyarakat.

4.2 Penelitian Preferensi Penyelesaian Sengketa Medik Oleh Dokter, Manajemen Rumah Sakit dan Pasien

Penelitian ini dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek, Rumah Sakit Urip Sumoharjo, Rumah Sakit Advent, Rumah Sakit Imanuel, dan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo yang berlokasi di Bandar Lampung, Provinsi Lampung, Indonesia. Penelitian ini berfokus pada

preferensi penyelesaian sengketa medik dengan melibatkan subjek yang memiliki potensi sebagai pihak dalam sengketa, yaitu manajemen rumah sakit, dokter, dan pasien.

Sampel penelitian diambil secara proporsional dari masing-masing rumah sakit, mencakup 5 orang dokter umum, 5 orang dokter spesialis, 5 orang anggota manajemen rumah sakit, dan 10 orang pasien. Dengan demikian, total responden dalam penelitian ini berjumlah 125 orang, yang terdiri dari perwakilan penyedia layanan kesehatan serta penerima layanan kesehatan. Pemilihan sampel ini bertujuan untuk mendapatkan perspektif yang komprehensif mengenai preferensi penyelesaian sengketa medik dari berbagai pihak yang terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan.



Gambar 14. Diagram Persentase Sebaran Responden

Responden dibagi menjadi tiga kelompok utama: Manajemen Rumah Sakit, Dokter, dan Pasien. Berikut penjabaran masing-masing kelompok berdasarkan presentase yang ditunjukkan:

1) Manajemen Rumah Sakit (20%)

Persentase ini menunjukkan bahwa 20% dari total responden yang terlibat dalam survei adalah anggota manajemen rumah sakit yaitu 25 orang dari 125 orang. Yang termasuk kedalam kelompok ini dapat terdiri dari administrator, kepala departemen, atau staf lain yang bertanggung jawab atas operasional dan kebijakan rumah sakit.

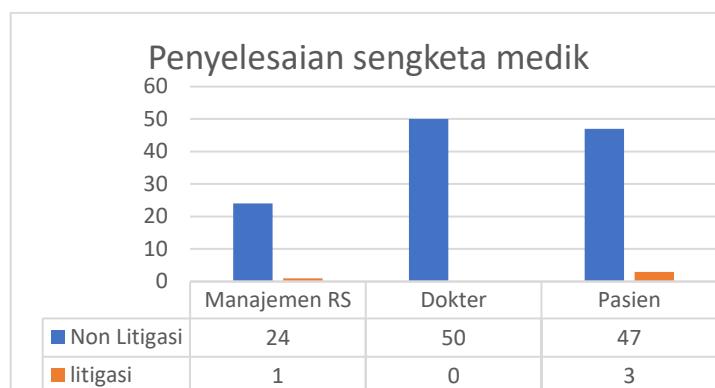
2) Dokter (40%)

Sebanyak 40% responden adalah dokter. Baik dokter umum maupun dokter spesialis, total jumlah responden dokter adalah sebanyak 50 orang. Ini mencakup berbagai spesialisasi dan dokter umum. Kelompok ini memberikan perspektif medis dan klinis yang sangat penting dalam survei.

3) Pasien (40%)

Responden pasien mencakup 40% dari total responden yaitu mencapai 50 orang. Kelompok ini memberikan prespektif dari sisi penerima layanan kesehatan, yang bisa mencakup pengalaman mereka, kepuasan terhadap layanan, dan isu-isu lainnya yang berkaitan dengan perawatan yang mereka terima.

Penelitian ini dilakukan guna memperoleh pandangan dari berbagai pihak yang terlibat dalam sengketa medik melalui kuesioner yang dikelompokkan dalam tiga tahapan, yaitu pra medis, saat tindakan pelayanan kesehatan, dan pasca tindakan pelayanan kesehatan (*post-care*), tindakan perawatan yang dilakukan setelah diagnosis atau setelah menjalani tindakan medis operatif. Berdasarkan penelitian tersebut didapatkan data sebagai berikut:



Gambar 15. Hasil Survei Preferensi Penyelesaian Sengketa Medik

Grafik di atas menunjukkan hasil survei yang dilakukan terhadap responden yang terlibat dalam penyelesaian sengketa medik, yang terbagi ke dalam tiga kategori: manajemen rumah sakit, dokter, dan pasien. Masing-masing kategori responden ini memilih antara jalur litigasi (melalui pengadilan) dan nonlitigasi (penyelesaian di luar pengadilan). Berikut adalah penjelasan terperinci dari data tersebut:

1) Manajemen Rumah Sakit (RS)

Nonlitigasi: 24 responden

Litigasi: 1 responden

Sebagian besar manajemen rumah sakit (24 dari 25 responden) lebih memilih penyelesaian sengketa melalui jalur nonlitigasi. Hal ini menunjukkan bahwa pihak manajemen rumah sakit cenderung mencari penyelesaian yang lebih cepat, biaya rendah, dan damai tanpa harus melalui proses pengadilan yang memakan waktu dan sumber daya.

2) Dokter

Nonlitigasi: 50 responden

Litigasi: 0 responden

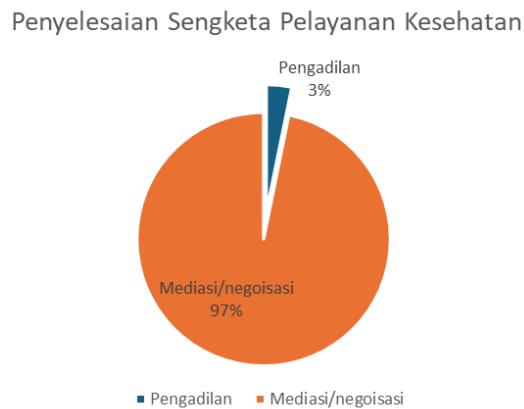
Seluruh dokter yang menjadi responden (50 dari 50) memilih jalur nonlitigasi. Ini mengindikasikan bahwa dokter sangat mendukung penyelesaian sengketa medik melalui cara-cara yang lebih informal dan berbasis mediasi. Dengan demikian maka berdasarkan penelitian ini para dokter merasa bahwa jalur ini memungkinkan komunikasi yang lebih baik dan penyelesaian yang lebih adil dan cepat tanpa melibatkan tekanan dari prosedur hukum.

3) Pasien

Nonlitigasi: 47 responden

Litigasi: 3 responden

Sebagian besar pasien (47 dari 50 responden) juga memilih jalur nonlitigasi. Terdapat 3 pasien yang memilih untuk menyelesaikan sengketa melalui jalur litigasi. Ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas pasien lebih menyukai penyelesaian sengketa yang damai dan cepat, ada sebagian kecil pasien yang merasa lebih aman atau mendapat kepuasan melalui proses hukum formal.



Gambar 16. Persentase Preferensi Metode Penyelesaian sengketa medik

Berdasarkan penelitian empiris, persentase preferensi para pihak untuk menyelesaikan sengketa medik pada Rumah Sakit di Bandar Lampung melalui jalur nonlitigasi dalam hal ini mediasi/negosiasi dan litigasi dijabarkan berdasarkan Grafik di atas adalah sebagai berikut:

1) Mediasi/Negosiasi (97%)

Sebagian besar sengketa pelayanan kesehatan diselesaikan melalui mediasi atau negosiasi. Dalam proses penelitian ini, peneliti mendapati bahwa para pihak baik dokter, pasien maupun Rumah Sakit memiliki pemahaman bahwa mediasi dan negosiasi merupakan hal yang sama. Padahal mediasi dan negosiasi merupakan metode penyelesaian sengketa yang sangat berbeda. Salah satunya adalah Negosiasi dilakukan tanpa pihak ketiga yang netral sedangkan mediasi menggunakan pihak ketiga yang independen yang disebut sebagai Mediator. Namun setelah mendapatkan pemahaman dari peneliti, para pihak memiliki kecenderungan preferensi menyelesaikan sengketa melalui nonlitigasi yaitu mediasi. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas pihak yang terlibat dalam sengketa lebih memilih cara yang tidak formal dan lebih damai untuk mencapai kesepakatan.

2) Pengadilan (3%)

Hanya sebagian kecil sengketa yang diselesaikan melalui proses pengadilan. Ini menandakan bahwa menggunakan jalur hukum formal bukanlah pilihan utama dalam penyelesaian sengketa kesehatan,

kemungkinan karena proses yang lebih panjang, biaya yang lebih tinggi, dan ketidakpastian hasil yang lebih besar.

Pendekatan litigasi dalam penyelesaian sengketa medik sering kali dianggap sebagai mekanisme yang memberikan keadilan bagi pasien maupun dokter. Namun, mekanisme ini tidak terlepas dari berbagai kelemahan yang dapat berdampak negatif bagi kedua belah pihak. Dari sisi dokter, proses litigasi dapat menimbulkan tuduhan malpraktik yang belum tentu terbukti secara hukum, tetapi berpotensi merusak reputasi dan kredibilitas dokter serta institusi medis yang terlibat, seperti rumah sakit. Bahkan dalam kasus di mana pengadilan akhirnya memenangkan pihak dokter atau rumah sakit, dampak jangka panjang terhadap citra mereka di mata publik sering kali sulit diperbaiki. Alih-alih menyelesaikan permasalahan secara efektif, proses hukum yang berlarut-larut justru memperburuk citra rumah sakit di mata masyarakat serta menimbulkan dampak jangka panjang terhadap kepercayaan publik terhadap institusi medis yang terlibat.

Di sisi lain, dari perspektif pasien, sengketa medik sering kali melibatkan individu yang mengalami dampak signifikan akibat tindakan medis, baik dalam bentuk kecacatan, perburukan kondisi, maupun kebutuhan akan perawatan medis lanjutan akibat dugaan kelalaian dokter. Dalam situasi ini, pasien sangat membutuhkan penyelesaian sengketa yang cepat dan efektif, baik untuk memperoleh kompensasi maupun untuk mendapatkan akses terhadap layanan medis yang dibutuhkan.

Proses beracara dalam pengadilan membutuhkan proses dengan waktu serta biaya yang cukup banyak. Karena sistem pengadilan yang konvensional secara alamiah berlawanan, seringkali menghasilkan satu pihak sebagai pemenang dan pihak lainnya sebagai pihak yang kalah. Sementara itu terdapat kritik dalam pengadilan yang dalam menjalankan fungsinya dianggap terlalu teknis dan formalistik. Bahkan ada yang mengatakan bahwa proses perdata dianggap tidak efisien dan tidak adil. Sehingga dalam penyelesaian sengketa terutama dalam sengketa medik, perlu memerlukan alternatif penyelesaian sengketa yang dapat diselesaikan dengan *win-win solution*, yaitu dengan menggunakan mediasi.

4.3 Kondisi Faktual dan Implikasi Implementasi Mediasi Sengketa Medik di Indonesia

Mediasi menawarkan jalur penyelesaian sengketa medik yang esensial untuk memberikan perlindungan hukum yang seimbang, baik bagi dokter maupun pasien. Namun, perlindungan ideal tersebut pada kenyataannya belum memperoleh jaminan hukum yang memadai. Dalam kondisi kekosongan regulasi ini, para pihak yang bersengketa terpaksa bergantung pada kesepakatan sukarela tanpa adanya standar prosedural dan instrumen hukum yang pasti. Hal ini menimbulkan berbagai persoalan fundamental dalam praktik mediasi sengketa medik di Indonesia.³⁴⁴

Karena tidak ada dasar hukum khusus yang mengatur tata cara pelaksanaan mediasi secara rinci, maka yang terjadi di lapangan adalah sebagai berikut:

- a. Proses mediasi sering kali bergantung pada niat baik dan kesediaan para pihak untuk berkompromi, tanpa instrumen hukum yang memadai untuk menjamin kesetaraan posisi tawar (*bargaining power*).³⁴⁵ Dalam situasi demikian, pasien sebagai pihak yang awam hukum dan tidak memiliki pendampingan profesional sering kali berada dalam posisi yang lemah. Sebaliknya, pihak rumah sakit atau dokter, terlebih jika didampingi penasihat hukum atau berada dalam sistem yang mendukung mereka secara institusional, cenderung mendominasi narasi dan arah mediasi. Hal ini membuka ruang terjadinya kesepakatan yang bersifat sepikah atau bahkan manipulatif, karena tidak ada pengawasan yang menjamin fairness atau kepatuhan terhadap prinsip keadilan restoratif.
- b. Ketidakpastian mengenai bagaimana kesepakatan ini harus dicapai, serta mekanisme penyelesaian apabila kesepakatan gagal, membuat proses mediasi tidak memiliki struktur yang kuat. Beberapa pertanyaan mendasar seperti: apakah hasil mediasi dapat dieksekusi secara hukum? apakah perlu

³⁴⁴ Dhea Nisa Arinanda, Miranda Aurelia, dan Chelsia Salsa Bernadita, “Penyelesaian Sengketa Medis di Indonesia,” *Kultura: Jurnal Ilmu Hukum, Sosial, dan Humaniora*, 1/1 (2023), hlm. 188–197.

³⁴⁵ Novita Bernadeth Serena Linu, Tampanguma Maarthen Y, dan Caecilia Johanna Julietta Waha, “Kewenangan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dalam Penanganan Sengketa Medis Dokter dan Pasien,” *Lex Privatum*, 15/2 (2025).

pengesahan oleh pengadilan? apakah kegagalan mediasi otomatis membawa perkara ke ranah litigasi? semuanya belum terjawab oleh sistem hukum yang berlaku. Ketiadaan aturan yang memayungi langkah-langkah pasca mediasi menimbulkan kebingungan di kalangan para pihak dan praktisi hukum kesehatan itu sendiri.³⁴⁶

Dampak negatif dari ketidakjelasan dan ketergantungan pada itikad baik ini sangat beragam. Apabila kesepakatan tidak tercapai atau mediasi berlangsung tanpa arah yang pasti, maka prosesnya dapat berlarut-larut, yang akan:

- a. Memperburuk hubungan antara dokter dan pasien, serta menciptakan ketegangan berkepanjangan. Sementara itu, secara idealnya, mediasi bertujuan untuk memulihkan relasi dan menciptakan ruang komunikasi yang sehat. Sengketa yang tak kunjung selesai dapat membuat pasien merasa diabaikan, sementara dokter merasa diserang secara tidak proporsional.
- b. Menurunkan reputasi dokter dan institusi pelayanan kesehatan. Dalam era keterbukaan informasi, kegagalan mediasi menjadi konsumsi publik dan dapat berdampak langsung pada reputasi rumah sakit dan profesi medis. Ini sangat disayangkan mengingat banyak sengketa medik sebenarnya bersumber pada miskomunikasi, bukan kelalaian yang disengaja.
- c. Menimbulkan dampak psikologis signifikan bagi kedua belah pihak, seperti:³⁴⁷
 - 1) Pasien dapat merasa tidak dihargai, kehilangan kendali atas kasusnya, dan mengalami stres berkepanjangan. Bahkan dalam beberapa situasi, proses mediasi yang dianggap “gagal” dapat memperparah trauma pasien atau keluarganya atas insiden medis yang terjadi.

³⁴⁶ Muhammad Afiful Jauhani, Supianto Supianto, dan Tioma R. Hariandja, “Kepastian Hukum Penyelesaian Sengketa Medis Melalui Mediasi di Luar Pengadilan,” *Welfare State: Jurnal Hukum*, 1/1 (2022), hlm. 29–58.

³⁴⁷ SH Setiati Widihastuti dan E. Kusdarini, “Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Kesehatan di Jogja Mediation Center,” *Socia: Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial*, 14/1 (2017), hlm. 15–25.

- 2) Dokter pun tidak jarang mengalami tekanan emosional. Proses yang terlalu panjang dan tidak diarahkan dengan baik dapat menimbulkan rasa frustasi, ketidakpastian profesional, bahkan *burnout syndrome*. Sebagian dokter menghindari tindakan medis yang berisiko hanya karena takut disengketakan kembali di masa depan.

Hal ini mengakibatkan timbulnya dampak traumatis bagi dokter maupun pasien sebagai berikut:³⁴⁸

- a. Merusak hubungan profesional yang seharusnya dibangun atas dasar saling percaya. Sengketa yang tidak ditangani dengan baik dapat membuat relasi antar manusia dalam sistem kesehatan menjadi kaku, defensif, bahkan penuh kecemasan.
- b. Mengganggu proses penyembuhan medis, terutama ketika komunikasi terapeutik terganggu oleh ketegangan sengketa. Penelitian di bidang psikososial menunjukkan bahwa faktor psikologis memainkan peran penting dalam keberhasilan pemulihan medis pasien.
- c. Membebani sistem kesehatan secara struktural, karena setiap sengketa yang tidak terselesaikan dengan baik berpotensi menjadi beban tambahan, baik secara aspek hukum, administratif, maupun keuangan. Bahkan bisa memperluas litigasi, menambah beban pengadilan, dan menurunkan efisiensi pelayanan kesehatan.

Meskipun sampai saat ini mediasi belum memberikan jaminan kepastian hukum yang setara dengan litigasi, keberadaan sistem mediasi yang teregulasi sangat strategis bagi masyarakat Indonesia yang menjunjung tinggi nilai-nilai harmoni, gotong royong, dan penyelesaian melalui musyawarah. Berdasarkan penelitian empiris, dan kemampuan mediator yang profesional dan independen sebagai pihak ketiga, mediasi untuk saat ini merupakan mekanisme penyelesaian sengketa terbaik sebelum sampai pada tahapan litigasi dalam penyelesaian sengketa medik di luar pengadilan. Keterlibatan pihak ketiga yang netral bukan hanya membantu

³⁴⁸ Ontran Sumantri Riyanto, “Dekonstruksi Pertanggungjawaban Hukum dalam Sengketa Medis: Perspektif *Restorative Justice* sebagai Paradigma Baru Perlindungan HAM bagi Tenaga Medis,” *Juris Humanity: Jurnal Riset dan Kajian Hukum Hak Asasi Manusia*, 3/2 (2024), hlm. 78–89.

memperlancar komunikasi dan mengurangi ketegangan, tetapi juga menjembatani kesenjangan pemahaman antara pasien dan tenaga medis.³⁴⁹ Keberhasilan mediasi sangat bergantung pada kompetensi mediator, baik dalam aspek teknis hukum, pengetahuan etik kedokteran, maupun keterampilan komunikasi interpersonal.

4.4 Tantangan dan Solusi dalam Peningkatan Efektifitas Mediasi Sengketa Medik

Dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan memperkuat hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan di Indonesia, penting untuk mengoptimalkan proses penyelesaian sengketa medik melalui mediasi. Hal ini bertujuan agar perselisihan yang muncul akibat perbedaan persepsi dan kepentingan antara pasien dan pemberi layanan kesehatan, baik dokter maupun rumah sakit, dapat diselesaikan secara efektif, serta mengembalikan keharmonisan dalam hubungan antara rumah sakit atau dokter dengan pasien atau keluarga pasien.

Berdasarkan penelitian empiris, ditemukan beberapa hambatan yang muncul dalam penyelesaian sengketa medik melalui mediasi perlu segera diatasi agar proses penyelesaian sengketa menjadi lebih efektif dan tingkat keberhasilannya lebih tinggi. Hambatan-hambatan dalam penyelesaian sengketa medik melalui mediasi di Indonesia dapat dilihat dari dua sisi, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor-faktor ini mencakup berbagai aspek yang mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa.

4.4.1 Tantangan dalam Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia

a. Hambatan Internal

Hambatan internal adalah kendala yang muncul dari dalam diri para pihak maupun institusi yang terlibat langsung dalam penyelesaian sengketa medik, antara lain:

1) Kurangnya Pemahaman Hukum Dokter dan Pasien

Salah satu hambatan etis utama dalam praktik mediasi sengketa medik adalah rendahnya pemahaman baik dari dokter maupun pasien

³⁴⁹ Fhika Maisyarah Mufrizal, Irsyam Risdawati, dan Rahmayanti Rahmayanti, “Yurisdiksi Mediator Kesehatan dalam Penyelesaian Sengketa Medis Melalui *Alternative Dispute Resolution*,” *Jurnal Ners*, 8/2 (2024), hlm. 1175–1181.

mengenai posisi hukum mediasi itu sendiri. Banyak pihak belum menyadari bahwa mediasi merupakan mekanisme penyelesaian sengketa yang sah secara hukum, dan bahkan di beberapa yurisdiksi, lebih dianjurkan dibanding litigasi karena sifatnya yang restoratif. Ketidaktahuan ini menimbulkan resistensi, baik dari pasien yang merasa mediasi tidak cukup “kuat” untuk menegakkan keadilan, maupun dari tenaga medis yang tidak memahami manfaatnya sebagai ruang dialog yang lebih setara.

Ketidakpahaman ini juga menimbulkan ketimpangan informasi yang mengarah pada ketidaksetaraan posisi dalam proses mediasi, sebuah tantangan etika tersendiri karena prinsip keadilan dan partisipasi setara menjadi terabaikan.³⁵⁰

2) Ego dan emosi yang tinggi dari para pihak

Salah satu tantangan signifikan dalam pelaksanaan mediasi sengketa medik adalah tingginya ego dan emosi dari para pihak yang terlibat, baik dari pasien maupun dokter. Sengketa medik kerap melibatkan unsur emosional yang mendalam, terutama ketika pasien atau keluarganya merasa mengalami kerugian fisik atau psikologis akibat dugaan kelalaian tenaga kesehatan. Dalam kondisi seperti ini, proses mediasi sering kali diwarnai dengan ketegangan, kecurigaan, bahkan sikap defensif yang tinggi, sehingga menyulitkan terbangunnya komunikasi yang terbuka dan konstruktif.³⁵¹

Di sisi lain, tenaga medis juga tidak jarang merasa terancam secara profesional ketika menghadapi klaim dari pasien. Hal ini dapat memicu reaksi emosional berupa penolakan, pembelaan diri yang kaku, atau keengganhan untuk mengakui adanya kemungkinan kesalahan. Ketika ego dan emosi mendominasi, kemampuan kedua

³⁵⁰ Muhammad Afzal, “Perlindungan Pasien Atas Tindakan Malprakter Dokter,” *Jurnal Ilmiah Mandala Education* 3/1 (2017), hlm.435.

³⁵¹ Saadah Kurniawati, Fahmi, dan Mohd. Yusuf Daeng M, “Penyelesaian Sengketa Medis Berdasarkan Hukum Indonesia”, *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 3/2 (2023), hlm. 12234-12244.

belah pihak untuk mendengarkan secara aktif dan merespons secara rasional menjadi terbatas. Akibatnya, proses mediasi kehilangan esensinya sebagai ruang dialog yang setara dan berorientasi pada penyelesaian. Dinamika emosional dan relasi kuasa dalam sengketa medik memerlukan pendekatan komunikasi yang empatik dan fasilitatif.

3) Mediator adalah pihak Rumah Sakit

Salah satu kelemahan struktural dalam pelaksanaan mediasi sengketa medik adalah ketika mediator berasal dari pihak internal rumah sakit itu sendiri.³⁵² Praktik ini umum ditemukan di berbagai fasilitas kesehatan, terutama dalam konteks mediasi internal, di mana divisi hukum, manajemen pelayanan, atau Komite Medik ditunjuk sebagai fasilitator proses mediasi. Meskipun langkah ini dianggap praktis karena mediator memiliki pemahaman mendalam tentang struktur organisasi dan kebijakan institusi, keberadaan mediator internal menimbulkan persoalan serius terkait independensi dan netralitas.

Mediator internal cenderung dipersepsikan berpihak kepada kepentingan institusi karena keterikatannya secara struktural maupun emosional terhadap rumah sakit. Ketika mediator berada dalam satu sistem yang sama dengan pihak yang bersengketa, dalam hal ini dokter atau manajemen rumah sakit, maka posisi tawarnya sebagai pihak netral menjadi lemah. Persepsi ini dapat mengurangi kepercayaan pasien dan keluarganya terhadap objektivitas proses mediasi. Kepercayaan terhadap proses mediasi akan sulit dibangun apabila mediator dipandang tidak independen, apalagi ketika putusan atau arah fasilitasi mediasi lebih menguntungkan institusi dibanding pihak pengguna layanan kesehatan.³⁵³

³⁵² Artha Suhangga, Anthony Wibowo, dan Agus Rianto, “Faktor–Faktor Penghambat Keberhasilan Mediasi Perceraian di Pengadilan Agama Karanganyar”, *Jurnal Jolsic UNS*, 1/2 (2013).

³⁵³ Fitriani Nur Damayanti, Budi Santosa, dan Alfita Ayu Irmawati, “Literatur Review: Peran Mediator dalam Efektivitas Upaya Mediasi Sengketa Medis”, *Prosiding Seminar Nasional Unimus*, 5 (2022).

Lebih lanjut, potensi konflik kepentingan juga menjadi isu etis yang tak dapat diabaikan. Mediator internal mungkin memiliki keterbatasan dalam mengadvokasi penyelesaian yang benar-benar adil karena tekanan institusional atau kekhawatiran akan dampak terhadap reputasi rumah sakit. Efektivitas mediasi sangat dipengaruhi oleh persepsi publik terhadap integritas dan imparsialitas mediator.³⁵⁴

4) Feksibilitas Prosedur dan Durasi pelaksanaan

Mediasi memiliki karakteristik yang fleksibel, yang di satu sisi merupakan kekuatan, namun di sisi lain juga menyimpan potensi kelemahan. Fleksibilitas ini memungkinkan proses mediasi untuk beradaptasi dengan dinamika dan kompleksitas masing-masing kasus, termasuk mempertimbangkan konteks sosial, emosional, dan kultural dari para pihak yang terlibat. Dalam sengketa medik, kemampuan untuk menyesuaikan pendekatan mediasi dengan kebutuhan spesifik pasien dan tenaga medis dapat mendorong tercapainya kesepakatan yang lebih manusiawi dan berkelanjutan.

Namun demikian, ketiadaan prosedur baku, standar operasional yang seragam, serta batas waktu yang tegas dalam pelaksanaan mediasi sering kali menjadi hambatan tersendiri. Ketidakjelasan ini dapat menyebabkan proses mediasi berlangsung terlalu lama tanpa kejelasan arah atau hasil yang konkret, bahkan berakhir tanpa penyelesaian. Dari perspektif etika profesional, kondisi tersebut menimbulkan ketidakpastian hukum (*legal uncertainty*), yang pada akhirnya melemahkan prinsip efisiensi, transparansi, dan keadilan bagi pihak yang sedang menunggu penyelesaian atas sengketa yang dihadapi.³⁵⁵

Beberapa kasus mediasi internal rumah sakit di Indonesia, fleksibilitas sering kali tidak disertai dengan mekanisme evaluasi dan kontrol yang

³⁵⁴ *Ibid.*

³⁵⁵ Supeno, “Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) sebagai Badan Penyelesaian Sengketa Medik Secara Mediasi”, *Jurnal Wajah Hukum*, 6/2 (2022)

memadai, sehingga menghasilkan ketidakefisienan dan ketiadaan akuntabilitas proses. Untuk itu, diperlukan keseimbangan antara fleksibilitas prosedural dan penetapan kerangka waktu serta pedoman pelaksanaan yang dapat menjamin kepastian hukum dan keadilan substantif bagi seluruh pihak

b. Hambatan Eksternal

Hambatan eksternal adalah kendala yang berasal dari faktor di luar para pihak, termasuk sistem hukum, regulasi, dan lingkungan sosial masyarakat. Hambatan ini antara lain:

1) Regulasi dan Pedoman

Tidak adanya regulasi dan pedoman di Indonesia bagi pelaksanaan mediasi khusus untuk penyelesaian sengketa medik. Undang-undang atau peraturan yang secara khusus mengatur penyelesaian sengketa medik melalui mediasi masih terbatas atau belum memberikan panduan teknis yang jelas.

Hingga saat ini, Indonesia belum memiliki regulasi teknis yang secara khusus mengatur pelaksanaan mediasi dalam konteks sengketa medik. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran belum secara eksplisit membahas mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa. Akibatnya, pelaksanaan mediasi sering bergantung pada inisiatif lembaga atau rumah sakit masing-masing, tanpa adanya pedoman mekanisme mediasi sengketa medik yang terstandarisasi.

2) Tidak adanya Lembaga Mediasi

Tidak adanya lembaga independen yang menangani khusus mediasi sengketa medik menjadi masalah serius. Dalam sistem hukum yang baik, lembaga mediasi profesional dan khusus harus tersedia untuk menjamin kualitas mediator, akuntabilitas proses, serta perlindungan hak kedua belah pihak. Tanpa lembaga yang berdiri sendiri, upaya mediasi tetap rawan terhadap intervensi pihak rumah sakit atau tekanan institusional lain. Etika institusional dalam penyelesaian

sengketa menuntut adanya struktur kelembagaan yang objektif, bukan sekadar prosedural.

3) Minimnya Sosialisasi tentang Mediasi kepada Publik dan Tenaga Medis

Berdasarkan penelitian empiris, ditemukan bahwa masih ada sejumlah pasien dan bahkan tenaga medis yang tidak mengetahui manfaat mediasi, baik dari sisi biaya, kecepatan, maupun dampak psikologisnya yang lebih ringan dibanding litigasi. Akibatnya, mediasi sering diposisikan sebagai “opsi kedua” atau bahkan “pengalih” dari proses hukum formal.

4.4.2 Solusi untuk Meningkatkan Efektivitas Mediasi Sengketa Medik

Menghadapi berbagai tantangan dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia, diperlukan pendekatan yang lebih terstruktur dan terstandarisasi agar mediasi dapat dijadikan sebagai solusi yang efektif. Berdasarkan berbagai masalah yang telah diidentifikasi, seperti belum adanya pedoman khusus yang mengatur mediasi sengketa medik secara spesifik, rendahnya tingkat keberhasilan mediasi di lingkungan peradilan, serta ketidakpahaman para pihak terkait proses mediasi, menunjukkan bahwa reformasi dalam penyelenggaraan mediasi sengketa medik merupakan kebutuhan yang mendesak.

Pembangunan kerangka mediasi yang terstandarisasi menjadi langkah krusial untuk memberikan panduan yang jelas dan komprehensif bagi semua pihak yang terlibat dalam sengketa medik, baik dokter, pasien, maupun institusi rumah sakit. Standarisasi ini tidak hanya meningkatkan transparansi dan akuntabilitas proses mediasi, tetapi juga memastikan mediasi dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip keadilan, kerahasiaan, kesukarelaan, dan itikad baik, sebagaimana diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku. Standarisasi mediasi ini harus mencakup seluruh mekanisme penyelesaian sengketa secara lengkap, mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan proses mediasi, hingga

implementasi hasil mediasi yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Pedoman tersebut juga perlu menjamin keberpihakan pada solusi yang mencerminkan keseimbangan antara hak pasien untuk mendapatkan keadilan dan perlindungan terhadap tenaga medis dari tuntutan yang tidak berdasar.

Berdasarkan hasil penelitian, memerlukan perlunya upaya-upaya untuk meningkatkan efektivitas mediasi dalam penyelesaian sengketa medik, diperlukan pendekatan yang komprehensif dengan mempertimbangkan aspek regulasi, kualitas mediator, edukasi, dan pemanfaatan teknologi. Beberapa langkah strategis yang dapat diterapkan meliputi:

a. Pembentukan Regulasi dan Standarisasi

Dibutuhkan regulasi nasional yang secara khusus mengatur mediasi sengketa medik, termasuk definisi, tahapan, dan kewenangan para pihak yang terlibat. Regulasi ini berfungsi untuk memberikan kepastian hukum sekaligus memastikan bahwa hasil mediasi memiliki legitimasi yuridis yang dapat diakui dan dilaksanakan tanpa hambatan. Di samping itu, pedoman teknis dan standar praktik mediasi perlu dirumuskan secara transparan dan akuntabel, sehingga proses mediasi mampu menjamin prinsip keadilan, efektivitas, serta perlindungan yang seimbang bagi pasien maupun tenaga kesehatan.

b. Penguatan Kualitas dan Kompetensi Mediator

Mediator dalam sengketa medik harus memiliki keahlian khusus di bidang medis, hukum kesehatan, serta komunikasi yang efektif. Program pelatihan dan sertifikasi bagi mediator perlu ditingkatkan, guna memastikan bahwa mediasi berjalan dengan profesional dan kredibel.

c. Peningkatan Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

Sosialisasi mengenai manfaat dan prosedur mediasi perlu ditingkatkan, baik bagi dokter, pasien, maupun manajemen rumah sakit. Pemahaman yang lebih baik akan mendorong kepercayaan

terhadap mediasi sebagai alternatif penyelesaian sengketa yang lebih adil dan efisien.

d. Pemanfaatan Teknologi dalam Mediasi

Mediasi daring (*online mediation*) dapat memperluas akses, terutama bagi sengketa di daerah terpencil. Penggunaan teknologi ini juga meningkatkan efisiensi dalam hal waktu dan biaya, sehingga proses mediasi dapat berlangsung lebih cepat tanpa mengorbankan kualitas penyelesaian.

e. Pendekatan Psikologis dan Emosional

Mengintegrasikan aspek psikologis dalam mediasi sangat penting, mengingat sengketa medik sering kali menyangkut aspek emosional yang mendalam bagi pasien dan keluarganya. Pendekatan ini dapat meningkatkan keberhasilan mediasi dengan menciptakan ruang dialog yang lebih empatik dan solutif.

f. Penguatan Mediasi Internal dan Penggunaan Mediator Independen

Rumah sakit disarankan untuk menggunakan mediator independen yang bebas dari konflik kepentingan guna meningkatkan kepercayaan para pihak yang bersengketa. Selain itu, standar pelaksanaan mediasi internal perlu lebih transparan agar prosesnya kredibel dan dapat diterima oleh semua pihak.

g. Pembentukan Lembaga Mediasi Independen: Pengawasan dan Evaluasi Mediasi

Untuk menjamin kualitas dan konsistensi penyelenggaraan mediasi sengketa medik, diperlukan pembentukan lembaga mediasi independen yang memiliki fungsi pengawasan dan evaluasi. Lembaga ini berperan dalam menetapkan standar, melakukan monitoring terhadap praktik mediasi, serta memberikan rekomendasi perbaikan secara berkala. Dengan adanya mekanisme pengawasan yang terstruktur, mediasi dapat dipastikan berjalan sesuai dengan prinsip keadilan, efisiensi, dan kepastian hukum, sekaligus mencegah terjadinya penyalahgunaan kewenangan atau praktik yang merugikan salah satu pihak.

- h. Transformasi Surat Kesepakatan Mediasi menjadi Akta Perdamaian
Kesepakatan yang dihasilkan dari proses mediasi pada dasarnya bersifat mengikat secara moral dan kontraktual bagi para pihak. Namun, untuk menjamin kepastian hukum serta daya eksekutorial, kesepakatan tersebut perlu dituangkan dalam bentuk Akta Perdamaian (*akta van dading*) melalui pengesahan hakim. Dengan transformasi ini, kesepakatan mediasi tidak hanya bernilai perdata biasa, tetapi memiliki kekuatan hukum tetap yang dapat dieksekusi apabila salah satu pihak ingkar janji. Proses formalitas ini sekaligus menutup ruang sengketa ulang dan memberikan legitimasi yuridis yang lebih kuat terhadap hasil mediasi.

Melalui langkah-langkah ini, mediasi dalam penyelesaian sengketa medik diharapkan dapat menjadi solusi yang tidak hanya efektif tetapi juga memenuhi prinsip keadilan, efisiensi, dan kepastian hukum dalam menyelesaikan sengketa medik di Indonesia. Melalui reformasi dan penguatan sistem mediasi, proses ini dapat memberikan solusi yang lebih cepat, terjangkau, dan memuaskan bagi semua pihak yang terlibat. Hal ini tidak hanya membantu mengurangi beban sistem peradilan tetapi juga memperkuat hubungan antara pasien, tenaga medis, dan rumah sakit dengan menciptakan penyelesaian sengketa yang lebih damai, adil, dan konstruktif. Dengan demikian, mediasi menguntungkan setiap pihak yang terlibat, baik pasien, dokter maupun rumah sakit.

4.5 Integrasi Nilai-nilai Pancasila dalam Proses Mediasi Sengketa Medik

Menghadapi dinamika hubungan yang kompleks antara pasien dan tenaga medis, penyelesaian sengketa medik di Indonesia memerlukan pendekatan yang berlandaskan pada nilai-nilai Pancasila sebagai pedoman moral dan etika bangsa. Pancasila menekankan pentingnya kemanusiaan, musyawarah, dan keadilan sosial sebagai prinsip utama dalam membangun hubungan yang harmonis dan berkeadilan di tengah masyarakat. Nilai-nilai ini tidak hanya relevan dalam kehidupan bermasyarakat secara umum, tetapi juga sangat esensial dalam menciptakan solusi

atas konflik yang sering kali muncul dalam hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan.

Dalam kerangka ini, mediasi sengketa medik menjadi metode yang mendesak untuk diterapkan sebagai upaya penyelesaian sengketa yang tidak hanya efisien dan efektif, tetapi juga menjunjung tinggi prinsip kemanusiaan, musyawarah mufakat, dan keadilan. Metode ini menawarkan pendekatan yang berorientasi pada dialog dan penyelesaian damai, sejalan dengan nilai-nilai yang terkandung dalam Pancasila sebagai landasan moral dan etis. Melalui mediasi, kedua belah pihak baik pasien maupun institusi Kesehatan dapat mencapai kesepakatan yang mencerminkan kepentingan bersama tanpa harus melalui jalur litigasi yang kerap memperkeruh hubungan.

Aspek-aspek substansial dari nilai-nilai Pancasila memberikan fondasi kuat dalam membangun penyelesaian sengketa yang berkeadilan. Pertama, nilai kemanusiaan menjadi pijakan utama dalam hubungan antara dokter dan pasien, yang secara alami bersifat asimetris. Pasien sering berada dalam posisi yang lebih lemah secara informasi dan pengetahuan dibandingkan dokter. Dengan menjunjung tinggi nilai kemanusiaan, mediasi sengketa medik memungkinkan terciptanya hubungan yang lebih setara, di mana hak pasien diakui dan dihormati tanpa menggesampingkan tanggung jawab dokter. Pendekatan ini berkontribusi pada penguatan hubungan dokter-pasien yang lebih manusiawi dan saling menghormati.

Kedua, nilai musyawarah untuk mufakat menekankan pentingnya dialog terbuka dalam mencari solusi terbaik yang dapat diterima oleh semua pihak. Nilai ini menjadi inti dalam proses mediasi sengketa medik, di mana pasien, dokter, dan rumah sakit terlibat secara aktif untuk mencari kesepakatan bersama. Proses musyawarah ini mengutamakan kolaborasi dan transparansi, sehingga sengketa dapat diselesaikan dengan cara yang lebih damai dan menghindari eskalasi konflik yang sering kali terjadi dalam jalur litigasi.

Ketiga, nilai keadilan memainkan peran sentral dalam menangani kerugian yang dialami akibat sengketa medik. Prinsip ini menuntut penyelesaian yang adil, di mana kompensasi diberikan secara proporsional kepada pasien atas kerugian yang

dialami, tanpa mengabaikan hak-hak hukum dokter dan institusi kesehatan. Keadilan yang dimaksud tidak hanya terbatas pada aspek legal formal, tetapi juga mencerminkan keadilan sosial yang sesuai dengan semangat Pancasila. Dengan menyeimbangkan hak dan kewajiban semua pihak, proses mediasi sengketa medik dapat menciptakan harmoni dalam hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan.

Dengan demikian, mediasi sengketa medik tidak hanya menjadi solusi praktis untuk menyelesaikan sengketa, tetapi juga merupakan refleksi nyata dari komitmen bangsa untuk menjaga harmoni sosial dan keadilan dalam sistem pelayanan kesehatan. Pendekatan ini memperkuat prinsip-prinsip kemanusiaan, musyawarah, dan keadilan yang menjadi inti kehidupan bermasyarakat di Indonesia, sekaligus mendukung terciptanya sistem kesehatan yang lebih berintegritas dan berkelanjutan.

Robin M Williams mengemukakan bahwa ada empat kualitas tentang nilai-nilai³⁵⁶ yaitu : Pertama, nilai-nilai mempunyai sebuah elemen konsepsi yang lebih mendalam dibandingkan dengan hanya sekadar sensasi, emosi, atau kebutuhan. Dalam hal ini nilai dianggap sebagai abstraksi yang ditarik dari pengalaman-pengalaman seseorang. Kedua, nilai-nilai menyangkut atau penuh dengan semacam pengertian yang memiliki suatu aspek emosi. Emosi disini mungkin diungkapkan sebenarnya atau merupakan potensi. Ketiga, nilai-nilai bukan merupakan tujuan konkret dari tindakan, tetapi mempunyai hubungan dengan tujuan, sebab nilai-nilai berfungsi sebagai kriteria dalam memiliki tujuan-tujuan.³⁵⁷

Seseorang akan berusaha mencapai segala sesuatu yang menurut pandangannya mempunyai nilai-nilai. Keempat, Nilai-nilai merupakan unsur penting, dan tidak dapat disepelekan bagi orang yang bersangkutan. Dalam kenyataan, nilai-nilai berhubungan dengan pilihan, dan pilihan merupakan prasyarat untuk mengambil suatu Keputusan. Dari beberapa pengertian tersebut di atas dapat digambarkan

³⁵⁶ Tukiran Taniredja, 2014, *Kedudukan Dan Fungsi Pancasila Bagi Bangsa Dan Negara*, Bandung: Alfabeta

³⁵⁷ Soerjanto Poespwardojo, 1990, *Filsafat Pancasila Sebuah Pendekatan Sosio Budaya*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, hlm.90.

bahwa walaupun nilai bersifat abstrak, namun tetap menjadi hal penting dari berarti dalam kehidupan seseorang bahkan mempengaruhi pilihan pilihan dalam mengambil suatu keputusan.

Pancasila sebagai dasar dari segala penyelenggaraan Negara Republik Indonesia juga ditetapkan kedudukan dan fungsinya sebagai³⁵⁸ pertama, Dasar Negara yang berarti bahwa Pancasila merupakan sumber dari segala sumber hukum negara. Dengan kata lain, Pancasila menjadi dasar bagi segenap produk hukum yang berlaku di dalam tata kehidupan bernegara Indonesia; kedua, sebagai ideologi nasional, yang akan memberi arah atau menjadi orientasi bagi segenap konsep pembangunan nasional Indonesia; ketiga, sebagai pandangan hidup bangsa, yang menuntun dan menjadi pedoman berperilaku dalam kerangka membina interaksi sosial demi mewujudkan harmonisasi kehidupan bermasyarakat dan berbangsa, serta antar bangsa. Dalam memainkan ketiga fungsi di atas, harus tergambaran secara jelas kesinambungan pada ketiga tataran nilai Pancasila, yaitu nilai dasar, nilai instrumental serta nilai praksis. Artinya, bahwa segenap peraturan perundangan yang berlaku di seluruh wilayah tanah air Indonesia harus terjewai atau mengandung nilai-nilai kebangsaan dari Pancasila. Demikian juga hal nya dengan penyelesaian sengketa medik melalui mediasi.

Dengan mengintegrasikan ketiga tataran nilai Pancasila ini dalam penyelesaian sengketa medik melalui mediasi, diharapkan akan tercipta suatu proses yang tidak hanya menyelesaikan sengketa dengan cara yang damai dan adil, tetapi juga memperkuat nilai-nilai kebangsaan yang menjadi landasan kehidupan bernegara di Indonesia. Proses ini akan menjamin bahwa penyelesaian sengketa medik tidak hanya dilihat sebagai permasalahan hukum atau medis semata, tetapi sebagai bagian dari upaya menjaga keharmonisan dan persatuan bangsa.

4.5.1 Nilai Kemanusiaan dalam Sila Kedua “Kemanusiaan yang Adil dan Beradab”: Perlindungan Hak Pasien dan Tenaga Medis

Nilai kekeluargaan yang terkandung dalam sila kedua Pancasila, "Kemanusiaan yang Adil dan Beradab," terkandung adanya pengakuan

³⁵⁸ Kirdi Dipoyudo, 1990, *Membangun Atas Dasar Pancasila*, Jakarta: CSIS, hlm.85.

bahwa bangsa Indonesia merupakan satu keluarga besar yang memiliki perasaan senasib, sepenanggungan, mengalami ujian dan penderitaan berupa penjajahan yang sama di masa lalu.³⁵⁹ Hubungan antara individu yang satu dan yang lain diikat oleh kesamaan sebagai bangsa Indonesia sehingga kedudukan mereka adalah sama dan sederajat. Hal tersebut menjadi dasar pentingnya perlakuan yang sama, adil dan beradab sesuai dengan aspek kemanusiaan. Dalam konteks mediasi sengketa medik untuk menyelesaikan sengketa medik, nilai-nilai dari sila kedua dapat diterapkan sebagai berikut:

a. Menghormati Martabat Pasien

Setiap pasien harus diperlakukan dengan hormat dan bermartabat, tanpa adanya diskriminasi berdasarkan latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya mereka. Mediasi harus menghormati hak pasien sebagai pihak yang merasa dirugikan, serta hak tenaga medis dan rumah sakit sebagai pihak yang dituduh. Proses mediasi harus bebas dari prasangka, diskriminasi, atau perlakuan yang merendahkan martabat pihak mana pun. Nilai kekeluargaan mengajarkan untuk memperlakukan setiap individu seperti anggota keluarga sendiri, dengan kasih sayang dan perhatian.

b. Keadilan dalam Proses Mediasi

Mediator harus bertindak netral dan tidak memihak, memberikan ruang yang sama bagi setiap pihak untuk menyampaikan pandangan dan argumennya. Keputusan yang diambil dalam mediasi harus berdasarkan fakta dan mencerminkan keseimbangan hak serta tanggung jawab setiap pihak.

c. Keberadaban dalam Komunikasi

Dalam mediasi, semua pihak harus menjaga komunikasi yang sopan, menghindari penggunaan bahasa yang menyakiti, dan berfokus pada solusi. Keberadaban juga mencakup sikap saling menghargai perbedaan pendapat selama proses mediasi.

³⁵⁹ Poespwardojo, *Loc.Cit.*

d. Penyelesaian secara Damai dan Tanpa Kekerasan

Mediasi menekankan musyawarah untuk mufakat sebagai cara penyelesaian konflik yang menghindari konfrontasi atau litigasi yang panjang. Proses ini bertujuan untuk menemukan solusi yang dapat diterima oleh semua pihak tanpa memperburuk hubungan.

e. Solidaritas dan Empati terhadap Pihak yang Dirugikan

Mediator harus membantu menciptakan suasana empati, di mana semua pihak dapat memahami perasaan dan kebutuhan masing-masing.

Tenaga medis, misalnya, dapat menunjukkan empati terhadap pasien yang merasa dirugikan, sementara pasien diharapkan memahami kompleksitas tindakan medis yang dilakukan.

Dengan mengintegrasikan nilai-nilai "Kemanusiaan yang Adil dan Beradab" dalam mediasi sengketa medik, proses penyelesaian sengketa medik tidak hanya akan menjadi lebih efektif tetapi juga mencerminkan prinsip keadilan, penghormatan, dan keberadaban. Pendekatan ini akan mendorong penyelesaian yang damai, memperbaiki hubungan antara pihak-pihak yang bersengketa, dan menciptakan kepercayaan yang lebih besar terhadap sistem penyelesaian sengketa di Indonesia.

4.5.2 Nilai Musyawarah dalam sila ke 4 “Kerakyatan yang dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan”Proses Musyawarah dalam Mediasi.

Pancasila sebagai dasar negara Indonesia mengandung nilai-nilai fundamental yang menjadi landasan setiap aspek kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Sila keempat, "Kerakyatan yang Dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan," menggarisbawahi pentingnya musyawarah yang demokratis dan bijaksana dalam pengambilan keputusan kolektif. Nilai ini memiliki relevansi yang kuat dalam konteks penyelesaian sengketa medik melalui mediasi, di mana musyawarah menjadi elemen kunci untuk mencapai konsensus yang adil dan berimbang.

Berikut adalah penerapan nilai kerakyatan dari sila keempat dalam penyelesaian sengketa medik melalui mediasi:

a. Mengutamakan Musyawarah untuk Mufakat

Proses mediasi mengedepankan dialog terbuka dan komunikasi yang jujur antara pihak-pihak yang bersengketa. Semua pihak diberikan kesempatan yang setara untuk menyampaikan pendapat, pandangan, dan kepentingan mereka, sehingga solusi yang dicapai mencerminkan hasil musyawarah bersama.

b. Mengedepankan Hikmat Kebijaksanaan

Hikmat kebijaksanaan mengacu pada penggunaan akal sehat, pertimbangan matang, dan moralitas tinggi dalam proses pengambilan keputusan. Mediator sebagai fasilitator diharapkan dapat membantu para pihak mencapai solusi yang tidak hanya adil secara hukum tetapi juga etis dan berlandaskan keadilan sosial.

c. Melibatkan Representasi yang Tepat

Dalam mediasi sengketa medik, pihak-pihak yang terlibat (pasien, tenaga medis, dan rumah sakit) harus diwakili oleh individu yang memahami masalah secara menyeluruh, baik dari sisi medis, hukum, maupun kepentingan pihak lain. Setiap pihak dapat memilih perwakilan atau pendamping untuk membantu mereka dalam proses musyawarah. Hal ini memastikan bahwa semua suara didengar dan dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan. Representasi yang tepat memastikan bahwa semua sudut pandang terakomodasi dalam proses musyawarah.

d. Keterlibatan Aktif Semua Pihak

Mediasi mendorong keterlibatan aktif dari semua pihak yang terlibat dalam sengketa medik, termasuk pasien, tenaga medis, dan pihak rumah sakit. Setiap pihak diberi kesempatan untuk menyampaikan pandangan, kekhawatiran, dan usulan solusi mereka.

e. Pengambilan Keputusan Berdasarkan Kebijaksanaan

Keputusan yang diambil dalam mediasi harus didasarkan pada kebijaksanaan dan pemahaman menyeluruh terhadap masalah yang

dihadapi. Mediator berperan penting dalam membantu pihak-pihak menemukan solusi yang bijaksana dan adil.

f. Penyelesaian yang Konsensual

Mediasi bertujuan untuk mencapai penyelesaian yang konsensual, di mana semua pihak setuju dengan hasil yang dicapai. Proses musyawarah yang baik memungkinkan pihak-pihak menemukan solusi yang dapat diterima bersama.

g. Menjunjung Nilai Demokrasi

Proses mediasi harus berlangsung secara demokratis, di mana tidak ada dominasi satu pihak atas pihak lain. Keputusan yang dihasilkan merupakan hasil konsensus bersama, tanpa tekanan atau paksaan dari salah satu pihak.

h. Memperhatikan Kepentingan Bersama

Penyelesaian sengketa medik melalui mediasi harus mempertimbangkan kepentingan semua pihak yang terlibat, termasuk masyarakat luas yang menjadi bagian dari sistem kesehatan nasional.

Hal ini mencerminkan semangat gotong royong dan kerja sama yang sejalan dengan nilai kerakyatan. Penyelesaian sengketa medik melalui mediasi sangat sesuai dengan nilai kerakyatan dalam sila keempat Pancasila, "Kerakyatan yang Dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan." Mediasi mempromosikan keterlibatan aktif, pengambilan keputusan yang bijaksana, dan partisipasi dari semua pihak yang terlibat. Dengan mengedepankan musyawarah dan perwakilan, mediasi tidak hanya membantu menciptakan solusi yang adil dan memuaskan, sekaligus menjaga hubungan baik antar pihak, akan tetapi juga memperkuat budaya musyawarah dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.

4.5.3 Nilai keadilan dalam sila ke 5 “Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia: Mewujudkan Keadilan dalam Penyelesaian sengketa medik”

Keadilan mengacu kepada perbuatan atau perlakuan yang setara dengan tidak memandang latar belakang identitas sosial individu atau kelompok-kelompok yang

ada dalam berbagai kehidupan berbangsa dan bernegara.³⁶⁰ berikut merupakan bentuk implementasi nilai keadilan dalam proses penyelesaian sengketa medik melalui mediasi:

a. Keterlibatan setara dari semua pihak

Dalam mediasi sengketa medik, baik pasien, tenaga medis, maupun pihak rumah sakit diberikan kesempatan yang setara untuk menyampaikan pandangan dan kepentingan mereka. Hal ini memastikan bahwa semua suara didengar dan dipertimbangkan dalam mencari solusi.

b. Fokus pada penyelesaian yang berkeadilan

Mediasi bertujuan untuk mencapai solusi yang adil dan dapat diterima oleh semua pihak. Solusi yang dihasilkan dari mediasi harus mempertimbangkan kepentingan semua pihak dan tidak boleh ada pihak yang dirugikan.

Penyelesaian sengketa medik melalui mediasi sangat sejalan dengan nilai keadilan yang tercantum dalam sila kelima Pancasila, "Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia." Mediasi memungkinkan semua pihak yang terlibat dalam sengketa untuk berpartisipasi secara setara dan transparan, sehingga keputusan yang diambil benar-benar mencerminkan prinsip keadilan. Dengan mengedepankan proses yang inklusif dan manusiawi, mediasi dapat menjadi alat yang efektif untuk mewujudkan keadilan sosial dalam penyelesaian sengketa medik, sehingga berkontribusi pada terciptanya sistem kesehatan yang lebih adil dan merata di Indonesia.

Dalam penyelesaian sengketa medik melalui mediasi, sila kedua dan keempat Pancasila menjadi prinsip dasar yang harus diutamakan. Kedua sila ini mengandung nilai-nilai yang sangat relevan dan krusial bagi tujuan dan substansi mediasi itu sendiri. Sila kedua menekankan pentingnya penghormatan terhadap martabat manusia, keadilan yang merata, dan penyelesaian sengketa secara beradab. Nilai-nilai ini sejalan dengan tujuan mediasi yang berfokus pada pencapaian solusi damai sembari mempertahankan hubungan yang baik antar pihak melalui penghargaan terhadap keadilan, rasa hormat, dan nilai kemanusiaan.

³⁶⁰ Pandji Setijo, 2010, *Pendidikan Pancasila Perspektif Sejarah Perjuangan Bangsa*, Edisi ke-4, Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia, hlm.45.

Sila keempat, di sisi lain, menekankan pentingnya musyawarah dan pengambilan keputusan secara demokratis dan bijaksana. Prinsip ini sangat sejalan dengan esensi mediasi yang mengutamakan dialog terbuka, partisipasi setara dari semua pihak, dan pencapaian mufakat tanpa paksaan untuk menemukan solusi yang dapat diterima oleh semua pihak.

Sila kedua dan keempat Pancasila merupakan prinsip dasar yang harus diutamakan dalam pelaksanaan mediasi sengketa medik. Berlandaskan sila kedua dan keempat, mediasi sengketa medik memiliki potensi untuk menjadi mekanisme penyelesaian sengketa yang adil, beradab, dan inklusif. Penerapan nilai-nilai Pancasila dalam mediasi mencerminkan komitmen terhadap terciptanya harmoni sosial dan penguatan prinsip-prinsip dasar yang mendasari kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Mediasi ini tidak hanya berperan sebagai alternatif litigasi yang lebih efisien, tetapi juga sebagai sarana untuk memperkuat solidaritas sosial dan keadilan dalam sektor kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat urgensi yang signifikan untuk merealisasikan penyelesaian sengketa medik melalui mediasi sengketa medik nonlitigasi yang lebih sistematis dan terstruktur. Urgensi ini terutama didasarkan pada kebutuhan untuk:

- a. membuat peraturan khusus tentang mediasi sengketa medik yang selaras dengan Nilai-Nilai Pancasila;
- b. merancang standarisasi mekanisme mediasi sengketa medik; dan
- c. meningkatkan kepercayaan terhadap mediasi sengketa medik.

Membuat peraturan khusus dan merancang standarisasi mekanisme mediasi sengketa medik merupakan langkah mendesak untuk menyelesaikan sengketa medik secara nonlitigasi. Upaya ini tidak hanya memastikan keteraturan dan efisiensi, tetapi juga mencerminkan nilai-nilai keadilan dan kemanusiaan yang menjadi dasar sistem hukum Indonesia. Regulasi dan standarisasi yang terintegrasi akan menjadi pilar penting dalam menciptakan sistem penyelesaian sengketa medik yang adil, efektif, dan berkelanjutan. Nilai dasar dalam penyelesaian sengketa medik yaitu: keadilan, musyawarah mufakat dan keadilan

4.6 Peran Pemerintah dalam Mediasi Sengketa Medik di Indonesia

Peran pemerintah dalam mediasi sengketa medik di Indonesia sangat penting untuk menciptakan sistem penyelesaian sengketa yang adil, transparan, dan efisien. Pemerintah Indonesia memiliki tanggung jawab besar dalam menyediakan kerangka regulasi dan kebijakan yang mendukung proses mediasi, baik di tingkat rumah sakit maupun di luar institusi kesehatan, guna melindungi hak-hak pasien, tenaga medis, dan penyedia layanan kesehatan.

Salah satu bentuk nyata peran pemerintah adalah melalui pembentukan kebijakan dan regulasi di bidang kesehatan, seperti UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan UU No. 17 Tahun 2023. Regulasi ini tidak hanya mengatur standar pelayanan kesehatan tetapi juga mengamanatkan penyelesaian sengketa medik melalui mekanisme yang berbasis musyawarah, termasuk mediasi.

Selain itu, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan, organisasi profesi seperti IDI (Ikatan Dokter Indonesia), dan lembaga-lembaga terkait lainnya, berperan dalam menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk penyelesaian sengketa di tingkat rumah sakit. SOP ini memberikan pedoman bagi rumah sakit dalam menangani konflik, baik melalui mediasi internal maupun dengan melibatkan mediator eksternal yang netral.

Pemerintah juga dapat memperkuat perannya dengan meningkatkan kapasitas mediator melalui program pelatihan dan sertifikasi, serta menyediakan akses yang lebih luas ke lembaga mediasi yang kompeten. Dengan demikian, pemerintah tidak hanya berperan sebagai regulator, tetapi juga sebagai fasilitator dalam menciptakan ekosistem mediasi sengketa medik yang berorientasi pada keadilan, efisiensi, dan keberlanjutan.

Hingga saat ini Pemerintah Indonesia telah menerbitkan beberapa kebijakan dan regulasi di bidang Kesehatan, regulasi terbaru beberapa tahun terakhir diantaranya adalah:

- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU No 17 Tahun 2023);

UU ini disahkan pada 8 Agustus 2023 dan menggantikan berbagai undang-undang sebelumnya, termasuk UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009. UU ini mengatur secara komprehensif berbagai aspek kesehatan, antara lain:

- b. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (PP No. 28 Tahun 2024);

Untuk mengimplementasikan UU No. 17 Tahun 2023, pemerintah menerbitkan PP No. 28 Tahun 2024 pada 26 Juli 2024. PP ini menyederhanakan 108 peraturan pelaksana sebelumnya menjadi 21 peraturan, termasuk 1 PP, 5 Perpres, 1 Keppres, dan 14 Permenkes.

Prosedur pelaksanaan mediasi telah diatur dalam Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan. Namun, karena peraturan ini diterbitkan oleh Mahkamah Agung, penerapannya hanya terbatas pada lingkungan pengadilan. Sementara itu, dalam konteks penyelesaian sengketa medik melalui mediasi di Indonesia, hingga saat ini belum ada peraturan perundangan yang secara spesifik mengatur pedoman atau prosedur penyelesaian sengketa melalui mediasi.

Pasal 1 Angka 10 UU No. 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa, dinyatakan bahwa Mediasi adalah salah satu bentuk alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan yang diakui oleh undang-undang ini. Namun, pengaturan mengenai mediasi hanya berhenti pada definisi tersebut, tanpa memberikan prosedur yang lebih rinci. Oleh karena itu, prosedur penyelesaian sengketa melalui mediasi, khususnya dalam konteks mediasi di bidang kesehatan, belum ada aturan yang mengaturnya. Seharusnya, pengaturan mengenai mediasi di bidang kesehatan tersebut dapat dimuat dalam peraturan turunan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yaitu PP Nomor 28 Tahun 2024 guna memberikan pedoman dan prosedur yang jelas dan pasti dalam proses penyelesaian sengketa medik. Namun PP ini pun sangat disayangkan tidak memuat substansi mengenai Mediasi di bidang kesehatan, Pasal 851 huruf b PP Nomor 28 Tahun 2024 tersebut hanya menyebutkan salah satu kewajiban rumah sakit adalah “memfasilitasi proses mediasi dan proses peradilan” tanpa ada penjelasan lebih

lanjut jenis dari mediasi, apakah mediasi litigasi, mediasi yang terintegrasi dengan proses persidangan di pengadilan atau mediasi.

PP Nomor 28 Tahun 2024 ini memberikan pengaturan, penegasan, dan penjelasan lebih lanjut atas pengaturan mengenai:

- a. penyelenggaraan upaya kesehatan;
- b. pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan;
- c. fasilitas pelayanan kesehatan;
- d. kefarmasian, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan; 5) sistem informasi kesehatan;
- e. penyelenggaraan teknologi kesehatan;
- f. penanggulangan KLB dan wabah;
- g. pendanaan kesehatan;
- h. partisipasi masyarakat; dan
- i. pembinaan dan pengawasan.

PP Nomor 28 Tahun 2024 juga mengatur mengenai kewajiban rumah sakit yang diatur dalam Paragraf 7 Pasal 833, yang salah satunya yaitu diatur dalam huruf s menyebutkan bahwa rumah sakit wajib melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas. Lebih lanjut, penjelasan tentang “melindungi dan memberikan bantuan hukum” diatur dalam Pasal 851 yang menyatakan bahwa:

“Kewajiban Rumah Sakit melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 833 huruf s dilaksanakan dengan:

- a. memberikan konsultasi hukum;
- b. memfasilitasi proses mediasi dan proses peradilan;
- c. memberikan advokasi hukum;
- d. memberikan pendampingan dalam penyelesaian sengketa medik;
- e. mengalokasikan anggaran untuk pendanaan proses hukum dan ganti rugi; dan
- f. memberikan upaya pelindungan dan bantuan hukum lainnya.”

4.7 Urgensi Yuridis, Filosofis, dan Sosiologis dalam Penguatan Mediasi Pada Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia

Berdasarkan hasil penelitian, penyelesaian sengketa medik melalui mekanisme mediasi di bidang kesehatan menunjukkan urgensi yang signifikan untuk direalisasikan secara lebih sistematis dan terstruktur. Urgensi tersebut tidak hanya mencerminkan kebutuhan praktis, melainkan juga mengandung dimensi konseptual yang lebih mendalam. Penguatan mediasi dalam penyelesaian sengketa medik dapat diklasifikasikan ke dalam tiga urgensi pokok, yaitu:

a. **Urgensi Yuridis**

Urgensi yuridis dalam mediasi sengketa medik berkaitan dengan kebutuhan akan kepastian hukum dan legitimasi hasil mediasi, yaitu:

- 1) pembentukan regulasi mediasi sengketa medik yang komprehensif, sehingga memberikan kepastian hukum dan konsistensi dalam penerapannya;
- 2) penyusunan panduan prosedur mediasi sengketa medik yang terstandarisasi, agar pelaksanaannya memiliki arah yang jelas, transparan dan konsisten;
- 3) pembentukan lembaga mediasi sengketa medik yang independen dan profesional, sehingga mampu menjalankan fungsi fasilitasi penyelesaian sengketa secara efektif, terpercaya dan berkeadilan.

Jika ditelaah secara mendalam, urgensi yuridis menempati posisi yang paling dominan. Hal ini karena kepastian hukum merupakan prasyarat utama agar mediasi sengketa medik tidak berhenti pada kesepakatan non-formal yang lemah, melainkan memiliki legitimasi eksekutorial yang menjamin keberlakuannya. Regulasi yang memadai juga memberikan perlindungan seimbang bagi pasien maupun dokter, sekaligus mengintegrasikan hasil mediasi ke dalam sistem hukum nasional melalui penetapan pengadilan.

Kendati demikian, urgensi filosofis dan sosiologis tetap menjadi pilar penting dalam memperkuat landasan mediasi. Urgensi filosofis secara khusus berfungsi memberikan arah normatif berdasarkan nilai keadilan dan kemanusiaan, yang selanjutnya akan diuraikan lebih lanjut.

b. Urgensi Filosofis

Urgensi filosofis dalam mediasi sengketa medik berpijak pada nilai-nilai fundamental yang menempatkan keadilan, kemanusiaan, dan musyawarah sebagai prinsip utama penyelesaian sengketa. Pendekatan ini menegaskan bahwa konflik antara dokter dan pasien tidak semata-mata dimaknai sebagai persoalan hukum formal, melainkan sebagai upaya untuk mengembalikan kepercayaan dan memulihkan hubungan terapeutik yang terganggu.

Pertama, dari perspektif keadilan substantif, mediasi menolak paradigma legalistik yang hanya berorientasi pada kemenangan atau kekalahan salah satu pihak. Sebaliknya, mediasi diarahkan untuk mencapai kesepakatan yang adil secara proporsional, sesuai dengan kondisi konkret para pihak.

Kedua, urgensi filosofis juga berlandaskan pada nilai kemanusiaan, yaitu menjamin penghormatan terhadap martabat pasien sekaligus memberi ruang bagi dokter untuk mempertahankan profesionalismenya tanpa rasa takut terhadap kriminalisasi yang berlebihan. Dengan demikian, mediasi tidak hanya menyelesaikan sengketa, tetapi juga melindungi eksistensi manusia sebagai subjek utama dalam hubungan terapeutik.

Ketiga, prinsip musyawarah dan mufakat yang merupakan inti dari falsafah bangsa Indonesia harus tercermin jelas dalam mediasi. Melalui proses musyawarah, para pihak didorong untuk berpartisipasi aktif dalam perundingan guna mencapai kesepakatan yang dilandasi rasa keadilan bersama.

Dengan demikian, urgensi filosofis memberikan arah normatif yang menempatkan mediasi sebagai instrumen penyelesaian sengketa medik yang tidak hanya selaras dengan nilai-nilai universal, tetapi juga berakar pada falsafah Pancasila. Nilai-nilai Pancasila harus menjadi pedoman utama dalam setiap tahap mediasi sengketa medik, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan, yang mencakup:

- 1) Kemanusiaan – mengutamakan penghormatan terhadap hak dan martabat manusia serta menjunjung tinggi keadilan dalam penyelesaian sengketa.

- 2) Musyawarah untuk mufakat – mendorong dialog yang inklusif untuk mencapai kesepakatan bersama.
- 3) Keadilan – menjamin solusi yang seimbang, proporsional, dan tidak diskriminatif bagi semua pihak.

Dengan integrasi nilai-nilai tersebut, mediasi sengketa medik memperoleh legitimasi etis dan filosofis yang kokoh, sekaligus membedakannya dari mekanisme penyelesaian sengketa lain yang cenderung prosedural dan formalistik.

c. Urgensi Sosiologis:

Urgensi sosiologis dalam penyelesaian sengketa medik berhubungan dengan kebutuhan masyarakat akan mekanisme penyelesaian yang adil, partisipatif, dan dapat diterima secara luas. Sengketa medik tidak hanya berdampak pada hubungan individu antara dokter dan pasien, tetapi juga memengaruhi tingkat kepercayaan publik terhadap sistem pelayanan kesehatan. Meningkatnya kompleksitas pelayanan kesehatan berbanding lurus dengan potensi konflik yang muncul akibat kesalahpahaman, ekspektasi yang tidak terpenuhi, ataupun dugaan malpraktik. Tanpa mekanisme penyelesaian yang tepat, konflik dapat bereskalasi menjadi proses litigasi yang memperburuk hubungan dokter–pasien serta mencoreng reputasi institusi kesehatan.

Dari perspektif sosial, mediasi memiliki fungsi preventif sekaligus restoratif. Secara preventif, mediasi mencegah eskalasi konflik melalui dialog terbuka; secara restoratif, mediasi memulihkan hubungan terapeutik dengan pendekatan yang lebih manusiawi dan tidak konfrontatif. Hal ini sejalan dengan kultur musyawarah yang hidup dalam masyarakat Indonesia, sehingga hasil penyelesaian melalui mediasi memperoleh legitimasi sosial yang lebih kuat.

Dinamika hubungan antara tenaga medis dan masyarakat juga menunjukkan perlunya mekanisme penyelesaian yang mampu mendorong dialog yang adil, transparan, dan setara. Sengketa medik sering berakar pada ketidakpuasan, kesenjangan informasi, dan hilangnya kepercayaan, sehingga penyelesaian

yang semata berorientasi hukum tidak memadai. Dalam konteks ini, MDP memang mencerminkan tuntutan publik atas akuntabilitas profesi medis dan berfungsi sebagai *filter gate* bagi dugaan pelanggaran disiplin. Namun, keberadaannya juga dipersepsikan sebagai ancaman bagi dokter karena setiap laporan dapat berujung pada pemeriksaan formal yang berdampak pada reputasi maupun potensi proses hukum lebih lanjut.

Ambivalensi tersebut menegaskan perlunya mekanisme penyelesaian sengketa yang lebih humanis dan preventif, yang tidak langsung membawa para pihak ke proses adjudikatif. Oleh karena itu, Mediasi Terapeutik menjadi penting sebagai mekanisme alternatif yang berorientasi pada pemulihan hubungan, validasi pengalaman pasien, rekonstruksi kepercayaan, serta perlindungan yang seimbang bagi tenaga medis. Dengan mengedepankan dialog empatik dan solusi *win-win*, Mediasi Terapeutik tidak hanya meningkatkan efektivitas penyelesaian sengketa, tetapi juga menjaga kepercayaan publik, memperkuat reputasi institusi kesehatan, dan mendukung keberlanjutan sistem pelayanan kesehatan.

Ketiga urgensi ini membentuk kerangka konseptual yang komprehensif, di mana urgensi yuridis berperan dominan sebagai fondasi, sementara urgensi filosofis dan sosiologis memperkuat legitimasi etis dan penerimaan sosialnya. Dengan demikian, mediasi sengketa medik tidak hanya diposisikan sebagai alternatif penyelesaian sengketa, tetapi juga sebagai instrumen strategis untuk membangun sistem pelayanan kesehatan yang adil, berkelanjutan, dan berorientasi pada pemulihan hubungan terapeutik.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Simpulan

6.1.1 Karakteristik Penyelesaian Sengketa Medik di Indonesia

Sengketa medik merupakan perselisihan antara pasien atau keluarga pasien dengan dokter, fasilitas pelayanan kesehatan, atau rumah sakit yang timbul dalam kaitannya dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan atau tindakan medis. Penyelesaian sengketa medik bersifat kompleks karena melibatkan aspek hukum, etika, medis, dan psikologis yang saling berinteraksi. Hubungan hukum antara dokter dan pasien terbentuk atas dasar kepercayaan pasien terhadap dokter dan kesepakatan kedua belah pihak yang melahirkan perjanjian terapeutik. Perjanjian ini bersifat *in spanning verbintenis*, yaitu kewajiban dokter untuk memberikan upaya terbaik sesuai standar profesi medis tanpa menjamin hasil tertentu, seperti kesembuhan pasien. Hubungan ini bersifat asimetris, ditandai oleh ketergantungan pasien pada keahlian dokter, sehingga menciptakan ketidakseimbangan posisi dan membatasi kemampuan pasien dalam pengambilan keputusan rasional. Ketimpangan tersebut dapat diperburuk oleh komunikasi yang kurang efektif, memicu kesalahpahaman terkait hak, kewajiban, dan prosedur medis, sehingga meningkatkan risiko terjadinya sengketa. Penyelesaian sengketa medik dapat dilakukan melalui mekanisme litigasi atau nonlitigasi. Namun, sesuai dengan ketentuan Pasal 310 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, sengketa yang berkaitan dengan dugaan kesalahan tenaga medis atau tenaga kesehatan diselesaikan terlebih dahulu melalui mekanisme alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.

Temuan penelitian mengidentifikasi karakteristik utama penyelesaian sengketa medik di Indonesia sebagai berikut:

- a. Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam penanganan sengketa medik berbeda antar rumah sakit, tergantung pada kebijakan dan sumber daya masing-masing institusi;
- b. penyelesaian sengketa medik pada umumnya dimulai melalui mekanisme negosiasi atau mediasi internal, yang dilakukan sebelum pasien atau keluarga pasien mengajukan pengaduan kepada Majelis Kehormatan Disiplin Indonesia (MKDKI), akan tetapi sejak diberlakukannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, kewenangan MKDKI telah dialihkan kepada Majelis Disiplin Profesi (MDP);
- c. asas konsensualisme, yaitu penyelesaian sengketa didasarkan pada kesepakatan bersama antara para pihak;
- d. proses penyelesaian sengketa tidak sepenuhnya bersifat privat dan tertutup, karena dalam beberapa kasus pasien atau keluarga pasien melibatkan pihak lain yang tidak berkepentingan langsung untuk turut serta dalam negosiasi ataupun mediasi internal tersebut;
- e. mediator yang terlibat dalam mediasi internal umumnya berasal dari institusi rumah sakit itu sendiri, seperti manajer pelayanan publik, divisi hukum (legal), atau dokter yang tergabung dalam komite medik. Namun, tidak terdapat ketentuan yang wajibkan mediator tersebut memiliki sertifikasi khusus dari Mahkamah Agung;
- f. penyelesaian sengketa memiliki fleksibilitas dalam prosedur pelaksanaan serta solusi yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kesepakatan para pihak. Kondisi ini berdampak pada durasi penyelesaian sengketa yang bersifat variatif dan tidak memiliki batas waktu yang baku;
- g. hasil mediasi tidak selalu menghasilkan solusi yang sepenuhnya bersifat *win-win*. Dalam praktiknya, kesepakatan dicapai terkadang belum sepenuhnya mencerminkan keseimbangan kepentingan yang setara bagi kedua belah pihak, melainkan hanya berfungsi sebagai jalan keluar cepat untuk mengakhiri sengketa; dan

- h. kesepakatan dalam penyelesaian sengketa medik umumnya lebih berorientasi pada aspek finansial, di mana kompensasi dalam bentuk uang menjadi solusi yang paling sering disepakati oleh para pihak;
- i. keputusan perdamaian dalam praktik mediasi sengketa medik sering kali hanya dituangkan dalam bentuk surat kesepakatan perdamaian tanpa diperkuat melalui penetapan sebagai akta perdamaian oleh pengadilan. Akibatnya, surat tersebut tidak memiliki kekuatan eksekutorial dan daya mengikat yang kuat bagi para pihak.

6.1.2 Urgensi Mediasi Terapeutik Berbasis Nilai Pancasila sebagai Dasar Penyelesaian Sengketa Medik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pihak, termasuk dokter, manajemen rumah sakit, dan pasien, secara signifikan lebih mendukung penyelesaian sengketa melalui mediasi. Mediasi dianggap sebagai mekanisme penyelesaian yang lebih efisien dan manusiawi karena mampu menjaga kerahasiaan, menghindari proses hukum yang panjang dan mahal, serta memungkinkan komunikasi yang lebih efektif untuk mencapai solusi yang saling menguntungkan bagi para pihak. Namun demikian, proses mediasi ini terjadi atas dasar kesepakatan sukarela dari pihak-pihak yang bersengketa tanpa didasari oleh prosedur hukum yang formal dan mengikat. Oleh karena itu, dalam beberapa kasus, penyelesaian sengketa dapat terhambat dan menjadi berlarut-larut akibat keikutsertaan pihak lain yang tidak terikat dengan kesepakatan awal atau perbedaan interpretasi terhadap hasil mediasi yang dicapai. Pemerintah sebagai regulator memiliki peran strategis dalam meningkatkan efektivitas mediasi di bidang kesehatan melalui pengembangan kebijakan dan regulasi yang mendukung. PP Nomor 28 Tahun 2024, sebagai regulasi terbaru, hanya mengamanatkan rumah sakit untuk memfasilitasi mediasi dalam penyelesaian sengketa medik, namun tidak menjelaskan prosedur atau mekanisme pelaksanaannya. Temuan ini menegaskan urgensi yang berkaitan dengan penyelesaian sengketa medik saat ini, adalah sebagai berikut:

a. Urgensi Filosofis:

Regulasi dan panduan prosedur ini harus mengintegrasikan nilai-nilai Pancasila sebagai landasan etis dan filosofis, yang mencakup:

- 1) kemanusiaan: mengutamakan penghormatan terhadap hak dan martabat manusia, dan menjunjung tinggi keadilan dalam penyelesaian sengketa;
- 2) musyawarah untuk mufakat: mendorong dialog yang inklusif untuk mencapai kesepakatan bersama;
- 3) keadilan: menjamin solusi yang seimbang dan tidak diskriminatif bagi semua pihak.

Nilai-nilai Pancasila harus menjadi pedoman utama dalam setiap tahap Mediasi Terapeutik, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan. Regulasi dan prosedur mediasi yang berlandaskan prinsip kemanusiaan, musyawarah, dan mufakat memberikan dasar normatif dan pedoman yang jelas dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia.

b. Urgensi Sosiologis:

Secara sosiologis, penyelesaian sengketa medik membutuhkan mekanisme yang mampu membangun dialog yang adil dan setara antara pasien dan tenaga medis. Dalam praktiknya, MDP berfungsi sebagai *filter gate* untuk memeriksa dugaan pelanggaran disiplin dan memenuhi tuntutan masyarakat atas akuntabilitas profesi medis. Namun di sisi lain, keberadaan MDP juga menimbulkan kekhawatiran bagi dokter karena setiap laporan dapat bermuara pada pemeriksaan formal yang berdampak pada reputasi maupun potensi proses hukum. Kondisi ambivalen ini menunjukkan perlunya pendekatan penyelesaian sengketa yang lebih humanis dan preventif. Mediasi Terapeutik hadir untuk mengisi kebutuhan tersebut, dengan mendorong dialog empatik, validasi pengalaman pasien, dan solusi *win-win* yang dapat memulihkan kepercayaan sekaligus menjaga harmonisasi hubungan dalam pelayanan kesehatan.

c. Urgensi Yuridis:

- 1) pembentukan regulasi Mediasi Terapeutik yang komprehensif, sehingga memberikan kepastian hukum dan konsistensi dalam penerapannya;

- 2) penyusunan panduan prosedur Mediasi Terapeutik yang terstandarisasi, agar pelaksanaannya memiliki arah yang jelas, transparan dan konsisten;
- 3) pembentukan lembaga Mediasi Terapeutik yang independen dan profesional, sehingga mampu menjalankan fungsi fasilitasi penyelesaian sengketa secara efektif, terpercaya dan berkeadilan.

Nilai-nilai Pancasila harus menjadi pedoman utama dalam setiap tahap Mediasi Terapeutik, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan. Regulasi dan prosedur mediasi yang berlandaskan prinsip kemanusiaan, musyawarah, dan mufakat memberikan dasar normatif dan pedoman yang jelas dalam penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Mekanisme penyelesaian ini mendorong terciptanya dialog yang adil dan transparan dan setara antara pasien dan tenaga medis, sehingga mampu mengurangi risiko penyelesaian berlarut-larut, sekaligus meningkatkan efektivitas mediasi. Dengan berorientasi pada solusi *win-win*, Mediasi Terapeutik tidak hanya memperkuat perlindungan hukum tetapi juga memulihkan kepercayaan dan menjaga harmonisasi hubungan dalam pelayanan Kesehatan.

6.1.3 Konstruksi Mediasi Terapeutik dalam Penyelesaian Sengketa Medik Berbasis Perlindungan bagi Dokter dan Pasien

Peneliti menyusun elemen-elemen utama yang menjadi dasar pelaksanaan Mediasi Terapeutik, sebagai berikut:

- a. prinsip-prinsip Mediasi Terapeutik yaitu: mediasi sebagai mekanisme *primum remedium*, Itikad Baik dan Keterbukaan Informasi (*minimum disclosure*), kompetensi substantif mediator (melengkapi prinsip netralitas dan imparsialitas mediator), perlindungan bagi dokter dan pasien, proporsionalitas tanggung Jawab, akuntabilitas profesi kesehatan, keberlanjutan hubungan terapeutik, dan prinsip efektivitas dan efisiensi
- b. model Mediasi Terapeutik berorientasi pada pemulihan hubungan terapeutik yang lahir atas kepercayaan dan perjanjian terapeutik;
- c. kompetensi Mediator Terapeutik. Mediator Terapeutik wajib memiliki pemahaman hukum, etika, dan aspek medis agar mampu menilai permasalahan secara objektif dan adil; dan

- d. dokumen kesepakatan. Kesepakatan perdamaian harus disusun secara substansial dan diperkuat melalui akta perdamaian agar memiliki kekuatan eksekutorial.

Berdasarkan elemen-elemen tersebut, Mediasi Terapeutik dapat dikonstruksikan sebagai suatu desain sistem penyelesaian sengketa medik nonlitigasi yang bersifat komprehensif. Orientasi utamanya terletak pada pemulihan hubungan terapeutik yang retak melalui pendekatan empatik dan rekonstruksi kepercayaan, disertai dengan pemulihan martabat baik bagi pasien maupun dokter. Proses ini diarahkan untuk menghasilkan kesepakatan damai yang adil, sehingga bermuara pada terciptanya perlindungan hukum yang seimbang antara hak pasien dan kewajiban profesional dokter. Lebih jauh, konstruksi ini menemukan legitimasi filosofisnya dalam nilai-nilai Pancasila, khususnya sila kedua, keempat, dan kelima, yang menekankan kemanusiaan yang adil dan beradab, musyawarah untuk mufakat, serta keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Kontribusi Orisinal Penelitian (*Novelty Statement*)

Penelitian ini menghadirkan sejumlah kebaruan yang dapat dirumuskan sebagai berikut:

a. Kebaruan Konseptual

Merumuskan *Mediasi Terapeutik* sebagai model penyelesaian sengketa medik nonlitigasi yang tidak sekadar berorientasi pada kesepakatan formal, tetapi menekankan pemulihan hubungan terapeutik melalui empati, kepercayaan, dan pemulihan martabat para pihak.

b. Kebaruan Normatif

Menawarkan kerangka regulasi mediasi sengketa medik yang lebih komprehensif dengan menegaskan kebutuhan adanya regulasi teknis khusus, sehingga mengisi kekosongan normatif yang terdapat dalam UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024.

c. Kebaruan Filosofis

Mengintegrasikan nilai-nilai Pancasila khususnya sila kedua, keempat, dan kelima, ke dalam konstruksi Mediasi Terapeutik sebagai legitimasi filosofis yang membedakan model ini dari konsep mediasi pada umumnya.

d. Kebaruan Praktis

Mengidentifikasi tantangan yuridis, filosofis, dan sosiologis dalam implementasi mediasi terapeutik di Indonesia serta menawarkan langkah-langkah aplikatif untuk membangun mekanisme mediasi yang adil, partisipatif, dan terpercaya.

Dengan demikian, penelitian ini memberikan kontribusi kebaruan yang tidak hanya memperkuat landasan konseptual, normatif, dan filosofis bagi pengembangan “Mediasi Terapeutik”, tetapi juga menghadirkan relevansi praktis dalam implementasinya. Kebaruan ini diharapkan mampu memperkaya khazanah ilmu hukum kesehatan sekaligus memberikan solusi aplikatif bagi penyelesaian sengketa medik di Indonesia. Pada akhirnya, model “Mediasi Terapeutik” yang ditawarkan menjadi instrumen strategis untuk mewujudkan perlindungan hukum yang berimbang, pemulihkan hubungan terapeutik yang lebih manusiawi, serta sistem penyelesaian sengketa yang selaras dengan nilai-nilai Pancasila.

Sebagai penutup, dapat disimpulkan bahwa sengketa medik secara normatif ideal untuk diselesaikan pada tahapan Mediasi Terapeutik. Penyelesaian pada tahap ini menghindarkan para pihak dari proses lanjutan yang berpotensi membawa sengketa ke jalur hukum. Mediasi Terapeutik berfungsi sebagai *safeguard forum*, yaitu sebagai forum pengaman yang melindungi para pihak dari risiko proses hukum yang berkepanjangan yang dapat mengancam reputasi dokter dan citra rumah sakit, serta berdampak negatif pada kondisi kesehatan maupun psikologis pasien. Forum ini menjadi sarana paling proporsional untuk menyeimbangkan perlindungan hak pasien dan penghormatan terhadap profesionalisme tenaga medis, dalam semangat keadilan dan kemanusiaan.

6.2 Implikasi

Temuan penelitian ini menegaskan bahwa penyelesaian sengketa medik di Indonesia tidak dapat hanya mengandalkan pendekatan legal-formal, melainkan harus mengintegrasikan dimensi etis, humanistik, dan kontekstual. Kompleksitas relasi dokter-pasien yang asimetris sering kali tidak efektif diselesaikan melalui litigasi yang kaku dan konfrontatif, sehingga Mediasi Terapeutik dipandang lebih dialogis, restoratif, dan sesuai dengan karakter hubungan terapeutik. Namun, implementasinya masih

menghadapi sejumlah tantangan. Dari aspek yuridis, belum tersedia regulasi teknis khusus yang mengatur pelaksanaan mediasi sengketa medik, sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum. Dari aspek filosofis, netralitas mediator kerap dipertanyakan, terutama ketika mediasi difasilitasi oleh rumah sakit yang juga menjadi pihak dalam sengketa. Dari aspek sosiologis, rendahnya literasi masyarakat tentang Mediasi Terapeutik menyebabkan mekanisme ini belum menjadi pilihan utama. Berangkat dari kondisi tersebut, penelitian ini menawarkan kontribusi dalam penguatan kerangka teoretis sekaligus penerapan praktis “Mediasi Terapeutik”, yang pada bagian berikut akan diuraikan secara sistematis melalui implikasi teori dan implikasi praktis.

6.2.1 Implikasi Teori

Implikasi teoretis dari penelitian ini menunjukkan bahwa teori perlindungan hukum, teori perjanjian, dan teori penyelesaian sengketa perlu diperluas dan direkontekstualisasi dalam kerangka penyelesaian sengketa medik. Teori perlindungan hukum diperkaya dengan penempatan “Mediasi Terapeutik” sebagai instrumen nonlitigasi yang tidak hanya menjamin kepastian hukum, tetapi juga mengintegrasikan dimensi etik, humanistik, dan klinis guna melindungi kepentingan pasien maupun dokter. Sementara itu, teori perjanjian diperkuat melalui pemaknaan hubungan dokter–pasien sebagai hubungan terapeutik yang tidak semata kontraktual, melainkan menuntut kewajiban komunikatif yang transparan, jelas, dan setara sebagai fondasi hubungan profesional.

Di sisi lain, teori penyelesaian sengketa memperoleh pengayaan dengan menempatkan Mediasi Terapeutik sebagai model alternatif yang bukan hanya efisien dan nonkonfrontatif, tetapi juga berorientasi pada pemulihan hubungan terapeutik sebagai tujuan utama. Lebih jauh, penelitian ini mengintegrasikan nilai-nilai Pancasila. khususnya sila kedua, keempat, dan kelima ke dalam konstruksi teori penyelesaian sengketa, sehingga memperkuat legitimasi filosofis bahwa keadilan dalam sengketa medik di Indonesia tidak hanya formalistik, tetapi juga berakar pada nilai-nilai kemanusiaan, musyawarah, dan keadilan sosial yang sesuai dengan karakter budaya hukum bangsa.

6.2.2 Implikasi Praktis

Implikasi praktis dari penelitian ini menunjukkan pentingnya penguatan Mediasi Terapeutik sebagai mekanisme penyelesaian sengketa medik yang mampu memberikan perlindungan hukum yang seimbang bagi dokter dan pasien. Jika dirancang dan diimplementasikan berdasarkan nilai-nilai Pancasila, Mediasi Terapeutik berpotensi menjadi forum penyelesaian sengketa yang lebih manusiawi, efisien, dan solutif dibandingkan jalur litigasi yang konfrontatif, formalistik, dan berbiaya tinggi.

Dalam praktiknya, Mediasi Terapeutik diarahkan pada pemulihan hubungan terapeutik yang retak antara dokter dan pasien. Melalui ruang dialog yang setara dan berkeadilan, pasien memperoleh kesempatan untuk memahami tindakan medis secara terbuka, sementara dokter dapat memberikan klarifikasi klinis yang objektif tanpa tekanan kriminalisasi. Pendekatan ini tidak hanya mendorong penyelesaian yang sukarela, tetapi juga memulihkan kepercayaan, menata kembali komunikasi, dan memperkuat hubungan profesional yang konstruktif.

Urgensi regulasi khusus mengenai Mediasi Terapeutik menjadi krusial untuk memberikan dasar hukum yang kuat dan menjamin proses yang efisien, transparan, dan adil. Regulasi operasional akan memperjelas kewenangan, standar kompetensi mediator, serta hak dan kewajiban para pihak, sekaligus menyelaraskan implementasi di berbagai institusi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, Mediasi Terapeutik tampil bukan sekadar langkah administratif, tetapi sebagai instrumen strategis untuk memperkuat perlindungan hukum, meningkatkan kepercayaan publik terhadap layanan kesehatan, dan menegakkan nilai-nilai kemanusiaan, keadilan, serta musyawarah sebagaimana tercermin dalam Pancasila.

6.3 Rekomendasi

Rekomendasi dalam penelitian ini mencakup tiga aspek penting untuk meningkatkan efektivitas mediasi sengketa medik, yang melibatkan pembentukan regulasi, standarisasi mekanisme, dan lembaga mediasi nasional.

6.3.1 Terminologi “Mediasi Terapeutik” dan “Mediator Terapeutik” perlu ditegaskan secara resmi agar tidak berhenti pada tataran konsep akademik.

Kedua istilah ini memiliki karakteristik yang berbeda dari mediasi umum maupun mediator bersertifikat secara generik. Mediasi terapeutik berorientasi pada pemulihan hubungan terapeutik, rekonstruksi kepercayaan, serta klarifikasi klinis yang objektif. Adapun Mediator Terapeutik dituntut memiliki kompetensi interdisipliner yang mencakup hukum kesehatan, etika kedokteran, standar medis, dan psikologi komunikasi, sehingga tidak hanya pada keterampilan teknis bermediasi. Oleh karena itu, terminologi Mediasi Terapeutik dan Mediator Terapeutik seyoginya diadopsi dalam regulasi dan kebijakan kesehatan sebagai nomenklatur baku. Pengakuan formal ini memberikan kepastian konseptual sekaligus menegaskan peran mediasi terapeutik sebagai instrumen penyelesaian sengketa medik yang etis, humanistik, dan selaras dengan nilai-nilai Pancasila.

6.3.2 Pembentukan Regulasi Mediasi Terapeutik

Disarankan untuk membentuk regulasi yang jelas mengenai prosedur mediasi, kewenangan mediator, serta hak dan kewajiban para pihak yang terlibat, dengan mengacu pada prinsip keadilan sosial dan nilai Pancasila. Salah satu langkah penting adalah pembentukan Pengaturan Materiil Mediasi Terapeutik melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), yang berfokus pada substansi penyelesaian sengketa medik. Pengaturan materiil ini mencakup elemen-elemen penting seperti hak dan kewajiban semua pihak, penerapan asas kemanusiaan, musyawarah untuk mufakat, serta keadilan dan perlindungan hukum bagi seluruh pihak yang terlibat, untuk menciptakan mekanisme mediasi yang partisipatif, adil, efektif, dan efisien.

6.3.3 Standarisasi Mekanisme Mediasi Terapeutik

Disarankan untuk mengembangkan standar prosedur operasional (SPO) yang mengatur pemilihan mediator, durasi mediasi, dan penggunaan teknologi untuk meningkatkan efisiensi dan aksesibilitas dalam penyelesaian sengketa medik. SPO ini akan memastikan bahwa mediasi dilaksanakan dengan konsisten dan sesuai dengan prinsip-prinsip yang telah ditetapkan dalam regulasi.

6.3.4 Pembentukan Lembaga Mediasi Terapeutik Nasional

Disarankan untuk membentuk lembaga mediasi Terapeutik yang independen dan kompeten, yang bertugas mengelola, mengawasi proses mediasi, serta menyelenggarakan pelatihan dan sertifikasi mediator medis. Lembaga ini juga akan berperan dalam menyebarkan informasi mengenai mediasi kepada rumah sakit, tenaga medis, dan masyarakat, guna meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang alternatif penyelesaian sengketa medik yang lebih manusiawi dan efisien.

Dengan regulasi yang jelas, standarisasi mekanisme yang efektif, dan lembaga mediasi yang solid, diharapkan Mediasi Terapeutik dapat menjadi alternatif yang lebih adil, efisien, dan sesuai dengan budaya Indonesia, serta memperkuat perlindungan hukum bagi dokter dan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

I. BUKU

- Abbas, Syahrizal, 2011, *Mediasi dalam Hukum Syariah, Hukum Adat dan Hukum Nasional*, Jakarta, Indonesia, Kencana Prenada Media Group.
- Adi Nugroho, Susanti, 2019, *Manfaat Mediasi Sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Jakarta, Indonesia, Prenadamedia Group.
- Amiruddin & Asikin, Zainal, 2006, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Jakarta, Indonesia, PT Raja Grafindo Persada.
- Arie, Mengesti Yovita, 2016, *Hukum Berpradigma Kemanusiaan*, Yogyakarta, Indonesia, Genta Publishing.
- Asshiddiqie, Jimly, 2006, *HTN dan Pilar-Pilar Demokrasi*, Jakarta, Indonesia, Konstitusi Press.
- Chazawi, Adami, 2016, *Malpraktik Kedokteran*, Jakarta, Indonesia, Sinar Grafika.
- Deiorio, Nicole M. & Hammoud, Maya M., 2017, *Coaching in Medical Education: A Faculty Handbook*, Bethesda, Amerika Serikat, AMAA.
- Dipoyudo, Kirdi, 1990, *Membangun Atas Dasar Pancasila*, Jakarta, Indonesia, CSIS.
- D.Y., Witanto, 2011, *Hukum Acara Mediasi dalam Perkara Perdata di Lingkungan Peradilan Umum dan Peradilan Agama Menurut PERMA No. 1 Tahun 2008 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan*, Bandung, Indonesia, Alfabeta.
- El-Muthtaj, Majda, 2009, *Hak Asasi Manusia dalam Konstitusi Indonesia*, Jakarta, Indonesia, Kencana Prenada Media Group.
- Ervaningsih, dkk, 2020, *Kebijakan & Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Bandung, Indonesia, Widina Bhakti Persada Bandung.
- Friedman, Lawrence M., 1975, *The Legal System: A Social Science Perspective*, New York, Amerika Serikat, Russel Sage Foundation.
- Fuady, Munir, 2005, *Sumpah Hipocrates*, Bandung, Indonesia, Citra Aditya Bakti.

- Gani, Evy Savitri, 2019, *Perjanjian Terapeutik Antara Dokter dan Pasien*, Yogyakarta, Indonesia, Uwais Inspirasi Indonesia.
- Haryani, Safitri, 2005, *Sengketa Medik: Alternatif Penyelesaian Perselisihan antara Dokter dengan Pasien*, Jakarta, Indonesia, Diadit Media.
- Hikmawati, Fenti, 2020, *Metode Penelitian*, Depok, Indonesia, Rajawali Pers.
- Isfandyarie, Anny, 2006, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*, Jakarta, Indonesia, Prestasi Pustaka.
- Isharyanto, 2016, *Hukum Pelayanan Kesehatan*, Depok, Indonesia, Herya Media.
- Iskandar, Dalmy, 1998, *Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, dan Pasien*, Jakarta, Indonesia, Sinar Grafika.
- Jauhani, Muhammad Afiful, 2020, *Dilema Kapabilitas dan Imparsialitas Dokter sebagai Mediator Sengketa Medik*, Surabaya, Indonesia, Scopindo Media Pustaka.
- Jayanti, Nusye K.I., 2009, *Penyelesaian Hukum dalam Malpraktik Kedokteran*, Yogyakarta, Indonesia, Pustaka Yustisia.
- Junaidi, Eddi, 2011, *Mediasi dalam Penyelesaian Sengketa Medik*, Jakarta, Indonesia, Rajagrafindo Persada.
- Kartono, Drajat Tri & Nurcholis, Hanif, 2016, *Konsep dan Teori Pembangunan*, Tangerang Selatan, Indonesia, Universitas Terbuka.
- Kerbala, Husein, 1993, *Segi-segi Etis dan Yuridis Informed Consent*, Jakarta, Indonesia, Pustaka Sinar Harapan.
- Koeswadji, Hermien Hadiati, 1984, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya, Indonesia, Airlangga University Press.
- , 1998, *Hukum Kedokteran*, Bandung, Indonesia, Citra Aditya Bakti.
- Kogoya, Michael Dani, 2022, *Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada Era Pandemi Covid-19 di Puskesmas Sentani Kota Distrik Sentani Kabupaten Jayapura Provinsi Papua*, Papua, Indonesia, Institut Pemerintah Dalam Negeri.
- Kusumaatmadja, Mochtar, 1995, *Hukum, Masyarakat, dan Pembinaan Hukum Nasional*, Bandung, Indonesia, Binacipta.
- Maramis, Willy F. & Daeng, Handoko, 2005, *Ethical Aspect in Patient-Doctor Relationship*, Surabaya, Indonesia, Bioetic Units Airlangga University School of Medicine.
- Margono, Suyud, 2001, *Perlembagaan Alternative Dispute Resolution (ADR): Dalam Prospek dan Pelaksanaannya Arbitrase di Indonesia*, Jakarta, Indonesia, Citra Aditya Bakti.

- Marzuki, Peter Mahmud, 2010, *Penelitian Hukum*, Jakarta, Indonesia, Kencana Prenada Media Group.
- Mulyohadi, Ali Muhammad, dkk, 2006, *Kemitraan dalam Hubungan Dokter dan Pasien*, Jakarta, Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia.
- Novekawati, 2019, *Hukum Kesehatan*, Semarang, Indonesia, Sai Wawai Publishing.
- Novianto, Widodo Tresno, 2017, *Sengketa Medik: Pergulatan Hukum dalam Menentukan Unsur Kelalaian Medik*, Surakarta, Indonesia, UNS Press.
- Nurelah & Wardani, Ina Kumala, 2022, *Dasar-Dasar Layanan Kesehatan*, Jakarta, Indonesia, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi.
- Poespwardojo, Soerjanto, 1990, *Filsafat Pancasila: Sebuah Pendekatan Sosio Budaya*, Jakarta, Indonesia, PT Gramedia Pustaka Utama.
- Rahmadi, Takdir, 2017, *Mediasi Penyelesaian Sengketa Melalui Pendekatan Mufakat*, Depok, Indonesia, Raja Grafindo Persada.
- Ratman, 2012, *Mediasi terhadap Sengketa Medik dengan Konsep Win-Win Solution*, Bandung, Indonesia, Elex Media Komputindo.
- Rijkscroeff, B.R., 2001, *Sosiologi Hukum dan Sosiologi Hukum*, Bandung, Indonesia, Mandar Maju.
- Riyadi, Machli, 2018, *Teori Iknemook dalam Mediasi Malpraktik Medik*, Jakarta, Indonesia, Prenadamedia Group.
- Salman, Otje & Damian, Eddy, 2002, *Konsep-Konsep Hukum dalam Pembangunan*, Bandung, Indonesia, Alumni.
- Sembiring, Jimmy Joses, 2011, *Cara Menyelesaikan Sengketa di Luar Pengadilan*, Jakarta, Indonesia, Visimedia.
- Sinamo, Nomensen, 2023, *Hukum Kesehatan & Sengketa Medik*, Jakarta, Indonesia, Jala Permata Aksara.
- Slamet Kurnia, Titon, 2007, *Hak Atas Derajat Kesehatan Optimal sebagai HAM di Indonesia*, Bandung, Indonesia, Alumni.
- Soekanto, Soerjono & Mamudji, Sri, 2003, *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Jakarta, Indonesia, Raja Grafindo Persada.
- Soekanto, Soerjono, 2008, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penegakan Hukum*, Jakarta, Indonesia, PT Raja Grafindo Persada.
- SS, Darmono, 2006, *Peningkatan Kualitas Pelayanan, Hubungan Dokter-Pasien dan Pencegahan Timbulnya Malpraktik*, Semarang, Indonesia, Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

- Supriadi, Wila Chandrawati, 2001, *Hukum Kedokteran*, Bandung, Indonesia, CV Mandar Maju.
- Suryadhimirtha, Rinanto, 2011, *Hukum Malpraktik Kedokteran Disertai Kasus dan Penyelesaiannya*, Yogyakarta, Indonesia, Total Media.
- Suryawati, Nany, 2020, *Hak Asasi Politik Perempuan*, Gorontalo, Indonesia, Ideas Publishing.
- Syahrizal, Abbas, 2009, *Mediasi dalam Perspektif Hukum Syariah, Hukum Adat & Hukum Nasional*, Banda Aceh, Indonesia, Kencana Prenada Media Group.
- Takdir, 2018, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Palopo, Indonesia, Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo.
- Usman, Rachmadi, 2012, *Mediasi di Pengadilan dalam Teori dan Praktek*, Jakarta, Indonesia, Sinar Grafika.
- Wada, Yoshitaka, *Medical Mediation: Narrative Approach to Conflict Management*, Tokyo, Jepang, Signe.
- Wahyudi, 2008, *Manajemen Konflik*, Bandung, Indonesia, Alfabeta.
- Widnyana, I Made, 2007, *Alternatif Penyelesaian Sengketa (ADR)*, Jakarta, Indonesia, IBLC.
- Wijaja, Gunawan, 2002, *Alternatif Penyelesaian Sengketa*, Jakarta, Indonesia, Raja Grafindo Persada.
- Winarta, Frans Hendra, 2011, *Hukum Penyelesaian Sengketa Arbitrase Nasional Indonesia & Internasional*, Jakarta, Indonesia, Sinar Grafika.
- Yunanto, Ari & Helmi, 2010, *Hukum Pidana Malpraktik Medik*, Yogyakarta, Indonesia, CV Andi Offset.

Artikel dan Jurnal

- Afzal, Muhammad, 2017, “Perlindungan Pasien Atas Tindakan Malpraktek Dokter”, *Jurnal Ilmiah Mandala Education*, Vol. 3(1), pp. 435.
- Aini, Zikriatul, & Fathoni, M. Yazid, 2023, “Tinjauan Yuridis Akibat Hukum Adanya Unsur Penipuan Dalam Perjanjian Utang Piutang”, *Private Law*, Vol. 3(3), pp. 775–783.
- Ajo, Fransiska Litania Ea Tawa, 2022, “Penegakan Hukum Kesehatan Terhadap Kegiatan Malpraktek Di Indonesia”, *Jurnal Ilmiah Bidang Sosial, Ekonomi, Budaya, Teknologi, dan Pendidikan*, Vol. 1(7), pp. 1157-1168.
- Andriawan, Andrywan, 2016, “Kedudukan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) Dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) Dalam Penegakan Disiplin Kedokteran Di Indonesia (Studi Putusan Mahkamah Agung Ri Nomor: 298k/Tun/2012)”, *Era Hukum*, Vol. 1(2), pp. 1-31.

- Anshar, Sayid, 2019, "Konsep Negara Hukum dalam Perspektif Hukum Islam", *Soumatera Law Review*, Vol. 2(2), pp. 235-245.
- Bawono, Bambang Tri, 2011, "Kebijakan Hukum Pidana Dalam Upaya Penanggulangan Malpraktik Profesi Dokter", *Jurnal Hukum*, Vol. 25(1), pp. 77.
- Bintang, Cantika Ramadhani, & Saleh, Rosdiana, 2024, "Perbandingan Sistem Hukum Indonesia Dengan Jepang Tentang Mediasi Dan Wakai", *Jurnal Hukum & Pembangunan Masyarakat*, Vol. 15(5), pp. 44-53 .
- Damayanti, Fitriani Nur, Santosa, Budi, & Irmawati, Alfita Ayu, 2022, "Literatur Review: Peran Mediator dalam Efektivitas Upaya Mediasi Sengketa Medis", *Prosiding Seminar Nasional Unimus*, Vol. 5(0), pp. 1498-1504
- Ding, Chunyan, 2020, "How Much Do Expert Opinions Matter: An Empirical Investigation of Selection Bias, Adversarial Bias and Judicial Deference in Chinese Medical Negligence Litigation", *Brooklyn Journal of International Law*, Vol. 45(1), pp. 139–192.
- Febriyanti, Rd. Irdha Melinda, & Sugiarti, Ida, 2015, "Analisis Kelengkapan Pengisian Data Formulir Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Kasus Bedah", *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 3(1), pp. 31-37.
- Hendran, A.a.w. Jonathan, 2019, "Rancangan Upaya Mediasi Sengketa Medis Di Rumah Sakit RK Charitas Palembang", *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (Marsi)*, Vol. 3(1), pp. 1–8.
- Hidayat, Rif'atul, 2016, "Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan yang Optimal", *Syariah: Jurnal Hukum dan Pemikiran*, Vol. 16(2), pp. 127-134.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., dkk., 2009, "Trend in Japanese Malpractice Litigation Involving Gastrointestinal Endoscopy", *American Journal of Gastroenterology*, Vol. 104(2), pp. 251–252.
- Inaba, Kazuto, 2019, "Trial to Staff Healthcare Communication Facilitators", *Chukyo Lawyer*, Vol. 20, pp. 39–52.
- Iskandar, Soleh, 2016, "Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Panglima Sebaya Kabupaten Paser", *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, Vol. 4(2), pp. 777-788.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., dkk., 2011, "Malpractice Risk According to Physician Specialty", *New England Journal of Medicine*, Vol. 365(7), pp. 629–636.
- Lathif, Nazaruddin, 2017, "Teori Hukum Sebagai Sarana atau Alat Untuk Memperbarui atau Merekayasa Masyarakat", *Jurnal Pakuan Law Review*, Vol. 3(1), pp. 73-94.
- Mufrizal, Fhika Maisyarah, & Irsyam, Risdawati, 2024, "Yurisdiksi Mediator Terapeutik dalam Penyelesaian Sengketa Medis Melalui Alternative Penyelesaian Sengketa", *Jurnal*, Vol. 8(2), pp. 1175 - 1181 .
- Muhlis, Syamsul, & Nambung, Indar, 2020, "Kekuatan Hukum Penyelesaian Sengketa Medik Pasien dengan Rumah Sakit Melalui Jalur Mediasi", *Jurnal Hukum Medis*, Vol. 5(1), pp.31-40 .
- Pebrina, Anggun, dkk., 2022, "Fungsi Penerapan Informed Consent sebagai Persetujuan pada Perjanjian Terapeutik", *Zaaken: Journal of Civil and Business Law*, Vol. 3(3), pp. 468-486.
- Purnama Nasution, Uly, 2020, "Efektivitas Mediasi Dalam Penyelesaian Sengketa Medik", *Widya Pranata Hukum*, Vol. 2(2), pp. 91-108.

- Purwadianto, Agus, 2004, "Urgensi Undang-Undang Praktik Kedokteran Bagi Masyarakat", *Jurnal Hukum Bisnis*, Vol. 23(2), pp. 10-16.
- Putra, I. Gusti Ngurah Anom Cahyadi, & Kadnyanan, I. Gusti Agung Gede Arya, 2019, "Pengembangan Rekomender Sistem Layanan Kesehatan Terintegrasi E-Commerce", *Jurnal Elektronik Ilmu Komputer Udayana*, pp. 199-205.
- Rahmah, Dian Maris, 2019, "Optimalisasi Penyelesaian Sengketa Melalui Mediasi di Pengadilan", *Jurnal Bina Mulia Hukum*, Vol. 4(1), pp. 1-16.
- Rezki Pebrina, A., Najwan, J., & Alissa, E., 2022, "Fungsi Penerapan Informed Consent sebagai Persetujuan pada Perjanjian Terapeutik", *Zaaken: Journal of Civil and Business Law*, Vol. 3(3), pp. 468-486 .
- Santoso, Arief, & Sulistiyono, 2019, "Penyelesaian Sengketa Medik Melalui Mediasi Oleh MKDKI", *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, Vol. 7(1), pp. 29-38.
- Shin, H.-K., Jeong, S.-J., Kang, B.-K., dkk., 2014, "Medical Dispute Cases Involving Traditional Korean Medical Doctors", *European Journal of Integrative Medicine*, Vol. 6(6), pp. 497-501.
- Sohn, D. H., & Bal, B. S., 2012, "Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Vol. 470(5), pp. 1370-1378.
- Sugianto, Fajar, 2013, "Efisiensi Ekonomi sebagai Remedy Hukum", *DIH: Jurnal Ilmu Hukum*, Vol. 9(18), pp. 379-385.
- Supeno, 2022, "Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Sebagai Badan Penyelesaian Sengketa Medik Secara Mediasi", *Wajah Hukum*, Vol. 6(2), pp. -.
- Widihastuti, Setiati, dkk., 2017, "Mediasi Dalam Penyelesaian Sengketa Kesehatan di Jogja Mediation Center", *Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial*, Vol. 14(1), pp. 15-25.
- Yoshimura, Ritsuko, 2016, "Healthcare Mediation in Japan: Current State, Issues, and Future Prospect", *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine*, No. 10, pp. 53-63.

II. PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

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

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Peraturan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2025 Tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012.

Konsil Kedokteran Indonesia, 2007, Kemitraan dalam Hubungan Dokter-Pasien, Jakarta, Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia.

III. PUTUSAN PENGADILAN

Putusan Mahkamah Kontitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015

Putusan Mahkamah Kontitusi Nomor 14/PUU-XII/2014

IV. INTERNET

Cahyono, Penyelesaian Sengketa Berbasis Konsep "Economic Analysis of Law"
<https://pn-bandaaceh.go.id/wp-content/uploads/Penyelesaian-Sengketa-Berbasis-Konsep.pdf>

Januar, Paulus. "Penyelesaian sengketa medik Melalui Mediasi." Alo Medisa, 2016. <https://www.alomedisa.com/penyelesaian-sengketa-medis-melalui-mediasi>. Pada tanggal 9 Desember 2022.

Jessica A. Stepp, "How Does The Mediation Process Work," Meditate.com, 2023, <https://mediate.com/how-does-the-mediation-process-work/>, diakses pada tanggal 2 Oktober 2023.

Konsil Kedokteran Indonesia, <https://kki.go.id/page/read/profil-mkdki> diakses pada tanggal 10 November 2023

Stepp, Jessica A. "How Does The Mediation Process Work," Meditate.com, 24 Juni 2023, <https://mediate.com/how-does-the-mediation-process-work/>

Zoelva, Negara Hukum dan Pancasila – Zoelva & Partners," accessed June 18, 2022, <https://zoelvapartners.id/negara-hukum-dalam-perspektif-pancasila/>.