

# Urgensi Pembentukan Pengadilan Medis di Indonesia Berdasarkan Prinsip Keadilan

<sup>1</sup> Daniel Setiawan Nathan, <sup>2</sup> Yeti Rohayati

<sup>1,2</sup> Program Doktor Ilmu Hukum, Universitas Langlang Buana, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

Email Korespondensi : [dokterdanielsetiawan@gmail.com](mailto:dokterdanielsetiawan@gmail.com)



e-ISSN: 2964-0962

SEIKAT: Jurnal Ilmu Sosial, Politik dan Hukum

<https://ejournal.45mataram.ac.id/index.php/seikat>

Vol. 5, No. 5, Oktober 2026

Page: 3858 - 3880

Available at:

<https://ejournal.45mataram.ac.id/index.php/seikat/article/view/3944>

DOI:

<https://doi.org/10.55681/seikat.v5i5.3944>

## Article History:

Received: 08-08-2026

Revised: 16-10-2026

Accepted: 18-10-2026

**Abstract :** Medical disputes in Indonesia are adjudicated by general courts whose judges are trained in law but not in medicine, so the line between an unavoidable medical risk and culpable negligence is often drawn without adequate scientific assessment. This normative legal study asks how urgent a specialised medical court is, what its philosophical basis and institutional concept should be, and how it could be established consistently with the principle of justice. Statutes, implementing regulations, Constitutional Court and ordinary court decisions, and peer-reviewed literature identified through a documented search were analysed against six justice criteria derived from Pancasila, Rawls and Radbruch. Four findings emerge. First, the urgency is qualitatively high but quantitatively unproven: divergent decisions on similar facts and a wide gap between patient harm and recorded disputes reveal an epistemic deficit, whereas the small recorded caseload does not yet justify a stand-alone court. Second, a medical court is philosophically a means of raising the accuracy of fact-finding where the decisive facts are scientific. Third, it should be a special court within the general judiciary with a career-judge majority, court-appointed neutral experts, the existing fault-based civil standard and a statutory gross-negligence threshold for criminal liability. Fourth, it should be built in stages: a baseline audit, an intra-judicial pilot under existing law, and a dedicated statute with transitional amendments to Articles 308 and 440 of Law 17/2023. The article contributes an operational justice framework and a testable, staged institutional design.

**Keywords:** Medical Court; Medical Negligence; Principle of Justice; Judicial Specialisation; Neutral Expert Evidence.

**Abstrak :** Sengketa medis di Indonesia diperiksa oleh peradilan umum yang hakimnya berkompetensi hukum tetapi tidak berkompetensi medis, sehingga batas antara risiko medis yang tidak terhindarkan dan kelalaian yang dapat dipersalahkan kerap ditetapkan tanpa penilaian ilmiah yang memadai. Penelitian hukum normatif ini mengkaji seberapa mendesak pengadilan medis khusus, apa landasan filosofis dan konsep kelembagaannya, serta bagaimana pembentukannya dapat dilakukan secara konsisten dengan prinsip keadilan. Peraturan perundang-undangan, putusan Mahkamah Konstitusi dan pengadilan, serta literatur bereputasi hasil penelusuran terdokumentasi dianalisis dengan enam kriteria keadilan yang diturunkan dari Pancasila, Rawls, dan Radbruch. Diperoleh empat temuan. Pertama, urgensinya tinggi secara kualitatif tetapi belum terbukti secara kuantitatif: disparitas putusan atas fakta serupa dan lebarnya kesenjangan antara cedera pasien dan sengketa yang tercatat menunjukkan defisit epistemik, sedangkan jumlah perkara yang tercatat belum membenarkan pengadilan yang berdiri sendiri. Kedua, secara filosofis pengadilan medis merupakan sarana meningkatkan ketepatan penemuan fakta pada sengketa yang fakta penentunya bersifat ilmiah. Ketiga, pengadilan ini sebaiknya berbentuk pengadilan khusus dalam lingkungan peradilan umum dengan mayoritas hakim karier, ahli netral yang ditunjuk pengadilan, standar perdata berbasis kesalahan yang berlaku, dan ambang pidana kealpaan berat yang ditetapkan undang-undang. Keempat, pembentukannya bertahap: audit garis dasar (*baseline*), uji coba intrayudisial berdasarkan hukum yang berlaku, lalu undang-undang tersendiri dengan perubahan peralihan atas Pasal 308 dan Pasal 440 UU 17/2023. Artikel ini menyumbangkan kerangka keadilan yang operasional dan desain kelembagaan bertahap yang dapat diuji.

**Kata kunci:** Pengadilan Medis; Kelalaian Medis; Prinsip Keadilan; Spesialisasi Peradilan; Keterangan Ahli Netral.

## 1. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak konstitusional menurut Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU 17/2023) mengatur hak serta kewajiban timbal balik antara pasien, tenaga medis, dan tenaga kesehatan. Karena praktik kedokteran bekerja dalam ketidakpastian biologis, kejadian tidak diharapkan (KTD) merupakan ciri struktural pelayanan kesehatan. Suatu *scoping review* atas penelaahan rekam medis di 27 negara menemukan median 10 persen pasien rawat inap mengalami sekurang-kurangnya satu KTD, dan median 51,2 persen di antaranya dapat dicegah (Schwendimann dkk., 2018). Meta-analisis atas 70 studi dengan 337.025 pasien memperkirakan prevalensi bahaya yang dapat dicegah sebesar 6 persen, 12 persen di antaranya berat atau fatal (Panagioti dkk., 2019); kohort mutakhir melaporkan KTD pada 23,6 persen admisi umum (Bates dkk., 2023) dan 38,0 persen admisi bedah (Duclos dkk., 2024). Data tersebut berasal terutama dari negara berpendapatan tinggi. Penelaahan rekam medis di delapan negara berkembang justru menemukan KTD pada 8,2 persen admisi, 83 persen di antaranya dapat dicegah dan sekitar 30 persen berkaitan dengan kematian (Wilson dkk., 2012), dan sekitar dua pertiga beban KTD global terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah (Jha dkk., 2013). Namun KTD tidak identik dengan sengketa. Harvard Medical Practice Study menunjukkan bahwa dari 280 pasien yang mengalami KTD akibat kelalaian hanya delapan yang mengajukan klaim (1,53 persen), dengan rasio KTD akibat kelalaian terhadap klaim sekitar 7,6 banding 1 (Localio dkk., 1991); studi di Utah dan Colorado menemukan 97 persen pasien yang cedera karena kelalaian tidak menggugat, sementara banyak gugatan justru diajukan tanpa kelalaian (Studdert dkk., 2000). Dengan demikian, sengketa medis hanyalah bagian kecil dan tidak representatif dari cedera yang terjadi; persoalan hukumnya bukan semata berapa banyak sengketa, melainkan seberapa tepat forum menyaring dan menilai sengketa yang sampai kepadanya.

Gambaran Indonesia perlu dibaca dengan kehati-hatian yang sama. Data Konsil Kedokteran Indonesia yang dihimpun Sudarmanto dkk. (2025) menunjukkan pengaduan disiplin ke Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) meningkat dari 125 perkara (2006–2011) menjadi 221 perkara (2011–2016) dan 310 perkara (2016–2022), disusul 198 perkara yang dilaporkan dan diputus sepanjang Januari 2023 hingga Mei 2025. Dalam rapat kerja dengan Komisi IX DPR pada 2 Juli 2025, Menteri Kesehatan memaparkan 51 kasus dugaan pelanggaran disiplin selama 2023–2025, terdiri atas 21 aduan langsung dan 30 kasus hasil pemantauan media, dengan 24 kasus berakibat kematian pasien (Saputro, 2025). Pada hari yang sama Ketua Majelis Disiplin Profesi (MDP) melaporkan 57 pengaduan; dari 24 pengaduan yang selesai diperiksa, delapan dinyatakan terbukti melanggar disiplin (Investortrust.id, 2025). Angka-angka ini berasal dari sumber dan periode yang berbeda, sebagian bukan data registri, sehingga tidak dapat dijumlahkan. Lebih penting lagi, sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Indonesia diketahui mengalami pelaporan yang rendah akibat kekhawatiran atas tindakan punitif, lemahnya mekanisme kerahasiaan, umpan balik yang minim, dan kurangnya dukungan pemerintah (Dhamanti dkk., 2021; Dhamanti dkk., 2022). Angka sengketa yang kecil karena itu lebih tepat dipahami sebagai batas bawah yang dipengaruhi hambatan akses, bukan bukti bahwa sengketa jarang terjadi; sebaliknya, angka itu juga belum membuktikan beban perkara yang membenarkan lembaga baru. Ketegangan ini dibahas secara eksplisit pada subbagian 3.1.

Persoalan kedua menyangkut konsistensi penyelesaian. Dalam perkara Manado, Pengadilan Negeri Manado membebaskan tiga dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Putusan Nomor 90/Pid.B/2011/PN.Mdo), Mahkamah Agung pada tingkat kasasi menjatuhkan pidana penjara sepuluh bulan (Putusan Nomor 365 K/Pid/2012), dan majelis peninjauan kembali kembali membebaskan mereka dengan pertimbangan bahwa tindakan para pemohon tidak menyalahi prosedur operasional baku (Putusan Nomor 79 PK/Pid/2013; Hukumonline, 2014). Dalam perkara klinik mata di Surabaya, gugatan pasien yang mengalami kebutaan ditolak Pengadilan Negeri Surabaya (Putusan Nomor

415/Pdt.G/2019/PN.Sby) dan dikuatkan Pengadilan Tinggi Surabaya (Putusan Nomor 277/PDT/2020/PT.SBY), tetapi Mahkamah Agung menyatakan dokter dan kliniknya melakukan perbuatan melawan hukum (Putusan Nomor 1815 K/Pdt/2021), dan permohonan peninjauan kembali para tergugat ditolak (Putusan Nomor 1037 PK/Pdt/2023; Anggraini dkk., 2024; Tribrata News Polda Jatim, 2024). Kedua rangkaian putusan tidak membuktikan bahwa salah satu tingkat peradilan keliru, tetapi memperlihatkan bahwa penilaian atas fakta medis yang sama dapat berbalik arah di setiap tingkat.

Persoalan ketiga, dan yang paling mendasar, ialah kapasitas epistemik forum. Dalam perkara medis, fakta yang menentukan—apakah emboli udara, erupsi obat, atau kematian perioperatif dapat dihindarkan—merupakan proposisi ilmiah. Hakim bersandar pada keterangan ahli yang dihadirkan para pihak, padahal kepustakaan Indonesia mendokumentasikan keengganan dokter memberikan keterangan yang memberatkan sejawatnya (Mohd Zahir dkk., 2024). Sebelum UU 17/2023, sebagian pengadilan bahkan mendasarkan pertimbangannya pada keputusan MKDKI dengan merujuk Surat Edaran Mahkamah Agung Tahun 1982 yang keberadaannya tidak dapat ditemukan oleh Mahkamah Agung sendiri, sebagaimana dalam Putusan Nomor 538/Pdt.G/2016/PN.Jkt.Sel (Sudarmanto dkk., 2025). Bukti komparatif mempertegas persoalan ini: di Tiongkok pendapat lembaga ahli, bukan penalaran hakim, secara faktual menentukan pembagian tanggung jawab (Chen, 2025); pada yurisdiksi yang menerapkan penyaringan bercorak *Daubert* banyak hakim tidak memperoleh pendidikan formal tentang bukti ilmiah (Pergolizzi & LeQuang, 2024); dan kedokteran forensik belum memiliki kerangka inferensi kausal medikolegal yang diterima secara universal (Meilia dkk., 2020).

UU 17/2023 menjawab defisit tersebut secara prosedural. Pasal 308 ayat (1) menentukan bahwa tenaga medis atau tenaga kesehatan yang diduga melanggar hukum dalam pelayanan kesehatan yang dapat dikenai sanksi pidana “terlebih dahulu harus dimintakan rekomendasi dari majelis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 304”; ayat (2) memberlakukan keharusan serupa bagi gugatan perdata; ayat (5) menyatakan rekomendasi pidana berupa “rekomendasi dapat atau tidak dapat dilakukan penyidikan”; dan ayat (8) menganggap rekomendasi telah diberikan untuk dapat dilakukan penyidikan apabila majelis tidak menjawab dalam 14 hari kerja (Sudarmanto dkk., 2025). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan (Permenkes 3/2025) mengoperasionalkan pemeriksaan tersebut (Pasal 29–31) beserta peninjauan kembali atas putusan disiplin kepada Menteri (Pasal 23–27). Dalam Putusan Nomor 156/PUU-XXII/2024 yang diucapkan pada 19 Januari 2026, Mahkamah Konstitusi menolak permohonan pengujian Pasal 308 untuk seluruhnya. Mahkamah menilai rekomendasi MDP sebagai *scientific-professional gatekeeping*, yaitu penyaringan awal berbasis kompetensi keilmuan; menegaskan bahwa MDP bukan lembaga *pro justitia* dan tidak mengambil alih kewenangan penyidik, penuntut umum, atau hakim; serta menyatakan bahwa susunan MDP harus melibatkan unsur di luar tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk menekan konflik kepentingan (Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, 2026). Konstitusionalitas mekanisme ini dengan demikian telah diputus; yang tersisa adalah persoalan kebijakan legislasi (*de lege ferenda*) yang diuraikan pada subbagian 3.1, sejalan dengan kritik penulis Indonesia atas ketidakjelasan UU 17/2023 dan ketiadaan definisi otoritatif tentang malpraktik (Amiati dkk., 2024; Purwanto dkk., 2025; Wulan dkk., 2025).

Di luar soal kelembagaan, ketidakpastian forum berdampak pada perilaku klinis. Meta-analisis atas 64 studi di 23 negara menemukan prevalensi gabungan praktik kedokteran defensif (*defensive medicine*) sebesar 75,8 persen, dan riwayat perkara medikolegal meningkatkan peluangnya secara bermakna (Zheng dkk., 2023); praktik defensif menurunkan mutu sekaligus efisiensi pembiayaan (Vento dkk., 2018; Kakemam dkk., 2022). Kemampuan hukum pidana menarik garis antara kekeliruan dan kelalaian pun diperdebatkan: penuntutan dapat melahirkan sikap defensif dan pelaporan insiden yang membisu tanpa memperbaiki keselamatan pasien (Dekker, 2007), sehingga sebagian penulis membatasi represi pidana pada kecerobohan yang nyata (Šepec, 2018). Data pengadilan pidana Roma menunjukkan bahwa dari 132 perkara malpraktik ortopedi hanya sebagian

kecil yang berakhir dengan pemidanaan (Bernardinangeli dkk., 2023). Biaya administrasi sistem litigasi juga tinggi: di Amerika Serikat, setiap satu dolar kompensasi disertai 54 sen biaya administrasi (Studdert dkk., 2006).

## 1.1 TINJAUAN PUSTAKA

### 1.1.1 Malpraktik, Risiko Medis, dan Dasar Pertanggungjawaban

Doktrin hukum kedokteran Indonesia memandang hubungan terapeutik sebagai perikatan ikhtiar (*inspanningsverbintenis*), bukan perikatan hasil (*resultaatsverbintenis*), sehingga yang diperjanjikan adalah upaya terbaik menurut standar profesi, bukan kesembuhan (Koeswadi, 1998). Secara perdata, pertanggungjawaban bertumpu pada dua dasar yang sama-sama berbasis kesalahan: wanprestasi atas perikatan untuk berbuat sesuatu (Pasal 1234, Pasal 1239, dan Pasal 1243 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata/KUHPerdata) dan perbuatan melawan hukum, termasuk kelalaian dan tanggung jawab atas perbuatan orang yang berada di bawah tanggungannya (Pasal 1365–1367 KUHPerdata). Pasal 193 UU 17/2023 menambahkan tanggung jawab hukum rumah sakit atas kerugian akibat kelalaian sumber daya manusia kesehatannya. Pada sisi lain, Pasal 273 ayat (1) huruf a UU 17/2023 memberikan hak atas perlindungan hukum kepada tenaga medis sepanjang tugasnya dilaksanakan sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, etika profesi, dan kebutuhan kesehatan pasien, sedangkan Pasal 291 mewajibkan kepatuhan pada standar tersebut. Kepatuhan pada standar karenanya berfungsi sebagai dasar perlindungan normatif (Maulidya dkk., 2026), tetapi bukan imunitas: Mahkamah Konstitusi menegaskan bahwa rekomendasi MDP tidak boleh digunakan untuk melindungi tenaga medis yang ternyata melanggar standar (Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, 2026). Ketiadaan definisi otoritatif yang membedakan risiko medis, kecelakaan medis, dan kelalaian medis tetap menjadi celah yang paling sering disorot (Prayuti dkk., 2024; Purwanto dkk., 2025).

Kepustakaan internasional menawarkan standar keterhindaran (*avoidability*), yakni pertanyaan apakah cedera akan terhindar seandainya ditangani praktisi yang kompeten, sebagai pengganti standar kelalaian (Kachalia dkk., 2008). Standar ini lahir dari skema kompensasi administratif tanpa kesalahan (*no-fault*) di Swedia, Denmark, dan Selandia Baru, yang membayar kompensasi dari dana bersama tanpa mempersoalkan kesalahan individu (Bismark & Paterson, 2006; Kachalia dkk., 2008). Karena hukum perdata Indonesia berbasis kesalahan, standar keterhindaran tidak dapat diterapkan oleh pengadilan perdata tanpa undang-undang dan dana kompensasi tersendiri. Secara pidana, Pasal 36 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP 2023) mensyaratkan kesalahan berupa kesengajaan atau kealpaan, dan kealpaan hanya dapat dipidana apabila ditentukan secara tegas. Kealpaan yang mengakibatkan luka atau kematian diatur dalam Pasal 474–475 KUHP 2023, sedangkan Pasal 440 UU 17/2023 mengancam pidana tenaga medis atau tenaga kesehatan yang karena kealpaannya mengakibatkan pasien luka berat atau meninggal. Rumusan kedua undang-undang hanya memakai istilah kealpaan tanpa membedakan derajatnya. Doktrin membedakan kealpaan berat (*culpa lata*) dari kealpaan ringan (*culpa levis*) dan menghendaki *culpa lata* untuk pertanggungjawaban pidana profesi kedokteran (Koeswadi, 1998; Hiarij, 2016), tetapi perbedaan itu belum dirumuskan dalam norma positif, sehingga penerapannya bergantung pada penilaian hakim yang dapat bersifat subjektif (Rachmatullah & Jamaludin, 2026). Di yurisdiksi perbandingan, ambang kelalaian berat (*gross negligence*) pun diperdebatkan karena kabur dan rawan bias hasil (Quick, 2010; Robson dkk., 2020).

### 1.1.2 Pengadilan Kesehatan, Pengadilan Khusus, dan Preseden Indonesia

Tiga gagasan kelembagaan kerap dicampuradukkan dan perlu dibedakan. Pertama, *health court* dalam usulan Amerika Serikat pada hakikatnya adalah skema kompensasi administratif: klaim dikeluarkan dari peradilan perbuatan melawan hukum dan diputus pengadilan khusus yang dibantu ahli netral dengan standar keterhindaran (Mello dkk., 2006). Kedua, pengadilan atau tribunal khusus di dalam sistem peradilan, seperti yang diusulkan

untuk Nigeria (Pedro, 2025) dan Turki (Ozdemir dkk., 2025), atau kamar khusus yang diusulkan di Korea Selatan karena memanjangnya durasi perkara (Kang & Hong, 2025). Ketiga, penguatan pengadilan yang ada melalui mediasi wajib dan asesor medis tanpa membentuk lembaga baru (McQuoid-Mason, 2022). Kepustakaan tidak seluruhnya optimistis: evaluasi atas *Vaccine Injury Compensation Program* di Amerika Serikat menunjukkan inovasi prosedural forum khusus gagal mempercepat adjudikasi (Engstrom, 2015); spesialisasi berisiko insularitas, penyanderaan oleh kelompok kepentingan, dan akses yang elitis (Silvestri, 2014; Uzelac, 2014), meskipun spesialisasi hibrida di dalam pengadilan yang telah ada dapat memperoleh manfaatnya sambil menekan biayanya (Opeskin, 2022) dan kamar khusus terbukti mempercepat terbentuknya yurisprudensi yang koheren (Aran & Ofir, 2020).

Indonesia memiliki pengalaman panjang dengan pengadilan khusus. Penjelasan Pasal 27 ayat (1) Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (UU 48/2009) menyebut pengadilan anak, pengadilan niaga, pengadilan hak asasi manusia, pengadilan tindak pidana korupsi, pengadilan hubungan industrial, dan pengadilan perikanan dalam lingkungan peradilan umum, serta pengadilan pajak dalam lingkungan peradilan tata usaha negara. Kinerjanya beragam. Desentralisasi pengadilan tindak pidana korupsi ke ibu kota provinsi pada 2010 memunculkan keraguan atas profesionalisme pengadilan daerah, dan tingkat pemidanaan terbukti bukan indikator kinerja yang memadai (Butt & Schütte, 2014). Pengadilan hubungan industrial menghadapi persoalan kompetensi dan integritas hakim karier maupun hakim *ad hoc* serta lemahnya akses pekerja terhadap prosedur litigasi (Tjandra, 2019). Pengadilan perikanan menangani perkara dalam jumlah sangat rendah dan beberapa putusannya memicu kontroversi hingga kementerian terkait mengusulkan penutupannya (Saptaningrum, 2019). Secara umum, pengadilan khusus dibentuk untuk menghindari persoalan peradilan umum tetapi tidak serta-merta terbebas darinya (Crouch, 2019). Pelajaran utamanya bagi pengadilan medis ada tiga: integritas hakim *ad hoc* tidak terjamin oleh keahliannya, hakim *ad hoc* yang mewakili kepentingan kelompok melemahkan kenetralan, dan pengadilan khusus dengan beban perkara rendah berisiko menjadi kapasitas yang menganggur.

Kajian Indonesia tentang pengadilan medis tidak berhenti pada studi awal. Setelah 2016, sejumlah penulis mengusulkan pengadilan khusus sengketa pelayanan kesehatan berdasarkan kekosongan hukum dan Pasal 27 UU 48/2009 (Prasdyantoro & Zamroni, 2023), menelusuri dasar hukumnya (Supadmo & Prasetyo, 2024), menempatkannya dalam diskursus penataan pengadilan khusus pascaputusan Mahkamah Konstitusi (Hermanto & Mas Aryani, 2023), mengkaji urgensinya pasca-UU 17/2023 (Ramadhanti & Lany, 2025), dan mengaitkannya dengan aspirasi organisasi profesi (Yandriza dkk., 2025). Kajian lain memusatkan perhatian pada mediasi dan keadilan restoratif (Perangin-Angin dkk., 2025; Purnomo dkk., 2026), kompensasi tanpa kesalahan (Sujana & Fikri, 2025), serta kedudukan MDP sebagai *primum remedium* (Siregar dkk., 2024; Sudarmanto dkk., 2025). Sepanjang penelusuran penulis, kajian tersebut belum (a) mengukur urgensi dengan indikator yang eksplisit, (b) mengoperasionalkan teori keadilan menjadi kriteria uji desain, (c) mendamaikan standar pertanggungjawaban yang diusulkan dengan hukum perdata berbasis kesalahan dan KUHP 2023, (d) menanggapi Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 156/PUU-XXII/2024, dan (e) merancang uji coba bertahap dengan dasar hukum dan kriteria keputusan yang jelas. Kelima hal inilah celah yang diisi artikel ini.

### **1.1.3 Kerangka Teoretik**

Kerangka teoretik disusun berlapis agar dapat dioperasionalkan. Lapis pertama adalah Pancasila sebagai sumber nilai nasional. Sila kedua (kemanusiaan yang adil dan beradab) dan sila kelima (keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia), yang dirumuskan dalam Pembukaan UUD 1945 alinea keempat, menuntut tatanan hukum yang memanusiakan dan melindungi pihak yang lemah tanpa mengorbankan keseimbangan hak dan kewajiban (Latif, 2011). Lapis kedua adalah teori keadilan Rawls, yang menjadikan keadilan sebagai kebajikan utama institusi sosial dan struktur dasar masyarakat sebagai subjeknya. Dua prinsipnya

menuntut kebebasan dasar yang setara bagi semua orang, serta ketimpangan yang hanya dibenarkan sepanjang paling menguntungkan pihak yang paling tidak beruntung dan melekat pada kedudukan yang terbuka dalam kesetaraan kesempatan yang fair (Rawls, 1999, hlm. 53, 266). Bagi desain peradilan, konsep Rawls yang paling relevan adalah keadilan prosedural tidak sempurna (*imperfect procedural justice*), yang dicontohkannya dengan peradilan pidana: terdapat kriteria independen tentang putusan yang benar, tetapi tidak ada prosedur yang menjamin tercapainya putusan itu, sehingga lembaga harus dirancang untuk memaksimalkan peluang putusan yang benar (Rawls, 1999, hlm. 74–75). Prinsip perbedaan Rawls dirumuskan untuk distribusi barang sosial primer; dalam artikel ini prinsip itu dipakai secara heuristik untuk menilai kedudukan prosedural pihak yang secara struktural paling lemah dalam sengketa, bukan diterapkan secara harfiah.

Lapis ketiga adalah Radbruch. Gagasan hukum menurut Radbruch terdiri atas tiga unsur yang saling tegang, yakni keadilan, kemanfaatan, dan kepastian hukum. Formula 1946 tidak menempatkan keadilan selalu di atas kepastian; sebaliknya, hukum positif yang ditetapkan secara sah tetap didahulukan meskipun tidak adil dan tidak bermanfaat, kecuali pertentangannya dengan keadilan telah mencapai tingkat yang tidak tertahankan (Radbruch, 1946/2006, hlm. 7; Paulson, 1995). Artikel ini tidak mendalilkan bahwa UU 17/2023 mencapai tingkat ketidakadilan yang tidak tertahankan; argumennya bersifat *de lege ferenda* dan ditujukan kepada pembentuk undang-undang. Radbruch karenanya dipakai sebagai struktur penimbang tiga nilai dalam merancang hukum positif yang baru, bukan sebagai dasar mengesampingkan hukum yang berlaku. Ketiga lapis dipadukan secara fungsional: Pancasila memberi muatan nilai, Rawls memberi kriteria keadilan institusional, dan Radbruch memberi struktur penimbangan. Model sistem peradilan pidana terpadu, yang memandang kepolisian, kejaksaan, pengadilan, dan pemasyarakatan sebagai satu sistem dengan pembagian fungsi yang jelas (Reksodiputro, 1993), diperlakukan sebagai batasan sistemik, bukan sebagai teori keadilan.

Dari perpaduan itu diturunkan enam kriteria uji desain. Kriteria pertama (K1) adalah ketepatan epistemik, yaitu kemampuan forum menetapkan fakta medis secara benar (Rawls; sila kedua), diukur dari proporsi putusan yang memuat analisis kausalitas berbasis keterangan ahli netral dan proporsi putusan yang dibatalkan karena penilaian fakta medis. Kriteria kedua (K2) adalah kesetaraan prosedural, yaitu akses yang setara terhadap keahlian dan beban pembuktian yang wajar (prinsip pertama Rawls). Kriteria ketiga (K3) adalah perlindungan pihak yang secara struktural paling lemah, baik pasien yang menghadapi asimetri informasi maupun tenaga medis yang terpapar kriminalisasi atas luaran yang tidak dapat dihindari (prinsip perbedaan; sila kelima). Kriteria keempat (K4) adalah kepastian hukum, diukur dari konsistensi dan publikasi pertimbangan putusan. Kriteria kelima (K5) adalah kemanfaatan, diukur dari waktu, biaya, praktik defensif, dan pembelajaran keselamatan pasien. Kriteria keenam (K6) adalah kesesuaian sistemik dengan UUD 1945, UU 48/2009, dan pembagian fungsi sistem peradilan pidana terpadu. Keenam kriteria ini dipakai untuk menilai model pembandingan (Tabel 1) dan desain usulan (Tabel 2).

## 1.2 RUMUSAN MASALAH, TUJUAN, DAN KEBARUAN

Artikel ini mempersoalkan empat hal: pertama, seberapa mendesak pembentukan pengadilan medis di Indonesia dan berdasarkan indikator apa; kedua, apa filosofi pengadilan medis; ketiga, bagaimana konsep kelembagaannya yang selaras dengan hukum positif Indonesia; dan keempat, melalui mekanisme dan tahapan apa pembentukannya dapat dilakukan secara konsisten dengan prinsip keadilan. Tujuannya adalah menjawab keempat masalah tersebut, dengan manfaat teoretis berupa kerangka keadilan yang operasional untuk menilai desain lembaga peradilan, dan manfaat praktis berupa bahan bagi penyusunan naskah akademik serta desain uji coba yang dapat dievaluasi. Kebaruannya terletak pada penilaian urgensi yang membedakan dimensi kualitatif dan kuantitatif, pada rekonsiliasi standar pertanggungjawaban dengan hukum perdata berbasis kesalahan dan KUHP 2023 setelah Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 156/PUU-XXII/2024, serta pada desain

bertahap yang setiap tahapnya memiliki dasar hukum dan kriteria keputusan lanjut atau henti.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif (doktrinal) yang bertujuan menemukan aturan, prinsip, dan doktrin hukum untuk menjawab isu hukum serta merumuskan preskripsi (Marzuki, 2019). Lima pendekatan dipadukan: pendekatan filsafat untuk landasan ontologis, epistemologis, dan aksiologis; pendekatan sejarah untuk perkembangan pengaturan sejak Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran hingga UU 17/2023 dan peraturan pelaksanaannya; pendekatan perundang-undangan; pendekatan kasus atas putusan pengadilan Indonesia dan data empiris dari yurisdiksi perbandingan; serta pendekatan konseptual untuk menyusun desain forum.

Bahan hukum primer meliputi UUD 1945 (Pasal 24, Pasal 28D ayat (1), dan Pasal 28H ayat (1)); UU 48/2009 (Pasal 1 angka 8 dan 9, Pasal 2 ayat (4), Pasal 27, dan Pasal 32); KUHPerdata (Pasal 1234, 1239, 1243, 1365–1367, dan 1865); *Herzien Inlandsch Reglement* (HIR) Pasal 154 dan Pasal 163; KUHP 2023 (Pasal 36 dan Pasal 474–475); Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana; UU 17/2023 (Pasal 193, 273, 291, 304–308, 310, 440, dan 454); Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2025 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP 2025); undang-undang pembentukan peraturan perundang-undangan, Komisi Yudisial, dan pengadilan khusus; Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024; Permenkes 3/2025; Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan; Keputusan Ketua Mahkamah Agung Nomor 134/KMA/SK/IX/2011 tentang Sertifikasi Hakim Lingkungan Hidup; Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 4/PUU-V/2007, 14/PUU-XII/2014, 156/PUU-XXII/2024, dan 175/PUU-XXIII/2025; serta putusan pengadilan dalam perkara Manado dan Surabaya. Data resmi berupa paparan Menteri Kesehatan dan Ketua MDP di DPR serta data Konsil Kedokteran Indonesia dipakai sebagai bahan pendukung.

Bahan hukum sekunder diperoleh melalui penelusuran terdokumentasi. Penelusuran utama dilakukan pada mesin pencari akademik Consensus, yang mengindeks Semantic Scholar, OpenAlex, dan PubMed, pada 16 Oktober 2026, melengkapi penelusuran awal pada naskah sebelumnya. Sebelas untai pencarian digunakan, sembilan berbahasa Inggris (misalnya “ratio of negligent adverse events to malpractice claims”, “special courts in Indonesia ad hoc judges”, “court-appointed neutral medical experts bias”, “no-fault compensation medical injury”, dan “gross negligence manslaughter doctors”) dan dua berbahasa Indonesia (“pembentukan pengadilan khusus medis malpraktik Indonesia” dan “keadilan sosial Pancasila sila kelima”). Penelusuran menghasilkan 122 rekaman, 114 setelah deduplikasi. Rekaman disaring berdasarkan judul dan abstrak dengan kriteria inklusi: (a) artikel, bab buku, atau naskah kebijakan tentang pertanggungjawaban medis, adjudikasi sengketa medis, spesialisasi peradilan, keterangan ahli, kompensasi tanpa kesalahan, atau teori keadilan; (b) berbahasa Inggris atau Indonesia; dan (c) memuat metode atau argumen doktrinal yang jelas. Rekaman dikecualikan bila bersifat klinis murni, berupa komentar tanpa argumen, duplikat, atau metadatanya tidak dapat diverifikasi; sebanyak 22 sumber baru dimasukkan. Penelusuran pelengkap melalui mesin pencari umum dilakukan terhadap jurnal hukum nasional, Direktori Putusan Mahkamah Agung, laman Mahkamah Konstitusi, dan JDIH Kementerian Kesehatan. Seluruh metadata sumber sekunder diverifikasi terhadap Crossref dan laman penerbit, dan rujukan disusun menurut gaya APA edisi ketujuh.

Bahan hukum dianalisis secara preskriptif dengan penafsiran gramatikal, sistematis, dan teleologis, perbandingan fungsional dengan Selandia Baru, Swedia, Denmark, Amerika Serikat, Tiongkok, Jepang, Korea Selatan, Italia, Turki, Nigeria, dan Afrika Selatan, serta penilaian terhadap kriteria K1–K6. Penelitian ini memiliki keterbatasan: tidak menghasilkan data empiris primer; angka Indonesia berasal dari pernyataan resmi dan himpunan sekunder, bukan registri nasional yang sistematis; basis data nasional Garuda dan SINTA tidak ditelusuri melalui antarmuka aslinya; naskah akademik dan risalah pembahasan UU

17/2023 belum dianalisis; dan data asing berasal dari sistem hukum yang berbeda sehingga dipakai secara analogis.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1 URGENSI PEMBENTUKAN PENGADILAN MEDIS: INDIKATOR DAN TINGKATNYA

Urgensi dinilai pada dua dimensi. Dimensi kuantitatif menanyakan apakah beban dan tren perkara membenarkan lembaga baru; dimensi kualitatif menanyakan apakah forum yang ada mampu menetapkan fakta medis secara tepat dan adil. Lima indikator digunakan.

Indikator pertama adalah kesenjangan antara cedera dan sengketa. Bukti dari sistem litigasi (Localio dkk., 1991; Studdert dkk., 2000) maupun sistem tanpa kesalahan—di Selandia Baru rasio klaim yang berhasil terhadap kejadian yang dapat dikompensasi sekitar 1 banding 30 (Davis dkk., 2002)—menunjukkan bahwa sebagian besar cedera tidak pernah menjadi klaim. Di Indonesia, tingginya proporsi KTD yang dapat dicegah di negara berkembang (Wilson dkk., 2012) dan rendahnya pelaporan insiden (Dhamanti dkk., 2022) menunjukkan bahwa angka sengketa yang tercatat merupakan batas bawah. Indikator ini menunjukkan urgensi kualitatif, yaitu kebutuhan akan forum yang dapat diakses dan dipercaya, tetapi bukan bukti beban perkara.

Indikator kedua adalah tren pengaduan. Pengaduan disiplin meningkat konsisten dari 125 perkara pada 2006–2011 hingga 310 perkara pada 2016–2022, dan 198 perkara tercatat hanya dalam 29 bulan sejak Januari 2023 (Sudarmanto dkk., 2025). Namun volume ini masih berkisar puluhan hingga sekitar seratus perkara setiap tahun di tingkat disiplin, sedangkan volume perkara pidana dan perdata medis di pengadilan tidak diketahui karena tidak ada registri nasional; bahkan penerapan Pasal 440 UU 17/2023 belum ditemukan dalam Direktori Putusan Mahkamah Agung (Mahkamah Agung Republik Indonesia, t.t.). Indikator ini belum membuktikan urgensi kuantitatif.

Indikator ketiga adalah disparitas putusan atas fakta medis. Perkara Manado dan Surabaya memperlihatkan pembalikan penilaian di setiap tingkat peradilan, sedangkan penggunaan keputusan MKDKI atas dasar surat edaran yang tidak dapat ditemukan (Sudarmanto dkk., 2025) memperlihatkan ketiadaan jalur kelembagaan yang sah bagi hakim untuk memperoleh penilaian ilmiah. Indikator ini menunjukkan urgensi kualitatif yang tinggi, meskipun dua rangkaian perkara tidak cukup untuk mengukur frekuensi disparitas.

Indikator keempat adalah ketegangan normatif yang tersisa setelah Putusan Nomor 156/PUU-XXII/2024. Pertama, sifat hukum rekomendasi MDP bersifat ganda. Secara formil, rekomendasi merupakan syarat prosedural yang harus dimintakan sebelum penyidikan atau gugatan; secara materiil, Mahkamah Konstitusi menegaskan rekomendasi adalah pertimbangan profesional yang tidak mengikat penyidik maupun hakim. Rumusan Pasal 308 ayat (5) yang menyatakan rekomendasi “dapat atau tidak dapat dilakukan penyidikan” secara gramatikal tetap menentukan dimulainya penyidikan, sehingga kejelasan normatif bergantung pada penafsiran Mahkamah, bukan pada teks undang-undang. Kedua, dalam jalur perdata rekomendasi dimintakan oleh tenaga medis sebagai tergugat (Pasal 308 ayat (4)), sehingga berpotensi menggeser logika pembuktian dan menimbulkan subordinasi pengadilan terhadap penilaian badan yang dibentuk Menteri (Sudarmanto dkk., 2025). Ketiga, tenaga medis diperiksa oleh tim pemeriksa MDP terhadap dirinya, pasien, saksi, ahli, dan rekam medis (Pasal 31 ayat (2) Permenkes 3/2025), kemudian dapat diperiksa kembali oleh penyidik dan pengadilan, sementara upaya koreksi atas putusan disiplin berupa peninjauan kembali kepada Menteri dalam 10 hari kerja dengan alasan bukti baru, kesalahan penerapan, atau konflik kepentingan, yang diputus tim aparatur kementerian secara final dan mengikat (Pasal 307 UU 17/2023 jo. Pasal 23–27 Permenkes 3/2025). Konstruksi ini konstitusional, tetapi menimbulkan pertanyaan kebijakan tentang asas peradilan sederhana, cepat, dan biaya ringan (Pasal 2 ayat (4) UU 48/2009).

Indikator kelima adalah biaya sosial ketidakpastian forum, yaitu praktik defensif (Zheng dkk., 2023), biaya administrasi litigasi yang tinggi (Studdert dkk., 2006; Mello dkk., 2010), dan efek membisu terhadap pelaporan insiden (Dekker, 2007). Bukti ini berasal dari luar Indonesia sehingga hanya menunjukkan arah risiko.

Kelima indikator menghasilkan simpulan yang lebih berhati-hati daripada naskah sebelumnya. Urgensi kualitatif tergolong tinggi: yang mendesak adalah perbaikan mutu penetapan fakta medis dan kejelasan hubungan antara penilaian disiplin dan proses peradilan. Urgensi kuantitatif belum terbukti: beban perkara yang tercatat belum membenarkan pengadilan khusus yang berdiri sendiri, dan pengalaman pengadilan perikanan menunjukkan risiko lembaga khusus dengan perkara yang terlalu sedikit (Saptaningrum, 2019). Konsekuensinya, kebutuhan mendesak dapat dan sebaiknya dijawab segera melalui spesialisasi di dalam pengadilan yang ada, sedangkan pembentukan pengadilan khusus dengan undang-undang digantungkan pada bukti dari tahap uji coba.

### 3.2 FILOSOFI PENGADILAN MEDIS

Secara ontologis, pengadilan medis bukan instrumen untuk memidana dokter dan bukan suaka yang melindungi profesi. Ia adalah bentuk kelembagaan tempat negara menjalankan fungsi mengadili sengketa yang fakta penentunya bersifat ilmiah, yaitu apakah cedera akan tetap terjadi seandainya pasien ditangani praktisi yang kompeten dan bertindak patut. Mahkamah Konstitusi sendiri telah menegaskan bahwa penilaian terhadap tindakan kedokteran tidak boleh semata-mata dilihat dari kacamata hukum pidana umum, melainkan harus didasarkan pada standar disiplin profesi (Putusan Nomor 14/PUU-XII/2014, sebagaimana dikutip dalam Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, 2026). Persoalannya adalah lembaga mana yang melakukan penilaian itu dan dengan akuntabilitas apa.

Secara epistemologis, persoalannya adalah bagaimana pengadilan dapat mengetahui. Di sini perlu dibedakan dua jalur. Dalam perkara pidana, hakim wajib mencari kebenaran materiil. Dalam perkara perdata menurut HIR dan RBg, hakim pada dasarnya mencari kebenaran formil: hakim bersikap pasif, terikat pada dalil dan alat bukti para pihak, dan beban pembuktian berada pada pihak yang mendalilkan (Pasal 163 HIR; Pasal 1865 KUHPerdata; Mertokusumo, 2006). Klaim bahwa pengadilan medis “menemukan kebenaran materiil” karena itu hanya tepat untuk jalur pidana. Dalam jalur perdata, tujuannya adalah memastikan penilaian atas alat bukti ilmiah dilakukan secara benar. Hukum acara perdata yang berlaku sudah membuka jalan itu: Pasal 154 HIR membolehkan pengadilan, karena jabatan atau atas permintaan pihak, mengangkat ahli, dan hakim tidak wajib mengikuti pendapat ahli apabila bertentangan dengan keyakinannya. Ahli netral yang ditunjuk pengadilan karenanya sesuai dengan kedua jalur. Akan tetapi, ahli netral bukan jaminan kebenaran: belum ada kerangka inferensi kausal medikolegal yang diterima universal (Meilia dkk., 2020), dan ketergantungan pada lembaga ahli dapat menjadikan ahli sebagai pemutus *de facto* (Chen, 2025). Dalam kerangka keadilan prosedural tidak sempurna (Rawls, 1999, hlm. 74–75), keahlian netral adalah syarat perlu tetapi tidak cukup. Ia harus disertai laporan yang dapat diaudit, protokol kausal yang terdokumentasi, lebih dari satu ahli untuk perkara kompleks, dan penilaian hakim yang beralasan.

Secara aksiologis, legitimasi lembaga ditentukan oleh cara ia menimbang keadilan, kemanfaatan, dan kepastian. Pasal 304–308 UU 17/2023 terutama mengejar kepastian prosedur dan perlindungan profesi, dan Mahkamah Konstitusi menilainya proporsional. Kritik artikel ini tidak menyangkal legitimasi tersebut. Kritiknya terletak pada penempatan penilaian ilmiah yang menentukan dalam badan yang dibentuk Menteri dan berada di luar kekuasaan kehakiman, dengan koreksi yang juga berada di tangan Menteri. Dari sudut K2 dan K3, pasien yang cedera menghadapi asimetri informasi dan beban pembuktian yang praktis sulit dipenuhi, sedangkan dokter yang didakwa terpapar pertanggungjawaban pidana atas risiko yang tidak dapat dicegah. Pihak yang paling lemah dalam sengketa medis karena itu berganti-ganti. Forum yang dibangun di atas keahlian netral dalam kekuasaan kehakiman lebih mampu memperbaiki kedudukan pihak mana pun yang secara struktural

dirugikan dalam perkara konkret, dan lebih sejalan dengan sila kedua dan kelima daripada pembaruan yang memindahkan keuntungan dari satu pihak ke pihak lain.

Dua asas hukum pidana, *geen straf zonder schuld* dan *in dubio pro reo*, mengandaikan majelis yang mampu menentukan ada atau tidaknya kesalahan. Tanpa kemampuan itu, terdapat risiko kekeliruan dua arah: pemidanaan atas luaran yang tidak dapat dihindari, atau pembebasan atas kelalaian yang nyata. Bukti komparatif perlu dibaca secara proporsional. Temuan bahwa 80,4 persen klaim di Mesir dinyatakan bukan malpraktik dan hanya 11,3 persen terbukti (Sobh dkk., 2026) dapat dibaca sebagai tanda tingginya tuduhan yang tidak berdasar, sehingga penyaringan awal yang tepat justru melindungi tenaga medis. Kenaikan litigasi malpraktik di Tiongkok (Wang dkk., 2017) menunjukkan bahwa volume sengketa dapat melonjak ketika saluran penyelesaian berubah. Keduanya berasal dari sistem yang berbeda dan tidak membuktikan keadaan Indonesia; artikel ini tidak mendalilkan kegagalan sistemik, melainkan risiko kekeliruan yang dapat dikurangi melalui desain kelembagaan.

### 3.3 KONSEP PENGADILAN MEDIS DI INDONESIA

Bahan komparatif memperlihatkan empat keluarga respons kelembagaan. Tabel 1 membandingkannya dengan kriteria yang sama dan sumber pada setiap sel. Desain usulan sengaja tidak dimasukkan ke Tabel 1 agar model yang telah berjalan tidak dibandingkan dengan model yang masih hipotetis; desain usulan dinilai tersendiri dalam Tabel 2.

Tabel 1

#### Perbandingan Model Kelembagaan Penyelesaian Sengketa Medis dengan Kriteria Tetap

| Kriteria                                | A. Litigasi perdata dan pidana umum                                                                                                       | B. Kompensasi administratif tanpa kesalahan                                                                                       | C. Pengadilan atau tribunal kesehatan khusus                                                                                               | D. Pengadilan yang ada dengan asesor medis dan mediasi wajib                                         |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contoh dan standar                      | Indonesia, Italia, Jepang, Korea Selatan, Tiongkok; standar kesalahan; ahli dihadirkan para pihak (Treglia dkk., 2021; Kang & Hong, 2025) | Selandia Baru, Swedia, Denmark; standar keterhindaran; ahli netral; tanpa advokat (Kachalia dkk., 2008; Bismark & Paterson, 2006) | Usulan Amerika Serikat, Nigeria, Turki; pengadil khusus bersama ahli; acara dipercepat (Mello dkk., 2006; Pedro, 2025; Ozdemir dkk., 2025) | Usulan Afrika Selatan; hakim umum dibantu asesor medis; mediasi prapersidangan (McQuoid-Mason, 2022) |
| Kecepatan dan biaya (K5)                | Lambat; 54 sen biaya administrasi per dolar kompensasi (Studdert dkk., 2006)                                                              | Lebih cepat dan menjangkau lebih banyak korban (Bismark & Paterson, 2006), tetapi tingkat klaim tetap rendah (Davis dkk., 2002)   | Dijanjikan lebih cepat; evaluasi VICP tidak membuktikannya (Engstrom, 2015)                                                                | Biaya kelembagaan rendah; bukti kecepatan terbatas (McQuoid-Mason, 2022)                             |
| Akuntabilitas dan pembelajaran (K3, K5) | Jarang menyasar asuhan substandar (Localio dkk., 1991)                                                                                    | Akuntabilitas dipisahkan ke mekanisme pengaduan dan disiplin (Wallis, 2017)                                                       | Yurisprudensi lebih cepat koheren (Aran & Ofir, 2020)                                                                                      | Bergantung pada mutu dan kenetralan asesor                                                           |
| Kemandirian dan kenetralan (K2)         | Hakim independen, tetapi ahli partisan dan enggan memberatkan sejawat (Mohd Zahir dkk., 2024; Chen, 2025)                                 | Badan administratif; independensi dari profesi bervariasi antarnegara                                                             | Risiko insularitas dan penyanderaan (Silvestri, 2014; Uzelac, 2014)                                                                        | Tetap dalam peradilan umum; risiko asesor sejawat                                                    |
| Kapasitas epistemik (K1)                | Rendah; hakim kurang terlatih menilai bukti ilmiah (Pergolizzi & LeQuang, 2024)                                                           | Tinggi untuk penilaian klinis                                                                                                     | Tinggi bila majelis hibrida (Opeskin, 2022)                                                                                                | Sedang; defisit hakim umum tidak sepenuhnya teratasi                                                 |

| Kriteria                             | A. Litigasi perdata dan pidana umum | B. Kompensasi administratif tanpa kesalahan                                                                           | C. Pengadilan atau tribunal kesehatan khusus                                                                                                              | D. Pengadilan yang ada dengan asesor medis dan mediasi wajib                                                              |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kelayakan dalam hukum Indonesia (K6) | Berlaku saat ini                    | Memerlukan undang-undang dan dana tersendiri; tidak sejalan dengan tanggung gugat berbasis kesalahan dalam KUHPerdata | Hanya dengan undang-undang (Pasal 27 UU 48/2009); preseden pengadilan khusus beragam kinerjanya (Butt & Schütte, 2014; Tjandra, 2019; Saptaningrum, 2019) | Sebagian besar dapat dilakukan dengan hukum acara dan peraturan Mahkamah Agung yang berlaku (Pasal 154 HIR; Perma 1/2016) |

Keterangan: K1–K6 merujuk pada kriteria dalam subbagian 1.1.3. Isi sel merupakan sintesis penulis atas sumber yang dirujuk.

Tidak satu pun model dapat ditransplantasikan tanpa penyesuaian. Model B paling unggul dalam kecepatan dan akses kompensasi, tetapi tidak layak secara hukum dalam jangka pendek. Model D paling layak, tetapi tidak menuntaskan defisit epistemik. Desain Indonesia karenanya sebaiknya memadukan model D sebagai tahap awal dan model C sebagai tujuan bersyarat, dengan enam unsur berikut.

**Pertama, kedudukan.** Pasal 1 angka 8 dan Pasal 27 UU 48/2009 hanya membolehkan pengadilan khusus dibentuk di dalam salah satu lingkungan peradilan di bawah Mahkamah Agung dan dengan undang-undang. Pengadilan medis sepatutnya dibentuk sebagai pengadilan khusus dalam lingkungan peradilan umum pada pengadilan negeri yang ditunjuk, dengan banding ke pengadilan tinggi dan kasasi ke Mahkamah Agung. Konstruksi ini menjaga kesatuan kekuasaan kehakiman menurut Pasal 24 UUD 1945. Pembentukannya dengan undang-undang baru dilakukan apabila tahap uji coba memenuhi kriteria pada subbagian 3.4; sebelum itu, yang berjalan adalah spesialisasi di dalam pengadilan negeri, bukan pengadilan khusus.

**Kedua, susunan majelis dan kenetralan.** Usulan menempatkan dokter klinis sebagai hakim *ad hoc* harus berhadapan dengan risiko jiwa korps yang telah terdokumentasi (Mohd Zahir dkk., 2024). Karena itu, majelis tingkat pertama diusulkan berjumlah tiga orang, terdiri atas dua hakim karier bersertifikasi hukum kesehatan, salah satunya ketua majelis, dan satu hakim *ad hoc* dari kedokteran klinis atau kedokteran forensik; untuk perkara kompleks majelis dapat berjumlah lima orang dengan tiga hakim karier. Dengan susunan ini suara mayoritas tetap berada pada hakim karier. Desain ini sengaja berbeda dari pengadilan hak asasi manusia yang mayoritas majelisnya hakim *ad hoc* (Pasal 27 ayat (2) Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2000) dan dari pengadilan hubungan industrial yang hakim *ad hoc*-nya mewakili kelompok kepentingan (Pasal 88 ayat (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2004), karena model perwakilan kepentingan terbukti melemahkan kepercayaan (Tjandra, 2019). Pasal 32 UU 48/2009 hanya membolehkan hakim *ad hoc* pada pengadilan khusus, sedangkan kewenangan Komisi Yudisial menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2011 terbatas pada usulan hakim *ad hoc* di Mahkamah Agung. Undang-undang pengadilan medis karenanya perlu mengatur seleksi hakim *ad hoc* oleh panitia yang melibatkan Mahkamah Agung, Komisi Yudisial, akademisi di luar profesi kedokteran, dan perwakilan masyarakat atau pasien. Pengaman tambahannya meliputi masa jabatan tertentu yang tidak dapat diperpanjang, kewajiban menyatakan benturan kepentingan, larangan memeriksa perkara dari wilayah atau institusi tempat praktik, dan hak para pihak mengajukan keberatan. Arah ini sejalan dengan pertimbangan Mahkamah Konstitusi bahwa badan penilai profesi harus melibatkan unsur di luar tenaga medis (Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, 2026).

**Ketiga, kompetensi absolut.** Pengadilan medis memeriksa gugatan perdata akibat cedera dalam pelayanan kesehatan, termasuk tanggung jawab fasilitas pelayanan kesehatan menurut Pasal 193 UU 17/2023, dan perkara pidana kealpaan menurut Pasal 440 UU 17/2023 serta Pasal 474–475 KUHP 2023. Pengadilan ini tidak memeriksa perkara disiplin dan etik, yang tetap menjadi kewenangan MDP dan majelis kehormatan etik. Pemisahan ini

penting agar putusan disiplin tidak diperlakukan otomatis sebagai bukti pelanggaran hukum.

**Keempat, pembuktian.** Pengadilan menunjuk ahli netral dari daftar nasional yang dikelola Mahkamah Agung, bukan oleh Konsil Kesehatan Indonesia atau kolegium. Konsil, kolegium, fakultas kedokteran, dan perhimpunan kedokteran forensik berperan mengusulkan calon ahli, sedangkan sertifikasi dan evaluasi berkala dilakukan oleh pengadilan (Ozdemir dkk., 2025). Untuk perkara kompleks, ahli diutamakan berasal dari wilayah dan institusi yang berbeda dengan para pihak. Hukum acaranya mewajibkan penyerahan rekam medis secara lengkap, laporan ahli yang memuat metode dan rujukan sehingga dapat diaudit, protokol inferensi kausal yang terdokumentasi (Meilia dkk., 2020), dan penilaian hakim yang beralasan terhadap pendapat ahli, sejalan dengan Pasal 154 ayat (4) HIR, agar pola pengalihan keputusan kepada ahli seperti di Tiongkok tidak terulang (Chen, 2025). Apabila ahli para pihak turut didengar, pemeriksaan ahli secara bersamaan di hadapan majelis mempersempit titik sengketa secara lebih efisien (Pergolizzi & LeQuang, 2024).

**Kelima, standar pertanggungjawaban.** Naskah sebelumnya mengusulkan standar keterhindaran untuk ganti rugi perdata. Usulan itu direvisi karena tidak sesuai dengan hukum perdata Indonesia yang berbasis kesalahan. Pengadilan medis menerapkan standar wanprestasi dan perbuatan melawan hukum yang berlaku (Pasal 1239, 1243, dan 1365–1367 KUHPerdata; Pasal 193 UU 17/2023). Ukuran kesalahannya adalah penyimpangan dari standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional (Pasal 273 dan Pasal 291 UU 17/2023), dinilai berdasarkan apa yang dapat diharapkan dari praktisi yang kompeten dalam keadaan yang sama. Standar keterhindaran hanya relevan bagi dana kompensasi tanpa kesalahan yang terpisah dari pengadilan, yang memerlukan undang-undang dan sumber dana sendiri (Kachalia dkk., 2008; Bismark & Paterson, 2006). Untuk pertanggungjawaban pidana, ambang kealpaan berat (*culpa lata*) tidak dapat diterapkan hanya melalui praktik peradilan, karena Pasal 36 dan Pasal 474–475 KUHP 2023 maupun Pasal 440 UU 17/2023 hanya memuat unsur kealpaan. Penetapan ambang itu memerlukan perubahan Pasal 440 UU 17/2023, yaitu dengan menyisipkan unsur “kealpaan berat” beserta definisinya dalam penjelasan, dan penegasan bahwa ketentuan itu berlaku sebagai *lex specialis* terhadap Pasal 474–475 KUHP 2023 bagi tindakan dalam pelayanan kesehatan. Dengan konstruksi ini perubahan KUHP tidak mutlak diperlukan. Definisi kerja yang diusulkan adalah penyimpangan yang nyata dan serius dari standar yang secara wajar dapat diharapkan dari sejawat yang kompeten dalam keadaan yang sama, sejalan dengan doktrin yang mensyaratkan *culpa lata* bagi pembedaan profesi kedokteran (Koeswadi, 1998; Hiarij, 2016). Karena konsep kelalaian berat di yurisdiksi lain dikritik kabur dan rawan bias hasil (Quick, 2010; Robson dkk., 2020), definisi itu perlu disertai indikator, misalnya pengabaian standar yang disadari atau penyimpangan yang tidak akan dilakukan oleh sejawat mana pun dalam kondisi serupa.

**Keenam, kekuatan dan publikasi putusan serta hubungan dengan MDP.** Putusan memiliki daya eksekutorial penuh dan dipublikasikan secara sistematis agar terbentuk yurisprudensi yang dapat menjadi acuan kalibrasi risiko bagi praktisi (Aran & Ofir, 2020). Setelah pengadilan medis beroperasi di suatu wilayah hukum, rekomendasi MDP menurut Pasal 308 tidak lagi menjadi syarat prosedural, melainkan alat bukti berupa keterangan atau surat ahli yang dinilai bebas oleh majelis. MDP tetap menjalankan fungsi penegakan disiplinnya secara penuh.

Tabel 2

## Uji Desain Usulan terhadap Kriteria Keadilan K1–K6

| Kriteria dan indikator                                                                                                    | Unsur desain yang menjawab                                                                                                        | Risiko dan kontra-argumen                                                                                                        | Syarat keberhasilan                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| K1 Ketepatan epistemik: proporsi putusan dengan analisis kausalitas terdokumentasi; pembatalan karena fakta medis         | Ahli netral dari daftar Mahkamah Agung; protokol kausal; pemeriksaan ahli bersamaan; penilaian beralasan (Pasal 154 ayat (4) HIR) | Ahli netral tetap dapat bias dan menjadi pemutus <i>de facto</i> (Chen, 2025); kerangka kausal belum seragam (Meilia dkk., 2020) | Laporan ahli yang dapat diaudit; minimal dua ahli untuk perkara kompleks; indikator pembatalan menurun |
| K2 Kesetaraan prosedural: akses ahli; biaya yang ditanggung pihak                                                         | Ahli ditunjuk pengadilan, bukan pihak; kewajiban penyerahan rekam medis                                                           | Biaya ahli dapat membebani penggugat yang tidak mampu                                                                            | Skema prodeo atau bantuan biaya ahli; panjar biaya yang terjangkau                                     |
| K3 Perlindungan pihak terlemah: akses pemulihan pasien; perlindungan dari kriminalisasi luaran yang tidak dapat dihindari | Jalur perdata berbasis kesalahan dan mediasi; ambang pidana kealpaan berat; tanggung jawab fasilitas (Pasal 193 UU 17/2023)       | Ambang pidana tinggi dapat dibaca sebagai impunitas; pasien tetap menanggung beban pembuktian                                    | Definisi statuter dan indikator kealpaan berat; opsi dana kompensasi jangka panjang                    |
| K4 Kepastian hukum: konsistensi dan publikasi pertimbangan                                                                | Majelis bersertifikat; publikasi putusan; pedoman ganti rugi                                                                      | Inkonsistensi masih mungkin selama transisi                                                                                      | Pedoman pemidanaan dan ganti rugi; pemantauan konsistensi                                              |
| K5 Kemanfaatan: waktu, biaya, praktik defensif                                                                            | Mediasi prapersediaan; penyaringan oleh ahli netral                                                                               | Biaya kelembagaan; perkara terlalu sedikit sehingga kapasitas mengganggu (Saptaningrum, 2019)                                    | Keputusan lanjut atau henti berbasis data uji coba (Tabel 3)                                           |
| K6 Kesesuaian sistemik: UUD 1945, UU 48/2009, pembagian fungsi                                                            | Pengadilan khusus di lingkungan peradilan umum; MDP tetap untuk disiplin; penyidik dan penuntut tidak berubah                     | Ketegangan dengan desain MDP yang telah dinyatakan konstitusional (Putusan MK Nomor 156/PUU-XXII/2024)                           | Perubahan Pasal 308 hanya melalui undang-undang dengan ketentuan peralihan                             |

Keterangan: penilaian bersifat prospektif; setiap baris memuat risiko dan syarat keberhasilan agar pengujian tidak bersifat konfirmatif.

### 3.4 MEKANISME PEMBENTUKAN BERDASARKAN PRINSIP KEADILAN

Urutan tahap dirancang dengan dua prinsip. Pertama, tidak ada perlindungan yang dicabut sebelum penggantinya beroperasi. Kedua, setiap tahap memiliki dasar hukum yang sah pada saat dilaksanakan. Prinsip pertama menjawab risiko kekosongan perlindungan bagi tenaga medis apabila sifat prasyarat rekomendasi MDP dicabut terlebih dahulu. Prinsip kedua menjawab persoalan bahwa kamar khusus pada pengadilan negeri tidak dapat menangani perkara yang secara materiil menjadi kompetensi pengadilan khusus sebelum undang-undangnya ada (Pasal 27 UU 48/2009).

**Tahap nol: audit garis dasar dan registri (sekitar 12 bulan).** Mahkamah Agung bersama Kementerian Kesehatan dan Konsil Kesehatan Indonesia mengaudit putusan perkara medis dalam Direktori Putusan Mahkamah Agung, misalnya periode 2019–2025, untuk mengukur jumlah, sebaran, durasi, tingkat pembatalan, dan penggunaan keterangan ahli. Tahap ini sekaligus membentuk registri nasional klaim dan putusan medis, karena data klaim dapat menjadi indikator mutu pelayanan (Wang dkk., 2017).

**Tahap pertama: uji coba spesialisasi intrayudisial (24 bulan dan evaluasi 12 bulan).** Uji coba tidak membentuk pengadilan khusus dan tidak mengubah kompetensi absolut. Perkara medis tetap merupakan perkara pidana dan perdata biasa pada pengadilan negeri, tetapi ketua pengadilan menunjuk majelis yang terdiri atas hakim karier bersertifikat. Dasar hukumnya adalah keputusan Ketua Mahkamah Agung tentang sertifikasi hakim hukum kesehatan, dengan preseden sertifikasi hakim lingkungan hidup (Keputusan Ketua Mahkamah Agung Nomor 134/KMA/SK/IX/2011). Uji coba juga memanfaatkan pengangkatan ahli oleh pengadilan menurut Pasal 154 HIR dan mediasi menurut Perma 1/2016. Karena belum ada undang-undang, uji coba tidak menggunakan hakim *ad hoc*, dan rekomendasi MDP menurut Pasal 308 tetap berlaku, sehingga tidak ada kekosongan perlindungan. Lokasi uji coba tidak ditetapkan secara apriori, tetapi dipilih dari hasil audit

garis dasar dengan empat kriteria: jumlah perkara medis tertinggi, ketersediaan rumah sakit pendidikan dan departemen kedokteran forensik sebagai sumber ahli, keberadaan pengadilan tinggi di provinsi yang sama, serta keterwakilan wilayah barat, tengah, dan timur. Indikator, target, dan kriteria keputusannya dirangkum dalam Tabel 3.

Tabel 3

## Indikator, Target, dan Kriteria Keputusan Uji Coba

| Indikator                                                                                                   | Garis dasar                                   | Target 24 bulan                                      | Kriteria henti atau revisi                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. Median waktu penyelesaian perkara medis tingkat pertama                                                  | Audit putusan pada pengadilan negeri uji coba | Turun $\geq$ 25%                                     | Tidak membaik atau memburuk                    |
| 2. Proporsi putusan dengan analisis kausalitas berbasis keterangan ahli netral yang terdokumentasi          | Audit putusan                                 | $\geq$ 80%                                           | < 50%                                          |
| 3. Proporsi putusan yang dibatalkan atau diubah di tingkat banding atau kasasi karena penilaian fakta medis | Audit putusan                                 | Lebih rendah dari garis dasar                        | Lebih tinggi dari garis dasar                  |
| 4. Kepuasan pengguna, yaitu pasien dan tenaga medis, melalui survei terstandar                              | Survei awal                                   | Meningkat pada kedua kelompok                        | Menurun pada salah satu kelompok               |
| 5. Biaya rata-rata per perkara (ahli dan persidangan)                                                       | Audit anggaran                                | Kenaikan hanya bila disertai perbaikan indikator 2–3 | Naik tanpa perbaikan mutu                      |
| 6. Penanganan keberatan benturan kepentingan                                                                | –                                             | 100% ditindaklanjuti dan diringkas secara terbuka    | Ditemukan pelanggaran integritas yang sistemik |

Keterangan: target merupakan usulan normatif penulis dan perlu dikalibrasi setelah audit garis dasar. Evaluasi sebaiknya dilakukan pihak independen dari Mahkamah Agung bersama perguruan tinggi.

Keputusan lanjut atau henti ditetapkan sebagai berikut. Pembentukan undang-undang dilanjutkan apabila sekurang-kurangnya tiga dari empat indikator utama (1–4) tercapai dan beban perkara di wilayah uji coba melampaui ambang yang ditetapkan dari audit garis dasar. Apabila mutu membaik tetapi beban perkara rendah, spesialisasi intrayudisial dipertahankan dan diperluas tanpa membentuk pengadilan khusus, yang pada dasarnya merupakan jalan yang dianjurkan McQuoid-Mason (2022). Apabila mutu tidak membaik, desain direvisi atau dihentikan. Uji coba bertahap ini menjawab peringatan bahwa forum khusus kerap tidak memenuhi harapan pendukungnya (Engstrom, 2015) dan bahwa penerapan serentak berisiko menciptakan akses istimewa bagi sebagian kecil pencari keadilan (Uzelac, 2014).

**Tahap kedua: legislasi.** Apabila kriteria terpenuhi, naskah akademik dan Rancangan Undang-Undang tentang Pengadilan Medis disusun dan dimasukkan ke dalam Program Legislasi Nasional menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022. Undang-undang itu mengatur pembentukan pengadilan khusus, kualifikasi dan seleksi hakim *ad hoc*, hukum acara jalur perdata dan pidana, daftar ahli netral, serta hubungan dengan MDP. Undang-undang yang sama sekaligus mengubah Pasal 308 UU 17/2023, sehingga rekomendasi menjadi alat bukti dan bukan syarat prosedural, dan Pasal 440 UU 17/2023 untuk menegaskan kealpaan berat. Perubahan ini berlaku melalui ketentuan peralihan, yaitu hanya sejak pengadilan medis beroperasi di wilayah hukum yang bersangkutan.

Jalur lain tidak memadai. Peraturan menteri tidak dapat mengubah undang-undang menurut hierarki dalam Pasal 7 UU 12/2011. Peraturan pemerintah pengganti undang-undang mensyaratkan kepentingan yang memaksa, yang tidak tampak di sini. Jalur pengujian di Mahkamah Konstitusi pun terbatas, karena materi yang sama tidak dapat diuji kembali kecuali dengan dasar pengujian yang berbeda (Pasal 60 Undang-Undang Mahkamah Konstitusi) setelah Putusan Nomor 156/PUU-XXII/2024. Aktor yang terlibat meliputi DPR melalui komisi yang membidangi hukum dan kesehatan; Presiden melalui Kementerian Kesehatan dan kementerian yang membidangi hukum; Mahkamah Agung;

Komisi Yudisial; Konsil Kesehatan Indonesia dan MDP; Kepolisian dan Kejaksaan sebagai pengguna hukum acara; kolegium dan organisasi profesi; serta organisasi pasien dan lembaga bantuan hukum. Seluruh rancangan harus selaras dengan KUHP 2023 dan KUHP 2025 yang berlaku sejak 2 Januari 2026. Selaras pula dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana, yang menyesuaikan jenis dan besaran sanksi pidana dalam undang-undang di luar KUHP, tetapi tidak mengubah rumusan unsur kesalahan.

**Tahap ketiga dan keempat: infrastruktur yudisial dan perluasan bertahap.** Mahkamah Agung menerbitkan peraturan tentang hukum acara di hadapan pengadilan medis serta menyelenggarakan sertifikasi dan pendidikan berkelanjutan di bidang hukum kesehatan, bukti biomedis, dan inferensi kausal. Literasi ilmiah hakim, dan bukan sekadar bentuk kelembagaan, merupakan kendala pengikat bagi mutu adjudikasi medis (Pergolizzi & LeQuang, 2024). Perluasan ke wilayah lain dilakukan bertahap menurut indikator yang sama.

#### ***Pendanaan serta Analisis Biaya, Manfaat, dan Risiko***

Komponen biaya utama terdiri atas sertifikasi dan pendidikan hakim, hak keuangan hakim *ad hoc* setelah undang-undang berlaku (dengan rujukan Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2013), honor ahli netral, mediasi, dan registri. Sumber pembiayaan yang tersedia tanpa lembaga baru adalah anggaran Mahkamah Agung untuk sertifikasi dan registri. Honor ahli dalam perkara perdata dibiayai melalui panjar biaya perkara dengan skema prodeo bagi pihak yang tidak mampu, dan dalam perkara pidana oleh negara. Mediasi tetap tunduk pada Perma 1/2016. Dana kompensasi tanpa kesalahan diperlakukan sebagai opsi jangka panjang yang memerlukan undang-undang tersendiri dan kajian aktuarial. Pilihan pembiayaannya meliputi pajak umum seperti di Selandia Baru, iuran berbasis risiko dari fasilitas pelayanan kesehatan seperti pengelolaan oleh otoritas kesehatan regional di negara Nordik, atau premi asuransi tanggung gugat profesi (Bismark & Paterson, 2006; Kachalia dkk., 2008; Wallis, 2017).

Manfaat yang diharapkan meliputi penetapan fakta yang lebih tepat, berkurangnya praktik defensif, yurisprudensi yang dapat diprediksi, dan data untuk pembelajaran keselamatan pasien (Studdert & Brennan, 2001). Risikonya meliputi tiga hal: biaya kelembagaan yang tidak sebanding apabila perkara sedikit, penyanderaan oleh profesi, dan meningkatnya klaim ketika akses dipermudah. Risiko yang terakhir perlu dibaca dengan konteks, karena di Selandia Baru pun tingkat klaim tetap rendah (Davis dkk., 2002). Ketiga risiko itu dikendalikan melalui keputusan lanjut atau henti, mayoritas hakim karier, seleksi yang melibatkan Komisi Yudisial dan masyarakat, serta publikasi putusan. Dengan analisis ini, desain usulan tidak dinyatakan unggul secara *a priori*. Keunggulannya bersifat bersyarat dan harus dibuktikan oleh data uji coba (Tabel 2 dan Tabel 3).

#### **4. SIMPULAN**

Pertama, urgensi pembentukan pengadilan medis di Indonesia tinggi secara kualitatif tetapi belum terbukti secara kuantitatif. Disparitas putusan atas fakta medis, ketiadaan jalur kelembagaan yang sah bagi hakim untuk memperoleh penilaian ilmiah, ketegangan normatif Pasal 308 UU 17/2023 yang tersisa setelah Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 156/PUU-XXII/2024, dan lebarnya kesenjangan antara cedera dan sengketa menunjukkan kebutuhan mendesak akan perbaikan mutu adjudikasi. Sebaliknya, jumlah perkara yang tercatat belum membenarkan pengadilan yang berdiri sendiri.

Kedua, secara filosofis pengadilan medis adalah sarana meningkatkan peluang putusan yang benar dalam sengketa yang fakta penentunya bersifat ilmiah, sesuai gagasan keadilan prosedural tidak sempurna. Dalam jalur pidana sarana ini melayani pencarian kebenaran materiil; dalam jalur perdata sarana ini menjamin penilaian bukti ilmiah yang benar. Keahlian netral merupakan syarat perlu, bukan jaminan, sehingga harus disertai akuntabilitas penalaran.

Ketiga, secara konseptual pengadilan medis sebaiknya dibentuk dengan undang-undang sebagai pengadilan khusus dalam lingkungan peradilan umum, dengan mayoritas hakim karier bersertifikat, hakim *ad hoc* yang diseleksi secara independen, dan daftar ahli netral di bawah Mahkamah Agung. Pengadilan ini menerapkan standar perdata berbasis kesalahan yang berlaku, sedangkan ambang pidana kealpaan berat ditetapkan melalui perubahan Pasal 440 UU 17/2023. Rekomendasi MDP diubah menjadi alat bukti setelah pengadilan beroperasi.

Keempat, secara mekanistik pembentukannya ditempuh melalui empat langkah: audit garis dasar dan registri; uji coba spesialisasi intrayudisial berdasarkan hukum yang berlaku dengan indikator dan kriteria keputusan yang terukur; legislasi dengan ketentuan peralihan atas Pasal 308 dan Pasal 440 UU 17/2023; serta perluasan bertahap. Tingkat keyakinan atas temuan ketiga dan keempat bersifat sedang, karena keberhasilannya bergantung pada integritas seleksi, ketersediaan ahli, dan beban perkara yang baru dapat diukur pada tahap uji coba.

Penelitian ini dibatasi oleh ketiadaan data empiris primer, oleh bersandarnya data Indonesia pada pernyataan resmi dan himpunan sekunder, oleh penelusuran literatur yang belum mencakup antarmuka Garuda dan SINTA, serta oleh belum dianalisisnya naskah akademik dan risalah pembahasan UU 17/2023. Direkomendasikan agar Mahkamah Agung memulai audit garis dasar dan menyiapkan sertifikasi hakim hukum kesehatan, agar pembentuk undang-undang menyiapkan kajian bagi perubahan Pasal 308 dan Pasal 440 UU 17/2023, dan agar dilakukan penelitian empiris atas putusan perkara medis di Indonesia.

## DAFTAR PUSTAKA

### BUKU, ARTIKEL, DAN SUMBER DARING

- Amiati, M., Halim, H., & Hassim, J. Z. (2024). Navigating ambiguity: Critiques of Indonesia's health law and its impact on legal redress for medical malpractice victims. *Hasanuddin Law Review*, 10(1). <https://doi.org/10.20956/halrev.v10i1.5346>
- Anggraini, N. E. P., Rokhim, A., & Anadi, Y. R. (2024). Perlindungan hukum bagi pasien dalam perjanjian terapeutik pada kasus operasi mata di Klinik Mata Surabaya. *Dinamika: Jurnal Ilmiah Ilmu Hukum*, 30(2), 12471–12486. <https://jim.unisma.ac.id/index.php/jdh/article/download/27878/21144>
- Aran, Y., & Ofir, M. (2020). The effect of specialised courts over time. Dalam S. Ranchordás & Y. Roznai (Ed.), *Time, law, and change: An interdisciplinary study*. Hart Publishing. <https://doi.org/10.5040/9781509930968.ch-007>
- Bates, D. W., Levine, D. M., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D. M., Lipsitz, S., Zebrowski, J. P., Myers, L. C., Logan, M. S., Roy, C. G., Iannaccone, C., Frits, M. L., Volk, L. A., Dulgarian, S., Amato, M. G., Edrees, H. H., Sato, L., Folcarelli, P., Einbinder, J. S., ... Mort, E. (2023). The safety of inpatient health care. *New England Journal of Medicine*, 388(2), 142–153. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2206117>
- Bernardinangeli, C., Giannace, C., Cerciello, S., Grassi, V. M., Lodise, M., Vetrugno, G., & De-Giorgio, F. (2023). A fifteen-year survey for orthopedic malpractice claims in the criminal court of Rome. *Healthcare*, 11(7), 962. <https://doi.org/10.3390/healthcare11070962>
- Bismark, M., & Paterson, R. (2006). No-fault compensation in New Zealand: Harmonizing injury compensation, provider accountability, and patient safety. *Health Affairs*, 25(1), 278–283. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.1.278>
- Butt, S., & Schütte, S. A. (2014). Assessing judicial performance in Indonesia: The court for corruption crimes. *Crime, Law and Social Change*, 62(5), 603–619. <https://doi.org/10.1007/s10611-014-9547-1>

- Chen, M. (2025). Medical judicial expertise: The real decision-maker in Chinese medical dispute litigation. *International Journal of Health Governance*, 30(1), 60–71. <https://doi.org/10.1108/IJHG-09-2024-0111>
- Crouch, M. (Ed.). (2019). *The politics of court reform: Judicial change and legal culture in Indonesia*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108636131>
- Davis, P., Lay-Yee, R., Fitzjohn, J., Hider, P., Briant, R., & Schug, S. (2002). Compensation for medical injury in New Zealand: Does “no-fault” increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(5), 833–854. <https://doi.org/10.1215/03616878-27-5-833>
- Dekker, S. W. A. (2007). Criminalization of medical error: Who draws the line? *ANZ Journal of Surgery*, 77(10), 831–837. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2007.04253.x>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., Liao, H.-H., & Abu Bakar, N. (2021). Comparison of patient safety incident reporting systems in Taiwan, Malaysia, and Indonesia. *Journal of Patient Safety*, 17(4), e299–e305. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000622>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Rachman, T. (2022). Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: Leaders' perspectives [version 2; peer review: 1 approved, 1 approved with reservations]. *F1000Research*, 10, 367. <https://doi.org/10.12688/f1000research.51912.2>
- Duclos, A., Frits, M. L., Iannaccone, C., Lipsitz, S. R., Cooper, Z., Weissman, J. S., & Bates, D. W. (2024). Safety of inpatient care in surgical settings: Cohort study. *BMJ*, e080480. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080480>
- Engstrom, N. F. (2015). A dose of reality for specialized courts: Lessons from the VICP. *University of Pennsylvania Law Review*, 163(6), 1631–1717.
- Hermanto, B., & Mas Aryani, N. (2023). Quo vadis specialised courts in Indonesia within constitutional court decisions confines. *Jurnal Penelitian Hukum De Jure*, 23(4), 403–418. <https://doi.org/10.30641/dejure.2023.v23.403-418>
- Hiariej, E. O. S. (2016). *Prinsip-prinsip hukum pidana* (Ed. revisi). Cahaya Atma Pustaka.
- Hukumonline. (2014, Februari). Jajaran dokter sambut putusan dr Ayu. <https://www.hukumonline.com/berita/a/jajaran-dokter-sambut-putusan-dr-ayu-lt52f510116a077/>
- Investortrust.id. (2025, 2 Juli). Majelis Disiplin Profesi terima 57 pengaduan dugaan malpraktik dokter. <https://investortrust.id/national/71362/majelis-disiplin-profesi-terima-57-pengaduan-dugaan-malpraktik-dokter>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety*, 22(10), 809–815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
- Kachalia, A. B., Mello, M. M., Brennan, T. A., & Studdert, D. M. (2008). Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. *Social Science & Medicine*, 66(2), 387–402. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.020>
- Kakemam, E., Arab-Zozani, M., Raeissi, P., & Albelbeisi, A. H. (2022). The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 800. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08194-w>
- Kang, D., & Hong, S. E. (2025). Legal education reform and medical litigation: Improved access but delayed justice in plastic surgery malpractice cases in South Korea. *PLOS One*, 20(5), e0323059. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323059>
- Koeswadiji, H. H. (1998). *Hukum kedokteran: Studi tentang hubungan hukum dalam mana dokter sebagai salah satu pihak*. Citra Aditya Bakti.

- Latif, Y. (2011). *Negara paripurna: Historisitas, rasionalitas, dan aktualitas Pancasila*. Gramedia Pustaka Utama.
- Localio, A. R., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L. E., Peterson, L. M., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 245–251. <https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250405>
- Mahkamah Agung Republik Indonesia. (t.t.). Pembaruan hukum dalam malpraktik medis: Perlindungan tenaga medis dan pasien pasca UU 17 Tahun 2023. *MariNews*. <https://marinews.mahkamahagung.go.id/artikel/pembaruan-hukum-dalam-malpraktik-medis-OhW>
- Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. (2026). *Ikhtisar putusan perkara Nomor 156/PUU-XXII/2024 tentang prasyarat rekomendasi majelis dalam dugaan pelanggaran pidana dan/atau perdata oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan*. [https://s.mkri.id/public/content/persidangan/sinopsis/ikhtisar\\_4189\\_2856\\_Ikhtisarr%20156\\_2024%20\(ACC%20PM%20III\).pdf](https://s.mkri.id/public/content/persidangan/sinopsis/ikhtisar_4189_2856_Ikhtisarr%20156_2024%20(ACC%20PM%20III).pdf)
- Marzuki, P. M. (2019). *Penelitian hukum* (Ed. revisi). Kencana.
- Maulidya, G. N., Onggo, P., & Suparman, O. (2026). Professional standards and SOPs in legal protection and medical service quality in Indonesia. *Research Horizon*, 6(1), 363–372. <https://doi.org/10.54518/rh.6.1.2026.1059>
- McQuoid-Mason, D. J. (2022). Liability of doctors based on negligence for culpable homicide: No need to change the law concerning medical negligence or to establish special medical malpractice courts – use mediation and medical assessors instead. *South African Medical Journal*, 112(3), 216–218. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2022.v112i3.16370>
- Meilia, P. D. I., Zeegers, M. P., Herkutanto, & Freeman, M. (2020). INFERENCE: An evidence-based approach for medicolegal causal analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8353. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228353>
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Affairs*, 29(9), 1569–1577. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0807>
- Mello, M. M., Studdert, D. M., Kachalia, A. B., & Brennan, T. A. (2006). “Health courts” and accountability for patient safety. *The Milbank Quarterly*, 84(3), 459–492. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2006.00455.x>
- Mertokusumo, S. (2006). *Hukum acara perdata Indonesia* (Ed. ke-7). Liberty.
- Mohd Zahir, M. Z., Hatta, M., Khairunnisa, C., & Nurhayati, Y. (2024). Expert witness against the crime of medical malpractice in Indonesia. *Cendekia: Jurnal Hukum, Sosial dan Humaniora*, 2(1), 404–412. <https://doi.org/10.70193/cendekia.v2i1.59>
- Opeskin, B. (2022). *The relentless rise of judicial specialisation and its implications for judicial systems* [Preprint]. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4185334>
- Ozdemir, M., Karayel, F., Sen, H., & Inanici, M. A. (2025). The forensic medical evaluation of medical malpractice claims in the field of medical pathology. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 21(2), 719–727. <https://doi.org/10.1007/s12024-024-00935-z>
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 366, 14185. <https://doi.org/10.1136/bmj.14185>
- Paulson, S. L. (1995). Radbruch on unjust laws: Competing earlier and later views? *Oxford Journal of Legal Studies*, 15(3), 489–500. <https://doi.org/10.1093/ojls/15.3.489>

- Pedro, B. O. (2025). Policy paper on the need for the establishment of a specialized tribunal for medical negligence cases in Nigeria: An imperative for fair and efficient adjudication. *OALib*, 12(7), 1–13. <https://doi.org/10.4236/oalib.1113770>
- Perangin-Angin, T. A., Silaban, L. S., Batubara, S. A., & Sinaga, J. (2025). Mediation as an alternative to legal dispute resolution in health services in hospitals. *JUSTISI*, 11(1), 192–202. <https://doi.org/10.33506/js.v11i1.3898>
- Pergolizzi, J., & LeQuang, J. A. K. (2024). Black robes and white coats: Daubert standard and medical and legal considerations for medical expert witnesses. *Cureus*, 16(9), e69346. <https://doi.org/10.7759/cureus.69346>
- Prasdyantoro, A. K. W., & Zamroni, M. (2023). Establishment of special court for health service disputes: Opportunities and challenges. *Hang Tuah Law Journal*, 7(1), 14–31. <https://doi.org/10.30649/htlj.v7i1.129>
- Prayuti, Y., Afiati, M., Anailyka, P. W., & Dana Patih, R. I. (2024). Legal protection against physicians for presumed malpractice in Indonesia: A judicial review. *International Journal of Multidisciplinary Research and Analysis*, 7(1). <https://doi.org/10.47191/ijmra/v7-i01-15>
- Purnomo, H., Handoko, W., & Altwaiqat, M. (2026). Reframing medical malpractice resolution: Restorative justice between Indonesian criminal law and *iṣlāḥ* in contemporary Islamic law. *MILRev: Metro Islamic Law Review*, 5(1), 299–327. <https://doi.org/10.32332/milrev.v5i1.13100>
- Purwanto, A., Yusdiansyah, E., Kurrohman, T., & Ginting, J. D. (2025). Legal certainty in resolving medical malpractice issue in Indonesia: A review of the 2023 Health Law. *Sinergi International Journal of Law*, 4(1), 15–32. <https://doi.org/10.61194/law.v4i1.810>
- Quick, O. (2010). Medicine, mistakes and manslaughter: A criminal combination? *The Cambridge Law Journal*, 69(1), 186–203. <https://doi.org/10.1017/S0008197310000231>
- Rachmatullah, R., & Jamaludin, A. (2026). Limits of doctors' criminal liability for patient death under the Criminal Code and Health Law Number 17 of 2023. *Research Horizon*, 6(3), 1165–1174. <https://doi.org/10.54518/rh.6.3.2026.1127>
- Radbruch, G. (2006). Statutory lawlessness and supra-statutory law (B. Litschewski Paulson & S. L. Paulson, Penerj.). *Oxford Journal of Legal Studies*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqi041> (Karya asli diterbitkan 1946)
- Ramadhanti, D. A., & Lany, A. (2025). A judicial analysis of the need for medical dispute court in resolving health disputes. *Research Horizon*, 5(6), 2867–2874. <https://doi.org/10.54518/rh.5.6.2025.898>
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice* (Ed. revisi). Belknap Press of Harvard University Press.
- Reksodiputro, M. (1993). *Sistem peradilan pidana Indonesia (melihat kepada kejahatan dan penegakan hukum dalam batas-batas toleransi)* [Pidato pengukuhan guru besar]. Fakultas Hukum Universitas Indonesia.
- Robson, M., Maskill, J., & Brookbanks, W. (2020). Doctors are aggrieved—Should they be? Gross negligence manslaughter and the culpable doctor. *The Journal of Criminal Law*, 84(4), 312–340. <https://doi.org/10.1177/0022018320946498>
- Saptaningrum, I. D. (2019). The fisheries court. Dalam M. Crouch (Ed.), *The politics of court reform: Judicial change and legal culture in Indonesia* (hlm. 218–244). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108636131.010>
- Saputro, F. A. (2025, 2 Juli). Menkes ungkap 24 kasus pasien meninggal dunia akibat dugaan malpraktik, 13 kasus terjadi di 2025. *Investortrust.id*. <https://investortrust.id/national/71345/menkes-ungkap-24-kasus-pasien-meninggal-dunia-akibat-dugaan-malpraktik-13-kasus-terjadi-di-2025>

- Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
- Šepić, M. (2018). Medical error – should it be a criminal offence? *Medicine, Law & Society*, 11(1), 47–66. <https://doi.org/10.18690/2463-7955.11.1.47-66>.(2018)
- Silvestri, E. (2014). Judicial specialization: In search of the ‘right’ judge for each case? *Russian Law Journal*, 2(4), 165–175. <https://doi.org/10.17589/2309-8678-2014-2-4-165-175>
- Siregar, R. A., Sudarmanto, A. M., Nurmardiansyah, E., & Nugroho, H. P. (2024). Majelis Disiplin Profesi sebagai primus remedium berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Jurnal Hukum to-ra: Hukum untuk Mengatur dan Melindungi Masyarakat*, 10(3), 491–505. <https://doi.org/10.55809/tora.v10i3.384>
- Sobh, Z. K., Galal, M. A. S., Ghanem, M. A., Ali Ali, H. M., Abdelgawad, A. M., & Balah, M. I. F. (2026). Medicolegal analysis of alleged and judicially proven malpractice claims in Alexandria Medical Syndicate, Egypt. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 117, 103020. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2025.103020>
- Studdert, D. M., & Brennan, T. A. (2001). No-fault compensation for medical injuries: The prospect for error prevention. *JAMA*, 286(2), 217–223. <https://doi.org/10.1001/jama.286.2.217>
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A. L., & Brennan, T. A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New England Journal of Medicine*, 354(19), 2024–2033. <https://doi.org/10.1056/NEJMs054479>
- Studdert, D. M., Thomas, E. J., Burstin, H. R., Zbar, B. I. W., Orav, E. J., & Brennan, T. A. (2000). Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38(3), 250–260. <https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00002>
- Sudarmanto, A. M., Nurmardiansyah, E., Nugroho, H. P., & Siregar, R. A. (2025). Hubungan penegakan disiplin profesi dengan hukum berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Negara Hukum: Membangun Hukum untuk Keadilan dan Kesejahteraan*, 16(1), 91–109. <https://jurnal.dpr.go.id/index.php/hukum/article/download/4833/pdf>
- Sujana, I. K. E., & Fikri, A. M. (2025). No-fault compensation system and restorative justice in medical dispute resolution: A lesson from New Zealand for Indonesia. *Research Horizon*, 5(6), 2945–2956. <https://doi.org/10.54518/rh.5.6.2025.857>
- Supadmo, D., & Prasetyo, H. (2024). Legal basis for the idea of establishing specialized court for medical profession. *Jurnal Impresi Indonesia*, 3(8), 599–605. <https://doi.org/10.58344/jii.v3i8.5241>
- Tjandra, S. (2019). The industrial relations court. Dalam M. Crouch (Ed.), *The politics of court reform: Judicial change and legal culture in Indonesia* (hlm. 311–333). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108636131.014>
- Treglia, M., Pallocci, M., Passalacqua, P., Giammatteo, J., De Luca, L., Mauriello, S., Cisterna, A. M., & Marsella, L. T. (2021). Medical liability: Review of a whole year of judgments of the civil court of Rome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6019. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116019>
- Tribrata News Polda Jatim. (2024, 1 April). Menang gugatan PK, korban malapraktik di Surabaya minta ganti rugi. <https://tribrataneews.jatim.polri.go.id/01/04/2024/menang-gugatan-pk-korban-malapraktik-di-surabaya-minta-ganti-rugi>

- Uzelac, A. (2014). Mixed blessing of judicial specialisation: The devil is in the detail. *Russian Law Journal*, 2(4), 146–164. <https://doi.org/10.17589/2309-8678-2014-2-4-146-164>
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2018). Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World Journal of Clinical Cases*, 6(11), 406–409. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i11.406>
- Wallis, K. A. (2017). No-fault, no difference: No-fault compensation for medical injury and healthcare ethics and practice. *British Journal of General Practice*, 67(654), 38–39. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688777>
- Wang, Z., Li, N., Jiang, M., Dear, K., & Hsieh, C.-R. (2017). Records of medical malpractice litigation: A potential indicator of health-care quality in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(6), 430–436. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179143>
- Wilson, R. M., Michel, P., Olsen, S., Gibberd, R. W., Vincent, C., El-Assady, R., Rasslan, O., Qsous, S., Macharia, W. M., Sahel, A., Whittaker, S., Abdo-Ali, M., Letaief, M., Ahmed, N. A., Abdellatif, A., & Larizgoitia, I. (2012). Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*, 344, e832. <https://doi.org/10.1136/bmj.e832>
- Wulan, I. G. K., Rokhim, A., & Muhibbin, M. (2025). Legal protection for medical personnel who neglect their duties in performing medical procedures under Law No. 17 of 2023 on Health. *Jurnal Locus Penelitian dan Pengabdian*, 4(9), 8927–8936. <https://doi.org/10.58344/locus.v4i9.4732>
- Yandriza, Y., Raspati, L., & Elvandari, S. (2025). Formation of a special court for the medical profession in realizing the aspirations of the Indonesian Doctors Association as efforts to develop national health law in Indonesia. *Nagari Law Review*, 8(3), 544–555. <https://doi.org/10.25077/nalrev.v8.i3.p.544-555.2025>
- Zheng, J., Lu, Y., Li, W., Zhu, B., Yang, F., & Shen, J. (2023). Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(4), mzad096. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad096>

#### PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

*Burgerlijk Wetboek voor Indonesië* (Kitab Undang-Undang Hukum Perdata), Staatsblad 1847 Nomor 23.

*Herzien Inlandsch Reglement* (HIR), Staatsblad 1941 Nomor 44.

Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2000 tentang Pengadilan Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 208, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4026).

Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2004 tentang Penyelesaian Perselisihan Hubungan Industrial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4356).

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) (telah dicabut).

Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2009 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 2004 tentang Perikanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 154, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5073).

Undang-Undang Nomor 46 Tahun 2009 tentang Pengadilan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5074).

- Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076).
- Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801).
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2004 tentang Komisi Yudisial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 106, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5250).
- Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6842).
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887).
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2025 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 188).
- Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana.
- Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952).
- Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2013 tentang Hak Keuangan dan Fasilitas Hakim Ad Hoc.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 342).
- Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 175).
- Keputusan Ketua Mahkamah Agung Nomor 134/KMA/SK/IX/2011 tentang Sertifikasi Hakim Lingkungan Hidup.

#### **PUTUSAN PENGADILAN**

- Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 4/PUU-V/2007 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 14/PUU-XII/2014 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 156/PUU-XXII/2024 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (diucapkan 19 Januari 2026).
- Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 175/PUU-XXIII/2025 tentang Pengujian Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (diucapkan 30 Oktober 2025).
- Putusan Pengadilan Negeri Manado Nomor 90/Pid.B/2011/PN.Mdo.
- Putusan Mahkamah Agung Nomor 365 K/Pid/2012.
- Putusan Mahkamah Agung Nomor 79 PK/Pid/2013.
- Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Selatan Nomor 538/Pdt.G/2016/PN.Jkt.Sel.
- Putusan Pengadilan Negeri Surabaya Nomor 415/Pdt.G/2019/PN.Sby.
- Putusan Pengadilan Tinggi Surabaya Nomor 277/PDT/2020/PT.SBY.
- Putusan Mahkamah Agung Nomor 1815 K/Pdt/2021.

Putusan Mahkamah Agung Nomor 1037 PK/Pdt/2023.