E-ISSN: 3031-8521
P-ISSN: 3032-1867

Halaman 3840-3858
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

Upaya Hukum Rekonvensi Tenaga Medis dalam Perkara Dugaan Malapraktik yang Tidak Terbukti Secara Mediko-Legal

Andree Arthur[1], Mariana Afiati[2], Sebastian Sutanto[3], Heriyanto[4]

[1-4]Fakultas Hukum, Universitas Sehati Indonesia, Indonesia
e-mail: heriyanto@usindo.ac.id

Abstrak

Litigasi malapraktik medis memperlihatkan paradoks antara jaminan perlindungan profesi dan praktik peradilan ketika gugatan tidak terbukti secara mediko-legal tetap merusak reputasi serta ekonomi tenaga medis. Literatur terdahulu masih terfokus pada perlindungan preventif sehingga menyisakan kekosongan doktrinal mengenai pemulihan hak tenaga medis. Penelitian ini menganalisis kedudukan hukum tenaga medis dan mengonstruksikan gugatan rekonvensi berbasis teori perlindungan hukum, keadilan korektif, dan kepastian hukum. Studi doktrinal preskriptif ini menerapkan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan kasus terhadap sebelas regulasi aktif, dua putusan rujukan, serta literatur periode 2021 hingga 2026. Bahan hukum dianalisis melalui penafsiran hukum, silogisme deduktif, uji sinkronisasi norma, dan simulasi skenario. Temuan menunjukkan bahwa Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan baru menyediakan perlindungan pasif yang berhenti pada pembebasan pertanggungjawaban, sehingga pemulihan kerugian tenaga medis bergantung pada integrasi rekonvensi hukum acara perdata dan pertanggungjawaban perbuatan melawan hukum. Argumen sentral penelitian menegaskan bahwa ketidakterbuktian malapraktik secara mediko-legal hanya menggugurkan gugatan konvensi berbasis perikatan upaya dan tidak otomatis mengkualifikasikan pasien melakukan perbuatan melawan hukum. Gugatan rekonvensi hanya dapat dikabulkan secara proporsional pada kondisi batas adanya perbuatan mandiri tergugat rekonvensi beritikad buruk, seperti penyebaran tuduhan palsu atau rekayasa fakta, yang secara kausal menimbulkan kerugian materiil dan immateriil bagi tenaga medis. Kebaruan studi ini terletak pada perumusan Doktrin Demarkasi Ganda yang memisahkan evaluasi klinis dari ambang pembuktian perbuatan melawan hukum. Secara kebijakan, penelitian merekomendasikan penerbitan pedoman yudisial Mahkamah Agung guna menekan kedokteran defensif sekaligus menjaga akses pasien terhadap keadilan.

Kata kunci: *Gugatan Rekonvensi; Malapraktik Medis; Pembuktian Mediko-Legal; Perbuatan Melawan Hukum; Perlindungan Hukum Tenaga Medis.*

E-ISSN: 3031-8521
P-ISSN: 3032-1867
Halaman 3840-3858
Volume 3 Nomor 4 Tahun 2026

Abstract

Medical malpractice litigation exposes a paradox between statutory protection and courtroom reality when medico-legally unsubstantiated claims still inflict economic and reputational harm on medical professionals. Prior scholarship concentrates on preventive protection, leaving a doctrinal void regarding remedial recovery for practitioners. This study analyzes medical professionals' legal standing and constructs civil counterclaims grounded in legal protection, corrective justice, and legal certainty theories. This prescriptive doctrinal study applied statutory, conceptual, and case approaches to eleven active regulations, two court decisions, and reputable literature from 2021 to 2026. Legal materials were analyzed using legal interpretation, deductive syllogism, norm synchronization testing, and scenario simulation. The findings show that Indonesian Health Law Number 17 of 2023 provides only passive protection ending at liability exemption, so practitioner recovery relies on integrating civil procedural counterclaims with tort liability. The central argument establishes that medico-legal failure to prove malpractice merely dismisses the primary claim based on an obligation of effort and does not automatically establish an unlawful act by the patient. A counterclaim succeeds proportionately only under the boundary condition of an independent bad-faith act, such as spreading false accusations or fabricating facts, that causally causes verifiable material and immaterial harm to medical professionals. This study contributes the Dual-Demarcation Doctrine separating clinical evaluation standards from tortious evidentiary thresholds. For legal policy, it recommends Supreme Court judicial guidelines to curb defensive medicine while safeguarding patients' access to justice.

Keywords: *Civil Counterclaim; Medical Malpractice; Medico-Legal Proof; Unlawful Act; Legal Protection of Medical Professionals.*

LATAR BELAKANG

Litigasi malapraktik medis memperlihatkan paradoks hukum yang mendesak antara norma ideal perlindungan profesi (*das Sollen*) dan realitas pembuktian di ruang pengadilan (*das Sein*), yakni tingginya paparan gugatan perdata terhadap tenaga medis yang pada akhirnya tidak terbukti mengandung kelalaian secara mediko-legal. Laporan *Policy Research Perspectives* dari *American Medical Association* (AMA, 2026) mencatat bahwa 28,7% dokter pernah menghadapi gugatan malapraktik sepanjang kariernya dengan tingkat paparan mencapai 59,6% pada spesialis obstetri-ginekologi dan 53,1% pada bedah umum namun 65% dari seluruh klaim tertutup tersebut justru dicabut, dibatalkan, atau ditolak tanpa pembayaran ganti rugi, dan dari 6% perkara yang berlanjut hingga putusan persidangan, 89% dimenangkan oleh pihak dokter. Ketimpangan ini mencerminkan kecenderungan publik menyamakan risiko medis, komplikasi klinis, atau kegagalan kesembuhan dengan kesalahan profesional. Di Indonesia, meskipun Pasal 273 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjamin hak perlindungan hukum bagi tenaga medis yang menjalankan praktik sesuai standar

profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, realitas empiris menunjukkan bahwa tenaga medis yang telah bekerja sesuai prosedur tetap menanggung kerugian materiil, tekanan psikologis, hingga kerusakan reputasi profesional akibat tuduhan malapraktik yang tidak berdasar serta terpublikasi secara luas.

Dalam diskursus hukum kesehatan global, ancaman litigasi yang tidak proporsional dan ketakutan terhadap publisitas negatif telah lama diidentifikasi sebagai pemicu utama praktik kedokteran defensif (*defensive medicine*) yang mendistorsi keputusan klinis dan membebani sistem pelayanan kesehatan (Ries & Jansen, 2021; Baungaard et al., 2022). Studi empiris terbaru oleh Radwan et al. (2025) mengonfirmasi bahwa prevalensi perilaku kedokteran defensif mencapai 30,5% hingga 75,5% dan berkorelasi signifikan dengan riwayat gugatan hukum, sehingga reformasi sistem pertanggungjawaban serta pembedaan tegas antara kelalaian dan komplikasi menjadi agenda mendesak lintas yurisdiksi. Dari perspektif pembuktian mediko-legal, Rakha et al. (2026) menegaskan bahwa karakter interpretatif dan zona abu-abu dalam praktik klinis menuntut penilaian ketat berbasis penyimpangan standar pelayanan (*breach of duty*) dan hubungan kausalitas, bukan sekadar inferensi retrospektif dari hasil akhir yang merugikan pasien. Di tingkat nasional, kajian pasca-berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 umumnya terfokus pada mekanisme proteksi preventif dan defensif, seperti kepatuhan terhadap standar prosedur operasional, konstruksi perikatan ikhtiar (*inspanning verbintenis*), mekanisme rekomendasi majelis, serta problematika pembuktian pidana dalam dugaan malapraktik (Elizar et al., 2024; Syarifudin, 2024; Tamon et al., 2025; Krisnawaty et al., 2026). Sementara itu, dalam ranah hukum acara perdata, Hidayah (2024) menemukan adanya ketidakkonsistenan putusan hakim yang menolak gugatan rekonvensi secara mekanis dengan alasan keterkaitan terhadap gugatan konvensi, padahal secara doktrinal rekonvensi berdiri sendiri untuk mewujudkan peradilan sederhana, cepat, dan biaya ringan. Pada titik yang saling bersinggungan, Syahuri dan Saputra (2024) menekankan bahwa setiap desain prosedural dan modernisasi mekanisme peradilan wajib diarahkan untuk memperluas akses terhadap keadilan (*access to justice*) secara objektif dan setara bagi seluruh pencari keadilan.

Pemetaan literatur tersebut menyingkap tiga titik buta (*blind spots*) krusial yang belum terjawab secara integratif. Pertama, kajian hukum kesehatan di Indonesia pasca-Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 masih terkonsentrasi pada perlindungan pasif yaitu bagaimana tenaga medis terhindar dari sanksi pidana atau gugatan ganti rugi namun nyaris mengabaikan konstruksi perlindungan represif untuk memulihkan kerugian ekonomi dan martabat profesi tenaga medis ketika gugatan malapraktik tidak terbukti secara mediko-legal. Kedua, literatur hukum acara perdata mengenai rekonvensi berdasarkan Pasal 132a dan Pasal 132b *Herziene Indonesisch Reglement* (HIR) serta Pasal 157 dan Pasal 158 *Rechtsreglement voor de Buitengewesten* (RBg) belum mengintegrasikan standar pembuktian mediko-legal dengan ambang batas pembuktian perbuatan melawan hukum dalam Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata). Ketiga, diskursus internasional mengenai litigasi medis

defensif masih minim menawarkan model doktrinal dari yurisdiksi *civil law* negara berkembang yang mampu memulihkan hak tenaga medis tanpa menciptakan efek pembungkaman (*chilling effect*) terhadap hak konstitusional pasien untuk mencari keadilan.

Untuk membedah mekanisme kausalitas hukum dalam persoalan tersebut, penelitian ini menggunakan tiga kerangka teoretis utama. Teori perlindungan hukum dari Hadjon (1987) digunakan untuk menganalisis pergeseran dari perlindungan preventif yang diwujudkan melalui standar profesi, rekam medis, dan rekomendasi majelis dalam Pasal 273, Pasal 274, dan Pasal 308 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menuju perlindungan represif melalui instrumen gugatan rekonvensi. Teori keadilan korektif dari Aristoteles (2009) menopang justifikasi normatif atas pemulihan keseimbangan hak yang terganggu akibat kerugian materiil maupun immateriil tenaga medis, tanpa menggerus prinsip keadilan distributif bagi pasien. Selanjutnya, teori kepastian hukum dari Radbruch (1950) berfungsi merumuskan batas yurisdiksional yang tegas dalam pembuktian kumulatif Pasal 1365 KUHPerdata agar rekonvensi tidak diterapkan secara serampangan. Berangkat dari ketiga teori tersebut, penelitian ini mengajukan dua proposisi hukum awal: pertama, ketidakterbuktian dugaan malapraktik secara mediko-legal hanya menggugurkan dalil gugatan konvensi dan tidak secara otomatis mengkualifikasikan tindakan pasien sebagai perbuatan melawan hukum; kedua, gugatan rekonvensi tenaga medis hanya dapat dikabulkan apabila dibuktikan secara mandiri adanya tindakan tergugat rekonvensi yang melampaui batas penggunaan hak secara sah seperti penyebaran tuduhan palsu, rekayasa fakta, atau gugatan beritikad buruk yang secara kausal menimbulkan kerugian nyata.

Kajian ini selaras dengan fokus pengembangan ilmu hukum kesehatan, hukum perdata, dan tata kelola kelembagaan peradilan karena menjembatani kepastian hukum profesi medis dengan keberlanjutan pelayanan kesehatan publik yang bermutu serta tidak terdistorsi praktik kedokteran defensif. Penelitian ini memberikan tiga kontribusi utama terhadap khazanah ilmu hukum. Pertama, penelitian ini memperluas konstruksi teoretis perlindungan hukum represif bagi tenaga medis dengan menetapkan garis demarkasi doktrinal antara kegagalan pembuktian gugatan pasien dan perbuatan melawan hukum yang dapat dituntut balik. Kedua, penelitian ini merumuskan kondisi batas (*boundary conditions*) penerapan Pasal 132a–132b HIR, Pasal 157–158 RBg, dan Pasal 1365 KUHPerdata agar mekanisme rekonvensi tetap proporsional dan selaras dengan jaminan akses terhadap keadilan. Ketiga, penelitian ini menawarkan model preskriptif (*lex ferenda*) mengenai integrasi penilaian mediko-legal dan pemeriksaan rekonvensi dalam sistem peradilan perdata Indonesia guna memperkuat tata kelola penyelesaian sengketa medis.

Artikel ini mempertahankan argumen sentral bahwa gugatan rekonvensi merupakan instrumen perlindungan hukum represif dan korektif yang esensial untuk memulihkan kerugian materiil serta reputasi profesional tenaga medis dalam perkara dugaan malapraktik yang tidak terbukti secara mediko-legal, sepanjang penerapannya disyaratkan pada pembuktian mandiri atas unsur kesalahan, itikad buruk, dan hubungan kausalitas guna mencegah penyalahgunaan terhadap hak pasien. Sebagai tawaran *lex*

ferenda, penelitian ini merekomendasikan perumusan standar yudisial yang memisahkan secara tegas evaluasi mediko-legal pada gugatan konvensi dari parameter pembuktian perbuatan melawan hukum pada gugatan rekonvensi. Sisa artikel ini disusun secara berurutan dengan memaparkan metode penelitian hukum normatif, menganalisis kedudukan serta perlindungan hukum tenaga medis dalam perkara dugaan malapraktik yang tidak terbukti secara mediko-legal, mengonstruksikan persyaratan dan batas penerapan gugatan rekonvensi berbasis Pasal 1365 KUHPerdata, serta ditutup dengan implikasi kebijakan dan kesimpulan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian hukum doktrinal (normatif) bersifat preskriptif yang dirancang untuk membedah ketidaksinkronan antara norma perlindungan profesi medis dan mekanisme gugatan balik dalam sistem peradilan perdata Indonesia. Unit analisis penelitian mencakup norma peraturan perundang-undangan, doktrin pertanggungjawaban perdata serta hukum acara, dan pertimbangan hukum (*ratio decidendi*) dalam putusan pengadilan. Penelitian ini mengombinasikan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan kasus (*case approach*). Kombinasi ketiga pendekatan tersebut dipilih secara metodologis karena persoalan rekonvensi tenaga medis tidak dapat dijawab sekadar melalui pembacaan tekstual undang-undang kesehatan, melainkan menuntut pengujian simultan terhadap norma hukum acara perdata, konstruksi perbuatan melawan hukum, serta praktik penafsiran hakim atas sengketa malapraktik dan gugatan balik (Elizar et al., 2024; Hidayah, 2024).

Pengumpulan bahan hukum dilakukan melalui penelusuran sistematis pada pangkalan data Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum (JDIH) Nasional, Direktori Putusan Mahkamah Agung, serta basis data jurnal bereputasi (Scopus, PubMed, dan Garuda). Bahan hukum primer meliputi Pasal 28D ayat (1), Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945; Pasal 273, Pasal 274, Pasal 304, dan Pasal 308 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022; Pasal 1365–1367, Pasal 1372, dan Pasal 1865 KUHPerdata; Pasal 132a–132b, Pasal 154, dan Pasal 163–164 HIR; Pasal 157–158 dan Pasal 283 RBg; Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman; serta putusan relevan seperti Putusan Mahkamah Agung Nomor 233 K/Pid.Sus/2021 dan Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Utara Nomor 288/Pdt.G/2021/PN.Jkt.Utr. Periode observasi mencakup rezim hukum positif hingga tahun 2026 serta literatur dan yurisprudensi rentang 2021–2026 dengan dukungan karya doktrinal klasik. Kriteria inklusi mensyaratkan regulasi berlaku aktif dan putusan bermuatan sengketa malapraktik atau rekonvensi, sedangkan peraturan yang telah dicabut dan putusan dengan pertimbangan hukum tidak lengkap (*missing legal reasoning*) dieksklusikan; anomali berupa penolakan mekanis atas gugatan rekonvensi tetap dipertahankan sebagai objek kritik doktrinal. Lokus yurisdiksi Indonesia dipilih karena fase awal implementasi kodifikasi Undang-Undang Kesehatan

telah mengenal mekanisme rekomendasi majelis, tetapi belum menyediakan pedoman yudisial bagi gugatan balik tenaga medis.

Secara operasional, pengujian difokuskan pada empat konstruk hukum terukur. Pertama, ketidakterbuktian malapraktik secara mediko-legal diukur melalui pemenuhan standar profesi, standar prosedur operasional, persetujuan tindakan medis (*informed consent*), kelengkapan rekam medis, dan ketiadaan hubungan kausalitas klinis. Kedua, perlindungan hukum tenaga medis dioperasionalisasikan melalui dimensi preventif dan represif. Ketiga, keterpenuhan syarat prosedural rekonvensi diukur berdasarkan kedudukan hukum (*legal standing*), koneksitas faktual dengan gugatan konvensi, serta pengajuan bersama jawaban tergugat. Keempat, pertanggungjawaban perdata penggugat konvensi diukur melalui empat unsur kumulatif Pasal 1365 KUHPerdata, yaitu tindakan yang melampaui batas hak mencari keadilan, kesalahan atau itikad buruk, kerugian materiil-immateriil yang terverifikasi, serta hubungan kausalitas mandiri.

Pengolahan bahan hukum menerapkan penafsiran gramatikal, sistematis, dan teleologis guna menyelaraskan Pasal 273 dan Pasal 308 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dengan Pasal 132a–132b HIR, Pasal 157–158 RBg, serta Pasal 1365 KUHPerdata. Kerangka silogisme deduktif dan kritik *lex lata* menuju perumusan model *lex ferenda* digunakan mengikuti pendekatan analitis-preskriptif dalam kajian tata kelola hukum dan perancangan kelembagaan di Indonesia (Santoso et al., 2023; Saputra et al, 2025). Untuk menjamin ketahanan (*robustness*) argumentasi dan meminimalkan bias interpretatif, dilakukan uji konsistensi sinkronisasi norma secara vertikal-horizontal serta triangulasi antara teks regulasi, doktrin hukum kesehatan-acara perdata, dan pertimbangan putusan pengadilan. Karena penelitian ini bertumpu sepenuhnya pada dokumen hukum publik tanpa melibatkan subjek manusia secara langsung, persetujuan komite etik (*ethical clearance*) tidak dipersyaratkan; namun, prinsip anonimisasi tetap diterapkan terhadap identitas pihak berperkara guna melindungi privasi, sementara seluruh bahan hukum bersifat terbuka dan dapat diverifikasi ulang sebagaimana dirujuk pada pernyataan ketersediaan data dan bahan hukum.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Profil Bahan Hukum dan Fragmentasi Arsitektur Normatif Perlindungan Tenaga Medis

Pemetaan bahan hukum primer dan sekunder yang dianalisis memperlihatkan bahwa perlindungan tenaga medis dalam sengketa dugaan malapraktik di Indonesia belum terkonstruksi dalam satu rezim hukum yang terintegrasi, melainkan tersebar secara terfragmentasi pada empat lapisan norma: hukum konstitusi, hukum kesehatan, hukum perdata materiil, dan hukum acara perdata. Secara sistematis, terdapat sebelas instrumen regulasi aktif dan dua putusan pengadilan rujukan yang membentuk fondasi analisis dalam penelitian ini. Profil pemetaan serta titik singgung normatif dari seluruh bahan hukum tersebut dirangkum dalam Tabel 1.

Tabel 1. Profil dan Pemetaan Sinkronisasi Bahan Hukum Perlindungan Tenaga Medis dan Mekanisme Rekonvensi di Indonesia

Lapisan Norma / Bahan Hukum	Ketentuan / Objek Kajian Utama	Fungsi Normatif Dominan	Celah Sinkronisasi dalam Perkara Malapraktik Tidak Terbukti
Konstitusi (UUD NRI 1945)	Pasal 28D ayat (1), Pasal 28H ayat (1), Pasal 34 ayat (3)	Menjamin hak atas kesehatan sekaligus kesamaan kedudukan dan kepastian hukum yang adil	Belum dijabarkan menjadi standar operasional keseimbangan antara hak gugat pasien dan hak pemulihan tenaga medis
Hukum Kesehatan (*Lex Specialis*)	Pasal 1, 273, 274, 304, 308 UU No. 17/2023; PP No. 28/2024; Permenkes No. 24/2022	Menyediakan perlindungan preventif (standar profesi, rekam medis, rekomendasi majelis)	Berhenti pada pembebasan pertanggungjawaban (defensif); tidak mengatur mekanisme ganti rugi balik bagi tenaga medis
Hukum Perdata Materiil	Pasal 1365–1367, Pasal 1372, Pasal 1865 KUHPerdata	Mengatur unsur perbuatan melawan hukum, penghinaan perdata, dan beban pembuktian	Tidak memberikan parameter spesifik batas antara gugatan gagal terbukti dan perbuatan melawan hukum pasien
Hukum Acara Perdata & Mediasi	Pasal 132a–132b, 154, 163–164 HIR; Pasal 157–158, 283 RBg; UU No. 48/2009; PERMA No. 1/2016 & No. 3/2022	Menyediakan mekanisme gugatan balik (*rekonvensi*), alat bukti ahli, dan penyelesaian sengketa	Praktik peradilan cenderung menolak rekonvensi secara mekanis ketika konvensi dinilai tidak berkorelasi langsung
Yurisprudensi / Putusan Rujukan	Putusan MA No. 233 K/Pid.Sus/2021; Putusan PN Jakarta Utara No. 288/Pdt.G/2021/PN.Jkt.Utr	Menguji standar kesalahan profesi medis dan syarat koneksitas rekonvensi	Menunjukkan absennya pedoman yudisial terpadu yang menghubungkan bukti mediko-legal dengan uji rekonvensi

Sumber: Inventarisasi dan pengolahan bahan hukum primer dan yurisprudensi oleh penulis (2026).

Berdasarkan konfigurasi normatif pada Tabel 1, ditemukan paradoks struktural yang mendasari kerentanan tenaga medis dalam litigasi perdata. Di satu sisi, pengundangan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 memang telah memodernisasi kerangka hukum kesehatan melalui pengakuan eksplisit atas hak perlindungan hukum dan harkat martabat tenaga medis (Pasal 273 ayat (1) huruf a dan huruf f) serta pelembagaan mekanisme rekomendasi majelis (Pasal 308). Di sisi lain, seluruh perangkat *lex specialis* tersebut bekerja dalam logika pertahanan pasif (*shield mechanism*), bukan pemulihan aktif (*remedial mechanism*). Ketika seorang dokter digugat secara perdata atas dugaan malapraktik yang kemudian tidak terbukti secara mediko-legal, Undang-Undang Kesehatan hanya menghentikan potensi pengenaan sanksi atau ganti rugi terhadap dokter, tetapi tidak menyediakan saluran hukum spesifik untuk memulihkan kerugian ekonomi, biaya litigasi, maupun rusaknya reputasi profesional akibat tuduhan yang terlanjur tersebar.

Kondisi fragmentasi ini menunjukkan bahwa tenaga medis yang hendak menuntut pemulihan hak terpaksa keluar dari rezim hukum kesehatan dan bergantung sepenuhnya pada norma umum hukum acara perdata (Pasal 132a–132b HIR dan Pasal 157–158 RBg) yang ditopang Pasal 1365 KUHPerdata. Namun, perpindahan rezim tersebut menimbulkan ketegangan doktrinal apabila tidak dijembatani oleh parameter

hukum yang jelas. Apabila hakim membaca ketentuan rekonvensi secara terlalu sempit sebagaimana dikritisi oleh Hidayah (2024) dalam kajian Putusan Nomor 288/Pdt.G/2021/PN.Jkt.Utr, tenaga medis kehilangan akses terhadap keadilan korektif. Sebaliknya, apabila rekonvensi dibuka secara longgar tanpa menyaring ambang batas unsur perbuatan melawan hukum, mekanisme ini berisiko memicu intimidasi hukum yang membungkam hak konstitusional pasien. Temuan awal ini mengonfirmasi bahwa penyelesaian sengketa malapraktik menuntut harmonisasi fungsional antara standar pembuktian mediko-legal dan hukum acara perdata.

Asimetri Perlindungan Preventif dan Pembuktian Mediko-Legal dalam Perkara Dugaan Malapraktik

Analisis terhadap struktur norma hukum kesehatan menghasilkan temuan utama pertama bahwa kedudukan hukum tenaga medis dalam perkara dugaan malapraktik yang tidak terbukti secara mediko-legal bertumpu pada sifat perikatan upaya (*inspanning verbintenis*), bukan perikatan hasil (*resultaat verbintenis*). Berdasarkan Pasal 273 dan Pasal 274 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, hak tenaga medis untuk memperoleh perlindungan hukum bersifat bersyarat (*conditional protection*), yakni melekat sepanjang tindakan medis dijalankan sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, etika profesi, serta kebutuhan kesehatan pasien, disertai kewajiban memperoleh *informed consent*, menjaga kerahasiaan, dan mendokumentasikan tindakan secara lengkap. Secara mediko-legal, kegagalan mencapai kesembuhan atau memburuknya kondisi pasien tidak dapat langsung dikonstruksikan sebagai malapraktik karena praktik klinis selalu berhadapan dengan variabilitas biologis, komorbiditas, dan ketidakpastian respons tubuh manusia. Oleh sebab itu, hukum kesehatan memisahkan secara tegas empat kategori peristiwa klinis: risiko medis (*medical risk*), komplikasi medis (*medical complication*), kejadian tidak diharapkan (*adverse event*), dan kelalaian medis (*medical negligence*).

Secara prosedural, pembuktian dugaan malapraktik dalam ranah perdata berada di bawah asas beban pembuktian (*burden of proof*) Pasal 1865 KUHPerdata juncto Pasal 163 HIR dan Pasal 283 RBg, yang mewajibkan penggugat membuktikan adanya penyimpangan standar, kesalahan, kerugian, dan hubungan kausalitas. Penilaian mediko-legal terhadap keempat elemen tersebut harus mencakup lima dimensi kumulatif: aspek klinis (diagnosis dan indikasi medis), aspek profesional (kompetensi, kewenangan, dan kepatuhan standar prosedur), aspek dokumentasi (rekam medis berdasarkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 dan *informed consent*), aspek kausalitas (keterkaitan sebab akibat ilmiah antara tindakan dan cedera), serta aspek hukum (kualifikasi pelanggaran kewajiban hukum). Dalam kerangka alat bukti Pasal 164 HIR, rekam medis berfungsi sebagai alat bukti tulisan yang merekam kronologi pengambilan keputusan klinis secara objektif, sementara keterangan ahli berdasarkan Pasal 154 HIR dan mekanisme rekomendasi majelis pada Pasal 308 ayat (4) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memberikan pijakan ilmiah bagi hakim untuk menguji apakah suatu akibat merupakan kelalaian atau sekadar risiko medis yang tidak terhindarkan.

Jika dibedah menggunakan teori perlindungan hukum dari Hadjon (1987), konstruksi Pasal 273, Pasal 274, dan Pasal 308 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memperlihatkan asimetri kelembagaan yang nyata. Negara telah merancang perangkat perlindungan preventif yang relatif berlapis mulai dari standardisasi kompetensi, kewajiban *informed consent*, dokumentasi rekam medis, hingga filter rekomendasi majelis sebelum pertanggungjawaban perdata atau pidana diproses. Akan tetapi, efektivitas perlindungan preventif tersebut berhenti bekerja begitu sengketa bergeser dari ruang klinis ke ruang litigasi publik dan media sosial. Pada fase tersebut, meskipun hasil pemeriksaan mediko-legal menyatakan tidak terdapat penyimpangan standar profesi maupun hubungan kausalitas, tenaga medis tetap mengalami kerugian riil berupa biaya pembelaan perkara, penurunan jumlah pasien, pembatalan kerja sama klinis, tekanan psikologis, dan stigmatisasi reputasi profesional. Di titik inilah teori kepastian hukum dari Radbruch (1950) mengungkap defisit normatif: hukum positif telah menetapkan secara cukup tegas kapan dokter dapat dibebaskan dari gugatan konvensi, tetapi belum menetapkan konsekuensi hukum yang pasti terhadap dampak destruktif dari tuduhan tidak berdasar tersebut.

Lebih jauh, kedudukan rekomendasi majelis (Pasal 308 UU Nomor 17 Tahun 2023) dan keterangan ahli mediko-legal (Pasal 154 HIR) harus diinterpretasikan secara hati-hati dalam kerangka kekuasaan kehakiman berdasarkan Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009. Hasil pemeriksaan mediko-legal dan rekomendasi majelis memiliki bobot epistemik yang krusial untuk mengatasi ketimpangan informasi teknis antara pasien dan dokter, tetapi keduanya tidak boleh mengambil alih kewenangan yudisial hakim dalam memutus perkara. Sebagaimana ditekankan oleh Syahuri dan Saputra (2024b) dalam kajian mereka mengenai independensi kekuasaan kehakiman di Indonesia, kemandirian hakim dalam menilai alat bukti dan memutus sengketa secara imparsial merupakan pilar yang tidak dapat ditawar oleh tekanan eksternal maupun dominasi lembaga non-yudisial. Dengan demikian, tidak terbuktinya unsur kesalahan medis secara mediko-legal harus diposisikan oleh hakim sebagai fakta pembuktian yang menggugurkan gugatan konvensi, bukan sebagai vonis otomatis yang menyalahkan pasien.

Temuan ini mengonfirmasi pandangan doktrinal klasik dari Nasution (2005) dan Komalawati (2009) bahwa pertanggungjawaban dokter wajib dinilai berdasarkan proses kehati-hatian profesional (*due care*), bukan hasil akhir pengobatan. Secara empiris dan komparatif, argumen tersebut selaras dengan temuan Studdert et al. (2006) yang menunjukkan bahwa sebagian besar klaim malapraktik yang gagal membuktikan kesalahan medis tetap menyita waktu litigasi panjang dan biaya transaksional tinggi, serta sejalan dengan proposal kerangka diagnostik kontekstual dari Rakha et al. (2026) yang menekankan kehati-hatian atas zona abu-abu klinis dalam evaluasi mediko-legal. Namun, penelitian ini memperluas kajian nasional mutakhir seperti Elizar et al. (2024), Syarifudin (2024), Tamon et al. (2025), dan Krisnawaty et al. (2026). Jika studi-studi tersebut masih membatasi perlindungan dokter pada mekanisme pembelaan terhadap tuntutan pidana atau penolakan gugatan perdata pasca-UU Nomor 17 Tahun 2023, analisis ini membuktikan bahwa perlindungan preventif tanpa dukungan instrumen

pemulihan represif menyisakan ketidakseimbangan struktural bagi tenaga medis yang tidak bersalah.

Konstruksi Prosedural, Materiil, dan Uji Ketahanan Gugatan Rekonvensi sebagai Pemulihan Represif

Temuan utama kedua menjawab persoalan bagaimana tenaga medis mengonstruksikan tuntutan pemulihan hak secara sah melalui mekanisme gugatan balik. Pertama-tama, perlu dilakukan pelurusan konseptual yang mendasar: dalam hukum acara perdata Indonesia, rekonvensi bukanlah "upaya hukum" dalam arti sempit sebagaimana banding, kasasi, atau peninjauan kembali terhadap putusan yang telah dijatuhkan, melainkan gugatan balik (*counterclaim*) yang diajukan tergugat terhadap penggugat dalam pemeriksaan tingkat pertama pada perkara yang sedang berjalan. Rekonvensi juga berbeda secara substantif dari jawaban dan eksepsi; apabila jawaban dan eksepsi berfungsi menyangkal dalil gugatan konvensi secara defensif, rekonvensi merupakan tuntutan hak aktif yang menempatkan tenaga medis sebagai penggugat rekonvensi dan pasien atau pihak penggugat semula sebagai tergugat rekonvensi.

Secara prosedural, konstruksi rekonvensi bertumpu pada Pasal 132a dan Pasal 132b HIR (serta Pasal 157 dan Pasal 158 RBg untuk wilayah luar Jawa dan Madura). Terdapat lima syarat prosedural kumulatif yang wajib dipenuhi tenaga medis: (1) memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) sebagai tergugat dalam gugatan konvensi malapraktik; (2) diajukan bersama-sama dengan jawaban tergugat pada pemeriksaan tingkat pertama; (3) tidak termasuk dalam pengecualian Pasal 132a ayat (1) HIR; (4) memiliki keterkaitan faktual atau hubungan hukum (*koneksitas*) dengan peristiwa pelayanan medis yang disengketakan dalam konvensi; dan (5) merumuskan posita serta petitum pemulihan hak secara spesifik agar dapat diperiksa dan diputus secara simultan bersama gugatan konvensi dalam satu putusan.

Secara materiil, hak prosedural rekonvensi tersebut hanya memiliki daya tuntut apabila ditopang oleh dasar pertanggungjawaban perdata, khususnya Pasal 1365 KUHPerdata mengenai perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) dan, dalam konteks pencemaran kehormatan profesi, Pasal 1372 KUHPerdata. Untuk dapat dikabulkan, tenaga medis wajib membuktikan empat unsur Pasal 1365 KUHPerdata secara kumulatif dan mandiri: adanya perbuatan yang melanggar hak subjektif tenaga medis, kesusilaan, atau kepatutan; adanya unsur kesalahan berupa kesengajaan atau itikad buruk (*bad faith*); adanya kerugian materiil (seperti pembatalan kontrak layanan medis atau biaya pembelaan yang terverifikasi) maupun kerugian immateriil (kerusakan martabat, reputasi profesi, dan tekanan psikologis) serta kepentingan pemulihan nama baik melalui koreksi/klarifikasi; dan adanya hubungan kausalitas langsung antara perbuatan tergugat rekonvensi dengan kerugian yang diderita tenaga medis.

Guna mencegah kekaburan antara penolakan gugatan konvensi dan pengabulan gugatan rekonvensi, penelitian ini merumuskan Doktrin Demarkasi Ganda (*Dual-Demarcation Test*) yang memisahkan secara ketat objek pembuktian pada gugatan konvensi dan gugatan rekonvensi. Parameter kondisi batas (*boundary conditions*) dari pengujian ganda tersebut disajikan secara sistematis pada Tabel 2.

Tabel 2. Kondisi Batas (*Boundary Conditions*) dan Parameter Uji Pembuktian antara Gugatan Konvensi Malapraktik dan Gugatan Rekonvensi Tenaga Medis

Dimensi Pengujian	Gugatan Konvensi (Pasien terhadap Tenaga Medis)	Gugatan Rekonvensi (Tenaga Medis terhadap Penggugat)	Implikasi Putusan Hakim
Basis Hukum Prosedural & Materiil	Pasal 1865 KUHPerdata; Pasal 163 HIR; Pasal 274 & 308 UU No. 17/2023; Pasal 1365–1367 KUHPerdata	Pasal 132a–132b HIR / Pasal 157–158 RBg; Pasal 1365 & 1372 KUHPerdata; Pasal 273 ayat (1) huruf f UU No. 17/2023	Diperiksa simultan pada tingkat pertama, tetapi dinilai dengan standar pembuktian terpisah
Objek Pembuktian Utama	Penyimpangan standar profesi/SPO, kelalaian klinis, kerugian pasien, dan kausalitas medis	Perbuatan ekstra-litigasi atau penyalahgunaan hak gugat beritikad buruk (fitnah, rekayasa fakta, doxing/publikasi palsu)	Tidak terbuktinya objek konvensi tidak otomatis membuktikan objek rekonvensi
Alat Bukti Kunci	Rekam medis (Permenkes No. 24/2022), *informed consent*, keterangan ahli (Pasal 154 HIR), rekomendasi majelis	Bukti digital/publikasi media massa & sosial, korespondensi, saksi fakta, pembukuan keuangan/kontrak yang batal	Keterangan ahli medis hanya menguji konvensi; rekonvensi wajib ditopang alat bukti perbuatan melawan hukum tersendiri
Kondisi Batas (*Boundary Condition*)	Pasien mengajukan gugatan/aduan berdasar keyakinan wajar (*good-faith error*) tanpa bukti malapraktik memadai	Penggugat bertindak melampaui batas hak mencari keadilan dengan kesengajaan merusak reputasi/ekonomi tenaga medis	Skenario A (itikad baik): Konvensi ditolak, Rekonvensi ditolak. Skenario B (itikad buruk terbukti): Konvensi ditolak, Rekonvensi dikabulkan proporsional

Sumber: Konstruksi normatif dan analisis sintesis penulis berdasarkan bahan hukum primer dan doktrin acara perdata (2026).

Pemisahan parameter pada Tabel 2 menyingkap mekanisme hukum yang mendasari kedua proposisi penelitian ini. Melalui lensa teori pertanggungjawaban hukum dari Kelsen (1945) dan konsepsi perbuatan melawan hukum dari Fuady (2002), kewajiban menanggung akibat hukum bersifat timbal balik bagi setiap subjek hukum yang melanggar norma. Artinya, rezim pertanggungjawaban perdata tidak mengenal kekebalan sepihak: dokter bertanggung jawab bila melanggar standar profesi, sedangkan pasien atau pihak penggugat bertanggung jawab bila melampaui batas penggunaan hak secara sah (*abuse of right*) sehingga melanggar hak subjektif dan reputasi dokter. Perspektif ini diperkuat oleh teori keadilan korektif Aristoteles (2009), di mana rekonvensi berfungsi mengembalikan keseimbangan aritmetis hak yang rusak akibat tindakan melawan hukum, bukan menghukum pasien semata-mata karena kalah perkara. Hal ini paralel dengan konstruksi perlindungan hukum represif dalam sengketa perdata lain di Indonesia sebagaimana dianalisis oleh Laksono & Satino (2025) dalam konteks pelanggaran hak atas kekayaan intelektual bahwa keberadaan norma perlindungan preventif dalam undang-undang tidak akan efektif memulihkan kerugian riil korban tanpa mekanisme gugatan perdata yang mampu mengkuantifikasi kerugian ekonomi dan memulihkan hak secara proporsional.

Untuk menguji ketahanan (*robustness*) konstruksi Doktrin Demarkasi Ganda pada Tabel 2, dilakukan simulasi uji perbandingan terhadap dua skenario faktual yang kontras berdasarkan pola sengketa medis di Indonesia. Pada Skenario A (Gugatan Beritikad Baik yang Tidak Terbukti), seorang dokter spesialis melakukan pembedahan sesuai indikasi klinis dan telah memperoleh *informed consent* lengkap yang memuat penjelasan risiko komplikasi. Ketika komplikasi pascaoperasi terjadi dan memperlama masa

pemulihan, pasien yang awam secara medis menggugat dokter ke pengadilan negeri karena meyakini adanya kelalaian. Setelah rekam medis dan ahli kedokteran mengonfirmasi tidak adanya pelanggaran standar profesi maupun hubungan kausalitas, gugatan konvensi harus ditolak. Namun, apabila dokter mengajukan rekonvensi dalam Skenario A, hakim wajib menolak rekonvensi tersebut karena pengajuan gugatan ke pengadilan atas dasar keraguan yang wajar merupakan wujud pelaksanaan hak konstitusional akses terhadap keadilan berdasarkan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI Tahun 1945, sehingga unsur melawan hukum dan kesalahan pada Pasal 1365 KUHPerdata tidak terpenuhi.

Sebaliknya, pada Skenario B (Gugatan Tidak Terbukti Disertai Perbuatan Melawan Hukum Mandiri), kondisi klinis dan ketidakterbuktian malapraktik identik dengan Skenario A, tetapi di luar jalur pengaduan resmi, pihak penggugat secara sengaja memproduksi dan menyebarluaskan konten media sosial berisi tuduhan palsu bahwa dokter tersebut melakukan praktik ilegal dan sengaja mencelakai pasien, meski mengetahui hasil klarifikasi medis tidak mendukung klaim tersebut. Akibat publikasi tersebut, rumah sakit memutus kontrak praktik dokter dan dokter mengalami kehilangan penghasilan yang dapat dibuktikan lewat catatan finansial serta kerusakan reputasi yang nyata. Dalam Skenario B, unsur koneksitas prosedural Pasal 132a–132b HIR terpenuhi karena tuduhan palsu tersebut berakar pada peristiwa tindakan operasi yang sama, sementara keempat unsur kumulatif Pasal 1365 KUHPerdata terbukti secara mandiri lewat bukti digital, saksi, dan dokumen keuangan. Dengan demikian, hakim dapat menolak gugatan konvensi sekaligus mengabulkan gugatan rekonvensi secara proporsional, baik berupa ganti rugi materiil-immateriil maupun perintah klarifikasi pemulihan nama baik.

Hasil pengujian skenario ini memperluas doktrin hukum acara perdata Harahap (2017) mengenai efisiensi pemeriksaan simultan konvensi-rekonvensi sekaligus merespons langsung kritik Hidayah (2024) atas Putusan Nomor 288/Pdt.G/2021/PN.Jkt.Utr. Penolakan rekonvensi oleh pengadilan seharusnya bukan didasarkan pada kekakuan formalistik mengenai ketergantungan konvensi, melainkan pada pengujian substantif apakah dalil rekonvensi melampaui ambang batas kondisi batas (*boundary conditions*) itikad baik pasien. Pendekatan ini juga melengkapi analisis Rohadi et al. (2024) dan Gunawan et al. (2025) dengan menawarkan jembatan prosedural konkret antara pembuktian *informed consent* dalam gugatan konvensi dan pembuktian *onrechtmatige daad* dalam gugatan rekonvensi.

Interpretasi Teoretis, Elevasi Global, dan Preskripsi Kebijakan (*Lex Ferenda*)

Integrasi tiga kerangka teori utama perlindungan hukum (Hadjon, 1987), keadilan distributif-korektif (Aristoteles, 2009), dan kepastian hukum (Radbruch, 1950) membongkar mekanisme kausal di balik lemahnya efektivitas perlindungan tenaga medis pasca-Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Temuan penelitian menunjukkan bahwa ketimpangan litigasi muncul karena sistem hukum kesehatan Indonesia baru mengoperasionalisasikan keadilan distributif melalui perlindungan preventif (pembagian hak dan kewajiban dalam Pasal 273–274 dan filter Pasal 308 UU Kesehatan), tetapi

mengalami kekosongan operasional pada keadilan korektif yang bertumpu pada perlindungan represif. Rekonvensi yang dikendalikan oleh Doktrin Demarkasi Ganda bekerja sebagai mekanisme penyeimbang: ia mengubah Pasal 273 ayat (1) huruf f UU Kesehatan (hak atas perlindungan martabat) dari norma deklaratif menjadi hak yang dapat ditegakkan (*enforceable right*) melalui Pasal 132a–132b HIR dan Pasal 1365 KUHPerdata, sementara prinsip kepastian hukum Radbruch bertindak sebagai katup pengaman (*safeguard*) yang mencegah keadilan korektif berubah menjadi alat kriminalisasi balik atau intimidasi terhadap pasien. Sejalan dengan prinsip proporsionalitas dan kemaslahatan publik dalam tata kelola regulasi sektor vital (Saputra, 2024), desain hukum yang seimbang antara perlindungan keselamatan jiwa pasien dan kehormatan profesi medis merupakan prasyarat utama bagi keberlanjutan kepercayaan publik terhadap layanan kesehatan.

Temuan penelitian ini mengonfirmasi, memperluas, sekaligus mengoreksi tiga klaster literatur terdahulu. Pertama, penelitian ini mengonfirmasi tesis literatur hukum kesehatan nasional dan internasional (Nasution, 2005; Komalawati, 2009; Brennan et al., 1991; Rakha et al., 2026) bahwa ketidakterbuktian malapraktik secara mediko-legal bersumber dari pembedaan struktural antara *medical risk* dan *medical negligence*, serta mengonfirmasi temuan Syarifudin (2024) mengenai kompleksitas pembuktian kausalitas medis. Kedua, penelitian ini memperluas kajian pasca-UU Nomor 17 Tahun 2023 oleh Elizar et al. (2024), Bayumi (2024), Tamon et al. (2025), Krisnawaty et al. (2026), dan Siregar et al. (2026); apabila literatur-literatur tersebut berhenti pada analisis normatif perlindungan dokter sebagai tergugat/terlapor, penelitian ini melangkah lebih jauh dengan membangun konstruksi prosedural-materiil pemulihan kerugian tenaga medis via rekonvensi. Ketiga, dalam ranah hukum acara perdata, penelitian ini mengoreksi kecenderungan praktik peradilan yang menafsirkan keterkaitan konvensi-rekonvensi secara sempit (Hidayah, 2024), sekaligus menyeimbangkan diskursus perlindungan konsumen/pasien (Hasri et al., 2025; Kararo et al., 2025) dengan membuktikan bahwa perlindungan tenaga medis yang proporsional justru selaras dengan perluasan akses keadilan yang objektif (Syahuri & Saputra, 2024a). Perbedaan temuan ini bersumber dari pendekatan lintas-rezim penelitian yang memadukan hukum kesehatan, hukum perdata materiil, dan hukum acara perdata dalam satu kerangka uji tunggal.

Meskipun bertumpu pada hukum positif Indonesia, temuan ini memiliki resonansi langsung dengan perdebatan tata kelola litigasi medis global. Dalam yurisdiksi *common law* seperti Amerika Serikat dan Inggris, dokter yang menghadapi gugatan tidak berdasar dapat menempuh instrumen *malicious prosecution*, *abuse of process*, atau *defamation*, yang juga memberlakukan ambang pembuktian ketat berupa unsur *malice* (itikad buruk) dan ketiadaan *probable cause* agar tidak melanggar hak publik mengajukan petisi ke pengadilan sering kali dibatasi oleh statuta *anti-SLAPP* (*Strategic Lawsuit Against Public Participation*). Perbandingan ini menunjukkan kesamaan kondisi batas lintas sistem hukum (*civil law* maupun *common law*): validitas eksternal model rekonvensi tenaga medis hanya dapat dipertahankan apabila dua kondisi batas terpenuhi, yakni adanya independensi penilaian mediko-legal yang objektif dan ambang batas itikad buruk yang tinggi bagi tuntutan balik.

Pada level sistem kesehatan global, urgensi penataan keseimbangan litigasi ini berhubungan erat dengan pengendalian fenomena *defensive medicine*. Sebagaimana dibuktikan dalam tinjauan internasional oleh Ries dan Jansen (2021), Baungaard et al. (2022), serta studi terbaru Radwan et al. (2025), ketakutan tenaga medis terhadap tuntutan hukum yang tidak proporsional dan kerusakan reputasi memicu praktik pengobatan defensif seperti pemeriksaan diagnostik berlebihan atau penghindaran penanganan pasien berisiko tinggi yang menggerus kualitas pelayanan dan membebani pembiayaan kesehatan. Dengan demikian, konstruksi rekonvensi yang objektif dan proporsional berkontribusi langsung pada dua agenda Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*/SDGs): SDG 3 (*Good Health and Well-Being*), melalui pemeliharaan ekosistem praktik klinis yang aman dari distorsi kedokteran defensif, serta SDG 16 (*Peace, Justice, and Strong Institutions*), melalui penguatan lembaga peradilan yang akuntabel, imparsial, dan menjamin kesetaraan akses keadilan bagi seluruh warga negara.

Penelitian ini memberikan dua kontribusi teoretis spesifik terhadap ilmu hukum kesehatan dan hukum acara perdata. Pertama, penelitian ini memperkaya teori perlindungan hukum Philipus M. Hadjon dalam bidang hukum kedokteran dengan merumuskan mekanisme transisi dari perlindungan preventif (*shield*) menuju perlindungan represif (*remedy*) melalui instrumen gugatan balik perdata. Kedua, penelitian ini merumuskan Doktrin Demarkasi Ganda (*Dual-Demarcation Test*) sebagai kerangka analitis untuk memisahkan standar pembuktian klinis-mediko-legal (*inspanning verbintenis*) pada gugatan konvensi dari standar pembuktian perbuatan melawan hukum berbasis itikad buruk (*abuse of right*) pada gugatan rekonvensi. Kerangka ini mengisi kekosongan doktrinal mengenai batas pertanggungjawaban perdata penggugat dalam sengketa layanan publik berisiko tinggi di negara berkembang berpaham *civil law*.

Berangkat dari mekanisme temuan di atas, dirumuskan lima preskripsi kebijakan hukum (*lex ferenda*) dan implikasi praktis yang terarah bagi para pemangku kepentingan:

1. Bagi Mahkamah Agung RI: Perlu menerbitkan Surat Edaran Mahkamah Agung (SEMA) atau pedoman teknis penanganan sengketa medis perdata yang mengkodifikasi Doktrin Demarkasi Ganda. Pedoman tersebut perlu menegaskan bahwa penolakan gugatan konvensi malapraktik tidak boleh otomatis menggugurkan maupun mengabulkan rekonvensi, sekaligus menetapkan indikator objektif penilaian kerugian immateriil dan pemulihan nama baik dokter akibat publikasi tuduhan palsu.
2. Bagi Pembentuk Undang-Undang dan Pemerintah (Kementerian Kesehatan): Dalam evaluasi peraturan pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, perlu diperjelas kedudukan hukum hasil rekomendasi Majelis Disiplin Profesi (Pasal 308) sebagai alat bukti keterangan ahli tertulis yang tidak mengikat secara mutlak (*non-binding persuasive authority*) guna menjaga independensi hakim (Syahuri & Saputra, 2024b), disertai penguatan skema

mediasi medik terintegrasi selaras dengan PERMA Nomor 1 Tahun 2016 dan PERMA Nomor 3 Tahun 2022 sebelum perkara meluas ke ranah litigasi terbuka.

3. Bagi Hakim Peradilan Umum: Hakim wajib menerapkan pemeriksaan berjenjang yang memisahkan evaluasi standar profesi pada gugatan konvensi dari pengujian empat unsur kumulatif Pasal 1365 KUHPerdata pada gugatan rekonvensi, serta bersikap cermat menolak rekonvensi yang diarahkan semata-mata pada pasien beritikad baik agar tidak terjadi *chilling effect* terhadap akses keadilan.
4. Bagi Tenaga Medis, Rumah Sakit, dan Organisasi Profesi: Fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga medis wajib memperkuat tata kelola rekam medis elektronik (Permenkes Nomor 24 Tahun 2022) dan dokumentasi *informed consent* secara rinci sebagai fondasi pembuktian konvensi. Sementara itu, organisasi profesi dan biro hukum rumah sakit perlu menyediakan literasi serta pendampingan hukum agar opsi rekonvensi digunakan secara selektif hanya ketika terdapat bukti kuat perbuatan melawan hukum mandiri.
5. Bagi Masyarakat dan Pasien: Diperlukan edukasi publik berkelanjutan mengenai batas antara risiko medis, komplikasi, dan kelalaian medis, sehingga keluhan terhadap pelayanan kesehatan disalurkan melalui mekanisme pengaduan resmi atau gugatan beritikad baik tanpa disertai penyebaran disinformasi di ruang digital.

Penelitian ini memiliki dua keterbatasan utama yang perlu diakui secara jujur. Pertama, karena bertumpu pada desain penelitian hukum doktrinal (normatif), pengujian ketahanan konstruksi rekonvensi masih mengandalkan analisis norma, dua putusan rujukan, dan skenario faktual hipotetis, sehingga belum memetakan secara statistik tingkat pengabulan, besaran ganti rugi immateriil yang dikabulkan hakim, serta lamanya durasi persidangan pada seluruh putusan sengketa medis di pengadilan negeri Indonesia. Kedua, ruang lingkup analisis difokuskan pada gugatan balik perdata dalam yurisdiksi Indonesia sehingga belum menguji secara mendalam irisan kumulatif antara rekonvensi perdata dan pelaporan pidana pencemaran nama baik berdasarkan rezim Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) baru dan Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE). Oleh karena itu, penelitian hukum selanjutnya direkomendasikan untuk: (1) melakukan studi sosio-legal atau analisis isi kuantitatif (*content analysis*) terhadap korpus putusan sengketa medis perdata periode 2023–2028 pasca-pemberlakuan penuh UU Nomor 17 Tahun 2023 guna mengukur konsistensi hakim menerapkan Pasal 132a–132b HIR dan Pasal 1365 KUHPerdata; (2) mengkaji formulasi model valuasi ekonomi kerugian immateriil dan reputasi profesi tenaga medis; serta (3) melaksanakan studi perbandingan hukum mendalam antara mekanisme rekonvensi di Indonesia dan perlindungan *anti-SLAPP* di yurisdiksi *common law*.

SIMPULAN

Kedudukan hukum tenaga medis dalam perkara dugaan malapraktik yang tidak terbukti secara mediko-legal dilindungi secara bersyarat oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan berdasarkan sifat perikatan upaya (*inspanning verbintenis*), tetapi mekanisme perlindungan tersebut baru bekerja secara preventif dan pasif sehingga tidak memulihkan kerugian materiil maupun reputasi profesional akibat tuduhan tidak berdasar. Oleh karena itu, gugatan rekonvensi berdasarkan Pasal 132a dan Pasal 132b *Herziene Indonesisch Reglement* serta Pasal 157 dan Pasal 158 *Rechtsreglement voor de Buitengewesten* yang ditopang Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata berfungsi sebagai instrumen perlindungan hukum represif dan pemulihan keadilan korektif bagi tenaga medis. Kendati demikian, ketidakterbuktian dugaan malapraktik secara mediko-legal hanya menggugurkan gugatan konvensi dan tidak secara otomatis mengkualifikasikan pasien telah melakukan perbuatan melawan hukum. Melalui penerapan Doktrin Demarkasi Ganda, gugatan rekonvensi tenaga medis hanya dapat dikabulkan secara proporsional apabila dibuktikan secara mandiri adanya perbuatan tergugat rekonvensi yang melampaui batas hak mencari keadilan secara beritikad buruk dan secara kausal menimbulkan kerugian nyata, sehingga keseimbangan kepastian hukum antara perlindungan profesi medis dan hak konstitusional pasien tetap terjaga.

DAFTAR PUSTAKA

Buku, Laporan Penelitian, dan Artikel Jurnal Ilmiah

American Medical Association. (2026). *Medical liability claim frequency among U.S. physicians: 2016–2024* (Policy Research Perspectives). American Medical Association.

Aristoteles. (2009). *Nicomachean ethics* (W. D. Ross, Trans.). Oxford University Press.

Baungaard, N., Skovvang, P. L., Hvidt, E. A., Gerbild, H., Andersen, M. K., & Lykkegaard, J. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: A systematic review. *BMJ Open*, *12*(1), e057169. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057169

Bayumi, M. (2024). Perlindungan hukum profesi dokter pada dugaan kasus malpraktik. *Jurnal Ilmu Hukum, Humaniora dan Politik*, *4*(6), 2718–2755. https://doi.org/10.38035/jihhp.v4i6.2780

Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, *324*(6), 370–376. https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604

Elizar, C., Markoni, M., Kantikha, I. M., & Saragih, S. (2024). Perlindungan hukum terhadap dokter yang diduga melakukan malpraktik ditinjau dari peraturan perundang-undangan yang berlaku (studi kasus Putusan Mahkamah Agung Nomor 233 K/Pid.Sus/2021). *ALADALAH: Jurnal Politik, Sosial, Hukum dan Humaniora*, *2*(2), 154–169. https://doi.org/10.59246/aladalah.v2i2.794

Fuady, M. (2002). *Perbuatan melawan hukum: Pendekatan kontemporer*. Citra Aditya Bakti.

Gunawan, A. C., Gunadi, C. G., & Prisilia, E. (2025). Analisis Perbuatan Melawan Hukum atas Kasus Malpraktik: Tinjauan Doktrin Informed Consent dan Komplikasi Medis (Studi Putusan Nomor 120/Pdt.G/2019/PN Cikarang). *Jurnal Ilmu Hukum, Humaniora Dan Politik*, *6*(2), 1084–1091. https://doi.org/10.38035/jihhp.v6i2.6786

Hadjon, P. M. (1987). *Perlindungan hukum bagi rakyat di Indonesia*. Bina Ilmu.

Harahap, M. Y. (2017). *Hukum acara perdata tentang gugatan, persidangan, penyitaan, pembuktian, dan putusan pengadilan*. Sinar Grafika.

Hasri, H., Mashendra, Hayun, Safira, N., & Nisa, F. N. (2025). Aspek perlindungan hukum bagi pasien yang korban malpraktik menurut hukum positif di Indonesia. *Sang Pencerah: Jurnal Ilmiah Universitas Muhammadiyah Buton*, *11*(1), 153-166. https://doi.org/10.35326/pencerah.v11i1.7047

Hidayah, N. P. (2024). Penolakan rekonvensi: Keterkaitan dengan konvensi: Kajian Putusan Nomor 288/Pdt.G/2021/PN.Jkt.Utr. *Jurnal Yudisial*, *17*(3), 312–329. https://doi.org/10.29123/jy.v17i3.700

Kararo, J. C., Wongkar, V. A., & Wahongan, A. S. (2025). Pertanggungjawaban hukum dokter dalam kasus malpraktek medis. *Lex Crimen*, *13*(4), 1-12. https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/lexcrimen/article/view/64144

Kelsen, H. (1945). *General theory of law and state* (A. Wedberg, Trans.). Harvard University Press.

Komalawati, V. (2009). *Hukum dan etika dalam praktek dokter* (Edisi revisi). Pustaka Sinar Harapan.

Krisnawaty, F., Sihombing, L. A., & Nuraeni, Y. (2026). Legal protection for doctors in performing medical actions after the enactment of Law of the Republic of Indonesia Number 17 of 2023 concerning Health at Siloam Hospital, Bogor City. *Journal of Law & Social Politics*, *4*(3), 227–239. https://doi.org/10.59261/jlsp.v4i3.120

Laksono, A. D., & Satino. (2025). Legal protection against use rights to counterfeit registered trademarks. *Multidiciplinary Output Research for Actual and International Issue (MORFAI)*, *5*(5), 2946–2953. https://doi.org/10.54443/morfai.v5i5.3351

Nasution, B. J. (2005). *Hukum kesehatan: Pertanggungjawaban dokter*. Rineka Cipta.

Radbruch, G. (1950). Legal philosophy. In *The legal philosophies of Lask, Radbruch, and Dabin* (K. Wilk, Trans., pp. 43–224). Harvard University Press.

Radwan, E., Albelbeisi, A. H., Al-Jedi, A., & Kakemam, E. (2025). Prevalence of defensive medicine behaviors, associated risk factors and its mitigation strategies among physicians in Gaza Strip, Palestine: A mixed method study. *BMC Medical Ethics*, *26*(1), 145. https://doi.org/10.1186/s12910-025-01313-2

Rakha, E. A., Shaaban, A. M., Van Bockstal, M. R., Decker, T., Foschini, M. P., Badve, S., Abuhejleh, M. A., Altrabulsi, B., Pinder, S. E., Tan, P. H., Quinn, C., & Ellis, I. O. (2026). Contextual diagnostic framework for evaluating histopathology grey zones: A proposal with medicolegal implications using breast pathology as a model. *Virchows Archiv*. https://doi.org/10.1007/s00428-026-04686-w

Ries, N. M., & Jansen, J. (2021). Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research. *Health Policy*, *125*(5), 634–642. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.005

Rohadi, Miarsa, F. R. D., & Romadhon, A. H. (2024). Perlindungan hukum terhadap profesi dokter terkait dugaan malpraktik. *Kertha Semaya: Journal Ilmu Hukum*, *12*(11). https://ojs.unud.ac.id/index.php/kerthasemaya/article/view/119110

Santoso, S., Kasih, E. W., & Saputra, M. R. (2023). Analysis of implemented policy strategies and innovations in legal management of natural resources and renewable energy in Indonesia. *Jurnal Riset dan Inovasi Manajemen*, *4*(2), 30–44. https://doi.org/10.59581/jrim-widyakarya.v1i4.4197

Saputra, M. R. (2024). Optimalisasi penerimaan negara melalui zakat dan pajak perspektif maqâsid al-syarî'ah. *MANDUB: Jurnal Politik, Sosial, Hukum dan Humaniora*, *2*(2), 277–285. https://doi.org/10.59059/mandub.v2i2.1202

Saputra, M. R., Syahuri, T., & Thohari, A. A. (2025). Designing institutional framework for political parties in Indonesia: Democratic analysis and party autonomy. *Journal of State Democracy*, *1*(2), 1–18. https://doi.org/10.65101/jsd.v1i2.180

Siregar, M., Sahbudi, & Joharsyah. (2026). Analisis Hukum Malapraktik Tenaga Medis Dan Rumah Sakit Ditinjau Dari Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum*, *4*(4), 20311–20333. https://doi.org/10.61104/alz.v4i4.11986

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. *The New England Journal of Medicine*, *354*(19), 2024–2033. https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479

Syahuri, T., & Saputra, M. R. (2024a). Penggunaan teknologi dalam proses peradilan serta dampaknya terhadap akses keadilan (*access to justice*). *Amandemen: Jurnal Ilmu Pertahanan, Politik dan Hukum Indonesia*, *1*(3), 1–14. https://doi.org/10.62383/amandemen.v1i3.206

Syahuri, T., & Saputra, M. R. (2024b). Analisis dampak revisi UU Mahkamah Konstitusi terhadap independensi hakim di Indonesia. *Jembatan Hukum: Kajian Ilmu Hukum, Sosial dan Administrasi Negara*, *1*(3), 80–89. https://doi.org/10.62383/jembatan.v1i3.422

Syarifudin. (2024). Problematika pembuktian dalam tindak pidana malpraktik dokter ditinjau dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Justitia et Pax*, *40*(2), 295–330. https://doi.org/10.24002/jep.v40i2.8262

Tamon, O., Setiawan, E. W., & Sapsudin, A. (2025). Legal protection for doctors under Law Number 17 of 2023 concerning Health. *Research Horizon*, *5*(4), 1281–1292. https://doi.org/10.54518/rh.5.4.2025.720

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Pasal 28D ayat (1), Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3)).

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (*Burgerlijk Wetboek*, *Staatsblad* 1847 Nomor 23; Pasal 1365, Pasal 1366, Pasal 1367, Pasal 1372, dan Pasal 1865).

Herziene Indonesisch Reglement (HIR, *Staatsblad* 1941 Nomor 44; Pasal 132a, Pasal 132b, Pasal 154, Pasal 163, dan Pasal 164).

Rechtsreglement voor de Buitengewesten (RBg, *Staatsblad* 1927 Nomor 227; Pasal 157, Pasal 158, dan Pasal 283).

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 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6842). *(dirujuk pada subbab Keterbatasan dan Penelitian Selanjutnya)*

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887; Pasal 1, Pasal 273 ayat (1) huruf a dan huruf f, Pasal 274, Pasal 304, serta Pasal 308 ayat (4)).

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik. *(dirujuk pada subbab Keterbatasan dan Penelitian Selanjutnya)*

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Prosedur Mediasi di Pengadilan.

Peraturan Mahkamah Agung Nomor 3 Tahun 2022 tentang Mediasi di Pengadilan secara Elektronik.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Putusan Pengadilan

Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 233 K/Pid.Sus/2021.

Putusan Pengadilan Negeri Jakarta Utara Nomor 288/Pdt.G/2021/PN.Jkt.Utr.