

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Urgensi RJ berbasis hukum adat dalam sengketa medik

Sengketa medik di Indonesia lahir dari kombinasi ketidakseimbangan perlindungan pasien–kepastian hukum dokter, fragmentasi antarforum (etik, disiplin, administratif, perdata, pidana), serta lemahnya pengakuan terhadap hukum adat sebagai *living law* dalam praktik, meskipun diakui secara normatif dalam KUHP dan konstitusi. Pendekatan litigasi yang dominan tidak hanya gagal memulihkan korban, tetapi juga menimbulkan beban psikososial berkepanjangan, memperkuat stigma terhadap profesi, dan mendorong *defensive medicine* yang merusak mutu pelayanan. Dalam konteks masyarakat prismatic dan majemuk, RJ berbasis hukum adat menjadi kebutuhan mendesak untuk menyediakan ruang dialog, pemulihan, dan rekonsiliasi yang selaras dengan nilai lokal seperti *rukun*, *dalihan natolu*, *pela gandong*, dan *tri hita karana*, sekaligus tetap terhubung dengan jaminan hak konstitusional para pihak.

2. Model RJ adat yang dapat diterapkan dalam penyelesaian sengketa medik

Penelitian merumuskan model sistemik dengan menggunakan kerangka DPM Bianchi: alur N1–N5 (laporan, registrasi, verifikasi, klasifikasi A–B–C, penentuan jalur) yang bercabang ke Jalur A (penyidikan–penuntutan–persidangan dengan RJ paralel), Jalur B (mediasi RS Tier 1 & 2), dan Jalur C

(mediasi adat melalui DMMA), lengkap dengan titik entry, konsultasi wajib MDP–MKEK, konversi B/C→A, dan *exit* berupa penghentian perkara, akta perdamaian, atau putusan dengan pemaafan hakim. Model ini diperkuat oleh pembentukan Dewan Mediasi Medik Adat (DMMA) di tingkat kabupaten/kota dengan struktur yang menjamin legitimasi ganda (formal–adat), komposisi panel mediator multisekmen (profesi kesehatan, mediator tersertifikasi, tokoh adat), serta skema indikator kinerja yang menghubungkan *outcome* (penurunan kriminalisasi, peningkatan penyelesaian mediasi, penguatan kepercayaan publik) dengan *drivers* kelembagaan dan sumber daya strategis.^[1]

3. Arah pembaharuan hukum (*ius constituendum*) untuk integrasi RJ adat

Dari sisi *ius constituendum*, penelitian menyimpulkan perlunya rekayasa norma yang: (a) mengakui secara eksplisit kesepakatan RJ adat medik sebagai dasar penghentian penyidikan, penuntutan, dan alasan pemaafan hakim dalam KUHP, KUHPA, dan UU Kesehatan; (b) memperjelas diferensiasi fungsional ICJS kesehatan dengan menjadikan filter etik–disiplin (MKEK/MDP) dan forum mediasi (RS/DMMA) sebagai tahapan wajib sebelum perkara dapat dilanjutkan sebagai pidana murni; dan (c) mensinkronkan Perpol, Perja, dan Perma agar memberikan pedoman operasional terpadu tentang penggunaan hasil mediasi adat dalam diskresi penegak hukum dan pertimbangan yudisial. Integrasi ini harus dibarengi dengan penguatan regulasi turunan, kurikulum pendidikan hukum dan kedokteran yang memasukkan RJ–adat, serta

dukungan anggaran dan sistem informasi sengketa medik terpadu sebagai prasyarat keberlanjutan model.

B. Saran

1. Bagi pembentuk undang-undang dan pembuat kebijakan nasional

- a. Merumuskan ketentuan eksplisit dalam KUHP Nasional, KUHAP 2025, dan UU Kesehatan yang mengakui kesepakatan RJ adat medik sebagai dasar sah penghentian perkara dan alasan pemaafan atau pengurangan pidana, dengan batasan yang jelas untuk kasus *gross negligence* dan pelanggaran berat.
- b. Menyusun peraturan pelaksana (PP, Perma, Perpol, Perja, Permenkes) yang mengatur tata cara mediasi medik berbasis adat, kedudukan DMMA, standar akta perdamaian, dan mekanisme integrasinya dalam berkas perkara pidana serta putusan pengadilan.

2. Bagi institusi penegak hukum, organisasi profesi, dan fasilitas kesehatan

- a. Membangun pilot project DMMA di beberapa provinsi dengan basis adat yang kuat, disertai SOP terpadu antara RS, MKEK, MDP, Polri, Kejaksaan, dan Pengadilan yang mengadopsi alur N1–N5 dan jalur A–B–C sebagaimana dimodelkan dalam kerangka DPM.
- b. Mengembangkan program pelatihan bersama (dokter, jaksa, hakim, penyidik, tokoh adat, mediator) tentang RJ medik dan hukum adat, serta menetapkan standar waktu layanan (SLA) untuk rekomendasi

MKEK/MDP dan proses mediasi agar tidak mendorong pilihan litigasi karena kelambatan mekanisme restoratif.

3. **Bagi komunitas akademik dan organisasi profesi kesehatan**

- a. Mengintegrasikan materi RJ, hukum adat, dan pemodelan sistem dinamik (DPM) ke dalam kurikulum pendidikan hukum dan kedokteran, termasuk pelatihan keterampilan komunikasi, mediasi, dan *disclosure* pasca kejadian medik.
- b. Mendorong penelitian lanjutan berbasis data empiris (misalnya indikator outcome, kepuasan para pihak, biaya perkara, dan dampak terhadap *defensive medicine*) di lokasi pilot untuk memvalidasi dan menyempurnakan model, termasuk pengembangan instrumen pengukuran kepuasan korban dan tenaga kesehatan yang adaptif terhadap konteks Indonesia.

4. **Bagi masyarakat adat dan lembaga lokal**

- a. Menginventarisasi dan mendokumentasikan praktik-praktik adat terkait penyelesaian sengketa kesehatan atau pelanggaran yang berdampak pada kehidupan/kenyamanan warga, sebagai basis penyusunan pedoman mediasi adat medik yang selaras dengan HAM dan hukum nasional.
- b. Membangun mekanisme akuntabilitas internal (kode etik adat, pengawasan komunitas) agar forum RJ adat tidak disalahgunakan untuk melindungi pelaku kelalaian berat atau memperkuat impunitas,

melainkan benar-benar menjadi instrumen pemulihan korban, koreksi sistem pelayanan, dan penguatan kepercayaan publik.

