

ASPEK MEDIKOLEGAL PELAYANAN GAWAT DARURAT

- ❑ Dalam pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di luar rumah sakit tidak tertutup kemungkinan timbul konflik.
- ❑ Konflik tersebut dapat terjadi antara tenaga kesehatan dengan pasien dan antara sesama tenaga kesehatan (baik satu profesi maupun antar profesi).

Hal yang lebih khusus adalah dalam penanganan gawat darurat fase pra-rumah sakit terlibat pula unsur-unsur masyarakat non-tenaga kesehatan.

- ▣ Untuk mencegah dan mengatasi konflik biasanya digunakan etika dan norma hukum yang mempunyai tolok ukur masing-masing.
- ▣ Oleh karena itu dalam praktik harus diterapkan dalam dimensi yang berbeda.
- ▣ Artinya pada saat kita berbicara masalah hukum, tolok ukur norma hukumlah yang diberlakukan.
- ▣ Pada kenyataannya kita sering terjebak dalam menilai suatu perilaku dengan membaurkan tolok ukur etika dan hukum.

- ▣ Pelayanan gawat darurat mempunyai aspek khusus karena mempertaruhkan kelangsungan hidup seseorang.
- ▣ Oleh karena itu dari segi yuridis khususnya hukum kesehatan terdapat beberapa pengecualian yang berbeda dengan keadaan biasa.
- ▣ Menurut segi pendanaan, nampaknya hal itu menjadi masalah, karena dispensasi di bidang ini sulit dilakukan.

Karakteristik Pelayanan Gawat Darurat

- ▣ Dipandang dari segi hukum dan medikolegal, pelayanan gawat darurat berbeda dengan pelayanan non-gawat darurat karena memiliki karakteristik khusus.
- ▣ Beberapa isu khusus dalam pelayanan gawat darurat membutuhkan pengaturan hukum yang khusus dan akan menimbulkan hubungan hukum yang berbeda dengan keadaan bukan gawat darurat.

Beberapa Isu Seputar Pelayanan Gawat Darurat

- ▣ Pada keadaan gawat darurat medik didapati masalah utama yaitu:
 - Periode waktu pengamatan/ pelayanan relatif singkat
 - Perubahan klinis yang mendadak
 - Mobilitas petugas yang tinggi
- ▣ Hal-hal di atas menyebabkan tindakan dalam keadaan gawat darurat memiliki risiko tinggi bagi pasien berupa kecacatan bahkan kematian.
- ▣ Dokter yang bertugas di gawatdarurat menempati urutan kedua setelah dokter ahli onkologi dalam menghadapi kematian.
- ▣ 3 Situasi emosional dari pihak pasien karena tertimpa risiko dan pekerjaan tenaga kesehatan yang di bawah tekanan mudah menyulut konflik antara pihak pasien dengan pihak pemberi pelayanan kesehatan.

Hubungan Dokter – Pasien dalam Keadaan Gawat Darurat

- ▣ Hubungan dokter-pasien dalam keadaan gawat darurat sering merupakan hubungan yang spesifik.
- ▣ Dalam keadaan biasa (bukan keadaan gawat darurat) maka hubungan dokter – pasien didasarkan atas kesepakatan kedua belah pihak, yaitu pasien dengan bebas dapat menentukan dokter yang akan dimintai bantuannya (didapati azas voluntarisme). Demikian pula dalam kunjungan berikutnya, kewajiban yang timbul pada dokter berdasarkan pada hubungan yang telah terjadi sebelumnya (*pre-existing relationship*).
- ▣ Apabila seseorang bersedia menolong orang lain dalam keadaan darurat, maka ia harus melakukannya hingga tuntas dalam arti ada pihak lain yang melanjutkan pertolongan itu atau korban tidak memerlukan pertolongan lagi.
- ▣ Dalam hal pertolongan tidak dilakukan dengan tuntas maka pihak penolong dapat digugat karena dianggap mencampuri/ menghalangi kesempatan korban untuk memperoleh pertolongan lain (*loss of chance*).

- ▣ *Pengaturan Staf dalam Instalasi Gawat Darurat*
- ▣ Ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah memadai
- ▣ adalah syarat yang harus dipenuhi oleh IGD. Selain dokter jaga yang siap di IGD, rumah sakit juga harus menyiapkan
- ▣ spesialis lain (bedah, penyakit dalam, anak, dll) untuk
- ▣ memberikan dukungan tindakan medis spesialisasi bagi
- ▣ pasien yang memerlukannya. Dokter spesialis yang
- ▣ bertugas
- ▣ harus siap dan bersedia menerima rujukan dari IGD. Jika
- ▣ dokter spesialis gagal memenuhi kewajibannya maka
- ▣ tanggungjawab terletak pada dokter itu dan juga rumah
- ▣ sakit
- ▣ karena tidak mampu mendisiplinkan dokternya.

- ▣ **Peraturan Perundang-Undangan yang Berkaitan dengan**
- ▣ **Pelayanan Gawat Darurat**
- ▣ Peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan
- ▣ pelayanan gawat darurat adalah UU No 23/1992 tentang
- ▣ Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan No.585/1989
- ▣ tentang Persetujuan Tindakan Medis, dan Peraturan Menteri
- ▣ Kesehatan No.159b/1988 tentang Rumah Sakit.

Pengaturan Penyelenggaraan Pelayanan Gawat Darurat

- ▣ Ketentuan tentang pemberian pertolongan dalam keadaan darurat telah tegas diatur dalam pasal 51 UU No.29/ 2004 tentang Praktik Kedokteran, di mana seorang dokter wajib melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan.
- ▣ Pasal 1 (2) UU 44/2009 gawat darurat adalah keadaan klinis .

- ▣ Selanjutnya pasal Pasal 19 UU 36/2009 Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.
- ▣ Pasal 6 UU 44/2009 upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat” termasuk fakir miskin, orang terlantar dan kurang mampu. Tentunya upaya ini menyangkut pula pelayanan gawat darurat, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat (swasta).

Pasal 32 UU 36/2009

- (1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu.
- (2) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka.

- ❑ Rumah sakit di Indonesia memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan gawat darurat 24 jam sehari sebagai salah satu persyaratan ijin rumah sakit.
- ❑ Dalam penanggulangan pasien gawat darurat dikenal pelayanan fase pra-rumah sakit dan fase rumah sakit. Pengaturan pelayanan gawat darurat untuk fase rumah sakit telah terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.159b/ 1988 tentang Rumah Sakit, di mana dalam pasal 23 telah disebutkan kewajiban rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan gawat darurat selama 24 jam per hari.
- ❑ Untuk fase pra-rumah sakit belum ada pengaturan yang spesifik. Secara umum ketentuan yang dapat dipakai sebagai landasan hukum adalah pasal 7 *UU No.23/1992 tentang Kesehatan*, yang harus dilanjutkan dengan pengaturan yang spesifik untuk pelayanan gawat darurat fase pra-rumah sakit.
- ❑ Bentuk peraturan tersebut seyogyanya adalah peraturan pemerintah karena menyangkut berbagai instansi di luar sektor kesehatan.

Masalah Lingkup Kewenangan Personil dalam Pelayanan Gawat Darurat

- Hal yang perlu dikemukakan adalah pengertian tenaga kesehatan yang berkaitan dengan lingkup kewenangan dalam penanganan keadaan gawat darurat. Pengertian tenaga kesehatan diatur dalam pasal 1 butir 3 *UU No.23/1992 tentang Kesehatan* sebagai berikut: tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan”.
- Melihat ketentuan tersebut nampak bahwa profesi kesehatan memerlukan kompetensi tertentu dan kewenangan khusus karena tindakan yang dilakukan mengandung risiko yang tidak kecil.
- Pengaturan tindakan medis secara umum dalam *UU No.23/1992 tentang Kesehatan* dapat dilihat dalam pasal 32 ayat (4) yang menyatakan bahwa “pelaksanaan pengobatan dan atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu”.
- Ketentuan tersebut dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari tindakan seseorang yang tidak mempunyai keahlian dan kewenangan untuk melakukan pengobatan/perawatan, sehingga akibat yang dapat merugikan atau membahayakan terhadap kesehatan pasien dapat dihindari, khususnya tindakan medis yang mengandung risiko.

- Pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan medik diatur dalam pasal 50 *UU No.23/1992 tentang Kesehatan* yang merumuskan bahwa “tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan”.
- Pengaturan di atas menyangkut pelayanan gawat darurat pada fase di rumah sakit, di mana pada dasarnya setiap dokter memiliki kewenangan untuk melakukan berbagai tindakan medik termasuk tindakan spesifik dalam keadaan gawat darurat. Dalam hal pertolongan tersebut dilakukan oleh tenaga kesehatan maka yang bersangkutan harus menerapkan standar profesi sesuai dengan situasi (gawat darurat) saat itu.
- Pelayanan gawat darurat fase pra-rumah sakit umumnya tindakan pertolongan pertama dilakukan oleh masyarakat awam baik yang tidak terlatih maupun yang terlatih di bidang medis. Dalam hal itu ketentuan perihal kewenangan untuk melakukan tindakan medis dalam undang-undang kesehatan seperti di atas tidak akan diterapkan, karena masyarakat melakukan hal itu dengan sukarela dan dengan itikad yang baik. Selain itu mereka tidak dapat disebut sebagai tenaga kesehatan karena pekerjaan utamanya bukan di bidang kesehatan.
- Jika tindakan fase pra-rumah sakit dilaksanakan oleh tenaga terampil yang telah mendapat pendidikan khusus di bidang kedokteran gawat darurat dan yang memang tugasnya di bidang ini (misalnya petugas 118), maka tanggungjawab hukumnya tidak berbeda dengan tenaga kesehatan di rumah sakit. Penentuan ada tidaknya kelalaian dilakukan dengan membandingkan keterampilan tindakannya dengan tenaga yang serupa.

Masalah Medikolegal pada Penanganan Pasien Gawat Darurat

- Hal-hal yang disoroti hukum dalam pelayanan gawat darurat dapat meliputi hubungan hukum dalam pelayanan gawat darurat dan pembiayaan pelayanan gawat darurat. Karena secara yuridis keadaan gawat darurat cenderung menimbulkan *privilege* tertentu bagi tenaga kesehatan maka perlu ditegaskan pengertian gawat darurat.
- Menurut *The American Hospital Association (AHA)* pengertian gawat darurat adalah: *3 An emergency is any condition that in the opinion of the patient, his family, or whoever assumes the responsibility of bringing the patient to the hospital- requires immediate medical attention. This condition continues until a determination has been made by a health care professional that the patient's life or well-being is not threatened.*

- ▣ Adakalanya pasien untuk menempatkan dirinya dalam keadaan gawat darurat walaupun sebenarnya tidak demikian.
- ▣ Sehubungan dengan hal itu perlu dibedakan antara *false emergency* dengan *true emergency* yang pengertiannya adalah:
A true emergency is any condition clinically determined to require immediate medical care. Such conditions range from those requiring extensive immediate care and admission to the hospital to those that are diagnostic problems and may or may not require admission after work-up and observation."
- ▣ Untuk menilai dan menentukan tingkat urgensi masalah kesehatan yang dihadapi pasien diselenggarakanlah triage.
- ▣ Tenaga yang menangani hal tersebut yang paling ideal adalah dokter, namun jika tenaga terbatas, di beberapa tempat dikerjakan oleh perawat melalui *standing order* yang disusun rumah sakit.

- ❑ Selain itu perlu pula dibedakan antara penanganan kasus gawat darurat fase pra-rumah sakit dengan fase di rumah sakit.
- ❑ Pihak yang terkait pada kedua fase tersebut dapat berbeda, di mana pada fase pra-rumah sakit selain tenaga kesehatan akan terlibat pula orang awam, sedangkan pada fase rumah sakit umumnya yang terlibat adalah tenaga kesehatan, khususnya tenaga medis dan perawat.
- ❑ Kewenangan dan tanggungjawab tenaga kesehatan dan orang awam tersebut telah dibicarakan di atas. Kecepatan dan ketepatan tindakan pada fase pra-rumah sakit sangat menentukan survivabilitas pasien.

Hubungan Hukum dalam Pelayanan Gawat Darurat

- Di USA dikenal penerapan doktrin *Good Samaritan* dalam peraturan perundang-undangan pada hampir seluruh negara bagian. Doktrin tersebut terutama diberlakukan dalam fase pra-rumah sakit untuk melindungi pihak yang secara sukarela beritikad baik menolong seseorang dalam keadaan gawat darurat. 3,5 Dengan demikian seorang pasien dilarang menggugat dokter atau tenaga kesehatan lain untuk kecederaan yang dialaminya. Dua syarat utama doktrin Good Samaritan yang harus dipenuhi adalah:
 1. *Kesukarelaan* pihak penolong. Kesukarelaan dibuktikan dengan tidak ada harapan atau keinginan pihak penolong untuk memperoleh kompensasi dalam bentuk apapun. Bila pihak penolong menarik biaya pada akhir pertolongannya, maka doktrin tersebut tidak berlaku.
 2. *Itikad baik* pihak penolong. Itikad baik tersebut dapat dinilai dari tindakan yang dilakukan penolong. Hal yang bertentangan dengan itikad baik misalnya melakukan trakeostomi yang tidak perlu untuk menambah keterampilan penolong.

- ❑ Dalam hal pertanggungjawaban hukum, bila pihak pasien menggugat tenaga kesehatan karena diduga terdapat kekeliruan dalam penegakan diagnosis atau pemberian terapi maka pihak pasien harus membuktikan bahwa hanya kekeliruan itulah yang menjadi penyebab kerugiannya/cacat (*proximate cause*).
- ❑ Bila tuduhan kelalaian tersebut dilakukan dalam situasi gawat darurat maka perlu dipertimbangkan faktor kondisi dan situasi saat peristiwa tersebut terjadi.
- ❑ Jadi, tepat atau tidaknya tindakan tenaga kesehatan perlu dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang berkualifikasi sama, pada pada situasi dan kondisi yang sama pula.

- ▣ Setiap tindakan medis harus mendapatkan persetujuan dari pasien (*informed consent*). Hal itu telah diatur sebagai hak pasien dalam *UU No.23/1992 tentang Kesehatan* pasal 53 ayat 2 dan Peraturan Menteri Kesehatan No.585/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis.
- ▣ Dalam keadaan gawat darurat di mana harus segera dilakukan tindakan medis pada pasien yang tidak sadar dan tidak didampingi pasien, tidak perlu persetujuan dari siapapun (pasal 11 Peraturan Menteri Kesehatan No.585/1989). Dalam hal persetujuan tersebut dapat diperoleh dalam bentuk tertulis, maka lembar persetujuan tersebut harus disimpan dalam berkas rekam medis.

Kematian pada Instalasi Gawat Darurat

- Pada prinsipnya setiap pasien yang meninggal pada saat dibawa ke IGD (*Death on Arrival*) harus dilaporkan kepada pihak berwajib.
- Di negara *Anglo-Saxon* digunakan sistem koroner, yaitu setiap kematian mendadak yang tidak terduga (*sudden unexpected death*) apapun penyebabnya harus dilaporkan dan ditangani oleh *Coroner* atau *Medical Examiner*.
- Pejabat tersebut menentukan tindakan lebih lanjut apakah jenazah harus diautopsi untuk pemeriksaan lebih lanjut atau tidak. Dalam keadaan tersebut surat keterangan kematian (*death certificate*) diterbitkan oleh *Coroner* atau *Medical Examiner*.
- Pihak rumah sakit harus menjaga keutuhan jenazah dan benda-benda yang berasal dari tubuh jenazah (pakaian dan benda lainnya) untuk pemeriksaan lebih lanjut.
- Indonesia tidak menganut sistem tersebut, sehingga fungsi semacam *coroner* diserahkan pada pejabat kepolisian di wilayah tersebut.
- Dengan demikian pihak POLRI yang akan menentukan apakah jenazah akan diautopsi atau tidak.
- Dokter yang bertugas di IGD tidak boleh menerbitkan surat keterangan kematian dan menyerahkan permasalahannya pada POLRI.

- Untuk Daerah Khusus Ibukota Jakarta, sesuai dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan DKI Nomor 3349/1989 tentang berlakunya Petunjuk Pelaksanaan Pencatatan dan Pelaporan kematian di Puskesmas, Rumah Sakit, RSB/RB di wilayah DKI Jakarta yang telah disempurnakan tanggal 9 Agustus 1989 telah ditetapkan bahwa *semua peristiwa kematian rudapaksa dan yang dicurigai rudapaksa dianjurkan kepada keluarga untuk dilaporkan kepada pihak kepolisian dan selanjutnya jenazah harus dikirim ke RS Cipto Mangunkusumo untuk dilakukan visum etrepertum.*
- Kasus yang tidak boleh diberikan surat keterangan kematian adalah:
 - meninggal pada saat dibawa ke IGD
 - meninggal akibat berbagai kekerasan
 - meninggal akibat keracunan
 - meninggal dengan kaitan berbagai peristiwa kecelakaan
- Kematian yang boleh dibuatkan surat keterangan kematiannya adalah yang cara kematiannya alamiah karena penyakit dan tidak ada tanda-tanda kekerasan

Pembiayaan dalam Pelayanan Gawat Darurat

- ❑ Dalam pelayanan kesehatan prestasi yang diberikan tenaga kesehatan sewajarnya diberikan kontra-prestasi, paling tidak segala biaya yang diperlukan untuk menolong seseorang.
- ❑ Hal itu diatur dalam hukum perdata.
- ❑ Kondisi tersebut umumnya berlaku pada fase pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Pembiayaan pada fase ini diatasi pasien tetapi dapat juga diatasi perusahaan asuransi kerugian, baik pemerintah maupun swasta.
- ❑ Di sini nampak bahwa jasa pelayanan kesehatan tersebut merupakan *private goods* sehingga masyarakat (pihak swasta) dapat diharapkan ikut membiayainya.

- Kondisi tersebut berbeda dengan pelayanan gawat
- darurat fase pra-rumah sakit yang juga berupa jasa, namun
- lebih merupakan *public goods*. Jasa itu dapat disejajarkan
- dengan prasarana umum (misalnya jalan raya) yang harus
- diselenggarakan dan dibiayai oleh pemerintah. Pihak swasta
- sulit diharapkan untuk membiayai sesuatu yang bersifat
- prasarana umum. Dengan demikian pelayanan gawat darurat
- pada fase pra-rumah sakit sewajarnya dibiayai dari pajak
- yang dibayarkan oleh rakyat. Realisasi pembiayaan melalui
- pengaturan secara hukum yang mewajibkan anggaran untuk
- pelayanan yang bersifat *public goods* tersebut. Bentuk
- peraturan perundang-undangan tersebut dapat berupa
- peraturan pemerintah yang merupakan jabaran dari UU No.23/
- 1992 dan atau peraturan daerah tingkat I (Perda Tk.I).
-

Daftar Pustaka

1. Purbacaraka P, Soekanto S. Perihal kaedah hukum. Bandung: Alumni; 1979.
2. Soekanto S, Herkutanto. Pengantar hukum kesehatan. Jakarta: CV Remadja Karya; 1987.
3. Mancini MR, Gale AT. Emergency care and the law. Maryland: Aspen Publication; 1981.
4. Puspongoro AD. Perbedaan pengelolaan kasus gawat darurat pra- rumah sakit dan di rumah sakit. Bandung: PKGDI; 1992.
5. Holder AR. Emergency room liability. JAMA 1972;220:5.
6. Undang-undang No 23/1992 tentang Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan No.585/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis
8. Peraturan Menteri Kesehatan No.749a/1989 tentang Rekam Medis
9. Peraturan Menteri Kesehatan No.159b/1988 tentang Rumah Sakit
10. Undang-undang No. 29/ tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran