

# KEBIJAKAN FORMULASI MEDIASI PENAL SEBAGAI ALTERNATIF PENYELESAIAN KASUS TIDAK MEMBERI PERTOLONGAN PERTAMA KEPADA PASIEN GAWAT DARURAT OLEH PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN

**Ayu Sa'idah,<sup>1</sup> Ismail Navianto,<sup>2</sup> Lucky Endrawati<sup>3</sup>**

Fakultas Hukum Universitas Brawijaya  
Jl. MT. Haryono 169 Malang 65145, Telp. (0341) 553898, Fax. (0341) 566505.  
Email: ayusaidah22@gmail.com

## **Abstract**

---

*Health services in first aid for emergency department's patients is a useful medical treatment to prevent disability and death, but now there are many cases of patient refusal, delay in medical treatment as a result of the withdrawal of the administrative process advances convoluted. The settlement of the case is not manifesting justice for the victims as well as of legal certainty. This paper aims to determine the settlement of the case where emergency patients did not given first aid by health care providers as well as formulation of penal policy through currently penal mediation as an alternative for resolving cases do not give first aid to emergency patients by health care providers in the future is done with this type of research normative / doctrinal approach and the approach of the statute, conceptual approach and comparative approach. The results of this study indicate that the settlement is not satisfactory and is considered unfair and needed formulation stage with penal mediation for settlement in the future.*

**Key words:** *health emergency services, penal policy, penal mediation*

## **Abstrak**

---

Pelayanan kesehatan dalam pertolongan pertama pada pasien gawat darurat merupakan penanganan medis yang bermanfaat untuk pencegahan kecacatan dan kematian, namun sekarang ini masih banyak terjadi kasus penolakan pasien, keterlambatan penanganan medis akibat dari penarikan uang muka dari proses administrasi yang berbelit-belit. Penyelesaian kasusnya pun tidak mewujudkan keadilan serta kepastian hukum bagi korban. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui penyelesaian kasus tidak memberi pertolongan pertama kepada pasien gawat darurat oleh penyelenggara pelayanan kesehatan saat ini serta kebijakan formulasi mediasi penal sebagai alternatif penyelesaian kasus tidak memberi pertolongan pertama kepada pasien gawat darurat oleh penyelenggara pelayanan kesehatan di masa datang yang dilakukan dengan jenis penelitian normatif/doktrinal dan pendekatan *statute approach, conceptual approach* dan *comparative approach*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa penyelesaian kasus masih tidak memuaskan dan dianggap tidak adil serta dibutuhkan kebijakan formulasi mediasi penal untuk penyelesaian di masa datang.

**Kata kunci:** *pelayanan kegawatdaruratan medis, politik hukum pidana, mediasi penal*

---

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Magister Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Brawijaya.

<sup>2</sup>Dosen Pascasarjana, Program Studi Hukum Pidana, Fakultas Hukum, Universitas Brawijaya.

<sup>3</sup>Dosen Pascasarjana, Program Studi Hukum Pidana, Fakultas Hukum, Universitas Brawijaya.

## Latar Belakang

Kesehatan<sup>4</sup> berasal dari kata sehat (“Health”) dan *World Health Organization* merumuskan atau mendefinisikan sebagai *the health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and state*, ini berarti bahwa *the achievement of any state in the promotion and protection of health is of value to all.*<sup>5</sup>

Kesehatan mempunyai arti penting bagi bangsa Indonesia, yaitu sebagai modal dasar (*asset*) dalam melakukan aktivitas, maka perangkat hukum yang akan dibuat harus sejalan dengan tujuan dan cita-cita bangsa Indonesia sebagai cerminan dari Pancasila yang tertuang dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 (untuk selanjutnya disebut UUD 1945), melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum<sup>6</sup>, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia.

Produk atau perangkat hukum yang mengatur bidang kesehatan, yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (untuk selanjutnya disebut UU Kesehatan) yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial ekonomis, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (untuk selanjutnya disebut UURS) terbentuknya rumah sakit diselenggarakan dengan berdasarkan Pancasila berdasar kemanusiaan , manfaat, keadilan, persamaan hak, anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, keselamatan pasien dan mempunyai fungsi sosial. Pengaturan ini bertujuan mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, memberi perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia di rumah sakit, meningkatkan mutu dan mempertahankan standar

<sup>4</sup> Departemen Pendidikan Nasional, **Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Ketiga**, Balai Pustaka, Jakarta, 2005, hal 1011, istilah kesehatan berasal dari kata sehat yang berarti baik seluruh badan serta bagian-bagiannya bebas dari sakit, sedangkan istilah kesehatan berarti keadaan (hal) sehat ; kebaikan keadaan (badan dsb).

Yuli Yantho, **Sosiologi Kesehatan**, <http://blog.unila.ac.id/>, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010, menurut sudut pandang medis kesehatan adalah ketiadaan simtom dan tanda penyakit, tetapi Wollinsky berpendapat bahwa definisi tersebut terlalu sempit daripada definisi *World Health Organization* yang mencakup baik kesejahteraan fisik, mental maupun sosial dan tidak semata-mata terbatas pada ketiadaan penyakit atau kelesuan. Namun menurut Mechanic definisi *World Health Organization* ini sulit untuk dioperasionalisasikan untuk membedakan orang sehat dan sakit, sedangkan Blum berpendapat dengan konsep luasnya tentang kesehatan yang mempunyai tiga unsur terdiri dari kesehatan somatik, kesehatan psikis, dan kesehatan sosial.

**Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan**, Citra Umbara, Bandung, 2010, hal 2, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

<sup>5</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, **Hukum Untuk Perumahsakitan**, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002, hal 2-3.

<sup>6</sup>**Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945**, lebih lanjut diterangkan dalam Pasal 28 H dan Pasal 34 bahwa setiap orang berhak atas hidup sejahtera serta memperoleh pelayanan kesehatan, adapun pelayanan kesehatan yang diperoleh wajib diselenggarakan oleh negara serta bertanggung jawab atas fasilitas pelayanan kesehatan.

pelayanan rumah sakit, serta memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (untuk selanjutnya disebut UUPK) rumah sakit dilaksanakan berdasar Pancasila dan nilai ilmiah, manfaat, kemanusiaan, keseimbangan, perlindungan dan keselamatan pasien, dengan tujuan untuk memberi perlindungan pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis, dan memberi kepastian hukum pada masyarakat, dokter dan dokter gigi, Undang-Undang Keperawatan<sup>7</sup> (produk hukum ini masih dalam taraf pembahasan jadi masih berupa rancangan undang-undang) serta berbagai aturan yang tertuang dalam Peraturan Pemerintah dan Keputusan Menteri Kesehatan serta regulasi lainnya.

Institusi pelayanan kesehatan di Indonesia, yaitu rumah sakit sebagaimana yang diatur dalam UURS dalam fasilitas pelayanan medis mempunyai dua jenis pelayanan kesehatan<sup>8</sup>, yaitu pelayanan kesehatan perseorangan<sup>9</sup> dan pelayanan kesehatan masyarakat<sup>10</sup>. Kewajiban dari pelayanan kesehatan perseorangan ini dilakukan dengan promotif<sup>11</sup>, preventif<sup>12</sup>, kuratif<sup>13</sup>, rehabilitatif<sup>14</sup>. Berkaitan dengan adanya kewajiban mendahuluikan pertolongan keselamatan nyawa pasien, terutama pada pasien keadaan darurat maka fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan adanya IGD<sup>15</sup> yang mempunyai aspek khusus karena mempertaruhkan kelangsungan hidup seseorang dan karena itu dari segi yuridis khususnya hukum kesehatan terdapat beberapa pengecualian yang berbeda dengan keadaan biasa artinya terdapat situasi emosional dari pihak pasien karena tertimpa

<sup>7</sup>Rancangan Undang-Undang Keperawatan, [http://www.dpr.go.id/uu/delbills/RUU\\_RUU\\_Tentang\\_Keperawatan.pdf](http://www.dpr.go.id/uu/delbills/RUU_RUU_Tentang_Keperawatan.pdf), diakses 22 November 2013, asas dan tujuan keperawatan termuat dalam pasal 2 dan 3 , yaitu keperawatan berdasarkan perikemanusiaan, nilai ilmiah, etika, manfaat, keadilan dan kesehatan, keselamatan pasien serta mempunyai tujuan meningkatkan mutu perawat, pelayanan keperawatan, memberi perlindungan dan kepastian hukum pada perawat dan klien, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

<sup>8</sup> Titik Triwulan Tutik dan Shita Febriana, **Perlindungan Hukum Bagi Pasien**, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2010, hal 11, Pelayanan hakikatnya merupakan suatu usaha untuk membantu menyiapkan segala sesuatu yang diperlukan oleh orang lain serta dapat memberikan kepuasan sesuai dengan keinginan yang diharapkan oleh yang membutuhkannya dan terdapat tiga komponen dalam suatu proses pelayanan, yaitu kualitas pelayanan, siapa yang melakukan pelayanan dan siapa yang membutuhkan pelayanan tersebut menilai sesuai dengan harapan yang diinginkan.

<sup>9</sup>Sri Astuti S. Suparmanto, **Program Upaya Kesehatan Perseorangan**, [www.litbang.depkes.go.id/download/preseptasi/Ditjen-Yanmed.ppt](http://www.litbang.depkes.go.id/download/preseptasi/Ditjen-Yanmed.ppt), 2006, diakses pada tanggal 14 Agustus 2010, pengertian pelayanan kesehatan perseorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta , untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan.

<sup>10</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Bandung, Citra Umbara, hal 20, pengertian pelayanan kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah dan pihak swasta dalam pencegahan penyakit dengan sasarannya pada masyarakat secara efisien, serta fungsi organisasinya didukung oleh masyarakat.

<sup>11</sup>Istilah promotif menurut Undang-Undang Kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang lebih bersifat promosi kegiatan.

<sup>12</sup>Istilah preventif menurut Undang-Undang Kesehatan adalah suatu tindakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan penyakit.

<sup>13</sup>Istilah kuratif menurut Undang-Undang Kesehatan adalah suatu kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

<sup>14</sup>Istilah rehabilitatif menurut Undang-Undang Kesehatan adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

<sup>15</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, dalam pasal 1 jelas menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang juga harus menyediakan fasilitas gawat darurat.

risiko dan pekerjaan tenaga kesehatan yang di bawah tekanan mudah terjadi konflik antara pihak pasien dengan pihak pemberi pelayanan kesehatan.

Kasus yang terjadi pada pasien yang bernama Abdullah berumur 45 tahun warga Desa Seuneubok Johan, Kecamatan Ranto Peureulak, Aceh Timur meninggal dunia di Rumah Sakit Umum Langsa setelah sempat mengalami sesak nafas, kematian pasien tersebut dinilai akibat kelalaian pihak dokter yang tidak segera memberi pertolongan.<sup>16</sup> Kasus yang menimpa bayi bernama Elsa yang dirawat pada salah satu Rumah Sakit terkemuka di Jakarta, ia tidak mendapatkan penanganan medis secara layak dikarenakan orangtuanya belum memenuhi uang muka administrasi sejumlah Rp. 10.000.000,00, kemudian yang terjadi ialah bayi yang bernama Elsa tersebut meninggal.<sup>17</sup>

Bayi bernama Naila (2 bulan), putri dari pasangan Mustari dan Nursia (Dusun Patommo, Desa Kaliang, Kecamatan Duampanua, Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan) meninggal dipangku ibunya (30 Oktober 2013), Naila meninggal diduga akibat keterlambatan pertolongan medis saat mendapat rujukan dari Puskesmas Lampa ke Rumah Sakit Umum Lasinrang, Pinrang. Perawatan medis terlambat diberikan dikarenakan proses administrasi yang berbelit-belit, pihak rumah sakit (perawat) menolak untuk memberi pelayanan kesehatan sebelum orangtuanya melengkapi berkas keterangan warga miskin (surat keterangan lahir).<sup>18</sup> Namun dari kasus-kasus yang diuraikan di atas tidak ada satupun rumah sakit ataupun tenaga kesehatan yang mempertanggungjawabkan tindakannya, padahal kewajiban dokter dan hak pasien sudah diatur dalam UUPK. Kewajiban dokter meliputi memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi<sup>19</sup> dan standar prosedur operasional<sup>20</sup> serta kebutuhan medis pasien serta melakukan pertolongan darurat atas dasar

<sup>16</sup> Elly, **Oknum Dokter RSU Langsa Dinilai tak Profesional**, [www.acehforum.com](http://www.acehforum.com) edisi 27 april 2009, diakses tanggal 23 Juli 2010.

<sup>17</sup> Riz, **Ditolak Rumah Sakit, Bayi 6 Bulan Meninggal**, [www.metrovnews.com](http://www.metrovnews.com), edisi Selasa, 16 Maret 2010, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010.

<sup>18</sup> Mon, **Administrasi Berbelit Bayi Meninggal di Depan Loket Rumah Sakit**, <http://www.tribunnews.com> /regional/2013/10/31/bayi-ini-meninggal-di-depan-loket-karena-ditolak-rumah-sakit, 1 November 2013, diakses pada 3 Maret 2014.

Yohanes Iswayudi, **Bayi Meninggal di Depan Loket, Ini Jawaban Pejabat RS**, <http://sumsel.tribunnews.com> /2013/11/01/bayi-meninggal-di-depan-loket-ini-jawaban-pejabat-rs, 1 November 2013, diakses pada 3 Maret 2014.

Sabrina Asril, **Bayi Meninggal di Loket, DPR RI Tuntut Tanggung Jawab RSU Lasinrang**, [<sup>19</sup>\*\*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit\*\*, Penjelasan Pasal 13 ayat 3 Pengertian standar profesi adalah batasan kemampuan \(\*capacity\*\) meliputi pengetahuan \(\*knowledge\*\), keterampilan \(\*skill\*\) dan sikap profesional \(\*professional attitude\*\) yang minimal harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan pekerjaan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi.](http://regional.kompas.com/read/2013/11/01/1630147/Bayi.Meninggal.di.Loket.DPR.RI.Tuntut.Tanggung.Jawab.RSU.Lasinrang., 1 November 2013, diakses pada 3 Maret 2014.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

<sup>20</sup>*Ibid*, Standar pelayanan rumah sakit adalah pedoman yang harus diikuti dalam menyelenggarakan rumah sakit antara lain standar prosedur operasional , standar pelayanan medis dan standar asuhan keperawatan. Selain itu pengertian dari standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu, standar ini memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi

perikemanusiaan serta hak pasien yang mempunyai hak dalam pelayanan sesuai kebutuhan medis. Dinyatakan pula dalam UU Kesehatan bahwa semua fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun mempunyai kewajiban dalam memberi pelayanan kesehatan sebagai penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu dan dilarang untuk menolak pasien dalam keadaan darurat.

Penanganan kasus di bidang kesehatan seperti ini di Indonesia masih sangat sulit membedakan antara malpraktik, kelalaian, kegagalan atau kecelakaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, kondisi ini dikarenakan sampai saat ini tidak ada suatu standar profesi dan peraturan pemerintah menyangkut khusus Standar Pelayanan Medis (terutama dalam penanganan kegawat daruratan) serta ketidaktahuan penegak hukum akan kasus pidana yang berkaitan dengan medis, karena hal inilah kasus yang dibawa ke pengadilan seringkali hasilnya tidak jelas. Kasus yang dituntut pasien ke peradilan pidana karena ketidakjelasan tersebut (baik peraturan atau indikator malpraktik atau standar penanganan yang tidak jelas) maka baik hakim dan penuntut umum akan menggunakan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (yang selanjutnya disebut KUHP)<sup>21</sup> yang biasanya berkaitan dengan kelalaian<sup>22</sup>, yaitu Pasal 359, Pasal 360 dan Pasal 361.<sup>23</sup>

Berbagai kasus penolakan maupun keterlambatan penanganan pasien gawat darurat yang sudah diatur dalam Pasal 32, 85 dan 190 UU Kesehatan yang menyatakan bahwa baik tenaga kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan harus segera dan wajib memberikan pertolongan pertama pada penanganan pasien gawat darurat demi pencegahan kecacatan terlebih dahulu serta tanpa menarik uang muka. Namun dapat dikatakan bahwa pasal-pasal tersebut terdapat ketidakjelasan mengenai batas waktu pasien gawat darurat harus ditangani (sampai batas kondisi yang paling kritis), hal ini dikarena kebijakan atau standar operasional prosedur fasilitas kesehatan berbeda-beda (yang sebagian besar masih menerapkan alur penanganan pasien dengan mengurus biaya administrasi terlebih dahulu) serta peraturan pelaksana dari undang-undang yang masih belum dibuat.

Kebanyakan juga dari beberapa kasus kesehatan yang sama, pasien yang menyelesaikan melalui jalur peradilan pidana dengan jumlah denda yang ditetapkan oleh

<sup>21</sup> Indra Bastian dan Suryono, **Penyelesaian Sengketa Kesehatan**, Salemba Medika, Jakarta, 2011, hal 31.

<sup>22</sup> Y.A Ohoiwutun, **Bunga Rampai Hukum Kedokteran (Tinjauan dari Berbagai Peraturan Perundungan dan UU Praktik Kedokteran)**, Bayumedia, Malang, 2008, Kelalaian tidak masuk dalam pelanggaran hukum apabila tidak merugikan atau mecederai orang lain atau orang itu dapat menerima, ketentuan tersebut berdasarkan pada doktrin hukum *de minimis non curat lex* (hukum tidak mencampuri hal-hal yang bersifat sepele). Jika kelalaian mengakibatkan kerugian materi, mecelakakan atau mengakibatkan matinya orang lain maka dikategorikan sebagai kelalaian berat (*culpa lata*). hakim memegang peranan kunci dalam menentukan secara *in concerto* tentang ada atau tidaknya kelalaian yang telah dilakukan oleh tenaga medis.

<sup>23</sup>Op. Cit, hal 87.

hakim akan dibayar sebagian saja ataupun dengan mudah akan dibayar oleh pihak tenaga kesehatan serta korban jarang bahkan tidak mendapatkan restitusi atau ganti kerugian yang layak. Kendala proses pembuktian oleh pihak pasien juga kadang terhambat dan sangat sulit dengan tidak adanya rekam medis atau tidak dibolehkannya rekam medis untuk dikeluarkan oleh pihak Rumah Sakit padahal isi dari rekam medis sangat erat kaitannya dengan masalah jaminan kepastian hukum dan keadilan.<sup>24</sup> Proses litigasi melalui peradilan ini akan menghasilkan kesepakatan yang bersifat adversarial yang belum mampu merangkul kepentingan bersama dan cenderung menimbulkan masalah baru, lambat dalam penyelesaiannya, biaya mahal, tidak responsif dan menimbulkan permusuhan di antara pihak pasien dan tenaga kesehatan, putusan hakim terkadang mempunyai kemungkinan memperdalam luka dan mempertajam konflik, berdasarkan hal ini perlu sekali adanya perubahan orientasi dari memutuskan perkara menjadi menyelesaikan perkara.<sup>25</sup> Adapun diselesaikan oleh korban lewat jalur pengaduan ke MKDI<sup>26</sup> yang kemungkinan juga kurang melindungi korban, karena MKDKI lebih berpihak pada pihak seprofesinya karena berpengaruh kepada kehormatan/nama baik profesi. Penegakan hukum dengan alternatif penyelesaian lain yang tidak pernah dicoba dan dikembangkan yaitu dengan mengkaji kebijakan formulasi mediasi penal sebagai alternatif penyelesaian kasus tidak diberikannya pertolongan pertama kepada pasien gawat darurat oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Selain itu diharapkan akan penyelesaian alternatif lain dan pengaturan yang lebih baik demi tercapainya penegakan hukum dan perlindungan hukum bagi pasien di masa depan, berkaitan dengan penguraian latar belakang masalah tersebut maka perumusan masalahnya, yaitu sebagai berikut : 1) Bagaimana implikasi yuridis penyelenggara pelayanan kesehatan yang tidak memberi pertolongan pertama kepada pasien gawat darurat selama ini? dan 2) Bagaimana konsep kebijakan formulasi mediasi penal sebagai alternatif penyelesaian kasus tidak memberi pertolongan pertama kepada pasien gawat darurat oleh penyelenggara pelayanan kesehatan?

---

<sup>24</sup>*Ibid*, hal 52-57. Rekam medis merupakan keterangan tertulis identitas, anamnesis, hasil laboratorium dan pelayanan dan tindakan medis pada pasien serta pengobatan rawat inap maupun pelayanan gawat darurat, rekam medis sangat bermanfaat sebagai upaya perlindungan hukum agar aman dari jeratan hukum dan melakukan tindakan preventif yang digunakan sebagai pembuktian/membela diri jika terjadi sangkaan/tuduhan malpraktik. Informasi yang tercatat dalam rekam medis merupakan bukti sampai seberapa jauh seorang tenaga kesehatan melakukan pekerjaannya.

<sup>25</sup>*Ibid*, hal 114-115.

<sup>26</sup>**Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2009 Tentang Praktik Kedokteran**, bahwa dalam pasal 1 menyebutkan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi serta menetapkan sanksi, yang selanjutnya juga menerima pengaduan dari pasien atau orang yang dirugikan kepentingannya oleh tindakan dokter serta akan melakukan pemeriksaan., hal ini tertuang dalam pasal 66-70.

Jenis penelitian yang digunakan adalah doktrinal/normatif<sup>27</sup> dengan metode pendekatan perundang-undangan, pendekatan konsep dan pendekatan perbandingan (untuk melihat perkembangan kebijakan formulasi di negara lain berdasarkan sistem hukum). Teknik pengolahan bahan hukum dalam penelitian ini berwujud kegiatan dengan mengadakan sistematikasi terhadap bahan-bahan hukum tertulis,<sup>28</sup> Selain itu, teknik analisis bahan-bahan hukum juga menggunakan kegiatan interpretasi untuk memahami pengertian hukum dalam ketentuan undang-undang yang berkaitan dengan isu hukum<sup>29</sup> dan kegiatan interpretasi ini menggunakan metode hermeneutik.<sup>30</sup>

## Pembahasan

### 1. Asas-asas Pelayanan Kesehatan

.Asas-asas dalam pelayanan kesehatan digunakan sebagai suatu dasar atau rambu yang harus diperhatikan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan untuk meminimalisasi konflik hukum antara rumah sakit dengan pasien.<sup>31</sup> Salah satu asas dari beberapa asas tersebut yaitu keadilan sebagai dasar penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam UU Kesehatan, UURS dan UUPK bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau. Perwujudan tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan berdasarkan keadilan dapat dari penguraian antara hak dan kewajiban dari pihak-pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

#### a. Hak dan Kewajiban Dalam Pelayanan Kesehatan

---

<sup>27</sup>Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, **Dualisme Penelitian Hukum Normatif dan Empiris**, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2009, hal 35. Menurut Sutadnyo Wigyosubroto memberikan istilah penelitian hukum normatif dengan istilah penelitian doktrinal, yaitu penelitian terhadap hukum yang dikonseptkan dan dikembangkan atas dasar doktrin yang dianut sang pengonsep atau sang pengembangnya

Peter Mahmud Marzuki, **Penelitian Hukum**, Kencana Prenada Media Group, Jakarta, 2007, hal 32. Hutchinson menempatkan penelitian doktrinal dalam *applied research*, yaitu *is original work, which under taken to acquire new knowledge with specific practical application in view. It's aim is to determine new methods or way of achieving some specific an predetermined objective* (penelitian yang digunakan adalah karya asli, yang di bawah diambiluntuk memperoleh pengetahuan barudengan aplikasi praktisertentudalam tampilan. Tujuanituadalah untuk menentukanmetodebaru atau cara untuk mencapai beberapa tujuan yang spesifik yang telah di tentukan).

<sup>28</sup>*Ibid*, hal 181.

Peter Mahmud Marzuki, **Penelitian Hukum**, Kencana prenada Media Group, Jakarta, 2007, hal 166. Teknik analisis bahan hukum dalam penelitian bersifat normatif, yaitu dengan menggunakan analisis yuridis normatif yang pada hakikatnya menekankan pada metode deduktif sebagai pegangan utama dan metode induktif sebagai tata kerja penunjang. Analisis normatif terutama mempergubakan bahan-bahan kepustakaan sebagai sumber data penelitiannya.

<sup>29</sup>*Ibid*, hal 77

<sup>30</sup>Amiruddin dan Zainal Asikin, **Pengantar Metode Penelitian Hukum**, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2010, hal 163-164. Penerapan hermeneutik (penafsiran) terhadap hukum selalu berhubungan dengan isinya, setiap hukum mempunyai dua segi tersurat dan tersirat, bahasa menjadi sangat penting, ketepatan pemahaman dan ketepatan penjabaran adalah sangat relevan bagi hukum. Hermeneutik (penafsiran) dibutuhkan untuk menerangkan dokumen hukum meliputi penafsiran gramatiskal, penafsiran sistematis, penafsiran, penafsiran perbandingan hukum.

<sup>31</sup>*Ibid*, Ampera.

Menurut teori etis, tujuan hukum semata-mata hanya untuk mewujudkan keadilan, namun keadilan sendiri bersifat abstrak dan subyektif karena keadilan bagaimanapun menyangkut nilai etis yang dianut masing-masing individu.<sup>32</sup> Terdapat beberapa tokoh yang menganut teori ini, seperti Cicero yang mengemukakan bahwa kita lahir untuk keadilan dan hukum tidak didasarkan pada opini tapi pada *man's very nature*. Aristoteles juga menyumbangkan beberapa pemikiran mengenai keadilan dengan membedakan keadilan dengan *equity* serta membagi keadilan dalam tiga golongan, yaitu : keadilan distributif (memberikan kepada setiap orang berdasarkan profesi dan jasanya), keadilan komutatif (keadilan yang memberikan kepada seseorang berdasarkan statusnya sebagai manusia) dan keadilan remedial (menetapkan kriteria dalam melaksanakan hukum sehari-hari).<sup>33</sup>

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus diberikan kepada seseorang yang statusnya sebagai manusia (keadilan komutatif) maka setiap orang atau pasien berhak menerima pelayanan kesehatan yang merata, adil, bermutu dan terjangkau, untuk melihat apakah keadilan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berlandaskan keadilan sudah tercapai, maka berikut akan diuraikan melalui hak dan kewajiban dari penyelenggara pelayanan kesehatan dengan pasien. Tujuan keadilan akan tercapai bila hak dan kewajiban sama-sama saling melengkapi dan seimbang, namun melihat hak dan kewajiban dalam UU Kesehatan yang berlandaskan keadilan belum tercapai bahwa pasien belum memperoleh kesehatan secara aman dan terjangkau karena biaya untuk memperoleh pelayanan kesehatan masih mahal, meski terdapat jaminan kesehatan serta adanya pemberian pelayanan gratis proses administrasinya tidak efisien dan sering terjadi keterlambatan penanganan.

Kewajiban rumah sakit dan hak pasien dalam UURS dapat dijelaskan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan belum berlandaskan nilai keadilan karena kewajiban rumah sakit belum termasuk dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efisien (secara cepat), dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus sesuai dengan standar profesi dan SOP, padahal belum terdapat pengaturan bagaimana cara pembuatan standar yang baku nasional. Kekurangan ini mengakibatkan terjadi banyak kasus yang disebabkan kelalaian dan kesalahan dalam pelayanan rumah sakit yang menyebabkan kerugian bagi pasien baik fisik maupun materi serta belum terdapat adanya hak kemudahan dalam mendapatkan rekam medis namun hanya kewajiban dalam pembuatan rekam medis.

---

<sup>32</sup> Achmad Ali, *Menguak Teori Hukum (Legal Theory) dan Teori Peradilan (Judicialprudence)* Termasuk *Intrepetasi Undang-Undang*, Volume 1 Pemahaman Awal, Kencana, Jakarta, 2010, hal 217.

<sup>33</sup> Zainuddin Ali, *Filsafat Hukum*, Sinar Grafika, Jakarta, 2010, hal 50-51

Pengaturan tentang hak rumah sakit dalam UURS sudah dijelaskan secara spesifik, namun dalam kewajiban pasien tidak dijelaskan dalam secara spesifik dan belum diatur dalam peraturan pemerintah. Melihat dari kewajiban pasien di atas bahwa mempunyai kewajiban atas semua pelayanan yang diterimanya mengindikasikan bahwa pasien akan bertanggungjawab atas semua pelayanan yang diberikan baik itu pelayanannya bisa berdampak negatif atau merugikan baginya, terutama dalam pemberian imbalan jasa kepada rumah sakit.

Hak dan kewajiban dalam UUPK dapat dijelaskan bahwa dalam salah satu hak pasien yaitu mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan untuk itulah kewajiban dokter memenuhi kebutuhan tersebut sesuai dengan standar profesi dan SOP, namun hak dan kewajiban tersebut belum dirasakan adil apabila pembuatan atau substansi dari standar profesi dan SOP belum terdapat pengaturannya maupun standar baku karena standar tersebut harus berdasarkan peraturan perundang-undangan dan nilai-nilai yang ada di masyarakat. Hak dan kewajiban salah satunya yaitu mengenai pemberian imbalan jasa masih belum jelas bagaimana pelaksanaannya serta syarat atau unsur-unsurnya mengingat bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan harus dilaksanakan secara adil dan terjangkau merata bagi semua kalangan masyarakat dan realitanya bahwa praktik kedokteran masih memungut biaya mahal atas pelayanan yang diberikannya meski terdapat jaminan sosial kesehatan.

### **b. Tujuan Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, kedua pelayanan kesehatan ini juga dapat disebut pelayanan kesehatan paripurna yang kegiatannya dilakukan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif berdasarkan Pasal 52 ayat (1) dan (2) UU Kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut mempunyai masing-masing tujuan, pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan dan keluarga, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Menurut Pasal 53 ayat (3) menyatakan bahwa semua pelaksanaan pelayanan kesehatan tersebut harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Tujuan pelayanan kesehatan berdasarkan keadilan akan terwujud melalui standar pelayanan kesehatan dan standar profesi yang telah ditetapkan dalam fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang sebagai pemberi pelayanan kesehatan harus

menampilkan kinerja pelayanan yang diberikan dan dengan adanya standar ini akan memenuhi harapan masyarakat akan layanan kesehatan. Keberhasilan menerapkan standar tergantung pada individu dan kerja sama antara tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, namun perlu diketahui bahwa komponen pembentukan standar tidak hanya berfokus pada kerja sama pihak penyelenggara kesehatan tapi terdapat standar struktur, standar proses dan *outcomes*.<sup>34</sup> Standar struktur terutama yang dapat membentuk suatu standar pelayanan kesehatan yang baik karena di dalamnya terdapat adanya kebijakan, peraturan dan filosofi, maka agar tercapai keadilan dalam pelayanan kesehatan yang anti diskriminasi, terjangkau, bermutu, mempunyai nilai kemanusiaan dan memakai integritas moral sosial dalam menyelenggarakan kesehatan, maka standar pelayanan kesehatan maupun profesi harus dibuat berdasarkan peraturan (dalam hal ini adalah penyelenggaraan kesehatan harus berasaskan keadilan yang tercantum dalam UU Kesehatan, UURS dan UUPK).

## **2. Implikasi Yuridis Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Memberi Pertolongan Pertama Kepada Pasien Gawat Darurat Selama Ini**

Dasar yuridis terkait dengan pemberian pertolongan pertama kepada pasien gawat oleh penyelenggara pelayanan kesehatan, yaitu termuat dalam

### **Pasal 32 UU Kesehatan**

- 1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan 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.

### **Pasal 85 UU Kesehatan**

- 1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan pada bencana bagi penyelamatan pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu.

### **Pasal 29 UURS**

- 1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban :  
Huruf c : memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya

---

<sup>34</sup>Indra Bastian dan Suryono, **Penyelesaian Sengketa Kesehatan**, Salemba Medika, Jakarta, 2011, hal 182-183. Standar struktur meliputi filosofi dan objektif, organisasi dan administrasi, kebijakan dan peraturan, penempatan staf dan pembinaan. Standar proses meliputi tanggung jawab, manajemen dan monitoring. Standar *outcomes* meliputi kepuasan, keamanan dan kenyamanan pasien.

## Pasal 51 UUPK

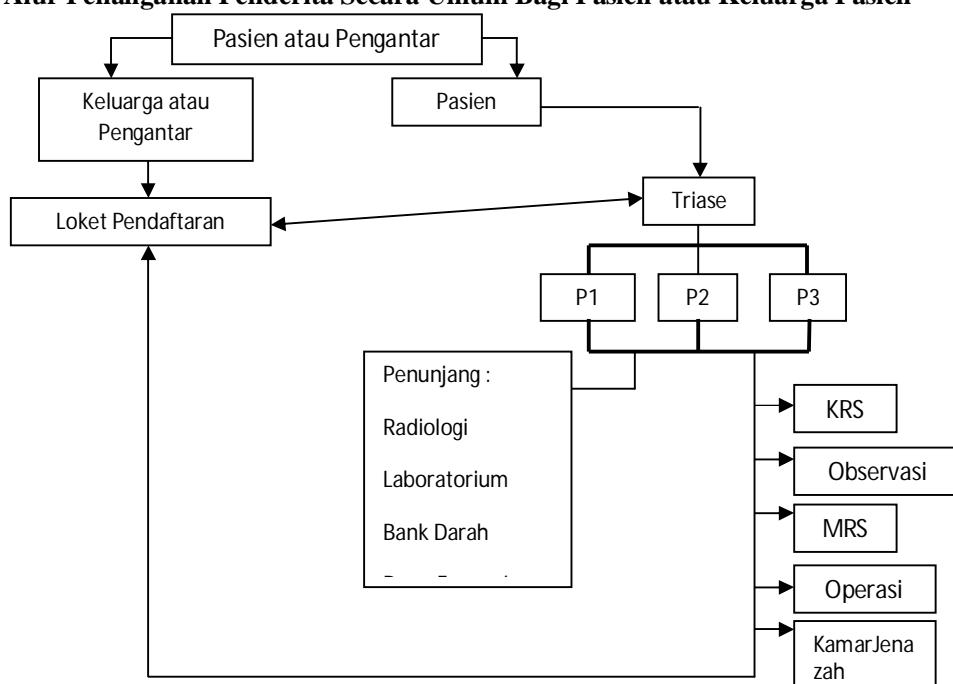
- 1) Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban :

Huruf d : melakukan pertolongan darurat atas dasar perkemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.

Prinsip Penatalaksanaan Kedaruratan Medik, dalam kedaruratan medik dapat terjadi pada seseorang atau sekelompok orang setiap saat dan dimana saja. Hal ini dapat berupa serangan penyakit, kecelakaan, atau bencana alam, keadaan ini membutuhkan penanganan segera yang dapat berupa pertolongan pertama hingga selanjutnya mendapatkan penanganan medis dari Rumah Sakit.<sup>35</sup> Berikut ini ialah tindakan yang pertama dilakukan terlebih dahulu dalam tindakan medis yaitu

**Bagan 1**

### Alur Penanganan Penderita Secara Umum Bagi Pasien atau Keluarga Pasien



Sumber data : *data sekunder, 2014, diolah*

Penjelasan Bagan 1 mengenai alur penanganan penderita secara umum bagi pasien atau keluarga pasien yang diperoleh dari profil IGD RSU Saiful Anwar Malang: Pasien masuk diterima perawat *triage* untuk dilakukan seleksi sesuai dengan prioritas kegawatannya, keluarga pasien diarahkan ke bagian pendaftaran untuk membeli karcis. Selanjutnya,

<sup>35</sup>Bahan Hukum Sekunder, Hasil Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati ,SpEm,Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

pasien mendapatkan penanganan di ruang prioritas 1, 2, dan 3 sesuai respon time kegawat daruratannya. Setelah mendapatkan penanganan kegawatannya pasien akan ditindak lanjuti sesuai kondisi penyakitnya, bisa : 1) Operasi *emergency*, 2) Pindah ke ruangan untuk perawatan lanjutan baik intensif maupun rawat inap biasa, 3) Dipulangkan atau dialihkan ke poliklinik spesialis (selama jam kerja poli) dengan menanyakan rincian biaya di kasir IGD, 4) Untuk penderita yang dilanjutkan penanganannya di ruang rawat inap biasa maupun intensif dengan rincian biaya akan diperhitungkan setelah penderita pulang dari RS. Berikut ini adalah tabel mengenai respon time atau waktu penderita pertama kali bertemu dan ditangani oleh dokter sesuai dengan ruang prioritas.

**Tabel 1  
Respon Time**

No.	<i>Respon Time</i> (Waktu Penderita Pertama Kali Bertemu dan Ditangani oleh Dokter)	
1	Ruang Prioritas 1(Gawat Darurat)	0 menit
2	Ruang Prioritas 2 (Gawat Tidak Darurat)	10 menit
3	Ruang Prioritas 3 (Tidak Gawat Tidak Darurat)	30 menit

Sumber data : *data sekunder, 2014.*

Tabel diatas menunjukkan adanya waktu tunggu hingga dapat ditangani oleh tenaga medis pasien gawat darurat dengan waktu 0 menit harus segera ditangani, sedangkan pasien gawat tidak darurat dan pasien tidak gawat tidak darurat mempunyai waktu tunggu 10 menit dan 30 menit. *Processing timedi IGD:* 1) Stabilisasi pasien memerlukan waktu 6 jam, 2) Penentuan diagnosa 1 jam, 3) Tindakan Operasi dan waktu tunggu untuk operasi 6 jam, 4) Untuk penderita yang tidak gawat dan tidak darurat diperlukan sedikitnya waktu penanganan 6 jam.

Apabila dikaitkan, dasar yuridis tersebut dengan kasus yang terjadi dalam pelayanan gawat darurat maka akan diketahui bagaimana pertanggungjawaban pidana dari masing-masing pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam kasus tersebut. Berikut ini merupakan tabel mengenai kasus-kasus yang terjadi dalam pelayanan gawat darurat yang dianalisa dengan menguraikan rumusan kejahatan dengan melihat unsur-unsurnya untuk mengetahui pertanggungjawaban pidana.

**Tabel 2****Analisis Pertanggungjawaban Pidana Dalam Kasus Pelayanan Gawat Darurat**

No.	Kasus dalam Pelayanan Kegawatdaruratan	Analisis Pertanggungjawaban Pidana
1.	Abdullah berumur 45 tahun warga Desa Seuneubok Johan, Kecamatan Ranto Peureulak, Aceh Timur meninggal dunia di Rumah Sakit Umum Langsa setelah sempat mengalami sesak nafas, kematian pasien tersebut dinilai akibat kelalaian pihak dokter yang tidak segera memberi pertolongan. Sementara dokter beralasan pasien tidak kritis ( <i>emergency</i> ), sehingga tidak perlu cepat ditangani. <sup>36</sup>	<p><b>Pasal 359 jo Pasal 361 KUHP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Barang siapa</b> : pihak dokter yang menangani pasien Abdullah</li> <li>b. <b>Unsur kesalahan berupa kelalaian/kealpaan</b>, yaitu perbuatannya yaitu sudah jelas bahwa pasien dalam keadaan sesak nafas dan gawat darurat namun dokter masih beralasan bahwa kondisi ini belum dinyatakan <i>emergency</i>, dan tidak perlu cepat ditangani, padahal dalam keadaan gawat darurat pasien harus terus dievaluasi secara terus menerus karena kondisi yang berubah-ubah.</li> <li>c. <b>Akibat</b> dari kelalaian dokter yang memberi pemeriksaan yang tidak benar menyebabkan kematian bagi pasien Abdullah</li> <li>d. <b>Ancaman</b> : pidana penjara paling lama 5 tahun/kurungan paling lama satu tahun, namun karena menjalankan sebuah <b>jabatan</b> maka pidana ditambah sepertiga dan dicabut dari jabatannya.</li> </ul>
2.	Bayi bernama Elsa yang dirawat pada salah satu Rumah Sakit terkemuka di Jakarta, ia tidak mendapatkan penanganan medis secara layak dikarenakan orangtuanya belum memenuhi uang muka administrasi sejumlah Rp. 10.000.000,00, kemudian yang terjadi ialah bayi yang bernama Elsa tersebut meninggal. <sup>37</sup>	<p><b>Pasal 304 jo 306 KUHP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Barang siapa</b> : tenaga kesehatan yang menangani bayi Elsa (tidak memberikan penanganan medis secara layak).</li> <li>b. <b>Perbuatan</b> : menempatkan/membiarakan seseorang dalam keadaan sengsara padahal dia mempunyai kewajiban dan persetujuan untuk merawat, yaitu karena kekurangan pembayaran uang muka administrasi membuat pasien Elsa tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.</li> <li>c. <b>Akibat</b> : kematian bayi Elsa</li> <li>d. <b>Ancaman</b> : pidana penjara paling lama 9 tahun.</li> </ul> <p><b>Pasal 32 jo Pasal 190 UU Kesehatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan/Tenaga Kesehatan</b></li> <li>b. <b>Unsur Obyektif</b> : Perbuatan tidak memberikan pelayanan gawat darurat/memberikan pelayanan gawat darurat dengan memungut uang muka terlebih dahulu.</li> <li>c. <b>Unsur Subyektif</b> : sengaja Tidak memberikan pelayanan atau penanganan kegawatdaruratan yang layak karena kekurangan pembayaran uang muka.</li> <li>d. <b>Akibat</b> : kematian pasien (bayi bernama Elsa)</li> <li>e. <b>Ancaman</b> : pidana penjara paling lama 2 tahun dan denda paling banyak 200.000.000 rupiah.</li> </ul> <p><b>Pasal 201 UU Kesehatan</b> Rumah Sakit sebagai korporasi dan badan</p>

<sup>36</sup> Elly, Oknum Dokter RSU Langsa Dinilai tak Profesional, www.acehforum.com edisi 27 april 2009, diakses tanggal 23 Juli 2010

<sup>37</sup>Riz, Ditolak Rumah Sakit, Bayi 6 Bulan Meninggal, www.metrotvnews.com, edisi Selasa, 16 Maret 2010, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010

		hukum, selain pidana penjara yang dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan tiga kali dari pidana denda
3.	Bayi bernama Naila (2 bulan), putri dari pasangan Mustari dan Nursia (Dusun Patommo, Desa Kaliang, Kecamatan Duampanua, Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan) meninggal dipangkuhan ibunya (30 Oktober 2013). Naila meninggal diduga akibat keterlambatan pertolongan medis saat mendapat rujukan dari Puskesmas Lampa ke Rumah Sakit Umum Lasinrang, Pinrang. Perawatan medis terlambat diberikan dikarenakan proses administrasi yang berbelit-belit, pihak rumah sakit (perawat) menolak untuk memberi pelayanan kesehatan sebelum orangtuanya melengkapi berkas keterangan warga miskin (surat keterangan lahir). Orangtuanya sudah memohon untuk ditangani dulu Naila, sementara mereka melengkapi berkas dan administrasi namun pihak rumah sakit tetap menolak, karena pada saat itu Naila sudah membutuhkan penanganan darurat karena nafasnya sudah tersengal-sengal. Pihak rumah sakit beralasan ini adalah kesalahan rujukan dari Puskesmas bukan ditujukan ke UGD tapi ke Poli Anak dan pelayanan rumah sakit sudah sesuai dengan prosedur. <sup>38</sup>	<p><b>Pasal 32 jo Pasal 190 UU Kesehatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan/Tenaga Kesehatan</b></li> <li>b. <b>Unsur Obyektif :</b> Perbuatan tidak memberikan pelayanan gawat darurat/memberikan pelayanan gawat darurat dengan memungut uang muka terlebih dahulu.</li> <li>c. <b>Unsur Subyektif :</b> sengaja Menolak memberikan pelayanan atau penanganan kegawatdaruratan.</li> <li>d. <b>Akibat :</b> kematian pasien (bayi bernama Naila)</li> <li>e. <b>Ancaman :</b> pidana penjara paling lama 2 tahun dan denda paling banyak 200.000.000 rupiah</li> </ul> <p><b>Pasal 201 UU Kesehatan</b> Rumah Sakit sebagai korporasi dan badan hukum, selain pidana penjara yang dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan tiga kali dari pidana denda</p>

Sumber bahan hukum sekunder, *diolah*, 2014

Penjelasan Tabel 2 mengenai analisis pertanggungjawaban pidana dalam kasus pelayanan gawat darurat, yaitu sebagai berikut:

Pertanggungjawaban dalam kasus pertama memenuhi unsur-unsur pidana dalam KUHP yaitu Pasal 350 jo Pasal 361. Pertanggungjawaban pidana ada pada pihak dokter yang menangani Abdullah dan menentukan diagnosis, perbuatannya merupakan suatu kesalahan yang berupa kelalaian karena tidak segera memberi pertolongan dan sementara dokter beralasan pasien tidak kritis (*emergency*), sehingga tidak perlu cepat ditangani, padahal dalam penanganan keadaan gawat darurat medik didapati beberapa masalah utama yaitu : periode waktu pengamatan atau pelayanan relatif singkat, perubahan klinis yang mendadak dan mobilitas petugas yang tinggi dan hal-hal tersebut menyebabkan

<sup>38</sup> Mon, **Administrasi Berbelit Bayi Meninggal di Depan Loket Rumah Sakit**, <http://www.tribunnews.com/regional/2013/10/31/bayi-ini-meninggal-di-depan-loket-karena-ditolak-rumah-sakit>, 1 November 2013, diakses pada 3 Maret 2014, pada pukul 12.30 WIB

Yohanes Iswayudi, **Bayi Meninggal di Depan Loket, Ini Jawaban Pejabat RS**, <http://sumsel.tribunnews.com/2013/11/01/bayi-meninggal-di-depan-loket-ini-jawaban-pejabat-rs>, 1 November 2013, diakses pada 3 Maret 2014 pada pukul 12.30 WIB.

Sabrina Asril, **Bayi Meninggal di Loket, DPR RI Tuntut Tanggung Jawab RSU Lasinrang**, <http://regional.kompas.com/read/2013/11/01/1630147/Bayi.Meninggal.di.Loket.DPR.RI.Tuntut.Tanggung.Jawab.RSU.Lasinrang..> 1 November 2013, diakses pada 3 Maret 2014 pada pukul 12.30 WIB.

tindakan dalam keadaan gawat darurat memiliki resiko tinggi bagi pasien berupa kecacatan bahkan kematian.

Pertanggungjawaban pada kasus 2 memenuhi unsur-unsur pidana dalam KUHP yaitu Pasal 304 jo Pasal 306. Pertanggungjawaban pidana ada pada pihak tenaga kesehatan yang ditugaskan untuk menangani bayi Elsa. Perbuatan yang dilakukan memiliki unsur kesengajaan menempatkan/membiarakan seseorang dalam keadaan sengsara padahal dia mempunyai kewajiban dan persetujuan untuk merawat, yaitu karena kekurangan pembayaran uang muka administrasi membuat pasien Elsa tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Selain itu juga, kasus tersebut juga memenuhi unsur-unsur atau rumusan pidana dalam Pasal 32 jo Pasal 190 UU Kesehatan, karena pertanggungjawaban pidana dalam KUHP hanya bisa dipertanggungjawabkan oleh orang, bukan badan hukum. Pertanggungjawaban pidana dalam kasus kedua juga dapat dipertanggungjawabkan oleh rumah sakit yang dibebankan pada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan karena dengan sengaja menarik uang muka dalam pelayanan kegawatdaruratan.

Pertanggungjawaban pada kasus ketiga memenuhi unsur-unsur pidana dalam Pasal 32 jo Pasal 190 UU Kesehatan. Pertanggungjawaban pidana dapat dikenakan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dibebankan pada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan gawat darurat kepada pasien Naila karena berasalan adanya kesalahan dalam sistem rujukan dan ditolak karena tidak memenuhi berkas keterangan miskin yang mengakibatkan kematian. Pertanggungjawaban pidana pada kasus Elsa dan Naila ada pada Rumah Sakit sebagai korporasi dan badan hukum yang membuat kebijakan dan penyedia pelayanan kesehatan, selain pidana penjara yang dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan tiga kali dari pidana denda

Analisa dari prosedur atau penanganan pasien gawat darurat dari bagan 1 melalui SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threats*), yaitu sebagai berikut :

**Tabel 3**  
**Analisa SWOT Prosedur Pelayanan Gawat Darurat**

No.	SWOT	Analisis
1.	Kekuatan ( <i>Strength</i> )	a. Pelayanan gawat darurat dilaksanakan berdasarkan prinsip penatalaksanaankedaruratan medik yang dalam kedaruratan medik dapat terjadi pada seseorang atau sekelompok orang setiap saat dan di mana saja yang dalam keadaan ini membutuhkan penanganan segera

		<p>yang dapat berupa pertolongan pertama hingga selanjutnya mendapatkan penanganan medis , tindakan ini dimaksudkan untuk menyelamatkan jiwa, mencegah cacat, meringankan beban penderita dan dalam hal ini membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang baik bagi penolong, sarana yang memadai juga dibutuhkan perorganisasian yang sempurna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Terlihat dalam alur penanganan kegawatdaruratan bahwa sarana, fasilitas, sumber daya manusia dan teknologi sebagai penunjang pelayanan gawat darurat tersedia.</li> <li>c. Proses tersebut telah memenuhi adanya pelayanan kesehatan kuratif, yaitu suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin dalam Pasal 1 dan Pasal 52 Ayat (2)UU Kesehatan.</li> <li>d. Mempunyai suatu pedoman untuk mendorong atau menggerakkan suatu unit yaitu Instalasi Gawat Darurat dengan adanya SOP (<i>Standar Operational Procedure</i>).</li> <li>e. Mempunyai struktur organisasi, menyediakan sistem rujukan.</li> <li>f. Menerapkan adanya sistem triase dan penggolongan tingkat kegawatdaruratan serta pemberian alur penanganan kegawatdaruratan bagi pasien.</li> </ul>
2.	Kelemahan ( <i>Weakness</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pelaksanaan mengenai pemenuhan hak berdasarkan nilai adil, efisien dan efektif belum tercapai.</li> <li>b. Alur penanganan kegawatdaruratan sebaiknya tidak dibagi menjadi dua antara pasien dan tenaga medis IGD karena dua alur yang berbeda tersebut akan membuat hak untuk mendapatkan informasi yang jelas, lengkap dan jujur belum terpenuhi sesuai Pasal 8 UU Kesehatan, Pasal 29 dan Pasal 32 UURS.</li> <li>c. <i>Respon time</i> penanganan kegawatdaruratan pasien tidak sesuai dengan Surat Ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/IX/2009 Tentang Standar IGD (Instalasi Gawat Darurat).</li> <li>d. Alur penanganan gawat darurat yang diperlukan bagi pasien masih mengharahkan pada loket pendaftaran atau administrasi terlebih dahulu.</li> <li>e. Hak pasien untuk ditemani keluarga dalam proses pengobatan belum terpenuhi.</li> </ul>
3.	Kesempatan ( <i>Opportunity</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasal 28 H UUD RI</li> <li>b. Pasal 32 dan Pasal 85 UU Kesehatan, Pasal 29 UURS dan Pasal 51 UUPK tentang hak dan kewajiban penyelenggaraan pelayanan gawat darurat oleh penyelenggara pelayanan kesehatan.</li> <li>c. Menyelenggarakan sistem rujukan Pasal 29 UURS</li> </ul>
4.	Ancaman ( <i>Threat</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pembuatan Standar Operational Procedure yang dibuat sebagai pedoman bagi tenaga medis tidak akan mewujudkan nilai keadilan, efektif dan efisien jika SOP tersebut dibuat dengan ketidaktahuan akan UU Kesehatan, UURS dan UUPK serta hanya berdasarkan Kepmenkes</li> <li>b. Pelaksanaan pelayanan gawat darurat jika tidak berdasarkan nilai adil, efisien dan efektif akan membuat konflik antara pasien atau keluarga pasien dengan tenaga medis.</li> <li>c. Pasien tidak mengetahui informasi yang jelas, lengkap dan jujur.</li> <li>d. Respon time penanganan pasien yang tidak sesuai dengan standar IGD akan membuat pelayanan gawat</li> </ul>

		<p>darurat berpeluang terus menerus terjadi konflik dan terjadi keterlambatan penanganan.</p> <p>e. Mengarahkan pasien atau keluarga pasien ke loket pendaftaran atau administrasi akan membuat penanganan terlambat, proses yang berbelit-belit, serta berpeluang dalam penarikan uang muka atau retribusi sekecil apapun.</p> <p>f. Penempatan atau penanganan pasien oleh SDM dalam ruang triase untuk selanjutnya digolongkan menurut tingkat kegawatdaruratannya tidak tepat karena yang ditugaskan memilah adalah seorang perawat penerima bukan dokter.</p>
--	--	--

Sumber hukum sekunder, *diolah*, 2014

Penjelasan Tabel 3 tentang analisa SWOT prosedur pelayanan gawat darurat :

Analisis dari prosedur dalam alur pelayanan gawat darurat di IGD tersebut mempunyai kelebihan dengan dilaksanakan berdasarkan prinsip penatalaksanaan kegawatdaruratan medik, menyediakan sarana, fasilitas serta sumber daya manusia yang menunjang pelaksanaan pelayanan gawat darurat serta kelebihan lainnya yaitu dengan menyediakan triase maka pasien akan dipilah berdasarkan tingkat kegawatandaruratnya dengan penggolongan dalam 3 klasifikasi. Namun, dari kelebihan tersebut tidak dipungkiri terdapat kelemahan dari prosedur tersebut yang masih dapat menyebabkan konflik, yaitu *respon time* tidak sesuai dengan Surat Ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/IX/2009 Tentang Standar IGD bahwa dinyatakan dalam lampiran 6, pasien gawat darurat harus segera ditangani paling lama 5 menit setelah sampai di IGD, tanpa harus menuju ke loket administrasi ataupun membayar uang muka terlebih dahulu. Alur pelayanan kegawatdaruratan harus disamakan antara tenaga kesehatan dengan pasien atau keluarga dan dijelaskan selengkapnya kepada pasien agar haknya terpenuhi. Selain itu, pada alur pelayanan gawat darurat, seharusnya pasien saat dibawa ke IGD apabila bersama keluarganya maka pasien berhak ditemani keluarga terlebih dahulu saat penanganan medis dimulai dan kemudian baru mendaftar ke loket administrasi.

Saat ini, penyelesaian kasus dalam pelayanan gawat darurat yang sudah dipaparkan sebelumnya dapat diselesaikan melalui MKDKI, mengajukan tuntutan ke pengadilan perdata dan pidana,<sup>39</sup> kelebihannya merupakan proses penyelesaian non-litigasi serta jika dalam proses pengaduan terindikasi terdapat tindakan yang tidak sesuai standar profesi atau etik atas diri pasien maka tidak tertutup kemungkinan untuk sekaligus menempuh jalur melalui pengadilan pidana, sedangkan kelemahannya yaitu sering kali tindakan atau keputusannya tidak netral dan sering memihak terhadap pihak seprofesinya,

---

<sup>39</sup> Ari Yunanto dan Helmi, **Hukum Pidana Malpraktik Medik Tinjauan dan Perspektif Medikolegal**, ANDI, Yogyakarta, 2010, Hal 83-85

hanya memberikan sanksi disiplin terhadap tenaga medis dan seringkali proses penyelesaiannya lama dan terkadang berhenti di MKDKI.

Selain itu, penyelesaian melalui pengadilan baik pidana maupun perdata mempunyai beberapa kelebihan dan kelemahan. Kelebihan melalui gugatan ke pengadilan, yaitu dipilih untuk mewujudkan penegakan hukum (memperoleh kepastian hukum, keadilan dan kemanfaatan), untuk mendapatkan ganti kerugian melalui peradilan perdata atau dengan peradilan pidana maka pelaku dapat dipidana dan mendapat nestapa. Kelemahan melalui gugatan ke pengadilan, yaitu kesepakatan ataupun keputusan bersifat adversarial yang belum mampu merangkul kepentingan bersama, cenderung menimbulkan masalah baru, lambat dalam penyelesaiannya, berbiaya mahal, tidak responsif serta menimbulkan hubungan yang buruk atau permusuhan di antara pihak yang berkonflik, memperdalam luka atau mempertajam konflik (hakikatnya konflik / perkara/kasus tidak pernah terselesaikan) bahkan putusan hakim mengandung potensi menimbulkan perselisihan atau konflik baru. Proses mendapatkan rekam medis sebagai pembuktian dalam masalah hukum sangat sulit (digunakan sebagai alat bukti tertulis utama atas segala tindakan pelayanan. Aparat penegak hukum hanya bersumber pada KUHP dan Undang-Undang tanpa PP serta masih rendahnya pengetahuan masyarakat dan penegak hukum yang dimanfaatkan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan untuk melindungi dirinya<sup>40</sup>

### **3. Konsep Kebijakan Formulasi Mediasi Penal Sebagai Alternatif Penyelesaian Kasus Tidak Memberi Pertolongan Pertama Kepada Pasien Gawat Darurat Oleh Penyelenggara Pelayanan Kesehatan**

#### **a. Konsep Penyelesaian Kasus Tidak Memberi Pertolongan Pertama Kepada Pasien Gawat Darurat Oleh Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Saat Ini**

Konsep penyelesaian saat ini belum mampu menyelesaikan konflik semacam ini dan tidak memenuhi adanya kepastian hukum maupun keadilan bagi pasien atau keluarga pasien karena pertanggungjawaban masih mengacu pada Pasal 359, Pasal 360 dan Pasal 361 KUHP. Konflik atau kasus medik seperti ini masih dipandang sebagai kelalaian medik dan bukan malpraktik medik padahal malpraktik medik dengan kelalaian medik merupakan tindakan atau perbuatan yang berbeda. Malpraktik merupakan suatu kegagalan dokter atau penyelenggara pelayanan kesehatan untuk memenuhi standar prosedur dalam penanganan pasien sehingga menyebabkan terjadinya kerugian bagi pasien, sedangkan kelalaian medik merupakan tindakan kurang hati-hati, dalam undang-

---

<sup>40</sup> Indra Bastian dan Suryono, **Penyelesaian Sengketa Kesehatan**, Salemba Medika, Jakarta, 2011, hal 31

undang tidak diartikan sebagai kealpaan namun dari penjelasan pembuatan undang-undang (KUHP) diketahui bahwa *culpa /schuld* merupakan murni kebalikan *dolus* yang dituntut adalah orang kurang cermat.<sup>41</sup> Selama akibat dari kelalaian itu tidak membawa kerugian, maka tidak ada akibat hukum apa-apa, namun bila kelalaian tersebut sudah mencapai tingkat tertentu dan tidak memperdulikan benda atau keselamatan jiwa orang lain, maka sifat kelalaian bisa berubah menjadi delik.

Kesalahan dalam hukum pidana yang bukan kesengajaan diartikan sebagai kesalahan kasar meski belum setegas kesengajaan.<sup>42</sup> Malpraktik mencakup tindakan yang dilakukan secara sengaja, untuk melihat malpraktik dan kelalaian medik terdapat perbedaan, yaitu pada malpraktik dalam arti kesengajaan tindakannya dilakukan secara sadar dan tujuan dari tindakannya yang memang sudah terarah kepada akibat yang hendak ditimbulkan atau tidak peduli pada akibatnya walaupun ia mengetahui atau seharusnya mengetahui bahwa tindakannya bertentangan dengan hukum yang berlaku, sedangkan dalam kelalaian tidak ada motif atau tujuan untuk menimbulkan akibat yang terjadi. Penjelasan tersebut mengindikasikan bahwa penyelenggara pelayanan gawat darurat yang tidak memberi pertolongan gawat darurat yang menyebabkan kematian dan kecacatan tidak bisa dianggap kelalaian tapi termasuk dalam malpraktik medik atau malpraktik etik yang menyebabkan kematian dan kecacatan. Beberapa pasal-pasal dalam KUHP di atas tidak dapat dijadikan pertanggungjawaban pidana bagi penyelenggara pelayanan gawat darurat, namun beberapa pasal-pasal di bawah ini masih dapat diberlakukan bagi penyelenggara pelayanan kesehatan yang tidak memberi pelayanan pada pasien gawat darurat.

Pasal 304 dan Pasal 306 KUHP masih dapat diberlakukan, namun bukan dalam hal penolakan penanganan medis namun keterlambatan penanganan karena dalam penanganan medik terlebih dahulu menarik uang muka atau tidak mendapat pelayanan gawat darurat yang layak akibat belum membayar uang muka atau kekurangan pembayaran (proses administrasi), karena dalam keadaan gawat darurat meski tidak ada keluarga pasien, persetujuan antara penyelenggara pelayanan kesehatan dengan pasien sudah terjadi. Kelemahan dalam KUHP juga pertanggungjawaban hanya sebatas pada orang tidak pada badan hukum atau korporasi untuk itu diperlukan undang-undang lainnya.

---

<sup>41</sup>Op.Cit, Ari Yunanto dan Helmi, hal 32, Menurut Adami Chazawi menyebutkan bahwa malpraktik medik terjadi kalau dokter atau seseorang yang ada dalam perintahnya dengan sengaja atau kelalaianya melakukan perbuatan (aktif atau pasif) dalam praktik medik terhadap pasiennya dalam segala tingkatan yang melanggar standar profesi, standar prosedur atau prinsip-prinsip kedokteran atau dengan melanggar hukum tanpa wewenang dengan menimbulkan akibat (*causal verband*) kerugian bagi tubuh, kesehatan fisik maupun mental dan atau nyawa pasien dan oleh sebab itu membentuk pertanggungjawaban bagi dokter.

<sup>42</sup>Ibid, 34-35.

Substansi dari pasal 58 UU Kesehatan, belum mewujudkan nilai keadilan dan nilai kemanusiaan sebagai salah satu landasan pelaksanaan UU Kesehatan, dalam hal pasien berhak menuntut ganti kerugian kecuali dalam pelayanan gawat darurat, kelalaian atau kesalahan yang dimaksud disini harusnya dijelaskan dalam peraturan pelaksana atau PP yang dijabarkan dalam hal apa sajakah unsur-unsur kelalaian tersebut, hal ini untuk mencegah penyelenggara kesehatan melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan standar profesi, standar operasional prosedur, standar pelayanan kesehatan dan standar pelayanan IGD.

Termuat dalam Pasal 190 UU Kesehatan yang dimaksud kalimat “sengaja tidak memberi” masih belum jelas pelaksanaannya, seharusnya dalam peraturan pelaksana diatur berapa lama waktu maksimal yang dibutuhkan untuk menangani pasien gawat darurat dalam hal memberi pertolongan pertama saat pasien datang ke IGD atau diterima oleh tenaga kesehatan yang disebut *respon time*, dalam Surat Ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 856/Menkes/IX/2009 Tentang Standar IGD tercantum bahwa *respon time* untuk penanganan pasien gawat darurat sebagai upaya pertolongan pertama untuk mencegah kecacatan dan kematian maksimal paling lama 5 menit.

#### **b. Konsep Penyelesaian Kasus Tidak Memberi Pertolongan Pertama Kepada Pasien Gawat Darurat Oleh Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Mendatang**

Berikut ini merupakan upaya penyelesaian kasus penyelesaian kasus tidak memberi pertolongan pertama kepada pasien gawat darurat berdasarkan negara yang telah menerapkan alternatif penyelesaian selain melalui jalur pengadilan, yaitu :

**Tabel 4**  
**Perbandingan Konsep Penyelesaian Kasus Tidak Memberi Pelayanan Kesehatan Pada Pasien Gawat Darurat**

No.	Indonesia	Kanada	Prancis
1.	Penyelesaian melalui MKDKI, Pengadilan Perdata dan Pengadilan Pidana	Penyelesaian melalui organisasi CMPA yang akan memilih penyelesaian dengan mempertemukan tenaga kesehatan dengan pihak pasien, kemudian jika tidak ada kata sepakat maka penyelesaian akan dipilih oleh pihak pasien melalui <i>tort law</i> atau <i>criminal law</i>	Penyelesaian dilakukan melalui penuntutan di pengadilan pidana dengan Penal Code dan bergabung dalam <i>constitution de parties civiles</i>
2.	Rumusan perbuatan malpraktik dan kelalaian medik melalui KUHP, yang perumusan kelalaianya belum begitu jelas unsur-unsur kelalaianya bagi kejahatan medis.	Rumusan perbuatan malpraktik dan kelalaian medik melalui Criminal Code yang merumuskan unsur-unsurnya bahwa “melakukan kelalaian dalam <b>tugasnya atau kewajibannya</b> yang membuatnya mengabaikan keselamatan dan kehidupan orang lain”	Rumusan perbuatan malpraktik dan kelalaian medik melalui Code Penal yang merumuskan “kelalaianya akan dilihat lebih jauh melalui keadaan dan situasi”

3.	<p>Kelebihan penyelesaian : melalui MKDKI merupakan jalur non litigasi, untuk mendapatkan penegakan hukum melalui pengadilan. Kelemahan : MKDKI tidak bersifat netral, kesepakatan ataupun keputusan bersifat adversarial yang belum mampu merangkul kepentingan bersama, cenderung menimbulkan masalah baru, lambat dalam penyelesaiannya, berbiaya mahal, tidak responsif serta menimbulkan hubungan yang buruk atau permusuhan di antara pihak yang berkonflik</p>	<p>Kelebihan penyelesaian : Melalui lembaga CMPA akan menyediakan proses mediasi secara kekeluargaan yang membuat menawarkan komunikasi dan penjelasan serta permintaan maaf dan kompensasi antara tenaga kesehatan dan pihak pasien. Sesi hearing di pengadilan disediakan sebuah forum netral untuk mendengarkan fakta tanpa campur tangan pemerintah. Kelemahan :</p> <p>CMPA terkadang berlaku tidak netral, pengajuan tuntutan di pengadilan membuat permusuhan antara para pihak, putusan tidak memuaskan, berbiaya mahal dan penyelesaian kasus sangat lama. Penyelesaian utama melalui <i>tort law</i>.</p>	<p>Kelebihan penyelesaian : Biaya beracara melalui jalur pidana tidak dipungut biaya, jika bergabung dalam <i>constitution de parties civile</i> maka investigasi yang dilakukan akan luas dan akan mendapat kompensasi. Kelemahan :</p> <p>Jika ingin didampingi pengacara maka biaya masih dipungut dan jika tidak bergabung dalam <i>constitution de parties civile</i> maka tidak ada kompensasi.</p>
----	---	---	---

Sumber data sekunder, *diolah*, 2014

#### Penjelasan Tabel 4 :

*The Canadian Medical Protective Association* (CMPA) yang melindungi tenaga kesehatan yang mempunyai izin melakukan profesinya. Keluhan atau tuntutan dari pasien atau keluarga pasien akan disampaikan kepada dokter yang kemudian diteruskan kepada CMPA, di sini CMPA akan mendampingi tenaga kesehatan selama proses penyelesaian kasus berlangsung dengan pihak pasien/pengacara. CMPA akan memilih proses penyelesaian dengan mediasi, *tort law* atau melalui tuntutan *criminal law*. CMPA maupun pihak pasien biasanya mengusahakan untuk mediasi terlebih dahulu dengan mempertemukan tenaga kesehatan dengan pihak pasien untuk dapat berkomunikasi dengan menawarkan penjelasan dan permintaan maaf.<sup>43</sup> Melalui Criminal Law yang biasanya berfungsi untuk menuntut keadilan. Malpraktik dan kelalaian medik dituntut melalui *Criminal Code* (KUHP Kanada), yaitu

*Criminal Negligence :*

**Article 219.(1)** Every one is criminally negligent who (a) in doing anything, or (b) in omitting to do anything that it is his duty to do, shows wanton or reckless disregard for the lives or safety of other persons.

(2) For the purposes of this section, "duty" means a duty imposed by law. R.S., c. C-34, s. 202.

**Article 221.** Every one who by criminal negligence causes bodily harm to another person is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding ten years. R.S., c. C-34, s. 204

Sedangkan, Prancis menganut menganut hukum *civil law*, yang dalam menangani malpraktik, kelalaian dan kesalahan medis bersumber pada *Penal Code*, yaitu

---

<sup>43</sup>*Handbook The Canadian Medical Protective Association (CMPA)*

**ARTICLE 221-6**

(Act no. 2000-647 of 10 July 2000 Article 4 Official Journal of 11 July 2000) (Ordinance no. 2000-916 of 19 September 2000 Article 3 Official Journal of 22 September 2000 into force 1 January 2002)

*Causing the death of another person by clumsiness, rashness, inattention, negligence or breach of an obligation of safety or prudence imposed by statute or regulations, in the circumstances and according to the distinctions laid down by article 121-3, constitutes manslaughter punished by three years' imprisonment and a fine of €45,000. In the event of a deliberate violation of an obligation of safety or prudence imposed by statute or regulations, the penalty is increased to five years' imprisonment and to a fine of €75,000.*

**ARTICLE 221-7**

*A legal person may incur criminal liability, pursuant to the conditions set out under article 121 -2, to the offence defined under article 221-6. The penalties to which legal persons are liable are as follows:*

*1° a fine, pursuant to the conditions set out under article 131-38;*

*2° the penalties enumerated in 2°, 3° 8° and 9° of article 131-39.*

*The prohibition determined under 2° of article 131-39 applies to the activity in the exercise of which or on the occasion of the exercise of which the offence was committed. In the cases referred to under the second paragraph of article 221-6 the penalty prescribed by 4° of article 131-39 shall also be incurred.*

Selain itu, korban atau pihak pasien dapat bergabung dalam *constitution de parties civile* yang nantinya akan mengeluarkan *action publique* yang nantinya akan memperoleh kompensasi atau ganti rugi atas *criminal complaint*. *Action publique* merupakan instruksi dari hakim untuk menyelidiki kasus korban ( dengan adanya instruksi dari hakim ini menjadi jaminan kasus tersebut akan diselidiki).<sup>44</sup>

Kebijakan formulasi mengenai alternatif penyelesaian lainnya yaitu dengan mediasi penal sebagai upaya untuk mewujudkan peraturan perundang-undangan pidana yang baik sesuai dengan situasi serta kondisi untuk perbaikan di masa yang akan datang sesuai dengan asas atau prinsip keadilan dan daya guna (kemanfaatan) karena tujuan inilah maka dalam pelaksanaannya tidak lepas dari adanya masalah pembaharuan hukum pidana (sebagai jalan atau upaya untuk mewujudkan perbaikan di masa depan).<sup>45</sup> Adanya penggunaan mediasi penal mengikuti pembaharuan hukum pidana, menurut Prof Detlev Frehse serta dari beberapa model tersebut yang paling cocok untuk menyelesaikan kasus tidak memberi pertolongan pertama pada pasien gawat darurat untuk dituangkan dalam suatu undang-undang adalah *Informal Mediation* yang selanjutnya diikuti model *Victim Offender Mediation* dan *Family and Community Group Conferences* terutama dalam undang-undang kesehatan karena ketentuan ancaman pidananya termuat di dalamnya

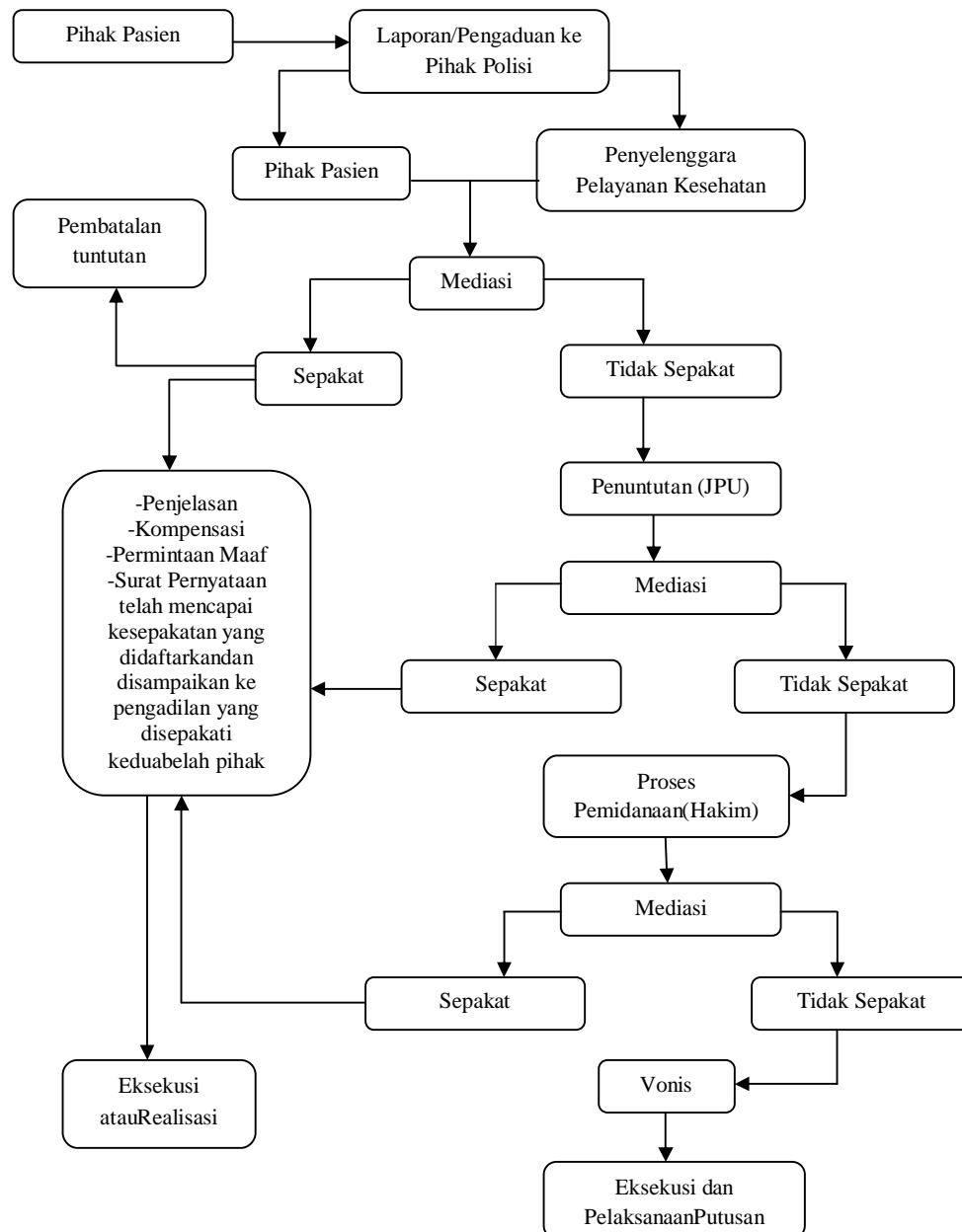
---

<sup>44</sup> Melinee Kazarian, Danielle Griffiths dan Margaret Brazier, **Professional Negligence (Criminal responsibility for medical malpractice in France)**, 2011.

<sup>45</sup>*Ibid*, hal 43-44.

sehingga dapat dipakai sebagai *ultimatum remidium*. Berikut ini adalah bagan alur penyelesaian kasus tidak memberi pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, yaitu

**Bagan 2**  
**Konsep Penyelesaian Tindakan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Memberi Pertolongan Pertama Pada Pasien Gawat Darurat**



Sumber bahan hukum sekunder, diolah, 2014

Penjelasan Bagan 2 Tentang Konsep Penyelesaian Tindakan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Memberi Pertolongan Pertama Pada Pasien Gawat Darurat, yaitu

sebagai berikut : memulai penyelesaian melalui mediasi secara informal yang terlebih dahulu akan membelokkan kasus pidana untuk lebih jauh diselesaikan melalui pengadilan pidana, selain itu dengan menyediakan mediasi di setiap tahapan proses, baik pada tahap kebijaksanaan polisi, tahap penuntutan, tahap pemidanaan atau setelah pemidanaan maka akan ada usaha untuk memberikan keadilan bagi kedua belah pihak yang berkonflik, dengan adanya mediasi akan mencapai prinsip daya guna atau kemanfaatan. Penyelesaian ini juga mengadopsi model *Family and Community Group Confrences* yang tidak hanya dapat dihadiri korban namun juga keluarga korban.

Kebijakan formulasi mediasi penal dalam substansi undang-undang di Indonesia akan membuat terciptanya tujuan hukum dengan asas prioritas, di mana prioritas pertama adalah penegakan hukum demi keadilan, kedua adalah kemanfaatan dan terakhir barulah kepastian hukum .Kemanfaatan dan kepastian hukum tidak boleh bertentangan dengan keadilan, demikian juga kepastian hukum tidak boleh bertentangan dengan kemanfaatan.<sup>46</sup>Selain itu, model mediasi penal dipilih atau dibuat upaya untuk melakukan reorientasi dan reformasi hukum pidana yang sesuai dengan nilai-nilai sentral sosiopolitik, sosiofilosofis dan sosioklatural masyarakat.<sup>47</sup>

### **Simpulan**

Berdasarkan penguraian di atas, kesimpulan yang dapat diambil adalah

1. Implikasi yuridis tindakan penyelenggara pelayanan kesehatan yang tidak memberi pertolongan pertama pada pasien gawat darurat diatur dalam UU Kesehatan, UUPK dan UURS namun dari keseluruhan dasar yuridis tersebut yang paling memenuhi rumusan/unsur pidana yaitu dalam Pasal 32, 190 dan 201 UU Kesehatan, selain itu pertanggungjawaban pidana ada pada tenaga kesehatan, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan serta rumah sakit (sebagai korporasi/badan hukum) dengan ancaman sanksi pidana, denda dan pencabutan izin usaha serta badan hukum. Namun, dalam menyelesaikan tindakan penyelenggara pelayanan kesehatan yang tidak memberi pertolongan pertama pada pasien gawat darurat diselesaikan selama ini melalui pengaduan ke lembaga MKDKI yang dirasa oleh pihak pasien belum mampu memenuhi nilai keadilan. Selain itu, prinsip daya guna atau kemanfaatan juga belum didapatkan oleh pihak

---

<sup>46</sup>Achmad Ali, *Menguak Teori Hukum (Legal Theory) dan teori Peradilan (Judicialprudence)* termasuk *Intrepetasi Undang-Undang*, Volume 1 Pemahaman Awal, Kencana, Jakarta, 2010, hal 284.

<sup>47</sup> Barda Nawawi Arief, *Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana (Perkembangan Penyusunan Konsep KUHP Baru)*, Kencana, Jakarta, 2008, hal 288.

pasien/korban karena tidak mendapatkan kompensasi atau ganti kerugian karena dalam hal konflik yang melibatkan pelayanan kegawatdaruratan pasien tidak diboleh menuntut ganti kerugian yang termuat dalam Pasal 58 UU Kesehatan.

2. Konsep untuk menyelesaikan konflik medik seperti ini masih bertumpu pada KUHP yang dikategorikan sebagai perbuatan kelalaian padahal melalui beberapa analisis yang dilakukan perbuatan penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut dapat dikategorikan sebagai malpartik medik dengan pertanggungjawaban pidana yang efektif dimuat pada Pasal 32, 85, 190 dan 201 UU Kesehatan yang di masa datang harus diperkuat dengan perumusan *respon time* agar perumusan unsur pidana ataupun sanksi pidananya efektif. Selain itu, untuk mencapai keadilan serta kemanfaatan maka diperlukan konsep pembaharuan hukum pidana dengan merumuskan mediasi penal ke dalam undang-undang sebagai penyelesaian konflik medik seperti ini seperti *Informal Mediation, Family and Community Group Confrences* dan *Victim-Offender Mediation*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Ali, 2010, **Menguak Teori Hukum (Legal Theory) dan Teori Peradilan (Judicialprudence) termasuk Intrepetasi Undang-Undang, Volume 1 Pemahaman Awal**, Kencana, Jakarta.
- Ari Yunanto dan Helmi, 2010, **Hukum Pidana Malpraktik Medik Tinjauan dan Perspektif Medikolegal**, ANDI, Yogyakarta.
- Barda Nawawi Arief, 2008, **Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana (Perkembangan Penyususan Konsep KUHP Baru)**, Kencana, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2008, **Mediasi Penal Penyelesaian Perkara Di Luar Pengadilan**, Pustaka Magister, Semarang.
- Indra Bastian dan Suryono, 2011, **Penyelesaian Sengketa Kesehatan**, Salemba Medika, Jakarta.
- Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, 2009, **Dualisme Peneltian Hukum Normatif dan Empiris**, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Peter Mahmud Marzuki, 2007, **Penelitian Hukum**, Kencana Prenada Media Group, Jakarta.
- Rena Yulia, 2010, **Victimologi Perlindungan Hukum Terhadap Korban Kejahatan**, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Tabrani, 1998, **Agenda Gawat Darurat Jilid 1 (Critical Care)**, Alumni, Bandung.
- Y.A Ohoiwutun, 2008, **Bunga Rampai Hukum Kedokteran (Tinjauan dari Berbagai Peraturan Perundangan dan UU Praktik Kedokteran)**, Bayumedia, Malang.

**Jurnal, Artikel dan Kamus :**

Departemen Pendidikan Nasional, 2005, **Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Ketiga**, Balai Pustaka, Jakarta.

**Handbook The Canadian Medical Protective Association (CMPA)**

Herkutanto, **Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat**, Majalah Kedokteran Indonesia Volume: 57 Nomor: 2 edisi Februari 2007.

Melinee Kazarian, Danielle Griffiths dan Margaret Brazier, 2011, **Professional Negligence (Criminal responsibility for medical malpractice in France)**.

**Profil Rumah Sakit Umum Saiful Anwar 2010**

**Peraturan Perundang-Undangan :**

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

*Penal Code France*

*Criminal Code Canada R.S.C., 1985, c. C-46*

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2009 Tentang **Kesehatan**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang **Rumah Sakit**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang **Praktik Kedokteran.**

Surat Ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/IX/2009 Tentang **Standar IGD (Instalasi Gawat Darurat)**