

**ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK  
KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG**

**TESIS**



**Oleh:**

**SYELA AMBRI YUDHANA**

NIM : 20302400541

Konsentrasi : Hukum Pidana

**PROGRAM MAGISTER (S2) ILMU HUKUM  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2025**

**ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK  
KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG**

**TESIS**



**PROGRAM MAGISTER (S2) ILMU HUKUM  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2025**

**ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN  
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA  
SEMARANG**

Diajukan Untuk Penyusunan Tesis  
Program Magister Hukum

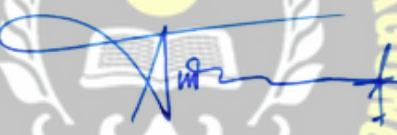
**Oleh:**

Nama : SYELA AMBRI YUDHANA  
NIM : 20302400541

Program Studi : Magister (S2) Ilmu Hukum (M.H.)

Disetujui oleh:

Pembimbing I  
Tanggal,



Dr. Andri Winjaya Laksana, S.H., M.H. M.Kn.  
NIDN. 06-2005-8302

**UNISSULA**  
جامعة السلطان سليمان  
Dekan  
Fakultas Hukum  
UNISSULA



Prof. Dr. H. Jawade Hafidz, S.H., M.H.  
NIDN. 06-2004-6701

**ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK  
KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG**

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji  
Pada Tanggal 28 November 2025  
Dan dinyatakan **LULUS**

Tim Penguji  
Ketua,  
Tanggal,

Prof. Dr. Bambang Tri Bawono, S.H., M.H.  
NIDN. 06-0707-7601

Anggota

Anggota,

Dr. Andri Winjaya Laksana, S.H., M.H. M.Kn.  
NIDN. 06-2005-8302

Dr. Arpangi, S.H., M.H.  
NIDN. 06-1106-6805

جامعة سلطان احمد الإسلامية  
UNISSULA  
Mengetahui

Dekan  
Fakultas Hukum  
UNISSULA

Prof. Dr. H. Jawade Hafidz, S.H., M.H.  
NIDN: 06-2004-6701

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SYELA AMBRI YUDHANA  
NIM : 20302400541

Dengan ini saya nyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul:

### **ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG**

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian besar karya tulis orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Semarang, 30 Oktober 2025

Yang Membuat Pernyataan.

(SYELA AMBRI YUDHANA)

## PERNYATAAN PERSETUJUAN UNGGAH KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	:	SYELA AMBRI YUDHANA
NIM	:	20302400541
Program Studi	:	Magister Ilmu Hukum
Fakultas	:	Hukum

Dengan ini menyerahkan karya ilmiah berupa **Tugas Akhir/Skripsi/Tesis/Disertasi\*** dengan judul:

### **ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG**

dan menyetujuinya menjadi hak milik Universitas Islam Sultan Agung serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-ekslusif untuk disimpan, dialihmediakan, dikelola dalam pangkalan data, dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 30 Oktober 2025

Yang Membuat Pernyataan.



(SYELA AMBRI YUDHANA)

\*Coret yang tidak perlu

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puja dan puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta’ala yang tak henti-hentinya melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul:

“ASPEK HUKUM MEDIKOLEGAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG”.

Shalawat serta salam penulis curahkan kepada junjungan Nabi Muhammad Shallallahu ‘Alaihi Wa Sallam yang telah membimbing dan menuntun ummat Islam dari masa kegelapan menuju masa terang benderang, dan syafa’atnya yang senantiasa dinantikan hingga hari akhir.

Maksud dan tujuan penyusunan karya ilmiah ini adalah untuk memenuhi syarat guna memperoleh gelar Program Studi Magister Ilmu Hukum di Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang. Dengan selesainya penyusunan ini, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas bantuan, dukungan, motivasi dan do’a dari semua pihak yang terlibat. Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., S.E., Akt., M.Hum., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang;
2. Bapak Prof. Dr. Jawade Hafidz, S.H., M.H., selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang;

3. Bapak Dr. Andri Winjaya Laksana, S.H., M.H. selaku Dosen Pembimbing dan Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum;
4. Bapak/Ibu Tim Pengaji yang berkenan memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun dalam penyusunan tesis ini;
5. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih atas semua bantuan, dukungan, arahan, motivasi, dan semangatnya semoga dicatat sebagai amal kebaikan dan mendapatkan balasan pahala yang bekali-kali lipat dari Allah Subhanahu Wa Ta'ala.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan guna kesempurnaan. Penulis memohon maaf sebesar-besarnya apabila di dalam penulisan ini terdapat kata-kata yang kurang berkenan. Penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat untuk semua pihak, khususnya bagi penulis dan pembaca. Sekian dan terima kasih.

Semarang, ..... 2025

Penulis,

**Syela Ambri Yudhana**

NIM. 20302400541

## ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Bhayangkara Semarang, mengidentifikasi kendala yang dihadapi, serta merumuskan upaya peningkatan pemahaman dan implementasinya. Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum empiris dengan pendekatan yuridis sosiologis dan desain studi kasus. Data diperoleh melalui wawancara mendalam dengan Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat, observasi, dan studi dokumentasi, yang kemudian dianalisis menggunakan teknik analisis data kualitatif model Miles dan Huberman.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi aspek hukum medikolegal di IGD RS Bhayangkara Semarang secara umum telah berjalan sesuai dengan standar profesi dan regulasi yang berlaku, dengan perawat telah menjalankan tanggung jawab hukum (perdata, pidana, administratif) serta kewenangan mandiri dan kolaboratif berdasarkan UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Namun, ditemukan beberapa kendala utama, yaitu: (1) kurangnya pemahaman keluarga pasien terhadap ketentuan hukum dalam situasi gawat darurat; (2) persepsi keliru mengenai batas kewenangan perawat; (3) kendala dokumentasi dalam kondisi darurat; (4) hambatan komunikasi dengan keluarga pasien; serta (5) keterbatasan sumber daya dan kompleksitas regulasi. Berdasarkan temuan tersebut, penelitian ini merekomendasikan serangkaian upaya peningkatan yang komprehensif, meliputi pendidikan berkelanjutan bagi perawat, pengembangan sistem dokumentasi yang efisien, peningkatan komunikasi dengan keluarga pasien, penguatan dukungan kelembagaan, dan edukasi masyarakat.

Kata Kunci: Hukum Medikolegal, Praktik Keperawatan, Instalasi Gawat Darurat, Tanggung Jawab Hukum, Kewenangan Perawat.

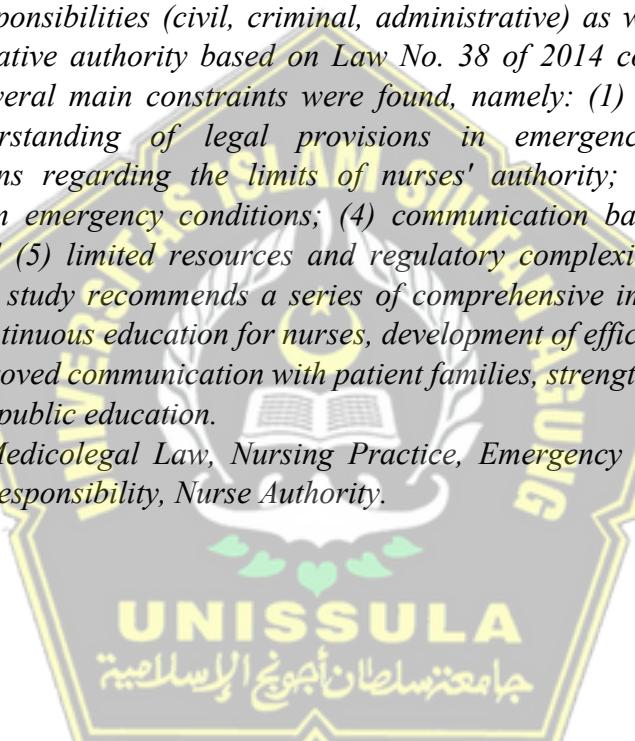


## ABSTRACT

*This study aims to analyze the implementation of medicolegal legal aspects in nursing practice at the Emergency Department (ED) of Bhayangkara Hospital Semarang, identify the constraints faced, and formulate efforts to improve understanding and implementation. This research uses empirical legal research methods with a sociological juridical approach and a case study design. Data were obtained through in-depth interviews with the Head of the ED, observation, and documentation studies, which were then analyzed using qualitative data analysis techniques from the Miles and Huberman model.*

*The results show that the implementation of medicolegal aspects in the ED of Bhayangkara Hospital Semarang has generally been carried out in accordance with applicable professional standards and regulations, with nurses having carried out legal responsibilities (civil, criminal, administrative) as well as independent and collaborative authority based on Law No. 38 of 2014 concerning Nursing. However, several main constraints were found, namely: (1) the lack of patient family understanding of legal provisions in emergency situations; (2) misconceptions regarding the limits of nurses' authority; (3) documentation constraints in emergency conditions; (4) communication barriers with patient families; and (5) limited resources and regulatory complexity. Based on these findings, this study recommends a series of comprehensive improvement efforts, including continuous education for nurses, development of efficient documentation systems, improved communication with patient families, strengthening institutional support, and public education.*

**Keywords:** Medicolegal Law, Nursing Practice, Emergency Department, Legal Responsibility, Nurse Authority.



**UNISSULA**  
جامعة سلطان آغا بنجع الإسلامية

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PENYATAAN KEASLIAN .....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR .....	ii
ABSTRAK .....	iv
<i>ABSTRACT</i> .....	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	Error! Bookmark not defined.
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Kerangka Konseptual.....	7
F. Kerangka Teoretis .....	18
G. Metode Pendekatan .....	29
1. Spesifikasi Penelitian.....	29
2. Sumber Data .....	30
3. Metode Pengumpulan Data .....	31
4. Metode Analisis Data .....	31
H. Sistematika Isi Tesis.....	32
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	34
A. Landasan Teori .....	34
1. Teori Tanggung Jawab Hukum .....	34
2. Teori Kewenangan.....	39
3. Teori Perlindungan Hukum .....	43

4. Teori Standar Profesi .....	46
B. Konsep Hukum Medikolegal .....	49
C. Konsep Praktik Keperawatan .....	55
D. Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD) .....	61
E. Dokumentasi Keperawatan dan Aspek Hukumnya .....	68
F. <i>Informed Consent</i> dalam Praktik Keperawatan .....	72
G. <i>Patient Safety</i> dan Aspek Medikolegal .....	75
H. Malpraktik Keperawatan .....	81

### BAB III HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN ... 8**Error! Bookmark not defined.**

A. Hasil Penelitian.....	8 <b>Error! Bookmark not defined.</b>
B. Pembahasan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1. Implementasi Aspek Hukum Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
a. Tinjauan Umum Implementasi Aspek Hukum Medikolegal di IGD .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 3
b. Implementasi Tanggung Jawab Hukum Perawat IGD .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
c. Implementasi Kewenangan Perawat di IGD <b>Error! Bookmark not defined.</b> 99	
d. Implementasi Standar Profesi dalam Praktik Keperawatan IGD .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 103
e. Implementasi Perlindungan Hukum di IGD .....	105
f. Analisis Kesesuaian Tindakan Perawat dengan Aspek Hukum Medikolegal .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 8
2. Kendala yang Dihadapi Perawat dalam Menerapkan Aspek Hukum Medikolegal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. ....	112
a. Identifikasi Kendala dalam Implementasi Aspek Hukum Medikolegal .....	112
b. Kendala Terkait Pemahaman Keluarga Pasien terhadap Aspek Hukum Gawat Darurat..... <b>Error! Bookmark not defined.</b> 112	

c. Kendala Terkait Persepsi terhadap Batas Kewenangan Perawat .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 14
d. Kendala Terkait Dokumentasi dalam Situasi Darurat .....	115
e. Kendala Terkait Komunikasi Antara Perawat dan Keluarga Pasien .....	118
f. Kendala Terkait Keterbatasan Sumber Daya di IGD .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 18
g. Kendala Terkait Kompleksitas Regulasi dan Standar.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 19
h. Kendala Terkait Budaya Hukum dan Kesadaran Hukum.....	120
i. Kendala Terkait Dukungan Kelembagaan	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 121
j. Sintesis Kendala dalam Implementasi Aspek Hukum Medikolegal .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 22
3. Upaya Peningkatan Pemahaman dan Implementasi Aspek Hukum Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 24
a. Kerangka Konseptual Upaya Peningkatan	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 24
b. Upaya Peningkatan Pengetahuan dan Kompetensi Perawat.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
c. Upaya Peningkatan Sistem Dokumentasi	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
d. Upaya Peningkatan Komunikasi dengan Keluarga Pasien ...	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 30
e. Upaya Penguatan Dukungan Kelembagaan	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
f. Upaya Peningkatan Kerja Sama dengan Organisasi Profesi .	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 34
g. Upaya Peningkatan Edukasi Masyarakat	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
h. Upaya Pengembangan Sistem Penanganan Keluhan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
i. Upaya Advokasi Kebijakan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 38

j. Monitoring dan Evaluasi Implementasi	Error! Bookmark not defined.	40
k. Sintesis Upaya Peningkatan dalam Kerangka Teori	Error! Bookmark not defined.	41
BAB IV PENUTUP	Error! Bookmark not defined.	43
A. Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.	43
B. Saran	Error! Bookmark not defined.	45
DAFTAR PUSTAKA		



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan kesehatan yang memiliki karakteristik khusus dalam penanganan pasien dengan kondisi kritis dan membutuhkan penanganan segera. Dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, IGD menjadi gerbang utama bagi masyarakat yang memerlukan pertolongan medis dalam situasi darurat.<sup>1</sup> Peran perawat di IGD sangat vital karena mereka merupakan tenaga kesehatan yang pertama kali berinteraksi dengan pasien dan seringkali harus mengambil keputusan cepat dalam kondisi yang penuh tekanan.<sup>2</sup>

Rumah Sakit Bhayangkara Semarang sebagai rumah sakit milik Kepolisian Negara Republik Indonesia memiliki tanggung jawab khusus dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak hanya kepada anggota Polri dan keluarganya, tetapi juga kepada masyarakat umum.<sup>3</sup> Kompleksitas pelayanan di IGD RS Bhayangkara Semarang semakin meningkat seiring dengan perkembangan teknologi medis dan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Cetakan Keempat, Rineka Cipta, Jakarta, 2018, hlm. 45.

<sup>2</sup> Nursalam, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi Kelima, Salemba Medika, Jakarta, 2020, hlm. 67.

<sup>3</sup> Bustami, *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*, Cetakan Kedua, Erlangga, Jakarta, 2018, hlm. 89.

<sup>4</sup> Dedi Supriadi, *Hukum Kesehatan di Indonesia*, Cetakan Pertama, Mandar Maju, Bandung, 2019, hlm. 123.

Praktik keperawatan di IGD menghadapi berbagai tantangan hukum yang signifikan. Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional memiliki kewenangan dan tanggung jawab yang diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan, mulai dari Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, hingga berbagai peraturan turunannya.<sup>5</sup> Namun demikian, implementasi aspek hukum dalam praktik keperawatan sehari-hari masih menghadapi berbagai kendala dan permasalahan.<sup>6</sup>

Aspek medikolegal dalam keperawatan mencakup berbagai dimensi yang kompleks, mulai dari *informed consent*, dokumentasi keperawatan, standar pelayanan, hingga pertanggungjawaban hukum dalam kasus malpraktik.<sup>7</sup> Dalam IGD, kompleksitas ini semakin bertambah karena kondisi darurat yang seringkali tidak memungkinkan untuk melakukan prosedur administratif secara lengkap sebagaimana mestinya.<sup>8</sup> Perawat IGD harus mampu menyeimbangkan antara tuntutan untuk memberikan pertolongan segera dengan kepatuhan terhadap aspek hukum yang berlaku.<sup>9</sup>

Permasalahan hukum dalam praktik keperawatan di IGD dapat muncul dalam berbagai bentuk. Mulai dari kelalaian dalam dokumentasi, keterlambatan penanganan, kesalahan dalam pemberian obat, hingga pelanggaran terhadap hak-

---

<sup>5</sup> Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Cetakan Ketiga, Rineka Cipta, Jakarta, 2020, hlm. 156.

<sup>6</sup> Hesti Andriani, "Implementasi Patient Safety dalam Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit", *Daulat Hukum*, Vol. 2, No. 3, 2019, hlm. 45.

<sup>7</sup> M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Edisi Kelima, EGC, Jakarta, 2018, hlm. 178.

<sup>8</sup> Imam Gunawan, "Aspek Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Indonesia", *Daulat Hukum*, Vol. 4, No. 1, 2021, hlm. 67.

<sup>9</sup> Kartika Sari Dewi, *Aspek Hukum dalam Pelayanan Keperawatan*, Cetakan Pertama, Trans Info Media, Jakarta, 2020, hlm. 89.

hak pasien.<sup>10</sup> Setiap perawat IGD harus memahami batasan kewenangan mereka dan konsekuensi hukum dari setiap tindakan yang dilakukan.<sup>11</sup>

Perkembangan hukum kesehatan di Indonesia menunjukkan kecenderungan yang semakin ketat dalam mengatur praktik profesi kesehatan, termasuk keperawatan.<sup>12</sup> Hal ini terlihat dari berbagai kasus hukum yang melibatkan tenaga kesehatan yang semakin sering muncul di pengadilan.<sup>13</sup> Kondisi ini menuntut pemahaman yang mendalam tentang aspek medikolegal dalam praktik keperawatan, khususnya di unit pelayanan yang berisiko tinggi seperti IGD.<sup>14</sup>

Penelitian tentang aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di IGD menjadi sangat penting untuk dilakukan mengingat minimnya studi empiris yang mengkaji permasalahan ini secara komprehensif.<sup>15</sup> Sebagian besar penelitian yang ada masih bersifat normatif dan belum menyentuh aspek implementasi di lapangan.<sup>16</sup> Padahal, pemahaman yang baik tentang aspek medikolegal dapat membantu perawat dalam memberikan pelayanan yang berkualitas sekaligus melindungi diri mereka dari risiko hukum.<sup>17</sup>

---

<sup>10</sup> Arief Budiman, "Tanggung Jawab Hukum Perawat dalam Pelayanan Kesehatan", *Law Development Journal*, Vol. 3, No. 2, 2021, hlm. 234.

<sup>11</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran (Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak)*, Cetakan Pertama, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2018, hlm. 123.

<sup>12</sup> Sofwan Dahlan, *Hukum Kesehatan: Rambu-rambu bagi Profesi Dokter*, Edisi Ketiga, Universitas Diponegoro, Semarang, 2017, hlm. 145.

<sup>13</sup> Soewono Hendrojono, *Malpraktik Medik*, Cetakan Pertama, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2019, hlm. 167.

<sup>14</sup> Wijaya Kusuma, "Perlindungan Hukum bagi Tenaga Kesehatan dalam Menjalankan Profesi", *Law Development Journal*, Vol. 2, No. 4, 2020, hlm. 156.

<sup>15</sup> Amiruddin dan Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Edisi Revisi, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2018, hlm. 89.

<sup>16</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Edisi Revisi, Kencana, Jakarta, 2019, hlm. 123.

<sup>17</sup> Sari Pratiwi, "Analisis Yuridis Kewenangan Perawat dalam Pelayanan Gawat Darurat", *Daulat Hukum*, Vol. 3, No. 2, 2020, hlm. 89.

Pada sisi lain, pasien dan keluarga pasien juga semakin sadar akan hak-hak mereka dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.<sup>18</sup> Tuntutan masyarakat terhadap akuntabilitas tenaga kesehatan semakin meningkat, yang dapat berimplikasi pada peningkatan kasus hukum di bidang kesehatan.<sup>19</sup> Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif tentang aspek medikolegal menjadi kebutuhan mendesak bagi semua tenaga kesehatan, termasuk perawat.<sup>20</sup>

Berdasarkan uraian di atas, penelitian tentang "Aspek Hukum Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang" menjadi relevan dan penting untuk dilakukan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu hukum, khususnya hukum kesehatan, serta memberikan manfaat praktis bagi perawat IGD dalam menjalankan tugasnya dengan tetap memperhatikan aspek hukum yang berlaku.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang?

---

<sup>18</sup> Dwi Eni Astarini, *Hukum Kesehatan dalam Perspektif Hak Asasi Manusia*, Cetakan Pertama, Deepublish, Yogyakarta, 2017, hlm. 67.

<sup>19</sup> Anny Isfandyarie, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*, Cetakan Kedua, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2020, hlm. 112.

<sup>20</sup> Abdul Rahman, "Standar Profesi Keperawatan dalam Perspektif Hukum Kesehatan", *Law Development Journal*, Vol. 4, No. 3, 2022, hlm. 123

2. Apa saja kendala yang dihadapi perawat dalam menerapkan aspek hukum medikolegal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang?
3. Bagaimana upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dan implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang?

### **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk menganalisis implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.
- b. Untuk mengidentifikasi kendala yang dihadapi perawat dalam menerapkan aspek hukum medikolegal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.
- c. Untuk merumuskan upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dan implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.

### **D. Manfaat Penelitian**

## 1. Manfaat Teoritis

- a. Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu hukum, khususnya dalam bidang hukum kesehatan dan medikolegal.
- b. Memperkaya literatur akademik tentang aspek hukum dalam praktik keperawatan di Indonesia.
- c. Menjadi rujukan bagi penelitian-penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan hukum medikolegal dalam pelayanan kesehatan.

## 2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat

Meningkatkan pemahaman perawat tentang aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan sehingga dapat memberikan pelayanan yang berkualitas sekaligus melindungi diri dari risiko hukum.

- b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan dalam penyusunan kebijakan dan prosedur operasional standar yang berkaitan dengan aspek hukum medikolegal di IGD.

- c. Bagi Pemerintah

Memberikan input dalam penyusunan regulasi yang berkaitan dengan praktik keperawatan dan aspek medikolegal dalam pelayanan kesehatan.

- d. Bagi Masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hak dan kewajiban dalam pelayanan kesehatan, khususnya di IGD.

## E. Kerangka Konseptual

## 1. Konsep Hukum Medikolegal

Hukum medikolegal merupakan cabang ilmu yang mengkaji hubungan antara aspek medis dan aspek hukum dalam praktik pelayanan kesehatan.<sup>21</sup> Menurut Soekidjo Notoatmodjo, medikolegal adalah aplikasi pengetahuan medis untuk kepentingan hukum dan keadilan.<sup>22</sup> Dalam konteks keperawatan, hukum medikolegal mencakup semua aspek hukum yang berkaitan dengan praktik keperawatan, mulai dari kewenangan, tanggung jawab, hingga pertanggungjawaban hukum.<sup>23</sup>

Aspek medikolegal dalam keperawatan tidak dapat dipisahkan dari perkembangan profesi keperawatan itu sendiri. Sejak diundangkannya Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, posisi perawat sebagai tenaga kesehatan profesional semakin diperkuat.<sup>24</sup> Undang-undang ini memberikan pengakuan terhadap kemandirian profesi keperawatan sekaligus menetapkan batasan-batasan hukum yang harus dipatuhi oleh setiap perawat.<sup>25</sup>

Dimensi hukum medikolegal dalam keperawatan meliputi beberapa aspek penting. Pertama, aspek preventif yang berkaitan dengan upaya pencegahan terjadinya masalah hukum melalui kepatuhan terhadap standar

---

<sup>21</sup> Setyo Cahyo Budi, *Medikolegal dalam Praktik Kedokteran*, Cetakan Pertama, Sagung Seto, Jakarta, 2019, hlm. 45.

<sup>22</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 78.

<sup>23</sup> Siswanto, *Hukum Kesehatan*, Cetakan Pertama, Akademia Permata, Jakarta, 2017, hlm. 89.

<sup>24</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Hukum Kedokteran*, Cetakan Kedua, Mandar Maju, Bandung, 2020, hlm. 123.

<sup>25</sup> J. Guwandi, *Medical Error dan Hukum Medis*, Cetakan Kedua, FK UI, Jakarta, 2019, hlm. 145.

profesi dan peraturan yang berlaku.<sup>26</sup> Kedua, aspek protektif yang bertujuan melindungi perawat dari tuduhan atau tuntutan hukum yang tidak berdasar.<sup>27</sup> Ketiga, aspek korektif yang berkaitan dengan penanganan kasus-kasus hukum yang melibatkan perawat.<sup>28</sup>

## 2. Konsep Praktik Keperawatan

Praktik keperawatan merupakan inti dari pelaksanaan profesi keperawatan yang mencakup penerapan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan etika dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Praktik ini melibatkan interaksi yang kompleks antara perawat dengan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara luas, guna memenuhi kebutuhan dasar manusia, mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, serta membantu proses penyembuhan pasien secara holistik. Praktik keperawatan tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga menuntut pendekatan humanistik yang menghargai martabat dan nilai-nilai pasien sebagai manusia seutuhnya. Oleh karena itu, praktik keperawatan menjadi landasan penting dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan.

Praktik keperawatan adalah penerapan ilmu dan kiat keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat.<sup>29</sup> Menurut Nursalam, praktik

---

<sup>26</sup> Indah Permata Sari, "Dokumentasi Keperawatan sebagai Alat Bukti dalam Sengketa Medis", *Daulat Hukum*, Vol. 5, No. 1, 2022, hlm. 178.

<sup>27</sup> Hasbullah Thabranji, *Asuransi Kesehatan Nasional*, Cetakan Kedua, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2020, hlm. 156

<sup>28</sup> Rina Wijayanti, "Hubungan Hukum antara Perawat dan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan", *Law Development Journal*, Vol. 1, No. 3, 2019, hlm. 45.

<sup>29</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 89.

keperawatan professional adalah tindakan mandiri perawat professional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.<sup>30</sup>

Praktik keperawatan di Indonesia diatur melalui berbagai peraturan perundang-undangan. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menjadi landasan utama yang mengatur praktik keperawatan di Indonesia.<sup>31</sup> Undang-undang ini mengatur tentang registrasi, perizinan, penyelenggaraan praktik, pembinaan, dan pengawasan praktik keperawatan.<sup>32</sup>

Dalam konteks IGD, praktik keperawatan memiliki karakteristik khusus yang berbeda dengan unit pelayanan lainnya. Perawat IGD harus mampu melakukan triase, memberikan pertolongan pertama, dan melakukan tindakan keperawatan dalam kondisi darurat.<sup>33</sup> Hal ini menuntut kompetensi khusus dan pemahaman yang mendalam tentang aspek hukum yang berkaitan dengan praktik keperawatan gawat darurat.<sup>34</sup>

Dalam konteks pelayanan gawat darurat atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), praktik keperawatan memiliki karakteristik khusus yang berbeda dibandingkan dengan unit pelayanan lainnya. IGD merupakan lini pertama

---

<sup>30</sup> *Ibid.*, hlm. 123.

<sup>31</sup> Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Cetakan Kedua, Rineka Cipta, Jakarta, 2017, hlm. 145.

<sup>32</sup> C.B. Kusmaryanto, *Kontroversi Aborsi*, Cetakan Kedua, Grasindo, Jakarta, 2019, hlm. 167.

<sup>33</sup> Cecep Triwibowo dan Mitha Erlisya Pusphandini, *Kesehatan Lingkungan dan K3, Cetakan Pertama*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2018, hlm. 89.

<sup>34</sup> Juli Soemirat, *Kesehatan Lingkungan*, Cetakan Ketiga, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2018, hlm. 123.

pelayanan kesehatan dalam menangani pasien yang berada dalam kondisi kritis dan mengancam nyawa, sehingga menuntut respons yang cepat, tepat, dan terukur. Dalam situasi ini, perawat diharuskan memiliki keterampilan triase, yaitu kemampuan untuk menilai dan mengklasifikasikan kondisi pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya. Triase menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis secara cepat, yang bertujuan untuk mengoptimalkan alokasi sumber daya dan prioritas penanganan medis.<sup>35</sup>

Selain triase, perawat di IGD juga bertanggung jawab dalam memberikan pertolongan pertama, menjaga kestabilan kondisi pasien, serta melakukan intervensi keperawatan dalam kondisi darurat, seperti resusitasi jantung paru, pemasangan infus, pengontrolan perdarahan, dan stabilisasi trauma. Kegiatan tersebut memerlukan penguasaan yang mendalam terhadap anatomi dan fisiologi manusia, keterampilan klinis yang mumpuni, serta ketenangan dalam pengambilan keputusan di bawah tekanan. Dalam hal ini, perawat tidak hanya bertindak sebagai pelaksana, namun juga sebagai pengambil keputusan profesional dalam batas kewenangan yang dimiliki.<sup>36</sup>

Pentingnya pemahaman aspek hukum dalam praktik keperawatan gawat darurat juga tidak dapat diabaikan. Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam situasi darurat seringkali menimbulkan dilema hukum, terutama ketika perawat harus mengambil keputusan cepat tanpa sempat berkonsultasi dengan dokter. Oleh karena itu, Undang-Undang Keperawatan

---

<sup>35</sup> Sri Wahyuningsih, “Keterampilan Triase dan Peran Perawat IGD,” *Jurnal Keperawatan Darurat*, Vol. 3, No. 1, 2021, hlm. 45.

<sup>36</sup> Djazuli Afandi, *Ilmu Kedokteran Forensik, Edisi Revisi*, Malang: Bayu Media Publishing, 2018, hlm. 178.

memberikan ruang hukum bagi perawat untuk menjalankan praktik dalam keadaan tertentu, termasuk kondisi kedaruratan, selama berada dalam batas kewenangan profesi dan tetap mengutamakan keselamatan pasien. Dalam hal ini, dokumentasi tindakan medis secara akurat dan lengkap menjadi salah satu bukti penting dalam pertanggungjawaban hukum perawat.<sup>37</sup>

Dengan semakin kompleksnya tantangan dalam praktik keperawatan, terutama di unit IGD, penguatan kompetensi profesional dan pemahaman hukum menjadi kebutuhan yang mendesak. Pendidikan keperawatan, pelatihan berkelanjutan, serta pembinaan dari organisasi profesi dan pemerintah harus berjalan seiring untuk mendukung perawat dalam menjalankan tugasnya secara optimal, aman, dan sesuai dengan norma hukum yang berlaku. Praktik keperawatan yang berkualitas dan taat hukum pada akhirnya akan berkontribusi pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan perlindungan hak pasien di Indonesia.

### 3. Konsep Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian integral dan vital dari rumah sakit yang berfungsi sebagai pintu gerbang utama bagi pasien yang mengalami kondisi medis kritis atau mengancam jiwa. Dalam praktiknya, IGD menyediakan pelayanan kesehatan yang bersifat segera, terkoordinasi, dan menyeluruh kepada pasien yang membutuhkan penanganan cepat. Keberadaan IGD menjadi sangat penting dalam sistem

---

<sup>37</sup> Rika Harahap, “Aspek Hukum dalam Praktik Keperawatan Gawat Darurat,” *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, Vol. 5, No. 2, 2022, hlm. 96–97.

pelayanan kesehatan karena menjadi titik awal penyelamatan jiwa dan pencegahan kecacatan permanen.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin.<sup>38</sup> Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009, IGD adalah salah satu bagian/unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien.<sup>39</sup> Definisi ini mempertegas bahwa IGD bukan sekadar ruang pelayanan, melainkan sebuah sistem yang didukung oleh tenaga profesional, sarana-prasarana, serta alur kerja berbasis triase untuk menentukan prioritas penanganan berdasarkan derajat kegawatdaruratan pasien.

Pelayanan gawat darurat memiliki prinsip-prinsip khusus yang harus dipatuhi, antara lain: responsif, dapat dijangkau, terpadu, berkesinambungan, dan bertanggung jawab.<sup>40</sup> Prinsip-prinsip ini harus diimplementasikan dengan tetap memperhatikan aspek hukum dan etika profesi.<sup>41</sup>

Pelayanan di IGD memiliki karakteristik dan prinsip yang membedakannya dengan pelayanan rawat jalan atau rawat inap biasa. Prinsip-prinsip pelayanan gawat darurat yang wajib diterapkan meliputi: responsif (tanggap terhadap keadaan darurat secara cepat), dapat dijangkau (aksesibilitas layanan bagi seluruh lapisan masyarakat), terpadu (melibatkan

---

<sup>38</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 178.

<sup>39</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 234.

<sup>40</sup> Hasbullah Thabranji, *Op.Cit.*, hlm. 89.

<sup>41</sup> M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Op.Cit.*, hlm. 145.

berbagai disiplin keilmuan dan profesi secara simultan), berkesinambungan (adanya kesinambungan layanan dari pra-rumah sakit hingga pelayanan lanjutan), dan bertanggung jawab (dilandasi oleh etika profesi dan hukum).<sup>42</sup> Prinsip-prinsip tersebut tidak hanya menjadi landasan operasional, tetapi juga merupakan tolok ukur mutu pelayanan gawat darurat.

Dalam pelaksanaannya, IGD dituntut untuk mampu memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan berkualitas, yang hanya dapat dicapai apabila terdapat kesiapan sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana medis, serta sistem manajemen pelayanan yang memadai.<sup>43</sup> SDM di IGD terdiri dari dokter, perawat, dan tenaga pendukung lainnya yang memiliki kompetensi khusus dalam penanganan kegawatdaruratan. Mereka dituntut untuk mampu bekerja dalam tekanan tinggi, mengambil keputusan secara cepat, serta bekerja sama dalam tim secara efektif.

Selain itu, ketersediaan sarana-prasarana seperti ruang observasi, ruang resusitasi, peralatan medis darurat (defibrillator, ventilator, monitor jantung), serta sistem triase yang efisien sangat menentukan kualitas pelayanan di IGD. Sistem triase sendiri berfungsi untuk mengklasifikasikan pasien berdasarkan tingkat keparahan penyakit atau cedera, sehingga pasien dengan kondisi paling gawat mendapatkan penanganan terlebih dahulu.<sup>44</sup> Dengan adanya triase, efektivitas layanan dapat ditingkatkan dan risiko keterlambatan penanganan dapat diminimalkan.

---

<sup>42</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm.144

<sup>43</sup> Kuntjoro Adi, *Manajemen Rumah Sakit*, ed. 3, Yogyakarta: Andi, 2012, hlm. 110.

<sup>44</sup> Aisah Maryunani, *Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*, Jakarta: Trans Info Media, 2014, hlm. 87.

IGD memiliki fungsi utama sebagai gerbang masuk pasien gawat darurat ke rumah sakit. Dalam menjalankan fungsinya, IGD harus mampu memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan berkualitas.<sup>45</sup> Hal ini menuntut kesiapan sumber daya manusia, sarana prasarana, dan sistem yang mendukung.<sup>46</sup>

Keberhasilan pelayanan IGD juga sangat dipengaruhi oleh sistem manajemen yang profesional. Manajemen IGD mencakup pengaturan alur pasien, sistem pencatatan medis, koordinasi antar unit di rumah sakit, serta integrasi dengan layanan pra-rumah sakit seperti ambulans dan petugas gawat darurat di lapangan. Dalam konteks ini, pendekatan *Emergency Medical Services* (EMS) sangat diperlukan, yaitu sistem pelayanan darurat yang terintegrasi antara *pre-hospital care* dan *hospital care*.<sup>47</sup>

Selain aspek teknis dan operasional, pelayanan di IGD juga harus dijalankan dengan memperhatikan hukum kesehatan dan etika profesi. Pelayanan gawat darurat seringkali dihadapkan pada dilema etis, misalnya dalam pengambilan keputusan cepat yang menyangkut nyawa pasien, persetujuan tindakan medis dalam kondisi pasien tidak sadar, atau konflik antara keluarga dan tim medis. Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan di IGD untuk memahami dan menerapkan prinsip-prinsip bioetika seperti *beneficence* (berbuat baik), *non-maleficence* (tidak mencelakakan), *autonomy*

---

<sup>45</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>46</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 234.

<sup>47</sup> Hani Haroen, *Manajemen Keperawatan dalam Praktik*, ed. 2, Jakarta: EGC, 2010, hlm.96.

(menghormati hak pasien), dan *justice* (keadilan).<sup>48</sup> Dalam ranah hukum, tenaga medis juga harus memahami hak-hak pasien, kewajiban pelaporan visum dalam kasus kriminal, serta perlindungan hukum terhadap tindakan medis darurat yang dilakukan dalam kondisi kegawatan.

#### 4. Konsep Tanggung Jawab Hukum Perawat

Tanggung jawab hukum perawat adalah konsekuensi hukum yang harus dipikul oleh perawat atas tindakan atau kelalaian yang dilakukannya dalam menjalankan praktik keperawatan.<sup>49</sup> Dalam sistem hukum Indonesia, tanggung jawab hukum dapat berupa tanggung jawab perdata, pidana, dan administratif.<sup>50</sup>

Tanggung jawab perdata perawat berkaitan dengan kerugian yang diderita oleh pasien akibat tindakan atau kelalaian perawat.<sup>51</sup> Dalam hal ini, perawat dapat dituntut untuk memberikan ganti rugi kepada pasien atau keluarganya.<sup>52</sup> Tanggung jawab pidana muncul ketika tindakan perawat memenuhi unsur-unsur tindak pidana sebagaimana diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana atau undang-undang pidana khusus lainnya.<sup>53</sup>

---

<sup>48</sup> Yati Sarimanah, *Etika dan Hukum dalam Praktik Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika, 2017, hlm. 62

<sup>49</sup> Satjipto Rahardjo, *Ilmu Hukum, Cetakan Keenam*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2019, hlm. 89.

<sup>50</sup> Philipus M. Hadjon, *Perlindungan Hukum bagi Rakyat Indonesia, Cetakan Pertama*, Bina Ilmu, Surabaya, 2017, hlm. 123.

<sup>51</sup> R. Subekti, *Hukum Perjanjian, Cetakan Keduapuluh*, Intermasa, Jakarta, 2020, hlm. 145.

<sup>52</sup> Hardijan Rusli, *Hukum Perjanjian Indonesia dan Common Law, Cetakan Pertama*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2018, hlm. 167.

<sup>53</sup> Yahya M. Harahap, *Hukum Acara Perdata, Cetakan Ketujuh*, Sinar Grafika, Jakarta, 2017, hlm. 89.

Tanggung jawab administratif berkaitan dengan pelanggaran terhadap ketentuan administrasi yang berlaku, seperti tidak memiliki surat izin praktik, melanggar standar operasional prosedur, atau tidak melakukan dokumentasi dengan baik.<sup>54</sup> Sanksi administratif dapat berupa teguran, peringatan, penghentian sementara, atau pencabutan izin praktik.<sup>55</sup>

Berdasarkan Pasal 30-32 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, setiap perawat yang menjalankan praktik wajib memiliki izin dan menjalankan praktik sesuai dengan standar pelayanan serta kode etik profesi. Jika melanggar ketentuan ini, perawat dapat dikenai sanksi administratif berupa teguran tertulis, peringatan, penghentian sementara izin praktik, hingga pencabutan izin praktik keperawatan.

Penting dipahami bahwa tanggung jawab hukum bukan semata-mata bentuk hukuman terhadap perawat, tetapi juga merupakan mekanisme untuk menjaga kualitas pelayanan, melindungi hak pasien, serta membina kedisiplinan profesi keperawatan. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan praktiknya, perawat harus senantiasa memperhatikan tiga aspek penting: kompetensi profesional, kewaspadaan hukum, dan dokumentasi keperawatan. Pertama, kompetensi profesional meliputi kemampuan perawat dalam menerapkan ilmu keperawatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, serta standar praktik yang berlaku. Perawat yang kompeten akan lebih mampu mengambil keputusan klinis secara tepat dan

---

<sup>54</sup> Rachmadi Usman, *Pilihan Penyelesaian Sengketa di Luar Pengadilan*, Cetakan Kedua, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2017, hlm. 123.

<sup>55</sup> Dudu Duswara Machmudin, *Pengantar Ilmu Hukum Sebuah Sketsa*, Cetakan Pertama, Refika Aditama, Bandung, 2020, hlm. 145.

mencegah risiko malpraktik. Kedua, kewaspadaan hukum mengharuskan perawat memahami ketentuan hukum yang mengatur praktik keperawatan. Pengetahuan tentang Undang-Undang Keperawatan, KUHP, serta peraturan menteri kesehatan menjadi landasan penting dalam membatasi ruang gerak tindakan agar tetap berada dalam koridor legalitas. Ketiga, dokumentasi keperawatan merupakan alat bukti utama dalam pembuktian hukum jika suatu tindakan keperawatan dipersoalkan secara hukum. Dokumentasi yang baik akan menunjukkan bahwa perawat telah melakukan intervensi sesuai prosedur dan standar profesi.<sup>56</sup>

## **F. Kerangka Teoretis**

### **1. Teori Tanggung Jawab Hukum**

Hans Kelsen dalam teori hukum murninya menyatakan bahwa tanggung jawab hukum adalah kewajiban untuk menjalankan sanksi sebagai konsekuensi dari pelanggaran norma hukum. Dalam perspektif Hans Kelsen, melalui teori hukum murni (*reine rechtslehre*), tanggung jawab hukum diartikan sebagai kewajiban untuk menanggung konsekuensi hukum, termasuk menjalani sanksi yang ditentukan apabila seseorang melanggar norma hukum.<sup>57</sup> Dalam pandangan Kelsen, norma hukum bersifat hirarkis dan bersumber dari norma dasar (*grundnorm*), dan ketika seseorang melanggar norma, maka otomatis berlaku norma sanksi sebagai akibatnya.

---

<sup>56</sup> Nursalam. *Op.Cit.*, hlm. 150.

<sup>57</sup> Hans Kelsen, *Teori Hukum Murni*, Terjemahan Raisul Muttaqien, Cetakan Ketiga, Nusa Media, Bandung, 2017, hlm. 78.

Dengan demikian, tanggung jawab hukum adalah realisasi dari keberlakuan norma sanksi tersebut.

Dalam konteks praktik keperawatan, teori ini memberikan landasan untuk memahami mengapa perawat harus bertanggung jawab atas tindakan atau pelanggaran yang dilakukannya.<sup>58</sup> Pelanggaran tersebut, baik yang disengaja maupun karena kelalaian, menjadi dasar bagi penerapan sanksi sesuai jenis pelanggaran yang dilakukan, baik itu sanksi perdata, pidana, maupun administratif.

Teori tanggung jawab hukum dapat dibedakan menjadi beberapa jenis. Peter Mahmud Marzuki mengklasifikasikan tanggung jawab hukum menjadi tanggung jawab berdasarkan kesalahan (*liability based on fault*) dan tanggung jawab berdasarkan risiko (*liability based on risk*).<sup>59</sup> Klasifikasi ini menjadi penting, terutama dalam ranah profesi seperti keperawatan yang berisiko tinggi dan berinteraksi langsung dengan nyawa serta keselamatan pasien.

Dalam praktik keperawatan, kedua jenis tanggung jawab tersebut dapat berlaku tergantung pada situasi dan kondisi yang dihadapi.<sup>60</sup> Tanggung jawab berdasarkan kesalahan mensyaratkan adanya unsur kesalahan yang dapat dibuktikan dari pihak yang melakukan pelanggaran. Dalam hal ini, perawat hanya dapat dimintai pertanggungjawaban hukum apabila terbukti

---

<sup>58</sup> Soetandyo Wignjosoebroto, *Hukum: Paradigma, Metode dan Dinamika Masalahnya*, Cetakan Pertama, ELSAM dan HUMA, Jakarta, 2018, hlm. 89.

<sup>59</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>60</sup> Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Cetakan Keduabelas, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2019, hlm. 123.

melakukan tindakan yang salah atau lalai dalam melaksanakan tugasnya. Kesalahan ini dapat berupa kesengajaan (*dolus*) atau kelalaian (*culpa*), misalnya memberikan obat yang salah, tidak melakukan pengawasan terhadap pasien kritis, atau tidak mematuhi standar operasional prosedur. Dalam praktik hukum, pembuktian unsur kesalahan menjadi syarat utama dalam menuntut seseorang secara perdata atau pidana.

Tanggung jawab berdasarkan kesalahan mensyaratkan adanya unsur kesalahan dari pihak perawat untuk dapat dimintai pertanggungjawaban.<sup>61</sup> Sedangkan tanggung jawab berdasarkan risiko tidak mensyaratkan adanya kesalahan, melainkan cukup dengan adanya kerugian yang ditimbulkan.<sup>62</sup> Dalam praktik keperawatan di IGD, pemahaman tentang kedua jenis tanggung jawab ini sangat penting untuk melindungi perawat dari tuntutan yang tidak berdasar.<sup>63</sup> Oleh karena itu, jika seorang perawat dituduh melakukan malpraktik, maka harus dibuktikan terlebih dahulu apakah ia telah melakukan pelanggaran terhadap standar profesi dan apakah pelanggaran tersebut dilakukan dengan kesalahan atau kelalaian. Konsep ini memberikan perlindungan hukum yang penting bagi tenaga keperawatan, karena tidak setiap kejadian yang merugikan pasien dapat langsung dikategorikan sebagai kesalahan perawat.

---

<sup>61</sup> Bambang Sunggono, *Metodologi Penelitian Hukum*, Cetakan Keempat, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2018, hlm. 145.

<sup>62</sup> Bambang Waluyo, *Penelitian Hukum dalam Praktek*, Cetakan Ketiga, Sinar Grafika, Jakarta, 2019, hlm. 167.

<sup>63</sup> Ali Zainuddin, *Metode Penelitian Hukum*, Cetakan Pertama, Sinar Grafika, Jakarta, 2019, hlm. 89.

Sebagai contoh, apabila seorang perawat melakukan tindakan penyuntikan sesuai instruksi dokter, namun ternyata pasien mengalami reaksi alergi yang tidak terdeteksi sebelumnya, maka hal tersebut tidak dapat langsung dikategorikan sebagai kesalahan perawat. Dalam hal ini, pembuktian menjadi aspek krusial dalam menentukan tanggung jawab hukum.

Dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), penerapan tanggung jawab berdasarkan risiko menjadi sangat relevan. IGD merupakan unit kerja yang penuh tekanan, menuntut tindakan cepat, dan sering kali dalam kondisi informasi medis yang terbatas. Dalam situasi seperti ini, seorang perawat bisa saja melakukan tindakan berdasarkan pertimbangan profesional terbaik dalam waktu yang sangat singkat, namun tetap berisiko menimbulkan dampak yang tidak diinginkan bagi pasien.

Misalnya, seorang perawat melakukan tindakan penyelamatan dengan teknik resusitasi tertentu sesuai prosedur, namun pasien tetap tidak tertolong dan keluarga pasien menganggap bahwa tindakan tersebut kurang tepat. Dalam konteks ini, meskipun tidak ditemukan kesalahan, perawat tetap dapat dikenai tanggung jawab secara perdata berdasarkan prinsip risiko, jika sistem hukum atau lembaga tempat perawat bekerja tidak memberikan perlindungan hukum secara eksplisit.

Oleh karena itu, pemahaman perawat terhadap jenis-jenis tanggung jawab hukum menjadi penting untuk mencegah tuntutan hukum yang tidak berdasar. Perawat harus dapat membedakan antara tindakan yang

mengandung unsur kesalahan dan tindakan yang menimbulkan risiko meskipun dilakukan secara benar. Pengetahuan ini akan membantu dalam menyusun dokumentasi yang baik, berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarganya, serta mengambil keputusan yang bijaksana dalam kondisi darurat.

## 2. Teori Kewenangan

Philipus M. Hadjon mendefinisikan kewenangan sebagai kemampuan untuk melakukan tindakan hukum publik. Konsep kewenangan dalam hukum administrasi negara menjadi hal yang sangat penting dalam memahami batas-batas tindakan pejabat publik, termasuk tenaga kesehatan seperti perawat. Kewenangan adalah kemampuan yang diberikan oleh hukum publik untuk melakukan tindakan hukum, baik berupa penetapan (*beschikking*), pembuatan peraturan, maupun tindakan faktual.<sup>64</sup> Dalam hal ini, kewenangan bukan sekadar kemampuan teknis atau profesional, tetapi juga harus memiliki legitimasi hukum untuk bertindak atas nama negara atau institusi.

Dalam konteks praktik keperawatan, kewenangan perawat diatur melalui peraturan perundang-undangan dan standar profesi.<sup>65</sup> Kewenangan ini memberikan legitimasi hukum bagi perawat untuk melakukan tindakan keperawatan.<sup>66</sup> Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dinyatakan bahwa perawat memiliki hak dan

---

<sup>64</sup> Philipus M. Hadjon, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>65</sup> Satjipto Rahardjo, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>66</sup> Jim Djohansjah, *Respons Hukum terhadap Perkembangan Ekonomi: Studi tentang Perlindungan Konsumen di Indonesia*, Cetakan Pertama, FH UI, Jakarta, 2018, hlm. 167.

tanggung jawab dalam praktik keperawatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan etika profesi.

Kewenangan perawat menjadi dasar legalitas atas setiap tindakan keperawatan yang dilakukan. Tanpa adanya kewenangan, maka tindakan tersebut dapat dianggap sebagai perbuatan melawan hukum, yang berpotensi menimbulkan konsekuensi hukum baik secara perdata, pidana, maupun administratif. Oleh karena itu, pemahaman tentang batasan kewenangan menjadi sangat krusial dalam praktik keperawatan, terutama di unit-unit kritis seperti Instalasi Gawat Darurat (IGD). Kewenangan perawat dapat dibedakan menjadi kewenangan mandiri dan kewenangan kolaborasi.<sup>67</sup> Kewenangan mandiri adalah kewenangan yang dapat dilakukan oleh perawat tanpa memerlukan petunjuk atau supervisi dari tenaga kesehatan lain.<sup>68</sup> Sedangkan kewenangan kolaborasi adalah kewenangan yang dilakukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain atau melalui kerjasama tim.<sup>69</sup>

Perawat di IGD, seringkali harus menggunakan kewenangan mandiri dalam situasi darurat. Hal ini menuntut pemahaman yang baik tentang batasan kewenangan dan konsekuensi hukum dari penggunaan kewenangan tersebut.<sup>70</sup> Perawat harus mampu membedakan tindakan mana yang termasuk dalam kewenangannya dan mana yang merupakan kewenangan profesi lain.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> Edi Suharto, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*, Cetakan Kedua, Refika Aditama, Bandung, 2017, hlm. 89.

<sup>68</sup> M. Abdurrahman, *Sosiologi dan Metode Penelitian Hukum*, Cetakan Kedua, UMM Press, Malang, 2019, hlm. 123.

<sup>69</sup> *Ibid.*, hlm. 145.

<sup>70</sup> Sari Praktiwi, *Op.Cit.*, hlm. 101.

<sup>71</sup> Imam Gunawan, *Op.Cit.*, hlm. 78.

kegagalan dalam menggunakan kewenangan secara tepat juga dapat berdampak buruk, misalnya ketika perawat tidak mengambil tindakan penyelamatan yang sebenarnya berada dalam kewenangan mandiri, hanya karena menunggu perintah dokter. Dalam situasi darurat, keterlambatan ini dapat dikategorikan sebagai kelalaian profesional.

Agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan kewenangan, perlu adanya penguatan pemahaman hukum dan etika profesi dalam kurikulum pendidikan keperawatan. Selain itu, institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit juga wajib menyediakan pelatihan berkala mengenai batasan kewenangan dan SOP, terutama bagi perawat yang bekerja di IGD dan ruang intensif.

Lebih jauh, organisasi profesi perawat juga memegang peran penting dalam memberikan perlindungan hukum dan advokasi terhadap anggotanya, terutama ketika terjadi permasalahan hukum yang berkaitan dengan penggunaan kewenangan dalam praktik.

### **3. Teori Perlindungan Hukum**

Satjipto Rahardjo mendefinisikan perlindungan hukum sebagai upaya melindungi kepentingan seseorang atau kelompok dengan cara mengalokasikan kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya.<sup>72</sup> Dalam konteks praktik keperawatan, perlindungan hukum diperlukan baik untuk perawat maupun untuk pasien.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Satjipto Rahardjo, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>73</sup> Philipus M. Hadjon, *Op.Cit.*, hlm. 89.

Profesi perawat merupakan profesi yang memiliki tanggung jawab tinggi dan berisiko, terutama karena perawat secara langsung berhubungan dengan kondisi fisik dan psikis pasien. Oleh karena itu, sangat penting untuk memberikan perlindungan hukum kepada perawat dalam melaksanakan tugasnya agar mereka dapat bekerja secara profesional, aman, dan bebas dari intimidasi atau tuntutan yang tidak berdasar.

Perlindungan hukum bagi perawat dapat berupa perlindungan preventif dan perlindungan represif.<sup>74</sup> Perlindungan preventif diberikan melalui pengaturan yang jelas tentang standar profesi, kewenangan, dan prosedur yang harus diikuti.<sup>75</sup> Sedangkan perlindungan represif diberikan melalui mekanisme penyelesaian sengketa dan pembelaan hukum ketika perawat menghadapi masalah hukum.<sup>76</sup>

Misalnya, dalam kasus dugaan malpraktik, perawat berhak memperoleh pendampingan hukum dan berhak membela diri berdasarkan dokumen rekam medis, saksi ahli, serta bukti lain yang menunjukkan bahwa tindakannya telah sesuai dengan SOP dan standar keperawatan. Tanpa perlindungan hukum represif, perawat berisiko menjadi korban kriminalisasi atas tindakan profesional yang sebenarnya sudah sesuai prosedur. Oleh karena itu, penting bagi setiap institusi pelayanan kesehatan untuk memiliki mekanisme internal pembelaan hukum serta menjalin kerja sama dengan

---

<sup>74</sup> Dwi Eni Astarini, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>75</sup> Kusuma *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>76</sup> Arief Budiman, *Op.Cit.*, hlm. 245.

advokat, lembaga bantuan hukum, dan organisasi profesi guna melindungi tenaga kesehatannya.

Bagi pasien, perlindungan hukum diberikan melalui pengaturan tentang hak-hak pasien, standar pelayanan, dan mekanisme komplain.<sup>77</sup> Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur secara rinci tentang hak-hak pasien yang harus dihormati dan dilindungi.<sup>78</sup> Pasien yang merasa haknya dilanggar dapat menyampaikan pengaduan melalui berbagai jalur, seperti mekanisme pengaduan internal rumah sakit, Komisi Etik Keperawatan, Majelis Kehormatan Disiplin Tenaga Kesehatan, atau melalui jalur hukum perdata dan pidana. Untuk itu, setiap tenaga kesehatan wajib memahami hak-hak pasien agar tidak melakukan pelanggaran yang dapat menimbulkan akibat hukum.

Dalam sistem pelayanan kesehatan, perlindungan hukum bagi perawat dan pasien tidak boleh saling menegasikan. Keseimbangan antara keduanya merupakan syarat utama untuk terciptanya pelayanan kesehatan yang adil, aman, dan bermartabat. Ketika hanya pasien yang dilindungi, maka tenaga kesehatan berada dalam tekanan dan ketakutan yang tidak sehat. Sebaliknya, jika hanya perawat yang dilindungi tanpa memperhatikan hak pasien, maka akan muncul potensi pelanggaran etis dan profesional.

---

<sup>77</sup> Abdul Rahman, *Op.Cit.*, hlm. 134.

<sup>78</sup> Indah Permata Sari, *Op.Cit.*, hlm. 189.

Dengan pendekatan perlindungan hukum yang menyeluruh dan proporsional, baik perawat maupun pasien dapat menjalankan perannya masing-masing dalam sistem pelayanan kesehatan dengan rasa aman, saling menghormati, dan menjunjung tinggi nilai-nilai keadilan dan profesionalisme.

#### 4. Teori Standar Profesi

Standar profesi merupakan seperangkat norma atau pedoman yang dijadikan acuan dalam penyelenggaraan suatu profesi guna menjamin mutu dan keselamatan praktik pelayanan. Dalam praktik keperawatan, standar profesi menjadi sangat penting karena menyangkut keselamatan pasien dan perlindungan hukum bagi perawat. Standar ini tidak hanya mencerminkan kualitas layanan yang diharapkan oleh masyarakat, tetapi juga menjadi tolok ukur bagi lembaga hukum dan organisasi profesi dalam menilai apakah tindakan seorang perawat sudah sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang dimilikinya.

Standar profesi adalah pedoman yang harus diikuti oleh profesi tertentu dalam menjalankan praktiknya.<sup>79</sup> Dalam praktik keperawatan, standar profesi diatur melalui berbagai regulasi dan pedoman yang diterbitkan oleh organisasi profesi dan pemerintah.<sup>80</sup> Standar profesi ini menjadi dasar untuk menilai apakah tindakan perawat sudah sesuai dengan yang seharusnya atau tidak.<sup>81</sup> Standar ini juga menjadi alat untuk menilai dan mengevaluasi

---

<sup>79</sup> Rina Wijayanti, *Op.Cit.*, hlm. 56.

<sup>80</sup> Hesti Andriani, *Op.Cit.*, hlm. 56.

<sup>81</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 178.

praktik keperawatan serta menjamin bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi prinsip-prinsip profesionalisme, etika, dan hukum. Di Indonesia, standar profesi keperawatan dirumuskan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan dan regulasi lainnya.

Standar profesi keperawatan di Indonesia ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai organisasi profesi.<sup>82</sup> Standar ini mencakup standar praktik, standar kinerja profesional, dan standar etika.<sup>83</sup> Dalam konteks IGD, standar profesi harus disesuaikan dengan karakteristik pelayanan gawat darurat yang memiliki tingkat kompleksitas dan risiko yang tinggi.<sup>84</sup>

Pelanggaran terhadap standar profesi dapat menjadi dasar untuk menyatakan bahwa perawat telah melakukan malpraktik.<sup>85</sup> Oleh karena itu, pemahaman dan kepatuhan terhadap standar profesi menjadi sangat penting bagi setiap perawat.<sup>86</sup> Dalam praktik di IGD, perawat harus mampu menerapkan standar profesi dalam situasi yang sering berubah-ubah dan penuh tekanan.<sup>87</sup>

Salah satu tantangan dalam penerapan standar profesi di IGD adalah kondisi kerja yang tidak ideal, seperti keterbatasan waktu, jumlah pasien yang tinggi, atau minimnya dukungan tenaga medis lain. Situasi-situasi tersebut

---

<sup>82</sup> Kartika Sari Dewi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>83</sup> M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Op.Cit.*, hlm. 234.

<sup>84</sup> Cecep Triwibowo dan Mitha Erlisya Puspahandini, *Op.Cit.*, hlm. 156.

<sup>85</sup> Soewono Hendrojono, *Op.Cit.*, hlm. 234.

<sup>86</sup> J. Guwandi, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>87</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 178.

kerap menyebabkan perawat harus mengambil keputusan secara mandiri dalam waktu singkat. Oleh karena itu, standar profesi perlu memberikan ruang fleksibilitas tanpa mengabaikan prinsip-prinsip keselamatan pasien dan akuntabilitas hukum.<sup>88</sup> Dalam hal ini, pelatihan berkelanjutan dan penguatan etika profesi menjadi komponen penting untuk menjaga kualitas pelayanan di IGD.

Lebih lanjut, pelanggaran terhadap standar profesi tidak hanya berdampak pada aspek pelayanan dan keselamatan pasien, tetapi juga berimplikasi hukum. Dalam hukum kesehatan, pelanggaran terhadap standar profesi dapat dijadikan dasar untuk menyatakan bahwa seorang perawat telah melakukan malpraktik atau kelalaian profesional.<sup>89</sup> Oleh karena itu, pemahaman yang utuh terhadap standar profesi dan implementasinya dalam praktik sehari-hari merupakan langkah penting dalam melindungi perawat dari risiko tuntutan hukum, sekaligus menjamin pelayanan yang berkualitas bagi pasien.

Dalam konteks hukum, standar profesi juga berperan sebagai dasar dalam menilai tanggung jawab perawat apabila terjadi sengketa hukum. Hakim atau penyidik akan menjadikan standar profesi sebagai salah satu acuan dalam menilai apakah tindakan yang dilakukan oleh perawat telah memenuhi kewajiban profesionalnya atau tidak<sup>90</sup> Dengan demikian, keberadaan dan pemahaman terhadap standar profesi merupakan bagian

---

<sup>88</sup> Yoyok Sutanto, “Standar Praktik Keperawatan dalam Konteks Pelayanan Gawat Darurat.” *Jurnal Keperawatan Indonesia* Vol. 21, No. 1, 2022, hlm. 55.

<sup>89</sup> Djazuli Afandi, *Op.Cit.*, hlm. 144

<sup>90</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit.*, hlm. 87

integral dari sistem perlindungan hukum bagi perawat dalam menjalankan praktik keperawatan, terutama di IGD yang penuh risiko dan tekanan tinggi.

## **G. Metode Penelitian**

### **1. Jenis dan Pendekatan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian hukum empiris dengan pendekatan yuridis sosiologis. Penelitian hukum empiris adalah penelitian yang mengkaji bekerjanya hukum dalam masyarakat, yaitu bagaimana hukum itu dilaksanakan dalam kenyataannya.<sup>91</sup> Pendekatan yuridis sosiologis digunakan untuk menganalisis aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di IGD dengan melihat implementasinya di lapangan.<sup>92</sup>

Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Studi kasus dipilih karena penelitian ini fokus pada satu institusi tertentu, yaitu RS Bhayangkara Semarang, dengan tujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang fenomena yang diteliti.<sup>93</sup> Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian ini berusaha memahami makna dan interpretasi dari para aktor yang terlibat dalam praktik keperawatan di IGD.<sup>94</sup>

### **2. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari:

#### **a. Data Primer**

Data primer diperoleh langsung dari lapangan melalui:

---

<sup>91</sup> Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Op.Cit.*, hlm. 45.

<sup>92</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit.*, hlm. 78.

<sup>93</sup> Amiruddin dan Zainal Asikin, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>94</sup> Bambang Sunggono, *Op.Cit.*, hlm. 89.

- 1) Wawancara dengan Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat
- 2) Observasi terhadap praktik keperawatan di IGD

#### **b. Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh melalui:

- 1) Peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan keperawatan dan kesehatan
- 2) Standar operasional prosedur (SOP) IGD RS Bhayangkara Semarang
- 3) Dokumen rekam medis dan dokumentasi keperawatan
- 4) Laporan insiden keselamatan pasien
- 5) Literatur ilmiah berupa buku dan jurnal

### **3. Teknik Pengumpulan Data**

#### **a. Wawancara Mendalam**

Wawancara mendalam dilakukan dengan informan kunci yaitu Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat, Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun sebelumnya namun tetap memberikan fleksibilitas untuk eksplorasi lebih lanjut.<sup>95</sup>

#### **b. Observasi**

---

<sup>95</sup> Matthew B. Miles dan A. Michael Huberman, *Analisis Data Kualitatif, Terjemahan Tjetjep Rohendi Rohidi, Cetakan Ketiga*, UI Press, Jakarta, 2018, hlm. 123.

Observasi dilakukan untuk mengamati langsung praktik keperawatan di IGD, terutama yang berkaitan dengan aspek medikolegal. Observasi dilakukan secara non-partisipatif dengan tetap menjaga etika dan privasi pasien.<sup>96</sup>

### **c. Studi Dokumentasi**

Studi dokumentasi dilakukan terhadap berbagai dokumen yang relevan, seperti peraturan internal rumah sakit, SOP, rekam medis, dan laporan insiden. Analisis dokumen ini dilakukan untuk melengkapi data yang diperoleh melalui wawancara dan observasi.<sup>97</sup>

## **4. Teknik Analisis Data**

Analisis data dilakukan dengan menggunakan teknik analisis data kualitatif model Miles dan Huberman yang terdiri dari tiga tahap:<sup>98</sup>

### **a. Reduksi Data**

Reduksi data dilakukan dengan memilih, memfokuskan, dan menyederhanakan data yang diperoleh dari lapangan. Data yang tidak relevan dengan fokus penelitian akan dieliminasi.<sup>99</sup>

### **b. Penyajian Data**

---

<sup>96</sup> Bambang Waluyo, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>97</sup> Ali Zainuddin, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>98</sup> Matthew B. Miles dan A. Michael Huberman, *Op.Cit.*, hlm. 178.

<sup>99</sup> *Ibid.*, hlm. 89.

Data yang telah direduksi disajikan dalam bentuk narasi, tabel, atau diagram untuk memudahkan pemahaman dan penarikan kesimpulan.<sup>100</sup>

### **c. Penarikan Kesimpulan**

Penarikan kesimpulan dilakukan berdasarkan data yang telah disajikan dengan memperhatikan tujuan penelitian yang telah ditetapkan.<sup>101</sup>

Untuk menjamin validitas data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi, yaitu triangulasi sumber, triangulasi metode, dan triangulasi teori.<sup>102</sup> Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan data dari berbagai informan. Triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan data dari wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Triangulasi teori dilakukan dengan menggunakan berbagai teori untuk menganalisis data yang diperoleh.<sup>103</sup>

## **H. Sistematika Isi Tesis**

### **Bab I Pendahuluan**

Pada bab ini memuat tentang Latar Belakang Masalah, Rumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Manfaat Penelitian, Kerangka Konseptual, Kerangka Teoretis, Metode Penelitian, Sistematika Penulisan Tesis, serta Jadual Penelitian.

### **Bab II Tinjauan Pustaka**

Bab ini memuat kerangka konseptual yang menjelaskan konsep-konsep dasar yang digunakan dalam penelitian, kerangka teoretis yang

---

<sup>100</sup> *Ibid.*, hlm. 123.

<sup>101</sup> *Ibid.*, hlm. 156.

<sup>102</sup> M. Abdurrahman, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>103</sup> *Ibid.*, hlm. 189.

berisi teori-teori yang relevan untuk menganalisis permasalahan penelitian.

### **Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan**

Bab ini merupakan bab inti yang berisi hasil penelitian dan pembahasannya. Bab ini akan dibagi menjadi beberapa sub bab yang menjawab setiap rumusan masalah yang telah ditetapkan, yaitu:

1. Implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di IGD RS Bhayangkara Semarang
2. Kendala yang dihadapi perawat dalam menerapkan aspek hukum medikolegal
3. Upaya peningkatan pemahaman dan implementasi aspek hukum medikolegal

### **Bab VI Penutup**

Dalam bab ini memuat Kesimpulan dan Saran.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Teori Tanggung Jawab Hukum**

###### **a. Konsep Dasar Tanggung Jawab Hukum**

Tanggung jawab hukum merupakan konsep fundamental dalam sistem hukum yang mengatur hubungan antara individu atau institusi dengan norma-norma hukum yang berlaku. Hans Kelsen dalam teori hukum murninya (*reine rechtslehre*) menyatakan bahwa tanggung jawab hukum adalah kewajiban untuk menjalankan sanksi sebagai konsekuensi dari pelanggaran norma hukum.<sup>104</sup> Dalam perspektif Kelsen, norma hukum bersifat hirarkis dan bersumber dari norma dasar (*grundnorm*), dan ketika seseorang melanggar norma, maka otomatis berlaku norma sanksi sebagai akibatnya.<sup>105</sup>

Ridwan HR dalam karyanya menjelaskan bahwa tanggung jawab hukum pada dasarnya adalah pertanggungjawaban yang bersifat yuridis, yaitu pertanggungjawaban yang didasarkan pada ketentuan hukum yang berlaku.<sup>106</sup> Konsep ini mencakup kewajiban untuk menanggung akibat

---

<sup>104</sup> Hans Kelsen, *Teori Hukum Murni*, Terjemahan Raisul Muttaqien, Cetakan Ketiga, Nusa Media, Bandung, 2017, hlm. 78.

<sup>105</sup> Soetandyo Wignjosoebroto, *Hukum: Paradigma, Metode dan Dinamika Masalahnya*, Cetakan Pertama, ELSAM dan HUMA, Jakarta, 2018, hlm. 89.

<sup>106</sup> Ridwan HR, *Hukum Administrasi Negara*, Cetakan Keduabelas, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2020, hlm. 167.

hukum dari perbuatan yang dilakukan, baik berupa sanksi pidana, perdata, maupun administratif.<sup>107</sup>

Dalam konteks praktik keperawatan, teori tanggung jawab hukum menjadi sangat relevan karena perawat sebagai tenaga kesehatan profesional memiliki kewajiban hukum yang harus dipenuhi dalam menjalankan praktiknya. Soimin menyatakan bahwa tanggung jawab hukum dalam profesi kesehatan tidak hanya terkait dengan aspek teknis pelayanan, tetapi juga mencakup aspek etis dan hukum yang lebih luas.<sup>108</sup>

### **b. Jenis-Jenis Tanggung Jawab Hukum**

Peter Mahmud Marzuki mengklasifikasikan tanggung jawab hukum menjadi beberapa jenis berdasarkan dasar pertanggungjawabannya.<sup>109</sup> Klasifikasi yang paling umum adalah pembedaan antara tanggung jawab berdasarkan kesalahan (*liability based on fault*) dan tanggung jawab berdasarkan risiko (*liability based on risk*).<sup>110</sup>

#### **1) Tanggung Jawab Berdasarkan Kesalahan**

Tanggung jawab berdasarkan kesalahan mensyaratkan adanya unsur kesalahan dari pihak yang dimintai pertanggungjawaban. Agus Yudha Hernoko menjelaskan bahwa dalam sistem hukum Indonesia, prinsip ini sangat dominan, terutama dalam hukum perdata dan

---

<sup>107</sup> SF. Marbun, *Peradilan Administrasi Negara dan Upaya Administratif*, Cetakan Kedua, FH UII Press, Yogyakarta, 2018, hlm. 123.

<sup>108</sup> Soimin, *Hukum Orang Sakit dan Hak Asasi Manusia*, Cetakan Pertama, Sinar Grafika, Jakarta, 2016, hlm. 145.

<sup>109</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>110</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

pidana.<sup>111</sup> Dalam konteks keperawatan, perawat hanya dapat dimintai pertanggungjawaban jika terbukti melakukan kesalahan atau kelalaian dalam menjalankan tugasnya.<sup>112</sup>

Kesalahan dalam praktik keperawatan dapat berupa kesengajaan (*dolus*) atau kelalaian (*culpa*). Titik Triwulan Tutik menyatakan bahwa kesengajaan dalam konteks medis relatif jarang terjadi, sedangkan kelalaian lebih sering menjadi dasar tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan.<sup>113</sup>

## 2) Tanggung Jawab Berdasarkan Risiko

Tanggung jawab berdasarkan risiko tidak mensyaratkan adanya kesalahan, melainkan cukup dengan adanya kerugian yang ditimbulkan. Munir Fuady menjelaskan bahwa prinsip ini mulai berkembang dalam hukum modern, terutama untuk kegiatan-kegiatan yang berisiko tinggi.<sup>114</sup> Dalam praktik keperawatan di IGD, konsep ini menjadi relevan mengingat karakteristik pelayanan gawat darurat yang penuh risiko dan ketidakpastian.<sup>115</sup>

### c. Tanggung Jawab Hukum dalam Praktik Keperawatan

---

<sup>111</sup> Agus Yudha Hernoko, *Hukum Perjanjian: Asas Proporsionalitas dalam Kontrak Komersial*, Cetakan Ketiga, Kencana, Jakarta, 2019, hlm. 234.

<sup>112</sup> Titik Triwulan Tutik, *Hukum Perdata dalam Sistem Hukum Nasional*, Cetakan Kedua, Kencana, Jakarta, 2018, hlm. 156.

<sup>113</sup> *Ibid.*, hlm. 157.

<sup>114</sup> Munir Fuady, *Perbuatan Melawan Hukum: Pendekatan Kontemporer*, Cetakan Ketiga, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2020, hlm. 189.

<sup>115</sup> Kartono, *Aspek Hukum dalam Pelayanan Gawat Darurat*, Cetakan Pertama, Alfabeta, Bandung, 2019, hlm. 78.

Dalam praktik keperawatan, tanggung jawab hukum dapat dibedakan menjadi tiga kategori utama yaitu tanggung jawab perdata, tanggung jawab pidana, dan tanggung jawab administratif.<sup>116</sup>

### 1) Tanggung Jawab Perdata

Tanggung jawab perdata perawat berkaitan dengan kerugian yang diderita oleh pasien akibat tindakan atau kelalaian perawat. Yahya Harahap menyatakan bahwa tanggung jawab perdata dalam bidang kesehatan umumnya berbentuk ganti rugi (*damages*) yang harus dibayarkan kepada pihak yang dirugikan.<sup>117</sup> Dasar hukum tanggung jawab perdata ini dapat ditemukan dalam Pasal 1365 KUHPerdata tentang perbuatan melawan hukum dan Pasal 1366 KUHPerdata tentang kelalaian.<sup>118</sup>

Ganti rugi dalam tanggung jawab perdata dapat berupa kerugian materiil dan kerugian immateriil. Rosa Agustina menjelaskan bahwa kerugian materiil meliputi biaya pengobatan tambahan, kehilangan pendapatan, dan biaya lain yang dapat dihitung secara ekonomis.<sup>119</sup> Sedangkan kerugian immateriil berkaitan dengan penderitaan fisik dan psikis yang dialami pasien.<sup>120</sup>

---

<sup>116</sup> Yahya Harahap, *Hukum Acara Perdata, Cetakan Ketujuh*, Sinar Grafika, Jakarta, 2017, hlm. 89.

<sup>117</sup> *Ibid.*, hlm. 234.

<sup>118</sup> Rosa Agustina, *Hukum Perikatan (Law of Obligations)*, Cetakan Pertama, Pustaka Larasan, Jakarta, 2020, hlm. 145.

<sup>119</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>120</sup> *Ibid.*, hlm. 147.

## 2) Tanggung Jawab Pidana

Tanggung jawab pidana muncul ketika tindakan perawat memenuhi unsur-unsur tindak pidana sebagaimana diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana atau undang-undang pidana khusus lainnya. Wirjono Prodjodikoro menyatakan bahwa tanggung jawab pidana bersifat personal dan tidak dapat dialihkan kepada pihak lain.<sup>121</sup>

Dalam praktik keperawatan, tindak pidana yang dapat dilakukan antara lain: kelalaian yang mengakibatkan kematian (Pasal 359 KUHP), penganiayaan (Pasal 351 KUHP), atau pelanggaran terhadap ketentuan khusus dalam undang-undang kesehatan.<sup>122</sup> Andi Hamzah menegaskan bahwa pembuktian dalam tindak pidana di bidang kesehatan memerlukan keahlian khusus dan seringkali melibatkan ahli medis sebagai saksi ahli.<sup>123</sup>

## 3) Tanggung Jawab Administratif

Tanggung jawab administratif berkaitan dengan pelanggaran terhadap ketentuan administrasi yang berlaku dalam praktik keperawatan. SF. Marbun menjelaskan bahwa sanksi administratif bertujuan untuk menjamin kepatuhan terhadap norma-norma administrasi dan bukan untuk memberikan hukuman.<sup>124</sup>

---

<sup>121</sup> Wirjono Prodjodikoro, *Asas-Asas Hukum Pidana di Indonesia*, Cetakan Kelimabelas, Refika Aditama, Bandung, 2018, hlm. 123.

<sup>122</sup> Andi Hamzah, *Delik-Delik Tertentu (Speciale Delicten) di dalam KUHP*, Cetakan Ketiga, Sinar Grafika, Jakarta, 2019, hlm. 167.

<sup>123</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>124</sup> SF. Marbun, *Op.Cit.*, hlm. 189.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, sanksi administratif dapat berupa teguran tertulis, peringatan, penghentian sementara izin praktik, hingga pencabutan izin praktik keperawatan.<sup>125</sup> Ridwan HR menyatakan bahwa penerapan sanksi administratif harus proporsional dengan tingkat pelanggaran yang dilakukan.<sup>126</sup>

## 2. Teori Kewenangan

### a. Konsep Kewenangan dalam Hukum Administrasi

Kewenangan merupakan konsep sentral dalam hukum administrasi negara yang memberikan legitimasi bagi pejabat atau institusi untuk melakukan tindakan hukum. Philipus M. Hadjon mendefinisikan kewenangan sebagai kemampuan untuk melakukan tindakan hukum publik.<sup>127</sup> Definisi ini menekankan bahwa kewenangan bukan sekadar kemampuan faktual, tetapi kemampuan yang dilandasi oleh hukum.<sup>128</sup>

Indroharto menjelaskan bahwa kewenangan terdiri dari sekurang-kurangnya tiga komponen, yaitu pengaruh (*influence*), dasar hukum (*legal basis*), dan konformitas hukum (*legal conformity*).<sup>129</sup> Ketiga komponen ini harus terpenuhi agar suatu tindakan dapat dianggap sebagai penggunaan kewenangan yang sah.<sup>130</sup>

---

<sup>125</sup> Ridwan HR, *Op.Cit.*, hlm. 234.

<sup>126</sup> *Ibid.*, hlm. 235.

<sup>127</sup> Philipus M. Hadjon, *Perlindungan Hukum bagi Rakyat Indonesia*, Cetakan Pertama, Bina Ilmu, Surabaya, 2017, hlm. 145.

<sup>128</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>129</sup> Indroharto, *Usaha Memahami Undang-Undang tentang Peradilan Tata Usaha Negara*, Cetakan Kedua, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2019, hlm. 167.

<sup>130</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

## b. Sumber dan Cara Memperoleh Kewenangan

Kewenangan dapat diperoleh melalui tiga cara: atribusi, delegasi, dan mandat. HR. Ridwan menjelaskan bahwa atribusi adalah pemberian kewenangan baru kepada suatu organ pemerintahan oleh suatu ketentuan dalam peraturan perundang-undangan.<sup>131</sup> Delegasi adalah pelimpahan kewenangan yang sudah ada dari organ pemerintahan yang satu kepada organ pemerintahan yang lain.<sup>132</sup> Sedangkan mandat adalah pemberian kewenangan dari organ atau pejabat pemerintahan kepada organ atau pejabat lain untuk mengambil keputusan dan/atau tindakan atas nama pemberi mandat.<sup>133</sup>

Dalam konteks praktik keperawatan, kewenangan perawat diperoleh melalui atribusi yang diberikan oleh undang-undang dan peraturan turunannya. Bahder Johan Nasution menyatakan bahwa kewenangan perawat bersumber dari Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan peraturan pelaksanaannya.<sup>134</sup>

## c. Kewenangan Perawat dalam Praktik Keperawatan

Kewenangan perawat dalam praktik keperawatan dapat dibedakan menjadi kewenangan mandiri dan kewenangan kolaboratif. Nursalam menjelaskan bahwa kewenangan mandiri adalah kewenangan yang dapat dilakukan oleh perawat tanpa memerlukan petunjuk atau supervisi dari

---

<sup>131</sup> Ridwan HR, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>132</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>133</sup> *Ibid.*, hlm. 191.

<sup>134</sup> Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Cetakan Ketiga, Rineka Cipta, Jakarta, 2020, hlm. 156.

tenaga kesehatan lain.<sup>135</sup> Sedangkan kewenangan kolaboratif adalah kewenangan yang dilakukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain atau melalui kerjasama tim.<sup>136</sup>

### 1) Kewenangan Mandiri Perawat

Berdasarkan Pasal 29 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014, kewenangan mandiri perawat meliputi: melakukan pengkajian keperawatan, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.<sup>137</sup> Dedi Supriadi menegaskan bahwa kewenangan mandiri ini memberikan ruang bagi perawat untuk mengambil keputusan profesional dalam batas kompetensinya.<sup>138</sup>

### 2) Kewenangan Kolaboratif Perawat

Kewenangan kolaboratif perawat berkaitan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan petunjuk dokter atau tenaga kesehatan lain. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa dalam kewenangan kolaboratif, perawat tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya meskipun berdasarkan petunjuk orang lain.<sup>139</sup>

## d. Batasan Kewenangan Perawat di IGD

---

<sup>135</sup> Nursalam, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi Kelima*, Salemba Medika, Jakarta, 2020, hlm. 89.

<sup>136</sup> *Ibid.*, hlm. 90.

<sup>137</sup> Dedi Supriadi, *Hukum Kesehatan di Indonesia, Cetakan Pertama*, Mandar Maju, Bandung, 2019, hlm. 123.

<sup>138</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>139</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan, Cetakan Keempat*, Rineka Cipta, Jakarta, 2018, hlm. 145.

Dalam konteks IGD, kewenangan perawat memiliki karakteristik khusus yang berbeda dengan unit pelayanan lainnya. Azrul Azwar menjelaskan bahwa kondisi gawat darurat seringkali menuntut perawat untuk mengambil tindakan cepat yang mungkin berada di batas kewenangan normalnya.<sup>140</sup> Namun demikian, penggunaan kewenangan dalam kondisi darurat tetap harus dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.<sup>141</sup>

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 tentang Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit memberikan panduan khusus mengenai kewenangan perawat dalam situasi darurat.<sup>142</sup> Ari Yunanto menyatakan bahwa perawat IGD memiliki kewenangan tambahan dalam melakukan triase dan tindakan penyelamatan awal, namun tetap dalam koridor yang telah ditetapkan.<sup>143</sup>

### 3. Teori Perlindungan Hukum

#### a. Konsep Perlindungan Hukum

Perlindungan hukum merupakan konsep yang fundamental dalam sistem hukum modern. Satjipto Rahardjo mendefinisikan perlindungan

---

<sup>140</sup> Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta, 2019, hlm. 167.

<sup>141</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>142</sup> Ari Yunanto, *Hukum Pidana Malpraktik Medik*, Cetakan Kedua, Andi Offset, Yogyakarta, 2020, hlm. 189.

<sup>143</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

hukum sebagai upaya melindungi kepentingan seseorang atau kelompok dengan cara mengalokasikan kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut.<sup>144</sup> Definisi ini menekankan bahwa perlindungan hukum tidak bersifat pasif, tetapi aktif memberikan kekuatan kepada subjek hukum untuk mempertahankan haknya.<sup>145</sup>

Philipus M. Hadjon membedakan perlindungan hukum menjadi dua jenis: perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif.<sup>146</sup> Perlindungan hukum preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa, sedangkan perlindungan hukum represif bertujuan untuk menyelesaikan sengketa yang telah terjadi.<sup>147</sup>

### **b. Perlindungan Hukum Preventif**

Perlindungan hukum preventif dalam praktik keperawatan diberikan melalui berbagai regulasi dan standar yang mengatur praktik keperawatan. Muhamad Erwin menyatakan bahwa perlindungan preventif bertujuan untuk menciptakan kepastian hukum dan mencegah terjadinya pelanggaran.<sup>148</sup>

Bentuk perlindungan hukum preventif bagi perawat antara lain: penetapan standar profesi yang jelas, penyediaan pedoman praktik keperawatan, pelatihan berkelanjutan, dan sistem registrasi dan lisensi

---

<sup>144</sup> Satjipto Rahardjo, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>145</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>146</sup> Philipus M. Hadjon, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>147</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>148</sup> Muhamad Erwin, *Filsafat Hukum: Refleksi Kritis terhadap Hukum*, Cetakan Kedua, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2018, hlm. 123.

yang ketat.<sup>149</sup> Jimly Asshiddiqie menegaskan bahwa perlindungan preventif merupakan bentuk perlindungan yang paling efektif karena mencegah timbulnya masalah.<sup>150</sup>

### **c. Perlindungan Hukum Represif**

Perlindungan hukum represif diberikan ketika telah terjadi pelanggaran atau sengketa hukum. Dalam konteks praktik keperawatan, perlindungan represif dapat berupa: bantuan hukum bagi perawat yang menghadapi tuduhan malpraktik, mekanisme banding atas sanksi administratif, dan pembelaan dalam proses peradilan.<sup>151</sup>

Moh. Mahfud MD menyatakan bahwa perlindungan represif harus dapat diakses dengan mudah dan tidak diskriminatif.<sup>152</sup> Hal ini penting untuk menjamin bahwa setiap perawat memiliki akses yang sama terhadap keadilan.<sup>153</sup>

### **d. Perlindungan Hukum bagi Perawat dan Pasien**

Dalam sistem pelayanan kesehatan, perlindungan hukum harus diberikan baik kepada perawat sebagai pemberi pelayanan maupun kepada pasien sebagai penerima pelayanan. Achmad Ali menyatakan bahwa keseimbangan perlindungan hukum ini penting untuk menciptakan hubungan yang harmonis antara perawat dan pasien.<sup>154</sup>

---

<sup>149</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>150</sup> Jimly Asshiddiqie, *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara*, Cetakan Ketiga, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2019, hlm. 145.

<sup>151</sup> Moh. Mahfud MD, *Politik Hukum di Indonesia*, Cetakan Kelima, RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2020, hlm. 167.

<sup>152</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>153</sup> *Ibid.*, hlm. 169.

<sup>154</sup> Achmad Ali, *Menguak Teori Hukum (Legal Theory) dan Teori Peradilan (Judicialprudence)*, Cetakan Kedua, Kencana, Jakarta, 2018, hlm. 189.

## 1) Perlindungan Hukum bagi Perawat

Perlindungan hukum bagi perawat mencakup: perlindungan terhadap tuntutan yang tidak berdasar, jaminan keselamatan kerja, hak untuk mendapatkan bantuan hukum, dan perlindungan terhadap diskriminasi.<sup>155</sup> Syahrin Harahap menegaskan bahwa perlindungan hukum bagi perawat penting untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan.<sup>156</sup>

## 2) Perlindungan Hukum bagi Pasien

Perlindungan hukum bagi pasien meliputi: hak untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas, hak atas informasi, hak untuk memberikan persetujuan, dan hak untuk mengajukan keluhan.<sup>157</sup> Veronica Komalawati menyatakan bahwa perlindungan hukum bagi pasien merupakan implementasi dari hak asasi manusia di bidang kesehatan.<sup>158</sup>

## 4. Teori Standar Profesi

### a. Konsep Standar Profesi

---

<sup>155</sup> Syahrin Harahap, *Hukum Kesehatan*, Cetakan Pertama, Citapustaka Media Perintis, Bandung, 2016, hlm. 123.

<sup>156</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>157</sup> Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik*, Cetakan Kedua, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2017, hlm. 145.

<sup>158</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

Standar profesi merupakan seperangkat kriteria yang ditetapkan dan disepakati oleh kelompok profesi untuk dijadikan pedoman dalam menjalankan praktik profesi tersebut. Koeswadji menyatakan bahwa standar profesi adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai apakah seorang profesional telah menjalankan tugasnya sesuai dengan yang seharusnya.<sup>159</sup>

Dalam konteks keperawatan, standar profesi berfungsi sebagai pedoman bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, dasar untuk menilai kualitas pelayanan, dan instrumen untuk melindungi masyarakat dari praktik yang tidak kompeten.<sup>160</sup> Hendrojono Soewono menegaskan bahwa standar profesi harus berdasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini.<sup>161</sup>

### **b. Jenis-Jenis Standar Profesi Keperawatan**

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai organisasi profesi telah menetapkan berbagai standar profesi keperawatan yang meliputi: standar praktik keperawatan, standar kinerja profesional keperawatan, dan standar etika keperawatan.<sup>162</sup>

#### **1) Standar Praktik Keperawatan**

---

<sup>159</sup> Koeswadji, *Hukum Kedokteran, Cetakan Ketiga*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2019, hlm. 167.

<sup>160</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>161</sup> Hendrojono Soewono, *Malpraktik Medik, Cetakan Pertama*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2019, hlm. 189.

<sup>162</sup> Persatuan Perawat Nasional Indonesia, *Standar Praktik Keperawatan Indonesia, Edisi Revisi*, PPNI, Jakarta, 2021, hlm. 23.

Standar praktik keperawatan mengatur tentang proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.<sup>163</sup> Nursalam menyatakan bahwa standar praktik ini harus diterapkan secara konsisten dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.<sup>164</sup>

## 2) Standar Kinerja Profesional Keperawatan

Standar kinerja profesional mengatur tentang perilaku profesional perawat yang meliputi: kualitas pelayanan, evaluasi kinerja, pendidikan, penelitian, kolaborasi, etika, dan pemanfaatan sumber daya.<sup>165</sup> Joni Haryanto menyatakan bahwa standar kinerja profesional ini penting untuk menjamin akuntabilitas perawat.<sup>166</sup>

## 3) Standar Etika Keperawatan

Standar etika keperawatan mengatur tentang nilai-nilai dan prinsip moral yang harus dipegang oleh perawat dalam menjalankan praktiknya.<sup>167</sup> Ismani Nila Wijaya menegaskan bahwa etika keperawatan tidak dapat dipisahkan dari aspek hukum dalam praktik keperawatan.<sup>168</sup>

### c. Implementasi Standar Profesi di IGD

---

<sup>163</sup> *Ibid.*, hlm. 34.

<sup>164</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>165</sup> Joni Haryanto, *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Cetakan Kedua, Trans Info Media, Jakarta, 2020, hlm. 167.

<sup>166</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>167</sup> Ismani Nila Wijaya, *Etika Keperawatan*, Cetakan Pertama, Widya Medika, Jakarta, 2018, hlm. 189.

<sup>168</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

Implementasi standar profesi di IGD memiliki tantangan khusus mengingat karakteristik pelayanan gawat darurat yang berbeda dengan unit pelayanan lainnya. Chrismis Novalinda Ginting menyatakan bahwa standar profesi di IGD harus disesuaikan dengan kondisi darurat yang seringkali tidak memungkinkan untuk melakukan prosedur standar secara lengkap.<sup>169</sup>

Adaptasi standar profesi di IGD meliputi: penyesuaian waktu pelaksanaan, modifikasi prosedur berdasarkan tingkat kegawatan, dan prioritas keselamatan pasien di atas prosedur administratif.<sup>170</sup> Namun demikian, Wila Chandrawila Supriadi menegaskan bahwa adaptasi ini tidak boleh mengurangi kualitas dan keselamatan pelayanan.<sup>171</sup>

#### **d. Standar Profesi sebagai Dasar Penilaian Malpraktik**

Standar profesi merupakan tolok ukur utama dalam menilai apakah seorang perawat telah melakukan malpraktik atau tidak. Fred Ameln menyatakan bahwa pelanggaran terhadap standar profesi merupakan indikasi kuat adanya kelalaian atau kesalahan dalam praktik keperawatan.<sup>172</sup>

Dalam proses hukum, standar profesi digunakan sebagai dasar untuk menilai apakah tindakan perawat telah memenuhi standar pelayanan

---

<sup>169</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Hukum Keperawatan*, Cetakan Pertama, Deepublish, Yogyakarta, 2019, hlm. 123.

<sup>170</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>171</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Hukum Kedokteran*, Cetakan Kedua, Mandar Maju, Bandung, 2020, hlm. 145.

<sup>172</sup> Fred Ameln, *Kapita Selekta Hukum Kedokteran*, Cetakan Kedua, Grafikatama Jaya, Jakarta, 2017, hlm. 167.

yang dapat diterima.<sup>173</sup> J. Guwandi menegaskan bahwa pembuktian pelanggaran standar profesi memerlukan keterangan ahli (*expert witness*) yang kompeten di bidangnya.<sup>174</sup>

## B. Konsep Hukum Medikolegal

### 1. Pengertian Hukum Medikolegal

Hukum medikolegal merupakan cabang ilmu yang menggabungkan aspek medis dan aspek hukum dalam praktik pelayanan kesehatan. Setyo Cahyo Budi mendefinisikan medikolegal sebagai aplikasi pengetahuan medis untuk kepentingan hukum dan keadilan.<sup>175</sup> Definisi ini menekankan bahwa medikolegal tidak hanya berkaitan dengan aspek teknis medis, tetapi juga dengan implementasi hukum dalam praktik kesehatan.<sup>176</sup>

Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa medikolegal mencakup semua aspek hukum yang berkaitan dengan praktik kedokteran dan kesehatan, mulai dari hubungan dokter-pasien, informed consent, malpraktik, hingga aspek forensik.<sup>177</sup> Dalam konteks keperawatan, medikolegal mencakup semua aspek hukum yang berkaitan dengan praktik keperawatan.<sup>178</sup>

---

<sup>173</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>174</sup> J. Guwandi, *Medical Error dan Hukum Medis*, Cetakan Kedua, FK UI, Jakarta, 2019, hlm. 189.

<sup>175</sup> Setyo Cahyo Budi, *Medikolegal dalam Praktik Kedokteran*, Cetakan Pertama, Sagung Seto, Jakarta, 2019, hlm. 45.

<sup>176</sup> *Ibid.*, hlm. 46.

<sup>177</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 78.

<sup>178</sup> *Ibid.*, hlm. 79.

## 2. Ruang Lingkup Hukum Medikolegal dalam Keperawatan

Ruang lingkup hukum medikolegal dalam keperawatan sangat luas dan kompleks. Siswanto mengidentifikasi beberapa area utama yang termasuk dalam ruang lingkup medikolegal keperawatan, yaitu: kewenangan dan kompetensi perawat, hubungan hukum perawat-pasien, dokumentasi keperawatan, *informed consent*, kerahasiaan pasien, dan pertanggungjawaban hukum.<sup>179</sup>

### a. Kewenangan dan Kompetensi Perawat

Aspek kewenangan dan kompetensi merupakan dasar fundamental dalam praktik keperawatan. Wila Chandrawila Supriadi menyatakan bahwa setiap tindakan keperawatan harus berada dalam batas kewenangan dan kompetensi perawat.<sup>180</sup> Pelanggaran terhadap batasan ini dapat menimbulkan konsekuensi hukum yang serius.<sup>181</sup>

### b. Hubungan Hukum Perawat-Pasien

Hubungan hukum antara perawat dan pasien didasarkan pada prinsip-prinsip hukum kontrak dan tort law. Hermien Hadiati Koeswadji menjelaskan bahwa hubungan ini menciptakan hak dan kewajiban yang harus dipenuhi oleh kedua belah pihak.<sup>182</sup> Perawat memiliki kewajiban

---

<sup>179</sup> Siswanto, *Hukum Kesehatan, Cetakan Pertama*, Akademia Permata, Jakarta, 2017, hlm. 89.

<sup>180</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>181</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>182</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran (Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak)*, Cetakan Pertama, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2018, hlm. 145.

untuk memberikan pelayanan sesuai standar, sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas.<sup>183</sup>

### **c. Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan memiliki nilai hukum yang sangat penting sebagai alat bukti dalam kasus sengketa medis. Anny Isfandyarie menyatakan bahwa dokumentasi yang baik dapat melindungi perawat dari tuduhan yang tidak berdasar, sebaliknya dokumentasi yang buruk dapat menjadi bukti kelalaian.<sup>184</sup>

### **d. *Informed Consent* dalam Keperawatan**

*Informed consent* merupakan persetujuan yang diberikan oleh pasien setelah mendapat informasi yang lengkap dan memadai tentang tindakan yang akan dilakukan. Bahder Johan Nasution menegaskan bahwa *informed consent* tidak hanya berlaku untuk tindakan medis dokter, tetapi juga untuk tindakan keperawatan tertentu.<sup>185</sup>

## **3. Prinsip-Prinsip Hukum Medikolegal**

Hukum medikolegal dalam keperawatan didasarkan pada beberapa prinsip fundamental yang harus dipahami dan diterapkan oleh setiap perawat.

### **a. Prinsip *Beneficence* (Berbuat Baik)**

Prinsip *beneficence* mengharuskan perawat untuk selalu bertindak demi kebaikan pasien. M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir menyatakan bahwa prinsip ini merupakan dasar moral dalam setiap tindakan

---

<sup>183</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>184</sup> Anny Isfandyarie, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*, Cetakan Kedua, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2020, hlm. 167.

<sup>185</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 189.

keperawatan.<sup>186</sup> Implementasi prinsip ini dalam hukum medikolegal berkaitan dengan kewajiban perawat untuk memberikan pelayanan terbaik sesuai dengan kompetensinya.<sup>187</sup>

**b. Prinsip *Non-maleficence* (Tidak Merugikan)**

Prinsip *non-maleficence* atau "*primum non nocere*" (*first, do no harm*) mengharuskan perawat untuk tidak melakukan tindakan yang dapat merugikan pasien. Soewono Hendrojono menyatakan bahwa prinsip ini menjadi dasar dalam menilai kelalaian atau malpraktik dalam praktik keperawatan.<sup>188</sup>

**c. Prinsip *Autonomy* (Menghormati Otonomi Pasien)**

Prinsip *autonomy* menghormati hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan dirinya sendiri. Veronica Komalawati menegaskan bahwa perawat harus menghormati keputusan pasien meskipun tidak sejalan dengan pandangan medis.<sup>189</sup> Namun demikian, penghormatan terhadap otonomi pasien ini memiliki batasan-batasan tertentu, terutama dalam kondisi gawat darurat.<sup>190</sup>

**d. Prinsip *Justice* (Keadilan)**

Prinsip *justice* mengharuskan perawat untuk memberikan pelayanan secara adil tanpa diskriminasi. Achmad Ali menyatakan bahwa prinsip keadilan dalam pelayanan kesehatan berkaitan dengan distribusi

---

<sup>186</sup> M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Edisi Kelima, EGC, Jakarta, 2018, hlm. 123.

<sup>187</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>188</sup> Soewono Hendrojono, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>189</sup> Veronica Komalawati, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>190</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

sumber daya kesehatan yang terbatas<sup>191</sup> Dalam konteks IGD, prinsip ini diimplementasikan melalui sistem triase yang memberikan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan medis.<sup>192</sup>

#### **4. Aspek Medikolegal Khusus dalam Praktik Keperawatan IGD**

Praktik keperawatan di IGD memiliki karakteristik khusus yang menimbulkan aspek medikolegal yang berbeda dengan unit pelayanan lainnya.

##### **a. Kondisi Darurat dan Implikasi Hukumnya**

Kondisi darurat dalam pelayanan IGD seringkali tidak memungkinkan untuk melakukan prosedur standar secara lengkap. Azrul Azwar menyatakan bahwa hukum memberikan pengecualian tertentu untuk tindakan dalam kondisi darurat, namun pengecualian ini tetap harus dapat dipertanggungjawabkan.<sup>193</sup>

Doktrin *emergency exception* dalam hukum kesehatan memungkinkan tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan penyelamatan tanpa informed consent yang lengkap jika kondisi pasien mengancam jiwa.<sup>194</sup> Namun demikian, Dedi Supriadi menegaskan bahwa penggunaan doktrin ini harus memenuhi syarat-syarat tertentu dan tidak dapat disalahgunakan.<sup>195</sup>

---

<sup>191</sup> Achmad Ali, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>192</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>193</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>194</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>195</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

## b. Triase dan Aspek Hukumnya

Triase merupakan proses pengklasifikasian pasien berdasarkan tingkat kegawatan untuk menentukan prioritas penanganan. Dari aspek medikolegal, triase menimbulkan tantangan khusus karena melibatkan keputusan yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien.<sup>196</sup>

Kesalahan dalam triase dapat menimbulkan konsekuensi hukum yang serius. Bustami menyatakan bahwa perawat yang melakukan triase harus memiliki kompetensi khusus dan mengikuti protokol yang telah ditetapkan.<sup>197</sup> Dokumentasi proses triase juga sangat penting sebagai bukti bahwa proses dilakukan sesuai standar.<sup>198</sup>

## c. Resusitasi dan *Do Not Resuscitate* (DNR)

Tindakan resusitasi dalam IGD seringkali menimbulkan dilema medikolegal, terutama berkaitan dengan keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan resusitasi. Juli Soemirat menyatakan bahwa keputusan DNR harus melibatkan pasien atau keluarganya dan didokumentasikan dengan baik.<sup>199</sup>

Dari aspek hukum, tindakan resusitasi yang dilakukan tanpa persetujuan dapat dianggap sebagai penyerangan (*assault*), sebaliknya tidak melakukan resusitasi ketika diindikasikan dapat dianggap sebagai

---

<sup>196</sup> Bustami, *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*, Cetakan Kedua, Erlangga, Jakarta, 2018, hlm. 189.

<sup>197</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>198</sup> *Ibid.*, hlm. 191.

<sup>199</sup> Juli Soemirat, *Kesehatan Lingkungan*, Cetakan Ketiga, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2018, hlm. 123.

kelalaian.<sup>200</sup> Oleh karena itu, perawat IGD harus memahami protokol resusitasi dan aspek hukumnya.<sup>201</sup>

### **C. Konsep Praktik Keperawatan**

#### **1. Definisi dan Karakteristik Praktik Keperawatan**

Praktik keperawatan merupakan penerapan ilmu dan kiat keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Nursalam mendefinisikan praktik keperawatan profesional sebagai tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.<sup>202</sup>

Praktik keperawatan memiliki karakteristik yang membedakannya dari praktik profesi kesehatan lainnya. Joni Haryanto mengidentifikasi beberapa karakteristik utama praktik keperawatan, yaitu: bersifat holistik, berfokus pada respons manusia terhadap masalah kesehatan, berdasarkan pada hubungan interpersonal, dan menggunakan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah.<sup>203</sup>

#### **2. Landasan Hukum Praktik Keperawatan**

Praktik keperawatan di Indonesia diatur melalui berbagai peraturan perundang-undangan yang membentuk hierarki hukum yang komprehensif. Landasan hukum utama praktik keperawatan adalah Undang-Undang Nomor

---

<sup>200</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>201</sup> *Ibid.*, hlm. 125.

<sup>202</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 89.

<sup>203</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 145.

38 Tahun 2014 tentang Keperawatan yang menjadi payung hukum bagi semua aspek praktik keperawatan di Indonesia.<sup>204</sup>

**a. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan**

Undang-Undang Keperawatan merupakan tonggak sejarah penting dalam pengakuan profesi keperawatan di Indonesia. Bahder Johan Nasution menyatakan bahwa undang-undang ini memberikan kepastian hukum bagi praktik keperawatan dan mengangkat status perawat sebagai tenaga kesehatan profesional yang mandiri.<sup>205</sup>

Undang-undang ini mengatur berbagai aspek fundamental praktik keperawatan, meliputi: registrasi dan perizinan perawat, penyelenggaraan praktik keperawatan, standar profesi, organisasi profesi, pembinaan dan pengawasan, serta sanksi administratif.<sup>206</sup> Chrismis Novalinda Ginting menegaskan bahwa undang-undang ini memberikan kerangka hukum yang jelas bagi praktik keperawatan di Indonesia.<sup>207</sup>

**b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

Sebagai undang-undang yang mengatur sistem kesehatan nasional secara keseluruhan, UU Kesehatan memberikan landasan bagi praktik keperawatan sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa undang-undang ini mengakui peran penting perawat dalam sistem kesehatan nasional.<sup>208</sup>

---

<sup>204</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>205</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>206</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>207</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>208</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 123.

Undang-undang ini mengatur tentang hak dan kewajiban tenaga kesehatan, termasuk perawat, dalam memberikan pelayanan kesehatan. Muhamad Erwin menjelaskan bahwa UU Kesehatan memberikan kerangka umum yang kemudian diperinci dalam undang-undang khusus seperti UU Keperawatan.<sup>209</sup>

### **c. Peraturan Pelaksana**

Implementasi undang-undang keperawatan dijabarkan melalui berbagai peraturan pelaksana, antara lain: Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, dan Peraturan Menteri Pendidikan.<sup>210</sup> Ridwan HR menyatakan bahwa peraturan pelaksana ini penting untuk memberikan petunjuk teknis dalam implementasi undang-undang.<sup>211</sup>

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis, misalnya, mengatur tentang pengembangan karir perawat berdasarkan kompetensi dan pengalaman.<sup>212</sup> Sementara itu, Peraturan Menteri Kesehatan lainnya mengatur tentang standar pelayanan keperawatan, registrasi perawat, dan izin praktik keperawatan.<sup>213</sup>

## **3. Proses Keperawatan sebagai Metode Praktik**

---

<sup>209</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>210</sup> Ridwan HR, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>211</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>212</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>213</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

Proses keperawatan merupakan metode sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Nursalam menjelaskan bahwa proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang saling berkaitan: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.<sup>214</sup>

#### **a. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data secara sistematis tentang status kesehatan klien. Joni Haryanto menyatakan bahwa pengkajian yang baik menjadi dasar untuk tahap-tahap selanjutnya dalam proses keperawatan.<sup>215</sup>

Dari aspek medikolegal, pengkajian keperawatan memiliki implikasi hukum yang penting. Dokumentasi pengkajian yang tidak lengkap atau tidak akurat dapat menjadi dasar tuduhan kelalaian.<sup>216</sup> Oleh karena itu, perawat harus melakukan pengkajian secara komprehensif dan mendokumentasikannya dengan baik.<sup>217</sup>

#### **b. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual atau potensial. Ismani Nila Wijaya menyatakan bahwa

---

<sup>214</sup> *Ibid.*, hlm. 123.

<sup>215</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>216</sup> Ismani Nila Wijaya, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>217</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

diagnosis keperawatan berbeda dengan diagnosis medis karena fokus pada respons manusia terhadap masalah kesehatan.<sup>218</sup>

Penetapan diagnosis keperawatan yang tepat sangat penting dari aspek medikolegal karena menjadi dasar untuk intervensi keperawatan. Kesalahan dalam diagnosis dapat menimbulkan konsekuensi hukum jika menyebabkan kerugian pada pasien.<sup>219</sup>

#### **c. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan melibatkan penetapan tujuan dan *outcome* yang diharapkan serta pemilihan intervensi keperawatan yang tepat. Wila Chandrawila Supriadi menyatakan bahwa perencanaan harus berdasarkan pada *evidence-based practice* dan standar keperawatan yang berlaku.<sup>220</sup>

#### **d. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Tahap ini memiliki risiko hukum yang paling tinggi karena melibatkan tindakan langsung kepada pasien.<sup>221</sup> Perawat harus memastikan bahwa setiap tindakan yang dilakukan berada dalam batas kewenangan dan kompetensinya.<sup>222</sup>

#### **e. Evaluasi Keperawatan**

---

<sup>218</sup> *Ibid.*, hlm. 189.

<sup>219</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>220</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>221</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>222</sup> *Ibid.*, hlm. 125.

Evaluasi adalah penilaian terhadap pencapaian tujuan dan efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Setyo Cahyo Budi menyatakan bahwa evaluasi yang sistematis penting untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan dan sebagai bahan pembelajaran untuk perbaikan praktik.<sup>223</sup>

#### 4. Kompetensi Perawat

Kompetensi merupakan kemampuan yang harus dimiliki perawat untuk dapat melaksanakan praktik keperawatan secara aman dan efektif. Siswanto mendefinisikan kompetensi perawat sebagai gabungan dari pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk melakukan tindakan keperawatan.<sup>224</sup>

##### a. Kompetensi Inti Perawat

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2017, kompetensi inti perawat meliputi: praktik profesional, etis, legal, dan peka budaya; pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan; pengembangan profesional; dan komunikasi dan kolaborasi.<sup>225</sup>

Hermien Hadiati Koeswadji menyatakan bahwa kompetensi inti ini harus dimiliki oleh setiap perawat tanpa memandang area praktiknya.<sup>226</sup> Kompetensi ini menjadi dasar untuk menilai apakah seorang perawat layak untuk diberikan izin praktik.<sup>227</sup>

---

<sup>223</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>224</sup> Siswanto, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>225</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>226</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>227</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

## b. Kompetensi Khusus Perawat IGD

Perawat yang bekerja di IGD memerlukan kompetensi khusus yang berbeda dengan perawat di unit lainnya. Azrul Azwar mengidentifikasi kompetensi khusus perawat IGD meliputi: kemampuan triase, penanganan kegawatdaruratan, komunikasi dalam situasi kritis, dan manajemen stress.<sup>228</sup>

Bustami menegaskan bahwa kompetensi khusus ini harus dibuktikan melalui sertifikasi atau pelatihan khusus.<sup>229</sup> Dari aspek medikolegal, perawat yang bekerja di IGD tanpa kompetensi yang memadai dapat dimintai pertanggungjawaban jika terjadi kerugian pada pasien.<sup>230</sup>

## D. Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD)

### 1. Definisi dan Fungsi IGD

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian integral dari rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan untuk pasien yang membutuhkan penanganan segera. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009, IGD adalah salah satu bagian/unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien.<sup>231</sup>

Juli Soemirat mendefinisikan IGD sebagai unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai

---

<sup>228</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>229</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>230</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>231</sup> Juli Soemirat, *Op.Cit.*, hlm. 189.

multidisiplin.<sup>232</sup> Definisi ini menekankan pada aspek keterpaduan dan multidisiplin dalam pelayanan gawat darurat.<sup>233</sup>

### **a. Fungsi Utama IGD**

IGD memiliki beberapa fungsi utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Soekidjo Notoatmodjo mengidentifikasi fungsi utama IGD sebagai berikut: memberikan pertolongan pertama dan stabilisasi kondisi pasien gawat darurat, melakukan triase untuk menentukan prioritas penanganan, memberikan pelayanan definitif untuk kasus-kasus tertentu, dan merujuk pasien ke unit pelayanan yang sesuai.<sup>234</sup>

Dedi Supriadi menyatakan bahwa fungsi IGD tidak hanya terbatas pada penanganan medis, tetapi juga mencakup aspek psikososial dan koordinasi dengan berbagai pihak terkait.<sup>235</sup> Hal ini penting untuk memberikan pelayanan yang komprehensif kepada pasien dan keluarganya.<sup>236</sup>

### **b. Karakteristik Pelayanan IGD**

Pelayanan IGD memiliki karakteristik khusus yang membedakannya dengan unit pelayanan lainnya. Bustami mengidentifikasi karakteristik pelayanan IGD meliputi: tersedia 24 jam setiap hari, memberikan respons cepat terhadap kondisi darurat, melayani

---

<sup>232</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>233</sup> *Ibid.*, hlm. 191.

<sup>234</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>235</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>236</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

berbagai jenis kasus dari berbagai kelompok umur, dan memiliki akses langsung ke berbagai fasilitas diagnostik dan terapeutik.<sup>237</sup>

Azrul Azwar menambahkan bahwa pelayanan IGD harus memenuhi prinsip aksesibilitas, yaitu dapat dijangkau oleh masyarakat dari berbagai kalangan tanpa diskriminasi.<sup>238</sup> Prinsip ini sejalan dengan hak asasi manusia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.<sup>239</sup>

## 2. Standar Pelayanan IGD

Standar pelayanan IGD ditetapkan untuk menjamin kualitas dan keselamatan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Muhamad Erwin menyatakan bahwa standar pelayanan merupakan acuan minimal yang harus dipenuhi oleh setiap IGD.<sup>240</sup>

### a. Standar Sumber Daya Manusia

Standar sumber daya manusia IGD mengatur tentang kualifikasi, kompetensi, dan jumlah tenaga kesehatan yang harus tersedia di IGD. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku, IGD harus memiliki tenaga medis dan paramedis yang kompeten dalam penanganan kegawatdaruratan.<sup>241</sup>

Nursalam menyatakan bahwa perawat IGD harus memiliki sertifikat *Basic Life Support* (BLS) dan sebaiknya memiliki sertifikat *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS).<sup>242</sup> Selain itu, perawat IGD juga

---

<sup>237</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>238</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>239</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>240</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>241</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>242</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik untuk berinteraksi dengan pasien dan keluarga dalam situasi kritis.<sup>243</sup>

### **b. Standar Fasilitas dan Peralatan**

IGD harus dilengkapi dengan fasilitas dan peralatan yang memadai untuk menangani berbagai jenis kegawatdaruratan. Joni Haryanto mengidentifikasi peralatan minimal yang harus tersedia di IGD meliputi: peralatan resusitasi, monitor vital sign, defibrilator, ventilator, dan peralatan diagnostik dasar.<sup>244</sup>

Chrismis Novalinda Ginting menegaskan bahwa ketersediaan fasilitas dan peralatan yang memadai tidak hanya penting untuk kualitas pelayanan, tetapi juga untuk melindungi tenaga kesehatan dari aspek medikolegal.<sup>245</sup> Kekurangan fasilitas yang menyebabkan kerugian pada pasien dapat menjadi dasar tuntutan hukum.<sup>246</sup>

### **c. Standar Prosedur Operasional**

Setiap IGD harus memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang jelas untuk berbagai jenis penanganan kegawatdaruratan. Ismani Nila Wijaya menyatakan bahwa SPO penting untuk menjamin konsistensi dan kualitas pelayanan.<sup>247</sup>

---

<sup>243</sup> *Ibid.*, hlm. 191.

<sup>244</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>245</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>246</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>247</sup> Ismani Nila Wijaya, *Op.Cit.*, hlm. 167.

SPO juga memiliki nilai medikolegal yang penting sebagai bukti bahwa pelayanan telah dilakukan sesuai standar yang ditetapkan. Wila Chandrawila Supriadi menegaskan bahwa pelanggaran terhadap SPO dapat menjadi dasar tuduhan kelalaian atau malpraktik.<sup>248</sup>

### 3. Sistem Triase di IGD

Triase merupakan sistem pengklasifikasian pasien berdasarkan tingkat kegawatan untuk menentukan prioritas penanganan. Sistem ini sangat penting dalam manajemen IGD untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang terbatas.<sup>249</sup>

#### a. Konsep dan Prinsip Triase

Konsep triase berasal dari bahasa Prancis "trier" yang berarti memilih atau menyortir. Dalam konteks medis, triase adalah proses sistematis untuk menentukan prioritas perawatan berdasarkan keparahan kondisi pasien.<sup>250</sup> Setyo Cahyo Budi menyatakan bahwa triase harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berpengalaman.<sup>251</sup>

Prinsip dasar triase adalah memberikan pelayanan terbaik untuk jumlah pasien terbanyak dengan sumber daya yang tersedia. Siswanto menjelaskan bahwa prinsip ini kadang menimbulkan dilema etis karena harus membuat keputusan sulit tentang prioritas penanganan.<sup>252</sup>

---

<sup>248</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>249</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>250</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>251</sup> *Ibid.*, hlm. 125.

<sup>252</sup> Siswanto, *Op.Cit.*, hlm. 145.

## b. Sistem Klasifikasi Triase

Sistem triase di Indonesia yang umum digunakan adalah sistem 5 level yang terdiri dari: Level 1 (Resusitasi), Level 2 (Emergensi), Level 3 (Urgensi), Level 4 (Semi Urgensi), dan Level 5 (Non Urgensi).<sup>253</sup> Hermien Hadiati Koeswadji menyatakan bahwa sistem ini membantu perawat dalam mengambil keputusan yang objektif.<sup>254</sup>

Setiap level memiliki target waktu respons yang berbeda. Bahder Johan Nasution menjelaskan bahwa kepatuhan terhadap target waktu respons ini penting untuk menjamin kualitas pelayanan dan melindungi rumah sakit dari aspek medikolegal.<sup>255</sup>

## c. Aspek Medikolegal Triase

Triase memiliki implikasi medikolegal yang signifikan karena melibatkan keputusan yang dapat mempengaruhi outcome pasien. Kesalahan dalam triase dapat menyebabkan keterlambatan penanganan yang berakibat fatal.<sup>256</sup> Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa perawat yang melakukan triase harus memiliki kompetensi yang memadai dan mengikuti protokol yang telah ditetapkan.<sup>257</sup>

Dokumentasi proses triase sangat penting sebagai bukti bahwa proses telah dilakukan sesuai standar. Muhamad Erwin menegaskan

---

<sup>253</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>254</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>255</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>256</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>257</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

bahwa dokumentasi triase harus mencakup waktu kedatangan, hasil pengkajian, kategori triase yang ditetapkan, dan justifikasi keputusan.<sup>258</sup>

#### **4. Manajemen Pelayanan IGD**

Manajemen pelayanan IGD yang efektif sangat penting untuk menjamin kualitas dan keselamatan pelayanan. Azrul Azwar menyatakan bahwa manajemen IGD meliputi aspek perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian.<sup>259</sup>

##### **a. Manajemen Alur Pasien**

Manajemen alur pasien di IGD harus dirancang untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapat penanganan yang tepat dalam waktu yang sesuai dengan kondisinya. Bustami menjelaskan bahwa alur pasien yang baik dapat mengurangi risiko kesalahan dan meningkatkan kepuasan pasien.<sup>260</sup>

Alur pasien di IGD umumnya meliputi: registrasi, triase, pengkajian awal, penanganan sesuai prioritas, observasi, dan disposisi (pulang, rawat inap, atau rujuk).<sup>261</sup> Juli Soemirat menegaskan bahwa setiap tahap dalam alur ini harus didokumentasikan dengan baik.<sup>262</sup>

##### **b. Manajemen Sumber Daya**

Manajemen sumber daya di IGD meliputi pengelolaan sumber daya manusia, fasilitas, peralatan, dan obat-obatan. Dedi Supriadi

---

<sup>258</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>259</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>260</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>261</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>262</sup> Juli Soemirat, *Op.Cit.*, hlm. 123.

menyatakan bahwa ketersediaan sumber daya yang memadai sangat penting untuk menjamin kualitas pelayanan.<sup>263</sup>

Keterbatasan sumber daya seringkali menjadi tantangan dalam pengelolaan IGD. Nursalam menjelaskan bahwa manajer IGD harus mampu mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang tersedia tanpa mengorbankan kualitas dan keselamatan pelayanan.<sup>264</sup>

### **c. Sistem Informasi dan Dokumentasi**

Sistem informasi dan dokumentasi yang baik sangat penting dalam manajemen IGD. Joni Haryanto menyatakan bahwa sistem informasi dapat membantu dalam monitoring kinerja, analisis data, dan pengambilan keputusan.<sup>265</sup>

Dari aspek medikolegal, dokumentasi yang lengkap dan akurat sangat penting sebagai bukti bahwa pelayanan telah diberikan sesuai standar. Chrismis Novalinda Ginting menegaskan bahwa dokumentasi yang buruk dapat menjadi kelemahan dalam pembelaan hukum jika terjadi sengketa.<sup>266</sup>

## **E. Dokumentasi Keperawatan dan Aspek Hukumnya**

### **1. Konsep Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan adalah pencatatan sistematis tentang semua aspek asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Ismani Nila Wijaya mendefinisikan dokumentasi keperawatan sebagai suatu sistem

---

<sup>263</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>264</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>265</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>266</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Op.Cit.*, hlm. 123.

pencatatan dan pelaporan yang memberikan komunikasi penting mengenai keadaan pasien antara anggota tim kesehatan.<sup>267</sup>

Dokumentasi keperawatan memiliki beberapa fungsi penting, yaitu: komunikasi antar tenaga kesehatan, akuntabilitas profesional, evaluasi kualitas asuhan, penelitian, pendidikan, dan aspek legal.<sup>268</sup> Wila Chandrawila Supriadi menekankan bahwa fungsi legal dari dokumentasi keperawatan sangat penting dalam era yang semakin menuntut akuntabilitas tenaga kesehatan.<sup>269</sup>

## 2. Prinsip-Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan yang baik harus mengikuti prinsip-prinsip tertentu untuk memastikan kualitas dan nilai hukumnya. Setyo Cahyo Budi mengidentifikasi prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan yang meliputi: akurat, lengkap, objektif, terorganisir, tepat waktu, dapat dibaca, dan sesuai standar.<sup>270</sup>

### a. Akurat dan Objektif

Dokumentasi harus mencerminkan kondisi pasien yang sebenarnya tanpa interpretasi subjektif. Siswanto menyatakan bahwa dokumentasi yang akurat dan objektif penting untuk melindungi perawat dari tuduhan yang tidak berdasar.<sup>271</sup> Penggunaan bahasa yang jelas dan tidak ambigu sangat penting dalam dokumentasi.<sup>272</sup>

---

<sup>267</sup> Ismani Nila Wijaya, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>268</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>269</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>270</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>271</sup> Siswanto, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>272</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

### **b. Lengkap dan Komprehensif**

Dokumentasi harus mencakup semua aspek asuhan keperawatan yang diberikan. Hermien Hadiati Koeswadji menegaskan bahwa dokumentasi yang tidak lengkap dapat menimbulkan kesan bahwa asuhan tidak diberikan.<sup>273</sup> Dalam hukum, ada prinsip "*if it's not documented, it's not done*".<sup>274</sup>

### **c. Tepat Waktu**

Dokumentasi harus dilakukan segera setelah tindakan dilakukan atau kondisi diamati. Bahder Johan Nasution menyatakan bahwa dokumentasi yang terlambat dapat mengurangi nilai hukum dan akurasinya.<sup>275</sup> Hal ini terutama penting di IGD dimana kondisi pasien dapat berubah dengan cepat.<sup>276</sup>

## **3. Jenis-Jenis Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan meliputi berbagai jenis catatan yang masing-masing memiliki fungsi dan aspek hukum yang spesifik.

### **a. Pengkajian Keperawatan**

Dokumentasi pengkajian keperawatan harus mencakup data subjektif dan objektif tentang kondisi pasien. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa pengkajian yang terdokumentasi dengan baik menjadi dasar untuk semua tindakan keperawatan selanjutnya.<sup>277</sup>

---

<sup>273</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>274</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>275</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>276</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>277</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 189.

### **b. Rencana Asuhan Keperawatan**

Dokumentasi rencana asuhan keperawatan harus jelas dan spesifik.

Muhamad Erwin menjelaskan bahwa rencana yang tidak jelas dapat menimbulkan kebingungan dan berpotensi menimbulkan kesalahan.<sup>278</sup>

### **c. Catatan Implementasi**

Catatan implementasi harus mencakup semua tindakan keperawatan yang dilakukan, respons pasien, dan tindak lanjut yang diperlukan. Azrul Azwar menekankan pentingnya mencatat waktu, dosis obat, dan efek samping yang terjadi.<sup>279</sup>

### **d. Evaluasi dan Catatan Perkembangan**

Dokumentasi evaluasi harus menunjukkan pencapaian tujuan dan perubahan kondisi pasien. Bustami menyatakan bahwa evaluasi yang terdokumentasi dengan baik menunjukkan kualitas asuhan keperawatan.<sup>280</sup>

## **4. Aspek Hukum Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan memiliki nilai hukum yang sangat penting sebagai alat bukti dalam proses hukum. Juli Soemirat menyatakan bahwa dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai bukti dalam kasus malpraktik, tuntutan ganti rugi, atau proses peradilan lainnya.<sup>281</sup>

### **a. Dokumentasi sebagai Alat Bukti**

---

<sup>278</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>279</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>280</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>281</sup> Juli Soemirat, *Op.Cit.*, hlm. 189.

Dalam sistem hukum Indonesia, dokumentasi keperawatan termasuk dalam kategori alat bukti surat sebagaimana diatur dalam Pasal 1867 KUHPerdata dan Pasal 184 KUHAP.<sup>282</sup> Dedi Supriadi menyatakan bahwa kekuatan pembuktian dokumen tergantung pada kelengkapan dan kesesuaianya dengan peraturan yang berlaku.<sup>283</sup>

### **b. Syarat Dokumentasi yang Bernilai Hukum**

Agar memiliki nilai hukum yang kuat, dokumentasi keperawatan harus memenuhi beberapa syarat. Nursalam mengidentifikasi syarat-syarat tersebut meliputi: dibuat oleh orang yang berwenang, dibuat pada waktu yang tepat, berisi fakta yang benar, dibuat dengan itikad baik, dan disimpan dengan baik.<sup>284</sup>

### **c. Tanggung Jawab Hukum terkait Dokumentasi**

Perawat memiliki tanggung jawab hukum untuk membuat dan memelihara dokumentasi keperawatan. Joni Haryanto menyatakan bahwa kelalaian dalam dokumentasi dapat menjadi dasar tuntutan hukum terhadap perawat.<sup>285</sup> Pelanggaran terhadap kewajiban dokumentasi dapat dikenai sanksi administratif sesuai dengan peraturan yang berlaku.<sup>286</sup>

## **F. *Informed Consent* dalam Praktik Keperawatan**

### **1. Konsep *Informed Consent***

---

<sup>282</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>283</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>284</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>285</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>286</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

*Informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien setelah mendapat penjelasan yang lengkap dan dapat dipahami tentang tindakan medis yang akan dilakukan. Chrismis Novalinda Ginting mendefinisikan *informed consent* sebagai persetujuan yang diberikan oleh pasien setelah memperoleh informasi yang cukup dari tenaga kesehatan.<sup>287</sup>

Konsep *informed consent* didasarkan pada prinsip otonomi pasien dan menghormati hak asasi manusia. Ismani Nila Wijaya menyatakan bahwa *informed consent* merupakan implementasi dari hak pasien untuk menentukan nasib dirinya sendiri dalam hal perawatan medis.<sup>288</sup>

## 2. Elemen-Elemen *Informed Consent*

*Informed consent* yang valid harus memenuhi beberapa elemen penting. Wila Chandrawila Supriadi mengidentifikasi elemen-elemen *informed consent* meliputi: informasi yang memadai, pemahaman, sukarela, dan kompetensi.<sup>289</sup>

### a. Informasi yang Memadai

Informasi yang diberikan harus mencakup: diagnosis atau kondisi pasien, tindakan yang diusulkan, risiko dan manfaat tindakan, alternatif tindakan, dan konsekuensi jika tidak dilakukan tindakan.<sup>290</sup> Setyo Cahyo Budi menekankan bahwa informasi harus disampaikan dalam bahasa yang dapat dipahami oleh pasien.<sup>291</sup>

---

<sup>287</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>288</sup> Ismani Nila Wijaya, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>289</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>290</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>291</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 167.

### **b. Pemahaman**

Pasien harus benar-benar memahami informasi yang diberikan.

Siswanto menyatakan bahwa tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa pasien memahami informasi yang diberikan.<sup>292</sup> Hal ini dapat dilakukan dengan cara menanyakan kembali atau meminta pasien menjelaskan dengan kata-katanya sendiri.<sup>293</sup>

### **c. Sukarela**

Persetujuan harus diberikan tanpa paksaan atau tekanan dari pihak manapun. Hermien Hadiati Koeswadji menyatakan bahwa unsur sukarela ini penting untuk menjamin validitas *informed consent*.<sup>294</sup>

### **d. Kompetensi**

Pasien harus memiliki kemampuan untuk membuat keputusan yang rasional. Bahder Johan Nasution menjelaskan bahwa pasien yang tidak kompeten (seperti anak-anak, pasien dengan gangguan mental, atau pasien tidak sadar) memerlukan prosedur khusus dalam pemberian *informed consent*.<sup>295</sup>

## **3. *Informed Consent* dalam Praktik Keperawatan**

Meskipun konsep *informed consent* lebih dikenal dalam praktik kedokteran, dalam perkembangan terkini, *informed consent* juga relevan dalam beberapa tindakan keperawatan. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan

---

<sup>292</sup> Siswanto, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>293</sup> *Ibid.*, hlm. 190.

<sup>294</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>295</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 145.

bahwa beberapa tindakan keperawatan yang berisiko atau invasif memerlukan *informed consent*.<sup>296</sup>

Tindakan keperawatan yang memerlukan informed consent antara lain: pemasangan kateter, tindakan invasif tertentu, dan tindakan keperawatan mandiri yang berisiko tinggi.<sup>297</sup> Muhamad Erwin menegaskan bahwa perawat harus memahami batasan kewenangan dalam memberikan informasi dan memperoleh persetujuan.<sup>298</sup>

#### **4. *Informed Consent* dalam Kondisi Darurat**

Dalam kondisi gawat darurat, penerapan informed consent menghadapi tantangan khusus karena keterbatasan waktu dan sering kali pasien dalam kondisi tidak sadar. Azrul Azwar menyatakan bahwa dalam kondisi darurat, berlaku doktrin *emergency exception* yang memungkinkan tindakan penyelamatan tanpa *informed consent* yang lengkap.<sup>299</sup>

Namun demikian, doktrin *emergency exception* hanya dapat diterapkan jika memenuhi syarat-syarat tertentu: kondisi pasien mengancam jiwa, tindakan segera diperlukan, tidak ada waktu untuk memperoleh persetujuan, dan tindakan yang dilakukan adalah standar medis yang dapat diterima.<sup>300</sup> Bustami menekankan bahwa penggunaan doktrin ini harus didokumentasikan dengan baik dan dapat dipertanggungjawabkan.<sup>301</sup>

#### **G. *Patient Safety* dan Aspek Medikolegal**

---

<sup>296</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>297</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>298</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>299</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>300</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>301</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 145.

## 1. Konsep *Patient Safety*

*Patient safety* atau keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.<sup>302</sup>

Juli Soemirat mendefinisikan *patient safety* sebagai upaya untuk mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.<sup>303</sup> Konsep ini menekankan pada pendekatan sistemik untuk mengurangi risiko dalam pelayanan kesehatan.<sup>304</sup>

## 2. Prinsip-Prinsip *Patient Safety*

*Patient safety* didasarkan pada beberapa prinsip fundamental yang harus dipahami dan diterapkan oleh semua tenaga kesehatan. Dedi Supriadi mengidentifikasi prinsip-prinsip patient safety meliputi: budaya keselamatan, komunikasi yang efektif, pembelajaran dari kesalahan, dan pendekatan sistem.<sup>305</sup>

### a. Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan adalah nilai, keyakinan, dan norma organisasi yang mendukung dan menghargai keselamatan pasien. Nursalam menyatakan bahwa budaya keselamatan harus dimulai dari tingkat

---

<sup>302</sup> Juli Soemirat, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>303</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>304</sup> *Ibid.*, hlm. 169.

<sup>305</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 189.

pimpinan dan diinternalisasi oleh semua tenaga kesehatan.<sup>306</sup> Budaya ini mencakup keterbukaan untuk melaporkan kesalahan, pembelajaran dari kesalahan, dan komitmen terhadap perbaikan berkelanjutan.<sup>307</sup>

#### **b. Komunikasi yang Efektif**

Komunikasi yang buruk merupakan salah satu penyebab utama insiden keselamatan pasien. Joni Haryanto menyatakan bahwa komunikasi yang efektif harus jelas, akurat, tepat waktu, lengkap, dan dapat dipahami oleh penerima.<sup>308</sup> Teknik komunikasi seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dapat membantu meningkatkan efektivitas komunikasi.<sup>309</sup>

#### **c. Pembelajaran dari Kesalahan**

Pendekatan pembelajaran dari kesalahan menekankan pada identifikasi akar masalah dan implementasi solusi sistemik daripada menyalahkan individu. Chrismis Novalinda Ginting menyatakan bahwa pendekatan ini dapat menciptakan lingkungan yang aman untuk melaporkan kesalahan.<sup>310</sup>

#### **d. Pendekatan Sistem**

*Patient safety* menggunakan pendekatan sistem yang mengakui bahwa kesalahan biasanya disebabkan oleh kegagalan sistem daripada

---

<sup>306</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>307</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>308</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>309</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>310</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Op.Cit.*, hlm. 167.

kesalahan individu. Ismani Nila Wijaya menjelaskan bahwa pendekatan ini fokus pada perbaikan sistem untuk mencegah terjadinya kesalahan.<sup>311</sup>

### **3. Sasaran Keselamatan Pasien**

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) telah menetapkan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang harus diterapkan oleh semua rumah sakit di Indonesia. Wila Chandrawila Supriadi menyatakan bahwa SKP merupakan standar minimal yang harus dipenuhi untuk menjamin keselamatan pasien.<sup>312</sup>

#### **a. Ketepatan Identifikasi Pasien**

Kesalahan identifikasi pasien dapat menyebabkan kesalahan pengobatan, kesalahan prosedur, dan insiden serius lainnya. Setyo Cahyo Budi menekankan pentingnya menggunakan minimal dua identitas pasien (nama dan tanggal lahir) sebelum memberikan pelayanan.<sup>313</sup>

#### **b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif**

Komunikasi yang tidak efektif merupakan penyebab utama kesalahan medis. Siswanto menyatakan bahwa rumah sakit harus memiliki prosedur untuk memverifikasi komunikasi verbal dan telepon.<sup>314</sup>

#### **c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai**

---

<sup>311</sup> Ismani Nila Wijaya, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>312</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>313</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>314</sup> Siswanto, *Op.Cit.*, hlm. 167.

Obat-obat tertentu memiliki risiko tinggi menyebabkan cedera jika digunakan secara salah. Hermien Hadiati Koeswadji menegaskan pentingnya memiliki prosedur khusus untuk pengelolaan obat high alert.<sup>315</sup>

#### **d. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi**

Untuk mencegah kesalahan operasi, harus ada prosedur untuk memastikan ketepatan lokasi, prosedur, dan pasien. Bahder Johan Nasution menyatakan bahwa prosedur ini harus dilaksanakan secara konsisten.<sup>316</sup>

#### **e. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

Infeksi nosokomial merupakan masalah serius dalam pelayanan kesehatan. Soekidjo Notoatmodjo menekankan pentingnya implementasi program pencegahan dan pengendalian infeksi.<sup>317</sup>

#### **f. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh**

Jatuh merupakan insiden yang sering terjadi di rumah sakit dan dapat menyebabkan cedera serius. Muhamad Erwin menyatakan bahwa rumah sakit harus memiliki program asesmen dan pencegahan risiko jatuh.<sup>318</sup>

### **4. Aspek Medikolegal *Patient Safety***

*Patient safety* memiliki implikasi medikolegal yang signifikan karena berkaitan dengan kewajiban rumah sakit dan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang aman. Azrul Azwar menyatakan bahwa

---

<sup>315</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>316</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>317</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>318</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 167.

kegagalan dalam implementasi *patient safety* dapat menjadi dasar tuntutan hukum.<sup>319</sup>

### **a. Kewajiban Hukum Implementasi *Patient Safety***

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, setiap rumah sakit wajib mengimplementasikan program keselamatan pasien. Bustami menyatakan bahwa kewajiban ini memiliki konsekuensi hukum jika tidak dipenuhi.<sup>320</sup>

### **b. Sistem Pelaporan Insiden**

Sistem pelaporan insiden merupakan komponen penting dalam program *patient safety*. Juli Soemirat menyatakan bahwa pelaporan insiden harus dilakukan secara jujur dan terbuka untuk pembelajaran.<sup>321</sup> Namun demikian, pelaporan ini juga dapat memiliki implikasi hukum jika tidak dilakukan dengan hati-hati.<sup>322</sup>

### **c. Analisis Akar Masalah**

Analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) adalah metode sistematis untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden. Dedi Supriadi menyatakan bahwa RCA harus dilakukan secara objektif dan komprehensif.<sup>323</sup> Hasil RCA dapat

---

<sup>319</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>320</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>321</sup> Juli Soemirat, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>322</sup> *Ibid.*, hlm. 146.

<sup>323</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 167.

digunakan sebagai bukti dalam proses hukum untuk menunjukkan upaya perbaikan sistem.<sup>324</sup>

## **H. Malpraktik Keperawatan**

### **1. Definisi Malpraktik Keperawatan**

Malpraktik keperawatan adalah kegagalan perawat untuk menggunakan tingkat keterampilan dan pembelajaran yang secara wajar diharapkan dari perawat dalam lingkungan yang sama ketika memberikan perawatan kepada pasien. Nursalam mendefinisikan malpraktik keperawatan sebagai tindakan perawat yang tidak sesuai dengan standar profesi yang berlaku dan mengakibatkan kerugian pada pasien.<sup>325</sup>

Joni Haryanto menyatakan bahwa malpraktik keperawatan dapat berupa tindakan (*commission*) atau kelalaian (*omission*) yang menyimpang dari standar perawatan yang dapat diterima.<sup>326</sup> Definisi ini menekankan pada aspek standar profesi sebagai tolok ukur dalam menilai tindakan perawat.<sup>327</sup>

### **2. Unsur-Unsur Malpraktik Keperawatan**

Untuk dapat dikategorikan sebagai malpraktik, suatu tindakan atau kelalaian perawat harus memenuhi empat unsur utama yang dikenal dengan "4 D's": *Duty*, *Dereliction of duty*, *Direct causation*, dan *Damages*.<sup>328</sup>

---

<sup>324</sup> *Ibid.*, hlm. 168.

<sup>325</sup> Nursalam, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>326</sup> Joni Haryanto, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>327</sup> *Ibid.*, hlm. 124.

<sup>328</sup> Fred Ameln, *Op.Cit.*, hlm. 145.

### **a. *Duty* (Kewajiban)**

Unsur *duty* mengharuskan adanya hubungan hukum antara perawat dan pasien yang menimbulkan kewajiban untuk memberikan perawatan. Chrismis Novalinda Ginting menyatakan bahwa hubungan ini dapat terbentuk melalui kontrak kerja dengan rumah sakit atau kontrak langsung dengan pasien.<sup>329</sup>

### **b. *Dereliction of Duty* (Pelanggaran Kewajiban)**

Unsur ini mengharuskan adanya bukti bahwa perawat telah melanggar standar perawatan yang berlaku. Ismani Nila Wijaya menjelaskan bahwa pelanggaran ini dapat berupa tindakan yang tidak seharusnya dilakukan atau kelalaian dalam melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.<sup>330</sup>

### **c. *Direct Causation* (Hubungan Kausal Langsung)**

Harus ada hubungan kausal langsung antara pelanggaran kewajiban dengan kerugian yang diderita pasien. Wila Chandrawila Supriadi menyatakan bahwa pembuktian hubungan kausal ini seringkali menjadi tantangan dalam kasus malpraktik.<sup>331</sup>

### **d. *Damages* (Kerugian)**

Pasien harus mengalami kerugian akibat pelanggaran yang dilakukan perawat. Setyo Cahyo Budi menjelaskan bahwa kerugian ini dapat berupa kerugian fisik, psikis, atau ekonomi.<sup>332</sup>

---

<sup>329</sup> Chrismis Novalinda Ginting, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>330</sup> Ismani Nila Wijaya, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>331</sup> Wila Chandrawila Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 123.

<sup>332</sup> Setyo Cahyo Budi, *Op.Cit.*, hlm. 145.

### 3. Jenis-Jenis Malpraktik Keperawatan

Malpraktik keperawatan dapat dikategorikan menjadi beberapa jenis berdasarkan karakteristik pelanggaran yang dilakukan.

#### a. Malpraktik dalam Pemberian Obat

Kesalahan dalam pemberian obat merupakan salah satu jenis malpraktik yang paling sering terjadi dalam praktik keperawatan. Siswanto mengidentifikasi kesalahan pemberian obat meliputi: kesalahan dosis, kesalahan pasien, kesalahan waktu, kesalahan rute, dan kesalahan obat.<sup>333</sup>

#### b. Malpraktik dalam Monitoring Pasien

Kelalaian dalam monitoring kondisi pasien dapat mengakibatkan keterlambatan deteksi perburukan kondisi. Hermien Hadiati Koeswadji menyatakan bahwa perawat memiliki kewajiban untuk melakukan observasi dan monitoring sesuai dengan kondisi pasien.<sup>334</sup>

#### c. Malpraktik dalam Dokumentasi

Dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak akurat dapat dikategorikan sebagai malpraktik jika mengakibatkan kerugian pada pasien. Bahder Johan Nasution menegaskan bahwa dokumentasi merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan.<sup>335</sup>

#### d. Malpraktik dalam Komunikasi

---

<sup>333</sup> Siswanto, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>334</sup> Hermien Hadiati Koeswadji, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>335</sup> Bahder Johan Nasution, *Op.Cit.*, hlm. 123.

Kegagalan dalam komunikasi yang efektif dengan pasien, keluarga, atau sesama tenaga kesehatan dapat mengakibatkan kesalahan dalam perawatan. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa komunikasi yang baik merupakan kunci keselamatan pasien.<sup>336</sup>

#### **4. Pencegahan Malpraktik Keperawatan**

Pencegahan malpraktik keperawatan merupakan tanggung jawab bersama antara perawat individual, organisasi profesi, dan institusi pelayanan kesehatan. Muhamad Erwin mengidentifikasi beberapa strategi pencegahan malpraktik meliputi: peningkatan kompetensi, implementasi patient safety, perbaikan sistem, dan peningkatan budaya keselamatan.<sup>337</sup>

##### **a. Peningkatan Kompetensi Perawat**

Kompetensi yang memadai merupakan dasar untuk mencegah malpraktik. Azrul Azwar menyatakan bahwa perawat harus terus mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan berkelanjutan.<sup>338</sup>

##### **b. Implementasi Standar Praktik**

Kepatuhan terhadap standar praktik keperawatan dapat mencegah terjadinya malpraktik. Bustami menegaskan bahwa standar praktik harus dijadikan pedoman dalam setiap tindakan keperawatan.<sup>339</sup>

##### **c. Peningkatan Komunikasi**

---

<sup>336</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>337</sup> Muhamad Erwin, *Op.Cit.*, hlm. 167.

<sup>338</sup> Azrul Azwar, *Op.Cit.*, hlm. 189.

<sup>339</sup> Bustami, *Op.Cit.*, hlm. 123.

Komunikasi yang efektif dapat mencegah kesalahan yang berujung pada malpraktik. Juli Soemirat menyatakan bahwa perawat harus mengembangkan keterampilan komunikasi yang baik.<sup>340</sup>

#### **d. Dokumentasi yang Baik**

Dokumentasi yang lengkap dan akurat tidak hanya melindungi perawat dari tuduhan malpraktik, tetapi juga meningkatkan kualitas perawatan. Dedi Supriadi menekankan pentingnya dokumentasi sebagai alat komunikasi dan bukti legal.<sup>341</sup>



---

<sup>340</sup> Juli Soemirat, *Op.Cit.*, hlm. 145.

<sup>341</sup> Dedi Supriadi, *Op.Cit.*, hlm. 167.

## **BAB III**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Implementasi tata kelola pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Bhayangkara Semarang, menurut Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat, telah mengacu sepenuhnya pada regulasi internal rumah sakit yang disusun berdasarkan peraturan perundang-undangan serta standar profesi kesehatan. Ia menegaskan bahwa aspek hukum medikolegal telah menjadi bagian integral dari seluruh prosedur operasional standar (SOP) yang harus dipatuhi oleh setiap tenaga kesehatan, baik dokter maupun perawat. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa setiap tindakan klinis yang diberikan tidak hanya memenuhi standar pelayanan, tetapi juga berada dalam koridor hukum yang berlaku.<sup>342</sup>

Untuk menjaga konsistensi penerapan SOP, pengawasan dilakukan melalui supervisi harian, evaluasi langsung, dan audit internal. Seluruh tindakan perawat maupun dokter dinilai berdasarkan kepatuhan terhadap standar profesi, standar pelayanan, serta prinsip patient safety. Meski demikian, Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat mengakui bahwa dinamika IGD yang sangat cepat dan tidak dapat diprediksi sering kali memungkinkan terjadinya deviasi administratif yang bersifat situasional. Oleh karena itu, mekanisme pengendalian risiko harus berjalan secara adaptif tanpa mengurangi kepatuhan terhadap prosedur.<sup>343</sup>

---

<sup>342</sup> Wawancara dengan Pratomo Ady Saputro, AMK, Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang, pada tanggal 10 November 2025.

<sup>343</sup> *Ibid.*

Pembinaan mengenai aspek medikolegal di IGD dilakukan melalui supervisi rutin, pelatihan internal, serta evaluasi berkala. Seluruh perawat diwajibkan memahami standar profesi yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan ketentuan hukum yang mengatur praktik keperawatan, khususnya Undang-Undang Keperawatan. Selain itu, pelatihan mengenai hukum kesehatan, etika profesi, komunikasi efektif, dan keselamatan pasien (*patient safety*) diselenggarakan secara periodik untuk memastikan pemahaman hukum para tenaga kesehatan tetap relevan dengan perkembangan regulasi dan dinamika pelayanan gawat darurat.<sup>344</sup>

Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menekankan bahwa setiap tindakan perawat harus berada dalam batas kewenangannya. Pembagian kewenangan antara dokter dan perawat telah diatur secara jelas dalam regulasi nasional dan diterjemahkan secara rinci dalam SOP internal rumah sakit. Apabila terjadi pelanggaran SOP, rumah sakit menerapkan mekanisme disiplin berjenjang mulai dari pembinaan langsung, teguran tertulis, hingga sanksi administratif sesuai tingkat kesalahan. Mekanisme ini tidak hanya bersifat korektif, tetapi juga preventif untuk mencegah terjadinya pelanggaran berulang dan memperkuat budaya profesionalisme.

Dalam konteks perlindungan hukum, rumah sakit memberikan pendampingan hukum bagi tenaga kesehatan yang menghadapi kasus hukum, selama tindakan yang dilakukan masih berada dalam standar profesi dan SOP. Pendampingan meliputi konsultasi, advokasi, serta representasi hukum jika

---

<sup>344</sup> *Ibid.*

diperlukan. Kebijakan ini dianggap penting mengingat IGD merupakan unit dengan risiko hukum yang lebih tinggi dibandingkan unit lainnya akibat sifat pelayanan yang cepat, kritis, dan sering kali berada dalam tekanan tinggi. Dengan adanya perlindungan hukum, tenaga kesehatan dapat menjalankan tugasnya dengan rasa aman sekaligus tetap menjaga mutu pelayanan.<sup>345</sup>

Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat juga menjelaskan bahwa dokumentasi medis merupakan aspek fundamental dalam pertanggungjawaban hukum. Rekam medis harus dicatat secara lengkap, akurat, sistematis, dan real time. Dalam situasi gawat darurat, risiko ketidaklengkapan dokumentasi jauh lebih besar, sehingga rumah sakit memperkuat pengawasan serta memberikan pembiasaan kepada tenaga kesehatan untuk meningkatkan disiplin pencatatan. Dokumentasi yang baik tidak hanya penting secara klinis, tetapi juga menjadi bukti hukum yang menentukan apabila muncul sengketa medikolegal.

Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menambahkan bahwa budaya hukum (*legal culture*) perlu terus diperkuat agar kepatuhan terhadap standar bukan hanya bersifat administratif, melainkan menjadi bagian dari kebiasaan dan etos kerja. Setiap tenaga kesehatan harus memahami alasan hukum dan etik di balik setiap prosedur yang dijalankan, sehingga keselamatan pasien dan kepastian hukum dapat berjalan beriringan.

Secara keseluruhan, Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menilai bahwa implementasi hukum medikolegal di IGD RS Bhayangkara Semarang telah berada pada jalur yang benar. Pengawasan harian, audit internal, pelatihan rutin,

---

<sup>345</sup> *Ibid.*

pembinaan berjenjang, serta perlindungan hukum menunjukkan bahwa manajemen risiko hukum telah dijalankan secara komprehensif. Meskipun demikian, penguatan pada aspek dokumentasi dan pelatihan berkelanjutan tetap menjadi prioritas agar budaya kepatuhan semakin kokoh dan kualitas pelayanan gawat darurat dapat terus meningkat.<sup>346</sup>

Sebagai unit pelayanan dengan tingkat risiko hukum yang tinggi, Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Bhayangkara Semarang kerap menghadapi berbagai dinamika medikolegal yang muncul akibat karakteristik pelayanan yang cepat, kritis, dan penuh tekanan. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat mengungkapkan bahwa beberapa kasus yang terjadi pada tahun 2023 memberikan pelajaran penting bagi pihak manajemen dalam memperkuat tata kelola hukum medikolegal di lingkungan IGD. Dua kasus berikut menjadi sorotan karena berkaitan dengan kewenangan perawat, dokumentasi, dan persepsi keluarga pasien terhadap tindakan kegawatdaruratan.<sup>347</sup>

Kasus pertama terjadi pada pertengahan 2023 ketika IGD menerima pasien berinisial CT, laki-laki berusia 45 tahun dengan stroke hemoragik dan penurunan kesadaran. Pasien datang tanpa pendamping keluarga, dalam kondisi kritis, dan segera masuk kategori triase merah. Perawat melakukan tindakan *emergensi life-saving* di antaranya pemasangan oksigen, akses infus, pemeriksaan tanda vital, serta persiapan resusitasi sesuai protokol. Sekitar 20 menit setelah tindakan berlangsung, keluarga pasien datang dan mempertanyakan tidak adanya dokumentasi persetujuan

---

<sup>346</sup> *Ibid.*

<sup>347</sup> *Ibid.*

tindakan (*informed consent*) sebelum intervensi dilakukan. Penjelasan perawat bahwa tindakan emergensi tidak memerlukan persetujuan formal sesuai ketentuan hukum kesehatan tidak langsung diterima keluarga, yang kemudian menuduh adanya kelalaian administratif. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menilai bahwa tindakan perawat dalam kasus ini sepenuhnya sesuai SOP emergensi serta etika kedokteran, karena tindakan penyelamatan nyawa (*life-saving measures*) memang tidak mensyaratkan informed consent tertulis ketika pasien berada pada kondisi yang mengancam jiwa dan tidak didampingi keluarga. Namun demikian, Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menyoroti bahwa dokumentasi menjadi titik rawan dalam situasi seperti ini. Ia menyadari bahwa kecepatan kerja sering mengakibatkan keterlambatan pencatatan pada rekam medis. Menurutnya, dokumentasi harus tetap dilakukan sesegera mungkin setelah tindakan emergensi stabil, karena rekam medis tidak hanya berfungsi sebagai catatan klinis tetapi juga sebagai alat perlindungan hukum. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menekankan perlunya peningkatan kedisiplinan pencatatan *real-time*, pengawasan supervisor untuk memastikan kelengkapan dokumentasi, serta pelatihan berkala mengenai dokumentasi kritis di ruang gawat darurat. Kasus ini menjadi contoh bahwa deviasi administratif yang sifatnya situasional harus dikelola melalui penguatan pelatihan dan sistem audit internal.<sup>348</sup>

Kasus kedua terjadi pada akhir tahun 2023 ketika seorang pasien perempuan berinisial HY, usia 60 tahun, datang dengan sesak napas berat akibat gagal jantung akut. Pada saat pasien tiba, dokter jaga sedang menangani kasus lain di ruang

---

<sup>348</sup> *Ibid.*

resusitasi. Melihat kondisi yang mengancam nyawa, perawat melakukan tindakan mandiri berupa pemberian oksigen high flow, pemasangan infus, posisi semi-Fowler, dan monitoring ketat. Semua tindakan dilakukan dalam koridor tindakan keperawatan emergensi sebelum dokter datang. Ketika dokter tiba, terapi lanjutan langsung diberikan. Namun, salah satu anggota keluarga mempermasalahkan tindakan perawat, menuding bahwa perawat “bertindak tanpa dokter” dan mempertanyakan apakah tindakan tersebut melampaui kewenangan perawat. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menegaskan bahwa tindakan perawat pada kasus ini sepenuhnya berada dalam batas kewenangan sesuai Undang-Undang Keperawatan, khususnya tindakan keperawatan emergensi yang bersifat mandiri maupun kolaboratif. Dalam situasi gawat darurat, perawat diperbolehkan bahkan diwajibkan untuk melakukan tindakan penyelamatan awal ketika dokter belum tersedia, selama tindakan tersebut tidak melampaui batas kompetensi klinis. Menurut Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat, kasus tersebut mencerminkan kurangnya pemahaman keluarga pasien terhadap peran dan kewenangan perawat. Oleh karena itu, edukasi publik menjadi bagian penting dalam mengurangi konflik medikolegal. Dari sisi internal, Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menekankan pentingnya sosialisasi ulang mengenai batas kewenangan kepada seluruh staf, penguatan prosedur komunikasi kepada keluarga pasien, serta pelatihan komunikasi efektif dalam situasi krisis. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat menilai bahwa perawat dalam kasus ini sudah menjalankan tugas profesionalnya dengan benar. Namun, rumah sakit tetap melakukan pembinaan

administratif untuk memastikan bahwa dokumentasi dan laporan tindakan telah tersusun lengkap sehingga tidak menimbulkan salah persepsi.<sup>349</sup>

Setelah menelaah kedua kasus di atas, penulis menyimpulkan beberapa poin penting:

1. Kapasitas klinis tenaga kesehatan sudah memadai, tetapi harus dibarengi dengan peningkatan aspek dokumentasi dan komunikasi.
2. Perlindungan hukum tenaga kesehatan perlu diperkuat, terutama melalui pendampingan hukum bagi perawat dalam kasus yang melibatkan keluarga pasien.
3. Pelatihan medikolegal harus diperluas, khususnya terkait kewenangan, standar profesi, SOP, dan penanganan risiko komunikasi.
4. Budaya hukum di IGD perlu terus dibangun, agar kepatuhan terhadap SOP tidak hanya bersifat administratif, tetapi menjadi kebiasaan profesional.
5. Mekanisme supervisi dan audit internal tetap menjadi alat utama untuk mencegah terjadinya deviasi prosedural.

Bagi penulis, kedua kasus tersebut menjadi refleksi bahwa dinamika gawat darurat memerlukan ketegasan regulasi, ketelitian dokumentasi, ketangguhan komunikasi, dan kesiapan hukum untuk menjaga keselamatan pasien sekaligus memberikan perlindungan profesional kepada tenaga kesehatan.

---

<sup>349</sup> *Ibid.*

## **B. Pembahasan**

### **1. Implementasi Aspek Hukum Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang**

#### **a. Tinjauan Umum Implementasi Aspek Hukum Medikolegal di IGD**

Implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Bhayangkara Semarang merupakan suatu keniscayaan yang tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan profesional. Berdasarkan analisis terhadap dua kasus yang diangkat dalam penelitian ini, dapat diidentifikasi bahwa implementasi aspek hukum medikolegal di IGD RS Bhayangkara Semarang telah berjalan dengan memperhatikan prinsip-prinsip dasar pelayanan gawat darurat, meskipun dalam praktiknya masih menghadapi berbagai tantangan dan dinamika yang kompleks.

Merujuk pada teori tanggung jawab hukum yang dikemukakan oleh Hans Kelsen dalam teori hukum murninya (*reine rechtslehre*), tanggung jawab hukum merupakan kewajiban untuk menjalankan sanksi sebagai konsekuensi dari pelanggaran norma hukum. Dalam perspektif ini, perawat IGD RS Bhayangkara Semarang memiliki kewajiban untuk menjalankan praktik keperawatan sesuai dengan norma-norma hukum yang berlaku, baik yang bersumber dari undang-undang, peraturan pemerintah, maupun standar profesi keperawatan. Implementasi tanggung jawab hukum ini tercermin

dalam setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam menangani pasien gawat darurat.

Pada kasus pertama yang melibatkan pasien CT, laki-laki berusia 45 tahun dengan stroke hemoragik dan penurunan kesadaran, implementasi aspek hukum medikolegal dapat dilihat dari tindakan perawat yang segera melakukan kategorisasi triase merah dan melaksanakan tindakan emergensi *life-saving*. Tindakan ini mencakup pemasangan oksigen, akses infus, pemeriksaan tanda vital, serta persiapan resusitasi sesuai protokol yang berlaku. Dari perspektif teori kewenangan yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon, tindakan perawat tersebut merupakan penggunaan kewenangan yang sah karena didasarkan pada kemampuan yang dilandasi oleh hukum, yakni Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan peraturan pelaksanaannya.

Ridwan HR dalam karyanya menjelaskan bahwa tanggung jawab hukum pada dasarnya adalah pertanggungjawaban yang bersifat yuridis, yaitu pertanggungjawaban yang didasarkan pada ketentuan hukum yang berlaku. Dalam konteks kasus pertama, tindakan perawat IGD dalam menangani pasien CT tanpa menunggu persetujuan formal (*informed consent*) dari keluarga merupakan implementasi dari ketentuan hukum yang berlaku dalam situasi gawat darurat. Hal ini sejalan dengan prinsip yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang pengecualian *informed consent* dalam kondisi darurat yang mengancam jiwa.

## **b. Implementasi Tanggung Jawab Hukum Perawat IGD**

Implementasi tanggung jawab hukum perawat IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dianalisis berdasarkan tiga kategori utama sebagaimana dikemukakan oleh para ahli hukum, yaitu tanggung jawab perdata, tanggung jawab pidana, dan tanggung jawab administratif.

### **1) Implementasi Tanggung Jawab Perdata**

Dalam konteks tanggung jawab perdata, Yahya Harahap menyatakan bahwa tanggung jawab perdata dalam bidang kesehatan umumnya berbentuk ganti rugi (*damages*) yang harus dibayarkan kepada pihak yang dirugikan. Implementasi tanggung jawab perdata perawat IGD RS Bhayangkara Semarang tercermin dalam upaya untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi sehingga tidak menimbulkan kerugian bagi pasien. Dasar hukum tanggung jawab perdata ini dapat ditemukan dalam Pasal 1365 KUHPerdata tentang perbuatan melawan hukum dan Pasal 1366 KUHPerdata tentang kelalaian.

Pada kasus pertama, meskipun keluarga pasien CT mempertanyakan tidak adanya dokumentasi persetujuan tindakan sebelum intervensi dilakukan, tindakan perawat tidak dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum atau kelalaian karena dilakukan dalam kondisi darurat yang mengancam jiwa. Rosa Agustina menjelaskan bahwa kerugian dalam tanggung jawab perdata dapat berupa kerugian materiil dan kerugian

immateriil. Dalam kasus ini, justru tidak adanya tindakan cepat dari perawat dapat menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pasien, baik kerugian materiil berupa biaya pengobatan yang lebih tinggi akibat keterlambatan penanganan, maupun kerugian immateriil berupa penderitaan fisik dan psikis yang lebih berat.

Pada kasus kedua yang melibatkan pasien HY, perempuan berusia 60 tahun dengan gagal jantung akut, implementasi tanggung jawab perdata juga dapat dilihat dari tindakan perawat yang melakukan intervensi mandiri berupa pemberian oksigen *high flow*, pemasangan infus, posisi semi-Fowler, dan monitoring ketat. Tindakan-tindakan ini dilakukan dalam koridor tanggung jawab perdata perawat untuk mencegah terjadinya kerugian yang lebih besar pada pasien akibat keterlambatan penanganan.

Agus Yudha Hernoko menjelaskan bahwa dalam sistem hukum Indonesia, prinsip tanggung jawab berdasarkan kesalahan sangat dominan, terutama dalam hukum perdata. Dalam konteks keperawatan, perawat hanya dapat dimintai pertanggungjawaban perdata jika terbukti melakukan kesalahan atau kelalaian dalam menjalankan tugasnya. Berdasarkan analisis terhadap kedua kasus tersebut, tindakan perawat IGD RS Bhayangkara Semarang tidak memenuhi unsur kesalahan atau kelalaian karena dilakukan sesuai dengan standar profesi dan dalam rangka menyelamatkan jiwa pasien.

## 2) Implementasi Tanggung Jawab Pidana

Tanggung jawab pidana muncul ketika tindakan perawat memenuhi unsur-unsur tindak pidana sebagaimana diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana atau undang-undang pidana khusus lainnya. Wirjono Prodjodikoro menyatakan bahwa tanggung jawab pidana bersifat personal dan tidak dapat dialihkan kepada pihak lain. Dalam praktik keperawatan di IGD, tindak pidana yang dapat dilakukan antara lain kelalaian yang mengakibatkan kematian (Pasal 359 KUHP) atau penganiayaan (Pasal 351 KUHP).

Implementasi tanggung jawab pidana di IGD RS Bhayangkara Semarang tercermin dalam kesadaran perawat untuk selalu bertindak sesuai dengan standar profesi dan protokol yang berlaku. Pada kedua kasus yang diangkat, tindakan perawat tidak memenuhi unsur-unsur tindak pidana karena dilakukan dengan tujuan menyelamatkan jiwa pasien dan sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh undang-undang.

Titik Triwulan Tutik menyatakan bahwa kesalahan dalam praktik keperawatan dapat berupa kesengajaan (*dolus*) atau kelalaian (*culpa*). Kesengajaan dalam konteks medis relatif jarang terjadi, sedangkan kelalaian lebih sering menjadi dasar tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan. Dalam analisis kedua kasus tersebut, tidak ditemukan unsur kesengajaan maupun kelalaian dalam tindakan perawat. Justru sebaliknya, tindakan cepat dan tepat yang dilakukan perawat mencerminkan profesionalisme dan kepatuhan terhadap standar pelayanan gawat darurat.

Andi Hamzah menegaskan bahwa pembuktian dalam tindak pidana di bidang kesehatan memerlukan keahlian khusus dan seringkali melibatkan ahli medis sebagai saksi ahli. Dalam konteks IGD, penilaian terhadap tindakan perawat harus mempertimbangkan kondisi khusus pelayanan gawat darurat yang menuntut pengambilan keputusan cepat dan tepat dalam waktu yang sangat terbatas. Oleh karena itu, implementasi tanggung jawab pidana di IGD RS Bhayangkara Semarang harus dipahami dalam konteks karakteristik pelayanan gawat darurat yang unik.

### **3) Implementasi Tanggung Jawab Administratif**

Tanggung jawab administratif berkaitan dengan pelanggaran terhadap ketentuan administrasi yang berlaku dalam praktik keperawatan. SF. Marbun menjelaskan bahwa sanksi administratif bertujuan untuk menjamin kepatuhan terhadap norma-norma administrasi dan bukan untuk memberikan hukuman. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, sanksi administratif dapat berupa teguran tertulis, peringatan, penghentian sementara izin praktik, hingga pencabutan izin praktik keperawatan.

Implementasi tanggung jawab administratif di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dilihat dari kepatuhan perawat terhadap berbagai ketentuan administratif yang berlaku, seperti kepemilikan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP), kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), serta pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat.

Pada kasus pertama, permasalahan yang muncul berkaitan dengan dokumentasi persetujuan tindakan (*informed consent*). Meskipun keluarga pasien mempertanyakan tidak adanya dokumentasi tersebut, dalam situasi gawat darurat yang mengancam jiwa, ketentuan hukum memberikan pengecualian terhadap kewajiban *informed consent*. Hal ini sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan yang memungkinkan tindakan medis dilakukan tanpa persetujuan tertulis dalam keadaan darurat untuk menyelamatkan jiwa pasien.

Ridwan HR menyatakan bahwa penerapan sanksi administratif harus proporsional dengan tingkat pelanggaran yang dilakukan. Dalam konteks kedua kasus yang diangkat, tindakan perawat IGD RS Bhayangkara Semarang tidak dapat dikategorikan sebagai pelanggaran administratif karena dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam situasi gawat darurat. Dokumentasi tindakan yang dilakukan dalam kondisi darurat dapat dilengkapi setelah kondisi pasien stabil, sebagaimana diatur dalam pedoman pelayanan gawat darurat.

### **c. Implementasi Kewenangan Perawat di IGD**

Kewenangan merupakan konsep sentral dalam hukum administrasi negara yang memberikan legitimasi bagi pejabat atau institusi untuk melakukan tindakan hukum. Philipus M. Hadjon mendefinisikan kewenangan sebagai kemampuan untuk melakukan tindakan hukum publik. Definisi ini menekankan bahwa kewenangan bukan sekadar kemampuan faktual, tetapi kemampuan yang dilandasi oleh hukum. Implementasi kewenangan perawat

di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dianalisis berdasarkan jenis kewenangan dan sumbernya.

### 1) Implementasi Kewenangan Mandiri

Berdasarkan Pasal 29 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014, kewenangan mandiri perawat meliputi: melakukan pengkajian keperawatan, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan. Dedi Supriadi menegaskan bahwa kewenangan mandiri ini memberikan ruang bagi perawat untuk mengambil keputusan profesional dalam batas kompetensinya.

Pada kasus kedua, implementasi kewenangan mandiri perawat dapat dilihat dengan jelas. Ketika pasien HY datang dengan sesak napas berat akibat gagal jantung akut dan dokter jaga sedang menangani kasus lain di ruang resusitasi, perawat melakukan tindakan mandiri berupa pemberian oksigen *high flow*, pemasangan infus, posisi semi-Fowler, dan monitoring ketat. Semua tindakan tersebut merupakan bagian dari kewenangan mandiri perawat yang dapat dilakukan tanpa memerlukan petunjuk atau supervisi dari tenaga kesehatan lain.

Nursalam menjelaskan bahwa kewenangan mandiri adalah kewenangan yang dapat dilakukan oleh perawat tanpa memerlukan petunjuk atau supervisi dari tenaga kesehatan lain. Dalam konteks kasus kedua, tindakan perawat IGD RS Bhayangkara Semarang sepenuhnya berada dalam koridor kewenangan mandiri yang diberikan oleh undang-

undang. Pemberian oksigen, pemasangan infus, pengaturan posisi pasien, dan monitoring merupakan tindakan keperawatan yang secara eksplisit termasuk dalam kewenangan mandiri perawat.

## 2) Implementasi Kewenangan Kolaboratif

Kewenangan kolaboratif perawat berkaitan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan petunjuk dokter atau tenaga kesehatan lain. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa dalam kewenangan kolaboratif, perawat tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya meskipun berdasarkan petunjuk orang lain.

Implementasi kewenangan kolaboratif di IGD RS Bhayangkara Semarang tercermin dalam koordinasi antara perawat dan dokter dalam menangani pasien. Pada kedua kasus yang diangkat, setelah dokter hadir, perawat melanjutkan tindakan berdasarkan instruksi dokter sambil tetap melaksanakan kewenangan mandirinya dalam asuhan keperawatan. Kolaborasi ini mencerminkan implementasi kewenangan yang tepat dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## 3) Batasan Kewenangan dalam Situasi Darurat

Dalam konteks IGD, kewenangan perawat memiliki karakteristik khusus yang berbeda dengan unit pelayanan lainnya. Azrul Azwar menjelaskan bahwa kondisi gawat darurat seringkali menuntut perawat untuk mengambil tindakan cepat yang mungkin berada di batas kewenangan normalnya. Namun demikian, penggunaan kewenangan

dalam kondisi darurat tetap harus dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

Ari Yunanto menyatakan bahwa perawat IGD memiliki kewenangan tambahan dalam melakukan triase dan tindakan penyelamatan awal, namun tetap dalam koridor yang telah ditetapkan. Pada kasus pertama, perawat melakukan kategorisasi triase merah dan tindakan emergensi *life-saving* sesuai dengan kewenangan yang diberikan dalam situasi gawat darurat. Demikian pula pada kasus kedua, tindakan mandiri perawat dalam menangani pasien dengan gagal jantung akut merupakan implementasi kewenangan yang tepat dalam situasi darurat.

Indroharto menjelaskan bahwa kewenangan terdiri dari sekurang-kurangnya tiga komponen, yaitu pengaruh (*influence*), dasar hukum (*legal basis*), dan konformitas hukum (*legal conformity*). Dalam analisis kedua kasus tersebut, ketiga komponen kewenangan telah terpenuhi. Perawat memiliki pengaruh untuk melakukan tindakan berdasarkan kompetensi profesionalnya, memiliki dasar hukum yang jelas dari undang-undang dan peraturan turunannya, serta tindakan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku (konformitas hukum).

#### **d. Implementasi Standar Profesi dalam Praktik Keperawatan IGD**

Standar profesi merupakan seperangkat kriteria yang ditetapkan dan disepakati oleh kelompok profesi untuk dijadikan pedoman dalam

menjalankan praktik profesi tersebut. Koeswadji menyatakan bahwa standar profesi adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai apakah seorang profesional telah menjalankan tugasnya sesuai dengan yang seharusnya.

Implementasi standar profesi di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dilihat dari kepatuhan perawat terhadap standar praktik keperawatan, standar kinerja profesional keperawatan, dan standar etika keperawatan yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

### **1) Implementasi Standar Praktik Keperawatan**

Standar praktik keperawatan mengatur tentang proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Nursalam menyatakan bahwa standar praktik ini harus diterapkan secara konsisten dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.

Pada kedua kasus yang diangkat, implementasi standar praktik keperawatan dapat diidentifikasi sebagai berikut. Pada kasus pertama, perawat melakukan pengkajian cepat terhadap kondisi pasien CT dan mengkategorikannya sebagai triase merah. Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan kondisi stroke hemoragik dan penurunan kesadaran. Perencanaan dan implementasi tindakan keperawatan dilakukan melalui pemasangan oksigen, akses infus, pemeriksaan tanda vital, dan persiapan resusitasi. Evaluasi dilakukan secara berkelanjutan melalui monitoring kondisi pasien.

Pada kasus kedua, proses keperawatan yang sama juga diterapkan. Pengkajian dilakukan terhadap pasien HY dengan sesak napas berat. Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan kondisi gagal jantung akut. Implementasi tindakan meliputi pemberian oksigen *high flow*, pemasangan infus, posisi semi-Fowler, dan monitoring ketat. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus hingga dokter datang dan memberikan terapi lanjutan.

## 2) Adaptasi Standar Profesi dalam Situasi Darurat

Chrismis Novalinda Ginting menyatakan bahwa standar profesi di IGD harus disesuaikan dengan kondisi darurat yang seringkali tidak memungkinkan untuk melakukan prosedur standar secara lengkap. Adaptasi standar profesi di IGD meliputi penyesuaian waktu pelaksanaan, modifikasi prosedur berdasarkan tingkat kegawatan, dan prioritas keselamatan pasien di atas prosedur administratif.

Implementasi adaptasi standar profesi di IGD RS Bhayangkara Semarang tercermin pada kedua kasus yang diangkat. Pada kasus pertama, dokumentasi *informed consent* tidak dapat dilakukan sebelum tindakan karena kondisi darurat yang mengancam jiwa dan tidak adanya keluarga yang mendampingi. Adaptasi dilakukan dengan tetap melaksanakan tindakan penyelamatan dan melengkapi dokumentasi setelah kondisi memungkinkan.

Wila Chandrawila Supriadi menegaskan bahwa adaptasi standar profesi tidak boleh mengurangi kualitas dan keselamatan pelayanan.

Dalam kedua kasus tersebut, meskipun terdapat adaptasi dalam prosedur administratif, kualitas dan keselamatan pelayanan tetap menjadi prioritas utama. Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh perawat sepenuhnya ditujukan untuk menyelamatkan jiwa pasien dengan tetap memperhatikan standar keselamatan yang berlaku.

#### e. Implementasi Perlindungan Hukum di IGD

Perlindungan hukum merupakan konsep yang fundamental dalam sistem hukum modern. Satjipto Rahardjo mendefinisikan perlindungan hukum sebagai upaya melindungi kepentingan seseorang atau kelompok dengan cara mengalokasikan kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut. Implementasi perlindungan hukum di IGD RS Bhayangkara Semarang mencakup perlindungan bagi perawat sebagai pemberi pelayanan dan perlindungan bagi pasien sebagai penerima pelayanan.

##### 1) Implementasi Perlindungan Hukum Preventif

Philipus M. Hadjon membedakan perlindungan hukum menjadi dua jenis: perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif. Perlindungan hukum preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa. Implementasi perlindungan hukum preventif di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dilihat dari keberadaan berbagai regulasi dan standar yang mengatur praktik keperawatan.

Muhammad Erwin menyatakan bahwa perlindungan preventif bertujuan untuk menciptakan kepastian hukum dan mencegah terjadinya

pelanggaran. Bentuk perlindungan hukum preventif bagi perawat IGD RS Bhayangkara Semarang antara lain: penetapan standar profesi yang jelas melalui SOP pelayanan gawat darurat, penyediaan pedoman praktik keperawatan emergensi, pelatihan berkelanjutan terkait penanganan kasus gawat darurat, dan sistem registrasi dan lisensi yang ketat.

Jimly Asshiddiqie menegaskan bahwa perlindungan preventif merupakan bentuk perlindungan yang paling efektif karena mencegah timbulnya masalah. Dalam konteks kedua kasus yang diangkat, keberadaan protokol penanganan gawat darurat dan SOP yang jelas memberikan perlindungan preventif bagi perawat dalam menjalankan tugasnya. Ketika tindakan perawat dipertanyakan oleh keluarga pasien, keberadaan protokol dan SOP ini menjadi dasar pembelaan bahwa tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## 2) Implementasi Perlindungan Hukum Represif

Perlindungan hukum represif diberikan ketika telah terjadi pelanggaran atau sengketa hukum. Dalam konteks praktik keperawatan, perlindungan represif dapat berupa bantuan hukum bagi perawat yang menghadapi tuduhan malpraktik, mekanisme banding atas sanksi administratif, dan pembelaan dalam proses peradilan.

Moh. Mahfud MD menyatakan bahwa perlindungan represif harus dapat diakses dengan mudah dan tidak diskriminatif. Implementasi perlindungan hukum represif di IGD RS Bhayangkara Semarang tercermin dalam penanganan kedua kasus yang diangkat. Ketika keluarga pasien

mempertanyakan tindakan perawat, pihak rumah sakit memberikan penjelasan yang memadai berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku. Perawat tidak dibiarkan sendiri menghadapi pertanyaan atau tuduhan dari keluarga pasien, tetapi mendapat dukungan dari institusi.

Pada kasus pertama, ketika keluarga pasien CT menuduh adanya kelalaian administratif karena tidak adanya dokumentasi *informed consent*, perawat memberikan penjelasan bahwa tindakan emergensi tidak memerlukan persetujuan formal sesuai ketentuan hukum kesehatan. Meskipun penjelasan ini tidak langsung diterima oleh keluarga, keberadaan regulasi yang jelas memberikan perlindungan hukum bagi perawat.

### 3) Keseimbangan Perlindungan Hukum bagi Perawat dan Pasien

Achmad Ali menyatakan bahwa keseimbangan perlindungan hukum antara pemberi dan penerima pelayanan penting untuk menciptakan hubungan yang harmonis. Implementasi keseimbangan perlindungan hukum di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dilihat dari upaya untuk memenuhi hak-hak pasien sambil tetap memberikan perlindungan bagi perawat.

Perlindungan hukum bagi perawat mencakup perlindungan terhadap tuntutan yang tidak berdasar, jaminan keselamatan kerja, hak untuk mendapatkan bantuan hukum, dan perlindungan terhadap diskriminasi. Syahrin Harahap menegaskan bahwa perlindungan hukum bagi perawat penting untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan.

Pada sisi lain, perlindungan hukum bagi pasien meliputi hak untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas, hak atas informasi, hak untuk memberikan persetujuan, dan hak untuk mengajukan keluhan. Veronica Komalawati menyatakan bahwa perlindungan hukum bagi pasien merupakan implementasi dari hak asasi manusia di bidang kesehatan. Dalam kedua kasus yang diangkat, meskipun terdapat pengecualian dalam hal *informed consent* dan tindakan mandiri perawat, hak-hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan informasi yang memadai tetap dipenuhi.

**f. Analisis Kesesuaian Tindakan Perawat dengan Aspek Hukum Medikolegal**

Berdasarkan analisis terhadap kedua kasus yang diangkat dengan menggunakan kerangka teori yang ada, dapat disimpulkan bahwa tindakan perawat IGD RS Bhayangkara Semarang secara umum telah sesuai dengan aspek hukum medikolegal yang berlaku. Berikut adalah analisis kesesuaian untuk masing-masing kasus.

**1) Analisis Kasus Pertama (Pasien CT)**

Pada kasus pertama, tindakan perawat dalam menangani pasien CT dengan stroke hemoragik dan penurunan kesadaran dapat dianalisis kesesuaiannya dengan aspek hukum medikolegal sebagai berikut.

Pertama, dari aspek tanggung jawab hukum, tindakan perawat telah sesuai dengan prinsip tanggung jawab berdasarkan risiko (*liability based on risk*) yang dikemukakan oleh Munir Fuady. Dalam situasi gawat darurat

yang mengancam jiwa, perawat memiliki tanggung jawab untuk mengambil tindakan penyelamatan meskipun terdapat risiko yang melekat pada tindakan tersebut. Tidak adanya tindakan justru dapat menimbulkan tanggung jawab hukum yang lebih besar karena mengakibatkan kerugian bagi pasien.

Kedua, dari aspek kewenangan, tindakan perawat dalam melakukan triase merah, pemasangan oksigen, akses infus, pemeriksaan tanda vital, dan persiapan resusitasi merupakan bagian dari kewenangan mandiri yang diberikan oleh Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Sebagaimana dikemukakan oleh Bahder Johan Nasution, kewenangan perawat bersumber dari undang-undang dan peraturan pelaksanaannya.

Ketiga, dari aspek *informed consent*, tindakan perawat tanpa menunggu persetujuan keluarga telah sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Dalam situasi gawat darurat yang mengancam jiwa dan tanpa kehadiran keluarga, persetujuan tindakan medis dapat ditunda atau bahkan dikecualikan. Hal ini sejalan dengan prinsip *therapeutic privilege* yang memberikan kewenangan kepada tenaga kesehatan untuk bertindak demi kepentingan terbaik pasien dalam situasi darurat.

Keempat, dari aspek standar profesi, tindakan perawat telah sesuai dengan standar praktik keperawatan yang ditetapkan oleh PPNI. Proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan,

implementasi, dan evaluasi telah dilaksanakan sesuai dengan protokol penanganan gawat darurat.

## 2) Analisis Kasus Kedua (Pasien HY)

Pada kasus kedua, tindakan perawat dalam menangani pasien HY dengan gagal jantung akut dapat dianalisis kesesuaianya dengan aspek hukum medikolegal sebagai berikut.

Pertama, dari aspek kewenangan, tindakan mandiri perawat berupa pemberian oksigen *high flow*, pemasangan infus, posisi semi-Fowler, dan monitoring ketat sepenuhnya berada dalam koridor kewenangan mandiri perawat. Sebagaimana dikemukakan oleh Dedi Supriadi, kewenangan mandiri memberikan ruang bagi perawat untuk mengambil keputusan profesional dalam batas kompetensinya. Tindakan-tindakan tersebut tidak memerlukan instruksi dokter karena merupakan bagian dari asuhan keperawatan yang menjadi kompetensi perawat.

Kedua, dari aspek tanggung jawab hukum, tindakan perawat justru merupakan pemenuhan tanggung jawab hukum untuk mencegah kerugian yang lebih besar pada pasien. Sebagaimana dikemukakan oleh Titik Triwulan Tutik, kelalaian dalam praktik keperawatan dapat menjadi dasar tuntutan hukum. Dalam kasus ini, justru tidak bertindak atau menunggu dokter dalam kondisi yang mengancam jiwa dapat dikategorikan sebagai kelalaian yang berpotensi menimbulkan tanggung jawab hukum.

Ketiga, dari aspek standar profesi, tindakan perawat telah sesuai dengan standar praktik keperawatan emergensi. Chrismis Novalinda

Ginting menyatakan bahwa standar profesi di IGD harus disesuaikan dengan kondisi darurat. Tindakan mandiri yang dilakukan perawat merupakan bagian dari protokol penanganan pasien dengan gagal jantung akut di IGD.

Keempat, dari aspek perlindungan hukum, perawat memiliki perlindungan hukum dalam melakukan tindakan mandiri tersebut. Keberadaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan peraturan pelaksanaannya memberikan dasar hukum yang kuat bagi perawat untuk bertindak dalam situasi darurat sesuai dengan kompetensinya.

Tuduhan dari keluarga pasien bahwa perawat "bertindak tanpa dokter" dan mempertanyakan apakah tindakan tersebut melampaui kewenangan perawat dapat dijawab dengan mengacu pada ketentuan hukum yang berlaku. Tindakan yang dilakukan perawat sepenuhnya berada dalam koridor kewenangan mandiri dan tidak memerlukan instruksi atau supervisi dokter. Hal ini sebagaimana ditegaskan oleh Nursalam bahwa kewenangan mandiri adalah kewenangan yang dapat dilakukan oleh perawat tanpa memerlukan petunjuk atau supervisi dari tenaga kesehatan lain.

## **2. Kendala yang Dihadapi Perawat dalam Menerapkan Aspek Hukum Medikolegal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang**

### **a. Identifikasi Kendala dalam Implementasi Aspek Hukum Medikolegal**

Berdasarkan analisis terhadap dua kasus yang diangkat dalam penelitian ini, dapat diidentifikasi berbagai kendala yang dihadapi perawat dalam menerapkan aspek hukum medikolegal di IGD RS Bhayangkara Semarang. Kendala-kendala ini bersifat multidimensional, mencakup aspek pengetahuan, komunikasi, dokumentasi, kelembagaan, dan sosial budaya. Pemahaman yang komprehensif terhadap kendala-kendala ini penting untuk merumuskan upaya perbaikan yang efektif.

Satjipto Rahardjo dalam teorinya tentang perlindungan hukum menekankan bahwa perlindungan hukum tidak bersifat pasif, tetapi aktif memberikan kekuatan kepada subjek hukum untuk mempertahankan haknya. Dalam konteks ini, kendala-kendala yang dihadapi perawat dapat menghambat kemampuan mereka untuk mempertahankan hak dan melaksanakan kewajibannya secara optimal dalam kerangka hukum medikolegal yang berlaku.

#### **b. Kendala Terkait Pemahaman Keluarga Pasien terhadap Aspek Hukum**

##### **Gawat Darurat UNISSULA**

Salah satu kendala utama yang teridentifikasi dari kedua kasus adalah kurangnya pemahaman keluarga pasien terhadap ketentuan hukum yang berlaku dalam situasi gawat darurat. Pada kasus pertama, keluarga pasien CT mempertanyakan tidak adanya dokumentasi persetujuan tindakan (*informed consent*) sebelum intervensi dilakukan, meskipun perawat telah menjelaskan bahwa tindakan emergensi tidak memerlukan persetujuan formal sesuai ketentuan hukum kesehatan.

Kendala ini dapat dianalisis menggunakan teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon. Perlindungan hukum preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa, namun efektivitasnya bergantung pada pemahaman semua pihak terhadap ketentuan hukum yang berlaku. Ketika keluarga pasien tidak memahami ketentuan pengecualian *informed consent* dalam situasi darurat, potensi sengketa menjadi lebih tinggi.

Veronica Komalawati menyatakan bahwa perlindungan hukum bagi pasien merupakan implementasi dari hak asasi manusia di bidang kesehatan, yang meliputi hak untuk mendapatkan informasi. Namun, hak atas informasi ini harus dipahami dalam konteks situasi yang ada. Dalam kondisi gawat darurat yang mengancam jiwa, prioritas utama adalah penyelamatan nyawa, sementara pemberian informasi dan perolehan persetujuan dapat dilakukan setelah kondisi pasien stabil.

Kendala pemahaman keluarga pasien ini memiliki beberapa dimensi yang perlu diperhatikan. Pertama, kurangnya sosialisasi kepada masyarakat tentang ketentuan hukum dalam pelayanan gawat darurat. Kedua, ekspektasi keluarga yang tidak realistik terhadap prosedur administratif dalam situasi darurat. Ketiga, kecenderungan untuk mencari pihak yang dapat disalahkan ketika hasil penanganan tidak sesuai harapan.

Achmad Ali menyatakan bahwa keseimbangan perlindungan hukum antara pemberi dan penerima pelayanan penting untuk menciptakan hubungan yang harmonis. Kendala pemahaman keluarga pasien dapat

mengganggu keseimbangan ini dan menciptakan situasi yang tidak kondusif bagi pelayanan kesehatan yang optimal.

### **c. Kendala Terkait Persepsi terhadap Batas Kewenangan Perawat**

Pada kasus kedua, kendala yang muncul berkaitan dengan persepsi terhadap batas kewenangan perawat dalam situasi darurat. Keluarga pasien HY menuduh bahwa perawat "bertindak tanpa dokter" dan mempertanyakan apakah tindakan tersebut melampaui kewenangan perawat. Persepsi ini mencerminkan kurangnya pemahaman tentang kewenangan mandiri perawat yang diatur dalam undang-undang.

Philipus M. Hadjon mendefinisikan kewenangan sebagai kemampuan untuk melakukan tindakan hukum publik, yang bukan sekadar kemampuan faktual tetapi kemampuan yang dilandasi oleh hukum. Kendala yang dihadapi perawat adalah ketidaktahuan publik tentang kewenangan yang diberikan undang-undang kepada perawat untuk bertindak secara mandiri dalam situasi tertentu.

Dedi Supriadi menegaskan bahwa kewenangan mandiri memberikan ruang bagi perawat untuk mengambil keputusan profesional dalam batas kompetensinya. Namun, kewenangan yang diberikan undang-undang ini tidak selalu dipahami oleh masyarakat umum, yang cenderung melihat perawat hanya sebagai pelaksana instruksi dokter.

Kendala persepsi terhadap batas kewenangan perawat ini dapat dianalisis dari beberapa aspek. Pertama, paradigma lama yang menempatkan perawat sebagai tenaga kesehatan yang sepenuhnya bekerja di bawah

instruksi dokter masih kuat tertanam di masyarakat. Kedua, sosialisasi tentang Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan belum menjangkau masyarakat luas. Ketiga, komunikasi antara perawat dan keluarga pasien dalam menjelaskan tindakan yang dilakukan belum optimal.

Azrul Azwar menjelaskan bahwa kondisi gawat darurat sering kali menuntut perawat untuk mengambil tindakan cepat yang mungkin berada di batas kewenangan normalnya. Kendala yang dihadapi adalah ketidakpahaman masyarakat bahwa dalam situasi darurat, perawat memiliki kewenangan yang lebih luas untuk bertindak demi keselamatan pasien.

#### **d. Kendala Terkait Dokumentasi dalam Situasi Darurat**

Kendala dokumentasi merupakan salah satu isu yang muncul dari kedua kasus yang diangkat. Pada kasus pertama, keluarga pasien mempertanyakan tidak adanya dokumentasi *informed consent* sebelum tindakan. Pada kasus kedua, meskipun tidak secara eksplisit disebutkan, potensi kendala dokumentasi juga relevan mengingat tindakan mandiri yang dilakukan perawat.

SF. Marbun menjelaskan bahwa sanksi administratif bertujuan untuk menjamin kepatuhan terhadap norma-norma administrasi. Dalam konteks ini, dokumentasi merupakan salah satu norma administrasi yang penting dalam praktik keperawatan. Namun, dalam situasi gawat darurat, pelaksanaan dokumentasi yang lengkap dan tepat waktu seringkali menjadi tantangan.

Chrismis Novalinda Ginting menyatakan bahwa standar profesi di IGD harus disesuaikan dengan kondisi darurat yang seringkali tidak memungkinkan untuk melakukan prosedur standar secara lengkap. Adaptasi standar profesi ini termasuk prioritas keselamatan pasien di atas prosedur administratif. Kendala yang dihadapi adalah bagaimana menyeimbangkan antara tuntutan dokumentasi yang lengkap dengan kebutuhan untuk bertindak cepat dalam menyelamatkan nyawa pasien.

Kendala dokumentasi dalam situasi darurat memiliki beberapa aspek yang perlu diperhatikan. Pertama, keterbatasan waktu untuk melakukan dokumentasi ketika perawat harus fokus pada tindakan penyelamatan. Kedua, keterbatasan sumber daya manusia di IGD yang seringkali tidak memungkinkan adanya perawat khusus untuk dokumentasi. Ketiga, kompleksitas kondisi pasien yang memerlukan perhatian penuh dari perawat.

Ridwan HR menyatakan bahwa penerapan sanksi administratif harus proporsional dengan tingkat pelanggaran yang dilakukan. Dalam konteks dokumentasi di IGD, ketidaklengkapan dokumentasi akibat kondisi darurat harus dinilai secara proporsional dengan mempertimbangkan situasi yang dihadapi perawat.

#### **e. Kendala Terkait Komunikasi Antara Perawat dan Keluarga Pasien**

Berdasarkan kedua kasus yang diangkat, kendala komunikasi antara perawat dan keluarga pasien merupakan faktor penting yang perlu diperhatikan. Pada kasus pertama, penjelasan perawat bahwa tindakan emergensi tidak memerlukan persetujuan formal tidak langsung diterima oleh

keluarga. Pada kasus kedua, keluarga pasien mempertanyakan tindakan perawat yang dianggap melampaui kewenangan.

Kendala komunikasi ini dapat dianalisis menggunakan perspektif teori perlindungan hukum. Muhamad Erwin menyatakan bahwa perlindungan preventif bertujuan untuk menciptakan kepastian hukum dan mencegah terjadinya pelanggaran. Komunikasi yang efektif antara perawat dan keluarga pasien merupakan bagian dari upaya pencegahan sengketa, namun efektivitasnya seringkali terhambat oleh berbagai faktor.

Faktor-faktor yang menghambat komunikasi efektif antara perawat dan keluarga pasien di IGD antara lain sebagai berikut. Pertama, kondisi emosional keluarga yang panik dan cemas menghadapi kondisi pasien yang kritis. Kedua, keterbatasan waktu perawat yang harus fokus pada penanganan pasien. Ketiga, perbedaan tingkat pemahaman antara perawat yang memiliki latar belakang medis dan keluarga pasien yang awam. Keempat, ekspektasi keluarga yang tidak selalu realistik terhadap proses dan hasil penanganan.

Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa dalam kewenangan kolaboratif, perawat tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya. Tanggung jawab ini termasuk tanggung jawab untuk memberikan penjelasan yang memadai kepada keluarga pasien tentang tindakan yang dilakukan. Namun, dalam situasi darurat, komunikasi yang komprehensif seringkali sulit dilakukan secara optimal.

#### **f. Kendala Terkait Keterbatasan Sumber Daya di IGD**

Kendala keterbatasan sumber daya di IGD turut mempengaruhi kemampuan perawat dalam menerapkan aspek hukum medikolegal secara optimal. Pada kasus kedua, disebutkan bahwa dokter jaga sedang menangani kasus lain di ruang resusitasi ketika pasien HY datang. Situasi ini mencerminkan keterbatasan sumber daya yang lazim terjadi di IGD.

Kartono dalam karyanya tentang aspek hukum dalam pelayanan gawat darurat menyatakan bahwa karakteristik pelayanan gawat darurat yang penuh risiko dan ketidakpastian memerlukan sumber daya yang memadai. Keterbatasan sumber daya dapat mempengaruhi kualitas implementasi aspek hukum medikolegal dalam beberapa hal.

Pertama, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan dapat mengakibatkan beban kerja yang tinggi, sehingga waktu untuk dokumentasi dan komunikasi dengan keluarga pasien menjadi terbatas. Kedua, keterbatasan fasilitas dan peralatan dapat mempengaruhi kemampuan perawat untuk memberikan pelayanan sesuai standar. Ketiga, keterbatasan ruang dapat mengakibatkan penanganan pasien tidak optimal dari segi privasi dan kenyamanan.

Ari Yunanto menyatakan bahwa perawat IGD memiliki kewenangan tambahan dalam melakukan triase dan tindakan penyelamatan awal, namun tetap dalam koridor yang telah ditetapkan. Keterbatasan sumber daya dapat mengakibatkan perawat harus mengambil keputusan yang sulit dalam memprioritaskan tindakan, yang terkadang dapat menimbulkan pertanyaan dari keluarga pasien.

### **g. Kendala Terkait Kompleksitas Regulasi dan Standar**

Kompleksitas regulasi dan standar yang mengatur praktik keperawatan di IGD juga merupakan kendala yang perlu diperhatikan. Perawat harus memahami dan mengimplementasikan berbagai regulasi, mulai dari undang-undang hingga standar operasional prosedur rumah sakit, dalam situasi yang menuntut pengambilan keputusan cepat.

Hendrojono Soewono menegaskan bahwa standar profesi harus berdasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini. Implikasinya, perawat harus terus memperbarui pengetahuan dan keterampilannya untuk mengikuti perkembangan standar profesi. Kendala yang dihadapi adalah bagaimana menjamin semua perawat memiliki akses dan kesempatan untuk memperbarui pengetahuannya secara berkelanjutan.

Koeswadji menyatakan bahwa standar profesi adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai apakah seorang profesional telah menjalankan tugasnya sesuai dengan yang seharusnya. Kompleksitas standar profesi dapat menjadi kendala ketika perawat harus menghadapi situasi yang tidak sepenuhnya sesuai dengan skenario yang diatur dalam standar.

Kendala kompleksitas regulasi dan standar ini memiliki beberapa dimensi. Pertama, banyaknya regulasi yang harus dipahami dan dipatuhi oleh perawat. Kedua, adanya potensi konflik atau inkonsistensi antar regulasi. Ketiga, kesulitan dalam menginterpretasikan regulasi dalam situasi klinis yang kompleks. Keempat, perkembangan regulasi yang cepat sehingga memerlukan upaya terus-menerus untuk memperbarui pengetahuan.

## **h. Kendala Terkait Budaya Hukum dan Kesadaran Hukum**

Kendala budaya hukum dan kesadaran hukum merupakan aspek yang lebih luas yang mempengaruhi implementasi aspek hukum medikolegal di IGD. Budaya hukum yang dimaksud mencakup sikap dan nilai masyarakat terhadap hukum dan sistem hukum.

Satjipto Rahardjo menekankan pentingnya budaya hukum dalam efektivitas implementasi hukum. Dalam konteks pelayanan kesehatan di IGD, budaya hukum yang belum kondusif dapat menghambat implementasi aspek hukum medikolegal yang optimal.

Beberapa aspek budaya hukum yang menjadi kendala antara lain sebagai berikut. Pertama, kecenderungan masyarakat untuk mencari pihak yang dapat disalahkan ketika terjadi hasil yang tidak diharapkan dalam pelayanan kesehatan. Kedua, kurangnya pemahaman masyarakat tentang risiko inheren dalam pelayanan gawat darurat. Ketiga, ekspektasi yang tidak realistik terhadap kemampuan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Keempat, budaya litigasi yang semakin meningkat dalam masyarakat.

Achmad Ali menyatakan bahwa keseimbangan perlindungan hukum antara pemberi dan penerima pelayanan penting untuk menciptakan hubungan yang harmonis. Budaya hukum yang tidak kondusif dapat mengganggu keseimbangan ini dan menciptakan iklim yang tidak mendukung pelayanan kesehatan yang optimal.

## **i. Kendala Terkait Dukungan Kelembagaan**

Dukungan kelembagaan merupakan faktor penting dalam implementasi aspek hukum medikolegal di IGD. Kendala yang dihadapi dapat berkaitan dengan kebijakan rumah sakit, dukungan manajemen, dan ketersediaan sumber daya untuk pendidikan dan pelatihan.

Moh. Mahfud MD menyatakan bahwa perlindungan represif harus dapat diakses dengan mudah dan tidak diskriminatif. Dalam konteks IGD RS Bhayangkara Semarang, dukungan kelembagaan yang memadai diperlukan untuk memastikan perawat mendapat perlindungan ketika menghadapi pertanyaan atau tuduhan dari keluarga pasien.

Kendala dukungan kelembagaan dapat mencakup beberapa aspek. Pertama, kebijakan rumah sakit yang belum sepenuhnya mengakomodasi kebutuhan perlindungan hukum bagi perawat. Kedua, kurangnya program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan tentang aspek hukum medikolegal. Ketiga, tidak adanya mekanisme yang jelas untuk menangani keluhan atau tuduhan terhadap perawat. Keempat, kurangnya dukungan hukum institusional bagi perawat yang menghadapi masalah hukum.

Jimly Asshiddiqie menegaskan bahwa perlindungan preventif merupakan bentuk perlindungan yang paling efektif karena mencegah timbulnya masalah. Dukungan kelembagaan yang memadai merupakan bagian dari upaya perlindungan preventif bagi perawat dalam menjalankan tugasnya di IGD.

#### **j. Sintesis Kendala dalam Implementasi Aspek Hukum Medikolegal**

Berdasarkan analisis di atas, kendala-kendala yang dihadapi perawat dalam menerapkan aspek hukum medikolegal di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat disintesiskan menjadi beberapa kategori utama.

Pertama, kendala yang bersumber dari eksternal perawat, yang mencakup kurangnya pemahaman keluarga pasien terhadap ketentuan hukum gawat darurat, persepsi yang keliru terhadap batas kewenangan perawat, dan budaya hukum masyarakat yang belum kondusif.

Kedua, kendala yang bersumber dari karakteristik pelayanan IGD, yang mencakup keterbatasan waktu untuk dokumentasi dan komunikasi, kompleksitas kondisi pasien, dan tekanan untuk mengambil keputusan cepat dalam situasi yang tidak pasti.

Ketiga, kendala yang bersumber dari keterbatasan sumber daya, yang mencakup keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, beban kerja yang tinggi, dan keterbatasan fasilitas pendukung.

Keempat, kendala yang bersumber dari kompleksitas regulasi dan standar, yang mencakup banyaknya regulasi yang harus dipahami, potensi inkonsistensi antar regulasi, dan kesulitan dalam menginterpretasikan regulasi dalam situasi klinis yang kompleks.

Kelima, kendala yang bersumber dari dukungan kelembagaan, yang mencakup kebijakan rumah sakit, program pendidikan dan pelatihan, serta mekanisme perlindungan hukum bagi perawat.

Fred Ameln menyatakan bahwa pelanggaran terhadap standar profesi merupakan indikasi kuat adanya kelalaian atau kesalahan dalam

praktik keperawatan. Kendala-kendala yang teridentifikasi di atas dapat meningkatkan risiko terjadinya pelanggaran standar profesi yang tidak disengaja, yang pada gilirannya dapat menimbulkan masalah hukum bagi perawat.

J. Guwandi menegaskan bahwa pembuktian pelanggaran standar profesi memerlukan keterangan ahli (*expert witness*) yang kompeten di bidangnya. Dalam konteks kendala yang dihadapi perawat, penilaian terhadap tindakan perawat harus mempertimbangkan kendala-kendala ini sebagai faktor yang mempengaruhi kemampuan perawat untuk memenuhi standar yang ideal.

### **3. Upaya Peningkatan Pemahaman dan Implementasi Aspek Hukum Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat**

#### **Rumah Sakit Bhayangkara Semarang**

##### **a. Kerangka Konseptual Upaya Peningkatan**

Upaya peningkatan pemahaman dan implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di IGD RS Bhayangkara Semarang harus didasarkan pada analisis kendala yang telah diidentifikasi dan kerangka teori yang relevan. Philipus M. Hadjon membedakan perlindungan hukum menjadi perlindungan preventif dan represif. Upaya peningkatan yang efektif harus mencakup kedua dimensi perlindungan hukum ini.

Satjipto Rahardjo mendefinisikan perlindungan hukum sebagai upaya melindungi kepentingan seseorang atau kelompok dengan cara mengalokasikan kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut. Berdasarkan definisi ini, upaya peningkatan harus diarahkan untuk memperkuat posisi perawat dalam mempertahankan hak dan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan kerangka hukum yang berlaku.

Muhamad Erwin menyatakan bahwa perlindungan preventif bertujuan untuk menciptakan kepastian hukum dan mencegah terjadinya pelanggaran. Upaya peningkatan yang bersifat preventif harus diprioritaskan karena lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan penanganan masalah setelah terjadi.

### **b. Upaya Peningkatan Pengetahuan dan Kompetensi Perawat**

Peningkatan pengetahuan dan kompetensi perawat tentang aspek hukum medikolegal merupakan upaya fundamental yang harus dilakukan. Hendrojono Soewono menegaskan bahwa standar profesi harus berdasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini. Implikasinya, perawat harus memiliki pengetahuan yang memadai tentang aspek hukum medikolegal yang berkembang.

#### **1) Program Pendidikan Berkelanjutan**

Program pendidikan berkelanjutan (*continuing nursing education*) tentang aspek hukum medikolegal perlu dikembangkan dan diimplementasikan secara sistematis. Nursalam menyatakan bahwa

standar praktik keperawatan harus diterapkan secara konsisten dalam setiap pemberian asuhan keperawatan. Untuk mencapai konsistensi ini, perawat memerlukan pengetahuan yang memadai tentang dasar hukum praktik keperawatan.

Program pendidikan berkelanjutan dapat mencakup beberapa topik utama. Pertama, pemahaman tentang Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan peraturan pelaksanaannya, termasuk kewenangan mandiri dan kolaboratif perawat. Kedua, aspek hukum *informed consent* dalam berbagai situasi klinis, termasuk pengecualian dalam kondisi darurat. Ketiga, tanggung jawab hukum perawat yang mencakup tanggung jawab perdata, pidana, dan administratif. Keempat, standar profesi keperawatan dan implikasinya terhadap praktik klinis. Kelima, dokumentasi keperawatan yang memadai dari perspektif hukum.

Bahder Johan Nasution menyatakan bahwa kewenangan perawat bersumber dari Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan peraturan pelaksanaannya. Pemahaman yang mendalam tentang sumber kewenangan ini penting agar perawat dapat bertindak dengan percaya diri dalam koridor kewenangan yang diberikan undang-undang.

## 2) Pelatihan Khusus Aspek Hukum Gawat Darurat

Selain pendidikan berkelanjutan yang bersifat umum, pelatihan khusus tentang aspek hukum dalam pelayanan gawat darurat perlu dikembangkan. Ari Yunanto menyatakan bahwa perawat IGD memiliki

kewenangan tambahan dalam melakukan triase dan tindakan penyelamatan awal. Pemahaman tentang kewenangan khusus ini dan batasan-batasannya penting untuk didalami oleh perawat IGD.

Pelatihan khusus dapat mencakup beberapa komponen. Pertama, simulasi kasus-kasus yang sering menimbulkan masalah hukum di IGD, seperti yang terjadi pada kedua kasus yang diangkat dalam penelitian ini. Kedua, teknik komunikasi dengan keluarga pasien dalam situasi darurat, termasuk cara menjelaskan tindakan yang dilakukan dan dasar hukumnya. Ketiga, dokumentasi efektif dalam situasi darurat yang memenuhi persyaratan hukum. Keempat, manajemen risiko dalam pelayanan gawat darurat.

Chrismis Novalinda Ginting menyatakan bahwa standar profesi di IGD harus disesuaikan dengan kondisi darurat. Pelatihan khusus harus membekali perawat dengan kemampuan untuk mengadaptasi standar profesi dalam situasi darurat tanpa mengurangi kualitas dan keselamatan pelayanan.

### 3) Pembinaan dan Supervisi Klinis

Pembinaan dan supervisi klinis merupakan mekanisme penting untuk memastikan penerapan pengetahuan dalam praktik. Soekidjo Notoatmodjo menyatakan bahwa dalam kewenangan kolaboratif, perawat tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya. Supervisi klinis dapat membantu memastikan bahwa perawat menjalankan tanggung jawabnya dengan tepat.

Program supervisi klinis dapat mencakup beberapa aktivitas. Pertama, pendampingan oleh perawat senior atau supervisor dalam penanganan kasus-kasus kompleks. Kedua, review berkala terhadap dokumentasi keperawatan untuk memastikan kelengkapan dan kesesuaian dengan standar. Ketiga, diskusi kasus (*case conference*) untuk membahas aspek hukum dari kasus-kasus yang ditangani. Keempat, umpan balik konstruktif untuk perbaikan praktik.

### **c. Upaya Peningkatan Sistem Dokumentasi**

Dokumentasi yang memadai merupakan aspek penting dalam perlindungan hukum perawat. Rosa Agustina menjelaskan bahwa pembuktian kerugian dalam tanggung jawab perdata memerlukan dokumentasi yang lengkap. Upaya peningkatan sistem dokumentasi harus mempertimbangkan karakteristik khusus pelayanan gawat darurat.

#### **1) Pengembangan Format Dokumentasi yang Efisien**

Pengembangan format dokumentasi yang efisien namun tetap komprehensif merupakan upaya penting untuk mengatasi kendala dokumentasi dalam situasi darurat. Format dokumentasi harus memungkinkan perawat untuk mencatat informasi esensial dalam waktu singkat tanpa mengurangi kelengkapan dari perspektif hukum.

Format dokumentasi dapat dikembangkan dengan beberapa pendekatan. Pertama, penggunaan checklist untuk tindakan-tindakan standar dalam penanganan gawat darurat. Kedua, penggunaan template dokumentasi yang terstruktur untuk memudahkan pengisian. Ketiga,

penggunaan singkatan dan istilah standar yang disetujui untuk mempercepat dokumentasi. Keempat, pengintegrasian dokumentasi *informed consent* atau pengecualian dalam format standar.

Ridwan HR menyatakan bahwa penerapan sanksi administratif harus proporsional dengan tingkat pelanggaran. Format dokumentasi yang efisien dapat membantu memastikan kepatuhan terhadap persyaratan administratif meskipun dalam situasi darurat.

## 2) Implementasi Sistem Dokumentasi Elektronik

Implementasi sistem dokumentasi elektronik (*electronic health record*) dapat membantu mengatasi kendala dokumentasi dalam situasi darurat. Sistem elektronik dapat mempercepat proses dokumentasi dan memastikan kelengkapan informasi yang dicatat.

Keuntungan sistem dokumentasi elektronik antara lain sebagai berikut. Pertama, kemudahan akses terhadap riwayat pasien untuk mendukung pengambilan keputusan klinis. Kedua, otomatisasi pencatatan waktu (*timestamp*) untuk membuktikan urutan tindakan yang dilakukan. Ketiga, pengingat (*reminder*) untuk memastikan kelengkapan dokumentasi. Keempat, kemudahan dalam melengkapi dokumentasi setelah kondisi pasien stabil.

## 3) Protokol Dokumentasi Khusus untuk Situasi Darurat

Pengembangan protokol dokumentasi khusus untuk situasi darurat perlu dilakukan untuk memberikan panduan yang jelas bagi perawat. Wila Chandrawila Supriadi menegaskan bahwa adaptasi standar profesi tidak

boleh mengurangi kualitas dan keselamatan pelayanan. Protokol dokumentasi khusus harus mempertimbangkan keseimbangan antara tuntutan kelengkapan dokumentasi dan kebutuhan untuk bertindak cepat.

Protokol dokumentasi khusus dapat mencakup beberapa ketentuan. Pertama, prioritas dokumentasi berdasarkan tingkat kegawatan pasien. Kedua, ketentuan tentang dokumentasi minimal yang harus dilakukan selama penanganan darurat. Ketiga, batas waktu untuk melengkapi dokumentasi setelah kondisi pasien stabil. Keempat, prosedur dokumentasi untuk tindakan tanpa *informed consent* dalam kondisi darurat.

#### **d. Upaya Peningkatan Komunikasi dengan Keluarga Pasien**

Peningkatan komunikasi dengan keluarga pasien merupakan upaya penting untuk mencegah kesalahpahaman dan potensi sengketa. Veronica Komalawati menyatakan bahwa hak pasien atas informasi merupakan implementasi dari hak asasi manusia di bidang kesehatan. Upaya peningkatan komunikasi harus memastikan pemenuhan hak ini dalam konteks pelayanan gawat darurat.

##### **1) Pengembangan Protokol Komunikasi Situasi Darurat**

Pengembangan protokol komunikasi khusus untuk situasi darurat perlu dilakukan untuk memberikan panduan bagi perawat dalam berkomunikasi dengan keluarga pasien. Protokol ini harus mempertimbangkan kondisi emosional keluarga dan keterbatasan waktu yang tersedia.

Protokol komunikasi dapat mencakup beberapa komponen. Pertama, informasi awal yang harus disampaikan kepada keluarga ketika pasien datang dalam kondisi darurat. Kedua, penjelasan tentang tindakan yang akan atau sedang dilakukan dan alasannya. Ketiga, penjelasan tentang ketentuan hukum yang berlaku dalam situasi darurat, termasuk pengecualian *informed consent*. Keempat, informasi tentang hak dan kewajiban keluarga pasien. Kelima, prosedur untuk menjawab pertanyaan atau kekhawatiran keluarga.

## 2) Penyediaan Informasi Tertulis untuk Keluarga Pasien

Penyediaan informasi tertulis tentang prosedur dan ketentuan hukum dalam pelayanan gawat darurat dapat membantu meningkatkan pemahaman keluarga pasien. Informasi tertulis ini dapat diberikan kepada keluarga sambil menunggu penanganan pasien atau setelah kondisi pasien stabil.

Informasi tertulis dapat mencakup beberapa topik. Pertama, penjelasan umum tentang prosedur pelayanan gawat darurat. Kedua, penjelasan tentang triase dan prioritas penanganan berdasarkan tingkat kegawatan. Ketiga, penjelasan tentang ketentuan *informed consent* dalam situasi darurat. Keempat, penjelasan tentang kewenangan tenaga kesehatan di IGD, termasuk kewenangan mandiri perawat. Kelima, informasi tentang hak dan kewajiban pasien serta keluarga.

### 3) Pelatihan Komunikasi Efektif bagi Perawat

Pelatihan komunikasi efektif bagi perawat merupakan upaya penting untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan keluarga pasien. Pelatihan ini harus mencakup teknik komunikasi dalam situasi yang penuh tekanan dan emosi.

Komponen pelatihan komunikasi dapat mencakup beberapa aspek. Pertama, teknik komunikasi empatik untuk menghadapi keluarga yang cemas dan panik. Kedua, teknik *breaking bad news* untuk menyampaikan informasi yang tidak menyenangkan. Ketiga, teknik de-escalasi untuk menghadapi keluarga yang marah atau agresif. Keempat, teknik menjelaskan informasi medis dalam bahasa yang mudah dipahami. Kelima, teknik mendokumentasikan komunikasi yang telah dilakukan.

#### e. Upaya Penguatan Dukungan Kelembagaan

Penguatan dukungan kelembagaan merupakan upaya penting untuk memastikan perawat memiliki lingkungan yang kondusif untuk menerapkan aspek hukum medikolegal. Moh. Mahfud MD menyatakan bahwa perlindungan hukum represif harus dapat diakses dengan mudah dan tidak diskriminatif. Dukungan kelembagaan yang kuat dapat memastikan akses perawat terhadap perlindungan hukum ketika diperlukan.

##### 1) Pengembangan Kebijakan Rumah Sakit yang Mendukung

Pengembangan kebijakan rumah sakit yang mendukung perlindungan hukum perawat merupakan upaya fundamental. Kebijakan

ini harus memberikan kejelasan tentang hak dan kewajiban perawat serta mekanisme perlindungan yang tersedia.

Kebijakan rumah sakit dapat mencakup beberapa aspek. Pertama, kebijakan tentang kewenangan perawat di IGD yang sejalan dengan ketentuan undang-undang. Kedua, kebijakan tentang dokumentasi dalam situasi darurat, termasuk ketentuan tentang kelengkapan dan batas waktu. Ketiga, kebijakan tentang *informed consent* dalam situasi darurat. Keempat, kebijakan tentang perlindungan hukum bagi perawat yang menghadapi keluhan atau tuduhan. Kelima, kebijakan tentang penanganan keluhan dari pasien atau keluarga.

Syahrin Harahap menegaskan bahwa perlindungan hukum bagi perawat penting untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Kebijakan rumah sakit yang mendukung perlindungan hukum perawat akan memberikan rasa aman bagi perawat dalam menjalankan tugasnya, yang pada gilirannya akan meningkatkan kualitas pelayanan.

## 2) Pembentukan Tim Hukum Rumah Sakit

Pembentukan tim hukum rumah sakit yang dapat memberikan dukungan dan konsultasi bagi perawat merupakan upaya penting. Tim hukum ini dapat berfungsi sebagai garis pertama dalam menangani masalah hukum yang dihadapi perawat.

Fungsi tim hukum rumah sakit dapat mencakup beberapa hal. Pertama, memberikan konsultasi hukum bagi perawat yang menghadapi pertanyaan atau permasalahan hukum. Kedua, membantu perawat dalam

merespons keluhan atau tuduhan dari pasien atau keluarga. Ketiga, melakukan mediasi dalam kasus-kasus yang dapat diselesaikan secara kekeluargaan. Keempat, mendampingi perawat dalam proses hukum jika diperlukan. Kelima, memberikan edukasi hukum berkala kepada perawat.

### 3) Pengembangan Sistem Manajemen Risiko

Pengembangan sistem manajemen risiko yang komprehensif merupakan upaya penting untuk mencegah dan mengelola masalah hukum. Kartono menyatakan bahwa karakteristik pelayanan gawat darurat yang penuh risiko dan ketidakpastian memerlukan sistem manajemen risiko yang efektif.

Sistem manajemen risiko dapat mencakup beberapa komponen. Pertama, identifikasi risiko hukum yang potensial terjadi dalam pelayanan IGD. Kedua, pengembangan strategi mitigasi untuk mengurangi risiko yang teridentifikasi. Ketiga, sistem pelaporan insiden (*incident reporting*) untuk mendeteksi masalah sejak dini. Keempat, analisis akar masalah (*root cause analysis*) untuk kasus-kasus yang terjadi. Kelima, implementasi perbaikan berdasarkan hasil analisis.

### f. Upaya Peningkatan Kerja Sama dengan Organisasi Profesi

Kerja sama dengan organisasi profesi, khususnya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), merupakan upaya penting untuk meningkatkan pemahaman dan implementasi aspek hukum medikolegal. PPNI sebagai organisasi profesi memiliki peran strategis dalam menetapkan standar profesi dan memberikan perlindungan bagi anggotanya.

## 1) Peran PPNI dalam Penetapan Standar Profesi

PPNI telah menetapkan berbagai standar profesi keperawatan yang meliputi standar praktik keperawatan, standar kinerja profesional keperawatan, dan standar etika keperawatan. Joni Haryanto menyatakan bahwa standar kinerja profesional penting untuk menjamin akuntabilitas perawat.

Kerja sama dengan PPNI dalam konteks standar profesi dapat mencakup beberapa hal. Pertama, sosialisasi standar profesi yang berlaku kepada seluruh perawat di rumah sakit. Kedua, konsultasi dalam pengembangan SOP rumah sakit agar sejalan dengan standar profesi nasional. Ketiga, partisipasi dalam review dan pembaruan standar profesi. Keempat, fasilitasi sertifikasi dan resertifikasi kompetensi perawat.

## 2) Peran PPNI dalam Perlindungan Anggota

PPNI juga memiliki peran dalam memberikan perlindungan bagi anggotanya yang menghadapi masalah hukum. Ismani Nila Wijaya menegaskan bahwa etika keperawatan tidak dapat dipisahkan dari aspek hukum dalam praktik keperawatan.

Kerja sama dengan PPNI dalam konteks perlindungan anggota dapat mencakup beberapa hal. Pertama, advokasi bagi perawat yang menghadapi tuduhan malpraktik. Kedua, penyediaan saksi ahli dari kalangan profesi dalam proses hukum. Ketiga, mediasi dalam konflik antara perawat dan pasien atau keluarga. Keempat, pendampingan dalam proses di Majelis Kehormatan Disiplin Keperawatan Indonesia (MKDKI).

## **g. Upaya Peningkatan Edukasi Masyarakat**

Peningkatan edukasi masyarakat tentang ketentuan hukum dalam pelayanan gawat darurat merupakan upaya penting untuk mengurangi potensi kesalahpahaman dan sengketa. Berdasarkan kedua kasus yang diangkat, kurangnya pemahaman keluarga pasien merupakan faktor yang berkontribusi terhadap timbulnya pertanyaan dan tuduhan terhadap perawat.

### **1) Program Edukasi Publik**

Program edukasi publik tentang prosedur dan ketentuan hukum dalam pelayanan gawat darurat perlu dikembangkan. Program ini dapat dilakukan melalui berbagai media dan saluran komunikasi.

Program edukasi publik dapat mencakup beberapa komponen. Pertama, kampanye publik tentang prosedur pelayanan gawat darurat dan hak serta kewajiban pasien. Kedua, penyediaan informasi melalui website dan media sosial rumah sakit. Ketiga, penayangan video edukasi di ruang tunggu IGD. Keempat, distribusi leaflet dan brosur tentang pelayanan gawat darurat. Kelima, kerja sama dengan media massa untuk pemberitaan yang edukatif.

### **2) Program Komunikasi Risiko**

Program komunikasi risiko yang efektif dapat membantu masyarakat memahami bahwa pelayanan gawat darurat memiliki risiko inheren yang tidak selalu dapat dihindari. Munir Fuady menjelaskan

bahwa prinsip tanggung jawab berdasarkan risiko mulai berkembang dalam hukum modern, terutama untuk kegiatan-kegiatan yang berisiko tinggi.

Komunikasi risiko dapat mencakup beberapa pesan utama. Pertama, penjelasan bahwa kondisi gawat darurat seringkali tidak dapat diprediksi dan memiliki tingkat ketidakpastian yang tinggi. Kedua, penjelasan bahwa tenaga kesehatan telah berupaya maksimal sesuai dengan standar profesi dan kompetensinya. Ketiga, penjelasan bahwa hasil penanganan tidak selalu dapat sesuai harapan meskipun penanganan telah dilakukan dengan benar. Keempat, penjelasan tentang mekanisme yang tersedia jika terjadi ketidakpuasan terhadap pelayanan.

#### **h. Upaya Pengembangan Sistem Penanganan Keluhan**

Pengembangan sistem penanganan keluhan yang efektif merupakan upaya penting untuk mengelola ketidakpuasan pasien atau keluarga sebelum berkembang menjadi sengketa hukum. Moh. Mahfud MD menyatakan bahwa perlindungan represif harus dapat diakses dengan mudah. Sistem penanganan keluhan merupakan bagian dari mekanisme perlindungan represif yang dapat diakses oleh kedua pihak.

##### **1) Mekanisme Penanganan Keluhan Internal**

Mekanisme penanganan keluhan internal yang efektif dapat membantu menyelesaikan masalah pada tahap awal sebelum berkembang lebih jauh. Mekanisme ini harus dapat diakses dengan mudah oleh pasien dan keluarga serta memberikan respons yang cepat dan memuaskan.

Mekanisme penanganan keluhan internal dapat mencakup beberapa komponen. Pertama, penyediaan saluran keluhan yang jelas dan mudah diakses. Kedua, prosedur penanganan keluhan yang terstruktur dan transparan. Ketiga, batas waktu yang jelas untuk respons dan penyelesaian keluhan. Keempat, mekanisme eskalasi untuk keluhan yang tidak dapat diselesaikan pada tingkat awal. Kelima, dokumentasi keluhan dan penanganannya untuk pembelajaran organisasi.

## 2) Mediasi sebagai Alternatif Penyelesaian Sengketa

Mediasi merupakan mekanisme penyelesaian sengketa alternatif yang dapat ditawarkan sebelum masalah berlanjut ke proses hukum formal. Achmad Ali menyatakan bahwa keseimbangan perlindungan hukum antara pemberi dan penerima pelayanan penting untuk menciptakan hubungan yang harmonis. Mediasi dapat membantu mencapai keseimbangan ini dengan memberikan ruang bagi kedua pihak untuk menyampaikan perspektifnya.

Implementasi mediasi dapat mencakup beberapa ketentuan. Pertama, ketersediaan mediator yang terlatih dan netral. Kedua, prosedur mediasi yang jelas dan dipahami oleh kedua pihak. Ketiga, komitmen dari rumah sakit untuk menghormati hasil mediasi. Keempat, dokumentasi hasil mediasi untuk keperluan hukum jika diperlukan.

### i. Upaya Advokasi Kebijakan

Upaya advokasi kebijakan merupakan strategi jangka panjang untuk menciptakan lingkungan regulasi yang lebih kondusif bagi praktik keperawatan di IGD. Ridwan HR menjelaskan bahwa kewenangan diperoleh melalui atribusi yang diberikan oleh undang-undang dan peraturan turunannya. Advokasi kebijakan dapat diarahkan untuk memperjelas dan memperkuat kewenangan perawat dalam situasi darurat.

### **1) Advokasi untuk Penyempurnaan Regulasi**

Advokasi untuk penyempurnaan regulasi yang mengatur praktik keperawatan di IGD perlu dilakukan secara sistematis. Advokasi ini dapat dilakukan melalui organisasi profesi, asosiasi rumah sakit, atau saluran lain yang tersedia.

Fokus advokasi penyempurnaan regulasi dapat mencakup beberapa aspek. Pertama, kejelasan kewenangan perawat dalam situasi darurat yang lebih rinci. Kedua, ketentuan yang lebih jelas tentang pengecualian *informed consent* dalam berbagai situasi darurat. Ketiga, perlindungan hukum yang lebih kuat bagi tenaga kesehatan yang bertindak dalam situasi darurat. Keempat, mekanisme penyelesaian sengketa yang lebih adil dan efisien.

### **2) Advokasi untuk Kebijakan Perlindungan Tenaga Kesehatan**

Advokasi untuk kebijakan perlindungan tenaga kesehatan, khususnya perawat IGD, perlu dilakukan untuk memastikan perlindungan yang memadai bagi perawat dalam menjalankan tugasnya. Syahrin

Harahap menegaskan bahwa perlindungan hukum bagi perawat penting untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan.

Fokus advokasi perlindungan tenaga kesehatan dapat mencakup beberapa aspek. Pertama, jaminan perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan yang bertindak sesuai standar profesi dalam situasi darurat. Kedua, mekanisme pembelaan hukum yang tersedia dan terjangkau bagi tenaga kesehatan. Ketiga, perlindungan terhadap kekerasan dan intimidasi di tempat kerja. Keempat, jaminan keselamatan dan kesehatan kerja yang memadai.

#### **j. Monitoring dan Evaluasi Implementasi**

Monitoring dan evaluasi terhadap upaya-upaya peningkatan yang dilakukan merupakan langkah penting untuk memastikan efektivitas dan melakukan perbaikan berkelanjutan. Koeswadji menyatakan bahwa standar profesi adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai apakah seorang profesional telah menjalankan tugasnya sesuai dengan yang seharusnya. Monitoring dan evaluasi dapat membantu memastikan bahwa upaya peningkatan yang dilakukan benar-benar meningkatkan kesesuaian praktik dengan standar profesi.

##### **1) Indikator Keberhasilan**

Penetapan indikator keberhasilan yang jelas merupakan langkah awal dalam monitoring dan evaluasi. Indikator ini harus mencerminkan tujuan dari upaya peningkatan yang dilakukan.

Indikator keberhasilan dapat mencakup beberapa aspek. Pertama, tingkat pengetahuan perawat tentang aspek hukum medikolegal yang diukur melalui tes atau survei. Kedua, kelengkapan dokumentasi keperawatan di IGD. Ketiga, jumlah dan jenis keluhan dari pasien atau keluarga. Keempat, tingkat kepuasan perawat terhadap dukungan kelembagaan. Kelima, jumlah kasus hukum yang melibatkan perawat.

## 2) Mekanisme Monitoring dan Evaluasi

Mekanisme monitoring dan evaluasi yang sistematis perlu dikembangkan untuk memastikan pengumpulan data yang konsisten dan analisis yang bermakna.

Mekanisme monitoring dan evaluasi dapat mencakup beberapa komponen. Pertama, pengumpulan data secara berkala sesuai dengan indikator yang ditetapkan. Kedua, analisis data untuk mengidentifikasi tren dan area yang memerlukan perbaikan. Ketiga, pelaporan hasil monitoring dan evaluasi kepada pemangku kepentingan. Keempat, pengembangan rencana aksi untuk perbaikan berdasarkan hasil evaluasi. Kelima, siklus perbaikan berkelanjutan (*continuous quality improvement*).

## k. Sintesis Upaya Peningkatan dalam Kerangka Teori

Berdasarkan analisis di atas, upaya-upaya peningkatan pemahaman dan implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat disintesiskan dalam kerangka teori yang digunakan.

Pertama, dalam kerangka teori tanggung jawab hukum sebagaimana dikemukakan oleh Hans Kelsen dan Ridwan HR, upaya peningkatan diarahkan untuk memastikan perawat memahami dan mampu menjalankan tanggung jawab hukumnya dengan baik. Peningkatan pengetahuan dan kompetensi, pengembangan sistem dokumentasi, dan penguatan dukungan kelembagaan merupakan upaya untuk mencapai tujuan ini.

Kedua, dalam kerangka teori kewenangan sebagaimana dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon dan Indroharto, upaya peningkatan diarahkan untuk memastikan perawat memahami dan mampu menjalankan kewenangannya dengan tepat. Pendidikan berkelanjutan tentang kewenangan mandiri dan kolaboratif, serta edukasi masyarakat tentang kewenangan perawat, merupakan upaya untuk mencapai tujuan ini.

Ketiga, dalam kerangka teori perlindungan hukum sebagaimana dikemukakan oleh Satjipto Rahardjo dan Philipus M. Hadjon, upaya peningkatan mencakup perlindungan preventif dan represif. Pengembangan protokol, peningkatan komunikasi, dan edukasi masyarakat merupakan bentuk perlindungan preventif. Sementara itu, pembentukan tim hukum, pengembangan sistem penanganan keluhan, dan advokasi kebijakan merupakan bentuk perlindungan represif.

Keempat, dalam kerangka teori standar profesi sebagaimana dikemukakan oleh Koeswadji dan Hendrojono Soewono, upaya peningkatan diarahkan untuk memastikan praktik keperawatan di IGD sesuai dengan standar profesi yang berlaku. Peningkatan pengetahuan tentang standar

profesi, pengembangan SOP yang sesuai, dan monitoring implementasi merupakan upaya untuk mencapai tujuan ini.

J. Guwandi menegaskan bahwa pembuktian pelanggaran standar profesi memerlukan keterangan ahli yang kompeten. Upaya peningkatan yang komprehensif sebagaimana diuraikan di atas akan membantu memastikan bahwa praktik keperawatan di IGD RS Bhayangkara Semarang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan profesional.



#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan mengenai aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Semarang, dapat disimpulkan bahwa:

Pertama, implementasi aspek hukum medikolegal di IGD RS Bhayangkara Semarang secara umum telah berjalan sesuai prinsip pelayanan gawat darurat. Perawat telah mengimplementasikan tanggung jawab hukum dalam tiga dimensi (perdata, pidana, dan administratif) sesuai standar profesi. Kewenangan mandiri dan kolaboratif perawat dilaksanakan sesuai UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, terutama dalam tindakan penyelamatan jiwa pada situasi darurat. Standar profesi PPNI diterapkan

dengan adaptasi proporsional mengutamakan keselamatan pasien. Perlindungan hukum preventif dan represif telah diimplementasikan melalui SOP, pedoman praktik, dan dukungan institusional, meskipun masih memerlukan penguatan. Berdasarkan analisis kedua kasus, tindakan perawat dapat dipertanggungjawabkan secara hukum karena sesuai standar profesi dan kewenangan yang diberikan undang-undang.

Kedua, kendala yang dihadapi bersifat multidimensional, meliputi:

- (a) Kendala eksternal berupa kurangnya pemahaman keluarga pasien tentang ketentuan hukum gawat darurat, persepsi keliru terhadap kewenangan perawat, dan budaya hukum masyarakat yang cenderung mencari pihak yang disalahkan; (b) Kendala internal sistem pelayanan berupa keterbatasan waktu untuk dokumentasi dan komunikasi komprehensif, kompleksitas kondisi pasien, serta keterbatasan sumber daya manusia; (c) Kendala komunikasi akibat kondisi emosional keluarga, perbedaan tingkat pemahaman, dan ekspektasi yang tidak realistik; (d) Kendala kelembagaan terkait program pendidikan berkelanjutan, mekanisme penanganan keluhan, dan dukungan hukum institusional; (e) Kendala kompleksitas regulasi dalam interpretasi dan implementasi pada situasi klinis yang kompleks.

Ketiga, upaya peningkatan harus dilakukan secara komprehensif melalui: (a) Peningkatan pengetahuan dan kompetensi perawat melalui pendidikan berkelanjutan, pelatihan khusus aspek hukum gawat darurat, dan

supervisi klinis sistematis; (b) Peningkatan sistem dokumentasi dengan format efisien, sistem elektronik, dan protokol khusus situasi darurat; (c) Peningkatan komunikasi melalui protokol komunikasi, informasi tertulis untuk keluarga, dan pelatihan komunikasi efektif; (d) Penguatan dukungan kelembagaan melalui kebijakan yang mendukung, pembentukan tim hukum, dan sistem manajemen risiko; (e) Peningkatan kerja sama dengan PPNI dalam sosialisasi standar, advokasi, dan perlindungan anggota; (f) Peningkatan edukasi masyarakat tentang prosedur dan ketentuan hukum pelayanan gawat darurat; (g) Pengembangan sistem penanganan keluhan dan mediasi; (h) Advokasi kebijakan dan monitoring evaluasi berkelanjutan untuk perbaikan sistematis.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan di atas, berikut saran untuk meningkatkan implementasi aspek hukum medikolegal dalam praktik keperawatan di IGD:

### **1. Bagi Rumah Sakit Bhayangkara Semarang**

Mengembangkan kebijakan komprehensif tentang kewenangan perawat, dokumentasi, dan informed consent dalam situasi darurat sesuai UU Nomor 38 Tahun 2014; melaksanakan pelatihan rutin minimal dua kali setahun tentang aspek hukum medikolegal; membentuk tim hukum dengan sistem konsultasi 24 jam dan mekanisme mediasi internal; mengoptimalkan sistem dokumentasi elektronik dengan template khusus situasi darurat; menyediakan materi edukasi (leaflet, video) untuk keluarga pasien tentang prosedur gawat darurat dan kewenangan tenaga kesehatan.

## 2. Bagi Perawat IGD

Meningkatkan pengetahuan hukum melalui partisipasi aktif dalam pelatihan dan pembelajaran mandiri; memastikan dokumentasi lengkap termasuk alasan pengecualian.



## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Achmad Ali, *Menguak Teori Hukum (Legal Theory) dan Teori Peradilan (Judicialprudence)*, Cetakan Kedua, Jakarta: Kencana, 2018.
- Agus Yudha Hernoko, *Hukum Perjanjian: Asas Proporsionalitas dalam Kontrak Komersial*, Cetakan Ketiga, Jakarta: Kencana, 2019.
- Aisah Maryunani, *Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*, Jakarta: Trans Info Media, 2014.
- Ali Zainuddin, *Metode Penelitian Hukum*. Cetakan Pertama. Sinar Grafika. Jakarta. 2019.
- Amiruddin dan Zainal Asikin. *Pengantar Metode Penelitian Hukum*. Edisi Revisi. RajaGrafindo Persada. Jakarta. 2018..
- Andi Hamzah, *Delik-Delik Tertentu (Speciale Delicten) di dalam KUHP*, Cetakan Ketiga, Jakarta: Sinar Grafika, 2019.
- Anny Isfandyarie, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*, Cetakan Kedua, Jakarta: Prestasi Pustaka, 2020.
- Ari Yunanto, *Hukum Pidana Malpraktik Medik*, Cetakan Kedua, Yogyakarta: Andi Offset, 2020.
- Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta: Binarupa Aksara, 2019.
- Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Cetakan Ketiga, Jakarta: Rineka Cipta, 2020.
- Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*. Cetakan Kedua. Rineka Cipta. Jakarta. 2017.
- Bambang Sunggono, *Metodologi Penelitian Hukum*. Cetakan Keempat. RajaGrafindo Persada. Jakarta. 2018.
- Bambang Waluyo, *Penelitian Hukum dalam Praktek*. Cetakan Ketiga. Sinar Grafika. Jakarta. 2019.
- Bustami, *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*, Cetakan Kedua, Jakarta: Erlangga, 2018.

- CB. Kusmaryanto, *Kontroversi Aborsi*. Cetakan Kedua. Grasindo. Jakarta. 2019.
- Cecep Triwibowo dan Mitha Erlisya Pusphandini. *Kesehatan Lingkungan dan K3*. Cetakan Pertama. Nuha Medika. Yogyakarta. 2018.
- Chrismis Novalinda Ginting, *Hukum Keperawatan*, Cetakan Pertama, Yogyakarta: Deepublish, 2019.
- Dedi Supriadi, *Hukum Kesehatan di Indonesia*, Cetakan Pertama, Bandung: Mandar Maju, 2019.
- Djazuli Afandi, *Ilmu Kedokteran Forensik, Edisi Revisi*, Malang: Bayu Media Publishing, 2018
- Dudu Duswara Machmudin, *Pengantar Ilmu Hukum Sebuah Sketsa*. Cetakan Pertama. Refika Aditama. Bandung. 2020.
- Dwi Eni Astarini, *Hukum Kesehatan dalam Perspektif Hak Asasi Manusia*. Cetakan Pertama. Deepublish. Yogyakarta. 2017.
- Edi Suharto, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Cetakan Kedua. Refika Aditama. Bandung. 2017.
- Fred Ameln, *Kapita Selekta Hukum Kedokteran*, Cetakan Kedua, Jakarta: Grafikatama Jaya, 2017.
- Hani Haroen, *Manajemen Keperawatan dalam Praktik*, ed. 2, Jakarta: EGC, 2010.
- Hans Kelsen, *Teori Hukum Murni*, Terjemahan Raisul Muttaqien, Cetakan Ketiga, Bandung: Nusa Media, 2017.
- Hans Kelsen, *Teori Hukum Murni*. Terjemahan Raisul Muttaqien. Cetakan Ketiga. Nusa Media. Bandung. 2017.
- Harahap M. Yahya, *Hukum Acara Perdata*. Cetakan Ketujuh. Sinar Grafika. Jakarta. 2017.
- Hardijan Rusli, *Hukum Perjanjian Indonesia dan Common Law*. Cetakan Pertama. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. 2018.
- Hasbullah Thabran, *Asuransi Kesehatan Nasional*. Cetakan Kedua. RajaGrafindo Persada. Jakarta. 2020.
- Hendrojono Soewono, *Malpraktik Medik*, Cetakan Pertama, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2019.

Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran (Studi tentang Hubungan Hukum dalam mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak)*, Cetakan Pertama, Bandung: Citra Aditya Bakti, 2018.

Indroharto, *Usaha Memahami Undang-Undang tentang Peradilan Tata Usaha Negara*, Cetakan Kedua, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2019.

Ismani Nila Wijaya, *Etika Keperawatan*, Cetakan Pertama, Jakarta: Widya Medika, 2018.

J. Guwandi, *Medical Error dan Hukum Medis*, Cetakan Kedua, Jakarta: FK UI, 2019.

Jim Djohansjah, *Respons Hukum terhadap Perkembangan Ekonomi: Studi tentang Perlindungan Konsumen di Indonesia*. Cetakan Pertama. FH UI. Jakarta. 2018.

Jimly Asshiddiqie, *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara*, Cetakan Ketiga, Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2019.

Joni Haryanto, *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Cetakan Kedua, Jakarta: Trans Info Media, 2020.

Juli Soemirat, *Kesehatan Lingkungan*. Cetakan Ketiga. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2018.

Kartika Sari Dewi, *Aspek Hukum dalam Pelayanan Keperawatan*. Cetakan Pertama. Trans Info Media. Jakarta. 2020..

Kartono, *Aspek Hukum dalam Pelayanan Gawat Darurat*, Cetakan Pertama, Bandung: Alfabeta, 2019.

Koeswadji, *Hukum Kedokteran*, Cetakan Ketiga, Bandung: Citra Aditya Bakti, 2019.

Kuntjoro Adi, *Manajemen Rumah Sakit*, ed. 3, Yogyakarta: Andi, 2012

M. Abdurrahman, *Sosiologi dan Metode Penelitian Hukum*. Cetakan Kedua. UMM Press. Malang. 2019.

M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Edisi Kelima, Jakarta: EGC, 2018.

- Matthew B. Miles dan A. Michael Huberman. *Analisis Data Kualitatif*. Terjemahan Tjetjep Rohendi Rohidi. Cetakan Ketiga. UI Press. Jakarta. 2018.
- Moh. Mahfud MD, *Politik Hukum di Indonesia*, Cetakan Kelima, Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2020.
- Muhamad Erwin, *Filsafat Hukum: Refleksi Kritis terhadap Hukum*, Cetakan Kedua, Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2018.
- Munir Fuady, *Perbuatan Melawan Hukum: Pendekatan Kontemporer*, Cetakan Ketiga, Bandung: Citra Aditya Bakti, 2020.
- Nursalam, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi Kelima, Jakarta: Salemba Medika, 2020.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia, *Standar Praktik Keperawatan Indonesia*, Edisi Revisi, Jakarta: PPNI, 2021.
- Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Edisi Revisi, Jakarta: Kencana, 2019.
- Philipus M. Hadjon, *Perlindungan Hukum bagi Rakyat Indonesia*, Cetakan Pertama, Surabaya: Bina Ilmu, 2017.
- R. Subekti, *Hukum Perjanjian*. Cetakan Keduapuluh. Intermasa. Jakarta. 2020.
- Rachmadi Usman, *Pilihan Penyelesaian Sengketa di Luar Pengadilan*. Cetakan Kedua. Citra Aditya Bakti. Bandung. 2017..
- Ridwan HR, *Hukum Administrasi Negara*, Cetakan Keduabelas, Jakarta: RajaGrafindo Persada, 2020.
- Rosa Agustina, *Hukum Perikatan (Law of Obligations)*, Cetakan Pertama, Jakarta: Pustaka Larasan, 2020.
- Satjipto Rahardjo, *Ilmu Hukum*, Cetakan Keenam, Bandung: Citra Aditya Bakti, 2019.
- Setyo Cahyo Budi, *Medikolegal dalam Praktik Kedokteran*, Cetakan Pertama, Jakarta: Sagung Seto, 2019.
- SF. Marbun, *Peradilan Administrasi Negara dan Upaya Administratif*, Cetakan Kedua, Yogyakarta: FH UII Press, 2018.
- Siswanto, *Hukum Kesehatan*, Cetakan Pertama, Jakarta: Akademia Permata, 2017.

Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Cetakan Keempat, Jakarta: Rineka Cipta, 2018.

Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*. Cetakan Keduabelas. RajaGrafindo Persada. Jakarta. 2019.

Soetandyo Wignjosoebroto, *Hukum: Paradigma, Metode dan Dinamika Masalahnya*, Cetakan Pertama, Jakarta: ELSAM & HUMA, 2018.

Soewono Hendrojono, *Malpraktik Medik*. Cetakan Pertama. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2019.

Sofwan Dahlan, *Hukum Kesehatan: Rambu-rambu bagi Profesi Dokter*. Edisi Ketiga. Universitas Diponegoro. Semarang. 2017.

Soimin, *Hukum Orang Sakit dan Hak Asasi Manusia*, Cetakan Pertama, Jakarta: Sinar Grafika, 2016.

Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik*, Cetakan Kedua, Bandung: Citra Aditya Bakti, 2017.

Wila Chandrawila Supriadi, *Hukum Kedokteran*, Cetakan Kedua, Bandung: Mandar Maju, 2020.

Wirjono Prodjodikoro, *Asas-Asas Hukum Pidana di Indonesia*, Cetakan Kelimabelas, Bandung: Refika Aditama, 2018.

Yahya Harahap, *Hukum Acara Perdata*, Cetakan Ketujuh, Jakarta: Sinar Grafika, 2017.

Yati Sarimanah, *Etika dan Hukum dalam Praktik Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika, 2017.

## Jurnal

Abdul Rahman, "Standar Profesi Keperawatan dalam Perspektif Hukum Kesehatan." *Law Development Journal*, Vol. 4, No. 3, 2022

Arief Budiman, "Tanggung Jawab Hukum Perawat dalam Pelayanan Kesehatan." *Law Development Journal*, Vol. 3, No. 2, 2021

Hesti Andriani, "Implementasi Patient Safety dalam Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit." *Daulat Hukum*, Vol. 2, No. 3, 2019

Imam Gunawan, "Aspek Medikolegal dalam Praktik Keperawatan di Indonesia." *Daulat Hukum*, Vol. 4, No. 1, 2021

Indah Permata Sari, "Dokumentasi Keperawatan sebagai Alat Bukti dalam Sengketa Medis." *Daulat Hukum*, Vol. 5, No. 1, 2022

Rika Harahap, "Aspek Hukum dalam Praktik Keperawatan Gawat Darurat," *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, Vol. 5, No. 2, 2022

Rina Wijayanti, "Hubungan Hukum antara Perawat dan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan." *Law Development Journal*, Vol. 1, No. 3, 2019

Sri Wahyuningsih, "Keterampilan Triase dan Peran Perawat IGD," *Jurnal Keperawatan Darurat*, Vol. 3, No. 1, 2021

Wijaya Kusuma, "Perlindungan Hukum bagi Tenaga Kesehatan dalam Menjalankan Profesi." *Law Development Journal*, Vol. 2, No. 4, 2020, Pratiwi, Sari. "Analisis Yuridis Kewenangan Perawat dalam Pelayanan Gawat Darurat." *Daulat Hukum*, Vol. 3, No. 2, 2020

