



## Makna Kehadiran Dokter dalam Perspektif Hukum Kesehatan: Analisis *On-Site*, *On-Call*, dan *Home-Call* dalam Pelayanan Gawat Darurat

Michelle Angelika S<sup>1</sup>, Hanna Wijaya<sup>2</sup>, Darren Gosal<sup>3</sup>, Putri Mahirah Afladhanti<sup>4</sup>,  
Ronald Winardi Kartika<sup>5</sup>, Yana Sylvana<sup>6</sup>, Yohanes Firmansyah<sup>7</sup>

<sup>1,2,4</sup>Mahasiswa S1 Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Ilmu Sosial, dan Ilmu Politik, Universitas Terbuka, Jakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Rumah Sakit Premier Jatinegara, Jakarta, Indonesia

<sup>5</sup>Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Krida Wacana, Jakarta, Indonesia

<sup>6</sup>Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan, Jakarta, Indonesia

<sup>7</sup>Bagian Fisiologi, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia

Penulis Korespondensi: [michelleangelika111@gmail.com](mailto:michelleangelika111@gmail.com)

**Abstract:** *Emergency medical care constitutes a fundamental patient right and an institutional obligation of hospitals that must be provided without temporal discrimination. However, in practice and public discourse, the meaning of “physician presence” is often narrowly reduced to physical presence alone, giving rise to allegations of medical negligence, particularly during weekends or outside regular working hours. This distorted understanding risks generating legal injustice, undermining the dignity of the medical profession, and encouraging defensive medical practice. This article aims to analyze the meaning of physician presence from a health law perspective through theoretical, normative, and systemic approaches, by distinguishing models of physician presence as on-site, on-call, and home-call/teleconsultation in emergency care services. This study employs a normative legal research method using statutory, conceptual, and limited comparative approaches. The analysis examines Law Number 17 of 2023 on Health, Government Regulation Number 28 of 2024, as well as health law literature and emergency care practices. The analysis demonstrates that, in legal terms, physician presence is not synonymous with physical presence, but rather should be understood as process-based professional responsibility, provided that care is delivered in accordance with professional standards, service standards, and an adequate triage system. Physician presence must be reconstructed as the presence of professional responsibility within an integrated emergency care system. Legal assessment in health law should be grounded in process and system integrity, rather than solely on clinical outcomes or public perception.*

**Keywords:** *Physician Presence; Emergency Medical Services; Health Law; Professional Responsibility; Protection of Medical Personnel.*

**Abstrak:** Pelayanan gawat darurat merupakan hak fundamental pasien dan kewajiban institusional rumah sakit yang harus diselenggarakan tanpa diskriminasi waktu. Namun, dalam praktik dan wacana publik, makna “kehadiran dokter” kerap dipersempit menjadi kehadiran fisik semata, sehingga memunculkan tuduhan kelalaian medis, terutama pada hari libur atau di luar jam kerja. Distorsi pemaknaan ini berpotensi menimbulkan ketidakadilan hukum, merusak martabat profesi kedokteran, dan mendorong praktik kedokteran defensif. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis makna kehadiran dokter dalam perspektif hukum kesehatan melalui pendekatan teoretis, normatif, dan sistemik, dengan membedakan model kehadiran dokter *on-site*, *on-call*, dan *home-call*/telekonsultasi dalam pelayanan gawat darurat. Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan perbandingan terbatas. Analisis dilakukan terhadap Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, serta literatur hukum kesehatan dan praktik pelayanan gawat darurat. Hasil analisis menunjukkan bahwa kehadiran dokter secara hukum tidak identik dengan kehadiran fisik, melainkan dimaknai sebagai tanggung jawab profesional berbasis proses, sepanjang pelayanan dilakukan sesuai standar profesi, standar pelayanan, dan sistem triase yang memadai. Kehadiran dokter harus direkonstruksi sebagai kehadiran tanggung jawab profesional dalam sistem pelayanan gawat darurat yang terintegrasi. Penilaian hukum kesehatan harus berbasis proses dan integritas sistem, bukan semata-mata luaran klinis atau persepsi publik.

**Kata Kunci:** Kehadiran Dokter; Pelayanan Gawat Darurat; Hukum Kesehatan; Tanggung Jawab Profesional; Perlindungan Tenaga Medis.

## 1. LATAR BELAKANG

Pelayanan kesehatan gawat darurat merupakan hak fundamental setiap warga negara yang dijamin konstitusi dan harus tersedia tanpa diskriminasi. Dalam konteks Indonesia, pelayanan gawat darurat diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang mewajibkan setiap fasilitas kesehatan memberikan pelayanan darurat tanpa memandang kemampuan finansial pasien. Secara internasional, kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat tanpa diskriminasi juga diatur dalam *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) di Amerika Serikat yang mengatur *duty to treat* bagi semua fasilitas kesehatan, dengan sanksi tegas bagi pelanggaran termasuk terhadap dokter *on-call* yang gagal merespons. Penelitian menunjukkan bahwa dari 196 penalti EMTALA yang dijatuhkan *Office of Inspector General*, hanya 4% dikenakan terhadap dokter individual, dimana tujuh dari delapan kasus tersebut melibatkan dokter spesialis *on-call* yang gagal merespons untuk mengevaluasi dan merawat pasien di instalasi gawat darurat. *Informed consent* dalam perspektif hukum kesehatan kontemporer menjadi tantangan tersendiri dalam pelayanan gawat darurat, mengingat banyak pasien datang dalam kondisi tidak sadar atau tidak mampu memberikan persetujuan, sehingga memunculkan doktrin *necessity* yang membenarkan tindakan medis life-saving tanpa persetujuan eksplisit (Amalia, 2023; Brown, 2021; Nandra et al., 2020; Ratna Devi, Parmin, 2019; Terp et al., 2017; Tisherman, 2018; Yohanes Firmansyah & St. Laksanto Utomo, 2021; Zibulewsky, 2001).

Kehadiran dokter di instalasi gawat darurat memiliki implikasi langsung terhadap luaran klinis dan keselamatan pasien, di mana standar waktu respons yang ketat menjadi indikator kinerja utama dalam pelayanan kegawatdaruratan. Standar pelayanan gawat darurat di Indonesia menetapkan bahwa waktu respons dokter harus kurang dari lima menit sejak pasien tiba di IGD, sebagaimana diatur dalam berbagai regulasi pelayanan kesehatan dan standar akreditasi rumah sakit. Penelitian menunjukkan waktu respons perawat  $\leq 5$  menit menghasilkan tingkat kepuasan pasien yang tinggi, dengan uji *chi-square* yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara waktu respons dan kepuasan pasien di instalasi gawat darurat. Lebih lanjut, studi kohort retrospektif pada layanan *Emergency Medical Services* di Bangkok terhadap 5.433 pasien *out-of-hospital cardiac arrest* mengungkapkan bahwa setiap penambahan waktu respons selama satu menit berhubungan dengan penurunan peluang bertahan hidup di lokasi kejadian sebesar 6% (OR: 0,94;  $p < 0,001$ ), penurunan peluang bertahan hidup hingga masuk ke IGD sebesar 4% (OR: 0,96;  $p < 0,001$ ), serta penurunan peluang bertahan hidup hingga keluar dari rumah sakit sebesar 6% (OR: 0,94;  $p = 0,006$ ),

sementara waktu respons maksimal delapan menit terbukti meningkatkan peluang bertahan hidup di lokasi kejadian hingga 2,31 kali lipat. Selain itu, kehadiran dokter spesialis kedokteran emergensi juga menunjukkan dampak positif terhadap efisiensi pelayanan, di mana implementasi dokter spesialis emergensi di Turki menghasilkan penurunan yang signifikan pada waktu tunggu pasien dan lama perawatan (*length of stay*) di instalasi gawat darurat, disertai dengan penggunaan pemeriksaan diagnostik yang lebih rasional (Amina et al., 2015; Damdin et al., 2025; Manurung et al., 2022; Raya et al., 2024; Rudianto, 2018; Sorić, 2022).

Konsep “kehadiran dokter” dalam pelayanan gawat darurat mengalami evolusi yang signifikan seiring dengan perkembangan teknologi dan model pelayanan kesehatan, sehingga melahirkan berbagai modalitas kehadiran yang masing-masing memiliki implikasi hukum yang berbeda. Model kehadiran dokter secara langsung di tempat (*on-site physician presence*), di mana dokter hadir secara fisik di instalasi gawat darurat, menunjukkan hasil yang lebih unggul dalam hal luaran pasien, dengan studi yang memperlihatkan bahwa sistem triase berbasis tim yang dipimpin dokter (*physician-led team triage*) mampu menurunkan median lama perawatan di instalasi gawat darurat (*emergency department length of stay/EDLOS*) pada pasien dengan tingkat kegawatan tinggi dari 4 jam 29 menit menjadi 4 jam 05 menit, serta pada pasien dengan tingkat kegawatan rendah dari 2 jam 08 menit menjadi 1 jam 55 menit, disertai penurunan median waktu penilaian awal oleh dokter dari 1 jam 21 menit menjadi 55 menit. Sebaliknya, sistem dokter spesialis siaga (*on-call specialist*) menghadapi tantangan hukum yang substansial, di mana penelitian menunjukkan bahwa mayoritas sanksi terhadap dokter secara individual dalam konteks EMTALA dijatuhkan kepada dokter spesialis on-call yang gagal merespons panggilan dari instalasi gawat darurat untuk melakukan evaluasi pasien. Model telemedisin dalam pelayanan gawat darurat muncul sebagai alternatif ketiga, dengan kerangka hukum yang masih berkembang di berbagai yurisdiksi, di mana tanggung jawab profesional dalam telemedisin dipandang sebanding dengan pelayanan kesehatan diagnostik-terapeutik konvensional, namun menghadirkan tingkat kompleksitas tambahan terkait perizinan lintas wilayah, persetujuan tindakan medis (*informed consent*), serta keamanan dan perlindungan data. Sementara itu, sistem *home-call* atau kunjungan dokter ke rumah untuk kondisi gawat darurat di Indonesia memiliki preseden historis, namun belum terintegrasi secara memadai dalam kerangka hukum pelayanan kegawatdaruratan modern, berbeda dengan negara seperti Jepang yang sejak tahun 2012 telah mengatur *Home Care Support Clinics* dengan mandat respons gawat darurat 24 jam serta pengembangan *enhanced Home Care Support Clinics* (Becker et al., 2019; Cheng et al., 2013; Ferorelli et al., 2020; Fields, 2020; Sun et al., 2023; Terp et al., 2017).

Meskipun berbagai regulasi telah menetapkan kewajiban kehadiran dokter dalam pelayanan gawat darurat, ambiguitas dalam penafsiran makna “kehadiran” masih menciptakan kekosongan hukum yang berpotensi merugikan pasien sekaligus menempatkan tenaga kesehatan pada risiko hukum. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa dokter jaga instalasi gawat darurat menghadapi dilema hukum ketika harus memberikan pelayanan kepada pasien dalam kondisi tidak sadar tanpa pendamping keluarga, dengan tuntutan waktu respons kurang dari lima menit, sementara keterbatasan jumlah dokter IGD tidak sebanding dengan volume pasien yang dilayani. Lebih lanjut, belum terdapat kejelasan hukum mengenai apakah “kehadiran” harus dimaknai sebagai kehadiran fisik dokter secara terus-menerus di lokasi pelayanan, atau cukup dipenuhi melalui ketersediaan dokter dalam status siaga (*on-call*) yang dapat merespons dalam kerangka waktu tertentu, atau bahkan melalui konsultasi berbasis telemedisin. Berbeda dengan kerangka EMTALA yang secara eksplisit mengatur kewajiban dokter spesialis on-call serta menetapkan parameter hukum mengenai hubungan dokter-pasien dan tindakan afirmatif dalam konteks konsultasi, regulasi di Indonesia belum memberikan definisi operasional yang jelas mengenai makna “kehadiran dokter” dalam berbagai modalitas pelayanan. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa supervisi dokter terhadap tenaga kesehatan non-dokter dalam pelayanan gawat darurat secara independen berkaitan dengan penurunan rerata angka kematian, dengan manfaat yang lebih nyata pada pasien berisiko tinggi berdasarkan adanya kelainan tanda vital, yang mengindikasikan bahwa tingkat dan bentuk kehadiran dokter memiliki dampak yang berbeda terhadap keselamatan pasien. Kondisi ini menegaskan bahwa pengaturan mengenai kehadiran dokter perlu dirumuskan secara tegas dan eksplisit dalam kerangka hukum. Oleh karena itu, penelitian ini memiliki urgensi akademik dan praktis untuk menganalisis makna kehadiran dokter dalam perspektif hukum kesehatan dengan membedakan secara sistematis antara kehadiran dokter di tempat (*on-site presence*), ketersediaan dokter dalam status siaga (*on-call availability*), dan layanan kunjungan dokter ke rumah (*home-call service*) dalam konteks pelayanan gawat darurat, guna memberikan kepastian hukum bagi tenaga kesehatan sekaligus perlindungan optimal terhadap hak-hak pasien (Aldalati et al., 2021; Rice et al., 2022; Rudianto, 2018).

Artikel ini bertujuan untuk menganalisis makna kehadiran dokter dalam perspektif hukum kesehatan dengan menempatkannya dalam kerangka teori kewajiban profesional, teori risiko medis, dan teori sistem pelayanan kesehatan, sehingga kehadiran dokter tidak dimaknai semata sebagai keberadaan fisik, melainkan sebagai tanggung jawab profesional berbasis proses. Artikel ini mengkaji secara sistematis konsep kehadiran dokter melalui model *on-site*, *on-call*, dan *home-call*/telekonsultasi dalam praktik medis modern serta menelaah legitimasi

etik, disiplin, dan hukumnya berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan, khususnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Selanjutnya, artikel ini bertujuan menjembatani kesenjangan antara standar klinis pelayanan gawat darurat dan persepsi publik, mengkritisi distorsi makna “dokter tidak hadir”, serta menganalisis dampak opini publik dan *trial by media* terhadap keadilan, martabat profesi kedokteran, dan munculnya praktik kedokteran defensif. Pada akhirnya, artikel ini bertujuan merekonstruksi pemahaman kehadiran dokter sebagai kehadiran tanggung jawab profesional dalam sistem pelayanan gawat darurat yang terintegrasi, dengan menegaskan bahwa penilaian hukum kesehatan harus berbasis proses, standar profesi, dan integritas sistem, bukan semata-mata pada luaran klinis atau tekanan opini publik.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), konseptual (*conceptual approach*), dan pendekatan perbandingan terbatas (*limited comparative approach*). Pendekatan perundang-undangan dilakukan dengan menelaah secara sistematis norma-norma hukum yang mengatur kehadiran dokter dan pelayanan gawat darurat, khususnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, serta peraturan terkait standar pelayanan rumah sakit dan kewajiban tenaga medis. Pendekatan konseptual digunakan untuk menganalisis dan membangun pemaknaan yuridis mengenai kehadiran dokter melalui kerangka teori kewajiban profesional (*professional duty of care*), teori risiko medis, dan teori sistem pelayanan kesehatan, sehingga kehadiran dokter dipahami sebagai tanggung jawab profesional berbasis proses, bukan semata-mata kehadiran fisik. Sementara itu, pendekatan perbandingan terbatas dilakukan dengan menelaah praktik dan kerangka hukum pelayanan gawat darurat di yurisdiksi lain, khususnya prinsip *duty to treat* dan pengaturan dokter *on-call* dalam *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) di Amerika Serikat, sebagai bahan refleksi kritis tanpa bermaksud melakukan generalisasi langsung ke dalam sistem hukum Indonesia. Bahan hukum yang digunakan terdiri atas bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan dan dokumen resmi, bahan hukum sekunder berupa buku teks hukum kesehatan, artikel jurnal ilmiah, dan publikasi akademik terkait pelayanan gawat darurat dan tanggung jawab medis, serta bahan hukum tersier berupa kamus hukum dan ensiklopedia. Seluruh bahan hukum dianalisis secara kualitatif melalui teknik penafsiran gramatikal, sistematis, dan teleologis untuk menarik kesimpulan preskriptif mengenai makna

kehadiran dokter dan implikasinya terhadap kepastian hukum, perlindungan pasien, dan perlindungan tenaga medis dalam pelayanan gawat darurat.

### 3. HASIL DAN DISKUSI

#### Landasan Teoretis Kehadiran Dokter dalam Hukum Kesehatan

Pemahaman mengenai kehadiran dokter dalam perspektif hukum kesehatan harus dimulai dari kerangka konseptual yang menempatkan kewajiban profesional dalam konteks teori hukum medis yang telah mapan. Pemahaman teori kewajiban profesional (*professional duty of care*) mengakui kewajiban dokter bukanlah kewajiban hasil (*result obligation*) melainkan kewajiban upaya (*best effort obligation*), yang mencerminkan evolusi historis dari sistem pemidanaan berbasis *outcome* di era kuno menuju standar profesional modern yang berfokus pada proses. Studi historis-analitis menunjukkan transformasi paradigma dari *Code of Hammurabi* yang menghukum hasil negatif, melalui regulasi guild abad pertengahan, hingga *common law* yang menetapkan *duty of care* dan standar profesional yang tunduk pada pengawasan yudisial. Kehadiran dokter harus dimaknai sebagai tanggung jawab profesional berbasis proses yang mematuhi standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi, bukan semata-mata keberadaan fisik pada waktu dan tempat tertentu. Uji Bolam yang telah lama menjadi tolok ukur dalam yurisdiksi *common law* menegaskan bahwa tenaga medis memiliki kewenangan profesional untuk menetapkan standar pelayanan medis berdasarkan standar yang diakui oleh sejawat dalam profesinya. Oleh karena itu, penilaian mengenai adanya kelalaian medis harus merujuk pada apakah tindakan dokter tersebut selaras dengan praktik yang diterima oleh tenaga profesional lain yang kompeten dalam bidang yang sama. Pengadilan di Singapura bahkan menegaskan bahwa gugatan kelalaian medis hanya dapat dinyatakan layak secara hukum apabila terbukti adanya pelanggaran kewajiban untuk memberikan kehati-hatian yang wajar (*duty to exercise reasonable care*). Kewajiban tersebut timbul dari hubungan dokter dan pasien, yang secara hukum dipandang sebagai hubungan kontraktual dengan unsur-unsur esensial perbuatan melawan hukum (*tort*) (Amirthalingam, 2021, 2022; Mashayekh & Abbasi Sarmadi, 2025; Thornton, 2000).

Teori risiko medis (*medical risk theory*) memberikan kerangka pemahaman bahwa praktik kedokteran beroperasi dalam spektrum probabilitas dan ketidakpastian (*uncertainty*), sehingga kondisi kegawatdaruratan tidak selalu menuntut kehadiran fisik secara instan, melainkan memerlukan respons sistemik yang proporsional terhadap tingkat risiko pasien. *Scoping review* mengenai ketidakpastian dalam pengambilan keputusan medis

mengidentifikasi bahwa data yang digunakan untuk memfasilitasi pengambilan keputusan klinis sering kali bersifat saling bertentangan, ambigu, atau terbatas, dan pemberian pelayanan yang optimal menuntut adanya penyeimbangan antara keahlian klinisi dan bukti ilmiah yang tersedia dengan preferensi pasien. Bukti medis memiliki ketidakpastian inheren yang harus dikelola melalui strategi seperti keputusan sementara (*provisional decisions*) yang memungkinkan penyesuaian seiring dengan perubahan kondisi klinis. Studi kualitatif mengenai sifat bukti medis mengungkapkan bahwa tenaga kesehatan menggunakan berbagai strategi untuk menghadapi ketidakpastian, termasuk penerapan keputusan sementara yang mengakui ketidakpastian inheren dalam bukti medis serta negosiasi keputusan sementara dengan pasien. Ketidakpastian ini menjadi semakin kompleks karena pengambilan keputusan harus dilakukan dalam kerangka waktu yang terbatas dengan data yang tidak lengkap, sehingga *prospect theory* menunjukkan bahwa ketika dihadapkan pada luaran yang tidak pasti, dokter cenderung menunjukkan *loss aversion*, yaitu preferensi untuk menghindari kerugian yang lebih besar meskipun harus menerima risiko tertentu, namun penyediaan informasi mengenai probabilitas dapat meningkatkan kualitas pengambilan keputusan menuju pilihan yang secara ekonomi lebih optimal. Upaya untuk memaknai dan mengurai ketidakpastian (*decoding uncertainty*) dalam pengambilan keputusan klinis menjadi krusial, mengingat ketidakpastian yang hadir dalam data klinis (seperti kesalahan pengukuran), alat diagnostik, dan luaran terapi dapat secara signifikan memengaruhi proses pengambilan keputusan dalam pelayanan Kesehatan (Griffiths et al., 2005; Helou et al., 2020; Simianu et al., 2016; Tsaneva-Atanasova et al., 2025).

Teori sistem pelayanan kesehatan (*health system theory*) menempatkan kehadiran dokter sebagai bagian dari suatu sistem terintegrasi yang melibatkan triase, perawat, dokter jaga, dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), sarana dan prasarana, serta sistem rujukan, dan bukan sebagai aktor tunggal yang berdiri sendiri. Pelayanan terintegrasi (*integrated care*) dipahami sebagai suatu konsep yang menyatukan berbagai masukan, proses pelayanan, manajemen, dan pengorganisasian layanan yang berkaitan dengan diagnosis, pengobatan, perawatan, rehabilitasi, dan promosi kesehatan, yang mensyaratkan kolaborasi di dalam dan antar sektor kuratif dan perawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas hidup, kepuasan pasien, serta efisiensi sistem, khususnya bagi pasien dengan masalah kompleks yang melibatkan berbagai layanan, penyedia, dan setting pelayanan. *Systematic review* mengenai *Development Model for Integrated Care* menunjukkan bahwa model yang diperbarui menekankan keterhubungan pelayanan dalam pendekatan ekosistem yang lebih luas serta jejaring antarorganisasi, di mana pelayanan terintegrasi dipahami sebagai model yang berpusat

pada pasien dan mendorong perbaikan proses, koordinasi, serta kerja sama antara berbagai penyedia layanan dan sektor dalam sistem kesehatan. Dalam konteks instalasi gawat darurat, sistem pelayanan kegawatdaruratan harus dipahami sebagai sistem yang kompleks, yang menuntut akuntabilitas kepemimpinan terhadap kesehatan populasi, hubungan antarorganisasi, serta integrasi sistem yang melampaui sekadar kehadiran fisik dokter secara individual. *World Health Organization Framework for Action* menegaskan bahwa pelayanan terintegrasi telah bergeser dari pendekatan terbatas yang hanya dapat diakses oleh segelintir pakar dan diterapkan secara proyek-spesifik, menjadi perhatian utama para pembuat kebijakan dan perencana sistem kesehatan di seluruh dunia, yang mengindikasikan terjadinya pergeseran paradigma dari model yang berpusat pada dokter menuju pendekatan yang berpusat pada sistem. Keselamatan pasien dalam pelayanan gawat darurat tidak semata-mata ditentukan oleh kehadiran seorang dokter secara individual, melainkan oleh integritas, koordinasi, dan daya tanggap sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Knight et al., 2024; Minkman et al., 2025; K. V. Stein, 2010; V. Stein et al., 2013; Watson et al., 2023; Yap, 2021).

### **Konsep Kehadiran Dokter: *On-Site*, *On-Call*, dan *Home-Call* dalam Praktik Medis Modern**

Perkembangan praktik medis kontemporer telah mendorong terjadinya evolusi konsep “kehadiran dokter” dari paradigma tradisional yang menekankan kehadiran fisik (*physical presence*) menuju spektrum modalitas yang lebih luas, yang mencakup kehadiran dokter di tempat (*on-site presence*), ketersediaan dokter dalam status siaga (*on-call availability*), serta kehadiran melalui layanan kunjungan rumah atau telekonsultasi (*home-call/teleconsult presence*), yang masing-masing memiliki karakteristik yuridis dan operasional yang berbeda. Kehadiran dokter di tempat (*on-site presence*) merujuk pada keberadaan fisik dokter secara berkelanjutan di rumah sakit, yang umumnya dipersyaratkan pada unit-unit kritis seperti instalasi gawat darurat (IGD), unit perawatan intensif (ICU), dan kamar operasi tertentu, di mana respons dokter yang segera (*immediate physician response*) menjadi penentu utama luaran klinis pasien. Penelitian menunjukkan bahwa penerapan sistem triase berbasis tim yang dipimpin oleh dokter (*physician-led team triage*) secara signifikan menurunkan median lama perawatan di instalasi gawat darurat (*emergency department length of stay/EDLOS*) pada pasien dengan tingkat kegawatan tinggi dari 4 jam 29 menit menjadi 4 jam 05 menit, serta pada pasien dengan tingkat kegawatan rendah dari 2 jam 08 menit menjadi 1 jam 55 menit, disertai penurunan median waktu penilaian awal oleh dokter dari 1 jam 21 menit menjadi 55 menit ( $p < 0,001$ ). Meta-analisis mengenai dampak penempatan tenaga kesehatan primer dalam triase instalasi gawat darurat menunjukkan bahwa kehadiran dokter dalam proses triase berkaitan

dengan penurunan waktu tunggu pasien dan perbaikan alur pelayanan, dengan ukuran efek yang bermakna secara statistik. Lebih lanjut, studi mengenai dampak introduksi dokter spesialis kedokteran emergensi di Turki mengungkapkan bahwa kehadiran dokter spesialis emergensi secara penuh waktu di instalasi gawat darurat menghasilkan penurunan yang signifikan pada waktu tunggu pasien, lama perawatan, serta jumlah pemeriksaan diagnostik yang dipesan, sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan secara keseluruhan (Cheng et al., 2013; Jeyaraman et al., 2022; Sorić, 2022).

Kehadiran dokter dalam status siaga (*on-call presence*) merepresentasikan suatu modalitas di mana dokter tidak berada secara fisik di rumah sakit, namun memiliki kewajiban untuk memberikan respons dalam jangka waktu tertentu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit (*response time*), dengan tanggung jawab hukum (*liability*) yang diatur secara eksplisit dalam kerangka hukum seperti *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) di Amerika Serikat. Analisis terhadap sanksi yang dikenakan kepada dokter secara individual akibat pelanggaran EMTALA menunjukkan bahwa dari 196 sanksi yang dijatuhkan oleh *Office of Inspector General* (OIG) pada periode 2002-2015, hanya delapan kasus (4%) yang dikenakan kepada dokter secara individual, di mana tujuh dari delapan kasus tersebut (87,5%) melibatkan dokter spesialis on-call yang gagal merespons panggilan dari instalasi gawat darurat untuk melakukan evaluasi dan penatalaksanaan pasien. Studi mengenai tiga kasus malpraktik medis di instalasi gawat darurat yang melibatkan konsultasi menjelaskan bahwa prinsip-prinsip hukum yang menentukan pertanggungjawaban dalam konteks konsultasi on-call meliputi terbentuknya hubungan dokter-pasien (*establishment of patient-physician relationship*) dan adanya tindakan afirmatif (*affirmative act*), di mana konsultasi melalui telepon semata pun dapat melahirkan kewajiban kehati-hatian (*duty of care*) apabila memenuhi kriteria tersebut. EMTALA menerapkan prinsip *duty to treat* bagi seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima pembayaran Medicare, dengan dokter on-call memiliki kewajiban untuk merespons dan memberikan tindakan stabilisasi yang diperlukan, sehingga kegagalan untuk merespons dapat menimbulkan tanggung jawab hukum baik pada tingkat institusi maupun dokter secara individual. Meskipun belum terdapat kerangka hukum spesifik di Indonesia seperti EMTALA, standar pelayanan gawat darurat mensyaratkan waktu respons kurang dari lima menit sejak pasien tiba di IGD, yang secara normatif dapat dipenuhi baik melalui kehadiran dokter di tempat maupun melalui sistem on-call, sepanjang waktu respons tersebut dapat dijamin (Aldalati et al., 2021; Brown, 2021; Manurung et al., 2022; Raya et al., 2024; Rudianto, 2018; Terp et al., 2017; Zibulewsky, 2001).

Kehadiran dokter melalui layanan kunjungan rumah atau telekonsultasi (*home-call or teleconsult presence*) merepresentasikan suatu modalitas kehadiran fungsional yang dilakukan melalui komunikasi medis jarak jauh dengan pemberian instruksi klinis awal, sementara tim medis di rumah sakit melakukan stabilisasi pasien, yang semakin relevan dalam era transformasi kesehatan digital. *Systematic review* mengenai aspek regulasi, hukum, dan etika telemedisin menunjukkan bahwa tanggung jawab profesional dalam telemedisin dipandang sebanding dengan pelayanan kesehatan diagnostik-terapeutik konvensional, namun menghadirkan tingkat kompleksitas tambahan terkait perizinan lintas wilayah, persetujuan tindakan medis (*informed consent*), perlindungan data, serta penentuan standar pelayanan (*standard of care*). Studi mengenai aspek medikolegal telemedisin di Italia selama pandemi COVID-19 mengungkapkan bahwa bidang penerapan telemedisin dalam pelayanan gawat darurat meliputi konsultasi jarak jauh, dukungan diagnostik, dan bantuan pengambilan keputusan klinis, dengan kerangka pertanggungjawaban profesional yang mensyaratkan dokumentasi yang memadai, adanya persetujuan tindakan medis, serta kepatuhan terhadap standar profesi. Penelitian kualitatif di Inggris mengenai penguatan ketahanan tenaga layanan primer melalui kunjungan rumah oleh praktisi kegawatdaruratan menunjukkan bahwa model ini mampu memberikan pelayanan gawat darurat secara aman dan efektif di komunitas, dengan tingkat kepuasan pasien yang tinggi serta penurunan kunjungan ke instalasi gawat darurat. Studi di Jepang mengenai hubungan antara jenis pelayanan kesehatan rumah dan kunjungan darurat ke rumah menunjukkan bahwa *enhanced Home Care Support Clinics* yang memiliki kemampuan respons gawat darurat selama 24 jam secara signifikan menurunkan angka kunjungan darurat ke rumah serta tingkat rawat inap. Penegasan yuridis yang krusial adalah bahwa ketiga model kehadiran dokter tersebut—kehadiran di tempat (*on-site*), kehadiran dalam status siaga (*on-call*), dan kehadiran melalui layanan kunjungan rumah atau telekonsultasi (*home-call/teleconsult*)—dapat dinilai sah secara etik, disiplin, dan hukum sepanjang didukung oleh sistem triase yang kuat, komunikasi yang efektif antarpenyedia layanan kesehatan, dokumentasi medis yang komprehensif, serta waktu respons yang sesuai dengan tingkat kegawatan pasien, sebagaimana ditegaskan dalam kewajiban profesional untuk memberikan pelayanan yang berhati-hati (*professional duty of care*) yang berfokus pada proses pelayanan, bukan semata-mata pada kehadiran fisik (Barker et al., 2021; Becker et al., 2019; Ferorelli et al., 2020; Fields, 2020; Mashayekh & Abbasi Sarmadi, 2025; Sun et al., 2023; Thornton, 2000).

## **Pengaturan Kehadiran Dokter dalam Peraturan Perundang-Undangan Kesehatan**

Kerangka regulasi kesehatan di Indonesia telah menetapkan arsitektur hukum yang komprehensif mengenai hak dan kewajiban tenaga medis serta institusi pelayanan kesehatan, yang memiliki implikasi langsung terhadap penafsiran yuridis mengenai kehadiran dokter dalam pelayanan gawat darurat. Pasal 12 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan secara tegas menyatakan bahwa “Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kesejahteraan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan serta perlindungan kepada Pasien dan Sumber Daya Manusia Kesehatan”, yang menegaskan bahwa perlindungan hukum terhadap tenaga medis merupakan kewajiban negara (*state obligation*), dan bukan sekadar hak profesi yang bersifat pilihan. Ketentuan ini mencerminkan prinsip tanggung jawab negara dalam kerangka hukum kesehatan, di mana negara memiliki kewajiban positif untuk menciptakan kondisi yang memungkinkan tenaga kesehatan menjalankan tugas profesionalnya secara optimal tanpa rasa takut terhadap litigasi yang tidak beralasan atau bentuk kriminalisasi yang dapat mendorong praktik kedokteran defensif. Penelitian mengenai dampak kelalaian medis dan proses litigasi terhadap penyedia layanan kesehatan menunjukkan bahwa pelatihan yang berkelanjutan bagi tenaga kesehatan sangat dianjurkan untuk memahami perubahan regulasi serta menjalani peningkatan kompetensi profesional secara berkala guna menurunkan risiko terjadinya kesalahan yang dapat dikualifikasikan sebagai kelalaian medis, yang sejalan dengan kewajiban negara untuk menyediakan kerangka perlindungan hukum yang memadai bagi tenaga Kesehatan (Kakemam et al., 2022; Madan et al., 2024; Pemerintah Republik Indonesia, 2023; Shenoy et al., 2022).

Pasal 273 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memberikan kepastian hukum yang fundamental dengan menegaskan bahwa “Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi.” Norma ini mengkodifikasi prinsip *Bolam test* dalam sistem hukum Indonesia, di mana standar pelayanan (*standard of care*) ditentukan oleh standar yang diakui oleh sejawat profesi, dan bukan oleh ekspektasi masyarakat awam ataupun semata-mata oleh luaran klinis. Frasa “sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi” secara yuridis menegaskan bahwa hasil klinis yang buruk (*adverse outcomes*) tidak serta-merta dapat ditafsirkan sebagai kelalaian (*negligence*), selama proses pelayanan telah dilaksanakan sesuai dengan standar yang diterima dalam praktik kedokteran. Hal ini sejalan dengan doktrin *best effort obligation* dalam hukum kedokteran, yang menegaskan bahwa dokter bukanlah penjamin keberhasilan hasil klinis, melainkan diwajibkan untuk mengerahkan kehati-hatian dan

keterampilan yang wajar sesuai dengan praktik medis yang diterima. Penelitian mengenai kelalaian medis yang mencakup cakupan profesi, kewajiban, etika, yurisprudensi, serta pembelaan yang berlandaskan pengetahuan menegaskan bahwa seorang dokter memiliki kewajiban tertentu terhadap pasiennya dan pelanggaran atas kewajiban tersebut dapat melahirkan dasar gugatan kelalaian, namun pelanggaran tersebut harus dibuktikan melalui pemenuhan unsur adanya kewajiban (*duty*), pelanggaran kewajiban (*breach of duty*), hubungan sebab akibat (*causation*), dan kerugian (*damage*). Penafsiran terhadap konsep “kehadiran dokter” dalam konteks Pasal 273 harus merujuk pada kepatuhan terhadap standar profesi dan standar pelayanan yang telah ditetapkan, dan bukan semata-mata dimaknai sebagai kehadiran fisik pada hari atau jam tertentu (Amirthalingam, 2021; Mashayekh & Abbasi Sarmadi, 2025; Pandit & Pandit, 2009; Pemerintah Republik Indonesia, 2023; Thornton, 2000).

Pasal 721 huruf a Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 semakin menegaskan perlindungan hukum bagi tenaga medis dengan menyatakan bahwa “Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan berhak mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan kesehatan pasien.” Penambahan frasa “serta kebutuhan kesehatan pasien” dalam PP Nomor 28 Tahun 2024 memberikan dimensi pelayanan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*), yang menyeimbangkan otonomi profesional dengan kepentingan dan keselamatan pasien, sejalan dengan prinsip pelayanan terintegrasi (*integrated care*) yang menekankan koordinasi dan kerja sama antarpenyedia layanan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas hidup pasien. Ketentuan ini secara implisit mengakui bahwa kebutuhan kesehatan pasien bersifat bervariasi berdasarkan tingkat keparahan (*severity*) dan urgensi kondisi klinis, sehingga modalitas kehadiran dokter baik kehadiran di tempat (*on-site*), dalam status siaga (*on-call*), maupun melalui telekonsultasi harus disesuaikan dengan kebutuhan klinis dan stratifikasi risiko pasien melalui sistem triase yang kuat dan andal. Penelitian mengenai skala triase di instalasi gawat darurat menunjukkan bahwa akurasi triase merepresentasikan mutu pelayanan kegawatdaruratan, dengan berbagai sistem triase yang telah dikembangkan dan divalidasi untuk membantu tenaga kesehatan dalam membuat keputusan triase yang tepat, yang selanjutnya menentukan tingkat respons dokter yang sesuai. Oleh karena itu, perlindungan hukum yang dijamin dalam Pasal 721 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 harus dipahami dalam kerangka pendekatan berbasis sistem (*system-based approach*), di mana kehadiran dokter merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kegawatdaruratan yang terintegrasi (Farrohknia et al., 2011; Pemerintah Pusat, 2024; Pemerintah Republik Indonesia, 2023; V. Stein et al., 2013; Yap, 2021).

Pasal 189 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan selanjutnya menetapkan kewajiban institusional rumah sakit yang bersifat sistemik, yang meliputi: (a) memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, dan tidak diskriminatif; (b) memberikan pelayanan gawat darurat tanpa mempersyaratkan uang muka; (c) mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; (d) melaksanakan fungsi sosial, termasuk pelayanan bagi pasien tidak mampu dan korban bencana; serta (e) menyediakan sistem rujukan, serta melindungi dan menghormati hak pasien. Norma ini menunjukkan bahwa kewajiban rumah sakit bersifat institusional dan sistemik, dan tidak semata-mata bergantung pada kehadiran satu individu dokter pada hari atau waktu tertentu. Kewajiban rumah sakit untuk memberikan pelayanan gawat darurat tanpa uang muka mencerminkan prinsip nondiskriminasi dan akses universal yang sejalan dengan doktrin pelayanan gawat darurat di berbagai yurisdiksi, termasuk EMTALA di Amerika Serikat yang mewajibkan instalasi gawat darurat untuk memberikan pemeriksaan awal dan tindakan stabilisasi tanpa mempertimbangkan kemampuan pembayaran pasien. Penelitian mengenai tanggung jawab hukum rumah sakit terhadap hak pasien selama pandemi COVID-19 mengungkapkan bahwa pertanggungjawaban rumah sakit dalam pelayanan gawat darurat ditentukan oleh kecukupan sistem, ketersediaan sumber daya, serta kepatuhan terhadap standar profesi, dan bukan oleh ada atau tidaknya dokter tertentu pada waktu tertentu. Studi mengenai implementasi *Hospital Bylaws* dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia menegaskan bahwa *Hospital Bylaws* sebagai regulasi internal rumah sakit harus mengatur peran pemilik rumah sakit, manajemen rumah sakit, dan komite medis dalam menjamin ketersediaan pelayanan gawat darurat selama 24 jam setiap hari melalui kombinasi kehadiran dokter di tempat, dokter spesialis siaga, serta sistem komunikasi yang efektif. Dengan demikian, Pasal 189 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 harus ditafsirkan sebagai kewajiban institusional yang mensyaratkan rumah sakit untuk membangun dan memelihara sistem pelayanan gawat darurat yang komprehensif, dan bukan sebagai kewajiban individual dokter yang semata-mata terikat pada kehadiran fisik setiap saat (Brown, 2021; Kitta et al., 2022; Maulana, 2021; Pemerintah Republik Indonesia, 2023; Yohanes Firmansyah & St. Laksanto Utomo, 2021; Zibulewsky, 2001).

### **Kehadiran Dokter dalam Pelayanan Gawat Darurat: Antara Standar Klinis dan Persepsi Publik**

Diskrepansi fundamental antara standar klinis berbasis bukti dan persepsi publik mengenai kehadiran dokter dalam pelayanan gawat darurat telah menciptakan ketegangan yang berpotensi merugikan keselamatan pasien maupun kesejahteraan dokter. Prinsip triase

kegawatdaruratan sebagai penentu utama kebutuhan kehadiran fisik dokter spesialis merupakan *gold standard* dalam kedokteran emergensi yang telah divalidasi secara luas melalui berbagai skala triase, seperti *Emergency Severity Index (ESI)*, *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, dan *Manchester Triage System (MTS)*. *Systematic review* mengenai skala triase di instalasi gawat darurat dan komponennya mengidentifikasi bahwa skala triase terutama divalidasi berdasarkan kemampuannya dalam memprediksi kebutuhan rawat inap, mortalitas rumah sakit, serta kebutuhan akan intervensi segera, dengan reliabilitas antarpenilai (*inter-rater reliability*) yang dapat diterima ketika diimplementasikan oleh tenaga kesehatan yang terlatih. Penelitian mengenai pengembangan luaran untuk evaluasi triase pelayanan gawat darurat menggunakan pendekatan Delphi menghasilkan *Limited Outcome Set for Emergency Triage (LOSET)* yang mencakup kematian, perawatan di unit perawatan intensif, kebutuhan tindakan gawat darurat, serta identifikasi kondisi kritis yang sensitif terhadap waktu sebagai luaran rujukan untuk validasi triase. Studi mengenai peran biomarker dari berbagai jalur biologis dalam meningkatkan stratifikasi risiko dini pada pasien kegawatdaruratan medis menunjukkan bahwa penambahan ProADM (*proadrenomedullin*) secara signifikan meningkatkan model klinis dalam memprediksi kematian, dengan peningkatan nilai *area under the curve (AUC)* dari 0,79 menjadi 0,84 ketika dikombinasikan dengan informasi klinis yang tersedia saat pasien masuk IGD ( $p < 0,01$ ). Dengan demikian, kebutuhan akan kehadiran dokter spesialis secara langsung dan segera di tempat harus ditentukan melalui sistem triase berbasis bukti yang mengintegrasikan tanda vital, gambaran klinis, biomarker, serta prediksi risiko perburukan kritis, dan bukan berdasarkan asumsi bahwa setiap pasien di instalasi gawat darurat memerlukan evaluasi spesialis secara langsung tanpa mempertimbangkan tingkat kegawatan (Farrohknia et al., 2011; Johansson et al., 2023; Schuetz et al., 2015).

Perbedaan tingkat kegawatan pasien dan implikasinya terhadap respons medis harus dipahami melalui kerangka stratifikasi risiko (*risk stratification*) yang membedakan antara kegawatdaruratan sejati (*true emergencies*) yang memerlukan intervensi dokter secara segera, kasus urgensi yang membutuhkan evaluasi dokter dalam kerangka waktu tertentu, serta kasus nonurgensi yang dapat ditangani secara aman oleh tenaga kesehatan lain dengan supervisi dokter. Penelitian mengenai sistem pendukung keputusan klinis untuk triase di instalasi gawat darurat berbasis sistem cerdas menunjukkan bahwa sistem triase berbasis kecerdasan buatan mampu mengelompokkan pasien ke dalam kategori risiko secara akurat untuk berbagai intervensi kritis, seperti pemasangan jalur arteri, terapi oksigen, *high-flow nasal cannula*, intubasi, serta pemberian inotropik atau vasopresor, yang didasarkan semata-mata pada data triase. Studi observasional retrospektif mengenai implementasi sistem *Critical Interventions*

(CrIs) di Korea Selatan mengungkapkan bahwa setelah implementasi sistem tersebut terjadi penurunan yang bermakna pada median waktu menuju intervensi, antara lain untuk pemasangan jalur, terapi oksigen, dan penggunaan *high-flow nasal cannula*, yang menunjukkan bahwa pendekatan berbasis sistem dengan triase berbantuan kecerdasan buatan dapat meningkatkan respons kegawatdaruratan tanpa harus selalu mensyaratkan kehadiran dokter spesialis secara fisik untuk seluruh pasien. Lebih lanjut, penelitian mengenai supervisi dokter terhadap tenaga kesehatan non-dokter dalam model pembagian tugas (*task-sharing*) pada pelayanan kegawatdaruratan di wilayah pedesaan Uganda menunjukkan bahwa supervisi dokter, baik secara langsung di tempat maupun jarak jauh, secara independen berkaitan dengan penurunan angka kematian keseluruhan, dengan manfaat yang lebih nyata pada pasien berisiko tinggi berdasarkan adanya kelainan tanda vital. Temuan ini mengindikasikan bahwa tingkat keterlibatan dokter yang tepat ditentukan oleh tingkat risiko pasien, dan bukan oleh kewajiban menyeluruh atas kehadiran fisik dokter pada setiap kasus (Chang et al., 2025; Choi et al., 2024; Rice et al., 2022).

Penolakan terhadap logika keterlambatan pada hari libur adalah kelalaian, harus didasarkan pada pemahaman bahwa pelayanan kegawatdaruratan beroperasi sebagai suatu sistem yang berkesinambungan dan tidak mengenal hari libur, meskipun pola penugasan tenaga kesehatan dan ketersediaan dokter spesialis dapat bervariasi sesuai dengan pola epidemiologis dan optimalisasi alokasi sumber daya. Penelitian mengenai waktu respons layanan medis darurat di wilayah pedesaan, pinggiran kota, dan perkotaan menunjukkan bahwa rerata waktu respons layanan medis darurat berbeda secara signifikan, yang mengakui bahwa keterbatasan geografis dan sumber daya memerlukan model penugasan tenaga kesehatan yang berbeda. Studi mengenai hubungan antara usia dokter gawat darurat dan mortalitas pasien Medicare menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dokter gawat darurat dan angka kematian pasien, yang menunjukkan bahwa mutu pelayanan tetap terjaga tanpa dipengaruhi oleh karakteristik dokter tertentu, termasuk waktu atau hari pelayanan. Secara lebih fundamental, penelitian mengenai dampak penurunan waktu respons ambulans terhadap kematian akibat henti jantung di luar rumah sakit menunjukkan bahwa setiap penurunan waktu respons selama satu menit berkaitan dengan peningkatan peluang bertahan hidup, namun temuan ini merujuk pada respons sistem layanan medis darurat secara keseluruhan dan bukan pada kedatangan fisik seorang dokter tertentu, sehingga menegaskan pentingnya sistem respons kegawatdaruratan yang terintegrasi dibandingkan kehadiran satu individu dokter. Persepsi publik yang menganggap keterlambatan kedatangan dokter spesialis secara langsung di tempat pada hari Minggu sebagai bentuk kelalaian mencerminkan kesalahpahaman

mendasar mengenai struktur penyelenggaraan pelayanan kegawatdaruratan, di mana stabilisasi awal oleh dokter gawat darurat atau perawat gawat darurat yang terlatih berdasarkan panduan dan protokol dapat sama pentingnya atau bahkan lebih penting daripada konsultasi spesialis secara segera pada sebagian besar kasus yang datang ke instalasi gawat darurat. Penelitian kualitatif mengenai pemicu perilaku kedokteran defensif di kalangan dokter di Belanda mengungkapkan bahwa tekanan yang dirasakan dari pasien serta ketakutan terhadap kritik dapat mendorong dokter untuk mengadopsi perilaku defensif, baik dalam bentuk tindakan berlebihan maupun penghindaran, yang pada akhirnya justru berpotensi menurunkan, dan bukan meningkatkan, mutu pelayanan Kesehatan (Huang et al., 2021; Mell et al., 2017; Miyawaki et al., 2023; Pell et al., 2001; Renkema et al., 2019).

### **Distorsi Makna "Dokter Tidak Hadir" dalam Perspektif Hukum Kesehatan**

Frasa populer seperti “dokter tidak ada”, “sulit dihubungi”, dan “datang terlambat” yang kerap muncul dalam narasi publik dan pemberitaan media massa mengandung ambiguitas semantik yang berpotensi mendistorsi penilaian hukum terhadap terpenuhinya kewajiban profesional (*professional duty of care*) dalam konteks pelayanan gawat darurat. Secara yuridis, konsep “kehadiran dokter” tidak semata-mata harus dimaknai sebagai kehadiran fisik, melainkan sebagai pemenuhan tanggung jawab profesional yang mencakup ketersediaan (*availability*), daya tanggap (*responsiveness*), pemberian panduan klinis, serta penjaminan kesinambungan pelayanan melalui protokol yang telah ditetapkan dan sistem institusional. Evolusi historis kewajiban medis menunjukkan adanya pergeseran dari sanksi berbasis luaran klinis dalam kode-kode hukum kuno, seperti *Code of Hammurabi*, menuju standar profesional modern yang bertumpu pada kewajiban kehati-hatian (*duty of care*) dan standar profesi yang ditentukan secara profesional serta berada dalam pengawasan yudisial, di mana pelanggaran kewajiban (*breach of duty*) harus dibuktikan melalui kegagalan memenuhi standar profesional yang diterima, dan bukan sekadar ketidakhadiran pada waktu tertentu. Doktrin kelalaian medis mensyaratkan pembuktian empat unsur utama, yaitu adanya kewajiban (*duty*), pelanggaran kewajiban (*breach of duty*), hubungan sebab akibat (*causation*), dan kerugian (*damage*), sehingga ketidakhadiran semata tanpa pembuktian pelanggaran standar profesional serta timbulnya kerugian tidaklah cukup untuk dikualifikasikan sebagai kelalaian medis (Mashayekh & Abbasi Sarmadi, 2025; Pandit & Pandit, 2009; Thornton, 2000).

Penegasan mendasar bahwa kehadiran fisik bukan satu-satunya bentuk tanggung jawab profesional didukung oleh perkembangan model penyelenggaraan pelayanan kegawatdaruratan yang mengakui adanya berbagai modalitas keterlibatan dokter yang sah dan valid. Penelitian mengenai pelayanan gawat darurat berbasis telemedisin menunjukkan bahwa

telekonsultasi dapat memberikan mutu pelayanan yang setara dengan konsultasi tatap muka pada skenario klinis tertentu, dengan kerangka pertanggungjawaban profesional yang sebanding selama protokol yang tepat dijalankan. Studi mengenai dampak keberadaan dokter residen terhadap kelancaran pelayanan di instalasi gawat darurat mengungkapkan bahwa mutu pelayanan kegawatdaruratan tidak semata-mata ditentukan oleh kehadiran fisik dokter penanggung jawab, melainkan oleh kecukupan supervisi, sistem komunikasi yang efektif, serta kepatuhan terhadap protokol klinis, dengan bukti penelitian yang menunjukkan bahwa residen yang disupervisi dengan baik mampu menangani secara aman sebagian besar pasien yang datang ke instalasi gawat darurat. Lebih lanjut, penelitian mengenai kesesuaian ras antara dokter dan pasien serta kesenjangan dalam mortalitas persalinan menunjukkan bahwa mutu pelayanan kesehatan ditentukan oleh berbagai faktor di luar sekadar kehadiran fisik dokter, termasuk kualitas komunikasi, kompetensi budaya, dan struktur dukungan sistemik. Frasa “dokter tidak hadir” harus ditelaah secara kritis untuk menentukan apakah yang dimaksud merujuk pada (a) ketiadaan sama sekali keterlibatan dokter dalam pelayanan, (b) tidak hadirnya dokter spesialis tertentu secara langsung di tempat meskipun tersedia layanan siaga (*on-call*), (c) keterlambatan konsultasi spesialis dengan tetap adanya penatalaksanaan awal yang memadai oleh dokter gawat darurat, atau (d) kegagalan sistem dalam aspek komunikasi dan koordinasi pelayanan (Ferorelli et al., 2020; Fields, 2020; Greenwood et al., 2020; McGarry et al., 2010).

Parameter hukum yang seharusnya dinilai dalam konteks dugaan “ketidakhadiran” dokter mencakup tiga dimensi kritis yang dapat diukur dan bersifat objektif. Pertama, ada atau tidaknya respons medis, yaitu apakah terdapat respons yang terdokumentasi dari dokter baik melalui kehadiran langsung di tempat, status siaga (*on-call*), maupun melalui sarana komunikasi jarak jauh terhadap kondisi pasien, sebagaimana dibuktikan melalui rekam medis, catatan keperawatan, atau log komunikasi. Penelitian mengenai tiga kasus malpraktik medis di instalasi gawat darurat yang melibatkan konsultasi menegaskan bahwa terbentuknya hubungan dokter-pasien (*establishment of patient-physician relationship*) dan adanya tindakan afirmatif (*affirmative act*) merupakan kriteria hukum dalam menentukan pertanggungjawaban, di mana konsultasi melalui telepon pun dapat melahirkan kewajiban kehati-hatian (*duty of care*) apabila dokter memberikan nasihat klinis yang spesifik terkait penatalaksanaan pasien. Kedua, ada atau tidaknya instruksi klinis, yaitu apakah dokter memberikan panduan klinis yang sesuai dengan kondisi pasien, baik melalui pemeriksaan langsung, penelaahan data klinis, maupun konsultasi dengan tenaga kesehatan yang berada di lokasi pelayanan. Studi mengenai supervisi dokter gawat darurat terhadap tenaga kesehatan non-dokter menunjukkan bahwa supervisi dokter,

termasuk supervisi jarak jauh, secara independen berkaitan dengan penurunan angka kematian, yang menunjukkan bahwa pemberian panduan klinis meskipun tanpa kehadiran fisik dapat memenuhi kewajiban profesional. Ketiga, ada atau tidaknya pembiaran terhadap pasien, yaitu apakah pasien ditinggalkan tanpa intervensi medis atau pemantauan yang semestinya, yang dapat dikualifikasikan sebagai penelantaran pasien (*patient abandonment*), suatu bentuk pelanggaran kewajiban profesional yang nyata. Doktrin hukum mengenai penelantaran pasien mensyaratkan pembuktian adanya hubungan dokter–pasien yang telah terbentuk, penghentian pelayanan tanpa alasan yang dapat dibenarkan, serta timbulnya kerugian, yang berbeda dengan situasi di mana dokter telah memberikan penatalaksanaan awal yang memadai atau mengatur cakupan pelayanan yang sesuai (Aldalati et al., 2021; Rice et al., 2022; Thornton, 2000).

Pemahaman yuridis yang matang dan komprehensif mengenai parameter-parameter tersebut menjadi esensial untuk menghindari pencampuradukan antara narasi emosional dengan fakta hukum. Penelitian mengenai pemberitaan media terhadap intervensi kesehatan menunjukkan bahwa kualitas pelaporan medis secara umum di media massa masih rendah, dengan liputan yang sangat buruk terutama oleh program televisi komersial bertema aktual yang cenderung menyensasionalisasi kasus medis tanpa memberikan konteks yang memadai. Studi mengenai refleksi kesalahan medis yang disorot oleh media di Turki mengungkapkan bahwa pemberitaan media mengenai kesalahan medis sering kali tidak menyajikan nuansa terkait sebab dan kondisi yang melatarbelakanginya, sehingga menimbulkan persepsi publik yang keliru mengenai kelalaian medis. Penelitian di Indonesia mengenai penyelesaian alternatif perkara malpraktik medis dalam perspektif sosiologi hukum mengidentifikasi bahwa kasus-kasus yang diekspos melalui media massa dan media sosial kerap menampilkan tenaga kesehatan sebagai pihak yang bersalah sebelum proses hukum diselesaikan (*media as pre-court*), yang berpotensi merusak reputasi praktisi kesehatan serta menciptakan lingkungan yang tidak kondusif bagi praktik medis. Oleh karena itu, penilaian hukum terhadap klaim “dokter tidak hadir” harus didasarkan pada bukti objektif mengenai adanya pelanggaran kewajiban profesional, dan bukan pada persepsi subjektif ataupun narasi media yang provokatif. Kerangka penilaian hukum yang tepat mensyaratkan analisis mengenai apakah tindakan atau kelalaian dokter merupakan penyimpangan dari standar profesi yang diterima dan secara langsung menyebabkan kerugian pada pasien, bukan semata-mata apakah dokter tersebut hadir secara fisik di lokasi yang diharapkan oleh pasien atau keluarganya pada hari atau waktu tertentu (Akhyar, 2024; Amirthalingam, 2021, 2022; ISIK et al., 2016; Mashayekh & Abbasi Sarmadi, 2025; Wilson et al., 2009).

## **Opini Publik, Trial by Media, dan Ancaman terhadap Keadilan dalam Pelayanan Kesehatan**

Fenomena *trial by media* dalam kasus medis darurat telah melahirkan suatu sistem keadilan paralel yang beroperasi di luar prinsip *due process of law*, dengan konsekuensi yang sangat merusak martabat profesi kedokteran, kesejahteraan psikologis dokter, serta mutu penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pemberitaan media mengenai dugaan malpraktik medis kerap bersifat emosional dan cenderung tidak bersahabat, dengan kecenderungan terhadap sensasionalisme, penghilangan konteks penting (*sins of omission*), serta ketidakakuratan faktual yang dapat secara mendasar mendistorsi pemahaman publik terhadap situasi medis yang kompleks. Studi empiris mengenai citra negatif dokter melalui survei selama 21 tahun terhadap tiga surat kabar nasional di Inggris menemukan bahwa jumlah pemberitaan negatif tentang dokter secara signifikan melampaui pemberitaan positif, dengan rasio berita negatif terhadap positif yang meningkat pada akhir periode penelitian. Penelitian mengenai penyelesaian alternatif perkara malpraktik medis dalam perspektif sosiologi hukum di Indonesia mengungkapkan bahwa dugaan malpraktik medis hampir selalu menjadi sorotan media massa dan media sosial, seolah-olah tenaga medis yang disangka melakukan malpraktik benar-benar telah melakukan perbuatan tersebut (*media as pre-court*), sehingga menciptakan praduga bersalah sebelum proses hukum diselesaikan. Kondisi ini tidak hanya melanggar asas praduga tak bersalah (*praesumptio innocentiae*), tetapi juga menciptakan lingkungan yang toksik yang mendorong dokter untuk melakukan praktik kedokteran defensif, yang pada akhirnya justru berpotensi mengompromikan keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan (Akhyar, 2024; Ali et al., 2001; Cassels, 2007; Khan, 2024).

Dampak *trial by media* terhadap martabat profesi kedokteran bersifat multidimensional dan berjangka panjang. Penelitian longitudinal mengenai konsekuensi kelalaian medis dan litigasi terhadap tenaga pelayanan kesehatan mengidentifikasi bahwa tenaga kesehatan perlu menerima tuduhan kelalaian sebagai risiko pekerjaan dan mempersiapkan diri terhadap kemungkinan proses hukum, namun *trial by media* menimbulkan beban psikologis tambahan yang melampaui proses hukum formal. Studi kualitatif mengenai persepsi dokter terhadap dukungan dan proses yang terlibat dalam investigasi pengaduan mengungkapkan bahwa proses yang buruk, jangka waktu penanganan yang berkepanjangan, serta penggunaan sistem pengaduan secara berlebihan atau tidak beritikad baik berkaitan dengan penurunan kesejahteraan psikologis dan peningkatan praktik kedokteran defensif di kalangan dokter. Lebih mendasar lagi, penelitian mengenai refleksi kesalahan medis yang disorot oleh media menunjukkan bahwa penelaahan terhadap konten pemberitaan kesalahan medis oleh media

merupakan hal penting yang memerlukan intervensi yang tepat, namun dalam praktiknya liputan media sering kali tidak memberikan konteks yang memadai mengenai ketidakpastian inheren dalam praktik medis serta perbedaan antara kesalahan medis dan luaran merugikan yang tidak dapat dihindari. Ketika media menggambarkan setiap luaran merugikan sebagai malpraktik tanpa membedakan antara kelalaian dan komplikasi yang masih dapat diterima dalam batas standar pelayanan, kepercayaan publik terhadap profesi kedokteran akan tergerus dan dokter terdorong untuk menerapkan praktik kedokteran defensif demi melindungi diri dari risiko pertanggungjawaban yang dipersepsikan (Bourne et al., 2017; ISIK et al., 2016; Madan et al., 2024).

Keberanian klinis dokter (*clinical courage*) mengalami erosi yang signifikan ketika dokter terus-menerus berada dalam ketakutan terhadap persekusi media dan perundungan publik akibat keputusan klinis yang diambil dalam kondisi penuh ketidakpastian. *Scoping review* mengenai kejadian, jenis, alasan, dan strategi mitigasi praktik kedokteran defensif di kalangan dokter mengidentifikasi bahwa konsep kedokteran defensif merujuk pada seluruh bentuk pelayanan medis yang diberikan oleh dokter tanpa memberikan manfaat tambahan bagi pasien, dengan tujuan utama mencegah risiko litigasi, dan pola praktik tersebut mencakup perilaku perlindungan (*assurance behaviors*), seperti pemesanan pemeriksaan atau tindakan tambahan, serta perilaku penghindaran (*avoidance behaviors*), seperti menghindari pasien atau prosedur berisiko tinggi. Penelitian eksperimental menggunakan *video vignettes* menunjukkan bahwa sikap kritis pasien mendorong meningkatnya persepsi risiko tanggung jawab hukum pada dokter dan memicu perilaku defensif, dengan efek yang sangat nyata pada dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta ortopedi yang secara statistik menghadapi risiko gugatan malpraktik tertinggi. Studi wawancara kualitatif di Australia mengungkapkan temuan yang menarik, yaitu bahwa “lebih mudah bagi kami untuk berbicara tentang ketakutan terhadap pengacara daripada membicarakan ketakutan untuk terlihat buruk di hadapan sesama sejawat”, yang menunjukkan bahwa kecaman dari rekan sejawat dapat menjadi pendorong praktik defensif yang lebih kuat dibandingkan kekhawatiran terhadap tanggung jawab hukum semata. Ketakutan tersebut semakin teramplifikasi karena eksposur media menciptakan penghinaan publik dan stigma profesional yang melampaui ruang sidang, sehingga memengaruhi reputasi dokter di tengah masyarakat luas maupun di kalangan profesional kesehatan (Daniels & Marneffe, 2023; Kakemam et al., 2022; Ries et al., 2022).

Munculnya praktik kedokteran defensif sebagai konsekuensi langsung dari ketakutan terhadap litigasi dan persekusi media menghasilkan situasi paradoksal, di mana upaya untuk menghindari tuduhan malpraktik justru berpotensi mengompromikan mutu pelayanan

kesehatan. *Systematic review* mengenai penjaminan keselamatan pasien di era kedokteran defensif menegaskan bahwa praktik kedokteran defensif jauh dari prinsip pelayanan kesehatan optimal yang mendukung indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Penelitian potong lintang di Belanda mengenai pemicu perilaku kedokteran defensif menemukan bahwa dokter cenderung menerapkan lebih banyak perilaku defensif ketika mereka memiliki pikiran dan emosi yang kuat terkait kemungkinan litigasi, baik yang beralasan maupun tidak, dengan persepsi adanya tekanan dari pasien untuk dirujuk atau diberikan obat yang memiliki hubungan positif langsung dengan perilaku perlindungan (*assurance behaviour*). Konsekuensi dari praktik kedokteran defensif meliputi: (a) meningkatnya biaya pelayanan kesehatan tanpa diikuti perbaikan luaran pasien yang sepadan, (b) dilakukannya pemeriksaan dan tindakan diagnostik yang tidak diperlukan yang justru dapat memaparkan pasien pada potensi bahaya, (c) penghindaran terhadap pasien berisiko tinggi yang sesungguhnya paling membutuhkan pelayanan spesialisik, serta (d) keterlambatan atau penundaan pemberian intervensi yang diperlukan akibat kekhawatiran terhadap tanggung jawab hukum. Studi mengenai hubungan antara malpraktik dan keselamatan pasien menunjukkan bahwa perilaku perlindungan yang dipicu oleh kekhawatiran terhadap malpraktik sangat menyerupai perilaku yang didorong oleh kepentingan keselamatan pasien, yang mengindikasikan bahwa dokter kerap mengalami kesulitan dalam membedakan antara tindakan pencegahan yang secara klinis memang diperlukan dengan praktik defensif yang semata-mata didorong oleh ketakutan terhadap risiko pertanggungjawaban (Cuthrell, 2025; Kakemam et al., 2022; Reisch et al., 2020; Renkema et al., 2019; Shenoy et al., 2022).

Ketidaksesuaian antara logika media dan mekanisme etik-hukum menciptakan ketegangan mendasar dalam penyelesaian sengketa medis. Media beroperasi dengan logika kecepatan, penyederhanaan, dan daya tarik emosional, di mana skenario klinis yang kompleks direduksi menjadi narasi biner antara “pasien yang baik” dan “dokter yang buruk”, sementara mekanisme etik dan hukum justru menuntut analisis yang cermat terhadap bukti medis, keterangan ahli, pertimbangan standar pelayanan, serta penentuan hubungan sebab akibat—proses yang memerlukan waktu dan tidak memiliki daya tarik dramatis bagi pemberitaan media. Penelitian mengenai penanganan ketegangan ketika media populer bertabrakan dengan pelayanan berbasis bukti mengidentifikasi bahwa pemberitaan media sering kali gagal membahas secara memadai potensi risiko, biaya, maupun kualitas bukti yang mendasari suatu intervensi medis, dengan hanya sebagian kecil berita yang memperoleh penilaian memuaskan berdasarkan kriteria baku evaluasi jurnalisme kesehatan. Studi mengenai perpaduan media dan kedokteran serta persoalan mutu dalam pelaporan medis mengungkapkan bahwa pemberitaan

media kerap tidak menyebutkan hubungan finansial antara kelompok peneliti dan hasil penelitian, cenderung terlalu mempromosikan terapi baru, serta kurang memberikan perhatian pada temuan negatif atau keterbatasan penelitian. Sengketa mengenai “kehadiran dokter” dalam pelayanan gawat darurat di narasi media umumnya mengabaikan: (a) ketidakpastian inheren dalam praktik kedokteran emergensi, (b) kompleksitas sistem pelayanan gawat darurat serta berbagai faktor yang memengaruhi luaran klinis, (c) perbedaan antara luaran klinis yang buruk dan kelalaian medis, (d) keberadaan sistem dokter siaga (*on-call*) serta perannya yang sah dalam penyelenggaraan pelayanan kegawatdaruratan, dan (e) keterbatasan sumber daya serta tuntutan pelayanan yang saling bersaing dalam sistem kesehatan. Penelitian mengenai penerapan nilai-nilai keadilan restoratif dalam penyelesaian perkara malpraktik medis menunjukkan bahwa penyelesaian sengketa medis melalui pendekatan keadilan restoratif dapat mengembalikan konflik kepada pihak-pihak yang paling terdampak yakni korban, pelaku, dan kepentingan masyarakat serta memprioritaskan kepentingan seluruh pihak, sehingga merepresentasikan pendekatan yang lebih seimbang dibandingkan *trial by media* yang pada dasarnya tidak melayani kepentingan pasien maupun dokter. Kerangka hukum yang kuat harus menyediakan mekanisme penyelesaian sengketa medis yang berbasis bukti dan pendapat ahli, sekaligus melindungi hak pasien dan martabat profesional dokter, tanpa dipengaruhi oleh distorsi akibat sensasionalisme media (Akhyar, 2024; Cassels, 2007; Schwitzer, 2013; Syauf et al., 2021).

### **Implikasi Hukum dan Tata Kelola Pelayanan Gawat Darurat**

Kompleksitas persoalan kehadiran dokter dalam pelayanan gawat darurat mensyaratkan pendekatan tata kelola yang bersifat sistemik dan berbasis bukti, dengan penguatan instrumen hukum dan administratif yang mampu memberikan kepastian hukum bagi penyedia layanan kesehatan sekaligus menjamin pelayanan yang optimal bagi pasien. Pentingnya *hospital bylaws* yang jelas sebagai instrumen fundamental dalam tata kelola klinis tidak dapat diabaikan, mengingat *hospital bylaws* mengatur organisasi staf medis, proses kredensial, penetapan dan pembatasan kewenangan klinis, serta tanggung jawab dokter siaga (*on-call*) yang secara langsung memengaruhi penyelenggaraan pelayanan gawat darurat. Penelitian mengenai implementasi *hospital bylaws* dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia menegaskan bahwa *Hospital Bylaws* merupakan ketentuan yang mengatur peran pemilik rumah sakit, manajemen rumah sakit, dan komite medis, yang dapat berbentuk statuta, peraturan, dan standar yang disusun oleh dan diberlakukan untuk rumah sakit. Perspektif historis mengenai *hospital medical staff bylaws* sebagai instrumen *self-government* menunjukkan bahwa *medical staff bylaws* memiliki peran penting karena melalui instrumen

tersebut dewan pengelola rumah sakit dapat dan memang memberikan kewenangan kepada staf medis untuk membentuk struktur organisasi yang memungkinkan staf medis menjamin mutu pelayanan medis di rumah sakit. Penelitian kontemporer mengenai *medical staff bylaws* dan tata kelola bersama (*shared governance*) menegaskan bahwa *medical staff bylaws* memperkuat peran dokter dalam tata kelola rumah sakit serta menjaga otonomi profesional mereka dalam praktik klinis, sekaligus menyediakan kerangka akuntabilitas dan penjaminan mutu pelayanan (Kitta et al., 2022; Maulana, 2021; McBride & Richman, 2025; TAYLOR, 1965; WILLIAMS & OSBALDESTON, 1965).

Pengaturan waktu respons dokter siaga (*on-call*) yang eksplisit dan terukur merupakan komponen krusial dari sistem pelayanan gawat darurat yang efektif dan dapat memitigasi sengketa mengenai ketersediaan dokter. Standar berbasis bukti mengenai waktu respons dokter dalam pelayanan kegawatdaruratan telah ditetapkan melalui berbagai penelitian; studi mengenai waktu respons layanan medis darurat menunjukkan bahwa pada kasus henti jantung di luar rumah sakit (*out-of-hospital cardiac arrest*), setiap penambahan waktu respons selama satu menit berkaitan dengan penurunan angka kelangsungan hidup di lokasi kejadian. Penelitian mengenai ambang batas waktu respons untuk memprediksi luaran pasien dengan *out-of-hospital cardiac arrest* mengidentifikasi bahwa penetapan waktu respons maksimal secara signifikan meningkatkan peluang kelangsungan hidup. Standar waktu respons di Indonesia adalah kurang dari lima menit sejak pasien tiba di instalasi gawat darurat telah ditetapkan sebagai indikator mutu pelayanan. *Hospital bylaws* perlu secara tegas mengatur: (a) waktu respons maksimal bagi dokter spesialis siaga berdasarkan kategori kegawatdaruratan (mengancam nyawa segera, urgensi tinggi, dan non-urgensi), (b) protokol komunikasi antara petugas instalasi gawat darurat dan dokter on-call, (c) prosedur eskalasi apabila dokter on-call awal tidak dapat dihubungi atau tidak tersedia, (d) pengaturan cakupan cadangan (*backup coverage*) untuk menjamin ketersediaan layanan secara berkelanjutan, serta (e) mekanisme pemantauan dan penjaminan mutu untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap standar waktu respons. Penelitian mengenai pemicu perilaku kedokteran defensif menunjukkan bahwa kebijakan yang jelas serta dukungan manajemen berkaitan dengan berkurangnya praktik defensif dan meningkatnya kesejahteraan dokter (Bourne et al., 2017; Damdin et al., 2025; Huang et al., 2021; Manurung et al., 2022; Raya et al., 2024; Renkema et al., 2019; Rudianto, 2018).

Dokumentasi medis yang kuat dan komprehensif merupakan kebutuhan klinis sekaligus perlindungan hukum dalam konteks sengketa pelayanan gawat darurat. Rekam medis memiliki berbagai fungsi krusial, yaitu: (a) memfasilitasi kesinambungan pelayanan pasien, (b)

memungkinkan komunikasi yang efektif antaranggota tim pelayanan kesehatan, (c) mendukung proses pengambilan keputusan klinis, (d) menyediakan bukti atas pelayanan yang diberikan untuk keperluan penjaminan mutu, serta (e) berfungsi sebagai dokumen hukum apabila terjadi sengketa. Penelitian mengenai dokumentasi *informed consent* pada tindakan pungsi lumbal di instalasi gawat darurat menunjukkan bahwa pencatatan yang tepat atas proses pengambilan keputusan klinis termasuk penilaian risiko dan manfaat, komunikasi dengan pasien atau wakilnya, serta rasionalisasi tindakan yang bersifat mendesak merupakan hal yang esensial baik untuk mutu pelayanan maupun perlindungan hukum. Pembahasan sengketa mengenai “kehadiran dokter”, rekam medis seharusnya mendokumentasikan secara jelas: (a) waktu kedatangan pasien dan hasil penilaian triase awal, (b) waktu pemberitahuan kepada dokter (baik dokter yang berada di tempat maupun dokter spesialis siaga), (c) waktu dan bentuk respons dokter (tatap muka langsung, melalui telepon, atau melalui telemedisin), (d) instruksi klinis yang diberikan oleh dokter, (e) intervensi lanjutan serta respons pasien, dan (f) alasan terjadinya keterlambatan konsultasi spesialis apabila ada. Penelitian mengenai risiko hukum dalam praktik kedokteran menegaskan bahwa dokumentasi yang menyeluruh tidak hanya melindungi tenaga kesehatan dari tuduhan yang tidak berdasar, tetapi juga membantu mengidentifikasi area pelayanan yang memerlukan perbaikan (Mutai, 2019; Patel et al., 2014).

Pendidikan literasi hukum kesehatan bagi masyarakat merupakan strategi jangka panjang yang krusial untuk menjembatani kesenjangan antara realitas klinis dan ekspektasi publik. Kesalahpahaman masyarakat mengenai: (a) ketidakpastian yang melekat dalam praktik kedokteran, (b) perbedaan antara luaran klinis yang merugikan dan kelalaian medis, (c) keterbatasan sumber daya dalam sistem pelayanan kesehatan, (d) variasi praktik klinis yang sah, serta (e) kompleksitas sistem penyelenggaraan pelayanan gawat darurat, berkontribusi pada terbentuknya ekspektasi yang tidak realistis dan penetapan kesalahan yang tidak tepat ketika hasil pelayanan tidak sesuai harapan. Penelitian mengenai sifat bukti medis dan ketidakpastian inherennya dalam konsultasi klinis mengidentifikasi perlunya tenaga kesehatan untuk mengakui ketidakpastian tersebut dan menegosiasikan keputusan sementara dengan pasien, yang pada gilirannya menuntut edukasi publik mengenai batas-batas kepastian medis. Studi mengenai pemahaman pengambilan keputusan klinis dan non-klinis dalam kondisi ketidakpastian menunjukkan bahwa penyampaian informasi probabilitas dapat meningkatkan kualitas pengambilan keputusan, yang menegaskan nilai penting edukasi publik mengenai komunikasi risiko dalam konteks pelayanan kesehatan. Inisiatif pendidikan kesehatan masyarakat seharusnya mencakup pemahaman tentang: (a) bagaimana sistem pelayanan gawat darurat diorganisasikan dan alasan keberadaan berbagai model penugasan tenaga kesehatan,

(b) peran triase dalam memprioritaskan pasien berdasarkan urgensi medis dan bukan urutan kedatangan, (c) fungsi saah sistem dokter siaga (*on-call*) dalam menyediakan cakupan pelayanan spesialisik, (d) pembedaan antara kesalahan medis yang memerlukan perbaikan sistem dan kelalaian yang menuntut pertanggungjawaban hukum, serta (e) saluran yang tepat untuk menyampaikan dan menyelesaikan permasalahan pelayanan kesehatan melalui mekanisme institusional sebelum menempuh jalur media atau litigasi (Griffiths et al., 2005; Simianu et al., 2016).

Usulan penguatan sistem agar konflik “kehadiran dokter” tidak terus berulang memerlukan kolaborasi multipihak yang melibatkan regulator pemerintah, manajemen rumah sakit, organisasi profesi kedokteran, kelompok advokasi pasien, serta penyelenggara asuransi kesehatan. Rekomendasi spesifik yang dapat ditempuh meliputi: (a) penyusunan Pedoman Nasional mengenai standar penugasan dan kebutuhan tenaga dalam pelayanan gawat darurat yang secara eksplisit menjelaskan modalitas kehadiran dokter yang dapat diterima baik kehadiran di tempat (*on-site*), dokter siaga (*on-call*), maupun telemedisin berdasarkan tingkat fasilitas dan ketersediaan sumber daya; (b) implementasi kerangka telemedisin yang dirancang khusus untuk konsultasi kegawatdaruratan, termasuk standar teknis, perlindungan medikolegal, serta mekanisme pembiayaan dan klaim; (c) penguatan standar akreditasi rumah sakit untuk memverifikasi kecukupan sistem cakupan dokter siaga, kepatuhan terhadap standar waktu respons, dan mutu praktik dokumentasi; (d) pembentukan mekanisme respons cepat untuk penyelesaian sengketa medis yang mampu menyediakan penilaian ahli secara tepat waktu atas mutu pelayanan secara terpisah dari narasi media maupun litigasi yang berkepanjangan; (e) pembentukan dana perlindungan hukum atau skema asuransi khusus bagi penyedia layanan kegawatdaruratan yang telah bekerja sesuai standar namun tetap menghadapi tuntutan hukum; serta (f) penerapan sistem audit dan umpan balik berkala yang memantau indikator mutu pelayanan gawat darurat, termasuk waktu respons, luaran pasien, dan kepuasan pasien, sehingga perbaikan berkelanjutan dapat dilakukan tanpa semata-mata bergantung pada investigasi pasca-kejadian. Penelitian mengenai kepemimpinan dalam sistem pelayanan terintegrasi menunjukkan bahwa kepemimpinan dalam sistem terintegrasi berjalan efektif ketika para pemimpin sistem menuntut akuntabilitas pada diri sendiri dan pihak lain untuk meningkatkan kesehatan populasi, membangun rasa tujuan melalui visi yang jelas, melibatkan para mitra lintas sistem dalam kepemilikan masalah, serta membangun relasi di seluruh tingkatan sistem. Penerapan prinsip-prinsip tersebut dalam tata kelola pelayanan gawat darurat dapat menciptakan perbaikan yang berkelanjutan dalam pencegahan, penanganan, dan

penyelesaian isu “kehadiran dokter” secara lebih adil, objektif, dan berorientasi pada keselamatan pasien (Knight et al., 2024).

### **Rekonstruksi Makna Kehadiran Dokter dalam Perspektif Hukum Kesehatan**

Analisis komprehensif terhadap kerangka hukum, basis bukti klinis, dan realitas praktik pelayanan kesehatan mengharuskan adanya rekonstruksi mendasar atas makna “kehadiran dokter”, dari paradigma fisik-spasial menuju paradigma tanggung jawab profesional yang substantif. Kehadiran dokter harus dimaknai sebagai kehadiran tanggung jawab profesional (*presence of professional responsibility*), dan bukan semata-mata kehadiran fisik (*physical presence*), di mana pemenuhan kewajiban kehati-hatian (*duty of care*) diukur melalui kepatuhan terhadap standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi sebagaimana dijamin dalam Pasal 273 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Pasal 721 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Konseptualisasi ini berakar pada evolusi hukum kedokteran yang bergerak dari sanksi berbasis luaran klinis menuju standar profesional berbasis proses, di mana dokter dinilai berdasarkan kewajiban untuk menjalankan kehati-hatian dan keterampilan yang wajar sesuai dengan praktik medis yang diterima, dan bukan sebagai penjamin keberhasilan hasil klinis. Penelitian mengenai kewajiban profesional (*professional duty of care*) dalam konteks kelalaian medis menegaskan bahwa tindakan medis secara inheren mengandung risiko menimbulkan dampak merugikan, dan kegagalan mencapai luaran optimal tidak serta-merta dapat dikualifikasikan sebagai kelalaian, sepanjang proses pengambilan keputusan klinis dilakukan sesuai dengan standar profesi yang diakui. Kehadiran tanggung jawab profesional dalam pelayanan gawat darurat tersebut terwujud melalui: (a) perancangan sistem pelayanan yang tepat untuk menjamin ketersediaan layanan kegawatdaruratan melalui kombinasi dokter yang hadir di tempat, dokter spesialis siaga, dan protokol pelayanan; (b) mekanisme komunikasi yang efektif untuk memungkinkan konsultasi dan pemberian panduan klinis secara tepat waktu; (c) stratifikasi risiko melalui sistem triase yang tervalidasi guna menyesuaikan tingkat keterlibatan dokter dengan urgensi klinis; (d) pendokumentasian proses dan dasar pengambilan keputusan klinis; serta (e) pemantauan mutu dan perbaikan berkelanjutan dalam penyelenggaraan pelayanan gawat darurat (Madan et al., 2024; Mashayekh & Abbasi Sarmadi, 2025; Mutai, 2019; Pemerintah Pusat, 2024; Pemerintah Republik Indonesia, 2023; Thornton, 2000).

Keselamatan pasien ditentukan oleh integritas sistem (*system integrity*), dan bukan oleh hari atau jam operasional tertentu, yang mencerminkan pergeseran fundamental dari model pelayanan yang berpusat pada individu dokter (*physician-centric model*) menuju pendekatan yang berpusat pada sistem (*system-centric approach*) dalam penyelenggaraan pelayanan

kesehatan kontemporer. Teori pelayanan terintegrasi (*integrated care theory*) menegaskan bahwa mutu pelayanan ditentukan oleh seberapa baik berbagai masukan, proses pelayanan, manajemen, dan pengorganisasian layanan terkoordinasi di seluruh spektrum diagnosis, pengobatan, perawatan, rehabilitasi, dan promosi kesehatan, yang mensyaratkan kolaborasi lintas penyedia layanan dan lintas sektor. Bukti empiris mendukung proposisi ini, di mana penelitian mengenai supervisi dokter terhadap tenaga kesehatan non-dokter dalam pelayanan kegawatdaruratan menunjukkan bahwa supervisi dokter, termasuk supervisi jarak jauh, secara independen berkaitan dengan penurunan angka kematian secara keseluruhan, dengan manfaat yang terutama nyata pada pasien berisiko tinggi, yang membuktikan bahwa sistem dengan struktur supervisi yang tepat mampu memberikan pelayanan bermutu terlepas dari pengaturan penugasan tenaga tertentu. Analisis mengenai triase berbasis tim yang dipimpin dokter (*physician-led team triage*) juga mengungkapkan adanya perbaikan signifikan pada lama perawatan di instalasi gawat darurat dan waktu penilaian awal oleh dokter, di mana capaian tersebut terutama disebabkan oleh reorganisasi sistematis dalam penyampaian pelayanan, dan bukan semata-mata oleh peningkatan kehadiran dokter secara fisik. *Development Model for Integrated Care* menekankan bahwa model pelayanan terintegrasi yang diperbarui menyoroti keterhubungan pelayanan dalam pendekatan ekosistem yang lebih luas serta jejaring antarorganisasi, sehingga melampaui fokus pada praktisi individual menuju integrasi pada tingkat sistem. Dalam praktiknya, hal ini berarti bahwa rumah sakit yang beroperasi pada hari Minggu dengan sistem dokter siaga yang dirancang dengan baik, protokol komunikasi yang efektif, dokter gawat darurat yang terlatih untuk penatalaksanaan awal, serta alur konsultasi spesialis yang terdokumentasi dengan jelas, dapat memberikan pelayanan yang setara atau bahkan lebih baik dibandingkan rumah sakit yang memiliki dokter spesialis di tempat tetapi memiliki sistem triase, komunikasi, dan koordinasi pelayanan yang lemah (Burström et al., 2016; Cheng et al., 2013, 2013; Minkman et al., 2025; Rice et al., 2022; V. Stein et al., 2013).

Penegasan bahwa keadilan dalam hukum kesehatan hanya dapat dicapai apabila penilaian dilakukan berbasis proses, dan bukan semata-mata didorong oleh emosi atau luaran klinis, merepresentasikan prinsip yurisprudensial yang fundamental untuk menjaga akuntabilitas sekaligus keberlanjutan sistem pelayanan kesehatan. Penilaian hukum terhadap dugaan kelalaian medis harus membuktikan empat unsur utama dengan bukti yang jelas dan meyakinkan, yaitu: (a) adanya kewajiban yang timbul dari hubungan dokter-pasien, (b) pelanggaran kewajiban melalui penyimpangan dari standar profesi yang diterima, (c) adanya hubungan sebab akibat yang langsung antara pelanggaran tersebut dan kerugian pasien, serta (d) adanya kerugian nyata yang dialami pasien. Secara krusial, luaran klinis yang buruk atau

hasil yang tidak optimal tidak secara otomatis membuktikan adanya pelanggaran kewajiban, mengingat ketidakpastian yang melekat dalam praktik kedokteran dan fakta bahwa bahkan pelayanan yang optimal tidak dapat menjamin keberhasilan dalam setiap kasus. Uji *Bolam* beserta pengembangannya menegaskan bahwa penentuan adanya pelanggaran kewajiban mensyaratkan keterangan ahli mengenai apakah tindakan dokter berada di bawah standar yang diterima oleh kelompok tenaga medis yang bertanggung jawab dalam bidang tersebut. Penelitian mengenai kesalahan diagnostik dan ketidakpastian klinis menekankan perlunya kerangka hukum yang mampu mengakomodasi sifat probabilistik dari pengambilan keputusan medis, dengan membedakan antara kesalahan yang timbul akibat kegagalan sistem dan keterbatasan inheren pengetahuan medis serta informasi yang tersedia. Pembahasan sengketa mengenai “kehadiran dokter” dalam pelayanan gawat darurat, penilaian berbasis proses akan menelaah: (a) apakah rumah sakit memiliki kebijakan yang memadai untuk cakupan pelayanan gawat darurat termasuk pengaturan dokter siaga, (b) apakah sistem triase secara tepat menilai tingkat urgensi pasien, (c) apakah sistem komunikasi berfungsi untuk memberi tahu dokter yang relevan, (d) apakah respons dokter baik secara langsung di tempat, dalam status siaga, maupun melalui sarana komunikasi jarak jauh sesuai dengan kondisi klinis dan tingkat kegawatan pasien, (e) apakah penatalaksanaan awal oleh tenaga kesehatan yang tersedia telah mengikuti protokol yang diterima, (f) apakah konsultasi spesialis dilakukan ketika secara klinis diindikasikan dalam jangka waktu yang wajar, serta (g) apakah terdapat keterlambatan pelayanan yang secara kausal berkaitan dengan luaran yang merugikan. Pendekatan berbasis proses yang ketat ini melindungi kepentingan yang sah dari seluruh pihak: pasien memperoleh pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai standar profesi, dokter terlindungi dari penjatuhan kesalahan secara sewenang-wenang yang hanya didasarkan pada luaran atau narasi yang provokatif, dan sistem pelayanan kesehatan dapat belajar dari kegagalan sistem yang nyata tanpa terbelenggu oleh ketakutan terhadap litigasi yang tidak beralasan (Amirthalingam, 2021, 2022; Eachempati et al., 2022; Helou et al., 2020; Liddell et al., 2022; Pandit & Pandit, 2009; Thornton, 2000).

Rekonstruksi makna kehadiran dokter dari kehadiran fisik (*physical presence*) menuju kehadiran tanggung jawab profesional (*professional responsibility presence*) memiliki implikasi yang sangat mendalam terhadap penafsiran hukum, tata kelola rumah sakit, praktik profesional, serta ekspektasi publik. Pengadilan dan lembaga regulator seharusnya menafsirkan ketentuan mengenai “kehadiran dokter” dalam peraturan perundang-undangan kesehatan sebagai ketersediaan keahlian medis dan pengawasan yang memadai melalui kombinasi kehadiran dokter di tempat, dokter dalam status siaga (*on-call*), dan konsultasi telemedisin,

yang disesuaikan dengan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dan tingkat kegawatan pasien, dan bukan sebagai kewajiban kaku atas kehadiran fisik dokter atau spesialis tertentu setiap saat. *Medical staff bylaws* dan proses kredensial harus secara eksplisit mendefinisikan modalitas kehadiran dokter yang dapat diterima untuk berbagai situasi klinis, menetapkan standar waktu respons yang jelas, mengimplementasikan sistem komunikasi yang andal, serta membangun mekanisme pemantauan untuk menjamin kepatuhan terhadap standar profesi. Dokter perlu menyadari bahwa tanggung jawab profesional melampaui kehadiran fisik semata, mencakup pengaturan cakupan pelayanan yang memadai, pemeliharaan komunikasi yang efektif, pemberian konsultasi yang tepat waktu, pendokumentasian proses pengambilan keputusan klinis, serta partisipasi aktif dalam inisiatif peningkatan mutu pelayanan. Inisiatif literasi kesehatan perlu mengedukasi masyarakat mengenai kompleksitas penyelenggaraan pelayanan gawat darurat modern, peran sah berbagai modalitas kehadiran dokter, pentingnya prioritas berbasis triase, perbedaan antara luaran klinis yang merugikan dan kelalaian medis, serta mekanisme yang tepat untuk menyampaikan dan menyelesaikan permasalahan pelayanan kesehatan. Pergeseran paradigma ini dapat membentuk lingkungan pelayanan kesehatan yang menyeimbangkan akuntabilitas dengan keberlanjutan sistem, melindungi keselamatan pasien sekaligus kesejahteraan dokter, serta memungkinkan perbaikan berkelanjutan yang berbasis bukti ilmiah, bukan semata-mata dorongan emosional.

#### 4. KESIMPULAN

Makna kehadiran dokter dalam pelayanan gawat darurat tidak dapat direduksi menjadi sekadar kehadiran fisik di tempat dan waktu tertentu, melainkan harus dipahami sebagai perwujudan tanggung jawab profesional yang dijalankan dalam kerangka sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi. Analisis teoretis dan normatif menunjukkan bahwa kewajiban dokter dalam hukum kesehatan merupakan kewajiban upaya (*best effort obligation*) yang berorientasi pada proses, bukan kewajiban hasil (*result obligation*). Model kehadiran dokter melalui skema *on-site*, *on-call*, maupun *home-call*/telekonsultasi pada prinsipnya sah secara etik dan hukum sepanjang dijalankan sesuai standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, serta ditopang oleh sistem triase, komunikasi klinis yang efektif, dan dokumentasi medis yang memadai sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

Ketegangan antara standar klinis dan persepsi publik yang kerap diperparah oleh *trial by media* berpotensi mendistorsi penilaian hukum terhadap praktik kedokteran dan mengancam keadilan dalam pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap dugaan kelalaian medis seharusnya

dilakukan secara objektif dan berbasis proses dengan menilai ada atau tidaknya respons medis, instruksi klinis, serta pembiaran terhadap pasien, bukan semata-mata didasarkan pada luaran klinis atau narasi emosional. Rekonstruksi makna kehadiran dokter sebagai kehadiran tanggung jawab profesional dalam suatu sistem pelayanan gawat darurat yang andal menjadi krusial untuk melindungi hak pasien sekaligus memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi tenaga medis, serta mencegah berkembangnya praktik kedokteran defensif yang justru berpotensi merugikan keselamatan pasien dan keberlanjutan sistem kesehatan.

## REFERENSI

- Akhyar, A. (2024). Alternative Settlement of Medical Malpractice Cases in The Perspective of Legal Sociology. *JURNAL AKTA*, 11(1), 214. <https://doi.org/10.30659/akta.v11i1.37358>
- Aldalati, A., Bellamkonda, V., Moore, G., & Finch, A. (2021). Three Cases of Emergency Department Medical Malpractice Involving “Consultations”: How Is Liability Legally Determined? *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, 5(3), 283–288. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2021.7.52680>
- Ali, N. Y., Lo, T. Y. S., Auvache, V. L., & White, P. D. (2001). Bad press for doctors: 21 year survey of three national newspapers. *BMJ*, 323(7316), 782–783. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.782>
- Amalia, C. R. (2023). Legal Responsibility for Patient Rights for Negligence in Health Services According to Law Number 44 of 2009. *Proceedings Series on Social Sciences & Humanities*, 14, 39–43. <https://doi.org/10.30595/pssh.v14i.914>
- Amina, S., Barrati, A., Sadeghifar, J., Sharifi, M., Toulideh, Z., Gorji, H. A., & Feazbakhsh, N. (2015). Measuring and Analyzing Waiting Time Indicators of Patients’ Admitted in Emergency Department: A Case Study. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 143. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p143>
- Amirthalingam, K. (2021). Medical negligence and diagnosis: further inroads into Bolam? *Northern Ireland Legal Quarterly*, 71(4), 683–693. <https://doi.org/10.53386/nlq.v71i4.555>
- Amirthalingam, K. (2022). Upending the medical duty to advise: Legislating the standard of care in Singapore. *Medical Law International*, 22(3), 189–216. <https://doi.org/10.1177/09685332221103553>
- Barker, R. O., Stocker, R., Russell, S., & Hanratty, B. (2021). Future-proofing the primary care workforce: A qualitative study of home visits by emergency care practitioners in the UK. *European Journal of General Practice*, 27(1), 68–76.

<https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1909565>

- Becker, C. D., Dandy, K., Gaujean, M., Fusaro, M., & Scurlock, C. (2019). Legal Perspectives on Telemedicine Part 1: Legal and Regulatory Issues. *The Permanente Journal*, 23(3). <https://doi.org/10.7812/TPP/18-293>
- Bourne, T., De Cock, B., Wynants, L., Peters, M., Van Audenhove, C., Timmerman, D., Van Calster, B., & Jalbrant, M. (2017). Doctors' perception of support and the processes involved in complaints investigations and how these relate to welfare and defensive practice: a cross-sectional survey of the UK physicians. *BMJ Open*, 7(11), e017856. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017856>
- Brown, H. L. (2021). Emergency Care EMTALA Alterations During the COVID-19 Pandemic in the United States. *Journal of Emergency Nursing*, 47(2), 321–325. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.009>
- Burström, L., Engström, M.-L., Castrén, M., Wiklund, T., & Enlund, M. (2016). Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(1), 38–44. <https://doi.org/10.3109/03009734.2015.1100223>
- Cassels, A. K. (2007). The media-medicine mix: quality concerns in medical reporting. *Open Medicine: A Peer-Reviewed, Independent, Open-Access Journal*, 1(1), e52-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20101292>
- Chang, H., Yu, J. Y., Park, H., Song, Y. J., Heo, S., Park, J. E., Lee, G. T., Lee, S. U., Kim, T., Yoon, H., Hwang, S. Y., & Cha, W. C. (2025). From prediction to action: a retrospective observational study on the real-world implementation of Critical Interventions (CrIs), an AI-based clinical decision support system changing clinical behavior in the emergency department. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 25(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12911-025-03234-x>
- Cheng, I., Lee, J., Mittmann, N., Tyberg, J., Ramagnano, S., Kiss, A., Schull, M., Kerr, F., & Zwarenstein, M. (2013). Implementing wait-time reductions under Ontario government benchmarks (Pay-for-Results): a Cluster Randomized Trial of the Effect of a Physician-Nurse Supplementary Triage Assistance team (MDRNSTAT) on emergency department patient wait times. *BMC Emergency Medicine*, 13(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-17>
- Choi, A., Lee, K., Hyun, H., Kim, K. J., Ahn, B., Lee, K. H., Hahn, S., Choi, S. Y., & Kim, J. H. (2024). A novel deep learning algorithm for real-time prediction of clinical deterioration in the emergency department for a multimodal clinical decision support

- system. *Scientific Reports*, 14(1), 30116. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-80268-7>
- Cuthrell, K. M. (2025). Leveraging AI-Driven Simulation Training to Mitigate Defensive Medicine in Clinical Practice. *Journal of Complementary and Alternative Medical Research*, 26(9), 76–87. <https://doi.org/10.9734/jocamr/2025/v26i9709>
- Damdin, S., Trakulsrichai, S., Yuksen, C., Sricharoen, P., Suttapanit, K., Tienpratarn, W., Liengswangwong, W., & Seesuklom, S. (2025). Effects of Emergency Medical Service Response Time on Survival Rate of Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients: a 5-Year Retrospective Study. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 13(1), e36. <https://doi.org/10.22037/aaemj.v13i1.2596>
- Daniels, L., & Marneffe, W. (2023). Does patient behaviour drive physicians to practice defensive medicine? Evidence from a video experiment. *Health Economics Review*, 13(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00458-3>
- Eachempati, P., Büchter, R. B., KS, K. K., Hanks, S., Martin, J., & Nasser, M. (2022). Developing an integrated multilevel model of uncertainty in health care: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMJ Global Health*, 7(5), e008113. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008113>
- Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K., & Göransson, K. E. (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>
- Ferorelli, D., Nardelli, L., Spagnolo, L., Corradi, S., Silvestre, M., Miscio, F., Marrone, M., Zotti, F., Mandarelli, G., Solarino, B., & Dell'Erba, A. (2020). Medical Legal Aspects of Telemedicine in Italy: Application Fields, Professional Liability and Focus on Care Services During the COVID-19 Health Emergency. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/2150132720985055>
- Fields, B. G. (2020). Regulatory, Legal, and Ethical Considerations of Telemedicine. *Sleep Medicine Clinics*, 15(3), 409–416. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2020.06.004>
- Greenwood, B. N., Hardeman, R. R., Huang, L., & Sojourner, A. (2020). Physician–patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(35), 21194–21200. <https://doi.org/10.1073/pnas.1913405117>
- Griffiths, F., Green, E., & Tsouroufli, M. (2005). The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ*, 330(7490), 511.

<https://doi.org/10.1136/bmj.38336.482720.8F>

- Helou, M. A., DiazGranados, D., Ryan, M. S., & Cyrus, J. W. (2020). Uncertainty in Decision Making in Medicine: A Scoping Review and Thematic Analysis of Conceptual Models. *Academic Medicine*, 95(1), 157–165. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002902>
- Huang, L. H., Ho, Y.-N., Tsai, M.-T., Wu, W.-T., & Cheng, F.-J. (2021). Response Time Threshold for Predicting Outcomes of Patients with Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Emergency Medicine International*, 2021, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2021/5564885>
- ISIK, O., BAYIN, G., & UGURLUOGLU, O. (2016). Reflection of medical error highlighted on media in Turkey: A retrospective study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(5). <https://doi.org/10.12669/pjms.325.10042>
- Jeyaraman, M. M., Alder, R. N., Copstein, L., Al-Yousif, N., Suss, R., Zarychanski, R., Doupe, M. B., Berthelot, S., Mireault, J., Tardif, P., Askin, N., Buchel, T., Rabbani, R., Beaudry, T., Hartwell, M., Shimmin, C., Edwards, J., Halas, G., Sevcik, W., ... Abou-Setta, A. M. (2022). Impact of employing primary healthcare professionals in emergency department triage on patient flow outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(4), e052850. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052850>
- Johansson, A., Ekwall, A., Forberg, J. L., & Ekelund, U. (2023). Development of outcomes for evaluating emergency care triage: a Delphi approach. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 31(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13049-023-01073-1>
- Kakemam, E., Arab-Zozani, M., Raeissi, P., & Albelbeisi, A. H. (2022). The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 800. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08194-w>
- Khan, N. (2024). The media, healthcare messaging, and the doctor–patient relationship. *British Journal of General Practice*, 74(743), 264–265. <https://doi.org/10.3399/bjgp24X738345>
- Kitta, P., Indar, I., & Alwi, S. (2022). The Medical Committee’s Implementation of Hospital Internal Regulations to Improve Hospital’s Clinical Governance. *Journal of Social Science*, 3(3), 547–566. <https://doi.org/10.46799/jss.v3i3.346>
- Knight, L., Neiva Ganga, R., & Tucker, M. (2024). Integrated care system leadership: a rapid realist review. *Leadership in Health Services*, 37(3), 327–341. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2023-0092>
- Liddell, K., Skopek, J. M., Le Gallez, I., & Fritz, Z. (2022). Differentiating Negligent Standards of Care in Diagnosis. *Medical Law Review*, 30(1), 33–59.

<https://doi.org/10.1093/medlaw/fwab046>

- Madan, R., Das, N., Patley, R., Nagpal, N., Malik, Y., & Math, S. B. (2024). Consequences of medical negligence and litigations on health care providers – A narrative review. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(4), 317–325. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_799\\_23](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_799_23)
- Manurung, M. E. M., Sitorus, J., & Hutahaean, A. (2022). The Relationship Between The Level of Knowledge of Nurses and Response Time in The Emergency Installation at Porsea Regional General Hospital Toba Regency. *Journal of Midwifery and Nursing*, 4(2), 55–62. <https://doi.org/10.35335/jmn.v4i2.2197>
- Mashayekh, M., & Abbasi Sarmadi, M. (2025). From ancient healing to modern litigation: a historical journey through medical negligence and tort law. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v18i19.20604>
- Maulana, A. (2021). Implementasi Hospital Bylaws dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. *Jurnal Juristic*, 2(03), 236–243. <https://oaj.jurnalhst.com/index.php/jkug/article/view/660>
- McBride, S. M., & Richman, B. D. (2025). Medical Staff Bylaws and Shared Governance. *JAMA*, 334(7), 569. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.10908>
- McGarry, J., Krall, S. P., & McLaughlin, T. (2010). Impact of resident physicians on emergency department throughput. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 333–335. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21079704>
- Mell, H. K., Mumma, S. N., Hiestand, B., Carr, B. G., Holland, T., & Stopyra, J. (2017). Emergency Medical Services Response Times in Rural, Suburban, and Urban Areas. *JAMA Surgery*, 152(10), 983. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.2230>
- Minkman, M. M. N., Zonneveld, N., Hulsebos, K., van der Spoel, M., & Ettema, R. (2025). The renewed Development Model for Integrated Care: a systematic review and model update. *BMC Health Services Research*, 25(1), 434. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12610-2>
- Miyawaki, A., Jena, A. B., Burke, L. G., Figueroa, J. F., & Tsugawa, Y. (2023). Association Between Emergency Physician’s Age and Mortality of Medicare Patients Aged 65 to 89 Years After Emergency Department Visit. *Annals of Emergency Medicine*, 82(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.02.010>
- Mutai, V. K. (2019). Legal risks in medical practice. *Community Eye Health*, 32(106), 31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31649428>
- Nandra, R., Brockie, A. F., & Hussain, F. (2020). A review of informed consent and how it has

- evolved to protect vulnerable participants in emergency care research. *EFORT Open Reviews*, 5(2), 73–79. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.5.180051>
- Pandit, M., & Pandit, S. (2009). Medical negligence: Coverage of the profession, duties, ethics, case law, and enlightened defense - A legal perspective. *Indian Journal of Urology*, 25(3), 372. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.56206>
- Patel, P., Anderson, H. E., Keenly, L., & Vinson, D. (2014). Informed Consent Documentation for Lumbar Puncture in the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 318–324. <https://doi.org/10.5811/westjem.2014.1.19352>
- Pell, J. P., Sirel, J. M., Marsden, A. K., Ford, I., & Cobbe, S. M. (2001). Effect of reducing ambulance response times on deaths from out of hospital cardiac arrest: cohort study. *BMJ*, 322(7299), 1385–1388. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7299.1385>
- Pemerintah Pusat. (2024). Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Kemendes RI*.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2023). Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. In *Pemerintah Republik Indonesia*.
- Ratna Devi, Parmin, N. (2019). ETHICO-MEDIKOLEGAL EMERGENCY SERVICE. *Ayan*, 8(5), 55. <https://jurnal.untagsmg.ac.id/index.php/ulrev/article/view/1073/988>
- Raya, M. B., Ginting, M., & Tresnajaya, R. (2024). The Relationship of Nurse Response Time with Patient Satisfaction BPJS at the Emergency Installation of the Bayukarta Hospital Karawang. *Indonesian Journal of Health Research and Development*, 2(1), 44–52. <https://doi.org/10.58723/ijhrd.v2i1.172>
- Reisch, L. M., Flores, M. J., Radick, A. C., Shucard, H. L., Kerr, K. F., Piepkorn, M. W., Barnhill, R. L., Elder, D. E., Knezevich, S. R., & Elmore, J. G. (2020). Malpractice and Patient Safety Concerns. *American Journal of Clinical Pathology*, 154(5), 700–707. <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqaa088>
- Renkema, E., Ahaus, K., Broekhuis, M., & Tims, M. (2019). Triggers of defensive medical behaviours: a cross-sectional study among physicians in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(6), e025108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025108>
- Rice, B., Pickering, A., Laurence, C., Kizito, P. M., Leff, R., Kisingiri, S. J., Ndyamwijuka, C., Nakato, S., Adriko, L. F., & Bisanzo, M. (2022). Emergency medicine physician supervision and mortality among patients receiving care from non-physician clinicians in a task-sharing model of emergency care in rural Uganda: a retrospective analysis of a single-centre training programme. *BMJ Open*, 12(6), e059859. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059859>

- Ries, N. M., Johnston, B., & Jansen, J. (2022). A qualitative interview study of Australian physicians on defensive practice and low value care: “it’s easier to talk about our fear of lawyers than to talk about our fear of looking bad in front of each other”. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00755-2>
- Rudianto, R. R. (2018). Pelaksanaan Perlindungan Hukum Terhadap Tanggung Jawab Dokter Jaga Di Instalasi Gawat Darurat Berdasarkan Hukum Positif Indonesia. *Jurnal Idea Hukum*, 4(2).
- Schuetz, P., Hausfater, P., Amin, D., Amin, A., Haubitz, S., Faessler, L., Kutz, A., Conca, A., Reutlinger, B., Canavaggio, P., Sauvin, G., Bernard, M., Huber, A., & Mueller, B. (2015). Biomarkers from distinct biological pathways improve early risk stratification in medical emergency patients: the multinational, prospective, observational TRIAGE study. *Critical Care*, 19(1), 377. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-1098-z>
- Schwitzer, G. (2013). Addressing tensions when popular media and evidence-based care collide. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(S3), S3. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-S3-S3>
- Shenoy, A., Shenoy, G. N., & Shenoy, G. G. (2022). Patient safety assurance in the age of defensive medicine: a review. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00319-8>
- Simianu, V. V., Grounds, M. A., Joslyn, S. L., LeClerc, J. E., Ehlers, A. P., Agrawal, N., Alfonso-Cristancho, R., Flaxman, A. D., & Flum, D. R. (2016). Understanding clinical and non-clinical decisions under uncertainty: a scenario-based survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0391-3>
- Sorić, M. (2022). Effect of the Introduction of Emergency Medicine Specialists on the Emergency Department Performance Indicators: a retrospective data analysis. *Acta Clinica Croatica*. <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.s1.01>
- Stein, K. V. (2010). The cause for action? Decision-making and priority setting in integrated care. A multidisciplinary approach. In *International Journal of Integrated Care* (Vol. 10).
- Stein, V., Barbazza, E. S., Tello, J., & Kluge, H. (2013). Towards people-centred health services delivery: a Framework for Action for the World Health Organisation (WHO) European Region. *International Journal of Integrated Care*, 13(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.1514>
- Sun, Y., Iwagami, M., Komiyama, J., Sugiyama, T., Inokuchi, R., Sakata, N., Ito, T., Yoshie, S., Matsui, H., Kume, K., Sanuki, M., Kato, G., Mori, Y., Ueshima, H., & Tamiya, N.

- (2023). Association between types of home healthcare and emergency house calls, hospitalization, and end-of-life care in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(6), 1795–1805. <https://doi.org/10.1111/jgs.18268>
- Syauf, A., Haiti, D., & Mursidah. (2021). Application of Restorative Justice Values in Settling Medical Malpractice Cases. *International Journal of Criminology and Sociology*, 10, 103–110. <https://doi.org/10.6000/1929-4409.2021.10.14>
- TAYLOR, W. I. (1965). HOSPITAL MEDICAL STAFF BY-LAWS: AN INSTRUMENT FOR SELF-GOVERNMENT. *Canadian Medical Association Journal*, 93(12), 653–658. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14346464>
- Terp, S., Wang, B., Raffetto, B., Seabury, S. A., & Menchine, M. (2017). Individual Physician Penalties Resulting From Violation of Emergency Medical Treatment and Labor Act: A Review of Office of the Inspector General Patient Dumping Settlements, 2002–2015. *Academic Emergency Medicine*, 24(4), 442–446. <https://doi.org/10.1111/acem.13159>
- Thornton, R. G. (2000). The Edges of Physician Liability. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 13(3), 300–302. <https://doi.org/10.1080/08998280.2000.11927694>
- Tisherman, S. A. (2018). Defining “Community” and “Consultation” for Emergency Research that Requires an Exception from Informed Consent. *AMA Journal of Ethics*, 20(5), 467–474. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2018.20.5.stas1-1805>
- Tsaneva-Atanasova, K., Pederzanil, G., & Laviola, M. (2025). Decoding uncertainty for clinical decision-making. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 383(2292). <https://doi.org/10.1098/rsta.2024.0207>
- Watson, G., Moore, C., Aspinal, F., Hutchings, A., Raine, R., & Sheringham, J. (2023). A mixed-methods process evaluation of an integrated care system’s population health management system to reduce health inequalities in COVID-19 vaccination uptake. *Journal of Integrated Care*, 31(4), 256–273. <https://doi.org/10.1108/JICA-07-2023-0050>
- WILLIAMS, K. J., & OSBALDESTON, J. B. (1965). THE HOSPITAL MEDICAL ADVISORY COMMITTEE--THE CABINET OF THE MEDICAL STAFF. *Canadian Medical Association Journal*, 92(21), 1117–1124. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14285296>
- Wilson, A., Bonevski, B., Jones, A., & Henry, D. (2009). Media Reporting of Health Interventions: Signs of Improvement, but Major Problems Persist. *PLoS ONE*, 4(3), e4831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004831>
- Yap, J. (2021). Understanding Integrated Care with the Business Model Canvas. *International*

*Journal of Integrated Care*, 20(3), 122. <https://doi.org/10.5334/ijic.s4122>

Yohanes Firmansyah, & St. Laksanto Utomo. (2021). A Hospital's Legal Responsibility For Patient Rights During The Covid-19 Pandemic - A Review From The Health Sector's Law Regulations. *Jurnal Indonesia Sosial Sains*, 2(08), 1392–1406. <https://doi.org/10.59141/jiss.v2i08.392>

Zibulewsky, J. (2001). The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Emtala): What It Is and What It Means for Physicians. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(4), 339–346. <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927785>