

C.36

SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Prof. Dr. H. Indar. S.H, M.P.H.

Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.

Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si.

Ir. Nurhayani M.Kes.



PUSTAKA PELAJAR

**SENGKETA
PELAYANAN
KESEHATAN
DAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL**

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
tentang Hak Cipta

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Prof. Dr. H. Indar, S.H, M.P.H.

Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.

Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si.

Ir. Nurhayani M.Kes.



PUSTAKA PELAJAR

SENGKETA
PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL

Penulis

Prof. Dr. H. Indar, S.H, M.P.H.
Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.
Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si.
Ir. Nurhayani M.Kes.

Desain Cover:
Wisnu

Tata Aksara
Dimaswids

Cetakan I. Juli 2020

Penerbit
Pustaka Pelajar
Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta
Telp. 0274 381542, Faks. 0274 383083
Email: pustakapelajar@yahoo.com

ISBN: 978-623-236-092-1

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan seru sekalian alam. Kepada-Nyalah kita menyembah dan kepada-Nyalah kita mohon pertolongan. Tidak ada yang dapat terjadi kecuali atas perkenan-Nya, termasuk dalam penulisan buku ini. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada junjungan kita Nabi besar Muhammad Shallallahu 'alaihi wasallam.

Buku Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional ini merupakan buku penting yang diperlukan oleh para mahasiswa, para dosen dan pemerhati jaminan kesehatan nasional yang aplikasinya melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) .

Buku ini diilhami oleh keinginan penulis untuk berbagi kepada mahasiswa, dosen dan pemerhati jaminan kesehatan nasional untuk lebih "Concern" terhadap perlindungan dan penegakan hukum baik terhadap pasien dan atau keluarganya sebagai peserta sekaligus sebagai penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*) maupun kepada tenaga medik serta tenaga kesehatan lainnya, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) terutama berkaitan dengan masalah kepuasan dalam pelayanan kesehatan.

Dengan terbitnya buku Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan tinggi kepada Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Civitas Akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang banyak memfasilitasi proses penerbitan buku ini. Semoga buku yang sederhana ini bisa berguna utamanya bagi dunia pendidikan,

Penulis berharap tegur sapa yang membangun demi kesempurnaan buku ini sekalian selalu ditunggu dengan senang hati. Akhirnya, penulis berharap pertolongan dan ridha-Nya. Mudah-mudahan buku ini dapat memberikan manfaat yang banyak.

Makassar, 17 Ramadhan 1441 H/11 Mei 2020

Penulis

SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN.

Dengan mengucap Puji Syukur kehadiran ALLAH SWT atas terbitnya buku yang berjudul **Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional**". Buku ini dibuat sebagai rangkuman berbagai literatur untuk membantu mahasiswa, dosen dan pemerhati masalah jaminan kesehatan nasional di pendidikan hukum dan kesehatan Indonesia umumnya dan di Universitas Hasanuddin pada khususnya.

Buku ini memuat tentang Pelayanan Kesehatan di mana dapat menjadi sumber konflik dan atau sengketa dalam pelayanan kesehatan bahkan karena tindakan Fraud dan atau Malpraktik Dalam Pelayanan Kesehatan. Dalam proses pelayanan kemungkinan timbul konflik yang berpotensi menjadi sengketa antara pasien dan atau keluarganya sebagai penerima pelayanan (health receiver) dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya, rumah sakit dan fasilitas serta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai pemberi pelayanan kesehatan

(health provider).

Sejatinya baik penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*) maupun pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) secara yuridis formal berhak mendapatkan perlindungan hukum dan membutuhkan penegakan hukum dalam proses pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Jika terjadi konflik apalagi menjurus ke sengketa pelayanan kesehatan, maka pihak yang terlibat dalam konflik dan sengketa tentunya memerlukan penyelesaian. Dalam hubungan inilah hukum menghadirkan Alternatif Penyelesaian Sengketa, baik secara litigasi maupun non-litigasi. Dalam kondisi inilah diperlukan peran peradilan profesi dan peradilan non profesi kesehatan.

Sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, kami haturkan selamat kepada penulis buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Insya Allah. Amin.

Makassar, 17 Ramadhan 1441 H/11 Mei 2020



Dr. Aminuddin Syam, S.K.M, M.Kes, M.Med Ed

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR — v

**SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN — vii**

DAFTAR ISI — ix

BAB I

PELAYANAN KESEHATAN — 1

- A. Pengertian Pelayanan Kesehatan — 1
- B. Sistem Pelayanan Kesehatan — 4
- C. Persyaratan Pelayanan Kesehatan — 6
- D. Standar Pelayanan Kesehatan — 9
- E. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan — 15
- C. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan — 27
- F. Kasus Pelayanan Kesehatan — 27

BAB II.

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) — 32

- A. Pendahuluan — 32
- B. Pengertian BPJS Kesehatan — 34

- C. Hubungan Hukum dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional — 48
- D. Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan — 51
- E. Potensi Sengketa Dalam Pelayanan BPJS — 55
- F. Penyelesaian Sengketa Dalam Pelayanan Kesehatan BPJS — 62
- G. Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) — 64
- H. Dewan Jaminan Sosial Nasional — 67

BAB III.

PERLINDUNGAN HUKUM DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 68

- A. Pengertian Perlindungan Hukum — 68
- B. Bentuk Perlindungan Hukum — 70

BAB IV.

PENEGAKAN HUKUM PELAYANAN KESEHATAN — 83

- A. Pengertian Penegakan Hukum — 83
- B. Penegak Hukum dan Kewenangan — 84

BAB V.

FRAUD DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 104

- A. Pendahuluan — 104
- B. Definisi Fraud — 105
- C. Bentuk Fraud Dalam Pelayanan Kesehatan — 109
- D. Kasus Tindakan Fraud Pengelola Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan — 114

BAB VI.

MALAPRAKTIK PELAYANAN KESEHATAN — 117

- A. Pendahuluan — 117
- B. Pengertian Malpraktik — 118
- C. Jenis Malpraktik — 122
- D. Pencegahan Malpraktik Pelayanan Kesehatan — 124

BAB VII.

KONFLIK DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 126

- A. Pendahuluan — 126
- B. Pengertian Konflik — 128
- C. Sebab Timbulnya Konflik — 132
- D. Jenis Konflik — 136
- E. Akibat konflik — 139
- F. Konflik Dalam Pelayanan Kesehatan — 140
- G. Sumber Konflik Dalam Pelayanan Kesehatan — 142

BAB VIII.

SENGKETA DALAM PELAYANAN KESEHATAN — 147

- A. Pendahuluan — 147
- B. Pengertian Sengketa — 150
- C. Sebab-sebab Timbulnya Sengketa — 151
- D. Sengketa Pelayanan Kesehatan — 154

BAB IX.

ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA — 155

- A. Teori Penyelesaian Sengketa — 155
- B. Alternatif Penyelesaian Sengketa — 158

BAB X.

PENYELESAIAN SENGKETA DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL — 163

- A. Pendahuluan — 163
- B. Jaminan Kesehatan Nasional — 164
- C. Dasar Hukum Jaminan Kesehatan Nasional — 166
- D. Sumber Sengketa Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional — 175
- E. Sengketa Bersumber Pengaduan — 178
- F. Sengketa Bersumber di Luar Pengaduan — 179
- G. Lembaga Penyelesaian Sengketa JKN — 181
- H. Jenis Sengketa JKN dan Alternatif Penyelesaian — 184

BAB XI.

PENYELESAIAN SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN MELALUI MEDIASI — 189

- A. Latar Belakang — 189
- B. Pelayanan Kesehatan Berbasis Upaya Maksimal
(*Inspanning Verbintennis*) — 194
- C. Mediasi dan Budaya Luhur Bangsa Indonesia — 196
- D. Mediasi Sebagai Penyelesaian Sengketa
Kesehatan — 197
- E. Mediasi Sebagai bagian Upaya Menuju Masyarakat
Sejahtera — 199
- F. Prosedur dan Tata Cara Mediasi — 200

BAB XII.

DEWAN PERTIMBANGAN KLINIS BPJS — 206

- A. Pendahuluan — 206
- B. Dasar Hukum Dewan Pertimbangan Klinis — 208
- C. Tujuan Dewan Pertimbangan Klinis — 210
- D. Organisasi Dan Keanggotaan — 211
- E. Tugas dan Wewenang Dewan Pertimbangan
Klinis — 213
- F. Tugas Sekretariat Dewan Pertimbangan Klinis — 216
- G. Fungsi Dewan Pertimbangan Klinis — 217
- H. Mekanisme Kerja Pertimbangan Klinis — 220
- I. Pendanaan — 227

BAB XIII.

PERADILAN BIDANG KESEHATAN — 228

- A. Pendahuluan — 228
- B. Peradilan Etik — 230
- C. Peradilan Lembaga Profesi — 232
- D. Peradilan Lembaga Non Profesi — 247

BAB XIV.

MENGAGAS PERADILAN ETIK DI INDONESIA — 270

- A. Perkembangan Lembaga Peradilan dalam Sejarah — 270
- B. Tahap Perkembangan Etika — 280
- C. Sistem Norma Agama, Etika, dan Hukum — 291
- D. Pelembagaan Sistem Norma Etika — 298
- E. Menuju Terbentuknya Peradilan Etika Modern — 299

DAFTAR PUSTAKA — 307

INDEKS — 312

TENTANG PENULIS — 317

BAB I

PELAYANAN KESEHATAN

A. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Levey dan Loomba (1973).

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan **kesehatan** perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Sesuai dengan batasan di atas, bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini ditentukan oleh:

1. Pengorganisasian **pelayanan**, di mana pelayanan dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam

suatu organisasi.

2. Ruang lingkup kegiatan, di mana pelayanan hanya mencakup kegiatan pemeliharaan **kesehatan**, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. **Pelayanan kedokteran**

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok **pelayanan** kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga. Ditandai dengan cara pengorganisasian yang bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta utamanya adalah perseorangan dan keluarga.

Untuk kedokteran, sudah jelas bahwa yang melayani adalah tenaga para dokter. Fokus utamanya adalah menyembuhkan penyakit dan sasaran utamanya adalah keluarga maupun individu (perseorangan). Biasanya jenis layanan ini kurang memperhatikan efisiensi dan tidak boleh menarik perhatian karena hal ini bertentangan dengan etika kedokteran. Dalam melayani pasien, dokter terikat undang-undang dan menjalankan fungsi perseorangan. Dokter hanya bertanggung jawab pada pasien dan tidak bisa memonopoli usaha kesehatan.

2. **Pelayanan kesehatan masyarakat**

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta

sasarannya untuk kelompok dan masyarakat. Sasaran utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah masyarakat dan kelompok tertentu. Sementara itu untuk pelayanan kesehatan masyarakat, tenaga yang melayani adalah ahli kesehatan masyarakat.

Fokus utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah untuk mencegah penyakit dan sasaran utamanya tentu adalah masyarakat secara menyeluruh. Dalam melayani, para tenaga ahli biasanya mencari cara yang paling efektif dan efisien. Menarik perhatian masyarakat dan menjalankan fungsi dengan mengorganisirnya. Walaupun demikian, para tenaga pelaksana juga tetap mendapat dukungan peraturan perundang-undangan. Untuk memberikan layanan pada masyarakat, layanan harus selalu tersedia serta bersifat berkesinambungan (terus-menerus) atau semua pelayanan yang diperlukan oleh masyarakat tidak akan sulit ditemukan.

Selain itu dalam melayani masyarakat, pelayanan juga harus wajar, bisa diterima atau tidak bertentangan dengan kepercayaan dan keyakinan yang dijalankan di masyarakat setempat. Dari segi biaya, biayanya juga harus memperhatikan faktor kemampuan ekonomi warga setempat sehingga tidak akan membebani mereka dari segi finansial. Walaupun biayanya murah bukan berarti layanan yang diberikan boleh sembarangan, karena pelayanan yang diberikan juga harus bermutu sesuai dengan kode etik dan standar yang sudah ditetapkan sebelumnya. Jika hal ini dilaksanakan, diharapkan dapat meningkatkan taraf kesehatan di masyarakat

Berdasarkan pasal 30 ayat (1), (2) dan (3) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri atas: Pelayanan Kesehatan Perseorangan, Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Dan, pelayanan kesehatan perseorangan ini dilaksanakan oleh praktik dokter atau tenaga kesehatan yang dibantu oleh pemerintah baik daerah maupun swasta.

B. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam UUD 45.

Dalam pelayanan kesehatan juga mengenal akan tempat pelayanan kesehatan seperti halnya rumah sakit dan juga Puskesmas. Rumah sakit adalah sebagai suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sedangkan fungsi rumah sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan: Pelayanan medik. Dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Tujuan puskesmas adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

Subsistem dalam pelayanan kesehatan adalah input, proses, output, dampak, umpan balik. Input adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem. Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran

setelah beberapa waktu lamanya. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut. Lingkungan adalah dunia di luar sistem yang memengaruhi sistem tersebut.

Sebagai ilustrasi, di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas, input adalah Dokter, perawat, obat-obatan, . Prosesnya: kegiatan pelayanan puskesmas, Outputnya adalah Pasien sembuh/tidak sembuh, dampaknya yaitu meningkatnya status kesehatan masyarakat, umpan baliknya yakni keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan, lingkungannya, masyarakat dan instansi di luar puskesmas tersebut. Dalam pelaksanaannya pelayanan kesehatan sebagai realisasi dari upaya kesehatan bertujuan

1. Promotif yakni memelihara dan meningkatkan kesehatan. Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif yaitu pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit yang terdiri dari:
 - a. Preventif primer, terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik.
 - b. Preventive sekunder, terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut.
 - c. Preventif tersier yaitu pembuatan diagnosis ditujukan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosis dan pengobatan Kuratif (penyembuhan penyakit).
 - d. Rehabilitasi (pemulihan) berupa Usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan.

Pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatannya.

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer). Diperlukan

untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu) Puskesmas Keliling (Pusling).

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder). Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer seperti Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier). Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder seperti Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Pasal 30 ayat (1): Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri: a. Pelayanan Kesehatan Perseorangan; dan b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Pasal 30 ayat (2): Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama; b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Pasal 30 ayat (3) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pihak pemerintah, pemerintah daerah dan swasta.

C. Persyaratan Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996) suatu pelayanan kesehatan harus mempunyai persyaratan pokok, hal ini dimaksudkan persyaratan pokok itu dapat memberi pengaruh kepada pasien dalam menentukan keputusannya terhadap penggunaan ulang pelayanan kesehatan.

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta bersifat berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua

jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat serta bersifat wajar artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan, adat istiadat, kebudayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Bila fasilitas ini mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia, maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat penggunaan di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa yang akan datang.

4. Terjangkau

Syarat pokok keempat pelayanan yang baik adalah terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud di sini terutama dari sudut biaya untuk dapat mewujudkan harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal yang hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan yang baik adalah bermutu (*Quality*) yaitu yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib, memberikan akses yang luas bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, dalam hal demikian fasilitas pelayanan kesehatan akan memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu, dalam keadaan darurat fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah wajib untuk melayani pasien tanpa memandang siapa pasien tersebut, hal ini dalam undang-undang melarang bagi siapa saja yang terlibat dalam pelayanan kesehatan menyalahkan pasien dalam keadaan darurat untuk menolak pasien atau meminta uang muka sebagai jaminan. Pelayanan kesehatan adalah kegiatan dengan melakukan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dalam pelayanan kesehatan perseorangan sesuai dengan pasal 30 ayat (1) adalah ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat adalah ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat

Pelayanan kesehatan ini adalah mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibandingkan kepentingan lainnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu serta merata dan non-diskriminatif, dalam hal ini pemerintah sangat bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan, serta menjamin standar mutu pelayanan kesehatan. Dengan demikian, sangat jelaslah

bahwa dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pemerintah sangat peduli dengan adanya ketentuan-ketentuan yang berlaku menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, maka hak-hak pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan tersebut dapat terlindungi.

Seiring dengan masuknya arus globalisasi maka pemerintah mencoba untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, hal ini untuk menjamin masyarakat dengan adanya perkembangan teknologi yang sangat cepat sehingga permasalahan kesehatan dapat teratasi demi kepuasan masyarakat. Kepentingan-kepentingan masyarakat akan dapat menginginkan adanya perubahan dalam bidang pelayanan kesehatan, meskipun dalam beberapa kasus yang terjadi saat ini membuat masyarakat merasa lebih berhati-hati dalam memilih tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dengan hadirnya Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan ini diharapkan akan membawa perubahan dalam bidang pelayanan kesehatan baik perseorangan maupun masyarakat, serta memberikan perlindungan yang maksimal bagi masyarakat.

D. Standar Pelayanan Kesehatan

Standar pelayanan digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memudahkan dalam melaksanakan tugas, meningkatkan keterampilan, perlindungan hukum, penilaian, dan keseragaman. Oleh karena itu, standar harus dipahami oleh semua tenaga kesehatan khususnya bagi tenaga keperawatan. Terdapat beberapa pengertian standar antara lain:

- a. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat *performance* atau kondisi tersebut.
- b. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.

- c. Ukuran atau patokan yang dipakai untuk mengukur kualitas, berat, nilai atau mutu.
- d. Menurut Royal College Nursing (CRN, 1986) *A standard is professionally agreed level of performance appropriate to the population adressed, which is observable, achievable, measurable, and desirable.*

Standar mengandung makna penting antara lain:

- a. Menjelaskan apa yang harus dicapai
- b. Menjelaskan tingkat yang harus dicapai
- c. Mencakup kegiatan-kegiatan atau persyaratan tertentu yang harus dipenuhi agar dapat disebut mutu.

Standar harus memenuhi beberapa hal penting yaitu:

- a. Dapat diukur (*measurable*)
- b. Dapat dipercaya (*realistic*)
- c. Semestinya (*appropriate*)
- d. Sesuai keinginan dan dapat diterima (*desirable and acceptable*)

Standar dalam pelayanan banyak macamnya. Jika ditinjau dari unsur pokok yang terdapat dalam pelayanan kesehatan, secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu (Azwar, 1996:) sebagai berikut:

1. Standar Persyaratan Minimal (*Minimum Requirement Standard*) yang dibedakan atas tiga macam yaitu
 - a. Standar Masukan (*Standard of Input*)
Merupakan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat diselenggarakannya pelayanan kesehatan yang bermutu. Di dalam standar ini unsur terpenting berupa tenaga pelaksana (*man power*), sarana (*facilities*), dan dana (*money*). Apabila standar masukan tidak dipenuhi, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan pelayanan bermutu.
 - b. Standar lingkungan (*Standard of Environment*)
Standar lingkungan banyak macamnya, tetapi yang

terpenting adalah Garis besar kebijakan (*policy*) yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya dan struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan. Sistem manajemen (*Management*) yang dianut oleh suatu sarana pelayanan. Standar lingkungan ini populer dengan sebutan standar organisasi dan manajemen (*Standard of organization and management*) Secara umum disebutkan apabila standar lingkungan tidak terpenuhi maka sulit diharapkan suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu.

c. Standar Proses (*Standard of process*)

Proses yang dimaksudkan di sini dibedakan atas dua macam yaitu Tindakan medik (*Medical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan dan Tindakan nonmedik (*Nonmedical procedures*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan. Standar proses yang dikenal pula dengan nama standar tindakan (*Standard of conduct*). Oleh karena, baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka harus dapat diupayakan tersusunnya standar proses tersebut. Secara umum disebutkan apabila standar proses tidak terpenuhi, maka sulit dikatakan suatu tindakan sesuai dengan standar.

2. Standar Penampilan Minimal (*Minimum Performance Standard*) yaitu: menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Oleh karena, standar ini menunjuk pada unsur keluaran maka dimensi standar ini sangat luas. Namun, karena pelayanan kesehatan pada hakikatnya diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien, yang apabila terpenuhi akan memuaskan pasien, maka dimensi yang dianut lebih diutamakan dari sudut pasien yaitu yang dapat memin-

bulkan rasa puas tersebut (*patient satisfaction*). Dalam hal ini dikenal dua aspek penampilan sebagai berikut:

- a. Penampilan aspek medik (*medical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan medik.
- b. Penampilan aspek non medik (*nonmedical performance*) yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan non medik.

Kedua standar ini saling berhubungan dan memengaruhi yang secara keseluruhan disebut dengan Standar Pelayanan Medik (*Standard of Medical Services*).

Pelayanan medik merupakan suatu sistem yang kompleks dengan sifat hubungan antar komponen yang ketat (*complex and tightly coupled*), khususnya di ruang gawat darurat, ruang bedah dan ruang rawat intensif. Sistem yang kompleks umumnya ditandai dengan spesialisasi dan interdependensi. Dalam suatu sistem yang kompleks, satu komponen dapat berinteraksi dengan banyak komponen lain, kadang dengan cara yang tak terduga atau tak terlihat. Semakin kompleks dan ketat suatu sistem akan semakin mudah terjadi kecelakaan (*prone to accident*), oleh karena itu praktik kedokteran haruslah dilakukan dengan tingkat kehati-hatian yang tinggi.

Setiap tindakan medis mengandung risiko buruk, sehingga harus dilakukan tindakan pencegahan ataupun tindakan mereduksi risiko. Namun demikian, sebagian besar diantaranya tetap dapat dilakukan oleh karena risiko tersebut dapat diterima (*acceptable*) sesuai dengan "state-of-the-art" ilmu dan teknologi kedokteran. Risiko yang dapat diterima adalah risiko-risiko sebagai berikut

1. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya cukup kecil, dapat diantisipasi, diperhitungkan atau dapat dikendalikan, misalnya efek samping obat, perdarahan dan infeksi pada pembedahan, dan lain-lain.
2. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya besar

pada keadaan tertentu, yaitu apabila tindakan medis yang berisiko tersebut harus dilakukan karena merupakan satu-satunya cara yang harus ditempuh (*the only way*), terutama dalam keadaan gawat darurat.

Kedua jenis risiko di atas apabila terjadi bukan menjadi tanggung jawab dokter sepanjang telah diinformasikan kepada pasien dan telah disetujui (*volenti non fit injuria*). Dengan *adverse events* diartikan sebagai setiap cedera yang lebih disebabkan karena manajemen kedokteran daripada akibat penyakitnya, sedangkan *adverse event* yang disebabkan suatu error adalah bagian dari *preventable adverse events*. *Error* sendiri diartikan sebagai kegagalan melaksanakan suatu rencana tindakan (*error of execution; lapses dan slips*) atau penggunaan rencana tindakan yang salah dalam mencapai tujuan tertentu (*error of planning; mistakes*). Di dalam kedokteran, semua error dianggap serius karena dapat membahayakan pasien.

Suatu hasil yang tidak diharapkan di bidang medik sebenarnya dapat diakibatkan oleh beberapa kemungkinan, yaitu:

1. Hasil dari suatu perjalanan penyakitnya sendiri, tidak berhubungan dengan tindakan medis yang dilakukan dokter.
2. Hasil dari suatu risiko yang tak dapat dihindari, yaitu risiko yang tak dapat diketahui sebelumnya (*unforeseeable*); atau risiko yang meskipun telah diketahui sebelumnya (*foreseeable*) tetapi dianggap *acceptable*, sebagaimana telah diuraikan di atas.
3. Hasil dari suatu kelalaian medik.
4. Hasil dari suatu kesengajaan

Guna menilai bagaimana kontribusi manusia dalam suatu *error* dan dampaknya, perlu dipahami perbedaan antara *active errors* dan *latent errors*. *Active errors* terjadi pada tingkat operator garis depan dan dampaknya segera dirasakan, sedangkan *latent errors* cenderung berada di luar kendali operator garis depan, seperti desain buruk, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan

yang buruk, kesalahan keputusan manajemen, dan struktur organisasi yang buruk.

Latent error merupakan ancaman besar bagi keselamatan (*safety*) dalam suatu sistem yang kompleks, oleh karena sering tidak terdeteksi dan dapat mengakibatkan berbagai jenis *active errors*. Sebagai contoh adalah sistem pendidikan dokter spesialis yang mahal, pembolehan dokter bekerja pada “banyak” rumah sakit, tidak adanya sistem yang menjaga akuntabilitas profesi (lihat pula bagan di bawah) adalah *latent errors* yang tidak terasa sebagai *error*, namun sebenarnya merupakan akar dari kesalahan manajemen yang telah banyak menimbulkan *unsafe conditions* dalam praktik kedokteran di lapangan. Bila satu saat *unsafe conditions* ini bertemu dengan suatu *unsafe act* (*active error*), maka terjadilah *accident*. Dalam hal ini perlu kita pahami bahwa penyebab suatu *accident* bukanlah *single factor* melainkan *multiple factors*.

Umumnya kita merespons suatu error dengan berfokus pada *active error*-nya dengan memberikan hukuman kepada individu pelakunya, *retraining* dan lain-lain yang bertujuan untuk mencegah berulangnya *active errors*. Meskipun hukuman sering kali bermanfaat pada kasus tertentu (pada mistakes yang timbul karena kesengajaan), namun sebenarnya tidak cukup efektif. Memfokuskan perhatian kepada *active errors* akan membiarkan *latent errors* tetap ada di dalam sistem, atau bahkan mungkin akan terakumulasi, sehingga sistem tersebut semakin mungkin mengalami kegagalan di kemudian hari

Pendapat yang mengatakan bahwa kecelakaan dapat dicegah dengan desain organisasi dan manajemen yang baik akhir-akhir ini sangat dipercaya kebenarannya. Konsep *safety* (dalam hal ini *patient safety*), yang pada mulanya diberlakukan di dalam dunia penerbangan, akhir-akhir ini diterapkan oleh Institute of Medicine di Amerika (dan institusi serupa di negara-negara lain). Keselamatan pasien diartikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan terjadinya *adverse events* atau

freedom from accidental injury. Keselamatan tidak terdapat pada diri individu, peralatan ataupun bagian (departemen, unit), melainkan muncul dari interaksi komponen-komponen dalam sistem. Berasal dari pemahaman ini muncullah konsep *human factors* yang mempelajari hubungan antar manusia, peralatan yang mereka gunakan dan lingkungan di mana mereka hidup dan bekerja

E. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

1. Undang-Undang Dasar 1945

Sehubungan dengan pelayanan kesehatan, maka acuan kita yang pertama adalah kepedulian (concern) terhadap eksistensi negara kita sebagaimana disebutkan dalam UUD 1945 sebagai negara hukum. Karena konsekuensi logisnya adalah tidak ada satu pun tindakan yang diperkenankan melanggar atau bertentangan dengan hukum yang berlaku. Hubungan profesional dalam bentuk pelayanan kesehatan pun tetap berada dalam lingkup pengertian ini.

Apabila dicermati UUD 1945 mulai dari pembukaan, pasal-pasal, batang tubuh, sampai dengan penjelasannya, memang tidak ada satu pasal pun yang secara langsung dan harfiah menyebutkan “pelayanan kesehatan”. Namun demikian, di dalam penjelasan UUD 1945 ada disebut perlunya negara penyelenggara kesejahteraan sosial yang dapat dianggap juga mencakup aspek kesehatan. Jika demikian, maka pelayanan kesehatan dapat dikatakan terpaut pada sila Perikemanusiaan dan sila Keadilan Sosial dari Pancasila.

Dalam penjelasan UUD 1945 ditegaskan pula Indonesia ialah negara yang berdasarkan hukum (*rechtsstaat*) tidak berdasarkan kekuasaan (*machtsstaat*). Selanjutnya dalam pembukaan UUD 1945 ditegaskan pula bahwa negara melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan

bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mencapai tujuan di atas maka pemerintah melakukan berbagai upaya antara lain dengan apa yang disebut "pemeliharaan kesejahteraan umum". Pemeliharaan kesejahteraan umum yang oleh Lemaire (Gautama, 1983) disebut "Bestuurszorg" adalah bahwa pemerintah ditugaskan untuk menyelenggarakan kepentingan umum, umpamanya mengurus pendidikan, pemberantasan buta huruf, perumahan rakyat, **kesehatan rakyat** (korsif penulis). Demikian pelayanan kesehatan adalah salah satu usaha untuk memajukan kesejahteraan umum.

Dalam batang tubuh UUD 1945 sendiri, pasal 27 ayat (2) menyebutkan bahwa tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan kehidupan yang layak bagi kemanusiaan, yang dapat diartikan termasuk berhak atas pelayanan kesehatan yang memungkinkan ia hidup layak, di samping ia berhak atas pekerjaan yang layak pula.

Kemudian apabila menganggap bahwa pelayanan kesehatan sebagian dari penyelenggaraan kesejahteraan umum, maka pasal UUD 1945 mengandung prinsip demokrasi ekonomi yang secara analogi dapat dijadikan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pula. Karena itu, seyogianya pelayanan kesehatan secara prinsip merupakan usaha bersama berdasarkan atas asas kekeluargaan (pasal 33 ayat 1), secara prinsipiil bahwa pelayanan kesehatan adalah penting bagi negara, karena menyangkut hajat hidup orang banyak, sehingga wajib diupayakan dan diatur oleh negara (pasal 33 ayat 2), juga secara prinsipiil bahwa pelayanan kesehatan harus bertujuan untuk mencapai kesejahteraan umum sebesar-besarnya.

Bertolak dari ketentuan tersebut di atas, jelas bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum seyogianya berlandaskan kepada pemberian perlindungan kepada pasien sebagai pengguna pelayanan

kesehatan, maupun masyarakat pada umumnya sebagai “calon pasien”.

2. Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 5 Undang-undang ini secara eksplisit menyatakan bahwa

- a. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- b. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau

Dalam Pasal 6 UUK ini menyatakan setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Kemudian Pasal 7 menyatakan setiap orang berhak untuk memperoleh informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab. Serta Pasal 8 menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya.

Menurut Verbene (Soekanto, 1990) dasarnya hak-hak asasi pribadi subjek hukum yaitu pasien mencakup:

1. Hak untuk hidup
2. Hak untuk mati secara wajar
3. Hak atas penghormatan terhadap integritas badaniah dan rohaniah
4. Hak atas tubuh sendiri

Dalam hubungan ini Purnadi Purbacaraka dan Soerjono Soekanto (Soekanto, 1990) mengemukakan adanya dua macam hak asasi yaitu hak asasi positif dan hak asasi negatif. Hak asasi positif berisikan kewenangan dasar yang sepenuhnya harus dijamin, seperti antara lain:

- a. Hak untuk bekerja
- b. Hak atas pelayanan kesehatan
- c. Hak atas perumahan
- d. Hak atas jaminan terhadap risiko keuangan, dalam

kecelakaan kerja, pensiun, keadaan sakit, hari tua dan seterusnya.

Hak asasi positif merupakan perangkat hak-hak asasi manusia yang harus dilindungi terhadap segala macam gangguan yang datang dari luar terhadap

- a. Pribadi dan kelompok
- b. Pemerintah dan negara

Berdasarkan sistematik di atas, jelas bahwa hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak asasi positif. Artinya suatu hak atau kewenangan yang harus dijamin. Jaminan terhadap hak atas pelayanan sebagai yang dikemukakan oleh Lemaire sebelumnya yang merupakan hak asasi positif menurut penulis senapas dengan pasal 14 Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 di mana peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya merupakan tanggung jawab pemerintah.

Dalam penjelasan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tugas dan tanggung jawab pemerintah pada dasarnya adalah mengatur, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan ataupun sumber dayanya. Sumber daya kesehatan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan yang tetap melaksanakan fungsi dan wewenang tanggung jawab sosialnya dengan pengertian bahwa sarana pelayanan kesehatan harus tetap memperhatikan semua golongan masyarakat terutama kepentingan golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah. Dengan perkataan lain pelayanan kesehatan dan sarana pelayanan harus tersedia di seluruh wilayah sampai ke daerah terpencil yang mudah dijangkau oleh masyarakat, termasuk fakir miskin, orang terlantar dan orang kurang mampu.

Dilihat dari sumber yang ada, maka tenaga kesehatan merupakan sumber daya yang paling penting yang berperan dalam pelayanan kesehatan. Adapun pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sebagai pelaksanaan suatu profesi yang merupakan pemberian pertolongan terhadap pasien, berdasarkan keahlian,

keterampilan, dan ketelitian yang menimbulkan hubungan hukum.

Terdapat asas hukum yang melandasi hubungan hukum itu antara lain:

- a. Asas legalitas, asas ini tersirat dari ketentuan pasal 23 UUK yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.
- b. Asas keseimbangan tersimpul dalam pasal 15 UUK yang bermakna penyelenggaraan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara material dan spiritual.
- c. Asas tepat waktu terkandung dalam pasal 58 UUK yakni bahwa setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- d. Asas itikad baik yakni merujuk ke pasal 1338 ayat (3) KUH Perdata bahwa perjanjian harus dilaksanakan dengan itikad baik. Dengan asas ini dapat dikatakan bahwa dalam pelaksanaan kewajiban dokter dan tenaga kesehatan lainnya hendaknya mematuhi standar pelayanan kesehatan dan menghormati hak pasien sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 53 ayat (2) UUK.
- e. Asas kejujuran bermakna bahwa kejujuran hendaknya melandasi segala kewajiban dokter dan tenaga kesehatan lainnya terutama untuk mematuhi standar pelayanan dan penghormatan terhadap hak-hak pasien.
- f. Asas kehati-hatian tersirat dari ketentuan pasal 54 ayat (1) UUK yakni bahwa dokter bertanggung jawab atas kesalahan atau kelalaiannya dalam melaksanakan tugasnya.
- g. Asas keterbukaan terkandung dalam pasal 8 UUK yang bermakna perlunya setiap orang memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan

pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

3. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dirumuskan dalam pasal 1 butir 3 peraturan ini yang menyatakan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Sejalan dengan ketentuan ini, dalam pasal 32 ayat (4) dinyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan perawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang untuk itu. Selanjutnya dalam pasal 50 tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Pengertian di atas menunjukkan otonomi yang sangat besar pada tenaga kesehatan yaitu hanya tenaga kesehatan sesuai kriteria di atas sajalah yang dapat melakukan tindakan dalam pelayanan kesehatan. Artinya, bahwa bila ada pihak lain yang bukan profesinya melakukan tindakan tersebut dapat terkena sanksi pidana sesuai pasal 84 ayat 4 dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan atau denda Rp. 100.000.000.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, maka tenaga kesehatan berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Standar profesi adalah pedoman yang dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik.

Standar profesi kesehatan menurut Leenen dalam bukunya "Gezondheidszorgen Recht" mengatakan bahwa formula dari norma standar profesi tenaga kesehatan adalah bertindak secara sama dengan cara yang secara proporsional wajar terhadap sasaran pengobatan tertentu (Ameln, 1989).

Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk:

- a. Menghormati pasien.
- b. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien.
- c. Memberikan persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan .
- d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Membuat dan memelihara rekam medis.

Dalam hal tenaga kesehatan tersebut melanggar standar profesi, maka yang bersangkutan dapat dikenai tindakan disiplin, di mana penentuan ada tidaknya kesalahan tersebut akan ditentukan oleh suatu majelis yang diatur dengan Keputusan Presiden No.56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK).

Bila dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, mengakibatkan terganggunya kesehatan, cacat atau kematian pasien tersebut, yang terjadi karena kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan, maka pasien dan atau keluarganya berhak atas tuntutan ganti rugi atas kejadian tersebut. Sebaliknya, perlindungan hukum diberikan kepada tenaga kesehatan yang melakukan tugasnya sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan.

4. Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

Persetujuan tindakan kedokteran digunakan ketika terjadi hubungan profesional antara dokter dengan pasiennya. Dengan persetujuan tindakan medik antara dokter dan pasien terjadi suatu perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak. Perjanjian antara dokter dan pasien dalam persetujuan tindakan medik adalah perjanjian daya upaya/ usaha yang maksimal (*in spanning verbitennis*).

Dari perjanjian ini dokter harus berusaha dengan segala ikhtiar dan usahanya, mengerahkan segenap kemampuannya, keterampilannya, ilmu pengetahuannya untuk menyembuhkan pasien. dokter harus memberikan perawatan dengan berhati-hati dan penuh perhatian sesuai dengan standar pelayanan medik. Sebab penyimpangan dari standar berarti pelanggaran perjanjian. Makna dari perjanjian ini adalah bahwa dokter harus mengambil alternatif untuk menunjuk dokter dan atau sarana kesehatan lainnya manakala ia merasa tidak mampu untuk melanjutkan upaya pengobatan dan perawatan pasien tersebut.

Permenkes No. 290 Tahun 2009 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 menyebutkan Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pihak pasien dan atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut. Selanjutnya pasal 2 Permenkes di atas menetapkan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien **harus** (koersif dari penulis) mendapat persetujuan tindakan kedokteran. Persetujuan dapat diberikan dalam bentuk lisan maupun tertulis. Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan.

Dari ketentuan di atas, ternyata bahwa pada dasarnya persetujuan tindakan kedokteran merupakan prosedur dalam pelayanan kesehatan yang merupakan suatu keharusan untuk dilakukan. Dokter yang melakukan tindakan medik tanpa persetujuan dari pasien atau keluarganya dapat dikenakan sanksi administratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku misalnya dicabut izin maupun penutupan tempat praktiknya. Seorang dokter yang melakukan pembedahan terhadap pasien tanpa persetujuan pasien dapat dipersalahkan menurut hukum.. Berdasarkan pasal 351 ia dapat dituduh melakukan penganiayaan.

5. Kepmenkes RI No. 032/Birhup/ 1972 tentang Referral System

Konsep tentang rujukan secara historis peletak dasarnya seorang dokter Yunani pada abad V yang bernama Hipokrates dalam sumpahnya yang kemudian mengilhami banyak orang yang berkarya dalam bidang medis. Sumpah itu berbunyi “..... Saya tidak akan melakukan pembedahan pada seseorang yang menderita penyakit batu, tetapi saya akan menyarankan orang itu kepada yang ahli dalam kepandaian membedah” (Al Purwa Hadiwardoyo, 1989: 11). Dari sumpah ini terlihat bahwa Hipokrates mempunyai semangat yang luhur dalam menjalankan profesinya sebagai dokter. Ia menjunjung nilai-nilai tinggi seperti kesucian dan kesopanan dalam melaksanakan tugas, **membatasi diri pada hal-hal yang dapat dilakukannya** (koersif dari penulis), penghormatan pada pribadi pasien yang tidak akan pernah disalahgunakan.

Ketentuan tentang rujukan pelayanan kesehatan mengatur mengenai pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik mengenai masalah kesehatan baik di tingkat vertikal maupun horizontal dan tentang wilayah rujukan pelayanan kesehatan ditetapkan dalam pasal 5 sebagai berikut:

- (1) Balai Pengobatan BKIA dan Pos Kesehatan
 - a. Balai Pengobatan, BKIA dan Pos Kesehatan adalah unit pelayanan kesehatan terkecil yang berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang pertama dan sederhana kepada masyarakat di desa.
 - b. Balai Pengobatan berkewajiban untuk mengirimkan penderita yang secara medis berada di luar batas kemampuannya kepada unit Puskesmas atau Rumah Sakit.
 - c. Balai Pengobatan berkewajiban untuk mengadakan follow up pengobatan atas penderitanya yang dikirim kembali.

(2) Puskesmas

- a. Adalah unit Pelayanan Kesehatan yang berkewajiban memberi pelayanan kesehatan pokok.
- b. Puskesmas berkewajiban untuk mengirimkan penderita yang secara medis berada di luar batas kemampuannya ke Rumah Sakit.
- c. Puskesmas berkewajiban untuk mengadakan follow up pengobatan atas penderita yang dikirim kembali.
- d. Puskesmas berkewajiban memberi bimbingan teknis kepada Balai Pengobatan, BKIA, di dalam wilayahnya, Ketentuan mengenai rujukan juga di atur dalam Permenkes RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit Pasal 24 menetapkan sebagai berikut:

- (1) Pelaksanaan rujukan rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dari Puskesmas, Rumah Sakit Kelas D, Rumah Sakit Kelas C, Rumah Sakit Kelas B1, Rumah Sakit B2 sampai dengan Rumah Sakit Kelas A dan atau sebaliknya.
- (2) Pembinaan rujukan kesehatan rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dari atas ke bawah di bidang perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.

Rujukan pelayanan kesehatan meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan. Dalam kaitan ini maka rumah sakit mempunyai fungsi sebagai penyelenggara upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita. Sehubungan dengan masalah rujukan ini, ada baiknya dikemukakan pandangan Pozgar (1996: 267) menyatakan:

“A physician has a duty to consult and or refer a patient whom he or she knows or should know needs referral to a physician familiar with and clinically capable to treat the patient’s particular ailments. Whether the failure to refer constitutes negligence depends on whether referral is demanded by accepted standard of practice. To recover damages the patient must show that the physician deviated from the standard of care and that the failure to refer resulted in injury”.

Selanjutnya *American Medical Association* (Pozgar, 1996: 268) menyatakan

“ Physician should seek consultations on a patient’s request when the physician is in doubt, in difficult cases, or when it appears that the quality of medical service thereby may be enhanced”

6. Kepmenkes No. 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional atau SKN adalah bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sistem kesehatan nasional memiliki tujuan agar terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh seluruh komponen bangsa: pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, badan hukum, badan usaha, lembaga swasta secara sinergis berdaya guna sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dasar Sistem Kesehatan Nasional adalah norma, nilai dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya bangsa sebagai acuan fikir dan tindak. Dasar Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut:

1. HAM
2. Sinergisme dan kemitraan yang dinamis
3. Komitmen dan tata kelola pemerintahan yang baik
4. Dukungan regulasi
5. Antisipasi dan proaktif
6. Responsif gender
7. Kearifan lokal

Menurut Kepmenkes No. 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional ini upaya kesehatan dilaksanakan dan dikembangkan berdasarkan suatu bentuk atau pola upaya kesehatan Puskesmas, peran serta masyarakat

dan rujukan kesehatan. Rujukan upaya kesehatan ini pada dasarnya meliputi rujukan kesehatan (*health referral*) serta rujukan medik (*medical referral*) yang bersifat vertikal atau horizontal serta timbal balik. Untuk dapat terlaksananya rujukan ini diperlukan adanya peningkatan etik petugas kesehatan yang bersangkutan.

Rujukan kesehatan terutama berkaitan dengan upaya peningkatan pencegahan dan pada dasarnya mencakup bantuan dana, teknologi, sarana dan operasional. Sedang rujukan medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan.

7. Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

Peraturan ini menetapkan bahwa setiap sarana kesehatan yang melakukan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Rekam medis ini dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kepada pasien. Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiaannya. Pemaparan rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis dari pasien. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat selengkapnya dan sekurang-kurangnya memuat identitas, anamnesa, diagnosis, dan tindakan pengobatan.

Dari segi pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan, rekam medis mempunyai fungsi dan peran yang sangat penting. Sebab, rekam medis merupakan petunjuk dasar bagi sarana kesehatan rujukan untuk mengambil tindakan-tindakan alternatif dalam proses pengobatan dan perawatan pasien.

C. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan

Dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 3 ditegaskan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan yang optimal. Tujuan pembangunan kesehatan ini menjadi landasan dari tujuan pelayanan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang tanpa membedakan status sosialnya.

Di samping itu, upaya pelayanan kesehatan perlu dipertimbangkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan senantiasa terjamin dan bahkan dapat ditingkatkan. Begitu pula, jangkauan serta ketercapaiannya dapat diperluas ke seluruh masyarakat termasuk yang berpenghasilan rendah, sekaligus mereka dapat menikmati pelayanan yang bermutu. Dengan lain perkataan diperlukan suatu pemerataan pelayanan kesehatan dengan menggunakan potensi yang ada di masyarakat, di jajaran kesehatan maupun di sektor non kesehatan. Oleh sebab itu, perlu ada usaha konkret dari sistem pelayanan kesehatan yang ditunjang dengan peraturan hukum yang dapat menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat bagi setiap orang yang memerlukannya.

F. Kasus Pelayanan Kesehatan

Suatu kasus yang menimpa Prita Mulyasari ketika mulai dari awal dia berobat ke RS Omni International sampai kemudian digugat secara perdata dan pidana lalu dipenjara selama tiga minggu lamanya. Secara kronologis dapat dikemukakan sebagai berikut:

7 Agustus 2008, 20: 30

Prita Mulyasari datang ke RS Omni Internasional dengan keluhan panas tinggi dan pusing kepala. Hasil pemeriksaan

laboratorium: **Thrombosit 27.000** (normal 200.000), suhu badan 39 derajat. Malam itu langsung dirawat inap, diinfus dan diberi suntikan dengan diagnosis positif demam berdarah.

8 Agustus 2008

Ada revisi hasil lab semalam, thrombosit bukan 27.000 tetapi 181.000. Mulai mendapat banyak suntikan obat, tangan kiri tetap diinfus. Tangan kiri mulai membengkak, Prita minta dihentikan infus dan suntikan. Suhu badan naik lagi ke 39 derajat.

9 Agustus 2008

Kembali mendapatkan suntikan obat. Dokter menjelaskan dia terkena virus udara. Infus dipindahkan ke tangan kanan dan suntikan obat tetap dilakukan. Malamnya Prita terserang sesak napas selama 15 menit dan diberi oksigen. Karena tangan kanan juga bengkak, dia memaksa agar infus diberhentikan dan menolak disuntik lagi.

10 Agustus 2008

Terjadi dialog antara keluarga Prita dengan dokter. Dokter menyalahkan bagian lab terkait revisi thrombosit. Prita mengalami pembengkakan pada leher kiri dan mata kiri.

11 Agustus 2008

Terjadi pembengkakan pada leher kanan, panas kembali 39 derajat. Prita memutuskan untuk keluar dari rumah sakit dan mendapatkan data-data medis yang menurutnya tidak sesuai fakta. Prita meminta hasil lab yang berisi thrombosit 27.000, tetapi yang didapat hanya informasi thrombosit 181.000. Pasalnya, dengan adanya hasil lab thrombosit 27.000 itulah dia akhirnya dirawat inap. Pihak OMNI berdalih hal tersebut tidak diperkenankan karena hasilnya memang tidak valid. Di rumah sakit yang baru, Prita dimasukkan ke dalam ruang isolasi karena dia terserang virus yang menular.

15 Agustus 2008

Prita mengirimkan email yang berisi keluhan atas pelayanan diberikan pihak rumah sakit ke customer_care@banksinarmas.com dan ke kerabatnya yang lain dengan judul "Penipuan RS Omni Internasional Alam Sutra". Email-nya menyebar ke beberapa milis dan forum online.

30 Agustus 2008

Prita mengirimkan isi emailnya ke Surat Pembaca Detik.com.

5 September 2008

RS Omni mengajukan gugatan pidana ke Direktorat Reserse Kriminal Khusus.

22 September 2008

Pihak RS Omni International mengirimkan email klarifikasi ke seluruh pelanggannya.

5 September 2008

RS Omni mengajukan gugatan pidana ke Direktorat Reserse Kriminal Khusus.

22 September 2008

Pihak RS Omni International mengirimkan email klarifikasi ke seluruh pelanggannya.

8 September 2008

Kuasa Hukum RS Omni Internasional menayangkan iklan berisi bantahan atas isi email Prita yang dimuat di harian Kompas dan Media Indonesia.

24 September 2008 Gugatan perdata masuk.

11 Mei 2009

Pengadilan Negeri Tangerang memenangkan Gugatan Perdata RS Omni. Prita terbukti melakukan perbuatan hukum yang merugikan RS Omni. Prita divonis membayar kerugian materiel sebesar 161 juta sebagai pengganti uang klarifikasi di koran nasional dan 100 juta untuk kerugian imateriel. Prita langsung mengajukan banding.

13 Mei 2009 Mulai ditahan di Lapas Wanita Tangerang terkait kasus pidana yang juga dilaporkan oleh Omni.

2 Juni 2009

Penahanan Prita diperpanjang hingga 23 Juni 2009. Informasi itu diterima keluarga Prita dari Kepala Lapas Wanita Tangerang.

3 Juni 2009

Megawati dan JK mengunjungi Prita di Lapas. Komisi III DPR RI meminta MA membatalkan tuntutan hukum atas Prita. Prita dibebaskan dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya. Statusnya diubah menjadi tahanan kota.

4 Juni 2009

Sidang pertama kasus pidana yang menimpa Prita mulai disidangkan di Pengadilan Negeri (PN) Tangerang.

Update kronologi:

25 Juni 2009. Prita diputus bebas oleh PN Tangerang.

29 September 2010

Mahkamah Agung (MA) membatalkan putusan Pengadilan Negeri dan Pengadilan Tinggi Banten yang sebelumnya mengabulkan gugatan perdata Omni dan memerintahkan Prita membayar ganti rugi Rp 204 juta atas perbuatan pencemaran baik. Sidang kasasi dipimpin oleh Ketua MA Harifin Tumpa.

30 Juni 2011

MA mengabulkan kasasi yang diajukan Jaksa Penuntut Umum (JPU). Majelis hakim yang dipimpin oleh Imam Harjadi, Zaharuddin Utama dan Salman Luthan ini memvonis Prita 6 bulan penjara dengan masa percobaan 1 tahun. Prita tidak dipenjara sepanjang tidak mengulangi perbuatannya dalam waktu satu tahun ke depan. Tetapi Hakim Salman menyatakan beda pendapat, menurutnya Prita tidak bersalah.

17 September 2012

Mahkamah Agung membebaskan Prita dari semua dakwaan alias bebas murni. Putusan itu dibacakan dalam sidang Peninjauan Kembali (PK) oleh majelis PK yang diketuai Ketua Muda Pidana Khusus MA Djoko Sarwoko beranggotakan hakim anggota hakim agung Surya Jaya dan Suhadi. Majelis memerintahkan agar Prita dipulihkan nama baik, harkat, dan kedudukannya.

BAB II

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

A. Pendahuluan

Pertumbuhan peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang pesat, jauh melampaui target dan belum diimbangi ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan dapat mengakibatkan lemahnya kualitas pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan friksi yang berujung pada sengketa di sektor kesehatan maupun sektor jasa keuangan. Untuk mengatasi masalah tersebut, UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS memberikan ruang penyelesaian sengketa melalui beberapa tahapan, yaitu tahapan penanganan pengaduan, mediasi dan pengadilan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan Lembaga Jasa Keuangan yang diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Hal ini ditegaskan dalam Pasal 1 angka 4 Jo. Angka 10 Peraturan OJK No. 1/POJK.07/2014 tentang Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan, bahwa yang termasuk Lembaga Jasa Keuangan adalah Lembaga

DAFTAR PUSTAKA

- Abbing, H.D.C. R. J. 1990. *Pertanggungugatan Perdata Rumah Sakit. Pro Yustitia*, 3: 3-15. Bandung.
- Abdurrahman, H. 1995. *Ilmu Hukum, Teori Hukum dan Ilmu Perundang-undangan*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Achdiat, C.M. 1993a. *Hak dan Kewajiban Dalam Profesi Kedokteran. M. Medika*. 2: 56-62, Jakarta.
- , 1993b. *Aspek-Aspek Hukum Malpraktik dan Kelalaian Medik. M.Medik*. 3: 7-14, Jakarta.
- Adi, K. 1986. *Peranan Hukum Dalam Menciptakan Disiplin Sosial Masyarakat. M.Arena Hukum*. 1: 42-56, Malang.
- Adji, O. S. 1984. *Hukum Kedokteran, Aspek Hukum Pidana dan Hukum Perdata. M.Hukum dan Pembangunan*, 4: 362-395, Jakarta
- Ali, A. 1999a. *Pengadilan dan Masyarakat*. Hasanuddin University Press, Makassar.
- , 1999b. *Sistem Hukum*. Saduran, FH Universitas Hasanuddin Makassar.
- Ameln, F. 1991. *Kapita Seleka Hukum Kedokteran*. Grafikatama Jaya, Jakarta
- Amri, A.1997. *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*. Widya

- Medika, Jakarta.
- Aubert, V. 1973. ***Sociology of Law***, Penguin Education. Penguin Books Ltd, Baltimore, USA.
- Azwar. Azrul. 1996. ***Pengantar Administrasi Kesehatan***. Edisi Kedua. PT Binarupa. Jakarta.
- Bastian, Indra dan Suryono .2011. ***Penyelesaian Sengketa Kesehatan***. Salemba Medika, Jakarta.
- Cassette, A. 1993. ***Hak Asasi Manusia Di Dunia Yang Berubah***. Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Dept Kesehatan RI. 2014. ***Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2019***.
- Gautama, S. 1983. ***Pengertian Tentang Negara Hukum***. Alumni, Bandung.
- Gostin, L.O...2000. ***A Public Health Approach to Reducing Error: Medical Malpractice as a Barrier***. J. American Medical Association.
- Gostim Lawrence O. 2007. ***Law In Public Health***, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.
- Grad, F.P. 1990. ***The Public Health Law***. American Public Health Association, Washington.
- HS, Salim .1993. ***Bayi Tabung, Tinjauan Aspek Hukum***. Sinar Grafika, Jakarta.
- Hendrojono Soewono, 2007, ***Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Dokter Dalam Transaksi Terapeutik***, Jakarta, Srikandi. Halaman 150.
- Iskandar, H. D. 1998. ***Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan, dan Pasien***. Sinar Grafika, Jakarta.
- Indar, 2010, ***Etika dan Hukum Kesehatan***, Penerbit Laphas. Makassar.
- , 2014. ***Konsep dan Perspektif Etika dan Hukum Kesehatan Masyarakat***, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- , 2014. ***Dimensi Etik dan Hukum Keperawatan***. Masagena. Makassar
- , 2017. ***Etikolegaa Dalam Pelayanan Kesehatan***.

- Pustaka Pelajar, Yogyakarta..
- , 2019. **Hukum dan Bioetik**. Deepublish. Yogyakarta.
- Koeswadi, Hermin H, 2003. **Hukum Untuk Perumahsakit**, PT Cipta Aditya, Bandung.
- , 2014. **Konsep Kebidanan**. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Kusnani, Asep. Dkk. **Fungsi Kelembagaan Independen Dalam Penguatan Mekanisme Penyelesaian Sengketa Jaminan Kesehatan Nasional** Jurnal Vol 19 No. 4 Oktober 2016.
- Buletin Penelitian Sistem Kesehatan** (Bulletin of Health System Research, by Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Mertokusumo, Sudikno, 2000. **Mengenal Hukum**, Liberty, Yogyakarta.
- Michael, Kenneth.R, & Terence J.Lovat, 1993. **Bioethics For Medical and Health Profesional**, Soc.Science Press, Mario Street, Redlem, NSW.
- Monage, John.F, 1998. **Health Care Ethics**, Aspen Publisher, Gaithersburg, Maryland., Jakarta.
- Nusy K Jayanti, 2009, **Penyelesaian Hukum Dalam Malapraktik Kedokteran**, Cetakan Pertama, Yogyakarta, Penerbit Pustaka Yustisia, halaman 106.
- Putri Asih Eka. 2014 **Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional** CV Komunitas Pejaten Mediatama. Jakarta.
- Putri, Filu Marwat Santoso. 2014, **Gambaran Model Penyelesaian Ketidakpuasan Pelayanan Kesehatan BPJS (Studi Kasus Pelayanan BPJS Rumah Sakit Umum Yogyakarta)**.
- Sampurno, Budi. 2011 **Laporan Akhir Tim Penyusunan Kompendium Hukum Kesehatan** Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem Hukum Nasional Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan HAM RI
- Soekanto, Soerjono dan Herkutanto, 1987. **Pengantar Hukum Kesehatan**, Remadja Karja, Bandung.
- Sulastomo.1997. **Asuransi Kesehatan dan Managed Care**. PT

- (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Suryono, 2010. **Hukum Kesehatan Penyelesaian Dugaan Mal Praktik Pada Pelayanan Kesehatan**, Yogyakarta, PD IBI Yogyakarta.
- Susilo, R. 1976. **Kitab Undang-Undang Hukum Pidana**, Politea, Bogor
- Thabrani, Hasbullah.2016. **Jaminan Kesehatan Nasional**, Rajawali Pers. Jakarta.
- Worotitjan, Moriane. E. **Penyelesaian Sengketa Peserta Program Jaminan Nasional Melalui Pengadilan**. Lex Privatum, Jurnal Vol.1 No. 3 Juli 2013. Univeritas Sam Ratulangi..
- UU No. 8 Tahun 1999 tentang **Perlindungan Konsumen**.
- UU No. 30 Tahun 1999 tentang **Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa**
- UU No. 10 Tahun 1992 tentang **Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera**
- UU No. 29 Tahun 2004 tentang **Praktik Kedokteran**
- UU No. 5 Tahun 2004 **Kekuasaan Kehakiman**
- UU No. 23 Tahun 2014 tentang **Otonomi Daerah**
- UU No. 36 Tahun 2009 tentang **Kesehatan**
- UU No. 13 Tahun 2003 tentang **Ketenagakerjaan**
- UU No. 44 Tahun 2009 tentang **Rumah Sakit**
- UU No. 24 Tahun 2011 tentang **BPIS**
- UU No. 36 Tahun 2014 tentang **Tenaga Kesehatan**
- UU No. 38 Tahun 2014 tentang **Praktik Keperawatan**
- UU No. 4 tahun 2019 tentang **Kebidanan**
- Undang Undang No. 30 Tahun 1999 tentang **Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa**
- Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang **Jaminan Kesehatan**
- Perpres No. 74 Tahun 2014 tentang **Pedoman Penyusunan Peta Jalan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan dan Bidang Ketenagakerjaa**.
- Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang **Rekam Medik**

Permenkes No. 290 Tahun 2008 tentang ***Persetujuan Tindakan Kedokteran***

Permenkes No. 1464 tahun 2010. tentang ***Registrasi dan Praktik Kebidanan.***

Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang ***Pencegahan dan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan***

Peraturan Mahkamah Agung (Perma) No. 2 Tahun 2003 tentang ***Mediasi***

Peraturan Mahkamah Agung No. 1 Tahun 2008. tentang ***Mediasi Dalam Bidang Kesehatan.***

INDEKS

A

Achmad Ali 150
Actual enforcement 101
Administrative malpractice 122
al-Ruhawi 283
Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS) x, 64, 65, 158
Alternative Dispute Solution (ADS) 65, 158
American Association of Public Accountant (AAPA) 283
American Bar Association (ABA) 283
American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) 283
American Medical Association (AMA) 283
Amir 119, 120
Andi Hamzah 259

Applied ethics 298
Ardyanto 182, 183
area of no enforcement 101
Asas itikad baik 19
Asas kehati-hatian 19
Asas kejujuran 19
Asas keseimbangan 19
Asas keterbukaan 19
Asas legalitas 19
Asas tepat waktu 19
Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) 111
Asuransi Kesehatan (Askes) 43
Auguste Comte 280
Azwar 6, 10, 308

B

Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) 33, 279
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) vii

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) v, 32, 37, 38, 164, 168, 208
- Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) 247
- Bpjs (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) 163
- BPJS ketenagakerjaan (BPJS TK) 38
- Bryan G. Garth 33
- C**
- Casio 2
- C. Berkhouwer 260
- Contending 155
- corporate liability* 50
- Criminal malpractice, Civil malpractice* 122
- D**
- Dahrendorf 136
- Davis 128
- Dean G Pruitt 155
- Descriptive ethics 298
- Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) 168
- Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) 182, 209
- Diar 80
- Djoko Soetono 271
- DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) 164
- E**
- Ellis 119, 120
- empati 152
- etika 281, 283
- etika konstitusi 296, 297, 305
- etika teologis 281
- F**
- Federal Communication Commission (FCC) 276
- Federal Trade Commission (FTC) 276
- Filu Marwat Santoso Putri 57
- Freeman 130
- Full enforcement* 101
- G**
- George Jellineck 276, 277
- Gibson 128
- Green 158
- Guwandi 118, 119
- H**
- hak asasi negatif 17
- hak asasi positif 17, 18
- Hanafiah 119, 120
- Hans Kelsen 276, 277, 278, 300
- Hariyani S 176
- Harry F. Todd Jr 156
- Hartley 119, 120
- Heath Insurance Association of America (HIAA) 111

Hetty Hasanah 69
Hodgetts 2
Hoger Rood 260
hospital liability 50
hukum konstitusi 296
hukum positif 284

I

Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
232, 235, 284
in action 155
Indra Bastian 140

J

Jaminan Hari Tua atau JHT 45
jaminan hari tua (JHT) 38
jaminan kecelakaan kerja
(JKK) 38
Jaminan Kecelakaan Kerja
(JKK) 40, 45
jaminan kematian (JKM) 38
Jaminan Kesehatan Masya-
rakat (Jamkesmas) 43
Jaminan Kesehatan Nasional
(JKN) 32, 34, 37, 43, 206,
207
Jaminan Pemeliharaan Kese-
hatan (JPK) 45
Jaminan Pemeliharaan Kese-
hatan Tenaga Kerja
(JPKTK) 46
jaminan pensiun (JP) 38
Jamsostek (Jaminan Sosial
Tenaga Kerja) 164

Jeffrey Z. Rubin 155
Jimly Asshiddiqie 181, 270,
276, 278
John Burton 126
Joseph B. Stulberg 179
Joseph Goldstein 100, 101

K

Keith E. Whittington 297
Kepentingan prosedural 153
kepentingan psikologis 153
Kepentingan substantif 153
Kitab Undang-Undang Hukum
Acara Pidana (KUHP) 262
Konflik destruktif 137
Konflik konstruktif 137

L

Laura Nader 156
L.D. Vosrtsman 260
Leenen 20
Lemaire 16, 18

M

Majelis Kehormatan Disiplin
Kedokteran Indonesia
(MKDKI) 118, 238
Majelis Kehormatan Etika
Kedokteran (MKEK) 232
Majelis Tenaga Kesehatan
Indonesia (MTKI) 236
makhluk individual 189
makhluk sosial 189
Mentesquieu 277

Merriam 105
Meta ethics 298
Minnery 128
Muchsin 69
Muhammad Ayyub Ibrahim
114
Myers 129, 131, 132

N

National Health Care Anti-
Fraud Association's
(NHCAA) 109
National Health Care Anti-
Fraud Association
(NHCAA) 104
negara hukum 15
Newstorm 128
Normative ethics 298
Nurnaningsih Amriani 151

P

Pemeliharaan kesejahteraan
umum 16
peradilan umum 85
perlindungan hukum preventif
71
Perserikatan Bangsa- Bangsa
(PBB) 286
Ph. A.N. Houwing 195
Plato 291
Pozgar 24, 25
problem solving 155
Profesor Hazairin 292, 296
Purnadi Purbacaraka 17

R

rekonsiliasi 152
Robbin 128, 129
Robbins 129, 134
Roberia 181

S

Satjipto Rahardjo 69, 84
sengketa 151
sengketa pelayanan kesehatan
63, 150
Setiono 69
Siahaan 181
Sistem Jaminan Sosial
Nasional (SJSN) 38, 44,
207
Soerjono Soekanto 17, 84, 102,
103
Spicker 181
Stoner 130
Subekti 48, 50
Suryono 140, 308, 310

T

Takdir Rahmadi 151, 152, 153
Taqiri 128
Teori hubungan masyarakat
152
teori identitas 152
Teori kebutuhan 153
Teori kesalahpahaman antar
budaya 152
Teori negosiasi 152
Teori transformasi 153

Thomas Percival 283
Tota lenforcement 100
transaksi terapeutik 62, 147

V

Van Hamel 259
Van Peursen 280, 282
Verbene 17
Vestal, K.W. 121
vicarious liability 50
Vos 259

W

Winardi 150
Wirjono Prodikoro 253
with drawing 155

Y

Yahya Harahap 51
yielding 155

TENTANG PENULIS



PROF. DR. H. INDAR, S.H., M.P.H., lahir di Makassar 10 November 1953. Guru Besar Etika dan Hukum Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin, Makassar. Pendidikan S-1 pada Fakultas Hukum Unhas Tahun 1984, Pendidikan S-2 pada Univ. of Hawaii at Manoa USA Tahun 1990. Gelar Doktor di bidang Hukum Kesehatan Program Pascasarjana Univ. Hasanuddin Tahun 2003 dengan judul

Disertasi “Perspektif Hak-Hak Atas Pemeliharaan Kesehatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kota Makassar dan Parepare”. Anggota Pusat Pemberi Pelayanan Bantuan Hukum Indonesia (P3BHI) Makassar . Dosen Luar Biasa FKM Univ. Panca Sakti Makassar, FKM Univ. Indonesia Timur Makassar, STIK Tamalate Makassar, STIK Makassar, STIK Baramuli Kabupaten Pinrang, STIKES Nani Hasanuddin Makassar, Akademi Hiperkes Penyusun Hospital Bylaws RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo. Ketua STIK Tamalatea 2014-2015. Saat

ini Ketua Senat FKM UH dan Sekretaris Dewan Kehormatan Universitas Hasanuddin.



Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M. Kes lahir di Ujung Pandang 8 Juli 1964 adalah staf Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin Makassar, menempuh pendidikan awal di Univ. Hasanuddin Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Administrasi Negara lulusan Tahun 1988 di Makassar, melanjutkan Program Magister di Univ. Airlangga Jurusan Manajemen Kesehatan Tahun 1995 di Surabaya dan Program Doktor di Univ. Hasanuddin Fakultas Kedokteran lulusan Tahun 2016 di Makassar. Saat ini menjabat sebagai Ketua Dept. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Univ. Hasanuddin Makassar dan sebagai Ketua STIKES Baramuli Pinrang. Saat ini aktif di Organisasi Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (APTISI) Pusat sebagai Ketua Dept. Bid. Kerja sama.



DR. Darmawansyah, SE., M.Si. Lahir di Makassar 24 April 1964 adalah Staf FKM Unhas Pendidikan S1 di Fekon Unhas tahun 1988 jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan, S2 Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan tahun 1993 di Universitas Hasanuddin, S3 Ekonomi Kesehatan di Universitas Hasanuddin tahun 2004. Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Hasanuddin tahun

2006 - 2016. Sekretaris Jurusan AKK 2002 - 2006. Mengajar di berbagai perguruan tinggi swasta dalam MK. Manajemen Sumber Daya Manusia, Ekonomi Kesehatan, Manajemen dan Kebijakan Kesehatan. Tahun 1999 - 2003 Pembantu Dekan I Fakultas Ekonomi UVRI Makassar. Tahun 2004 - 2005 Dekan Fakultas Ekonomi UVRI Makassar. Tahun 2002 - 2011 Sekretaris Unit Penelitian Dinamika Otonomi Daerah LP Unhas. Berpengalaman sebagai peneliti pada Unit Penelitian Dinamika Otonomi Daerah Lembaga Penelitian Universitas Hasanuddin sejak 1992. Mengikuti berbagai Short Course di dalam dan luar negeri, di Mahidol University Thailand; University of the Philippines Manila; Shenzhen University China; Kebangsaan University Malaysia. Di samping itu, juga menulis beberapa jurnal nasional maupun internasional.



Ir. Nurhayani M. Kes lahir di Makassar 29 Juli 1961 sebagai staf pengajar peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Pendidikan S-1 pada Fakultas Pertanian UNHAS tahun 1985. Pendidikan S-2 pada Universitas Airlangga Surabaya tahun

1992, Dosen luar biasa pada Fakultas Kesehatan Masyarakat di UMI Makassar, STIK Tamalate Makassar, dan STIK Baramuli di Kabupaten Pinrang pada mata kuliah Organisasi dan Manajemen Kesehatan perencanaan & Evaluasi Kesehatan, dan Manajemen Mutu. Sekretaris Jurusan AKK II periode tahun 1908-1912, dan Pengelolah S-2 AKK Non Reguler UNHAS tahun 2007. Wakil Dekan II FKM UNHAS tahun 2002, dan sebagai pengelola KKN Profesi FKM UNHAS.



Prof. Dr. H. Indar. S.H, M.P.H.

Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.

Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si.

Ir. Nurhayani M.Kes.

SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Buku Sengketa Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional ini merupakan buku penting yang diperlukan oleh para mahasiswa, para dosen dan pemerhati jaminan kesehatan nasional yang aplikasinya melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Buku ini diilhami oleh keinginan penulis untuk berbagi kepada mahasiswa, dosen dan pemerhati jaminan kesehatan nasional untuk lebih "Concern" terhadap perlindungan dan penegakan hukum baik terhadap pasien dan/atau keluarganya sebagai peserta sekaligus sebagai penerima pelayanan kesehatan (*health receiver*) maupun kepada tenaga medik dan tenaga kesehatan lainnya, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) terutama berkaitan dengan masalah kepuasan dalam pelayanan kesehatan..

ISBN 978-623-236-092-1



PUSTAKA PELAJAR

Penerbit Pustaka Pelajar

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. (0274) 381542, Faks. (0274) 383083

e-mail: pustakapelajar@yahoo.com

website: pustakapelajar.co.id