

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Beberapa tahun terakhir topik yang sering dibicarakan dalam dunia medis adalah hal-hal terkait malnutrisi rumah sakit/ MRS. Malnutrisi di rumah sakit/ RS sendiri dianggap suatu keadaan yang terjadi akibat perhatian yang tidak optimal terhadap status gizi pasien rawat inap. Terjadinya MRS dulu tidak begitu diperhatikan karena tenaga medis lebih menitikberatkan pada pengobatan yang diberikan. Ternyata adanya MRS pada pasien menyebabkan pengobatan tidak optimal dan cenderung memperpanjang lama rawat inap.¹ Selain itu, keadaan MRS berpengaruh besar terhadap peningkatan morbiditas dan mortalitas pasien. Definisi malnutrisi yang digunakan dalam beberapa penelitian MRS di negara maju yaitu mencakup kondisi gizi kurang (*undernutrition*) dan gizi berlebih (*overweight*) serta obesitas pada pasien.

Beberapa penelitian menunjukkan tingginya angka MRS di negara maju dan negara berkembang. Prevalensi MRS tahun 1997 di negara Belanda 45%, Australia 36%, Swedia 53%, Inggris (pasien hemodialisis) 65%. Penelitian tahun 2000 di Amerika Serikat didapatkan angka MRS pada pasien geriatri sebesar 70%. Penelitian malnutrisi pada tahun 2001–2002 didapatkan angka MRS di Australia 28%, Amerika Latin 50%, Swiss 61%, Swedia (pasien geriatri) 69%.² Penelitian di negara Spanyol menunjukkan prevalensi malnutrisi

¹ Barker LA, Gout BS, Crowe TC, 2011, “*Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification, and Impact on Patients and the Healthcare System*”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **8**(2), p 515.

² David R. Thomas, 2003, “*Starving in the Hospital*”, *Nutrition*, 19(10), p 907.

pasien yang dirawat inap sebesar 30–50% dengan peningkatan lama rawat inap.³ Penelitian Leistra *et al* (2009) melaporkan angka prevalensi malnutrisi pada pasien rawat inap pada sembilan RS di Belanda sekitar 25–40%.⁴ Penelitian Maria Isabel (2003) di beberapa RS di Amerika Latin, Wyznski (2003) di Argentina, Veramandi (2012) di Peru melaporkan angka MRS tinggi hampir mencapai 50% di negara Amerika Latin, antara lain Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica, Cuba, Republik Dominika, Ekuador, Meksiko, Panama, Paraguay, Peru, Puerto Rico, Venezuela, dan Uruguay.⁵ Penelitian di Amerika Serikat tahun 2010 menunjukkan angka MRS tinggi yaitu 40% pada pasien umum dan 50% pada pasien bedah, secara umum diperkirakan angka MRS 33% dengan menggunakan metode skrining standar.⁶ Berdasarkan data *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition* (BAPEN) tahun 2011 didapatkan angka MRS di negara Inggris sekitar 25% lebih rendah dari survei tahun 2007, 2008, dan 2010.⁷ Kejadian MRS di Indonesia juga sebenarnya cukup tinggi tetapi tidak adanya data maka sering tidak diketahui. Data malnutrisi yang ada di Indonesia terutama dalam Riset Kesehatan Dasar hanya menunjukkan angka malnutrisi anak dan bayi pada masyarakat.

³ J. Alvarez-Hernandez, M. Planas Vila, M. Leon-Sanz, et al, 2012, “Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients, the PREDyCes Study”, *Nutricion Hospitalaria*, 27(4), p 1050.

⁴ Leistra, Eva, Neelemaat Floor, et al, 2009, “Prevalence of Undernutrition in Dutch hospital outpatients”, *European Journal of Internal Medicine*, 20 (1), p 509-10.

⁵ Correia, Maria Isabel, 2016, “Hospital Malnutrition in Latin America”, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40 (4), p 458.

⁶ Corkins MR, Guenter P, Dimaria-Ghalili RA, Jensen GL, Malone A, Miller S et al, 2010, “Malnutrition Diagnoses in Hospitalized Patients: United States”, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(2), p 186-7.

⁷ Ray, Sumantra, Laur, Celia, et al, 2013, “Malnutrition in healthcare institutions: A review of the prevalence of undernutrition in hospitals and care homes since 1994 in England”, *Clinical Nutrition*, 30 (3), p 829.

Angka MRS yang tinggi menunjukkan adanya keadaan pelayanan kesehatan tidak sesuai dengan yang diharapkan, padahal pelayanan kesehatan merupakan kewajiban tenaga medis, tenaga kesehatan, masyarakat dan pemerintah, serta sebagai hak seseorang yang mengalami sakit. Dalam Pasal 1 butir 1 Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM), yang dimaksud HAM adalah “seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerahNya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah, dan setiap orang, demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia”. Hak asasi sendiri membutuhkan perlindungan hukum agar tidak terjadi penindasan hak tersebut. Definisi perlindungan hukum menurut Satjipto Rahardjo adalah memberikan pengayoman kepada hak asasi manusia yang dirugikan orang lain dan perlindungan tersebut diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak yang diberikan oleh hukum.⁸

Malnutrisi RS dapat dikatakan sebagai pelanggaran hak asasi pasien, yang seharusnya pasien dapat memperoleh pelayanan gizi sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Definisi kesehatan yang dimaksud sesuai dengan Pasal 1 butir 1 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yaitu “keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi”. Hak atas kesehatan tersebut juga harus diimbangi dengan hak atas pelayanan

⁸ Satjipto Rahardjo, 2000, *Ilmu Hukum*, Bandung: PT Citra Aditya Bakti, h 54.

kesehatan. Ketentuan pelayanan kesehatan disebutkan dalam Pasal 5 Undang-Undang Kesehatan yang menjelaskan bahwa:

“(1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. (3) setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.”

Pelayanan gizi yang baik dan sesuai standar akan menghasilkan angka MRS yang rendah. Berdasarkan Pasal 141 butir 2 Undang-Undang Kesehatan, upaya pelayanan gizi yang dimaksud mencakup perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi, serta peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Pelayanan gizi tersebut harus didukung pula dengan adanya kebijakan yang mengatur tugas dan tanggung jawab tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam bidang gizi. Penilaian status gizi yang benar dan sesuai di RS jarang dilakukan dan hal tersebut disebabkan kurangnya tenaga medis dan tenaga kesehatan yang menanganinya. Penelitian oleh Hu *et al* (1997) mengenai pengetahuan dan perilaku tenaga medis senior di beberapa instansi medis Taiwan menunjukkan bahwa kebanyakan tenaga medis tidak berkompeten dalam asuhan gizi. Masalah tersebut tidak terlepas dari kurangnya komunikasi antara tenaga medis baik dokter maupun dokter spesialis, dengan tenaga kesehatan baik perawat maupun ahli gizi; ketidakmampuan dalam mengetahui manifestasi malnutrisi yang disalahartikan sebagai manifestasi penyakit yang mendasari; ketidakjelasan tanggung jawab perawatan; kesimpang-siuran waktu

pemeriksaan medis yang menyebabkan kelalaian jadwal makan pasien; serta ketidak-tersediaan alat uji laboratorium untuk menilai status gizi.⁹

Pelayanan gizi di RS merupakan suatu pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan kondisi metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat mempengaruhi status gizi seseorang. Pelayanan gizi dapat pula disamakan dengan pemberian terapi gizi atau terapi diet sebagai bagian dari perawatan penyakit atau kondisi klinis yang harus diperhatikan agar pemberiannya tidak melebihi kemampuan organ tubuh untuk melaksanakan fungsi metabolisme. Pemberian diet pasien harus dievaluasi dan diperbaiki sesuai dengan perubahan kondisi klinis dan pemeriksaan penunjang. Pelayanan gizi yang baik menjadi salah satu penunjang RS dalam penilaian standar akreditasi untuk menjamin keselamatan pasien. Semakin baik pelayanan gizi yang diberikan oleh RS maka semakin baik pula standar akreditasi RS tersebut. Hal tersebut membutuhkan dukungan tenaga gizi profesional, kebijakan untuk mengaturnya, dan sarana-prasarana yang memadai.¹⁰

Pelayanan gizi merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang wajib diberikan pada pasien yang datang berobat ke RS. Pasien memiliki hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai karena didasarkan atas hak atas kesehatan yang merupakan salah satu hak asasi manusia. Hak tersebut wajib dipenuhi oleh RS dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang ada di

⁹ Shene-Pin Hu, Mei-Yiao Wu, Jen-Fang Liu, 1997, "Nutrition knowledge, attitude and practice among primary care physicians in Taiwan", *Journal of the American College of Nutrition*, 16 (5), p 441-2.

¹⁰ Kementerian Kesehatan, 2013, *Pedoman Gizi di Rumah Sakit*, Jakarta, h 7-8.

dalamnya. Hak atas pemeliharaan kesehatan dalam arti luas diakui umum sebagai hak sosial, satu dan lain karena pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan sebagai sistem memberikan ruang dan peluang kepada setiap orang untuk berpartisipasi dalam kesempatan yang diberikan, disediakan atau ditawarkan oleh pergaulan hidup. Sesungguhnya hak atas pemeliharaan kesehatan memiliki ruang lingkup yang sangat luas jika dibandingkan dengan hak pelayanan kesehatan, yang pada hakekatnya merupakan hak orang sakit, setidak-tidaknya hak orang yang mencari pelayanan kesehatan.

Dalam Pasal 25 butir 1 *Universal Declaration of Human Rights* tercantum ketentuan-ketentuan yang menyangkut hak atas pemeliharaan kesehatan, yang secara tidak langsung berkaitan dengan hak atas pelayanan kesehatan, yaitu “setiap orang berhak atas suatu taraf hidup, yang layak bagi kesehatan dan kesejahteraan diri dan keluarganya, termasuk di dalamnya pangan, pakaian, papan, dan pelayanan kesehatan serta pelayanan sosial lainnya yang mutlak diperlukan”. Pelayanan kesehatan yang diharapkan diterima oleh pasien adalah bersifat layak. Layak yang dimaksud bersifat subjektif dan relatif di mana pelayanan kesehatan yang dialami oleh penerima pelayanan pada satu sisi dan pihak penyelenggara pelayanan pada sisi lain. Pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang baik sesuai dengan perasaannya, namun hal tersebut tidak berarti sang penerima pelayanan menganggap hal itu demikian. Oleh karena itu dalam hubungan antara pasien dengan RS dan tenaga kesehatan diperlukan suatu komunikasi yang baik dan kebijakan untuk mengaturnya.¹¹

¹¹ Freddy Tengker, 2007, *Hak Pasien*, Bandung: Mandar Maju, h 57-60.

Hubungan antara RS dan pasien sendiri merupakan suatu hubungan hukum karena keduanya sebagai subjek hukum yang memiliki hak dan kewajiban hukum masing-masing. Tidak terpenuhinya kewajiban salah satu pihak akan menyebabkan hak pihak lain dirugikan. Namun, terkadang yang sering dirugikan adalah pasien karena sebagai subjek hukum perorangan (*naturlijke persoon*). Oleh karenanya diperlukan adanya perlindungan hukum bagi hak pasien. Perlindungan hukum tersebut harus secara eksplisit dijelaskan dalam suatu peraturan di RS sehingga meminimalkan pelanggaran atau kelalaian yang dapat terjadi. Adanya mekanisme perlindungan hukum yang baik akan memberikan jaminan keamanan dan rasa tenang bagi pasien saat hendak berobat. Untuk menciptakan suasana hubungan hukum yang baik antara RS dengan pasien dan/ atau keluarganya maka diperlukan komunikasi yang baik antara kedua pihak termasuk tenaga medis dan tenaga kesehatan yang ada di dalam RS tersebut. Kebijakan RS diperlukan untuk mengatur proses berlangsungnya RS agar berjalan sesuai dengan visi dan misi RS tersebut. Kebijakan yang telah dibuat juga perlu dilakukan sosialisasi pada seluruh pihak yang ada di dalam RS. Kebijakan yang dibuat juga membantu mencegah terjadinya tindakan sewenang-wenang yang dapat terjadi di kemudian hari.¹²

Penelitian tentang tanggung jawab hukum terhadap pelayanan gizi pernah dilakukan oleh R. Dwi Budiningsari dan Hamam Hadi tahun 2004 di tiga RS (RS Dr. Sardjito Yogyakarta, RS Dr. M. Jamil Padang, dan RS Sanglah Denpasar) dengan metode kohort prospektif pada 262 pasien dewasa menunjukkan penurunan status gizi pasien rawat inap menyebabkan lamanya

¹² Endang Wahyati Yustina, 2012, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Bandung: Keni Medika, h 75-6.

rawat inap sehingga beban biaya RS juga meningkat. Hal tersebut mengarah pada kerugian yang dialami pasien akibat pelayanan gizi yang tidak dapat membantu pengobatan pasien.¹³ Penelitian lain oleh Dewi Marhaeni dan kawan-kawan tahun 2014 di RS vertikal dan RS sekunder swasta di kota Bandung menunjukkan pelayanan gizi di RS belum berjalan optimal sehingga menimbulkan kerugian baik bagi RS maupun pasien. Bagi RS terdapat banyak makanan sisa yang merupakan pemborosan, sedangkan bagi pasien kurangnya asupan yang sesuai sehingga lama rawat inap meningkat.¹⁴ Penelitian oleh Emy Shinta Dewi dan kawan-kawan tahun 2015 di RS Tugurejo Semarang menunjukkan pelayanan gizi belum optimal berkaitan dengan komunikasi kebijakan tidak jelas/ tidak konsisten, tugas, wewenang, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan mekanisme pertanggungjawaban tugas tidak jelas/ tidak dipahami oleh petugas.¹⁵ Ketiga penelitian tersebut menunjukkan pelayanan gizi yang tidak sesuai maka akan menimbulkan dampak hak pasien terbengkalai.

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya terkait pelayanan gizi di RS lebih mengedepankan pada efek kerugian yang diterima pasien dan/ atau keluarganya; tugas dan tanggung jawab petugas kesehatan terutama tenaga gizi, serta kelalaian yang menyebabkan terjadinya kerugian dalam pelayanan gizi. Namun demikian penelitian yang telah dilakukan dibahas dari segi ilmu

¹³ Budiningsari RD, Hadi H, 2004, "Pengaruh Perubahan Status Gizi Pasien Dewasa terhadap Lama Rawat Inap dan Biaya Rumah Sakit", *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 1 (1), h 39-43.

¹⁴ Herawati DMD, Rafisa A, Yani A, 2015, "Analisis Pelayanan Gizi Rumah Sakit dengan Pendekatan *Health Technology Assessment* (HTA)", *Jurnal Sistem Kesehatan*, 1(2), h 102-4.

¹⁵ Dewi ES, Kartasurya MI, Sriatmi A, 2015, "Analisis Implementasi Pelayanan Gizi di RSUD Tugurejo Semarang", *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 3(2), h 93-5.

kesehatan masyarakat dan/ atau segi gizi. Sedangkan penelitian terkait kebijakan gizi yang ada di RS belum pernah dikaji. Kebijakan gizi merupakan salah satu pilar penting dalam penyediaan pelayanan gizi di RS. Oleh karenanya, peneliti hendak meneliti terkait kebijakan gizi yang ada di RS dan pengaruhnya terhadap pelaksanaan pelayanan gizi yang berhubungan dengan perlindungan hak pasien. Penelitian yang akan dilakukan akan ditinjau dari perspektif hukum kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas peneliti hendak mengkaji permasalahan dengan judul **“Pengaruh Kebijakan Pelayanan Gizi Terhadap Perlindungan Hak Pasien di Rumah Sakit”**.

B. Pembatasan Masalah

Masalah dibatasi pada pembahasan tentang kebijakan pelayanan gizi di RS di kota Semarang. Penelitian dilakukan dengan membedakan kebijakan antara dua tipe RS yaitu RS pemerintah dan RS swasta.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti merumuskan permasalahan penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Bagaimana kebijakan tentang hak atas pelayanan gizi di RS?
2. Bagaimana pelaksanaan dan pengaruh kebijakan pelayanan gizi terhadap perlindungan hak pasien di RS?
3. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perlindungan hukum terhadap hak atas pelayanan gizi di RS?

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah dikaji di atas maka tujuan yang hendak dicapai oleh peneliti, yaitu sebagai berikut:

1. Untuk memperoleh gambaran mengenai kebijakan pelayanan gizi di RS.
2. Untuk memperoleh gambaran pelaksanaan kebijakan pelayanan gizi terhadap perlindungan hak pasien di RS.
3. Untuk memperoleh gambaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perlindungan hukum terhadap hak atas pelayanan gizi di RS.

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat tidak hanya bagi peneliti maupun bagi pihak lain yang terkait dalam penelitian ini, tetapi juga dapat bermanfaat bagi semua orang yang membacanya. Manfaat penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis
 - a. Memberikan kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan pembangunan dalam hukum kesehatan.
 - b. Memberikan referensi bagi penelitian lain yang akan melanjutkan penelitian selanjutnya terkait dengan hukum kesehatan.

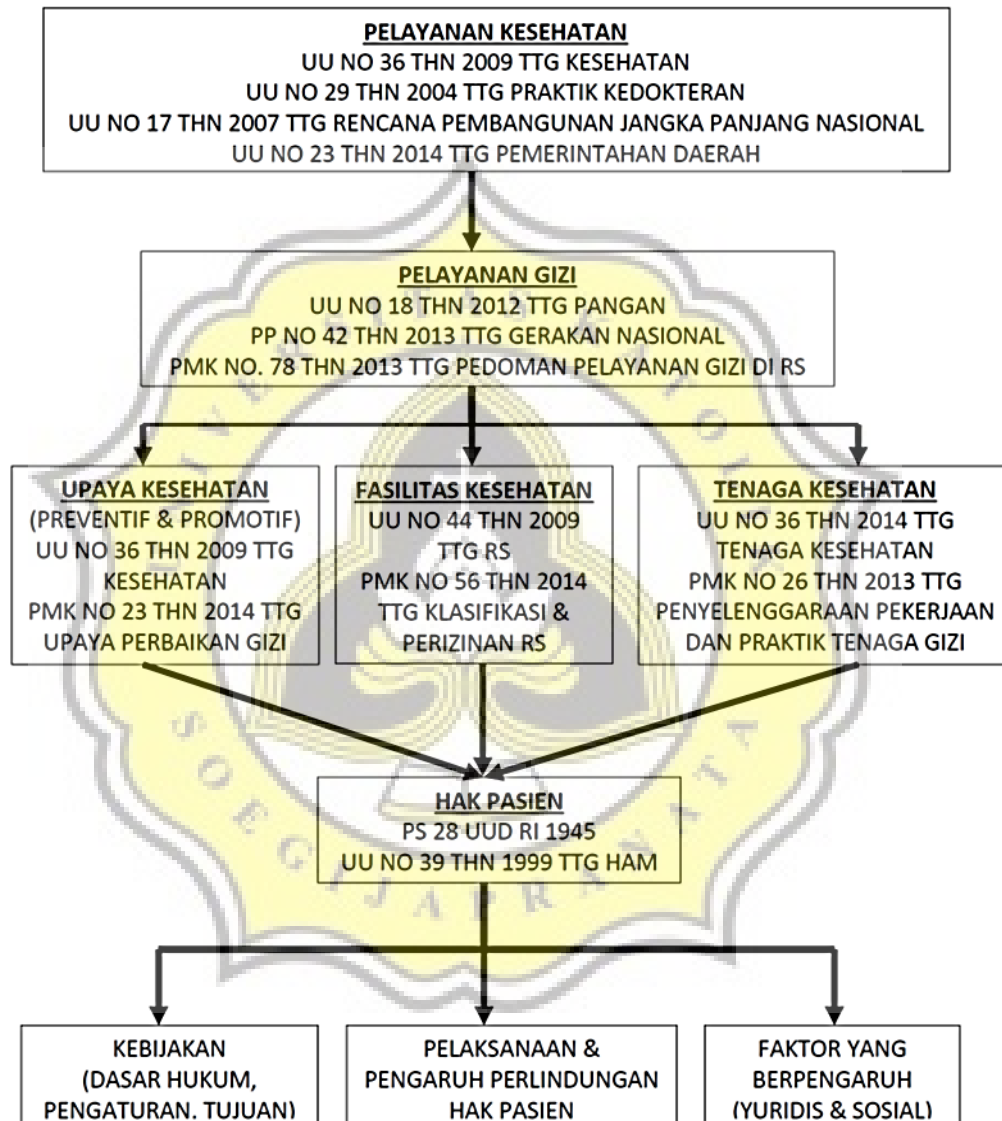
2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan saran dan rekomendasi bagi pembuat kebijakan, memberikan informasi dan masukan kepada masyarakat dan pihak terkait terutama tenaga

kesehatan untuk melakukan pencegahan kejadian pelanggaran hak pasien di RS.

F. Kerangka Pemikiran

1. Kerangka Konsep



2. Kerangka Teori

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak seseorang sebagai warga negara. Hak tersebut termasuk dalam hak asasi manusia yang berarti hak tersebut melekat pada diri setiap manusia yang diberikan oleh Tuhan Yang

Maha Esa karena kodratnya sebagai manusia. Hak atas pelayanan kesehatan perlu diperjuangkan karena untuk menjaga agar manusia selalu dalam kondisi sehat baik fisik, mental, maupun sosial. Pelayanan kesehatan sendiri merupakan segala kegiatan atau upaya yang diselenggarakan dalam rangka meningkatkan, memelihara, mencegah, menyembuhkan, dan/ atau memulihkan kesehatan seseorang agar dapat beraktivitas dan produktif dalam masyarakat. Upaya pelayanan kesehatan tersebut tidak hanya mencakup pelayanan fisik seperti obat atau alat tetapi juga berkaitan erat dengan pelayanan gizi. Pelayanan gizi yang dimaksud adalah upaya memperbaiki dan meningkatkan makanan dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi, dan evaluasi gizi, makanan, dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit. Upaya pelayanan gizi harus dapat memenuhi kebutuhan pasien dan menjangkau proses pemulihan seseorang.¹⁶

Malnutrisi RS didefinisikan sebagai kondisi ketidakseimbangan gizi seseorang individu yang dirawat di RS akibat interaksi kompleks antara penyakit, makanan, dan gizi. Penyebab dari malnutrisi cukup kompleks dan multifaktorial. Malnutrisi RS dapat terjadi sebagai akibat dari asupan gizi yang tidak memenuhi kebutuhan, gangguan pencernaan, penyakit yang diderita, gangguan utilisasi dan absorpsi zat gizi, perubahan metabolisme atau peningkatan kehilangan zat gizi dan/ atau efek samping terapi/ pengobatan tertentu. Keadaan MRS yang dibiarkan akan menyebabkan peningkatan

¹⁶ Kementerian Kesehatan, 2013, *Pedoman Gizi di Rumah Sakit*, Jakarta, h 3.

morbiditas dan mortalitas serta memperpanjang lama rawat inap dan tingginya biaya perawatan. Untuk melakukan pencegahan kondisi malnutrisi maka diperlukan dukungan pelayanan gizi yang sesuai baik dari kebijakan gizi yang ada di RS, sumber daya gizi (tenaga gizi dan peralatan), dan komunikasi serta kerjasama antara seluruh tim RS dengan pasien dan/ atau keluarganya.¹⁷

Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan gizi yang diterapkan sesuai dengan kebijakan yang dibuat oleh RS dan umumnya diatur dalam *Hospital by Laws* (HBL) akan dapat membantu meningkatkan kesehatan individu. Kesehatan yang baik menunjukkan adanya perlindungan hak pasien sebagai manusia selama dirawat di RS. Kelalaian dalam hal pelayanan gizi merupakan salah satu faktor yang dapat merugikan pasien yang berarti hak pasien dilanggar. Oleh karenanya pasien dalam usahanya untuk mendapatkan hak kesehatan membutuhkan perlindungan hukum yang sesuai. Perlindungan hukum yang dimaksud berkaitan erat dengan hubungan hukum yang terjadi antara kedua pihak yang merupakan subjek hukum. Kedua pihak tersebut yaitu pihak RS beserta tenaga medis dan tenaga kesehatan yang ada di bawahnya dan pihak lain yaitu pasien dan/ atau keluarganya.¹⁸

Hak pasien dalam pelayanan kesehatan pada dasarnya ada dua macam yaitu hak dasar dan hak derivatif. Hak dasarnya merupakan hak asasi manusia yaitu hak kesehatan di mana pasien berhak mendapatkan kesehatan yang layak. Hak asasi merupakan hak dasar yang dimiliki setiap manusia sejak seseorang dilahirkan dan wajib dihormati oleh orang lain. Hak derivatif dapat berupa hak

¹⁷ Lipoeto NI, Megasari N, Eka A., 2014, "Malnutrisi dan Asupan Kalori pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit". *Majalah Kedokteran Indonesia*, 56(11), h 4.

¹⁸ Soekidjo Notoatmojo, 2010, *Etika & Hukum Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta, h 158-65.

atas informasi medik yaitu untuk mengetahui segala sesuatu yang berkaitan dengan keadaan penyakit dan tindakan medik yang akan dilakukan, hak memberikan persetujuan tindakan medik, hak atas rahasia medis, hak untuk menolak pengobatan atau perawatan serta tindakan medik, hak atas pendapat kedua, hak mengetahui isi rekam medis, dan hak lainnya. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan yang ada. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS secara jelas mengatur kewajiban untuk pemenuhan hak pasien dan memberikan perlindungan hukum.¹⁹

Subjek hukum memiliki hak dan kewajiban hukum masing-masing yang pelaksanaannya mempengaruhi satu sama lain. Jika pihak yang satu tidak memenuhi kewajibannya maka secara tidak langsung hak pihak yang lain juga akan terbengkalai. Untuk mengatasi terjadinya pelanggaran hak dan kewajiban hukum tersebut maka diperlukan adanya suatu pengaturan berupa kebijakan dalam RS beserta segala sanksinya. Adanya kebijakan RS akan sangat membantu mengingatkan masing-masing pihak untuk melakukan kewajibannya sehingga pihak lain merasa terlindungi haknya, begitu pun sebaliknya. Kerja sama yang baik antara kedua pihak akan menghasilkan suasana pelayanan kesehatan yang baik, nyaman, dan menguntungkan bagi kedua pihak. Perlindungan hukum terhadap hak pasien atas pelayanan kesehatan diatur dalam Undang-Undang Kesehatan dan Undang-Undang RS.

¹⁹ Valeri M.P, Siringoringo, Dewi Hendrawati, R. Suharto, 2017, "Pengaturan Perlindungan Hukum Hak-hak Pasien dalam Peraturan Perundang-undangan tentang Kesehatan di Indonesia", *Diponegoro Law Journal*, 6(2), h 4-6.

Kedua undang-undang tersebut saling berkaitan dan memberikan gambaran umum tentang hak dan kewajiban antara RS, tenaga medis dan tenaga kesehatan termasuk tenaga gizi, dan pasien serta keluarganya.²⁰

G. Metode Penelitian

1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan peneliti adalah yuridis sosiologis, yaitu dengan pemakaian pendekatan ilmu-ilmu sosial untuk memahami dan menganalisis hukum sebagai gejala secara faktual. Pendekatan yuridis sosiologis dimanfaatkan untuk menganalisis dan memberikan jawaban untuk mengefektifkan bekerjanya seluruh struktur institusional hukum.²¹ Pada penelitian yuridis sosiologis, yang diteliti pada awalnya adalah data primer di lapangan atau di masyarakat, kemudian dilanjutkan dengan penelitian data sekunder.

Penelitian ini menggunakan metode logika induktif yang dimulai dari fakta-fakta yang bersifat khusus untuk kemudian digeneralisasi menjadi ketentuan umum.²² Pendekatan yuridis dalam penelitian ini dimaksudkan untuk meneliti tentang asas-asas hukum, norma atau kaidah hukum, peraturan atau kebijakan tentang pelayanan gizi yang terkait dengan perlindungan hak pasien di RS. Pendekatan sosiologis dalam penelitian ini adalah pelaksanaan hak atas pelayanan gizi di RS di Kota Semarang.

²⁰ Soerjono Soekanto, 1989, *Aspek Hukum Kesehatan*, Jakarta: Ind-Hill-Co, h 98-103.

²¹ Bambang Sunggono, 2007, *Metode Penelitian Hukum*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, h 73.

²² Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, 2015, *Dualisme Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, h 123.

2. Spesifikasi Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik yaitu menggambarkan frekuensi terjadinya gejala hukum atau peristiwa hukum atau karakteristik gejala hukum atau frekuensi adanya hubungan hukum antara gejala hukum atau peristiwa hukum yang satu dengan lainnya kemudian melakukan analisis terhadap hubungan hukum tersebut.

Penelitian ini akan mengkaji kebijakan pelayanan gizi yang ada di RS di kota Semarang, pelaksanaannya terhadap hak pasien atas pelayanan gizi, dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan kebijakan. Kemudian akan dibahas dan dianalisis berdasarkan ilmu dan teori serta pendapat peneliti sendiri kemudian diambil kesimpulan. Penelitian deskriptif analitik akan menganalisis data primer dan sekunder secara kualitatif.

3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pemberian definisi atau arti dari konsep atau variabel yang digunakan dalam penelitian, atau penjelasan tentang variabel cara pengumpulannya yang digunakan dalam penelitian. Definisi operasional dari variabel penelitian ini antara lain:²³

- a. Kebijakan pelayanan gizi adalah peraturan yang dibuat dalam suatu institusi kesehatan untuk mengatur tentang pelayanan gizi yang dilakukan.
- b. Hak pelayanan kesehatan adalah hak untuk mendapatkan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan perbekalan kesehatan dalam bidang gizi.

²³ Endang Wahyati, Agnes Widanti, Trihoni Nalesti Dewi, Hermawan Pancasiwi, 2015, *Petunjuk Penulisan Usulan dan Tesis*, Semarang: Program Studi Magister Ilmu Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, Fakultas Pascasarja Unika Soegijapranata, h 8.

- c. Perlindungan hukum adalah memberikan perlindungan terhadap pasien rawat inap di RS melalui peraturan, kebijakan, dan realisasi atas hak pelayanan kesehatan bidang gizi sehingga mendapatkan dukungan gizi.

4. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya, baik melalui wawancara maupun laporan dalam bentuk dokumen tidak resmi yang kemudian diolah oleh peneliti.²⁴ Dalam penelitian ini data primer diperoleh melalui dokumen tentang kebijakan gizi di RS dan wawancara dengan narasumber dan responden. Narasumber dalam penelitian ini adalah ahli gizi dan dokter spesialis gizi (dr. Sp. GK) yang menyusun kebijakan tersebut, Direktur RS Pemerintah, dan Direktur RS Swasta di kota Semarang. Responden dalam penelitian ini adalah pasien yang dirawat di RS Pemerintah dan RS Swasta, ahli gizi pelaksana lapangan, pramusaji yang menyediakan makanan ke pasien, dan pramu-masak.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen–dokumen resmi, buku–buku yang berhubungan dengan objek penelitian, hasil penelitian

²⁴ Zainudi Ali, 2016, *Metode Penelitian Hukum*, Jakarta: Sinar Grafika, h 106.

dalam bentuk laporan, tesis, disertasi, dan peraturan perundang-undangan. Data sekunder tersebut dapat dibagi menjadi:²⁵

1) Bahan hukum primer

Bahan hukum primer merupakan bahan hukum yang bersifat autoritatif artinya mempunyai otoritas. Bahan-bahan hukum primer terdiri dari perundang-undangan, catatan resmi atau risalah dalam pembuatan perundang-undangan dan putusan-putusan hakim. Adapun bahan hukum primer yang digunakan dalam penelitian yaitu:

1. Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Republik Indonesia No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia;
3. Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2007 tentang Pembangunan Jangka Panjang Nasional;
5. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
7. Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2012 tentang Pangan;
8. Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;

²⁵ Peter Mahmud Marzuki, 2005, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Kencana, h 141.

9. Undang–Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
10. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Perbaikan Gizi;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

2) Bahan hukum sekunder

Bahan hukum sekunder merupakan semua publikasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumen–dokumen resmi. Publikasi tentang hukum meliputi buku–buku teks, kamus hukum, jurnal hukum, dan komentar atas putusan pengadilan. Adapun bahan hukum sekunder yang digunakan dalam penelitian yaitu berbagai literatur tentang hukum kesehatan, pedoman pelayanan gizi, pengantar ilmu hukum, serta jurnal dan hasil penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini.

3) Bahan hukum tersier

Bahan hukum tersier yang digunakan dalam penelitian ini adalah bahan–bahan yang dapat memberikan informasi terkait bahan hukum

primer dan sekunder, seperti kamus bahasa Indonesia dan kamus hukum, ensiklopedia, leaflet atau brosur gizi.

5. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan di dalam penelitian adalah studi pustaka dan studi lapangan. Studi pustaka yaitu mengumpulkan data–data yang diambil dari bahan–bahan atau buku–buku kepustakaan dan pendapat para sarjana hukum yang membidangi, peraturan perundang–undangan, terutama yang erat kaitannya dengan kebijakan pelayanan gizi. Studi lapangan dilakukan untuk memperoleh data primer. Dalam studi ini peneliti datang langsung ke lapangan dan melakukan wawancara. Wawancara dimaksudkan untuk melakukan tanya jawab secara langsung antara peneliti dengan responden untuk mendapatkan informasi terkait kebijakan pelayanan gizi dan pelaksanaannya.

6. Lokasi Penelitian dan Metode *Sampling*

Lokasi penelitian dilakukan di Kota Semarang. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh RS di Kota Semarang. Adapun teknik dan/ atau cara penentuan sampel dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* tipe *purposive*, yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberikan peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. *Purposive* merupakan teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih satuan *sampling* atas dasar pertimbangan tertentu atau pertimbangan sekelompok pakar di bidang ilmu yang sedang diteliti.²⁶

²⁶ Soerjono Soekanto, Sri Mamudji, 1988, *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat*, Jakarta: Ghalia Indonesia, h 50-1.

Maka sampel dalam penelitian ini adalah empat RS yang memberikan pelayanan gizi terstandarisasi sesuai dengan pedoman gizi RS yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan, yaitu dua RS Pemerintah dan dua RS Swasta.

7. Metode Penyajian Data

Setelah data primer dan sekunder diperoleh maka diperiksa kembali apakah data tersebut telah sesuai dengan fakta yang ada sehingga kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan dan selanjutnya dapat dilakukan pengolahan dengan pendekatan kualitatif. Hasil pengolahan data disusun secara sistematis dan disajikan dalam bentuk teks kalimat. Dalam penelitian ini data perlindungan hak atas pelayanan gizi di Kota Semarang, akan disajikan dalam bentuk teks kalimat atau narasi dilengkapi dengan gambar dan data pendukung lainnya.

8. Metode Analisis Data

Data primer yang diperoleh dari temuan dan wawancara langsung serta data sekunder dan tersier dikelompokkan menurut bidangnya masing-masing dan selanjutnya disusun secara sistematis kemudian dianalisis secara kualitatif yaitu suatu analisis yang didasarkan pada ilmu pengetahuan hukum yang antara lain seperti asas hukum, sistem hukum, doktrin, dalil, dan konsep hukum.

Dalam penelitian ini analisis kualitatif digunakan untuk mengetahui perlindungan hak atas pelayanan kesehatan terutama pelayanan gizi bagi pasien rawat inap di RS. Peneliti menganalisis data primer yang diperoleh melalui wawancara dengan responden, kemudian dihubungkan dengan data sekunder.

Setelah analisis data selesai selanjutnya data disajikan dalam bentuk narasi, dan kemudian ditarik kesimpulan sebagai jawaban dari permasalahan yang diteliti.

H. Rencana Penyajian Tesis

Guna mengetahui gambaran secara umum isi dari penulisan tesis ini maka dapat dibuat sistematika penulisan berikut ini:

Bab I Pendahuluan akan menguraikan mengenai latar belakang masalah, pembatasan masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka pemikiran yang mencakup kerangka konsep dan kerangka teori dan metode penelitian. Metode penelitian akan menguraikan tentang metode pendekatan, spesifikasi penelitian, definisi operasional, jenis data (data primer, sekunder, dan tersier), metode pengumpulan data, lokasi penelitian dan metode *sampling*, metode penyajian data, metode analisis data, rencana penyajian tesis, dan jadwal penelitian.

Bab II Tinjauan Pustaka adalah uraian sistematis tentang kata-kata kunci yang dikumpulkan dari perpustakaan, yang ada hubungannya dengan judul dan perumusan masalah untuk mencapai tujuan penelitian. Tinjauan pustaka merupakan pengembangan kerangka pemikiran yang dikemukakan pada usulan penelitian dan sudah lebih diperluas.²⁷ Bab ini akan menguraikan mengenai tinjauan umum yaitu teori pelayanan kesehatan, pelayanan gizi, upaya kesehatan, tenaga kesehatan, RS sebagai fasilitas kesehatan, hak pasien sebagai bagian HAM, kebijakan dalam pengaturan organisasi, peranan HBL terhadap kinerja RS, dan perlindungan hukum terhadap HAM.

²⁷ Endang Wahyati, Agnes Widanti, Trihoni Nalesti Dewi, Hermawan Pancasiwi, *op cit*, h 10.

Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan memuat hasil penelitian dan pembahasan yang sifatnya terpadu dan tidak terpecah menjadi sub-bab tersendiri. Bab ini akan membahas mengenai kebijakan gizi yang ada di RS Pemerintah dan RS Swasta di Kota Semarang, pelaksanaan kebijakan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan tersebut. Hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk uraian dan dikuatkan dengan tabel, grafik, gambar, atau bentuk lain. Pembahasan berupa uraian analisis dan penjelasan teoritik, baik secara kualitatif atau kuantitatif atau keduanya terhadap masalah yang diteliti.

Bab IV Penutup akan membahas tentang simpulan dan saran. Simpulan merupakan uraian singkat dan tepat yang disarikan dari hasil penelitian dan pembahasan untuk membuktikan perumusan masalah atau kebenaran dari masalah yang diteliti. Saran dibuat berdasarkan simpulan penelitian. Saran dirumuskan secara konkrit ditujukan pada semua pihak yang berperan dalam pelayanan gizi RS dan tentang pelaksanaan kebijakan tersebut. Saran juga ditujukan pada para peneliti dalam bidang sejenis, yang ingin melanjutkan atau mengembangkan penelitian yang telah diselesaikan.

Selain dari keempat bab tersebut, akan ditambahkan bagian akhir yang mengandung daftar pustaka dan lampiran. Daftar pustaka disusun sesuai dengan metode Vancouver. Lampiran dipakai untuk menempatkan data atau keterangan lain yang berfungsi untuk melengkapi uraian yang telah disajikan dalam bagian utama. Lampiran yang akan disajikan berupa surat izin penelitian, tabel yang tidak dimasukkan dalam hasil penelitian, daftar pertanyaan, peraturan perundang-undangan, dan data lain yang diperlukan.