

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan sebuah anugerah yang diberikan oleh Tuhan kepada setiap manusia sejak lahir. Hal ini berarti setiap orang mempunyai hak untuk mendapatkan kesehatan. Hak atas kesehatan bagi masyarakat dijamin oleh Negara melalui ketentuan Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut dengan Undang-Undang Kesehatan) yang berbunyi: “Setiap orang berhak atas kesehatan.” Adapun untuk mewujudkan kesehatan kepada setiap orang dibutuhkan tiga pilar pendukung yang meliputi upaya kesehatan, fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan.

Pengertian upaya kesehatan dijabarkan pada Pasal 1 butir 11 Undang-Undang Kesehatan, yaitu:

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat.

Upaya kesehatan tersebut dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengertian dari fasilitas pelayanan kesehatan terdapat pada Pasal 1 butir 7

Undang-Undang Kesehatan yang menyatakan bahwa:

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan,

baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Salah satu jenis fasilitas kesehatan adalah rumah sakit. Adapun pengertian rumah sakit adalah salah satu jenis sarana pelayanan kesehatan, yang tugas utamanya melayani kesehatan perorangan disamping tugas pelayanan lainnya.¹ Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat seperti yang dirumuskan pada Pasal 1 butir 1 dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Pelayanan kegawatdaruratan dilakukan di unit Instalasi Gawat Darurat rumah sakit. Adapun pengertian dari Instalasi Gawat Darurat adalah suatu tempat/unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus disertai peralatan untuk memberikan pelayanan pada pasien gawat darurat dan merupakan rangkaian upaya dalam penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir.² Dikatakan khusus karena pada pelayanan gawat darurat dibutuhkan keterampilan klinis dan pengetahuan khusus mengenai kegawatdaruratan yang meliputi segala rentang usia, serta mengelola situasi-situasi yang melibatkan kemampuan untuk menolong pasien dalam keadaan gawat darurat.

¹ Endang Wahyati Yustina, 2012, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Bandung: CV Keni Media, hal. 8

² Meggy Sukma S. Sumarno, Amatus Yudi Ismanto, Yolanda Bataha, *Hubungan Ketepatan Pelaksanaan Triage Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof.DR.R.D Kandou Manado*”, *Journal Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi*, Volume 5 Nomor 1, Mei 2017, hal. 2.

Pengertian pelayanan kegawatdaruratan menurut Pasal 1 butir 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan yaitu: "Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan".

Pelayanan kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan seperti yang tercantum pada Pasal 3 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan yang menetapkan bahwa:

Kriteria kegawatdaruratan meliputi:

- a. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/ lingkungan.
- b. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi.
- c. Adanya penurunan kesadaran.
- d. Adanya gangguan hemodinamik, dan/ atau
- e. Memerlukan tindakan segera.

Teknis penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan pada Angka III Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan, huruf B Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit ditetapkan bahwa:

Secara garis besar kegiatan IGD di Rumah Sakit dan menjadi tanggung jawab IGD, secara umum terdiri dari:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/ atau kecacatan pasien.
- b. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/ definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

- c. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan/ definitif.

Layanan kesehatan akan dapat beroperasi dengan baik apabila didukung oleh berbagai sumber daya manusia yang berkompeten di bidangnya masing-masing termasuk tenaga kesehatan. Tenaga Kesehatan memiliki definisi yang dijelaskan pada Pasal 1 Angka 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Kesehatan yang menyatakan:

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Salah satu jenis tenaga kesehatan menurut Pasal 11 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (selanjutnya disebut dengan Undang-Undang Tenaga Kesehatan) adalah tenaga medis. Kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis. Namun berdasarkan Keputusan *Yudicial Review* Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 maka tenaga medis tidak lagi diatur di dalam Undang-Undang Tenaga Kesehatan.

Namun demikian dokter/dokter gigi adalah Tenaga Kesehatan yang diatur menurut Undang-Undang Kesehatan pada Pasal 1 butir 6 yang berbunyi “Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan”, dan menurut Undang-

Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 1 butir 2 yang berbunyi “Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.”

Ketentuan mekanisme pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit, mengacu kepada Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan No 47 Tahun 2018 Tentang Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit yang mengatur tentang :

- a. Dokter / dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan
- b. Dokter / dokter gigi sebagai penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh Kepala / Direktur Rumah Sakit.
- c. Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, tenaga non kesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).

Dokter sebagai pelaksana layanan kegawatdaruratan harus mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/ atau kecacatan pada pasien, serta mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Hal ini sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI).

Untuk memberikan pelayanan dalam hal tindakan medis diperlukan beberapa komponen, diantaranya kompetensi. Standar kompetensi pengetahuan dokter gawat darurat diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan No 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan pada Pasal 11 ayat

(3) yang berbunyi,” Dokter, Dokter Gigi, perawat, dan/atau tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memiliki kompetensi kegawatdaruratan.

Kompetensi kegawatdaruratan yang wajib dimiliki oleh dokter jaga adalah dengan mengikuti pelatihan kegawatdaruratan. Adapun pelatihan yang wajib diikuti oleh dokter yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat adalah pelatihan ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) dan ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) yang mendapatkan sertifikat dengan masa berlaku tiga tahun.

Pelatihan ACLS ini hanya diperuntukkan bagi tenaga kesehatan yang berperan langsung dalam resusitasi pasien, baik di dalam maupun di luar rumah sakit.³ Sedangkan kursus ATLS diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan bagi para dokter untuk mengidentifikasi dan mengelola pasien trauma yang terancam jiwanya (*life-threatening*) dan potensial terancam jiwanya (*potential life threatening*) dalam situasi tekanan ekstrim pada lingkungan dan mencemaskan di IGD.⁴

Kompetensi kegawatdaruratan tersebut perlu dimiliki oleh karena kondisi kegawatdaruratan membutuhkan ketepatan dan kecepatan dalam memberikan pertolongan terhadap berbagai macam kondisi gawat darurat yang akan dihadapi seperti tertuang pada Surat Edaran Direktur Pelaksana BPJS No 38 Tahun 2014 yang mencantumkan 171 diagnosa yang termasuk

³ Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2017, *Buku Ajar Kursus Bantuan Hidup Jantung Lanjut ACLS (Advanced Cardiac Life Support)*, Jakarta, hal. 3

⁴ *Advanced Trauma life Support ATLS Student Course Manual Edisi Bahasa Indonesia*, 2014, Jakarta: Komisi Trauma “IKABI” (Ikatan Ahli Bedah Indonesia), hal. Xix.

gawat darurat yang terbagi dalam sembilan bagian disiplin ilmu kedokteran (Anak, Penyakit Dalam, Kardiovaskuler, Paru-paru, Bedah, Kebidanan, Syaraf, Mata dan THT).

Akan tetapi BPJS kemudian mengeluarkan produk hukum yang memberikan keleluasaan ruang gerak bagi dokter yaitu kriteria yang lebih umum dan lebih luas berupa Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat terdapat pada Pasal 6 ayat (2) yang mengatur tentang kriteria sebagai pasien gawat darurat medis adalah:

- a. Mengancam nyawa
- b. Adanya gangguan pada jalan nafas/*airway*, pernafasan/*breathing*, sirkulasi/*circulation* dan dehidrasi/*dehydration*.
- c. Adanya penurunan kesadaran
- d. Adanya gangguan hemodinamik
- e. Memerlukan tindakan segera yaitu suatu kondisi yang perlu ditangani agar tidak melewati *golden period* (kurang dari enam jam), apabila melewati akan menyebabkan kerusakan organ yang permanen/kematian, atau
- f. Gejala psikotik akut/ *panic attack* yang membahayakan atau kegawatdaruratan lain di bidang psikiatri.

Konsekuensi dari terbitnya peraturan tersebut terkait dengan jaminan pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan yang harus sesuai dengan kriteria tersebut, apabila tidak sesuai dengan kriteria yang ditetapkan maka tidak akan dijamin oleh BPJS.

Dalam penelitian ini penulis mengambil studi pendahuluan di Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen, didapatkan data ada beberapa diagnosa yang tidak dapat ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Kesehatan antara lain kasus *Asma Bronkial* yang datang ke Instalasi Gawat Darurat dalam waktu yang berurutan di hari yang sama dan di hari yang berdekatan. BPJS hanya dapat menanggung pasien saat kedatangan pertama kali ke Instalasi Gawat Darurat, sedangkan kedatangan pasien berikutnya bukan merupakan kondisi gawat darurat dan disarankan untuk berobat ke poliklinik spesialis.⁵

Kasus lain adalah kondisi dengan *kolik abdomen* dimana penggantian biaya oleh BPJS dapat ditanggung apabila obat yang diberikan sesuai dengan kriteria kegawatdaruratan menurut BPJS.⁶ Kemudian ada kasus pasien yang datang berobat setelah di gigit ular, BPJS melihat terlebih dahulu laporan kronologi kejadian berdasarkan anamnesa dari pasien. Apabila tidak sesuai dengan kegawatdaruratan menurut BPJS maka perawatan baik rawat jalan maupun rawat inap tidak dapat ditanggung oleh BPJS. Sehingga pasien merasa dirugikan dan memilih pulang paksa terkait masalah biaya perawatan.⁷

Kondisi seperti ini dapat membuat pertimbangan dokter tersebut menjadi dilematis. Disatu sisi peraturan yang dikeluarkan oleh BPJS tersebut memberikan keleluasaan ruang gerak bagi dokter untuk bertindak menolong pasien sesuai dengan kegawatdaruratan yang harus segera ditolong, sedangkan disisi lain dokter dalam menentukan diagnosis harus sesuai dengan kriteria kegawatdaruratan yang dikeluarkan oleh BPJS.

⁵ Laporan Klaim Kembali Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Tahun 2018.

⁶ Laporan Klaim Kembali Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Bulan Februari 2019.

⁷ Laporan Pasien Pulang Paksa Bulan Februari 2019.

Hal seperti ini menimbulkan permasalahan, apakah pasien tersebut diterima ataukah pasien harus diberikan diagnose lain yang mengikuti dengan kriteria gawat darurat yang dijamin oleh BPJS. Apabila diagnosanya diganti, maka keakuratan diagnosa dokter akan dipertanyakan, sehingga potensi malpraktek dokter akan terbuka lebar, dan tentunya hal ini juga akan melanggar kode etik dokter.⁸

Seorang dokter dalam memberikan pelayanan dituntut untuk selalu memberikan pelayanan yang professional berdasarkan etika kedokteran dalam hal ini tidak boleh menolak pasien dalam kondisi apapun termasuk dalam kondisi gawat darurat. Dengan dasar pertimbangan tersebut kemungkinan yang dapat terjadi adalah dokter melakukan pelayanan kedokteran diluar peraturan yang ditetapkan oleh BPJS. Dalam situasi seperti itu tidak menutup kemungkinan dokter jaga melakukan diskresi untuk mencegah kondisi pasien menjadi darurat dan juga untuk menyelamatkan pasien.

Adapun pengertian diskresi adalah pertimbangan sendiri, wewenang untuk melakukan tindakan berdasarkan kebijakan sendiri, pertimbangan seorang pejabat publik dalam melaksanakan tugasnya, dan kekuasaan seseorang untuk mengambil pilihan melakukan atau tidak melakukan tindakan.⁹ Pertimbangan dokter dalam menentukan itu bisa saja didasari atas pertimbangan etik dan memberikan perlindungan hukum bagi dokter.

⁸ Triana Widati, " *Perlindungan Hukum Bagi Pasien Kegawatdaruratan BPJS Dengan Diagnosa Di Luar Daftar Diagnosa Gawat Darurat Di RSUD Kabupaten Sukoharjo*, Jurnal Pasca Sarjana Hukum UNS Volume V Nomor 2 ,Juli-Desember 2017

⁹ Ridwan, 2014, *Diskresi & Tanggung Jawab Pemerintah*, Yogyakarta: FH UII Press, hal. 125

Penelitian terdahulu berkaitan dengan pelayanan gawat darurat pernah dilakukan oleh Triana Widati, 2017, dengan judul “Perlindungan Hukum Bagi Pasien Kegawatdaruratan BPJS Dengan Di Luar Daftar Diagnosa Gawat Darurat Di RSUD Kabupaten Sukoharjo.”

Kesamaan antara penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan dilaksanakan oleh peneliti terletak pada kajiannya yang sama dari sisi hukum. Namun pembeda adalah pada penelitian oleh Triana Widati dilihat dari perspektif perlindungan pasien, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dilihat dari perspektif perlindungan dokter.

Sedangkan penelitian lain berkaitan dengan Instalasi Gawat Darurat dilaksanakan oleh Jansje Grace Makisurat, 2017, dengan judul “Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat Bagi Peserta JKN Di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung Ditinjau Dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit”.¹⁰

Kesamaan antara penelitian terdahulu dengan penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti pada kajiannya yaitu ditinjau dari sisi hukum kesehatan. Namun yang menjadi pembeda penelitian terdahulu lebih melihat terhadap perspektif pelayanan kegawatdaruratan sedangkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dilihat dari perspektif diskresi oleh dokter.

Hal yang telah diuraikan tersebut sangat menarik bagi peneliti untuk membuat penelitian mengenai bagaimana pengaturan penentuan kondisi

¹⁰ Jansje Grace Makisurat, “Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat Bagi Peserta JKN Di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Bolong Ditinjau Dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit”, 2017

kegawatdaruratan oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen, peneliti ingin mengetahui bagaimana pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen dalam menentukan status kondisi pasien, serta faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen dalam menentukan status kondisi pasien.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka peneliti ingin meneliti tentang **“Diskresi Dokter Jaga Instalasi Gawat Darurat Dalam Penentuan Status Kondisi Pasien Yang Terintegrasi Dengan Pelayanan Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak”**.

B. BATASAN MASALAH

Pembatasan suatu masalah digunakan untuk menghindari adanya penyimpangan maupun pelebaran pokok masalah agar sebuah penelitian terarah dan memudahkan dalam pembahasan sehingga tujuan penelitian akan tercapai. Batasan masalah dalam penelitian ini adalah dikresi dokter jaga Instalasi Gawat Darurat yang merupakan dokter umum, dalam pelayanan kesehatan yang terkait dengan penanganan kegawatdaruratan pada program jaminan kesehatan.

C. PERUMUSAN MASALAH

1. Bagaimanakah pengaturan penentuan kondisi kegawatdaruratan oleh dokter jaga yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak?
2. Bagaimanakah pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak?
3. Faktor –faktor apa saja yang mempengaruhi pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan?

D. TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah tersebut diatas maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mendapatkan gambaran tentang pengaturan penentuan kondisi kegawatdaruratan oleh dokter jaga yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak.
2. Untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen

Kabupaten Demak dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan.

3. Untuk mendapatkan gambaran terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan.

E. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat praktis

a. Bagi Dokter

Dapat menjadi panduan di dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan diskresi terkait dengan pelayanan jaminan kesehatan dalam pelayanan gawat darurat.

b. Bagi Rumah Sakit

Menjadi bahan untuk membuat kebijakan tentang pelayanan gawat darurat dan kebijakan terkait pelaksanaan jaminan kesehatan.

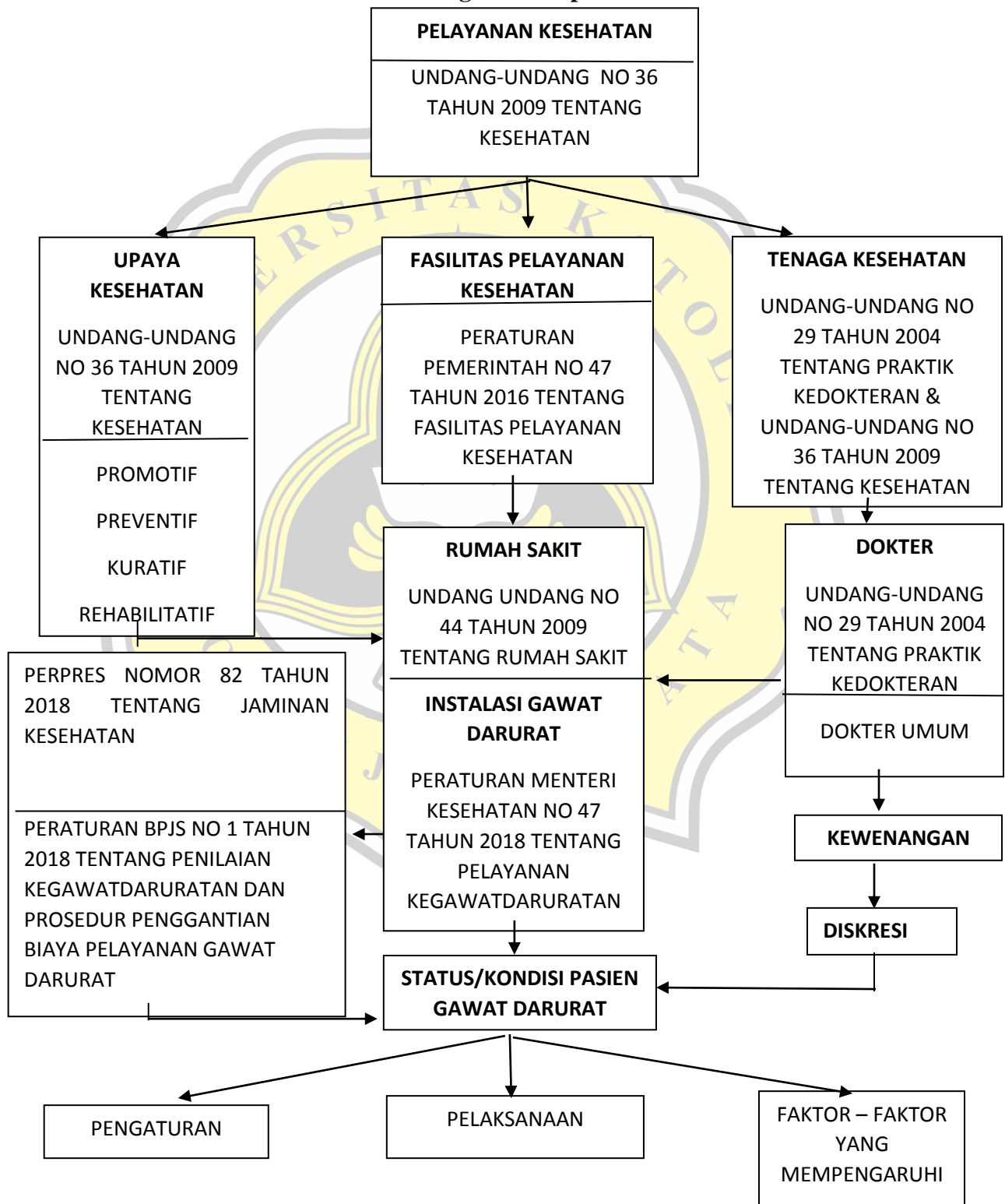
2. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah kasanah pustaka ilmu hukum khususnya ilmu hukum kesehatan dan dapat menjadi bahan penelitian untuk peneliti-peneliti berikutnya.

F. KERANGKA PEMIKIRAN

1. Kerangka Konsep

Gambar 1.1
Kerangka Konsep



2. Kerangka Teori

Pelayanan kesehatan adalah merupakan sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif, promotif dengan sasaran masyarakat. Pelayanan kesehatan terdiri atas tiga pilar yaitu upaya kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan.

Pelayanan kesehatan diselenggarakan melalui pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.¹¹ Adapun upaya pelayanan kesehatan perseorangan diberikan dalam bentuk rawat inap, rawat jalan dan Instalasi Gawat Darurat. Pengertian upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan. Hal tersebut dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat.¹²

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat.¹³ Fasilitas pelayanan kesehatan dapat berupa puskesmas, praktik mandiri, rumah bersalin dan rumah sakit. Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengertian rumah sakit sebagai salah satu jenis dari pelayanan kesehatan menurut Endang Wahyati adalah “Salah satu jenis sarana pelayanan

¹¹ Soekidjo Notoatmodjo, 2010, *Etika Dan Hukum Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta, hal. 62

¹² *Ibid*, hal.51

¹³ *Ibid*

kesehatan yang tugas utamanya melayani kesehatan perorangan disamping tugas pelayanan lainnya”.¹⁴ Berdasarkan Pasal 1 Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang berbunyi “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penanganan kegawatdaruratan. Pelayanan kegawatdaruratan dilakukan di unit Instalasi Gawat Darurat. Instalasi Gawat Darurat adalah suatu tempat/unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir.¹⁵

Sebagai pelaksana pelayanan kesehatan maka di rumah sakit tersedia sumber daya manusia yaitu tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan antara lain dokter, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker dan tenaga kesehatan lainnya. Dokter dan dokter gigi diatur dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2004. Tugas dokter yang tercantum dalam Pasal 51 Undang-Undang Praktik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2004 salah satunya adalah melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.

Disamping itu terkait tugas dokter dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit diatur dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang

¹⁴ Endang Wahyati Yustina, 2012, *op.cit.* , hal.8

¹⁵ Meggy Sukma S. Sumarno, Amatus Yudi Ismanto, Yolanda Bataha, *op.cit.*hal.2

Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/IX/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, dan juga tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit. Permenkes No 755/MENKES/PER/IX/2011 telah mengarahkan paradigma baru yang menempatkan komite medik sebagai organisasi non struktural di rumah sakit mempunyai peran penting di bidang pengelolaan profesi medis yang lebih profesional.

Untuk mencapai keselarasan atas kepentingan pihak pemilik rumah sakit, pihak pengelola rumah sakit serta pihak staf medis selaku pemberi layanan medis kepada pasien maka di rumah sakit mutlak harus dibuat aturan bersama dalam bentuk *Hospital Bylaws* dan *Medical Staff Bylaws*. Aturan inilah yang mengatur hak, kewajiban, tugas serta kewenangan pihak yang terkait di rumah sakit. Dimana dokter termasuk staf medis yang dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit diatur dalam *Hospital ByLaws* dan *Medical Staff Bylaws*.

Terkait kewajiban rumah sakit memberikan pelayanan sesuai yang tercantum dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya. Pelayanan gawat darurat adalah suatu kondisi klinik yang memerlukan pelayanan medis, yang menurut pandangan penderita, keluarga atau siapapun yang bertanggung jawab dalam membawa penderita ke

rumah sakit dan memerlukan pelayanan medis segera.¹⁶ Pelayanan gawat darurat penting untuk dikaji karena pelayanan gawat darurat ini berkaitan dengan pembiayaan. Salah satunya melalui jaminan pelayanan kesehatan. Di dalam pelayanan gawat darurat yang terintegrasi dengan jaminan pelayanan kesehatan kadang-kadang dokter dihadapkan pada situasi yang mengharuskan dokter mengambil keputusan dalam bentuk diskresi.

G. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan tesis ini menggunakan metode penelitian sebagai berikut:

1. Metode Pendekatan

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan secara yuridis empiris/sosiologis adalah pendekatan yang bertujuan untuk mendapatkan data lapangan yang bersifat melengkapi data sekunder dengan melakukan inventarisasi hukum positif¹⁷.

Aspek yuridis terkait dengan objek penelitian berupa norma hukum tentang peraturan pelayanan kegawatdaruratan, peraturan kegawatdaruratan dalam pelayanan jaminan kesehatan, pelayanan kegawatdaruratan oleh dokter.

Aspek sosiologis yang terkait dengan penelitian ini adalah pelaksanaan diskresi dokter dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan terkait dengan pelayanan jaminan kesehatan. Adapun

¹⁶ Soekidjo Notoatmodjo, 2010, *Etika Dan Hukum Kesehatan*, *op.cit.* hal. 164

¹⁷ Adi Rianto, 2012, *Sosiologi Hukum : Kajian Hukum Secara Sosiologis*, Jakarta : Yayasan Pustaka Obor, hal. 12

penelitian ini berusaha melihat fakta di lapangan tentang pelaksanaan diskresi oleh dokter dalam pelayanan kegawatdaruratan.

Sehingga dapat dijelaskan bahwa pendekatan yuridis sosiologis dalam penelitian ini adalah menghubungkan masalah penelitian berupa pelaksanaan diskresi oleh dokter dalam pelayanan kegawatdaruratan terkait dengan pelayanan jaminan kesehatan yang dibahas berdasarkan peraturan-peraturan yang berlaku berkaitan dengan hukum kesehatan, kemudian dihubungkan dengan kenyataan-kenyataan yang terjadi di lapangan.

2. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah desain studi kasus, penelitian ini dilakukan untuk memperoleh pengertian yang lebih mendalam mengenai situasi dan makna dari subyek yang diteliti. Penelitian ini lebih mementingkan proses daripada hasil.¹⁸ Penelitian ini menganalisa bagaimana proses pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga yang bertugas mengidentifikasi pasien pengguna jaminan kesehatan, apakah benar-benar dalam kondisi kegawatdaruratan atau tidak di IGD Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen Kabupaten Demak.

3. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian dalam tesis ini adalah termasuk deskriptif analitik, yaitu menggambarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dikaitkan dengan teori-teori hukum dan praktek pelaksanaan

¹⁸ Andi Prastowo, 2011, *Metode Penelitian Kualitatif dalam Prespektif Rancangan Penelitian*, Yogyakarta: Ar-Ruzz Media, hal. 22

hukum positif yang menyangkut permasalahan diatas. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan.¹⁹

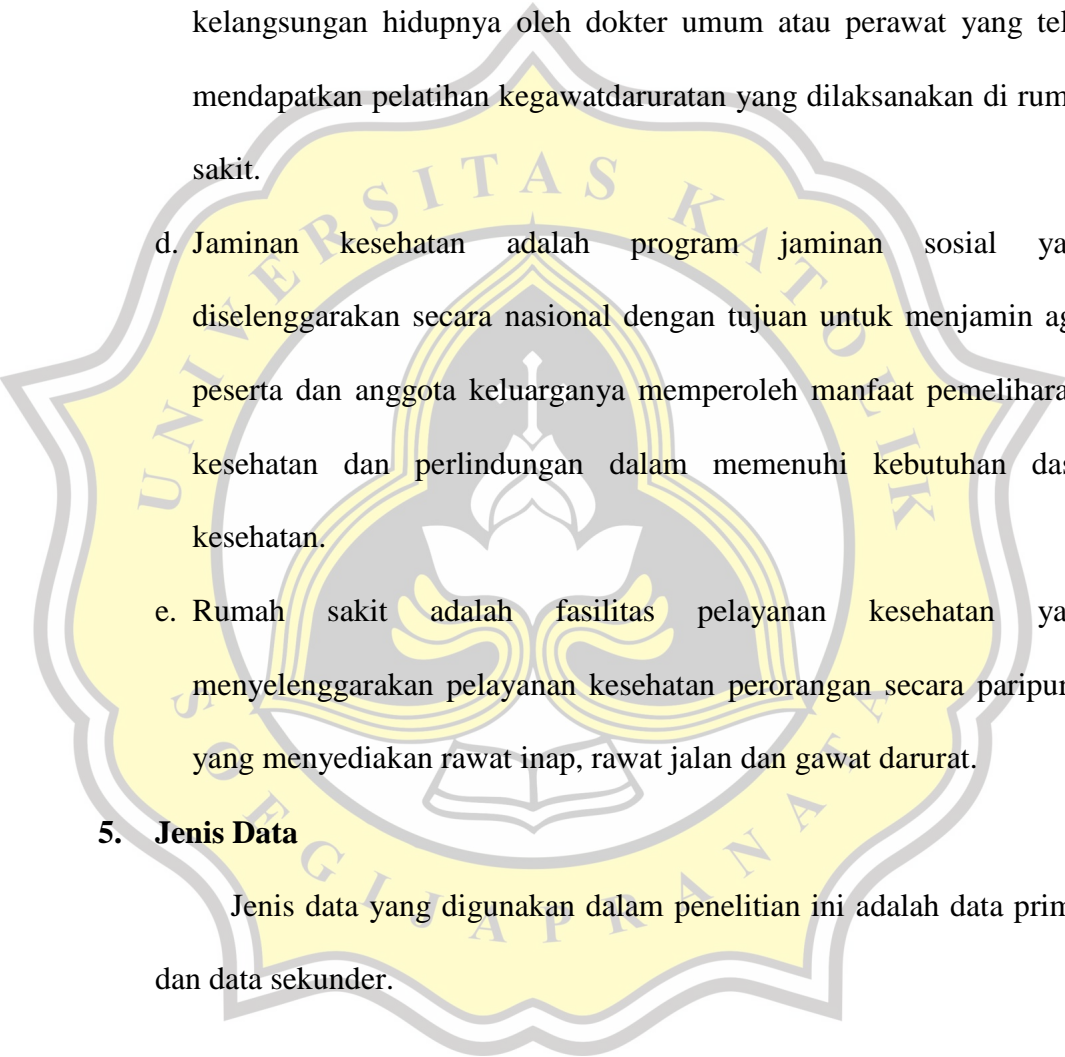
Penulis dalam hal ini ingin mendapatkan gambaran yang lengkap dan jelas tentang pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan di Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen sesuai yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan Dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat.

4. Unsur-Unsur Penelitian dan Definisi Operasional

Unsur-unsur penelitian dan definisi operasional dalam penelitian ini beserta dengan indikator-indikatornya adalah sebagai berikut:

- a. Diskresi adalah keputusan dan/atau tindakan yang ditetapkan dan/atau dilakukan oleh Pejabat Pemerintahan untuk mengatasi persoalan konkret yang dihadapi dalam hal peraturan perundang-undangan yang memberikan pilihan, tidak mengatur, tidak lengkap atau tidak jelas dan/atau adanya stagnasi Pemerintahan. Pada penelitian ini diskresi yang dimaksud adalah diskresi yang dilakukan dokter jaga dalam ruang lingkup pelayanan publik.

¹⁹Sudigdo Sastroasmoro, Sofyan Ismael, 2002, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Jakarta: CV Sagung Seto, hal.82

- 
- b. Dokter jaga adalah dokter umum di instalasi gawat darurat yang melakukan pengelolaan pelayanan kedokteran gawat darurat.
 - c. Pelayanan gawat darurat di rumah sakit adalah rangkaian penanganan pasien yang menderita sakit dan cedera yang mengancam jiwa dan kelangsungan hidupnya oleh dokter umum atau perawat yang telah mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan yang dilaksanakan di rumah sakit.
 - d. Jaminan kesehatan adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk menjamin agar peserta dan anggota keluarganya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
 - e. Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

5. Jenis Data

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

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti secara langsung, dapat berupa opini subjek (orang) secara individual atau

kelompok, hasil observasi terhadap suatu benda (fisik), kejadian atau kegiatan, dan hasil pengujian.²⁰

Pada penelitian ini pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara dan observasi.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada. Data ini biasanya diperoleh dari beberapa dokumen atau bahan hukum serta laporan-laporan penelitian terdahulu.²¹

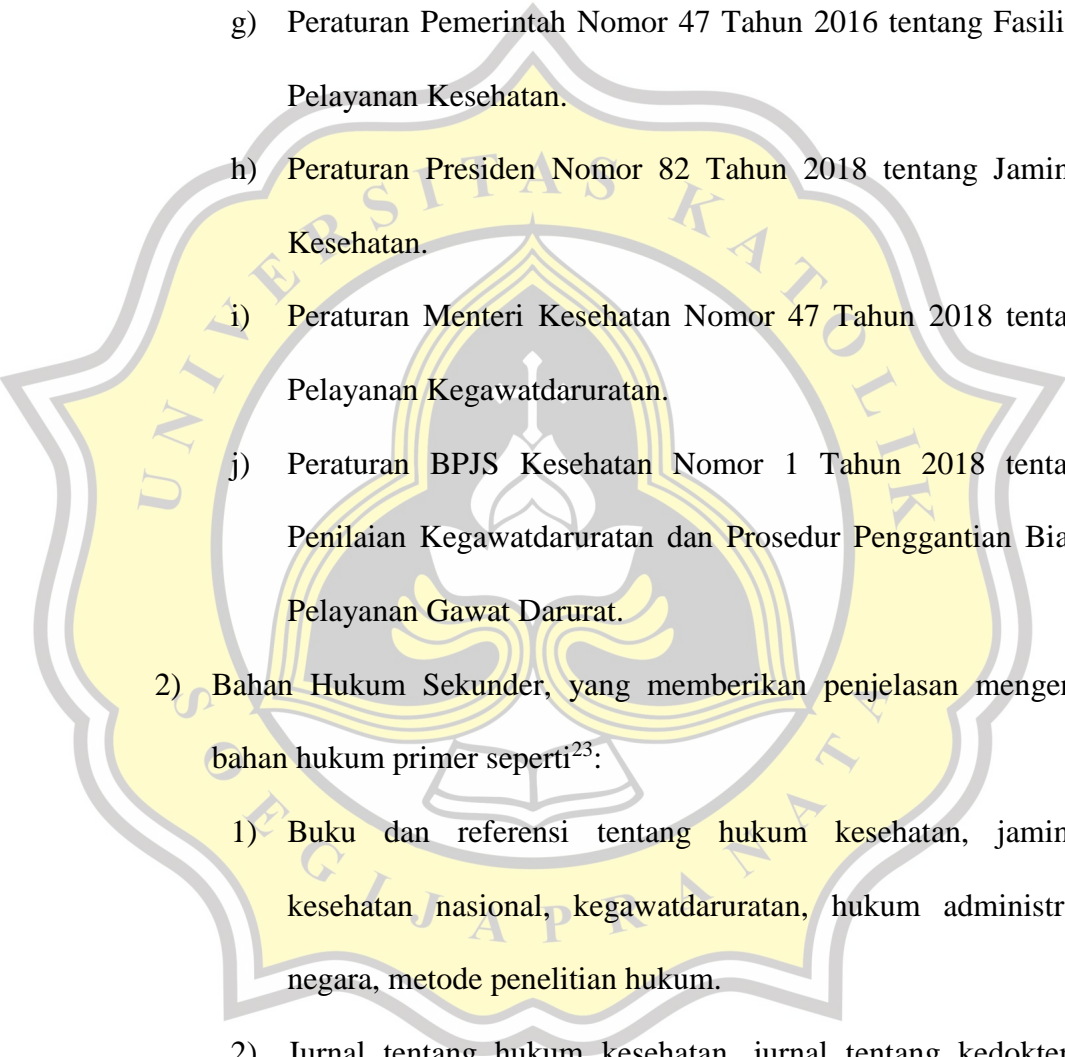
Adapun jenis bahan hukum yang digunakan sebagai data pelengkap dari jenis data sekunder, terdiri dari :

- 1) Bahan Hukum Primer, yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat.²² Pada penelitian ini menggunakan beberapa bahan hukum primer, antara lain :
 - a) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H dan Pasal 34.
 - b) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
 - c) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 - d) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

²⁰A, Aziz. 2008. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika. Hal . 56.

²¹Iqbal Hasan, 2010, *Analisis Data Penelitian dengan Statistik*. Jakarta: PT Bumi Aksara. Hal. 19.

²² Soerjono Soekanto, 1986, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta : Universitas Indonesia, hal. 52

- 
- e) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 - f) Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan
 - g) Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - h) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
 - i) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
 - j) Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat.
- 2) Bahan Hukum Sekunder, yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer seperti²³:
- 1) Buku dan referensi tentang hukum kesehatan, jaminan kesehatan nasional, kegawatdaruratan, hukum administrasi negara, metode penelitian hukum.
 - 2) Jurnal tentang hukum kesehatan, jurnal tentang kedokteran yang membahas tentang pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.
 - 3) Standar Prosedur Operasional Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen.

²³ *Ibid.*

- 3) Bahan Hukum Tersier, yaitu bahan-bahan yang memberikan informasi atau petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder²⁴ misalnya kamus hukum.

6. Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini menggunakan beberapa metode pengumpulan data, yaitu sebagai berikut :

a. Studi Kepustakaan.

Studi pustaka adalah suatu pembahasan yang berdasarkan pada buku-buku referensi yang bertujuan untuk memperkuat materi pembahasan maupun sebagai dasar untuk menggunakan rumus tertentu dalam menganalisa dan mendesain suatu struktur.

Studi pustaka ini merupakan suatu kegiatan untuk mengumpulkan data sekunder berupa bahan hukum primer yaitu perundang-undangan yang berkaitan dengan pelaksanaan diskresi dokter jaga dalam pelayanan kegawatdaruratan, bahan hukum sekunder yaitu hasil penelitian, buku teks, dan bahan hukum tersier yaitu bahan hukum yang memberikan kejelasan terhadap hukum primer dan bahan hukum sekunder. Selanjutnya dikumpulkan menjadi satu dalam kajian kepustakaan.

²⁴ *Ibid*

b. Studi Lapangan

Studi lapangan adalah cara mengumpulkan data yang bertujuan untuk memperoleh data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari dokter jaga. Adapun data yang digunakan untuk memperoleh data primer melalui wawancara.

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Beberapa macam wawancara yaitu wawancara terstruktur (peneliti telah mengetahui dengan pasti informasi apa yang akan diperoleh sehingga peneliti menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya pun telah disiapkan), wawancara semiterstruktur (pelaksanaan wawancara lebih bebas, dan bertujuan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka dimana responden dimintai pendapat dan ide-idenya), dan wawancara tidak terstruktur (merupakan wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya).²⁵

Teknik wawancara yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara terbuka yang bertujuan untuk menggali secara mendalam data terkait pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga dalam pelayanan kegawatdaruratan. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan

²⁵ Anis Fuad, 2014, *Panduan Penelitian Kualitatif*, Yogyakarta: Graha Ilmu, hal. 61

penelitian dan berdasarkan teori yang berkaitan dengan masalah peneliti.

Dalam penentuan informan yang akan diwawancarai, peneliti menggunakan teknik *non random sampling*, yaitu tidak semua individu dalam populasi diberi kemungkinan yang sama untuk dijadikan sampel.

Pengambilan sampel penelitian ini dengan *purposive sampling* dan *accidental sampling*. *Purposive sampling* ini diterapkan apabila peneliti benar-benar ingin menjamin, bahwa unsur-unsur yang hendak ditelitinya masuk ke dalam sampel yang ditariknya. Pada *accidental sampling*, peneliti akan dapat mencapai dan mengambil kasus-kasus yang dapat diperolehnya dan melanjutkan proses itu sampai diperoleh jumlah kasus yang direncanakan.²⁶ Penelitian ini ditujukan terhadap subyek penelitian yang terkait langsung dengan kegawatdaruratan yaitu dokter jaga, sedangkan *accidental sampling* ditujukan terhadap pasien yang ditemukan pada saat penelitian dilakukan

Adapun informan yang akan digunakan pada penelitian ini adalah:

- 1) Direktur Rumah Sakit atau yang mewakili
- 2) Lima orang dokter jaga yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat.

²⁶ Ronny Hanitjo Soemitro, 1990, *Metodologi Penelitian Hukum Dan Jurimetri*, Jakarta: Ghalia Indonesia, hal. 50.

- 3) Seorang verifikator BPJS rumah sakit.
- 4) Dua orang tim *casemix* rumah sakit.
- 5) Lima orang keluarga pasien .

Dari hasil wawancara ini diharapkan dapat memberikan gambaran pengaturan penentuan kondisi kegawatdaruratan oleh dokter jaga, dan pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga dalam menentukan status kondisi pasien serta faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat.

7. Lokasi Penelitian

Dalam rangka pengumpulan data terkait dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, maka lokasi penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Demak yaitu di Rumah Sakit Pelita Anugerah Mranggen.

8. Metode Penyajian Data.

Metode penyajian data yang digunakan pada penelitian ini menyajikan data kualitatif, merupakan data yang berbentuk kalimat verbal. Artinya adalah data kualitatif memberikan informasi mengenai suatu keadaan melalui pernyataan atau kata-kata, tidak berbentuk nominal. Pada penelitian ini penyajian datanya dalam bentuk uraian dan bagan untuk kerangka konsep, tabel sederhana berisi kunjungan pasien gawat darurat dalam tiga bulan terakhir.

9. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan pada hukum penelitian ini menggunakan analisis yang bersifat kualitatif. Analisis kualitatif artinya rumusan pembenaran didasarkan pada kualitas dari pendapat-pendapat ahli hukum, doktrin teori maupun dari rumusan norma hukum untuk menguji apakah suatu norma hukum efektif atau tidak penerapannya dalam masyarakat.²⁷ Sehingga setelah data didapat, kemudian penulis mengkajinya dan menguraikannya sehingga didapatkan penyelesaian dari permasalahan yang ada.

H. SISTEMATIKA PENYAJIAN TESIS

Hasil penelitian ini direncanakan akan diuraikan dalam 4 bab yang tersusun sebagai berikut:

Bab I **Pendahuluan** yang berisi Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, pembatasan masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka pikir yang terdiri dari kerangka konsep dan kerangka teori, metode penelitian, dan sistematika penyajian tesis.

Bab II **Tinjauan pustaka** yang memuat teori-teori yang diambil berdasarkan permasalahan yang akan diteliti, antara lain teori upaya pelayanan kesehatan yang meliputi: pengertian, bentuk pelayanan kesehatan, dan pelayanan kesehatan paripurna, teori fasilitas kesehatan yang meliputi: pengertian, jenis fasilitas pelayanan kesehatan, tingkatan pelayanan kesehatan, teori tentang rumah sakit, teori tentang tenaga kesehatan yang meliputi pengertian, jenis

²⁷ Agnes Widanti, et all, 2015, *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian Dan Tesis*, Semarang : Magister Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata, hal .10

tenaga kesehatan, pengertian tentang pelayanan gawat darurat dalam jaminan pelayanan kesehatan, teori tentang kewenangan, teori tentang *hospital bylaws*, teori tentang *medical staff bylaws*, teori tentang kompetensi dan kredensial, teori tentang kondisi gawat darurat, teori tentang hubungan dokter dan pasien, teori tentang asas diskresi dalam jaminan pelayanan kesehatan.

Bab III **Hasil Penelitian dan Pembahasan**. Bab ini akan menguraikan mengenai uraian pembahasan perumusan masalah yang menjabarkan mengenai pengaturan penentuan kondisi kegawatdaruratan oleh dokter jaga yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan dan pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan dan penggantian biaya serta faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan diskresi oleh dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat dalam penentuan status kondisi pasien yang terintegrasi dengan pelayanan jaminan kesehatan.

Bab IV **Penutup** yang berisi kesimpulan dan saran. Kesimpulan yang memuat uraian singkat tentang permasalahan yang dibahas yakni : Diskresi Dokter Jaga Dalam Penentuan Status Kondisi Pasien Yang Terintegrasi Dengan Pelayanan Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit. Sedangkan saran berisikan berbagai masukan kepada pihak yang terkait dalam pembuatan kebijakan penanganan kegawatdaruratan.

Bagian **Akhir** dilengkapi dengan Daftar Pustaka dan Lampiran.