

**MODEL PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP HAK-HAK  
MASYARAKAT KURANG DAN TIDAK MAMPU (MKTM)  
DALAM MENDAPATKAN PELAYANAN KESEHATAN  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)  
SE-EKS KARESIDENAN BESUKI**

Oleh:

**Dr. Dyah Ochtorina Susanti, S.H., M.Hum.**

Email : dyahochtorina@gmail.com

***Abstract***

*This study aims to find and analyze and provide an evaluation of the form of legal protection of the rights of the poor and can not afford (MKTM) in getting health care in general hospitals in the District of ex-Besuki, as well as to identify and analyze the general hospital faces and provide related solutions such constraints. The research results using qualitative research methods in particular in the form of case studies and field research (socio-legal) explains that this form of protection of the rights of the poor and can not afford (MKTM) in getting health care in general hospital in the district of ex- Besuki is in the form of services as stipulated in the Act and regulations set by each local government. Constraints in the delivery of health services is also a right of MKTM is the existence of human resources in the health sector (medical personnel) in each of the districts is still limited, in addition to the facilities (equipment) still terbats health so that not all patients are handled in hospital concerned. Related to this, if the hospital is not able to handle the patient, it will be referred to the hospital with more sophisticated tools.*

**Keywords :** Protection Laws, Rights, the poor and can not afford people (MKTM), Health, General Hospital , the district of ex- Besuki.

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Secara konstitusional, Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (*selanjutnya disingkat menjadi UUD N RI Tahun 1945*) menjamin bahwa “*Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan*”. Terkait dengan pengakuan konstitusional negara terhadap hak atas pelayanan kesehatan itu, maka Pasal 34 ayat (3) UUD N RI Tahun 1945 juga menjamin bahwa “*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan untuk setiap orang yang berhak memperoleh pelayanan kesehatan tersebut*”. Terkait dengan pasal-pasal tersebut diatas, dalam konsideran bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.<sup>1</sup>

Terkait hal tersebut diatas setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan

daya saing bangsa bagi pembangunan nasional.<sup>2</sup> Perlunya perlindungan hukum hak Masyarakat Kurang dan Tidak Mampu (*selanjutnya disingkat MKTM*) berdasar atas adanya fenomena penyanderaan pasien yang tidak mampu membayar biaya pelayanan kesehatan oleh pihak RSUD<sup>3</sup>, merupakan bentuk diskriminasi yang berkembang dalam mekanisme pasar jasa pelayanan kesehatan.

### B. Rumusan Masalah

Adapun beberapa rumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah wujud perlindungan hukum terhadap hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan pada rumah sakit umum daerah (RSUD) se-eks Karesidenan Besuki ?
2. Apakah yang menjadi kendala pada proses perlindungan hukum terkait upaya mendapatkan pelayanan kesehatan pada rumah sakit umum daerah (RSUD) se-eks Karesidenan Besuki ?
3. Bagaimanakah konsepsi ke depan terkait perlindungan hukum bagi MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan se-eks Karesidenan Besuki ?

<sup>2</sup> Lihat dan baca konsideran menimbang pada huruf b, UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

<sup>3</sup> Lihat kasus Yunah yang jenazahnya ditahan disalah satu RSUD di Jember, <http://surabaya.okezone.com/read/2012/09/16/521/690514/tak-mampu-bayar-pengobatan-jenazah-pasien-miskin-ditahan>, diakses pada Kamis, 22 Agustus 2013

<sup>1</sup> Lihat dan baca konsideran menimbang pada huruf a, UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif khususnya berupa penelitian lapangan. Penelitian lapangan adalah mempelajari secara intensif latar belakang, status terakhir, dan interaksi lingkungan yang terjadi pada satuan sosial seperti individu, kelompok, lembaga, atau komunitas.<sup>4</sup> Penelitian dilaksanakan mulai April 2013 sampai dengan Desember 2013, dengan lokasi penelitian di rumah sakit se-eks Karesidenan Besuki meliputi Kabupaten Jember, Bondowoso, Situbondo dan Banyuwangi, dengan pertimbangan bahwa di kabupaten-kabupaten tersebut memenuhi karakteristik yang representatif untuk mendapatkan gambaran mengenai masalah yang akan diteliti.

Penelitian akan dilakukan dalam beberapa tahap sebagai berikut :

a. Tahap I: Melakukan inventarisasi data awal, *yang pertama*, yaitu data primer yang didapat dari hasil wawancara dengan pihak Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), masyarakat yang masuk dalam kategori MKTM, guna mendapatkan informasi tentang bentuk hak-hak MKTM yang telah diberikan oleh RSUD kepada pasien yang masuk dalam kategori MKTM. Data awal yang kedua adalah inventarisasi data sekunder yang didapat dari kepustakaan dan

peraturan perundang-undangan yang terkait dengan hak-hak MKTM.

- b. Tahap II: Hasil yang didapat dari tahap I akan di analisa dengan cara mengelompokkan data primer yang sudah dijalankan oleh RSUD dan membandingkan dengan data sekunder, yang terdiri dari peraturan perundang-undangan dan kepustakaan yang terkait dengan hak-hak MKTM dalam mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- c. Tahap III: Berdasarkan analisa yang dilakukan di tahap II, maka pada tahap III ini dilakukan analisa data baik primer dan sekunder untuk mencari bentuk perlindungan hak-hak MKTM dalam mendapat pelayanan kesehatan. Mencari kendala yang terjadi dilapang terkait dengan pemberian hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan solusi untuk mengatasi kendala tersebut. Pada tahap III ini diharapkan menemukan bentuk perlindungan hukum bagi MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan
- d. Tahap IV: Berdasar pada analisis tahap III, maka akan dilakukan harmonisasi hukum untuk melihat apakah hak-hak MKTM di Kabupaten Jember dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sudah terpenuhi, atau belum. Pada akhirnya penelitian ini akan menghasilkan, *pertama*, sebuah model (konsep) perlindungan hukum bagi hak-hak

---

<sup>4</sup> Saifuddin Azwar. *Metode Penelitian*. (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2004), h. 8

MKTM dalam mendapat pelayanan kesehatan pada Rumah sakit di eks Karesidenan Besuki. *Kedua*, memperkuat sistem inovasi nasional dalam bidang kesehatan dengan spesifikasi konsep perlindungan hukum dalam bidang kesehatan bagi MKTM serta terjaminnya hak warga negara dalam bidang kesehatan.

## HASIL PEMBAHASAN

### A. Wujud Perlindungan Hukum Terhadap Hak-Hak MKTM dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) se-eks karesidenan Besuki

Membahas mengenai wujud perlindungan hukum terhadap hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan pada rumah sakit se-eks karesidenan Besuki, tidak akan lepas dari pisau analisa yang dijadikan tolok ukur pada pembahasan bagian ini, yaitu teori perlindungan hukum. Fitzgerald dalam Satjipto Rahardjo, menguraikan bahwa hukum bertujuan mengintegrasikan dan mengkoordinasikan berbagai kepentingan dalam masyarakat, dengan cara membatasi berbagai kepentingan tersebut, karena dalam suatu lalu lintas kepentingan, perlindungan terhadap kepentingan tertentu hanya dapat

dilakukan dengan cara membatasi kepentingan di lain pihak.<sup>5</sup>

Lebih lanjut, Fitzgerald dalam Satjipto Rahardjo menjelaskan bahwa hukum melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu kekuasaan kepadanya secara terukur, dalam arti ditentukan keluasan dan kedalamannya, untuk bertindak dalam rangka kepentingannya, yang disebut sebagai hak. Jadi, tidak setiap kekuasaan dalam masyarakat itu bisa disebut sebagai hak, melainkan hanya kekuasaan tertentu saja, yaitu yang diberikan oleh hukum kepada seseorang.<sup>6</sup> Kepentingan masyarakat, menurut Salmond seperti dijelaskan Fitzgerald dalam Satjipto Rahardjo, merupakan sasaran dari hak, bukan hanya karena ia dilindungi oleh hukum, tetapi juga karena adanya *vinculum juris*, yaitu pengakuan terhadap hak pihak-pihak yang terikat dalam hubungan kewajiban.<sup>7</sup> Terkait pada bagian pembahasan penelitian ini, kepentingan masyarakat senada dengan yang dimaksud Salmond adalah kepentingan akan kebutuhan kesehatan untuk masyarakat, secara khusus MKTM di eks- karesidenan besuki.

Berdasarkan substansi TPH Salmond dan Fitzgerald, maka dapat diahami bahwa hukum harus diciptakan dengan tujuan melindungi kepentingan masyarakat, dengan

<sup>5</sup> Satjipto Rahardjo. *Op.Cit.* h. 53.

<sup>6</sup>*Ibid.*

<sup>7</sup>*Ibid.*, h. 54.

cara mengintegrasikan dan mengkoordinasikan kepentingan-kepentingan tersebut. Hukum melindungi hak-hak masyarakat dengan cara mengalokasikan suatu kekuasaan kepada mereka untuk bertindak, misalnya tindakan hukum untuk menuntut melalui institusi hukum, agar hak mereka terpenuhi. Terkait itu, pada bagian ini, peneliti menguraikan bagaimana hukum dapat mengintegrasikan dan mengkoordinasikan kepentingan MKTM dalam bidang pelayanan kesehatan. Terkait ini, maka peneliti akan mengurai berdasar aturan hukum tertinggi yang ada di Indonesia, yaitu UUD NRI Tahun 1945.

Terkait kesehatan menjadi hak dari setiap warga negara, maka pada bagian ini, peneliti akan menguraikan wujud perlindungan hukum bagi masyarakat Indonesia yang berstatus sebagai masyarakat kurang dan tidak mampu (MKTM) di eks-karesidenan besuki. Perlu dipahami bahwa dalam konsideran menimbang pada huruf a UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (*selanjutnya ditulis dan disingkat menjadi UU Kesehatan*) telah jelas dinyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesehatan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Konsideran menimbang pada huruf a ini juga diperkuat oleh konsideran menimbang pada huruf d, yang

mensyaratkan bahwa setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggungjawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Pembangunan kesehatan di Indonesia, sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 2 UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, diselenggarakan dengan berasaskan:<sup>8</sup> perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif, norma agama. Memperkuat keberadaan UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan adalah konsideran menimbang huruf b dari UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (*selanjutnya ditulis dan disingkat menjadi UU Praktik Kedokteran*), yang menegaskan bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.

Selanjutnya, UU Praktik Kedokteran juga telah memuat asas-asas hukum praktik kedokteran sebagai inti dari berbagai kegiatan pelayanan kesehatan, sebagai petunjuk arah dalam perlindungan kepada

---

<sup>8</sup> Lihat dan Baca Isi Pasal 2 serta Penjelasannya di UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

pasien, sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 2 UU Praktik Kedokteran, yaitu:<sup>9</sup> asas nilai ilmiah, asas manfaat, asas keadilan, asas kemanusiaan, asas keseimbangan, asas perlindungan dan keselamatan pasien. Dokter dalam melakukan praktik kedokteran dirumah sakit, harus menerapkan asas kemanusiaan dan asas manfaat yang telah dikonkritisasi dalam bentuk norma-norma hukum dalam UU Kesehatan, UU Praktik Kedokteran, dan juga UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit termasuk dalam peraturan pelaksanaannya, yang dapat dijelaskan sebagai berikut ini.

1. Penanganan Penderita Gawat Darurat atas Dasar Perikemanusiaan
2. Pelayanan Kesehatan kepada Pasien secara Bermutu dan Manusiawi. Pelayanan kesehatan kepada pasien "secara bermutu dan manusiawi" atau "bermanfaat sebesar-besarnya bagi kemanusiaan" harus diwujudkan oleh rumah sakit, yang secara normatif dapat dijelaskan berdasarkan bentuk dan proses pemberian pelayanan kesehatan, khususnya praktik kedokteran, yang diatur dalam UU Kesehatan dan UU Praktik Kedokteran, serta peraturan pelaksanaannya, sebagai berikut ini.
  - a. Penggunaan Standar Pelayanan Kedokteran dan Standar Pelayanan Rumah Sakit Berorientasi Hak Pasien

- b. Persetujuan Tindakan Kedokteran Berdasarkan Hak Pasien Menentukan Nasib Sendiri dan Memperoleh Informasi
- c. Penggunaan Rekam Medis untuk Kepentingan Pengobatan dan Perawatan Pasien
- d. Penggantian Kerugian bagi Setiap Orang Akibat Kesalahan/Kelalaian Medis Tenaga Kesehatan

Adapun asas keadilan dan Asas keseimbangan yang dirumuskan dalam aturan hukum positif yang sifatnya melindungi hak MKTM atas pelayanan kesehatan, pada bagian ini akan peneliti bagi menjadi 4 (empat) tolok ukur yaitu:

- a. Penetapan Pola Tarif Pelayanan Kesehatan Sesuai Kemampuan Membayar Masyarakat Setempat
- b. Pengendalian Mutu dan Biaya Pelayanan Kesehatan sesuai Kebutuhan Medis Pasien

Pada bagian ini, peneliti akan menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan di wilayah eks-karesidenan besuki.

#### 1. Kabupaten Jember

Keberadaan RSUD dr. Soebandi sebagai pusat pelayanan kesehatan terlengkap dan terancang di Kabupaten Jember dan sekitarnya merupakan hasil dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1162/Menkes/SK/IX/1992, dan merupakan

<sup>9</sup> Lihat dan Baca Isi Pasal 2 serta Penjelasan UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

rumah sakit kelas B Non Pendidikan.<sup>10</sup> RSUD ini adalah Unit Pelaksana Teknis Kabupaten sehingga merupakan milik Pemerintah Kabupaten Jember. Sejak tahun 1998 Rumah Sakit ini telah menjadi Rumah Sakit Swadana Daerah berdasarkan Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor : 445.35 – 1140 tahun 1998.

Guna memberikan pelayanan bidang kesehatan yang optimal, maka RSUD dr. Soebandi memberikan berbagai fasilitas penunjang yang memperlancar pelayanan kesehatan. Adapun fasilitas-fasilitas tersebut terbagi menjadi 4 (empat) bagian yaitu fasilitas untuk rawat jalan, fasilitas pelayanan rawat inap, dan fasilitas pelayanan rawat darurat, fasilitas penunjang yang memperlancar pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Fasilitas berikutnya adalah fasilitas pelayanan rawat inap. Ruang pelayanan rawat inap tersedia sebanyak 275 (dua ratus tujuh puluh lima) tempat tidur dengan perincian sebagai berikut:<sup>11</sup>

Fasilitas selanjutnya yang merupakan fasilitas bagi pelayanan rawat darurat, yaitu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat terdapat; ruangan operasi 2 ruang, terdapat ruang triase, ruang observasi, ruang post operasi (ROI) dengan kapasitas 4 tempat tidur. Diupayakan dalam waktu 3

sampai 5 tahun Instalasi Gawat Darurat ini sebagai pusat penanganan trauma di wilayah timur Provinsi Jawa Timur.<sup>12</sup> Fasilitas terakhir yang dimiliki oleh RSUD dr. Soebandi adalah fasilitas penunjang (pelengkap) dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Selain sebagai bentuk tanggungjawab Pemkab Jember dalam memberikan hak berupa pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat jember secara umum, dan MKTM secara khusus, RSUD dr. Soebandi merupakan bentuk konkrit bahwa Pemkab Jember telah menjalankan kewajibannya sebagaimana diamanatkan pasal 6 ayat (1) huruf a UU Rumah Sakit. Selain penyediaan pusat pelayanan kesehatan berupa RSUD dr. Soebandi, Pemkab Jember Juga merespon amanat UU Kesehatan dan UU Rumah Sakit untuk menetapkan pola tarif pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan bayar dari masyarakat setempat, khususnya MKTM guna mendapatkan pelayanan kesehatan di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Hal tersebut diwujudkan dengan adanya Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 8 Tahun 2006 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 63 Tahun 2000 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat. Perda ini

<sup>10</sup> Hasil wawancara dengan Dr. Hj. Yuni Ermita Djatmiko, M.Kes, Direktur RSUD Soebandi Jember, Rabu 2 Oktober 2013

<sup>11</sup> Hasil wawancara dengan dr. Arief Setyo Argo, Kabid Pelayanan Medis RSUD dr Soebandi, Rabu, 2 Oktober 2013.

<sup>12</sup> Hasil wawancara dengan dr. Arief Setyo Argo, Kabid Pelayanan Medis RSUD dr Soebandi, Rabu, 2 Oktober 2013.

sejalan dengan yang diamanahkan pada pasal 14 ayat (1) UU Kesehatan, pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) UU Kesehatan, pasal 1 ayat (1) dan ayat (3) Perpres No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, pasal 1 ayat (3), pasal 3 ayat (1) Perpres No. 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

## 2. Kabupaten Bondowoso

Terkait dengan perlindungan terhadap hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, Pemkab Bondowoso berpijak pada visi pembangunan kesehatan “masyarakat bondowoso yang mandiri untuk hidup sehat.”<sup>13</sup>

Terkait dengan perlindungan kesehatan bagi masyarakat kabupaten bondowoso secara umum dan MKTM yang dilakukan Pemkab bondowoso, Pemkab mendapatkan anggaran untuk dinas kesehatan dari belanja langsung dan tidak langsung berasal dari:<sup>14</sup> dana alokasi umum (DAU), dana alokasi khusus (DAK), anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) propinsi, bantuan luar negeri (BLN)

Pemanfaatan fasilitas pelayanan rumah sakit oleh penduduk diukur dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR), data terakhir

yang disajikan oleh Pemkab Bondowoso adalah BOR RSUD dr. H. Koesnadi tahun 2009 sebanyak 52,6%. Data ini menunjukkan penurunan jika dibandingkan tahun 2008 sejumlah 66,23%.<sup>15</sup> Terkait dengan rata-rata lamanya pasien dirawat di rumah sakit (*Average Length of Stay atau disingkat ALOS*). Data terakhir yang disajikan di tahun 2009, ALOS di RSUD dr. H. Koesnadi tahun 2009 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2008, yaitu 4,7 menjadi 3,7 hari. Hal tersebut berarti lama rawat pasien di RSUD dr. H. Koesnadi antara 3-4 hari.<sup>16</sup>

Terkait dengan mutu pelayanan perawatan di rumah sakit, terdapat istilah *Gross Death Rate (GDR)* dan *Net Death Rate (NDR)*. Kedua istilah ini merupakan indikator yang digunakan untuk melihat mutu pelayanan perawatan di sebuah rumah sakit. Apabila semakin rendah angka GDR dan NDR, maka semakin baik mutu perawatan di suatu rumah sakit. Pada tahun 2009 GDR RSUD dr. H. Koesnadi adalah 70,5, sedangkan NDR pada tahun 2009 yaitu 25,3.<sup>17</sup>

## 3. Kabupaten Banyuwangi

Pada tahun 2011 pembiayaan kesehatan di kabupaten Banyuwangi bersumber dari pemerintah kabupaten, propinsi dan kementerian kesehatan republik

<sup>13</sup> Hasil wawancara dengan Bpk. Amin Said Husni, Pada hari Rabu, 21 Agustus 2013, di Pendopo Kabupaten Bondowoso.

<sup>14</sup> Hasil wawancara dengan Bpk. Amin Said Husni, Pada hari Rabu, 21 Agustus 2013, di Pendopo Kabupaten Bondowoso.

<sup>15</sup> *Ibid*

<sup>16</sup> *Ibid*

<sup>17</sup> *Ibid*, hal 12

Indonesia. Alokasi anggaran bersumber dari APBD Kabupaten sebesar Rp. 91.552.755.379,- bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Propinsi sebesar Rp. 821.375.000,-.<sup>18</sup> Dana kesehatan bersumber dari APBD Kabupaten Banyuwangi sudah termasuk Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp. 6.916.600.000,- Total anggaran kesehatan keseluruhan pada tahun 2011 sebesar Rp.110.155.356.379,-. Hal ini berarti, besar biaya kesehatan per kapita per tahun untuk tahun 2011 di Kabupaten Banyuwangi sebesar Rp. 70.790,-. Prosentase total anggaran kesehatan Kabupaten Banyuwangi dibandingkan dengan total APBD Kabupaten Banyuwangi sebesar 5,61%.<sup>19</sup>

Kabupaten Banyuwangi sejak lama telah menetapkan pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk miskin dengan membawa surat miskin dari Rukun Tetangga (RT), Rukun Warga (RW), dan/atau desa. Salah satu pemberian fasilitas kesehatan bagi penduduk miskin di Kabupaten Banyuwangi adalah pembagian kartu sehat. Program lain yang juga merupakan wujud perlindungan terhadap hak pelayanan kesehatan bagi MKTM di RSUD Blambangan adalah program Jamkesmas yang diluncurkan sejak 2008

dengan konsep asuransi sosial dan bertujuan untuk.<sup>20</sup>

1. Mewujudkan portabilitas pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah.
2. Agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Terkait dengan perlindungan terhadap hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD Blambangan, taufiq hidayat menjelaskan ada 3 (tiga) aspek dalam pengelolaan sumber daya manusia yang bertugas memberikan pelayanan terhadap pasien, termasuk pasien MKTM.<sup>21</sup> Ketiga aspek tersebut adalah (1) aspek *knowledge* (pengetahuan), (2) aspek *skill* (ketrampilan), dan yang ke (3) adalah aspek *attitude* (perilaku dan kepribadian). Pada aspek perilaku ada tiga kebijakan yang dilaksanakan oleh RSUD Blambangan yakni *Customer service* (pelayanan konsumen); etika pelayanan dan monitoring, evaluasi dan rencana tindak lanjut (RTL). Terkait dengan pelaksanaan kebijakan *customer service* dan etika pelayanan RSUD Blambangan menjalankan program KISS yaitu: Kasih sayang; Ikhlas, Santun, dan Sabar. Berdasar program ini diharapkan Karyawan RSUD Blambangan

<sup>18</sup> *Ibid*, h. 66

<sup>19</sup> *Ibid*

<sup>20</sup> Hasil wawancara dengan dr. Taufiq Hidayat, Sp.And, M.Kes. Direktur RSUD Blambangan, Kamis 24 Oktober 2013

<sup>21</sup> Hasil wawancara dengan dr. Taufiq Hidayat, Sp.And, M.Kes. Direktur RSUD Blambangan, Kamis 24 Oktober 2013

dapat melayani pasien dengan penuh rasa kasih sayang; Ikhlas dalam menjalankan tugas pelayanan; Santun dalam bertutur sapa, dan Sabar dalam menghadapi pasien, sehingga terwujud RSS (Ramah, Senyum, dan Salam). Melayani masyarakat dengan ramah, senantiasa senyum, dan selalu diiringi dengan salam.<sup>22</sup>

Terkait dengan MKTM, pada tahun 2011 masyarakat miskin di Kabupaten Banyuwangi sebanyak 530.121 jiwa dan telah menjadi peserta dan memiliki kartu Jamkesmas sebanyak 463.210 jiwa, dari 463.210 jiwa yang mendapatkan pelayanan rawat jalan di sarana kesehatan strata pertama sebanyak 136.405 (25,73%), di sarana kesehatan strata kedua dan ketiga sebanyak 11.766 jiwa (2,22%).<sup>23</sup> Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin untuk peserta Jamkesmas diselenggarakan oleh RSUD Blambangan.<sup>24</sup>

Selain Jamkesmas, program yang juga digunakan oleh RSUD Blambangan untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk MKTM adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Maksud

diselenggarakan program Jamkesda adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh MKTM agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Tujuan dari penyelenggaraan Program Jamkesda adalah:<sup>25</sup>

1. Meningkatkan cakupan MKTM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun di rumah sakit;
2. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar dan dilaksanakan dengan mudah, ramah dan profesional.
3. Pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel;
4. Pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Adapun sasaran dari program jamkesda ini adalah MKTM yang tidak termasuk peserta Jamkesmas dan memiliki kartu Jamkesda yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati Banyuwangi atau memiliki Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang ditandatangani oleh Asisten Administrasi Perekonomian dan Pembangunan Sekretaris Daerah Kabupaten Banyuwangi. Pada tahun 2011, MKTM yang didanai dalam program Jamkesda sebanyak 66.911 jiwa yang didanai dari sharing antara Pemerintah Propinsi Jawa Timur dengan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi.<sup>26</sup> Pelayanan tersebut dilakukan

<sup>22</sup> Hasil wawancara dengan dr. Taufiq Hidayat, Sp.And, M.Kes. Direktur RSUD Blambangan, Kamis 24 Oktober 2013

<sup>23</sup> Hasil wawancara dengan dr. Wiji Lestari Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blambangan, Kamis 24 Oktober 2013

<sup>24</sup> Selain RSUD Blambangan stake holder yang lain yang juga melaksanakan pelayanan terhadap masyarakat miskin melalui Jamkesmas adalah RSUD Genteng, RS Bhakti Husada Krikilan, RS NU Mangir dan 45 Puskesmas di Banyuwangi. Hasil wawancara dengan dr. Wiji Lestari Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blambangan, Kamis 24 Oktober 2013

<sup>25</sup> Lihat Pemerintah Banyuwangi. *Op.Cit.* h. 52

<sup>26</sup> *Ibid*

oleh RSUD Blambangan dan RSUD Genteng.

#### 4. Kabupaten Situbondo

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu indikator kesejahteraan. Guna mewujudkan tujuan tersebut maka pemerintah Kabupaten Situbondo bekerjasama dengan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.<sup>27</sup> Sehubungan dengan tujuan tersebut, Pemkab Situbondo meningkatkan kepesertaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, sejak lama dikembangkan berbagai cara untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Saat ini telah dikembangkan berbagai cara pembiayaan kesehatan pra-upaya, yaitu dana sehat, asuransi kesehatan, asuransi tenaga kerja seperti askes, jamsostek, asuransi kesehatan dan lainnya serta kartu sehat untuk penduduk miskin.<sup>28</sup>

Gambaran umum secara teori normatif mengenai pelayanan kesehatan di Indonesia sebagaimana kemukakan di atas, adalah refleksi belum memadainya perlindungan hukum faktual hak masyarakat, termasuk MKTM, atas pelayanan kesehatan. Berbagai kasus juga

pernah terjadi di masing-masing RSUD. RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo pernah dianggap menerlantarkan pasien pengguna Jamkesda pada tahun 2011.<sup>29</sup> Demikian halnya dengan RSUD dr. Soebandi Jember juga pernah dituduh menahan jenazah seorang pasien yang sudah meninggal akibat sang pasien tidak mampu membayar biaya perawatan sebesar Rp. 21.000.000,- (Dua Puluh Satu Juta Rupiah). Pada kasus ini keluarga korban mengakui bahwa yang bersangkutan tidak menggunakan Jamkesmas ataupun Jamkesda, sehingga oleh pihak RSUD pasien dimasukkan ke dalam golongan pasien umum, dan pihak keluarga pasien hanya mampu membayar Rp. 5.000.000,- (Lima Juta Rupiah).<sup>30</sup>

Secara konkrit, masih terdapat kekurangan dalam memberikan pelayanan yang maksimal terhadap MKTM yang memerlukan pelayanan kesehatan di RSUD se-eks karesidenan besuki. Hal ini dapat dianalisa dari beberapa tolok ukur dibawah ini:

<sup>29</sup> Lihat kasus Yuliatin (35), warga Desa/Kecamatan Besuki, ibu satu anak ini menderita penyakit usus buntu, serta pasien bernama Sumyati (40), warga Desa/Kecamatan Banyuglugur, sedangkan pasien yang disebut terakhir ini menderita penyakit lever. kedua pasien miskin itu tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal RSUD dr Abdoer Rahem. [extremmepoint.com](http://extremmepoint.com), diakses Jum'at 2 Agustus 2012.

<sup>30</sup> Kasus Yunah yang diberitakan media pada 16 September 2012, lihat dan baca <http://surabaya.okezone.com/read/2012/09/16/521/690514/tak-mampu-bayar-pengobatan-jenazah-pasien-miskin-ditahan>, diakses Kamis, 22 Agustus 2013

<sup>27</sup> Nama RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo ini dituangkan dalam Perda No. 5 Tahun 2009 Tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Situbondo

<sup>28</sup> Hasil wawancara dengan Drs. Lukito Asmin, karyawan Dinkes Kabupaten Situbondo, 28 Oktober 2013.

1. Prosedur pengurusan pembiayaan terkait pelayanan kesehatan di RSUD se-eks Karesidenan Besuki yang menggunakan Jamkesmas dan Jamkesda.

Pada pembiayaan terkait pelayanan kesehatan di RSUD se-eks Karesidenan Besuki pada dasarnya adalah sama, untuk MKTM disediakan fasilitas Jamkesda, Jamkesmas dan/atau Jampersal untuk ibu dari MKTM yang akan melahirkan. Peneliti menemukan ada 2 (dua) sisi yang berbeda ketika MKTM menggunakan hak-haknya dalam mendapatkan pelayanan di RSUD dengan menggunakan Jamkesmas atau Jamkesda. Sisi pertama, pemerintah daerah telah menyediakan jaminan pembiayaan bagi MKTM, pemerintah memberikan hak pelayanan kesehatan sesuai yang diamanatkan oleh konstitusi dan undang-undang kesehatan. Pada sisi yang lain, prosedur pengurusan Jamkesmas dan Jamkesda masih harus dijalani pada prosedur yang panjang, sehingga menyulitkan pengguna yang akan mengurus Jamkesmas dan Jamkesda.<sup>31</sup> Proses pengurusan Jamkesmas dan Jamkesda inilah yang harus diperbaiki agar MKTM dan/atau para pengguna Jamkesmas dan Jamkesda tidak merasakan kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Harus dihilangkan prosedur pengurusan yang

melalui tahapan-tahapan birokrasi yang panjang.

2. Fungsi Sosial Pelayanan Kesehatan yang Belum Terwujud Secara Maksimal

Peneliti menemukan bahwa masih terdapat perbedaan pelayanan terhadap MKTM dan masyarakat umum (masyarakat dengan tingkat perekonomian menengah ke atas).<sup>32</sup> Perbedaan ini menurut para responden, salah satunya adalah terkait dengan kecepatan penanganan terhadap pasien, menandakan bahwa fungsi sosial dari pelayanan kesehatan belum terwujud dengan baik. Munculnya pemberitaan di media serta pengalaman pasien di RSUD yang bersangkutan juga memperkuat fakta bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan masih belum maksimal.<sup>33</sup>

Tugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan medik dan penunjang medik tidak dapat dibatasi hanya terutama untuk aspek kuratif dan rehabilitatif saja. Transisi epidemiologis yang mulai bermanifestasi di Indonesia dalam bentuk peningkatan penyakit kronis noninfektif dan penyakit kardiovaskuler,

<sup>31</sup> Hasil wawancara dengan Sanip, suami pasien pengguna Jamkesmas di RSUD Abdoer Rahem, Kamis 28 Oktober 2013

<sup>32</sup> Lihat Lampiran tentang Kuestioner yang mewakili pasien MKTM di RSUD se-Eks Karesidenan Besuki.

<sup>33</sup> Lihat dan cermati pemberitaan di <http://kissfmjember.com/2010/10/13/tidak-mampu-bayar-biaya-pengobatan-rsud-subandi-telantarkan-pasien-miskin.html>; Lihat dan cermati pemberitaan di [http://www.facebook.com/notes/jember/tak-mampu-bayar-rsud-balita-gizi-buruk-dipulangkan-paksa/447254554170?comment\\_id=13978331](http://www.facebook.com/notes/jember/tak-mampu-bayar-rsud-balita-gizi-buruk-dipulangkan-paksa/447254554170?comment_id=13978331), diakses Kamis, 22 Agustus 2013

menuntut RS untuk terlibat secara aktif dalam kegiatan promotif dan preventif juga.<sup>34</sup> Pada, faktanya kegiatan promotif dan preventif, terutama dalam rangka fungsi sosial pelayanan kesehatan, belum mendapat perhatian serius dari pihak yang terkait, terutama tenaga medis di RSUD yang bersangkutan.<sup>35</sup> Terlepas dari fakta empiris atas pelayanan kesehatan, secara normatif pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah mempunyai itikad baik dalam menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat umum dan/atau MKTM.

#### B. Kendala Pada Proses Perlindungan Hukum Terkait Upaya Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Pada RSUD Se-Eks Karesidenan Besuki.

Terkait dengan kendala, maka pada bagian ini peneliti akan mengemukakan beberapa kendala yang merupakan hasil temuan selama peneliti mengadakan penelitian di lapang. Adapun beberapa kendala yang dialami oleh RSUD dalam

memberikan perlindungan hukum terhadap hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD se-eks karesidenan Besuki adalah:

1. Kelemahan dari sisi substansi berdasar peraturan normatif, dalam bentuk konkritisasi asas-asas dalam hukum kesehatan yang seharusnya dilakukan pada saat memberikan pelayanan kesehatan pada pasien baik pasien umum maupun pasien MKTM.

Salah satu contoh asas yang belum dilaksanakan secara konkrit adalah asas kemanusiaan dan asas manfaat sebagaimana terdapat dalam Pasal 2 huruf a UU Kesehatan dan Pasal 2 huruf d UU Praktik Kedokteran jika dikaitkan dengan penanganan penderita gawat darurat medik atas dasar perikemanusiaan, maka secara tidak langsung mengharuskan dokter yang melakukan penanganan terhadap pasien gawat darurat berdasar perikemanusiaan. Terkait hal tersebut ada beberapa kelemahan secara normatif, yaitu:

- a. Belum ada standart profesi yang berlaku secara nasional, misal berdasarkan permenkes atau peraturan pelaksana yang lain.
- b. Standar prosedur operasional untuk setiap RS berbeda, karena sangat

<sup>34</sup> Soedarmono Soejitno, Ali Alkatiri, dan Emil Ibrahim. *Reformasi Perumahan Indonesia*. (Jakarta: PT. Grasindo, 2002), h. 164

<sup>35</sup> Terkait kinerja tenaga medis di RSUD, salah satu terobosan dilakukan oleh Kepala RSUD Blambangan dengan mengembangkan serta menerapkan kebijakan dan pembelajaran sikap humanis kepada tenaga medisnya, dan jika tenaga medis yang bersangkutan tidak dapat merubah cara dalam memberi pelayanan terhadap pasien, maka tenaga medis yang bersangkutan akan dipindah bagian dan tidak akan diperkenankan berinteraksi dengan pasien. Hasil wawancara dengan dr. Taufiq Hidayat, Sp.And, M.Kes. Direktur RSUD Blambangan, Kamis 24 Oktober 2013

tergantung pada kondisi dan pendidikan para staf medisnya.<sup>36</sup>

- c. Belum adanya standar hukum pengawasan eksternal yang mencakup bentuk dan mekanisme bagi aparat hukum pada suprastruktur kelembagaan hukum kesehatan (mencakup: kemenkes/dinkes Propinsi/ Kota/Kabupaten) untuk secara aktif dan langsung mengawasinya.

Kelemahan normatif ini, menunjukkan adanya ketidak-konsistenan, sehingga penanganan penderita gawat darurat medik atas dasar perikemanusiaan sangat tergantung kepada kesadaran atas nilai etik medik dan lafal sumpah dokter. IDI memang telah menyusun standar pelayanan kedokteran (medis), namun uraiannya lebih dititikberatkan pada standar proses secara garis besarnya saja.<sup>37</sup> Selain itu, baru Perhimpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) yang telah menyusun standar profesi.<sup>38</sup>

<sup>36</sup>Bahder Johan Nasution. *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. (Jakarta: PT. Rineka Cipta, 2005), h. 46.

<sup>37</sup>Veronica Komalawati. *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien) suatu Tinjauan Yuridis*. (Bandung: P.T. Citra Aditya Bakti, 1999), h.103.

<sup>38</sup>Lihat <http://www.kompas.com-cetak/0210/31/iptek/ruma10.htm> Achmad Hardiman. *Rumah Sakit Indonesia Belum Siap Bersaing*, diakses pada 26 Oktober 2013.

2. Kelemahan dari sisi Struktur pada Instansi Kesehatan

Pengawasan pemerintah terhadap pelayanan kesehatan RSUD, yang bertujuan melindungi hak MKTM atas pelayanan kesehatan, terikat kepada “asas desentralisasi” dalam Pasal 13 ayat (1) huruf e UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah. Terkait hal ini, ada beberapa hambatan normatif pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia, yaitu:

1. Ada problem serius dalam kemampuan dan keterlambatan kemenkes dan dinkes untuk menyusun peraturan yang mendukung desentralisasi;
2. Komitmen pemerintah pusat untuk mengembangkan peraturan dan standar yang mendukung desentralisasi terlihat lemah;
3. Belum dilakukan pembagian urusan secara jelas dalam hubungan pemerintah pusat dan propinsi/kabupaten/kota
4. Selama ini kebijakan kesehatan di Indonesia cenderung menganggap semua daerah adalah sama.<sup>39</sup>

Temuan penelitian, menggambarkan bahwa di tiap-tiap kabupaten se-eks karesidenan Besuki belum ada instansi atau lembaga yang berwenang mengawasi

<sup>39</sup> Tim Perumus. “Perubahan Fungsi Pemerintah dalam Sektor di Berbagai Tingkat Setelah Penetapan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004”, *Laporan*, “Seminar Nasional 4 Tahun Desentralisasi Kesehatan di Indonesia”, Diselenggarakan oleh UNHAS, UGM, Unit Desentralisasi DEPKES RI, dan WHO, Makassar, 7-8-9 Juni 2005, h. 5-6.

pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap MKTM secara khusus atau pasien pada umumnya. Terkait belum adanya instansi atau lembaga pengawas tersebut maka, pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap MKTM cenderung berbeda dengan pasien umum.

### C. Konsepsi ke depan terkait Perlindungan Hukum bagi MKTM dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan se-eks Karesidenan Besuki

Terkait dengan hasil penelitian, peneliti mempunyai konsep yang dapat ditawarkan guna memberikan perlindungan hukum bagi MKTM dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan se-eks Karesidenan Besuki. Adapun konsep ke depan terkait dengan perlindungan hukum tersebut adalah:

1. Dirumuskannya atau diformulasikannya hukum yang idealistik dan implementatif sebagai masukan kepada Kemenkes RI sebagai unsur pelaksana Pemerintah Pusat di bidang kesehatan, untuk secara konsisten, sinkron, jelas, dan segera membentuk peraturan hukum positif yang humanis, yang secara substantif melindungi hak MKTM atas pelayanan kesehatan RSUD, yang sumber nilainya terkandung dalam cita hukum Pancasila dan UUD NRI Tahun 1945, dan acuan

asas-asas serta norma-norma hukumnya telah terkandung baik dalam UU Kesehatan maupun UU Praktik Kedokteran yang menyangkut hal-hal dibawah ini:

- a. Konsistensi, kejelasan, dan kesegeraan peraturan hukum penanganan penderita gawat darurat medik.
- b. Kejelasan dan kesegeraan peraturan hukum penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan manusiawi
- c. Konsistensi dan kejelasan peraturan hukum pola tarif pelayanan kesehatan
- d. Konsistensi dan kesegeraan peraturan hukum pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan.
- e. Kejelasan dan kesegeraan peraturan hukum fungsi sosial pelayanan kesehatan.

Khusus penanganan penderita gawat darurat medik atas dasar perikemanusiaan yang secara normatif diharuskan oleh Pasal 51 huruf d jls. huruf b, huruf a, dan huruf c UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, harus didukung secara konsisten, jelas, dan segera:

- a. Penyusunan standar profesi kedokteran yang berlaku secara nasional berdasarkan Permenkes. Memang benar bahwa IDI sebagai organisasi profesi kedokteran telah menyusun standar pelayanan (profesi)

- kedokteran, namun uraiannya lebih dititikberatkan pada standar proses, inipun hanya untuk tindakan medik secara garis besar saja;
- b. Penyusunan standar prosedur operasional berdasarkan peraturan internal setiap RSUD yang mengacu kepada standar profesi kedokteran yang harus segera dibentuk berdasarkan Permenkes, memperhatikan perbedaan kondisional tiap-tiap RSUD, karena sangat tergantung SDM, sarana dan prasarannya, serta latar belakang pendidikan para staf medisnya;
  - c. Penyusunan standar bentuk dan mekanisme hukum pengawasan eksternal berdasarkan Permenkes yang dapat digunakan oleh aparat hukum pada suprastruktur kelembagaan hukum kesehatan (mencakup: Depkes/Dinkes Propinsi/Kabupaten/Kota) untuk secara aktif dan langsung mengawasi pelayanan kesehatan RSUD.
  - d. Penumbuhkembangan kesadaran atas nilai etik medik dan lafal sumpah dokter. Kode etik profesi medik pada dasarnya mengandung 6 (enam) prinsip etik, yaitu prinsip *otonomi*, prinsip *veracity*” atau berbicara yang sebenarnya, prinsip *nonmaleficence*” atau selalu melakukan tindakan demi kebaikan pasien, prinsip *beneficence*” atau selalu berbuat yang terbaik bagi

pasien, prinsip *”kerahasiaan”*, dan prinsip *keadilan*.

2. Mengembangkan konsep fungsi, wewenang dan sarana hukum pengawasan pemerintah sebagai suprastruktur kelembagaan hukum humanis yang secara suprastruktural mengawasi secara preventif dan represif pelayanan kesehatan di RSUD sebagai bentuk tindakan pemerintahan yang baik dalam melindungi hak MKTM atas pelayanan kesehatan
3. Mengembangkan konsep pelayanan kesehatan RSUD yang humanis yang sifatnya melindungi hak MKTM atas pelayanan kesehatan. Pada tataran ini yang perlu dibangun adalah sikap SDM (tenaga medis) yang ramah, sabar dan tanggap terhadap hal-hal yang dialami oleh pasien MKTM.

## **PENUTUP**

### **A. Simpulan**

Berdasarkan uraian diatas, ada beberapa simpulan yang dapat diambil sebagai berikut:

1. Wujud perlindungan hukum terhadap hak-hak MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan pada RSUD se-eks Karesidenan Besuki ada 2 (dua), yaitu:
  - a. Perlindungan hukum yang bersifat preventif, yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan terkait kesehatan yang telah ditetapkan oleh

- pemerintah pusat dan pemerintah daerah (Kabupaten) yang bersangkutan. Termasuk dalam kategori perlindungan hukum preventif ini adalah tindakan pemerintah kabupaten menyediakan RSUD dengan berbagai fasilitas yang dapat dimanfaatkan oleh MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Demikian halnya dengan tindakan RSUD menyediakan tenaga-tenaga medis juga merupakan bentuk perlindungan hukum yang bersifat preventif.
- b. Perlindungan hukum yang bersifat represif adalah adanya aturan dalam pasal 58 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang merupakan lex spesialis dari pasal 1365 KUHPerdara. Pasal tersebut mengatur mengenai ganti rugi apabila pasien (termasuk MKTM) mendapatkan kerugian yang diakibatkan dari adanya pelayanan kesehatan.
2. Kendala pada proses perlindungan hukum terkait upaya mendapatkan pelayanan kesehatan pada RSUD se-eks Karesidenan Besuki adalah:
    - a. Kendala pada perspektif substansi perundang-undangan dan asas-asas dalam bidang kesehatan yang belum dilaksanakan dengan baik, misalnya:
      1. Masih terdapat tenaga medis yang belum menjalankan secara konkrit
        1. asas-asas – asas dala hukum kesehatan yang seharusnya dilakukan pada saat memberikan pelayanan kesehatan pada pasien MKTM
        2. Belum ada standart profesi yang berlaku secara nasional, misal berdasarkan permenkes atau peraturan pelaksanaan yang lain.
        3. Standar prosedur operasional untuk setiap RS berbeda, karena sangat tergantung pada kondisi dan pendidikan para staf medisnya.
        4. Selama ini kebijakan kesehatan di Indonesia cenderung menganggap semua daerah adalah sama.
    - b. Kendala pada perspektif struktur dibidang kesehatan, yang dapat dilihat pada fenomena berikut ini:
      1. Belum adanya standar hukum pengawasan eksternal yang mencakup bentuk dan mekanisme bagi aparatur hukum pada suprastruktur kelembagaan hukum kesehatan untuk secara aktif dan langsung mengawasinya.
      2. Ada problem serius dalam kemampuan dan keterlambatan kemenkes dan dinkes untuk menyusun peraturan yang mendukung desentralisasi.
      3. Komitmen pemerintah pusat untuk mengembangkan peraturan

dan standar yang mendukung desentralisasi terlihat lemah.

3. Konsepsi kedepan terkait perlindungan hukum bagi MKTM dalam mendapatkan pelayanan kesehatan se-eks Karesidenan Besuki adalah mengembangkan konsep humanis terhadap pasien MKTM, didukung dengan perbaikan substansi hukum yang idealistik dan implementatif sebagai masukan kepada Kemenkes RI sebagai unsur pelaksana Pemerintah Pusat di bidang kesehatan, untuk secara konsisten, sinkron, jelas, dan segera membentuk peraturan hukum positif yang humanis, yang secara substantif melindungi hak MKTM atas pelayanan kesehatan RSUD.

## B. Saran

Terkait dengan adanya pembahasan dan simpulan sebagaimana diuraikan diatas, maka peneliti memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Kepada Pemerintah Republik Indonesia, yang dalam hal ini diwakili oleh Kementerian Kesehatan, hendaknya bekerjasama dengan organisasi-organisasi ikatan kedokteran untuk membuat standart pelayanan untuk pasien sesuai dengan keahlian masing-masing. Kementerian kesehatan membuat peraturan menteri yang memuat konsep humanis dalam pelayanan kesehatan.

2. Kepada Pemerintah Daerah di eks-Karesidenan Besuki, dapat bekerjasama dengan dinas kesehatan untuk lebih gencar mengadakan sosialisasi mengenai pendidikan kesehatan bagi masyarakat, sehingga akan tercipta kesadaran dalam diri masyarakat untuk menjaga kesehatan. Pemerintah daerah hendaknya juga mempersingkat proses pengurusan terkait surat-surat yang digunakan untuk mendapatkan fasilitas Jamkesmas, Jamkesda dan Jampersal.
3. Kepada RSUD, hendaknya lebih mengembangkan konsep pelayanan humanis kepada semua pasien, termasuk MKTM. Pihak RSUD juga dapat memberikan pelatihan
4. Kepada MKTM, hendaknya lebih memperhatikan kesehatan, melakukan pemeriksaan kesehatan (*check up*) secara berkala, sehingga dapat diketahui jika ada penyakit sejak dini. Penanggulangan sejak dini akan mudah dilakukan, dan pengobatan bisa segera dijalani, sehingga peluang sembuh akan jauh lebih besar.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- A.K. Sarkar. 1982. *Summary of Salmond's Jurisprudence*. Bombay: Tripathi.
- A. Willan, James. 1990. *Hospital Management*. (London: MacMillan Education Ltd.

Bahder Johan Nasution. 2005. *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

J, Yu. 1998. *Hospital & It's Community*. Hospital Management International.

Lili Rasjidi dan Ira Thania Rasjidi. 2002. *Pengantar Filsafat Hukum*. Bandung: Mandar Maju.

M. Friedman, Lawrence. 1975. *The Legal System: A Social Science Perspective*. New York: Russell Sage Foundation.

Saifuddin Azwar. 2004. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Satjipto Rahardjo. 2000. *Ilmu Hukum*. Bandung: Citra Aditya Bakti.

Soedarmono Soejitno, Ali Alkatiri, dan Emil Ibrahim. 2002. *Reformasi Perumahasakitan Indonesia*. Jakarta: PT. Grasindo

Tim Penyusun Kamus Pembinaan dan Pengembangan Bahasa. 1997. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka, Jakarta.

Tjandra Yoga Aditama. 2001. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Veronica Komalawati. 1999. *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien) suatu Tinjauan Yuridis*. Bandung: P.T. Citra Aditya Bakti.

### **Peraturan Perundang-Undangan**

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004  
Tentang Praktik Kedokteran

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009  
Tentang Kesehatan

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009  
Tentang Rumah Sakit

Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 8  
Tahun 2006 tentang Perubahan Atas  
Peraturan Daerah Kabupaten Jember  
Nomer 63 Tahun 2000 Tentang  
Retribusi Pelayanan Kesehatan di Pusat  
Kesehatan Masyarakat

### **Internet**

[http://www.bankdata.depkes.go.id/Profil/IN  
DEX.HTM](http://www.bankdata.depkes.go.id/Profil/INDEX.HTM)

[http://surabaya.okezone.com/read/2012/09/1  
6/521/690514/tak-mampu-bayar-  
pengobatan-jenazah-pasien-miskin-  
ditahan](http://surabaya.okezone.com/read/2012/09/16/521/690514/tak-mampu-bayar-pengobatan-jenazah-pasien-miskin-ditahan)

[http://kissfmjember.com/2010/10/13/tidak-  
mampu-bayar-biaya-pengobatan-rsud-  
subandi-telantarkan-pasien-miskin.html](http://kissfmjember.com/2010/10/13/tidak-mampu-bayar-biaya-pengobatan-rsud-subandi-telantarkan-pasien-miskin.html)

[http://www.kompas.com-cetak/0210/31/  
iptek/ruma10.htm](http://www.kompas.com-cetak/0210/31/iptek/ruma10.htm). Achmad Hardiman.  
*Rumah Sakit Indonesia Belum Siap  
Bersaing*.

### **BIODATA PENULIS**

**Dr. Dyah Ochtorina Susanti, S.H.,  
M.Hum.** adalah Dosen Tetap pada Fakultas  
Hukum Universitas Jember.