

PENERAPAN PASAL 32 AYAT (2) DAN PASAL 190 AYAT (1) UNDANG-
UNDANG REPUBLIK INDONESIA NO. 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN BERKAITAN DENGAN HAK PASIEN UNTUK
MENDAPATKAN PELAYANAN MEDIS

(Studi Kasus di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum

Saiful Anwar Malang)

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat-Syarat

Untuk Memperoleh Gelar Kesarjanaan

Dalam Ilmu Hukum

Oleh :

AYU SA'IDAH

NIM. 0710113124



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS HUKUM

MALANG

2011

LEMBAR PERSETUJUAN

**PENERAPAN PASAL 32 AYAT (2) DAN PASAL 190 AYAT (1) UNDANG-
UNDANG REPUBLIK INDONESIA NO. 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN BERKAITAN DENGAN HAK PASIEN UNTUK
MENDAPATKAN PELAYANAN MEDIS**

(Studi Kasus di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar Malang)

Oleh:

AYU SA'IDAH

NIM. 0710113124

Skripsi ini telah disetujui pada tanggal:

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Yuliati S.H., LL.M.

NIP. 19660710 199203 2 003

Lucky Endrawati, S.H., M.H.

NIP. 19750316 199802 2 001

Mengetahui

Ketua Bagian Hukum Pidana

Setiawan Nurdayasakti, S.H., M.H.

NIP. 19640620 198903 1 002

LEMBAR PENGESAHAN

**PENERAPAN PASAL 32 AYAT (2) DAN PASAL 190 AYAT (1) UNDANG-
UNDANG REPUBLIK INDONESIA NO. 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN BERKAITAN DENGAN HAK PASIEN UNTUK
MENDAPATKAN PELAYANAN MEDIS**

(Studi Kasus di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar Malang)

Disusun Oleh:

AYU SA'IDAH

NIM. 0710113124

Skripsi ini telah disahkan pada tanggal :

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Yuliati S.H., LL.M.

NIP. 19660710 199203 2 003

Ketua Majelis

Lucky Endrawati, S.H., M.H.

NIP. 19750316 199802 2 001

Ketua Bagian Hukum Pidana

Yuliati S.H., LL.M.

NIP. 19660710 199203 2 003

Setiawan Nurdayasakti, S.H., M.H.

NIP. 19750316 199802 2 001

**Mengetahui
Dekan,**

Dr. Sihabudin, S.H., M.S.

NIP. 19591216 198503 1 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada Ibu dan Ayah Penulis, untuk setiap kasih sayang yang tidak terhingga, motivasi, serta nasehat yang tak ada putusnya guna membangun kepribadian dan tanggung jawab penulis. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Dr. Sihabudin, S.H., M.H., selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Brawijaya.
2. Bapak Setiawan Nurdayasakti, S.H., M.H. selaku Ketua Bagian Hukum pidana Fakultas Hukum Universitas Brawijaya.
3. Ibu Yuliati, S.H., LL.M. selaku Pembimbing I, atas bimbingan, kesabaran dalam memberikan arahan dan motivasinya dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Lucky Endrawati, S.H., MH. Selaku Pembimbing II, terima kasih atas segala bentuk motivasi serta perhatinannya yang begitu besar kepada penulis, atas kesabarannya dalam memberikan arahan setiap tahapan penulisan, dan memberikan pemikiran yang berbeda kepada penulis, dimana hal yang biasa dapat dijadikan sesuatu yang luar biasa.
5. Bapak Prof. Dr. Dr. Teguh W. Sardjono, DTMH&H, Msc, SpPark. Selaku Ketua Koordinator Divisi I Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
6. Bapak Dr. Ari Prasetyadjati, SpEM. Selaku Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.

7. Bapak Purwoko Sugeng Harianto. S.kep, Ners. Selaku Kepala/ APP Koordinator Pelaksana Perawat
8. Semua pihak yang turut membantu dan mendukung sampai terselesaikannya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga saran dan kritik selalu penulis harapkan dari semua pihak guna memperbaiki kekurangan-kekurangan yang ada.

Akhir kata penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya jika dalam proses pembuatan skripsi ini penulis melakukan kesalahan baik yang disengaja maupun yang tidak disengaja.



Malang, 24 Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Tabel.....	vii
Daftar Bagan.....	viii
Daftar Lampiran.....	ix
Abstraksi.....	x
 BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
E. Sistematika Penulisan	11
 BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Penerapan Hukum.....	13
1. Istilah Penerapan.....	13
2. Aspek/Penerapan Teori-teori Hukum.....	13
B. Tinjauan Umum Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.....	16



1. Maksud dan Tujuan.....	16
2. Asas-Asas.....	16
C. Pihak-Pihak/Para Pihak Dalam Pelayanan Medis.....	17
1. Para Pihak Dalam Pelayanan Medis.....	17
2. Pelayanan Medis.....	20
D. Tinjauan Umum Fasilitas Pelayanan Kesehatan	20
E. Pertanggungjawaban Pidana	22
F. Pertanggungjawaban Perdata	25

BAB III: METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	27
B. Metode Penelitian.....	27
C. Lokasi Penelitian.....	28
D. Jenis dan Sumber Data.....	29
a. Sumber Data Primer.....	29
b. Sumber Data Sekunder.....	29
E. Populasi, Sampel dan Responden.....	29
F. Teknik Pengumpulan Data.....	30
a. Wawancara.....	30
b. Studi Pustaka, Studi Dokumen dan Studi Dokumentasi.....	30
G. Teknik Analisa Data.....	31
H. Definisi Operasional.....	31

BAB IV: PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	33
B. Penerapan Hak Pasien Dalam Ketentuan Pasal 32 Ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan	43
1. Kriteria Pasien Keadaan Darurat (Gawat Darurat) dan Kriteria Tindakan Medis.....	46
2. SOP (Standar Operasional Prosedur) Instalasi Gawat Darurat Sebagai Dasar Hukum.....	64
3. Tujuan Instalasi Gawat Darurat.....	67
C. Tanggungjawab Penyedia Fasilitas Kesehatan.....	68
D. Mekanisme Pemberian Sanksi.....	73

BAB V: PENUTUP..... 82

A. Kesimpulan..... 82

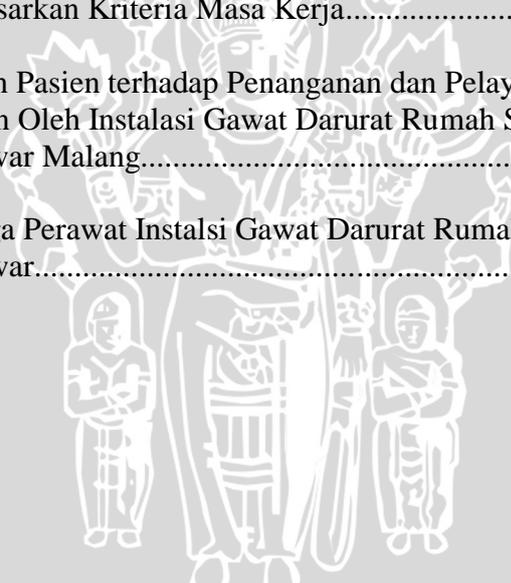
B. Saran..... 83

DAFTAR PUSTAKA..... 85

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

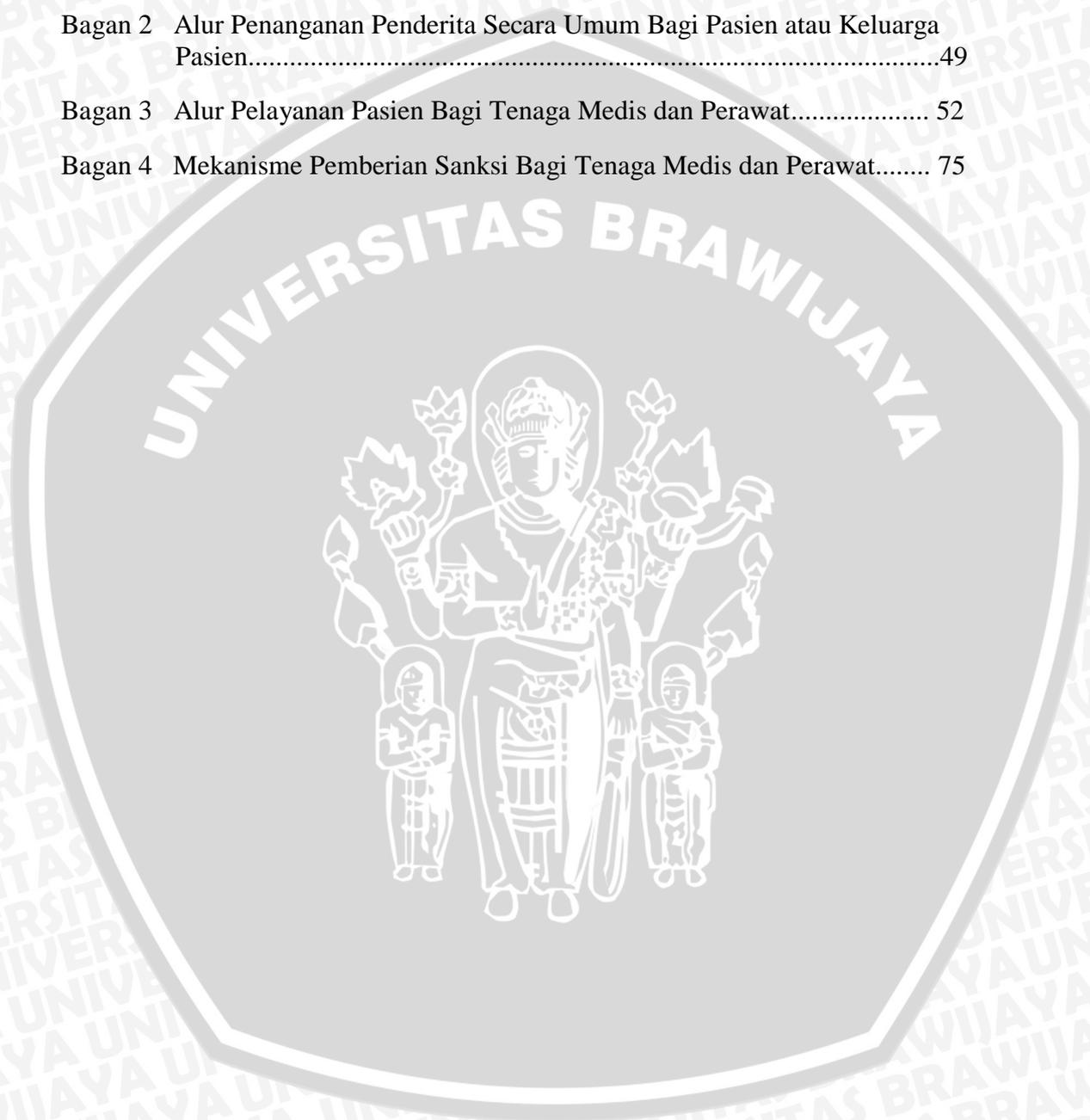
	Halaman
Tabel 1 Data Penerimaan Pasien Per Hari Tahun 2009.....	42
Tabel 2 Data Penerimaan Rujukan Tahun 2009 Berdasarkan Asal Daerah.....	43
Tabel 3 Data Pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Berdasarkan Kriteria Prioritas Kegawatan Tahun 2009.....	44
Tabel 4 Respon Time.....	51
Tabel 5 Data Penilaian Pasien terhadap Penanganan dan Pelayanan Medis yang dilakukan Oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.....	64
Tabel 6 Data Penilaian Tenaga Perawat Mengenai Pemenuhan Standar Baku dan Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat Berdasarkan Kriteria Masa Kerja.....	67
Tabel 7 Data Penilaian Pasien terhadap Penanganan dan Pelayanan Medis yang dilakukan Oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.....	72
Tabel 8 Jumlah Tenaga Perawat Instalsi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar.....	73



DAFTAR BAGAN

Halaman

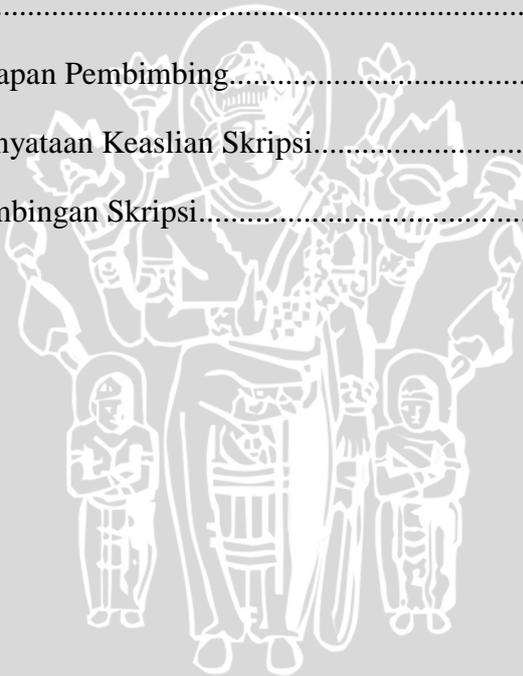
Bagan 1	Struktur Organisasi Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar.....	40
Bagan 2	Alur Penanganan Penderita Secara Umum Bagi Pasien atau Keluarga Pasien.....	49
Bagan 3	Alur Pelayanan Pasien Bagi Tenaga Medis dan Perawat.....	52
Bagan 4	Mekanisme Pemberian Sanksi Bagi Tenaga Medis dan Perawat.....	75



DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1 : Etical Clearence dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.....	89
Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian di Satuan Kerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar.....	91
Lampiran 3 : Daftar Pertanyaan Wawancara Kepala Instalasi Gawat Darurat....	92
Lampiran 4 : Kuesioner bagi Perawat Instalasi Gawat Darurat.....	94
Lampiran 5 : Kuesioner bagi Pasien dan Keluarga Pasien Instalasi Gawat Darurat.....	96
Lampiran 6 : SK Penetapan Pembimbing.....	98
Lampiran 7 : Surat Pernyataan Keaslian Skripsi.....	99
Lampiran 8 : Kartu Bimbingan Skripsi.....	100



ABSTRAKSI

AYU SA'IDAH, Hukum Pidana, Fakultas Hukum Universitas Brawijaya, Maret 2011, **Penerapan Pasal 32 Ayat (2) dan Pasal 190 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Berkaitan dengan Hak Pasien untuk Mendapatkan Pelayanan Medis (Studi Kasus di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang)**, Yuliati, S.H., L.LM, Lucky Endrawati, S.H., M.H.

Kesehatan mempunyai arti penting bagi bangsa Indonesia, yaitu sebagai dasar dalam melakukan aktivitas, karena mempunyai arti penting inilah maka kebutuhan akan adanya pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan memiliki peranan untuk mewujudkan pembangunan kesehatan. Mewujudkan pembangunan kesehatan perlu adanya fasilitas pelayanan medis yang ditujukan menyembuhkan penyakit, memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga serta kewajiban memberikan penanganan medis terhadap pasien keadaan darurat dengan penyediaan Instalasi Gawat Darurat. Pelayanan gawat darurat memiliki aspek khusus karena mempertaruhkan kelangsungan hidup seseorang, maka Instalasi Gawat Darurat didalamnya tidak lepas dari persoalan yang berkaitan dengan pelayanan medis terhadap pasien keadaan darurat. Persoalan yang timbul adalah ketika Instalasi Gawat Darurat sebagai bagian dari fasilitas kesehatan tidak memberikan penanganan medis terhadap pasien keadaan darurat karena tidak menyelesaikan biaya administrasi terlebih dahulu atau uang muka, padahal dalam Undang-Undang Tentang Kesehatan hal tersebut tidak dibenarkan. Jenis penelitian ini adalah empiris dengan menggunakan pendekatan yuridis empiris. Jenis dan sumber data penelitian adalah data primer yang terdiri dari wawancara terbuka dan sekunder diperoleh dari peraturan perundang-undangan, studi pustaka karya tulis ilmiah, buku, artikel di internet maupun surat kabar. Populasi ialah seluruh staf di Instalasi Gawat RSSA, sampel terdiri dari bagian tenaga medis, perawat dan pasien dengan menggunakan teknik *purposive sampling* dan teknik analisis data yang digunakan adalah deskriptif kualitatif.

Hasil yang didapat dari penelitian ini adalah, penerapan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dalam hal ini Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar masih belum diterapkan secara maksimal oleh tenaga medis maupun tenaga perawat karena ketidaktahuan mereka mengenai undang-undang tersebut juga kurang mengerti akan adanya Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat serta penyelesaian kasusnya terkesan lambat, dikarenakan pelaporan kepada atasan menunggu 3 bulan sekali.

Penelitian ini memberikan saran agar khususnya bagi akademisi dan mahasiswa menambah wacana dan mengikuti perkembangan ilmu hukum khususnya hukum kesehatan, agar fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga medis dan perawat, dengan penelitian ini menangani pasien lebih baik lagi serta menambah pengetahuan tentang hukum kesehatan dan agar masyarakat mengerti tentang informasi dengan hak-hak pasien.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan berasal dari kata sehat (“*Health*”) bagi masyarakat yang menganut, baik sistem hukum sipil maupun sistem hukum kebiasaan, sebagai anggota organisasi kesehatan dunia *World Health Organization* merumuskan atau mendefinisikan secara berturut-turut, yaitu *health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity* (kesehatan adalah keadaan fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan bukan hanya sekedar tidak adanya penyakit dan kelemahan) sebagai definisi yang ideal. Perkembangan selanjutnya rumusan tersebut menjadi : “*the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition*” (menikmati standar tinggi kesehatan merupakan salah satu hak dasar setiap manusia tnpa membedakan ras, agama, keyakinan politik, kondisi ekonomi atau sosial). Ini kemudian diartikan sebagai “*the health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and state*” (kesehatan semua orang adalah mendasar bagi pencapaian perdamaian dan keamanan dan tergantung pada kerjasama individu dan negara), ini berarti bahwa “*the achievement of any state in the promotion and protection of health is of value to all*”¹(pencapaian dari setiap negaradalam promosi dan perlindungan kesehatan adalah nilai untuk semua),

¹ Hermien Hadiati Koeswadji, Hukum Untuk Perumahsakitan, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002, hal 2-3.

sedangkan menurut sudut pandang medis, kesehatan adalah ketiadaan simtom dan tanda penyakit, tetapi Wollinsky berpendapat bahwa definisi tersebut terlalu sempit daripada definisi *World Health Organization* yang mencakup baik kesejahteraan fisik, mental maupun sosial dan tidak semata-mata terbatas pada ketiadaan penyakit atau kelesuan.²

Kesehatan mempunyai arti penting bagi bangsa Indonesia, yaitu sebagai modal dasar (*asset*) dalam melakukan aktivitas dan pekerjaan, karena mempunyai arti penting inilah maka kebutuhan akan adanya pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan memiliki potensi serta peranan untuk mewujudkan pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Pembangunan kesehatan memerlukan adanya lembaga kesehatan serta dukungan pemerintah, tetapi kesehatan sekarang ini masih dianggap oleh Pemerintah sebagai sektor pengeluaran bukan suatu investasi, sehingga rata-rata alokasi Anggaran Pendapatan Belanja Daerah maupun Anggaran Pendapatan Belanja Negara masih jauh dari harapan karena kenyataannya dalam Pasal 171 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan mensyaratkan anggaran untuk mengadakan pelayanan kesehatan yang layak adalah minimal 5% dari Anggran Pendapatan Belanja Negara. Namun dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 2 Tahun 2010 Tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara hanya mengalokasikan

² Yuli Yantho, *Sosiologi Kesehatan*, <http://blog.unila.ac.id/young/sosiologi-kesehatan>, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010

2,2 % dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara untuk pelayanan kesehatan, padahal standar *World Health Organization* minimal 5%.³

Indonesia dalam fasilitas pelayanan medis mempunyai dua jenis pelayanan kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan perseorangan, yaitu kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan⁴ dan pelayanan kesehatan masyarakat yang kegiatannya dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan pihak swasta dalam pencegahan penyakit dengan sasarannya pada masyarakat secara efisien, serta fungsi organisasinya didukung oleh masyarakat⁵.

Kewajiban dari pelayanan kesehatan perseorangan ini dilakukan dengan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga, serta mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya, sedangkan kewajiban pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Upaya promotif diutamakan untuk pelayanan promosi kesehatan, upaya preventif dimaksudkan untuk tindakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan penyakit, upaya kuratif dimaksudkan untuk penyembuhan, pengendalian serta pengurang penyakit, sedangkan upaya rehabilitatif ditujukan untuk

³ Willy Widiyanto, *APBN Perubahan 2010 Digugat Di MK*, <http://www.tribunnews.com/2010/10/13/apbn-perubahan-2010-digugat-di-mk>, edisi Rabu, 13 Oktober 2010, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010.

⁴ Sri Astuti S. Suparmanto, *Program Upaya Kesehatan Perseorangan*, www.litbang.depkes.go.id/download/presentasi/Ditjen-Yanmed.ppt, 2006, diakses pada tanggal 14 Agustus 2010.

⁵ *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, Bandung, Citra Umbara, hal 20.

mengembalikan bekas penderita dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna bagi dirinya dan masyarakat sesuai dengan kemampuannya.⁶ Berkaitan dengan adanya kewajiban mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien, terutama pada pasien keadaan darurat maka fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan adanya Instalasi Gawat Darurat. Fasilitas dalam Instalasi Gawat Darurat harus terus ditingkatkan serta tenaga medisnya dikarenakan pelayanan gawat darurat mempunyai aspek khusus karena mempertaruhkan kelangsungan hidup seseorang dan karena itu dari segi yuridis khususnya hukum kesehatan terdapat beberapa pengecualian yang berbeda dengan keadaan biasa artinya terdapat situasi emosional dari pihak pasien karena tertimpa risiko dan pekerjaan tenaga kesehatan yang di bawah tekanan mudah terjadi konflik antara pihak pasien dengan pihak pemberi pelayanan kesehatan.⁷

Berkaitan dengan pemberian pelayanan medis di Instalasi Gawat Darurat juga tidak lepas dari kasus-kasus yang berkaitan dengan pelayanan medis di Indonesia sebagai contoh, yaitu kasus yang terjadi pada pasien yang bernama Abdullah berumur 45 tahun warga Desa Seuneubok Johan, Kecamatan Ranto Peureulak, Aceh Timur meninggal dunia di Rumah Sakit Umum Langsa setelah sempat mengalami sesak nafas, kematian pasien tersebut dinilai akibat kelalaian pihak dokter yang tidak segera memberi pertolongan. Sementara dokter beralasan pasien tidak kritis (*emergency*), sehingga tidak perlu cepat ditangani.⁸ Kasus lain juga terjadi di Indonesia, yaitu menimpa bayi bernama Elsa yang dirawat pada

⁶ *Ibid*, hal 20

⁷ Herkutanto, *Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat*, Majalah Kedokteran Indonesia Volume: 57 Nomor: 2 edisi Februari 2007, hal 37-38.

⁸ Elly, *Oknum Dokter RSU Langsa Dinilai tak Profesional*, www.acehforum.com edisi 27 april 2009, diakses tanggal 23 Juli 2010.

salah satu Rumah Sakit terkemuka di Jakarta, ia tidak mendapatkan penanganan medis secara layak dikarenakan orangtuanya belum memenuhi uang muka administrasi sejumlah Rp. 10.000.000,00, kemudian yang terjadi ialah bayi yang bernama Elsa tersebut meninggal.⁹ Kasus-kasus dalam bidang hukum kesehatan tersebut secara langsung dapat berakibat memojokkan tenaga medis.

Peraturan yang mengatur tentang kesehatan di Indonesia secara umum dapat ditinjau dari pemberlakuan Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Adapun asas dan tujuan terbentuknya Undang-Undang ini, yaitu pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan peri kemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan non-diskriminatif dan norma-norma agama serta bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial ekonomis.

Penerapan tentang fasilitas pelayanan kesehatan harusnya diterapkan secara baik di Indonesia terutama di Jawa Timur, akan tetapi dalam kenyataannya terdapat kasus yang ditemukan terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, yaitu saat Menteri Kesehatan melakukan kunjungan pelayanan Jamkesmas (jaminan kesehatan masyarakat) secara mendadak di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya pada 8 Juli 2008. Kunjungan mendadak ini digelar untuk melihat pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) dan ternyata laporan menyatakan bahwa banyak pasien yang ditolak

⁹ Riz, *Ditolak Rumah Sakit, Bayi 6 Bulan Meninggal*, www.metrotvnews.com, edisi Selasa, 16 Maret 2010, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010.

oleh Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo karena mereka termasuk pasien miskin padahal suatu fasilitas pelayanan kesehatan tidak boleh menolak pasien apalagi mereka dalam keadaan darurat yang membutuhkan penanganan medis.¹⁰

Daerah-daerah di Propinsi Jawa Timur yang terdiri dari 33 kabupaten atau kota juga mempunyai fasilitas pelayanan kesehatan masing-masing sebagaimana yang ditentukan dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar¹¹ yang termasuk dalam fasilitas pelayanan kesehatan yang mengalami kemajuan di Jawa Timur dan mempunyai IGD (Instalasi Gawat Darurat) sebagai penanganan pertama pada pasien keadaan darurat. Kemajuan terlihat dari adanya fasilitas prasarana medik (ruang triage, ruang resusitasi, ruang tindakan bedah dan observasi non bedah) serta pelayanan keunggulan lainnya, selain itu alat-alat di dalam ruangan tersebut juga sangat mendukung, salah satunya terdapat *Laryngoscope*¹² dewasa dan anak-anak 2-4 set. Jadi masing-masing alat penanganan medik dalam ruangan terdapat 1-10 set.¹³

Adanya keunggulan yang dimiliki oleh Rumah Sakit Umum Dr, Saiful Anwar Malang tersebut, ternyata juga tidak lepas dari kasus pelayanan medis di Instalasi Gawat Daruratnya, yaitu "H" mengalami kecelakaan lalu lintas tahun 2007 di Purwosari Kabupaten Pasuruan yang menyebabkan luka parah pada tengkorak kepala bagian samping kiri lalu dibawa ke Puskesmas untuk diberikan

¹⁰ Rohman Taufiq, *Menteri Kesehatan Sidak Pelayanan Jamkesmas ke RSUD Dr. Soetomo*, www.tempointeraktif.com edisi Selasa, 08 Juli 2008, diakses pada tanggal 13 Agustus 2010.

¹¹ *Profil Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar*, <http://www.rssamalang.com/profil-rssa/>, RSUD Dr. Saiful Anwar, diakses pada tanggal 13 Agustus 2010.

¹² *Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Ketiga*, Balai Pustaka, Jakarta, 2005, hal 642, istilah *Laryngoscope* adalah alat medis untuk berupa cermin untuk mengamati pangkal tenggorokan.

¹³ Ari Prasetyadjadi, *Profil Instalasi Gawat Darurat RSU Saiful Anwar*, <http://www.hspprs.org/> Jakarta, 2009, diakses pada tanggal 23 Juli 2010

P3K karena keadaannya semakin parah dan fasilitas yang tidak mencukupi akhirnya ia dirujuk ke Rumah Sakit Umum Syaiful Anwar serta ditempatkan di Instalasi Gawat Darurat, akan tetapi tidak segera ditangani melainkan ditanyakan keluarganya terlebih dahulu sambil tidak bersahabat, terpaksa orang yang menolongnya mengaku sebagai keluarga dengan menjaminkan sesuatu. Setelah ada yang mengaku keluarganya itupun disuruh untuk membeli peralatan untuk perawatan si korban, dikarenakan penanganan yang terlambat tersebut maka sampai saat ini korban sering mengalami pusing dan pingsan serta gejala lainnya.¹⁴

Oleh karena itu, peneliti ingin meneliti mengenai penerapan pasal 32 ayat (2) dan pasal 190 ayat (1) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan berkaitan dengan hak pasien untuk mendapatkan pelayanan medis, sebagai pendukung dari penelitian tersebut ternyata terdapat banyak penelitian yang terkait dengan penelitian ini, sebagai berikut :

1. Hak Pasien Untuk Mendapatkan Perawatan yang Layak dalam Kasus Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah M. Yunus Bengkulu Menurut Undang-Undang No. 39 Tahun 2009 Tentang Hak Asasi Manusia Jo Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.

Judul skripsi ini ditulis oleh Nuryasa Novrianty, berasal dari fakultas hukum Universitas Pasundan yang berisi hak pasien mendapatkan Perawatan yang layak pada kasus Infeksi nosokomial Di Rumah Sakit Umum karena Rumah Sakit sebagai tempat

¹⁴ Prasurey di Purwosari (kediaman "H") tanggal 15 Agustus 2010 melalui wawancara dengan pasien "H",

perawatan dan penyembuhan pasien sangat berperan dalam menjaga kesehatan masyarakat, namun rumah sakit ternyata rentan terjadinya infeksi penyakit. Penularan akibat dari infeksi di rumah sakit (*Health-care Associated Infections/HAIs*) merupakan persoalan serius karena dapat menimbulkan kematian pasien, seperti infeksi nosokomial.

2. Peranan Dokter dalam Proses Penegakan Hukum Kesehatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang).

Judul skripsi ini ditulis oleh R.Cahyono Adi Mulyo, berasal dari fakultas Ilmu Sosial Hukum dan Kewarganegaraan Universitas Negeri Semarang yang berisi cara dokter melaksanakan dan mempertahankan sumpah dokter dan kode etik kedokteran, cara dokter memberi keterangan, informasi atau pendapat terhadap kondisi pasien sesuai dengan sumpah dan kode etik kedokteran dan kendala yang dihadapi profesi dokter dalam melaksanakan sumpah dan kode etik kedokteran.

Penelitian penulis mempunyai perbedaan dengan penelitian lainnya di atas, yaitu jika penelitian milik Nuryasa Novianty meneliti mengenai hak pasien dalam perawatan yang harus diterima pasien pada kasus infeksi nosokomial di suatu Rumah Sakit Umum karena infeksi tersebut dapat menular dan menyebabkan kematian, serta karena Rumah Sakit sebagai lembaga berperan dalam perawatan dan penyembuhan, dan penelitian kedua milik R. Cahyono, yaitu mengenai pelaksanaan sumpah dokter dan kode etik kedokteran oleh dokter dalam profesinya. Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini, yaitu peneliti

ingin meneliti mengenai penerapan hak pasien dalam ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan tanggungjawab penyedia fasilitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi ketentuan pasal tersebut, serta mekanisme pemberian sanksi bagi tenaga medis di IGD apabila tidak melaksanakan ketentuan tersebut.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah penerapan hak pasien dalam ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dalam Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar?
2. Bagaimanakah tanggung jawab penyedia fasilitas pelayanan kesehatan dalam ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan berkaitan dengan hak pasien untuk mendapatkan pelayanan medis di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar?
3. Bagaimana mekanisme pemberian sanksi bagi tenaga medis dalam Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar yang melanggar ketentuan dalam pasal 32 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

C. Tujuan Penelitian

Mengacu pada rumusan masalah sebelumnya, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui dan menganalisis penerapan dalam ketentuan pasal 32 Undang-undang No.36 tahun 2009 sudah dilaksanakan oleh tenaga medis.

2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis alasan tenaga medis tidak melaksanakan ketentuan dalam pasal 32 Undang-undang No.36 tahun 2009.
3. Untuk menganalisis mekanisme pemberian sanksi dalam ketentuan pasal 32 Undang-undang No. 36 tahun 2009 apabila tenaga medis tidak melaksanakan ketentuan di dalamnya.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang ingin diperoleh dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Secara Teoritis :
 - a. Bagi Akademisi sebagai wacana dalam pengembangan dan pembaharuan ilmu Hukum terutama hukum kesehatan.
 - b. Bagi Mahasiswa sebagai resensi atau data penelitian bagi mahasiswa yang memperdalam topik ini.
2. Secara Praktis :
 - a. Bagi Fasilitas pelayanan kesehatan

Penelitian ini sebagai bahan masukan yang konstruktif bagi fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah agar penanganan terhadap pasien lebih baik lagi.

- b. Bagi Tenaga Medis

Penelitian ini sebagai tambahan pengetahuan praktis bagi tenaga medis dapat bekerja secara optimal.

c. Bagi Masyarakat

Penelitian ini sebagai pengetahuan dan informasi kepada masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan hak-hak pasien.

E. Sistematika Penulisan

BAB I Pendahuluan

Bagian ini berisi mengenai latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian

BAB II : Tinjauan Pustaka

Bagian ini mendeskripsikan tentang tinjauan umum tentang penerapan hukum, tinjauan umum Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, para pihak dalam pelayanan medis, tinjauan umum fasilitas pelayanan kesehatan, pertanggungjawaban pidana dan perdata

BAB III : Metodologi Penelitian

Bagian ini mendeskripsikan mengenai jenis penelitian, metode penelitian, lokasi penelitian, jenis dan sumber data, populasi, sampel dan responden, teknik pengumpulan data, teknik analisis data yang dipakai penulis dalam penelitian ini dan definisi operasional.

BAB IV : Pembahasan

Bagian ini mendeskripsikan secara ringkas mengenai gambaran umum lokasi penelitian, penerapan hak pasien dalam ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang no 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, tanggung jawab penyedia fasilitas kesehatan dan mekanisme pemberian sanksi.

BAB V : Penutup

Bagian ini mendeskripsikan secara ringkas mengenai kesimpulan dan saran yang diberikan penulis dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

Daftar Lampiran



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Penerapan Hukum

1. Istilah Penerapan

Menurut Kamus Bahasa Indonesia, kata penerapan berasal dari kata “terap”. Kata penerapan mempunyai beberapa arti, yaitu proses, cara, perbuatan menerapkan.¹⁵ Penerapan yang dimaksud disini adalah penerapan hukum yang menerapkan ketentuan-ketentuan yang ada pada pasal 32 dan pasal 190 Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dalam suatu fasilitas kesehatan agar dilaksanakan sesuai dengan ketentuan dalam undang-undang tersebut. Tujuan penerapan Undang-Undang tersebut ialah agar dalam keadaan darurat, tenaga kesehatan dalam suatu fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah khususnya Instalasi Gawat Darurat, berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan (penanganan secara teliti, seksama, cepat dan tanggap) terhadap pasien demi penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu.

IGD (Instalasi Gawat Darurat) ialah suatu tempat pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut yang berarti timbul secara mendadak dan cepat memburuk (tentang penyakit) memerlukan pemecahan segera, mendesak (tentang keadaan/hal), atau gawat¹⁶ mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar atau suatu tempat atau unit di Rumah Sakit yang

¹⁵ *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 2002 hal 1180.

¹⁶ *Ibid*, hal 25.

memiliki tim kerja atau dokter dengan kemampuan khusus dan peralatan, yang memberikan pelayanan pada pasien gawat darurat, merupakan rangkaian dari upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir.¹⁷ Pelayanan Gawat Darurat Medik adalah kesinambungan perawatan dan pelayanan yang juga mencakup pelayanan pra-rumah sakit (termasuk dukungan, instruksi, pelayanan dan tindakan yang diberikan sejak saat dimulainya permintaan pelayanan gawat darurat hingga pasien dikirim ke pusat pelayanan penerima) dan di luar rumah sakit (termasuk semua aspek pelayanan dan tindakan yang diberikan petugas pelayanan gawat darurat termasuk pemindahan pasien, tanggapan dan tindakan atas bencana massal yang menimpa masyarakat serta kedaruratan masyarakat lainnya, dan mempersiapkan dukungan medik untuk pelayanan gawat darurat medik terpadu).¹⁸

2. Aspek/Penerapan Teori-teori Hukum

Menerapkan suatu peraturan hukum atau produk hukum di masyarakat menurut teori sistem hukum Friedman harus berdasarkan pada sistem hukum, yaitu seperangkat operasional hukum yang meliputi sub-sistem hukum, struktur hukum dan budaya hukum. Teori tersebut membagi sistem hukum dengan unsur-unsur sebagai berikut : substansi hukum meliputi aturan, norma, dan pola perilaku (hukum yang tertulis dan hukum yang berlaku atau hidup dalam masyarakat, struktur hukum meliputi tatanan daripada lembaga hukum (kerangka organisasi dan tingkatan dari lembaga

¹⁷Carolyn M. Hudak dan Barbara M. Gallo, *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik Volume 1*, Buku Kedokteran, Bandung, 1998, hal 100.

¹⁸ Syaiful Saanin, *Falsafah Dasar Kegawat Daruratan*, www.falsafahdasarkegawat_daruratan.com diakses tanggal 21 Juli 2010.

kepolisian, kejaksaan, kehakiman, pemasyarakatan, kepengacaraan), budaya hukum meliputi nilai-nilai, norma-norma dan lembaga-lembaga yang menjadi dasar dari sikap perilaku hamba hukum.¹⁹

Menurut teori kontrol sosial oleh E. A. Ross (Bapak Sosiologi Amerika), manusia diberi kendali supaya tidak melakukan pelanggaran, proses sosialisasi yang *adequat* (memadai) akan mengurangi terjadinya delinkuensi. Pendidikan terhadap seseorang untuk melakukan pengekangan keinginan (*impulse*). selain itu, kontrol internal dan eksternal harus kuat utk membangun ketaatan terhadap hukum (*law-abiding*). Teori kontrol sosial memfokuskan diri pada teknik-teknik dan strategi-strategi yang mengatur tingkah laku manusia dan membawanya kepada penyesuaian atau ketaatan kepada aturan-aturan masyarakat.²⁰

Premis Kontrol Sosial, yaitu harus ada kontrol internal maupun eksternal, manusia diberikan kaidah-kaidah supaya tidak melakukan pelanggaran, proses sosialisasi yang *adequat* (memadai) akan mengurangi terjadinya delinkuen, dan ketaatan terhadap hukum (*law abiding*).

Peneliti menggunakan sosiologi hukum terhadap penelitian ini untuk mampu menganalisis penerapan hukum di dalam masyarakat dan mampu mempetakan masalah-masalah sosial dalam kaitan dengan penerapan hukum di masyarakat serta mengerti akan adanya kebenaran sosiologi hukum (kesesuaian antara fakta empiris dengan teori yang dijadikan ukuran untuk melihat kebenaran).

¹⁹ Saifullah, *Refleksi Sosiologi Hukum*, Refika Aditama, Bandung, 2010, hal 26.

²⁰ Topo Santoso dan Eva Achjani, *Kriminologi*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2003, 87-88.

B. Tinjauan Umum Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

1. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan dari Undang-Undang ini untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya. Derajat kesehatan setinggi-tingginya yang mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat. Upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus-menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

2. Asas-asas

Pembangunan kesehatan harus memperhatikan berbagai asas yang memberikan arah pembangunan kesehatan dan dilaksanakan melalui upaya kesehatan sebagai berikut :²¹

- a. Asas perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa.
- b. Asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spritual.
- c. Asas manfaat bahwa pembangunankesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.
- d. Asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

²¹ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Citra Umbara, Bandung, 2010, hal 77.

- e. Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.
- f. Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
- g. Asas gender dan nondiskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
- h. Asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

C. Pihak-pihak / Para Pihak Dalam Pelayanan Medis

1. Para Pihak Dalam Pelayanan Medis

Para pihak dalam pelayanan medis terdiri dari tenaga kesehatan dan pasien. 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. Tenaga Kesehatan terdiri dari dokter, dokter gigi dan perawat, akan tetapi dalam penelitian ini mengkhususkan terhadap dokter dan perawat.

Hak dan kewajiban dokter adalah

- a. Hak untuk mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya
- b. Hak untuk menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundangan, profesi dan etika,
- c. hak atas informasi yang lengkap dan jujur dari pasien tentang keluhan yang diderita.
- d. Hak atas imbalan jasa dari pelayanan kesehatan yang telah diberikan.
- e. Hak untuk mengakhiri hubungan dengan pasien, jika pasien tidak mau menuruti nasihat yang diberikannya atau berkembangnya hubungan yang tidak baik dengan pasien.
- f. Hak atas itikad baik dari pasien dalam pelaksanaan perjanjian terapeutik.
- g. Hak untuk diperlakukan adil dan jujur
- h. Hak atas privasi dokter

Kewajiban dokter, yaitu sebagai berikut :

- a. Kewajiban untuk memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi yaitu dengan cara melakukan tindakan medis dalam suatu kasus yang kongkret menurut ukuran tertentu yang didasarkan pada ilmu medis dan pengalaman.
- b. Kewajiban untuk menghormati hak-hak pasien antara lain rahasia atas kesehatan pasien bahkan setelah pasien meninggal dunia.
- c. Kewajiban untuk memberikan informasi pada pasien dan atau keluarganya tentang tindakan medis yang dilakukannya dan resiko yang mungkin terjadi akibat tindakan medis tersebut
- d. Kewajiban merujuk pasien untuk berobat ke dokter lain yang mempunyai keahlian / kemampuan yang lebih baik apabila tidak mampu melakukan pemeriksaan atau pengobatan.
- e. Kewajiban untuk memberikan pertolongan dalam keadaan darurat sebagai tugas perikemanusiaan
- f. Kewajiban untuk membuat rekam medis yang baik dan secara berkesinambungan
- g. Kewajiban yang berhubungan dengan tujuan ilmu kedokteran, termasuk kewajiban untuk secara terus menerus menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan di bidang ilmu kedokteran
- h. Kewajiban yang berhubungan dengan prinsip keseimbangan. Pihak yang kedua dalam pelayanan kesehatan adalah pasien adalah

setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.²²

Secara umum hak dan kewajiban dokter dan pasien saling berbalikan. Hak-hak pasien timbul karena adanya perjanjian terapeutik, adalah sebagai berikut :²³

- a. Hak atas informasi yang jelas perihal penyakitnya (meliputi penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan dilakukan, kemungkinan masalah timbul akibat tindakan medis tersebut dan tindakan yang dilakukan untuk mengatasinya, dan perkiraan biaya lainnya).
- b. Hak menyetujui tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter atas penyakit yang dideritanya.

²² Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Citra Umbara, Bandung, 2010, hal 100.

²³ Y.A. Triana Ohoiwutun, *Bunga Rampai Hukum Kedokteran*, Bayumedia, Malang, 2007, hal 15-16.

- c. Hak memberikan persetujuan dalam informed consent jika sebelumnya pasien dalam keadaan pingsan.
- d. Hak untuk dirahasiakan selamanya tentang keadaan kesehatan termasuk data-data medis yang dimilikinya.
- e. Hak atas itikad baik dari dokter.
- f. Hak mendapatkan pelayanan medis sebaik-baiknya (hak ini berdasarkan pasal 2 Kode Etik Kedokteran Indonesia yang menyatakan bahwa dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran tertinggi).
- g. Hak menolak tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya.

Perjanjian terapeutik tidak saja terdapat hak juga terdapat kewajiban pasien, yaitu :²⁴

- a. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur mengenai penyakitnya kepada dokter.
- b. Mematuhi nasihat dan instruksi yang diberikan oleh dokter.
- c. Menghormati *privacy* dokter yang mengobatinya.
- d. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan kesehatan yang telah diterima.

Adapun pengertian lain yang berkaitan dengan dengan pihak-pihak dalam pelayanan medis, yaitu pasien keadaan darurat adalah pasien yang mengalami gawat darurat medik yang berarti peristiwa yang menimpa seseorang dengan tiba-tiba serta dapat membahayakan jiwa, memerlukan tindakan medik segera dan tepat²⁵, sedangkan pengertian dokter Instalasi Gawat Darurat adalah dokter yang melayani pasien Emergency Surgery dan Medical / non Surgery selama 24 jam, juga terdapat 33 Dokter Bedah dan non Bedah dari berbagai spesialisasi.²⁶ Pengertian perawat Instalasi Gawat Darurat adalah seorang tenaga keperawatan yang

²⁴ *Ibid.* hal: 16.

²⁵ Tabrani, *Agenda Gawat Darurat Jilid I (Critical Care)*, Alumni, Bandung, 1998, hal 116.

²⁶ *Instalasi Gawat Darurat*, <http://www.rsudkoja.com/index.php?page=igd>, diakses pada tanggal 10 Oktober 2010

bertanggungjawab dan diberi wewenang, memberikan pelayanan keperawatan di instalasi rawat darurat.²⁷

2. Pelayanan Medis

Pelayanan kesehatan tercantum dalam ketentuan pasal 1 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, pelayanan kesehatan dibagi menjadi 4 pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang lebih bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu tindakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

D. Tinjauan Umum Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Menurut pasal 1 angka 7 Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pengertian fasilitas kesehatan suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah dan/ atau masyarakat.

Salah satu dari fasilitas pelayanan kesehatan yang banyak kita kenal adalah Rumah Sakit, secara terminologis Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Selama Abad pertengahan, rumah

²⁷ *Ibid.*

sakit juga melayani banyak fungsi di luar rumah sakit yang kita kenal sekarang ini, misalnya sebagai penampungan orang miskin atau persinggahan musafir. Istilah *hospital* (rumah sakit) berasal dari kata Latin, *hospes* (tuan rumah), yang juga menjadi akar kata hotel dan hospitality (keramahan). Beberapa pasien bisa hanya datang untuk diagnosis atau terapi ringan untuk kemudian meminta perawatan jalan, atau bisa pula meminta rawat inap dalam hitungan hari, minggu, atau bulan. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan gawat darurat 24 jam sehari sebagai salah satu persyaratan izin rumah sakit. Dalam pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan untuk meminta uang muka sebagai persyaratan pemberian pelayanan.

Pendirian Rumah Sakit harus memenuhi kriteria bangunan yang ditetapkan dalam pasal 10 Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang mempunyai substansi di dalamnya bahwa bangunan Rumah Sakit digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna dan beberapa fasilitas yang termasuk dalam bangunan Rumah Sakit, yaitu ruang gawat darurat, ruang tunggu, laboratorium, farmasi, ruang parkir dan sebagainya.²⁸ Selain itu, dalam pasal 29 Undang-Undang Tentang Rumah Sakit juga disebutkan mengenai kewajiban Rumah Sakit, beberapa diantaranya, yaitu, memberi pelayanan kesehatan yang aman bermutu antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah sakit, memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya, berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai

²⁸ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Citra Umbara, Bandung, 2010, hal 104-105.

dengan kemampuan pelayanannya, melaksanakan fungsi sosial anatara lain dengan memeberikan fasiliyas pelayanan pasien tidak mampu atau miskin pelayanan gawat darurat tanpa uang muka ambulan gratis pelayanan korban bencana dan membuat melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.²⁹

E. Pertanggungjawaban Pidana

Pertanggungjawaban kemungkinan dapat dialami baik oleh Rumah Sakit dan pemberi pelayanan kesehatan. Rumah Sakit sebagai perusahaan dapat bertanggungjawab atas kegagalan alat atau kegagalan kompetensi staf medik atau keperawatan di Instalasi Gawat Darurat.³⁰

Selain itu, pertanggungjawaban pidana diatur pula dalam beberapa peraturan perundang-undangan, yaitu :

- a. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang terdapat dalam pasal 190,yaitu :

- 1) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelyanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam pasal 32 ayat (2) atau 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 tahun dan denda paling banyak Rp. 200.000.000,00.

²⁹ *ibid*, hal 113-114.

³⁰ Carolyn M. Hudak dan Barbara M. Gallo, *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*, Buku Kedokteran Volume 1, Buku Kedokteran, Bandung, hal 119.

2) Dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 tahun dan denda paling banyak Rp. 1000.000.000,00.

b. Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran yang terdapat dalam pasal 79, yaitu : Dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah), setiap dokter atau dokter gigi yang :

- a) Dengan sengaja tidak memasang papan nama sebagaimana dimaksud dalam pasal 41 ayat (1);
- b) Dengan sengaja tidak membuat rekam medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1); atau
- c) Dengan sengaja tidak memenuhi kewajiban sebagaimana dimaksud dalam pasal 51 huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, atau huruf e.

Pasal 51 menyatakan, bahwa :

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban :

- a) Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b) Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.

- c) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
 - d) Melakukan pertolongan darurat atas dasar pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali, bila ia, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
 - e) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.
- c. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Pertanggungjawaban pidana tercantum pula dalam KUHP, yaitu :

Pasal 304 : Barangsiapa dengan sengaja menempatkan atau membiarkan seorang dalam keadaan sengsara, padahal menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan, dia wajib memberi kehidupan, perawatan atau pemeliharaan kepada orang itu, diancam dengan pidana penjara paling lama dua tahun delapan bulan atau denda paling banyak tiga ratus rupiah.

Dalam pasal 306 disebutkan apabila perbuatan dalam pasal 304 mengakibatkan luka-luka berat, yang bersalah akan dikenai pidana penjara paling lama tujuh tahun enam bulan dan apabila menyebabkan kematian dikenakan pidana penjara paling lama sembilan tahun.

Pasal 359 : Barangsiapa karena kealpaannya menyebabkan matinya orang lain diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau kurungan paling lama satu tahun.

Pasal 360 :

- 1) Barangsiapa karena kealpaannya menyebabkan orang lain mendapatkan luka-luka berat, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau kurungan paling lama satu tahun.
- 2) Barangsiapa karena kealpaannya menyebabkan orang lain luka-luka sedemikian rupa sehingga timbul penyakit atau halangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian selama waktu tertentu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau denda paling tinggi tiga ratus rupiah.

Pasal 361 :

Jika kejahatan yang diterangkan dalam bab ini dilakukan dalam menjalankan suatu jabatan atau pencarian, maka pidana ditambah dengan sepertiga dan yang bersalah dapat dicabut haknya untuk menjalankan pencarian dalam mana dilakukan kejahatan dan Hakim dapat memerintahkan supaya putusannya diumumkan.

F. Pertanggungjawaban Perdata

Hukum perdata menganut prinsip, yaitu barang siapa menimbulkan kerugian pada orang lain harus memberikan ganti rugi. Terdapat bentuk pertanggungjawaban tenaga medis dalam hukum perdata, yaitu pertanggungjawaban disebabkan oleh perbuatan melanggar hukum dan karena wanprestasi.³¹ Hubungan antara pasien dan dokter (fasilitas pelayanan kesehatan) adalah termasuk hubungan perdata yang dihubungkan dengan suatu perjanjian,

³¹ Y.A Triana Ohoiwutun, *Bunga Rampai Hukum Kedokteran*, Bayumedia, Malang , 2007 hal 64-65.

yaitu perjanjian terapeutik, maka pertanggungjawaban perdata terdapat dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (BW)³², meliputi :

Pasal 1320

Untuk sahnya suatu perjanjian diperlukan empat syarat :

1. Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya
2. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan
3. Suatu hal tertentu
4. Suatu sebab yang halal

Pasal 1313

Suatu perjanjian adalah suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap suatu orang lain atau lebih.

Pasal 1365

Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada seorang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian itu.

³² R. Subekti dan R. Tjitrosudibio, *Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*, Pradnya Paramita, Jakarta, 2004.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penulis menggunakan jenis penelitian empiris³³, karena dalam melakukan penelitian ini diperlukan pendekatan secara langsung terhadap penanganan pasien oleh tenaga medis di lokasi penelitian. Tujuan adanya penelitian empiris ini, agar penulis dapat melakukan penelitian secara nyata untuk dapat mencari alternatif solusi atas adanya keenjangan antara instrumen hukum atau produk hukum ini dengan situasi dan kondisi penanganan pasien keadaan darurat pada fasilitas pelayanan kesehatan khususnya IGD (Instalasi Gawat Darurat).

B. Metode Penelitian

Peneliti dalam penelitian ilmiah ini menggunakan metode pendekatan yuridis sosiologis (yuridis empiris)³⁴, karena peneliti ingin meneliti mengenai penerapan suatu pasal dalam Undang-Undang dalam suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Penerapan tidak saja sudah diterapkan oleh tenaga medis atau fasilitas pelayanan medis secara prosedural sesuai apa yang tercantum dalam undang-undang, tetapi juga dalam penerapannya tenaga medis maupun fasilitas pelayanan kesehatan tersebut mempunyai tanggungjawab secara sosial atau terhadap masyarakat.

³³ Amiruddin dan Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Rajawali Pers, Jakarta, 2010, hal 167.

³⁴ Zainuddin Ali, *Metode Penelitian Hukum*, Sinar Grafika, Jakarta, 2009, hal 30-31.

C. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kota Malang, khususnya di Rumah Sakit Umum Syaiful Anwar yang merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan bertipe A pendidikan dan terbesar di wilayah karesidenan di Kota Malang. Peneliti memilih lokasi tersebut karena mempunyai tenaga medis yang berkompentensi dan banyak menerima rujukan dari 10 wilayah kota atau kabupaten berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 673/Menkes/SK/VI/2007 wilayah rujukan Rumah Sakit Umum Dr.Saiful Anwar meliputi 10 (sepuluh) wilayah kota/kabupaten, yaitu : Kota/Kabupaten Malang, Kota Batu, Kota/Kabupaten Pasuruan, Kota/Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Lumajang dan Kota / Kabupaten Blitar³⁵ serta fasilitas di Instalasi Gawat Daruratnya sudah mengalami banyak kemajuan dari sarana parasarana dan alat kedokterannya³⁶. Alasan peneliti memilih lokasi penelitian tersebut juga dikarenakan dalam Rumah Sakit tersebut terdapat kasus penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat yang sudah disebutkan dalam latar belakang penelitian ini, hal ini dilakukan untuk menunjang proses penelitian dan untuk melengkapi data yang peneliti perlukan.

³⁵ *Profil Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar*, <http://www.rssamalang.com/profil-rssa/>, diakses pada tanggal 13 Agustus 2010.

³⁶ Ari Prasetyadji, *Profil Instalasi Gawat Darurat RS Saiful Anwar Malang*, 2009, <http://www.hspprs.org/Jakarta> diakses pada tanggal 23 Juli 2010. www.rssamalang.com diakses pada tanggal 13 Agustus 2010.

D. Jenis dan Sumber Data

Jenis dan sumber data yang akan peneliti gunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, yaitu sebagai berikut :

a. Sumber Data Primer

Sumber data primer yang digunakan dalam penelitian ini dengan melakukan interview atau wawancara untuk mendapatkan informasi atau keterangan yang berkaitan dengan permasalahan dalam penulisan karya ilmiah ini.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder dalam penelitian ini adalah peraturan perundang-undangan, studi pustaka karya tulis ilmiah, buku, artikel di internet, surat kabar dan data dokumentasi berupa foto.

E. Populasi, Sampel dan Responden

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh staf yang berada pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar Kota Malang. Teknik sampling yang digunakan peneliti adalah teknik *purposive sampling*³⁷. Sampel dipilih berdasarkan penilaian peneliti bahwa pihak atau responden tersebut mempunyai kualitas tertentu berdasarkan status, tugas dan wewenangnya untuk dijadikan sampel penelitian. Sampel penelitian, yaitu mulai dari bagian tenaga medis, bagian tenaga perawatan dan pasien, masing masing sampel diambil berdasarkan kriteria, yaitu tenaga medis dengan kriteria Pegawai Negeri golongan III (Kepala Instalasi Gawat

³⁷ *Op.cit.* hal 106.

Darurat), lama bekerja > 3 tahun, sedangkan 5 tenaga perawat dengan kriteria pegawai negeri golongan III, masa kerja 3-6 tahun, umur 30-40 tahun dan 6 pasien dengan kriteria gawat darurat, gawat tidak darurat, dan tidak gawat tidak darurat.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Sumber Data Primer

a. Wawancara (*Interview Guide*)

Mengadakan serangkaian tanya jawab langsung dengan responden.

Adapun responden yang dimaksud peneliti adalah tenaga kesehatan dan pihak-pihak yang berkaitan atau mempunyai wewenang pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut khususnya IGD (Instalasi Gawat Darurat) Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, serta pasien yang mendapatkan penanganan medis dalam satuan kerja tersebut. Hal ini agar data informasi yang diperoleh dapat mendekati validitas, maka wawancara tersebut menggunakan sistem terbuka, yaitu pada saat sesi wawancara menggunakan tanya jawab secara langsung kepada responden sehingga diperoleh data yang dikehendaki penulis³⁸. Wawancara yang dilakukan berkaitan dengan masalah yang diangkat oleh peneliti.

2. Sumber Data Sekunder

a. Studi Pustaka, Studi Dokumen dan Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh melalui studi pustaka, yaitu pengkajian informasi tertulis mengenai hukum yang berasal dari berbagai sumber dan

³⁸ Amiruddin dan Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2010, hal 68.

dipublikasikan secara luas³⁹ seperti literatur dan karya ilmiah. Studi dokumen⁴⁰ meliputi studi bahan-bahan hukum seperti peraturan perundang-undangan dan dokumen-dokumen serta sebagai data pelengkap atau pendukung diperlukan adanya studi dokumentasi, yaitu, yaitu pendokumentasian dengan foto atau gambar, dokumentasi ini berguna untuk mengecek data yang terkumpul.

G. Teknik Analisis Data

Teknik yang digunakan peneliti adalah deskriptif kualitatif⁴¹, karena pengumpulan data yang dilakukan peneliti bersifat monografis, artinya tahap pengumpulan data penelitian ini dengan hanya melakukan interview atau wawancara, kuisioner serta studi pustaka.

H. DEFINISI OPERASIONAL

1. Penerapan adalah tindakan pelaksanaan atau pemanfaatan keterampilan dan pengetahuan baru maupun suatu peraturan dalam bidang tertentu untuk suatu kegunaan atau tujuan khusus.
2. Kesehatan, yaitu kesehatan fisik dan kesehatan mental. Kesehatan fisik terwujud bila manusia atau individu tidak merasa dan mengeluh akan sakit dan organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan, sedangkan kesehatan mental atau jiwa mencakup adanya tiga komponen, yaitu pikiran sehat, emosional sehat (kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya dan spiritual.

³⁹ Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2004, hal 81.

⁴⁰ *Loc. Cit.* hal 68.

⁴¹ Amiruddin dan Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Rajawali Pers, Jakarta, hal 167-168.

3. Hak pasien adalah suatu yang harus diterima oleh pasien yang dilakukan oleh tenaga medis, perawat dan rumah sakit bertujuan untuk penyembuhan pasien. Hak pasien antara lain hak atas perawatan atau penanganan medis, hak atas informasi atas penyakitnya, hak melakukan atau menolak tindakan medis atas dirinya serta dalam bentuk informed consent, hak atas kerahasiaan rekam medis.
4. Pelayanan Medis di Instalasi Gawat Darurat , yaitu pelayanan kesehatan perseorangan dan masyarakat serta dilakukan dengan pendekatan preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan perseorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta , untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat setiap kegiatan yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dalam kelompok masyarakat. Pelayanan dalam Instalasi Gawat Darurat menitikberatkan memberikan pelayanan gawat darurat baik perseorangan ataupun masyarakat selama 24 jam sesuai dengan standar Rumah Sakit, teroganisir, memiliki tim kerja, kemampuan khusus dan peralatan.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar (RSSA) Malang merupakan kepemilikan dari Pemerintah Propinsi Jawa Timur dengan kelas A pendidikan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 673/Menkes/SK/VI/2007 pada bulan April 2007. Rumah Sakit ini mempunyai 16 Jenis pelayanan terakreditasi penuh dan lengkap dengan kontrol kualitas berdasarkan ISO 900;2008 cooperated. Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang mempunyai visi menuju Rumah sakit berstandar global tahun 2011 dan misi mewujudkan pelayanan prima kepada masyarakat, melalui pelayanan kesehatan berstandar internasional, meningkatkan daya saing rumah sakit melalui program unggulan, meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia sesuai kompetensi bidang tugas, meningkatkan kualitas penyelenggaraan pendidikan dan penelitian kesehatan, serta mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang mandiri.

Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar dibentuk berdasar Surat Ketetapan Direktur Rumah Sakit Saiful Anwar dengan luas bangunan 1885,2 m², 2 tingkat. Acuan standart berdasarkan Surat Ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 856/ Menkes/IX/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit dan *International Standart* : *Continous Quality Improvement System* dengan kontrol kualitas sertifikasi ISO 9001: 2000 tahun 2004. Instalasi Gawat Darurat tersebut mempunyai visi

menuju pelayanan kegawatdaruratan berstandart global 2010, misi kami berkeinginan untuk memberikan pelayanan kedaruratan yang terbaik demi kepuasan pasien serta motto *"We are here to do with our best"*.

Visi misi maupun motto Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar yang tersebut, sudah sesuai dengan substansi dalam Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, yaitu kewajiban rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kemampuan pelayanan.⁴²

Ciri-ciri Gedung Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar, yaitu :

- a. Terletak di sudut utara dan terpisah dari gedung utama rumah sakit
- b. Terletak di pinggir jalan arteri dengan tanda nama yang jelas, papan neon yang terang sehingga mudah diakses dari luar.
- c. Mempunyai akses jalan masuk dan akses keluar tersendiri
- d. Mempunyai akses jalan teras ambulance dengan atap tertutup dan tempat parkir khusus ambulan yang menampung 4 mobil ambulan.
- e. Mempunyai ruang tunggu dengan fasilitas 24 tempat duduk, wc, kamar mandi, tempat sholat TV, loudspeker, kantin, mesin ATM dan wartel.
- f. Mempunyai ambulance station dengan garasi sendiri terpisah dari gedung Instalasi Gawat Darurat.
- g. Mempunyai ruang dekontaminasi di samping gedung Instalasi Gawat Darurat dengan pintu akses ambulan tersendiri, ruang ini berkanopi

⁴² Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2010, Bandung, Citra Umbara 2010 hal 113.

solar tup sehingga juga dapat digunakan sebagai ruang isolasi untuk pasien *suspect* flu babi, flu burung atau *communable disease* lainnya

h. Mempunyai halaman parkir yang cukup luas

Kriteria pelayanan gawat darurat ialah instalasi gawat darurat khusus sebagai satuan unit kerja rumah sakit yang melayani pasien-pasien gawat darurat selama 24 jam secara terus-menerus dengan kebijaksanaan, pelayanan mendahulukan yang gawat darurat (*true emergency*), namun tidak menelantarkan yang tidak gawat. Kebijakan yang dimaksud penulis di sini adalah bahwa Instalasi Gawat Darurat akan menangani pasien yang dalam keadaan gawat darurat terlebih dahulu atau termasuk dalam kriteria prioritas 1 karena waktu *respon time* adalah 0 menit tanpa menelantarkan pasien dengan prioritas 2 dan prioritas 3.

Instalasi Gawat Darurat tersebut dalam menyediakan sarana dan prasarana, menggolongkan kriteria pelayanan gawat darurat dan membuat kebijakan telah memenuhi kewajiban rumah sakit dan persyaratan teknis bangunan rumah sakit dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah sakit dalam pasal pasal 9 dan pasal 10 yang menyatakan bahwa persyaratan teknis bangunan rumah sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan dan bangunan yang dimaksud termasuk terdapat ruangan gawat darurat 24 jam, laborototium, operasi, pelataran parkir, farmasi dan lain-lain.⁴³ Instalasi Gawat Darurat sudah memenuhi adanya memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan

⁴³ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2010, Bandung, Citra Umbara 2010 hal 104-105.

pasien sesuai dengan standar rumah sakit⁴⁴ yang diwujudkan pada satuan unit kerja rumah sakit atau dalam Instalasi Gawat Darurat yang melayani pasien-pasien gawat darurat selama 24 jam secara terus-menerus dengan kebijaksanaan pelayanan mendahulukan yang gawat darurat (*true emergency*), namun tidak menelantarkan yang tidak gawat (kriteria pasien P2 dan P3). Kebijakan yang dimaksud oleh penulis ialah bahwa Instalasi Gawat Daruratakan menangani pasien yang dalam keadaan gawat darurat terlebih dahulu atau termasuk dalam kriteria prioritas 1 karena waktu respon time ialah 0 menit tanpa menelantarkan pasien dengan kriteria pasien prioritas 2 dan prioritas 3.

Kesiapsiagaan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar bertujuan untuk memantapkan penanganan kegawatdaruratan sehari-hari ke eskalasi Musibah massal dan bencana kapanpun bisa terjadi, berikut ini adalah level siaga :

1. Siaga III : jumlah penderita < 100 maka pelayanan akan dilaksanakan seperti kegiatan Instalasi Gawat Darurat sehari-hari, triase P1, P2, P3 dilayani pada tempat biasanya.
 - a. Sumber Daya Manusia : dengan personil sehari-hari yang tercantum pada jadwal jaga.
 - b. Peralatan dan ruang : menggunakan alat dan ruang yang dipakai sehari-hari.
 - c. Obat dan Alkes : menggunakan cadangan depo
 - d. Dukungan :

⁴⁴ *Ibid* hal 114.

d.1. Pengamat rumah sakit segera dihubungi apabila korban massal datang dalam waktu yang singkat dan perlu mengatur ketersediaan brankar dan ruang di Instalasi Gawat Darurat.

d.2. Manajer rumah sakit dihubungi untuk monitoring pengaturan lalu lintas di depan Instalasi Gawat Darurat.

2. Siaga II : jumlah penderita 100-400 maka triase akan dilakukan di luar gedung Instalasi Gawat Darurat pintu masuk ambulans/ ruang tunggu dan seluruh ruang P1, P2 termasuk ruang triase dan P3 menjadi area kritis, sementara pasien P3 diarahkan ke lobi utama gedung rumah sakit dan dilayani di poli rawat jalan.

a. Sumber daya manusia : dengan personil sehari-hari yang ada ditambah dengan mengaktifkan personil *on call*, karyawan poli diaktifkan bila perlu mengerahkan personil ruang perawatan.

b. Peralatan dan ruang : menggunakan alat dan ruang Instalasi Gawat Darurat dan alat cadangan, peralatan poli rawat jalan yang ada difungsikan maksimal.

c. Obat dan Alkes : menggunakan cadangan depo rumah sakit.

d. Dukungan : pengamatan rumah sakit segera dihubungi untuk manajer rumah sakit terkait ikut mengatur kelancaran alur dan mobilisasi pasien, manajer umum dan penunjang rumah sakit dihubungi untuk mengatur mobilisasi sumber daya manusia, peralatan dan obat serta pemeriksaan penunjang, humas berkoordinasi dengan kepala Instalasi Gawat Darurat, manajer rumah sakit dan kepala instalasi rawat jalan untuk mengatur

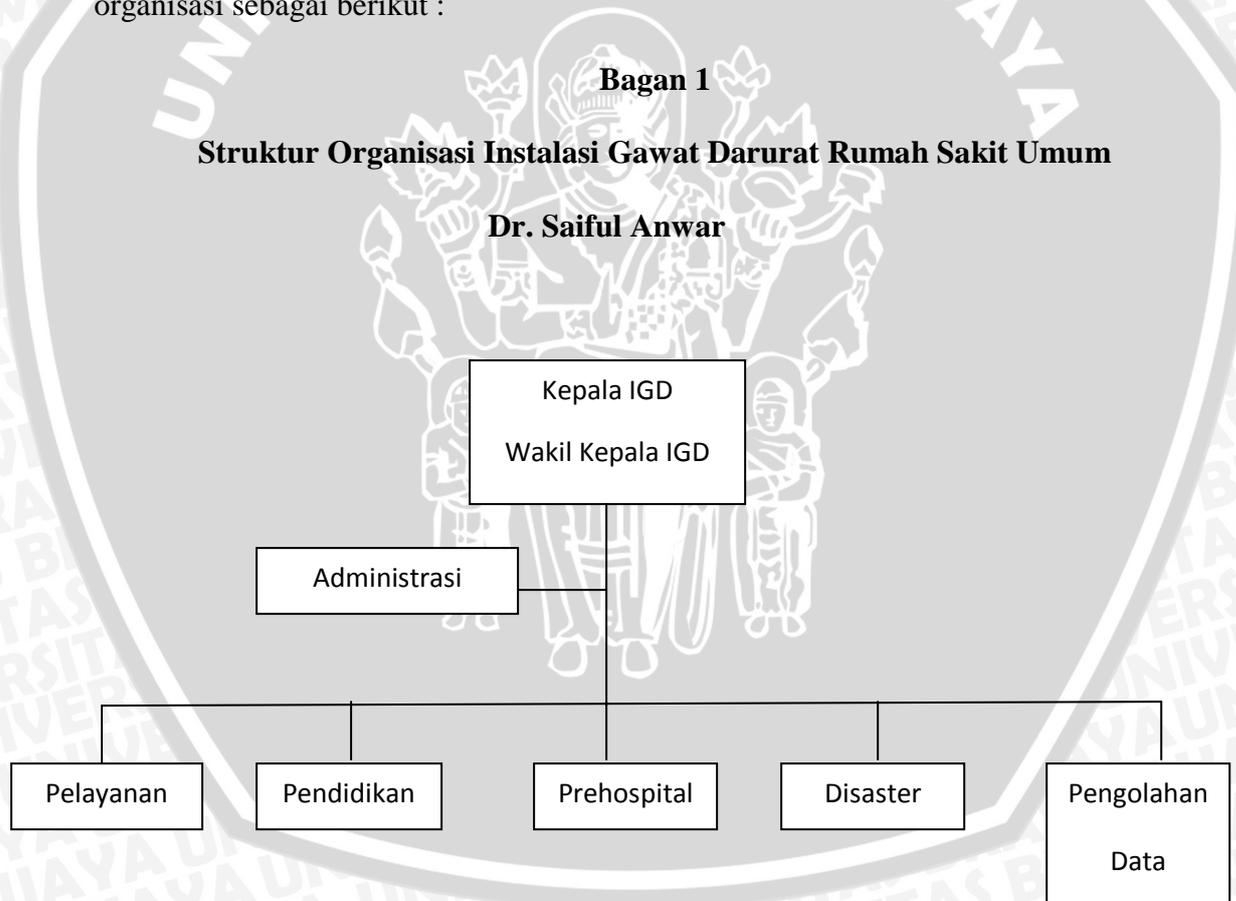
informasi yang masuk dan keluar, dan bila diperlukan pihak manajer rumah sakit menghubungi pemerintah daerah maupun lintas sektoral yang terkait untuk membantu.

3. Siaga I : jumlah penderita > 400 maka seluruh ruang Instalasi Gawat Darurat lantai 1 akan dijadikan ruang P1, triase akan dilakukan di luar gedung dan pasien P2 akan ditempatkan diruang perawatan rumah sakit yang terkait, pasien P3 akan dialihkan ke Instalasi Rawat Jalan.

- a. Sumber daya manusia : dengan personil sehari-hari yang ada ditambah dengan mengaktifkan seluruh personil Instalasi Gawat Darurat yang di rumah yang tidak jaga termasuk PPDS yang tidak jaga, seluruh karyawan poli diaktifkan bila perlu seluruh karyawan rumah sakit diaktifkan.
- b. Peralatan dan ruang : menggunakan alat dan ruang rumah sakit yang ada.
- c. Obat dan Alkes : menggunakan seluruh cadangan gudang rumah sakit dan bila perlu meminta bantuan dinas kesehatan setempat
- d. Dukungan : seluruh manajer rumah sakit diperlukan mengatur kelancaran alur dan keamanan mobilisasi pasien, mengatur ruang, mobilisasi sumber daya manusia, peralatan dan obat serta pemeriksaan penunjang, humas dan manajer rumah sakit pemerintah daerah dan muspida untuk mengatur arus informasi yang masuk maupun keluar dan manajer rumah sakit menghubungi dinas kesehatan pemerintah daerah muspida provinsi maupun lintas sektoral yang terkait untuk membantu.

Program kesiapsiagaan yang sudah terencana dengan menggolongkannya ke beberapa tahap atau level tersebut tercantum dalam Standar Operasional Prosedur sebagai wujud dari kewajiban rumah sakit maka dilaksanakan dengan menunjuk suatu unit kerja yaitu Instalasi Gawat Darurat. Kesiapsiagaan dalam bencana tersebut harus dimantapkan mengingat adanya kewajiban rumah sakit, yaitu rumah sakit harus berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.⁴⁵

Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar mempunyai struktur organisasi sebagai berikut :



Sumber data : data sekunder, 2011, diolah.

⁴⁵ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2010, Bandung, Citra Umbara 2010 hal 113.

Bagan 1 menunjukkan struktur organisasi Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar yang di kepalai oleh Kepala Instalasi Gawat Darurat disertai Wakil Kepala Instalasi Gawat Darurat, di bawahnya terdapat bidang administrasi sebagai media yang menghubungkan Kepala Dan Wakil Kepala Instalasi Gawat Darurat dengan bidang pelayanan, pendidikan, *prehospital*, *disaster* dan pengolahan data.

Instalasi Gawat Darurat mempunyai jenis pelayanan unggulan, yaitu : pelayanan *emergency medicine*,⁴⁶ pelayanan traumatologi,⁴⁷ pelayanan penanggulangan bencana⁴⁸ dan pendidikan serta pelatihan.



⁴⁶ Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, *Glosarium Data dan Kesehatan*, <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Glosarium%202006.pdf>, diakses pada tanggal 17 Oktober 2010. pengertian *Emergency medicine* adalah suatu cabang kedokteran yang berurusan dengan diagnosis yang segera dan pengobatan luka atau trauma atau penyakit mendadak

⁴⁷ *Ibid*, pengertian pelayanan traumatologi adalah pelayanan medis bagi pasien yang menderita trauma (luka akibat kekerasan benda tumpul)

⁴⁸ *Profil Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar*, 2010, pengertian pelayanan penanggulangan bencana adalah bantuan pelayanan medis yang diberikan oleh instalasi gawat darurat dengan mengerahkan tenaga medis serta kesiapsiagaan pihak rumah sakit dalam musibah atau bencana massal yang mengakibatkan banyak korban.

Berikut ini ialah data penerimaan pasien setiap harinya di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar dapat diketahui dengan melihat data hasil pelayanan pada tahun 2009 :

Tabel 1

Data Penerimaan Pasien Per Hari Tahun 2009

Kriteria Pasien Instalasi Gawat Darurat		
<i>True Emergency</i>	<i>False Emergency</i>	<i>Death</i>
P1 : - orang P2 : - orang	P3 : 11. 383 orang	P0 : 80 orang
Jumlah Total Pasien	34. 475 orang	
Rata-rata Kasus per hari	95 orang	

Sumber data : *data sekunder, 2009, diolah.*

Keterangan :

P1 : Prioritas 1

P2 : Prioritas 2

P3 : Prioritas 3

P0 : Prioritas 0 (Kematian)

Tabel 1 ialah data penerimaan pasien yang diterima oleh Instalasi Gawat Darurat per harinya pada tahun 2009. Menurut tabel tersebut menunjukkan bahwa jumlah pasien per hari di Instalasi Gawat Darurat sebanyak 34. 475 orang dengan rinciannya, yaitu pasien *true emergency* yang terdiri dari P1 dan P2 adalah 0 orang, *false emergency* atau P3 sebanyak 11. 383 orang dan P0 (kematian) sebanyak 80 orang, maka Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar per harinya banyak melayani pasien *false emergency* P2 dan P3.

Selain tabel tersebut data yang didapat pula mengenai data penerimaan berdasarkan asal daerah rujukan, yaitu sebagai berikut :

Tabel 2

Data Penerimaan Rujukan Tahun 2009 Berdasarkan Asal Daerah

No.	Asal Kota	Jumlah	Persen
1.	Kodya Malang	15063	42,29
2.	Kabupaten Malang	12507	35,11
3.	Batu	711	2,00
4.	Pasuruan	4189	11,76
5.	Probolinggo	427	1,20
6.	Lumajang	135	0,38
7.	Blitar	843	2,37
8.	Lain-lain	1746	4,90
	Total	35621	100,00

Sumber data : *data sekunder, 2009, diolah.*

Tabel 2 menunjukkan jumlah penerimaan pasien berdasarkan asal daerah rujukan pada tahun 2009, dapat dilihat bahwa wilayah daerah rujukan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar meliputi Kodya Malang, Kabupaten Malang, Naru, Pasuruan, Probolinggo, Lumajang, dan Blitar. Instalasi Gawat Darurat menerima lebih banyak menerima pasien dari wilayah Kodya Malang dan Kabupaten Malan dengan jumlah 15063 orang dan 12507 orang, sedangkan paling sedikit dari wilayah Lumajang yaitu 135 orang.

Tabel dibawah ini menunjukkan jumlah pasien yang ditangani Instalasi Gawat Darurat berdasarkan kriteria prioritas kegawatan pada tahun 2009, yaitu sebagai berikut :

Tabel 3
Data Pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Berdasarkan Kriteria Prioritas Kegawatan Tahun 2009

No.	Ruangan	Jumlah	Persen
1.	DOR (Death on the Road)	110	0,31
2.	P1	1084	3,04
3.	P2	21045	59,08
4.	P3	13382	37,57
	Total	35621	100,00

Sumber data : *data sekunder, 2009, diolah.*

Keterangan :

DOR : Death on the Road (Pasien mati sebelum tiba di IGD)

P1 : Prioritas 1

P2 : Prioritas 2

P3 : Prioritas 3

Tabel data pasien berdasarkan kriteria prioritas kegawatan di atas menunjukkan bahwa pasien dengan P2 (Gawat Tidak Darurat) jumlahnya lebih banyak, yaitu 21045 orang, sedangkan pasien P0 (Mati, Death on The Road) lebih sedikit dengan jumlah 110 orang.

B. Penerapan Hak Pasien Dalam Ketentuan Pasal 32 Ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Penerapan hak pasien dalam hal ini berkaitan dengan hak pasien untuk mendapatkan penanganan medis dalam keadaan darurat yang dalam hal ini harus dipenuhi oleh penyedia fasilitas kesehatan baik milik pemerintah maupun

swasta, tanpa memungut biaya terlebih dahulu. Penyedia fasilitas kesehatan dalam memenuhi kewajibannya tersebut melalui IGD (Instalasi Gawat Darurat). IGD (Intalasi Gawat Darurat) merupakan tempat pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat medik⁴⁹ kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan.⁵⁰

Hak pasien terjadi karena adanya perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien yang dapat dijelaskan, sebagai berikut :⁵¹

- a. Hak atas informasi yang jelas perihal penyakitnya (meliputi penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan dilakukan, kemungkinan masalah timbul akibat tindakan medis tersebut dan tindakan yang dilakukan untuk mengatasinya, dan perkiraan biaya lainnya).
- b. Hak menyetujui tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter atas penyakit yang dideritanya.
- c. Hak memberikan persetujuan dalam informed consent jika sebelumnya pasien dalam keadaan pingsan.
- d. Hak untuk dirahasiakan selamanya tentang keadaan kesehatan termasuk data-data medis yang dimilikinya.
- e. Hak atas itikad baik dari dokter.
- f. Hak mendapatkan pelayanan medis sebaik-baiknya (hak ini berdasarkan pasal 2 Kode Etik Kedokteran Indonesia yang

⁴⁹ Carolyn M. Hudak dan Barbara M. Gallo, *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik Volume 1*, Buku Kedokteran, Bandung, 1998, hal 100.

⁵⁰ Syaiful Saanin, *Falsafah Dasar Kegawat Daruratan*, www.falsafahdasar_kegawat_daruratan.com diakses tanggal 21 Juli 2010.

⁵¹ Y.A. Triana Ohoiwutun, *Bunga Rampai Hukum Kedokteran*, Bayumedia, Malang, 2007, hal 15-16.

menyatakan bahwa dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran tertinggi).

- g. Hak menolak tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya.

Berkaitan dengan hak pasien tersebut, yang paling menonjol di dalam substansi pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah ataupun swasta dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka, adalah hak mendapatkan pelayanan medis dengan sebaik-baiknya yang berdasarkan pada pasal 2 Kode Etik Kedokteran.⁵²

Menurut Kepala Instalasi Gawat Darurat perjanjian terapeutik harus diberlakukan dalam IGD (Instalasi Gawat Darurat), dengan kesukarelaan yang berlaku saat masuknya pasien ke IGD (Instalasi Gawat Darurat), sedangkan perjanjian terapeutik berlaku pada saat ada tindakan medis yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien baik tertulis (*informend consent*) maupun secara lisan.⁵³

Perjanjian terapeutik antara pasien dan dokter dalam keadaan gawat darurat sebenarnya berbeda dengan perjanjian terapeutik pasien dalam keadaan biasa (bukan keadaan gawat darurat) dan masih sadar.⁵⁴ Perjanjian terapeutik pada pasien yang tidak dalam keadaan darurat maka hubungan dokter dan pasien didasarkan atas kesepakatan kedua belah pihak, yaitu pasien mempunyai kebebasan untuk menentukan dokter yang akan dimintai bantuannya dan

⁵² *Ibid*, hal 16

⁵³ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati, SpEm, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

⁵⁴ Herkutanto, *Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat*, Majalah Kedokteran Indonesia Volume: 57 Nomor: 2 edisi Februari 2007, hal 37-38.

menyetujui tindakan medis yang akan dilakukan padanya. Sedangkan, pasien dalam keadaan darurat unsur perjanjian terapeutik seperti asas volutarisme (kesepakatan atau persetujuan kedua belah pihak atas sesuatu yang diperjanjikan) tersebut terkadang tidak terpenuhi.

Penerapan pemberian hak pasien yang dilakukan oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar di Kota Malang berdasarkan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Kriteria Pasien Keadaan Darurat (Gawat Darurat) dan Kriteria Tindakan Medis

IGD (Instalasi Gawat Darurat) Rumah Sakit Umum Saiful Anwar dalam melaksanakan pelayanan atau penanganan kesehatan berpedoman pada SOP (Standar Operasional Prosedur) Instalasi Gawat Darurat yang mempunyai suatu prinsip, yaitu Prinsip Penatalaksanaan Kedaruratan Medik, dalam kedaruratan medik dapat terjadi pada seseorang atau sekelompok orang setiap saat dan dimana saja. Hal ini dapat berupa serangan penyakit, kecelakaan, atau bencana alam, keadaan ini membutuhkan penanganan segera yang dapat berupa pertolongan pertama hingga selanjutnya mendapatkan penanganan medis dari Rumah Sakit. Tindakan ini dimaksudkan untuk menyelamatkan jiwa, mencegah cacat serta meringankan beban penderita, dan hal ini membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang baik dari penolong, sarana yang memadai, juga dibutuhkan pengorganisasian yang sempurna.

Prinsip penatalaksanaan kedaruratan medik yang tercantum dalam Standar Operasional Prosedur tersebut, sesuai dengan kewajiban tenaga medis untuk memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dengan cara melakukan tindakan medis dalam suatu kasus yang kongkret menurut ukuran tertentu yang didasarkan pada ilmu medis dan pengalaman serta memberikan pertolongan dalam keadaan darurat sebagai tugas perikemanusiaan.⁵⁵ Selain itu, prinsip tersebut memenuhi unsur dari IGD (Instalasi Gawat Darurat) bahwa pelayanan gawat darurat dilakukan sesuai dengan standar dan memiliki tim kerja atau dokter dengan kemampuan khusus dan peralatan, serta mempunyai rangkaian dari upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir.⁵⁶

Prinsip ini juga terkandung dalam pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan bahwa dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu tanpa meminta uang muka.

Berikut ini ialah tindakan yang pertama dilakukan terlebih dahulu dalam tindakan medis yaitu, mengangkut pasien dari tempat kejadian perkara hingga mendapat tindakan medis di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar yang berwujud bagan sederhana

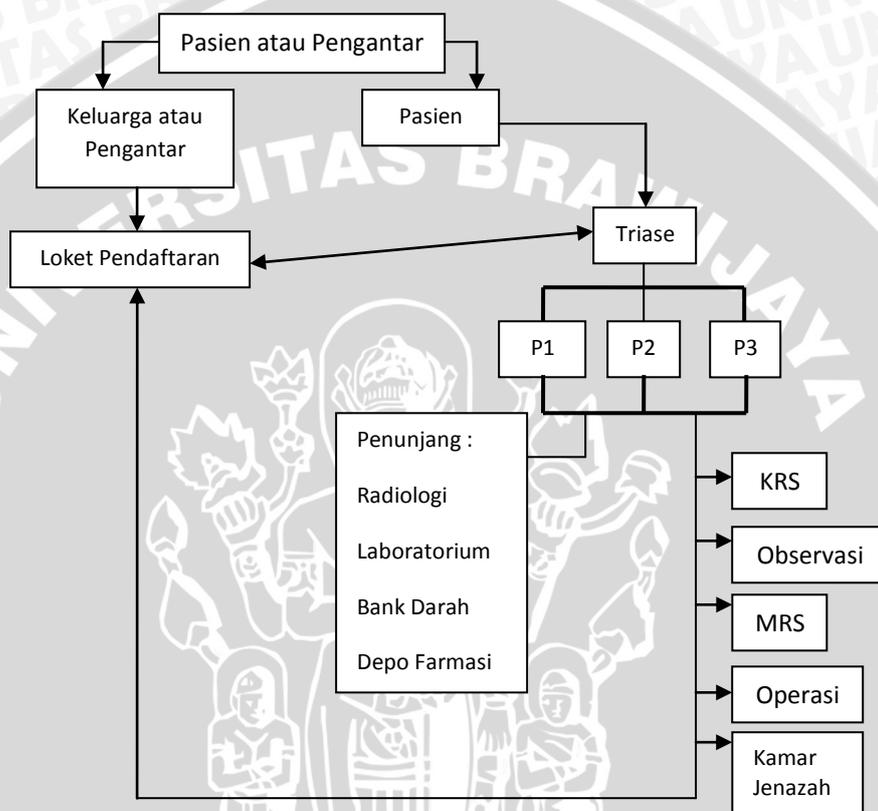
⁵⁵ Y.A. Triana Ohoiwutun, *Bunga Rampai Hukum Kedokteran*, Bayumedia, Malang, 2007, hal 15-16.

⁵⁶ Carolyn M. Hudak dan Barbara M. Gallo, *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik Volume 1*, Buku Kedokteran, Bandung, 1998, hal 100.

mengenai alur tindakan medis pada Instalasi Gawat Darurat yang ditujukan bagi penderita /pasien/ keluarga pasien, yaitu :

Bagan 2

Alur Penanganan Penderita Secara Umum Bagi Pasien atau Keluarga Pasien



Sumber data : *data sekunder, 2011, diolah.*

Keterangan :

- Triase : tempat pemilahan pasien sesuai kegawatdaruratannya.
- P1, P2, P3 : kriteria pasien berdasarkan kegawatannya
- KRS : keluar rumah sakit
- MRS : masuk rumah sakit



Penjelasan Bagan 2:

- a. Pasien masuk diterima perawat triage untuk dilakukan seleksi sesuai dengan prioritas kegawatannya, keluarga pasien diarahkan ke bagian pendaftaran untuk membeli karcis.
- b. Pasien mendapatkan penanganan di ruang prioritas 1, prioritas 2, dan prioritas 3 sesuai respon time kegawat daruratnya.
- c. Setelah mendapatkan penanganan kegawatannya pasien akan ditindak lanjuti sesuai kondisi penyakitnya, bisa :
 - 1) Operasi *emergency*.
 - 2) Pindah ke ruangan untuk perawatan lanjutan baik intensif maupun rawat inap biasa.
 - 3) Dipulangkan atau dialihkan ke poliklinik spesialis (selama jam kerja poli) dengan menanyakan rincian biaya di kasir IGD (Instalasi Gawat Darurat).
 - 4) Untuk penderita yang dilanjutkan penanganannya di ruang rawat inap biasa maupun intensif dengan rincian biaya akan diperhitungkan setelah penderita pulang dari Rumah Sakit.

Berikut ini adalah tabel mengenai respon time atau waktu penderitanya pertama kali bertemu dan ditangani oleh dokter :

Tabel 4

Respon Time

No.	<i>Respon Time</i> (Waktu Penderita Pertama Kali Bertemu dan Ditangani oleh Dokter)	
1	Ruang Prioritas 1(Gawat Darurat)	0 menit
2	Ruang Prioritas 2 (Gawat Tidak Darurat)	10 menit
3	Ruang Prioritas 3 (Tidak Gawat Tidak Darurat)	30 menit

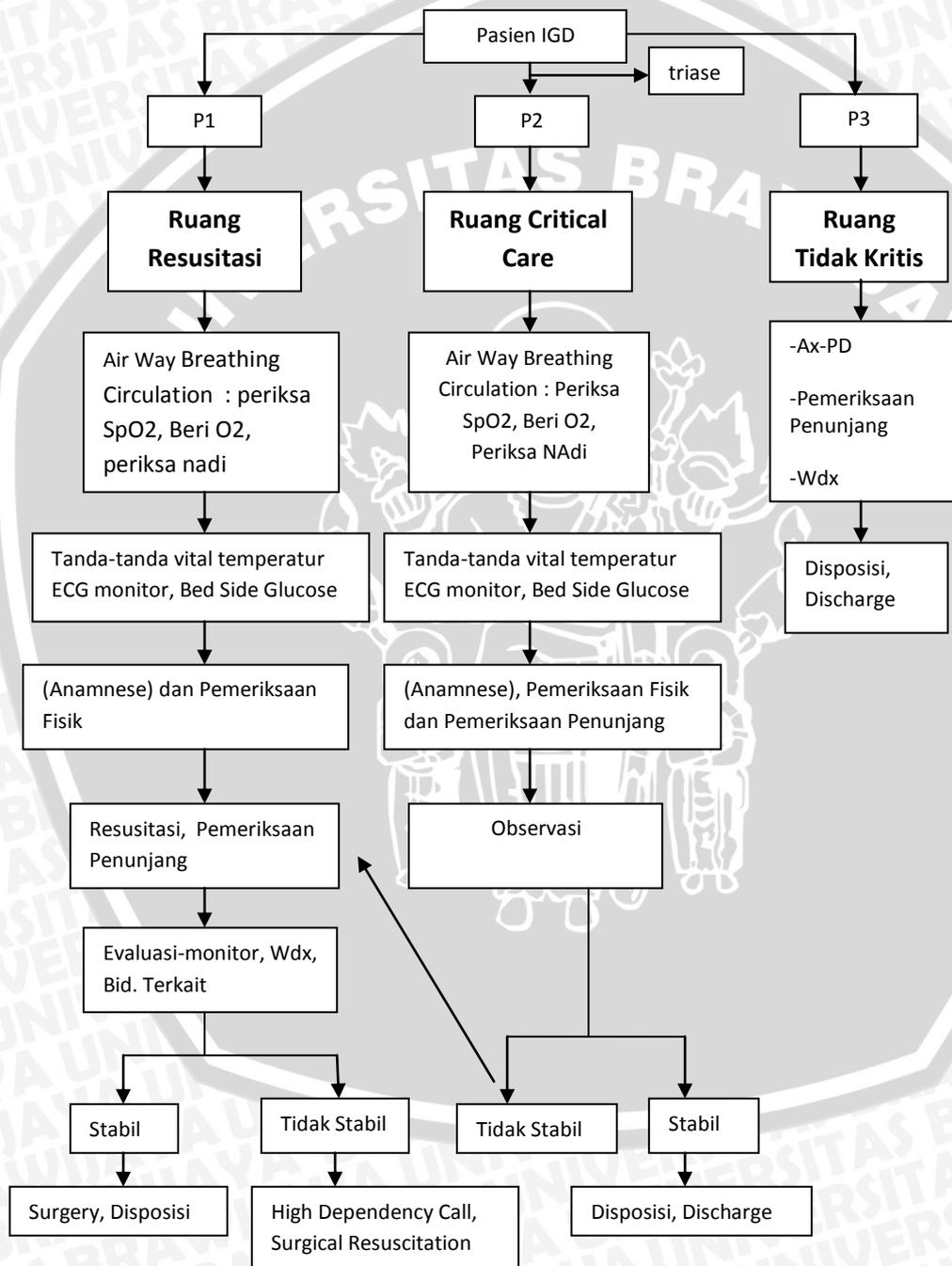
Sumber data : *data sekunder, 2011.*

Tabel diatas menunjukkan adanya waktu tunggu hingga dapat ditangani oleh tenaga medis pasien gawat darurat dengan waktu 0 menit harus segera ditangani, sedangkan pasien gawat tidak darurat dan pasien tidak gawat tidak darurat mempunyai waktu tunggu 10 menit dan 30 menit.

- d. Waktu penanganan (*processing time*) di IGD (Instalasi Gawat Darurat).
- 1) Stabilisasi pasien memerlukan waktu 6 jam.
 - 2) Penentuan diagnosa 1 jam.
 - 3) Tindakan Operasi dan waktu tunggu untuk operasi 6 jam
 - 4) Untuk penderita yang tidak gawat dan tidak darurat diperlukan sedikitnya waktu penanganan 6 jam.

Berikut ini ialah bagan mengenai alur pelayanan pasien keadaan darurat berdasarkan Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat yang ditujukan pada tenaga medis dan perawat, yaitu :

Bagan 3
Alur Pelayanan Pasien Bagi Tenaga Medis dan Perawat



Sumber data : data sekunder, 2011, diolah.

Keterangan :

P1 : *Air Way Breathing Circulation*, dibenarkan melakukan *high dependency call* dan *surgical resuscitation*.

P2 : gangguan ABC (*Air Way, Breathing, Circulation*) ringan dan nilai GCS (*Glass Gow Coma Scale*) 15 pasien terasa nyeri hebat atau mengalami fraktur terbuka.

P3 : ABC (*Air Way, Breathing, Circulation*) tidak terganggu nilai GCS (*Glass Glow Coma Scale*) 15 pasien dengan keluhan simptomatis atau luka ringan

Penjelasan Bagan 3 Alur Pelayanan Pasien bagi Tenaga Medis dan Perawat adalah sebagai berikut :

Pasien tiba di Instalasi Gawat Darurat kemudian dibawa terlebih dahulu ke ruang triase untuk dipilah sesuai dengan kriteria kegawat darurannya, yaitu :

- a. Pasien dengan kriteria P1 langsung dibawa ke ruang resusitasi untuk mendapatkan tindakan medis diantaranya melancarkan jalan napas *Air Way Breathing Circulation* dan pemeriksaan tanda-tanda vital temperatur serta dilakukan anamnese dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Setelah itu kemudian, dilakukan evaluasi dan monitoring jika stabil akan dioperasi dan disposisi namun apabila keadaan pasien tidak stabil maka dibenarkan melakukan *high dependency call* dan *surgical resuscitation*.
- b. Pasien dengan kriteria P2 langsung dibawa ke ruang *critical care* untuk diberi penanganan meliputi *Air Way Breathing Circulation* dan pemeriksaan tanda-tanda vital temperatur serta dilakukan anamnese dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Setelah itu dilakukan observasi, jika pasien stabil dapat disposisi atau discharge sedangkan jika pasien tidak stabil maka ia harus dibawa keruang resusitasi dan melakukan pemeriksaan penunjang

serta dilakukan evaluasi dan monitoring jika stabil akan dioperasi dan disposisi namun apabila keadaan pasien tidak stabil maka dibenarkan melakukan *high dependency call* dan *surgical resuscitation*.

- c. Pasien dengan kriteria P3 akan dibawa ke ruang tidak kritis disana dilakukan pemeriksaan penunjang (penanganan medis) lalu dapat disposisi atau discharge.

Menurut Kepala Instalasi Gawat Darurat “semua pasien yang masuk harus melalui Triase”,⁵⁷ artinya bahwa bila perlu triase dilakukan sebelum identifikasi dengan prosedur sebagai berikut :

Pasien yang datang diterima perawat atau petugas IGD (Instalasi Gawat Darurat) dan mengarahkan keluarga (jika ada) untuk mendaftarkan ke loket pendaftaran. Bersamaan dengan ini perawat triase melihat apakah ada ancaman jiwa atau tidak pada pasien tersebut,⁵⁸ bila :

- a. Ada tanda-tanda gangguan ABC (*Air Way, Breathing, Circulation*) yang berat dan kesadaran menurun, maka perawat langsung mengantar pasien ke bilik P1 dengan keterangan yang jelas atau teriak pasien P1 di depan bilik P1. Setelah menyerahkan pasien perawat segera ke loket untuk meminta lembaran status pasien dan mengisi kolom isian perawat triage dan menyerahkan ke P1.

⁵⁷ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati SpEM, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

⁵⁸ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati SpEM, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

- b. Bila tidak ada ancaman jiwa, maka perawat penerima status pasien dan melakukan pemeriksaan terhadap pasien untuk menentukan prioritas. Setelah perawat triage menentukan tingkat kegawatan pasien, maka perawat triage mengirim pasien beserta lembaran statusnya ke bilik prioritas sesuai kegawatan pasien bisa prioritas 2 atau prioritas 3.

Kriteria pasien keadaan darurat atau dalam IGD (Instalasi Gawat Darurat) dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan, yaitu :

- a. Prioritas 1, Pasien Gawat Darurat (*Emergency*)

Suatu keadaan pasien yang memerlukan pertolongan segera dan apabila hal tersebut tidak dilakukan akan berakibat kecacatan organ bahkan kematian serta mengancam nyawa. Pasien ini akan dirawat di ruang prioritas 1 (ruang resusitasi/P1) Label merah.

Contoh : luka bakar derajat tiga atau luka bakar inhalasi, pasien tidak sadar dengan penyebab apapun atau syok, jantung, henti napas.

- b. Prioritas 2, Pasien Gawat Tidak Darurat (*Urgent*)

Suatu keadaan yang memerlukan pertolongan segera, dan bila hal tersebut tidak dilakukan akan terjadi suatu kegawatan dan mempunyai potensi mengancam nyawa. Pasien ini akan dirawat di ruang prioritas 2 (ruang kritis/P2), Label kuning. Mempunyai potensi mengancam nyawa, masih bisa menunggu 10 menit

Contoh : usus buntu, liver.

c. Prioritas 3, Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat

Keadaan pasien yang tidak memerlukan pertolongan segera pasien dan tidak mengancam nyawa, maka akan dirawat di ruang prioritas 3 (ruang rawat jalan), Label hijau.

Contoh : luka robek di tangan (5-10 cm), flu

d. Prioritas 0, Pasien Meninggal

Menurut Kepala Instalasi Gawat Darurat “saat pasien meninggal di IGD (Instalasi Gawat Darurat) , Rumah Sakit bersedia mengeluarkan surat kematian namun apabila pasien sudah meninggal sebelum sampai ke IGD (Instalasi Gawat Darurat), Rumah Sakit tidak mau mengeluarkan adanya surat kematian.⁵⁹

Instalasi Gawat Darurat menggolongkan prioritas pasien gawat darurat tersebut untuk melaksanakan fungsi sebagai bagian dari unit kerja dari rumah sakit, yaitu memberi pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien. Penggolongan pasien gawat darurat tersebut memberi kesempatan untuk menolong yang gawat darurat dengan respon time 0 menit karena terdapat resiko kematian, tetapi tetap memantau dan memberi pananganan medis kepada pasien dengan kriteria P2 ataupun P3.

⁵⁹ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati , SpEm, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

Tindakan medis yang dilakukan sesuai dengan kriteria pasien dalam keadaan darurat menurut SOP (Standar Operasional Prosedur) Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, yaitu sebagai berikut :

a. Pasien Gawat Darurat (Prioritas 1)

Termasuk pelayanan kritis dan untuk semua kasus di ruang ini harus sepengetahuan dokter spesialis baik on side maupun on call. Pelayanan Prioritas 1 dilaksanakan di ruang resusitasi dengan ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Respon time 0.
- 2) Semua pasien diresusitasi dan stabilisasi oleh dokter spesialis emergensi secara tim minimal 1 dokter dan 1 perawat, apabila dalam resusitasi dan stabilisasi ada kendala akibat difinitif nya atau dan juga terapi atau tindakan difinitif lanjut, tim meminta dokter ahli yang sesuai untuk bergabung dan memberikan pilihan terapi/ tindakan/ tindakan lanjut.
- 3) Kepala ruang atau perawat juga dengan supervisi dokter ahli emergensi yang jaga pada saat itu harus memastikan ketersediaan tempat, peralatan, obat untuk pasien selanjutnya. Selalu ada 1 bilik, peralatan yang bersih dan rapi untuk pasien emergensi berikutnya yang datang sewaktu-waktu.
- 4) Setiap kondisi pasien memburuk, sulit tertolong atau membutuhkan tindakan yang lebih kompleks kepala tim (

kalau perlu dengan dokter difinitif yang sesuai) memberi penjelasan terhadap keluarga atau pengantar atau penanggung jawab pasien.

- 5) Pemindahan pasien P1 ke ruang rawat atau tindak lanjut (OK, ICU, CVCU, Ctscan) harus diawasi terutama belum stabil atau pasien dan kondisi pemberian sedasi dan muscular blok atau mobile ventilator, maka dokter ahli atau perawat mahir emergensi harus mengawal sampai ke tempat tujuan dan menyerahkan kepada dokter atau perawat yang berwenang.

Pasien dengan kriteria gawat darurat atau prioritas 1 penanganannya telah sesuai dengan pelaksanaan pasal 32 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan bahwa dalam keadaan darurat pelayanan kesehatan harus memberikan penanganan medis demi pencegahan kecacatan dan kematian,⁶⁰ pasien yang diberi prioritas 1 sangat beresiko apabila tidak ditangani dengan cepat maka berakibat kecacatan organ bahkan kematian serta mengancam nyawa

b. Pasien Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2)

- 1) Respon time 5 menit
- 2) Dokter spesialis emergensi melakukan *asseament* dan re triage apakah stabil dan masalah utama sehingga bisa mendisposisikan ke tangan dokter ahli yang tepat, dokter ahli yang bersangkutan memberi tindakan yang sesuai dalam kurun waktu paling lama 1 jam.

⁶⁰ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2010, Bandung, Citra Umbara 2010 hal 13.

- 3) Apabila kasus meragukan dokter spesialis emergensi berdiskusi untuk alih rawat atau disposisi ke tangan dokter ahli atau dokter yang lebih dekat/ sesuai.
- 4) Untuk kasus di luar 4 besar, neuro dan paru-paru dokter emergensi atau dokter yang merawat mempunyai wewenang memanggil dokter spesialis *on call* untuk konsultasi, alih rawat, rawat bersama, tindakan medis atau memulangkan sesuai dokter spesialis yang sesuai kebutuhan pasien.
- 5) Khusus kasus *Obs-Gyn* pasien ditempatkan di bilik perawatan *Obs-gyn* Instalasi Gawat Darurat untuk ditangani dokter ahli, namun bila dalam penanganan kondisinya memburuk atau gangguan ABC (*Air way, Breathing, Circulation*) pasien dipindahkan ke P1 untuk ditangani bersama dokter ahli emergensi.
- 6) Untuk pasien anak dan neonatus dengan prioritas ini ditangani di tempat yang disediakan di bilik 6 dan bilik 7 untuk ditangani dokter ahli maupun spesialis, namun bila kondisinya memburuk atau gangguan ABC (*Air way, Breathing, Circulation*) pasien dipindahkan ke P1 untuk ditangani bersama dokter ahli emergensi.
- 7) Kepala ruang / perawat juga dibawah supervisi spesialis emergensi harus selalu mengawasi kapasitas ruang dan

brankar dan mengupayakan tempat kosong untu pasien berikutnya dengan segera memindah pasien logger⁶¹.

Pasien dengan prioritas 2, yaitu gawat tidak darurat mempunyai masa tunggu penanganan medis dilakukan setelah 5 menit, jadi masih dapat menunggu untuk dilakukan penanganan medis akan tetapi tetap harus dipantau untuk memastikan keadaannya tidak menjadi gawat darurat.

c. Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat (Prioritas 3)

- 1) Respon time 15 menit.
- 2) Koordinator dan supervisi ruangan ini oleh dokter spesialis.
- 3) Perawat triase segera membawa pasien dan lembaran statusnya ke ruang P3 untuk diserahkan ke dokter jaga (umum/BSB/PPDS emergensi) untuk re triage bila benar prioritas 3 pada jam kerja IGD (Instalasi Gawat Darurat) pasien akan diarahkan ke poli spesialis kecuali pasien dengan cedera atau luka, kasus psikiatri tanpa kelainan organik
- 4) Di luar jam kerja IGD (Instalasi Gawat Darurat) dokter jaga (umum/BSB/PPDS emergensi) langsung memeriksa dan menentukan tindakan selanjutnya apakah bisa pulang, apakah perlu observasi dan pemeriksaan penunjang serta konsultasi ke dokter spesialis bidang terkait, atau perlu tindakan medis.

⁶¹ *Profil Instalasi Gawat Darurat RSSA 2010*, Pasien logger adalah pasien yang sebelumnya sudah ditangani secara medis oleh dokter dan hanya menerima perawatan.

Menurut teori kontrol sosial sebagaimana yang disampaikan penulis di Bab 2 bahwa manusia diberi kendali supaya tidak melakukan pelanggaran, adanya proses sosialisasi yang memadai akan mengurangi terjadinya delinkuensi.⁶² Berkaitan dengan teori tersebut, bahwa Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat dan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan sebagai bagian dari dasar hukum atau dasar pelaksanaan pelayanan dan penanganan medis dalam Instalasi Gawat Darurat yang berfungsi sebagai kendali tenaga medis dan tenaga perawat dalam Instalasi Gawat Darurat. Menurut Kepala Instalasi Gawat Darurat bahwa “ Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat sudah dilaksanakan dengan baik oleh saya, dokter dan perawat yang lain dalam Instalasi Gawat Darurat, meskipun Standar Operasional Prosedur tersebut belum di revisi lagi, tidak mengetahui adanya Undang-Undang Kesehatan dan dokter dan perawat tidak membacanya hanya belajar dari bimbingan di lapangan saja.”⁶³

Hal ini membuktikan bahwa Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat maupun Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan tidak dilaksanakan sebagaimana mestinya sehingga masih banyak kasus serta masalah yang terjadi, padahal dengan adanya sosialisasi kepada tenaga medis dan perawat mengenai substansi Standar Operasional Prosedur dan Undang-undang maka tindakan yang bertentangan dengan hukum akan dapat dikurangi.

Berkaitan dengan maksud dan tujuan Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan bahwa untuk mewujudkan derajat

⁶² Topo Santoso dan Eva Achjani, *Kriminologi*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2003, hal 87-88.

⁶³ Wawancara dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

kesehatan masyarakat dengan upaya meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya⁶⁴, maksud dan tujuan undang-undang tersebut sudah dilaksanakan dengan baik oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar dengan menggolongkan kriteria pasien sesuai dengan tingkat kegawatannya serta mempunyai kebijaksanaan pelayanan.

Terdapat asas-asas yang terkandung dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, yaitu sebagai berikut :⁶⁵

- a. Asas perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa.
- b. Asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spritual.
- c. Asas manfaat bahwa pembangunankesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.
- d. Asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
- e. Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.

⁶⁴ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2010, Bandung, Citra Umbara 2010 hal 5.

⁶⁵ *Ibid*, hal 77.

- f. Asas keadilan berarti bahwa penyeleggaran kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
- g. Asas gender dan nondiskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
- h. Asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

Asas-asas tersebut sangat penting dalam hubungan antara dokter dan pasien karena sebagai dasar pelaksanaan kewajiban dokter untuk memberikan pelayanan dan penanganan medis serta dalam kaitannya dengan perjanjian terapeutik, akan tetapi terdapat asas yang tidak dilaksanakan dengan baik seperti asas keseimbangan dan asas keadilan karena terlihat dalam kenyataannya bahwa tidak semua pasien keadaan darurat ditangani langsung sebagaimana mestinya, tapi ditanya apakah keluarga pasien ada untuk diarahkan ke loket pembayaran. Seharusnya pasien ditangani terlebih dahulu dan setelah itu mengenai masalah pembayaran, karena hal inilah menurut pasien atau keluarga pasien menyatakan bahwa pembiayaan untuk kesehatan kurang terjangkau.

Ukuran penerapan hak pasien yang dilaksanakan oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar dapat dilihat dari tingkat kepuasan pelayanan dan penanganan pasien.

Berikut ini adalah tabel yang menunjukkan tingkat kepuasan pasien terhadap penanganan dan pelayanan medis oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar, yaitu sebagai berikut :

Tabel 5

Data Penilaian Pasien terhadap Penanganan dan Pelayanan Medis yang dilakukan Oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang

No.	Kriteria Pasien Gawat Darurat	Baik	Cukup Baik	Tidak
1.	Prioritas 1(Gawat Darurat)			1
2.	Prioritas 2 (Gawat Tidak Darurat)	1		3
3.	Prioritas 3 (Tidak Gawat Tidak Darurat)	1		
Jumlah		6 pasien		

Sumber data: *data primer, 2011 diolah*

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian pasien terhadap penanganan dan pelayanan yang dilakukan oleh Instalasi Gawat Darurat yang tidak puas sebanyak 4 pasien dengan persentase 67 % sedangkan pasien yang puas atas pelayanan dan penanganannya sebanyak 2 pasien dengan persentase 33, 3 %, maka dapat diambil kesimpulan bahwa pasien banyak yang tidak puas atas pelayanan dan penanganan medis yang dilakukan oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar.

Berdasarkan data penilaian di atas bahwa penerapan hak pasien oleh Instalasi Gawat Darurat tidak terlaksana dengan baik sebagaimana mestinya, padahal mengingat dalam perjanjian terapeutik yang timbul dari hubungan antara

dokter dan pasien di dalamnya terdapat adanya hak pasien untuk mendapatkan pelayanan medis dengan sebaik-baiknya dan kewajiban untuk memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi.

2. SOP (Standar Operasional Prosedur) Instalasi Gawat Darurat Sebagai Dasar Hukum.

Tercantum dalam profil Instalasi Gawat Darurat bahwa untuk melaksanakan tindakan medis, baik tenaga medis ataupun tenaga perawat haruslah berdasarkan atas acuan standar, yaitu Surat Ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 856/ Menkes/IX/2009 Tentang Standar (IGD) Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dan *International Standart : Continous Quality Improvement System*, tanpa mencantumkan adanya Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat sebagai standar pelaksanaan tindakan medis.

Menurut Teori Sistem Hukum Friedman sebagaimana yang ada di Bab 2 tentang menerapkan suatu peraturan hukum atau produk hukum di masyarakat harus berdasarkan pada sistem hukum, yaitu seperangkat operasional hukum yang meliputi substansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum.⁶⁶ Substansi hukum meliputi Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat dan Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang merupakan aturan tertulis yang berlaku pada fasilitas kesehatan, yaitu Instalasi Gawat Darurat serta tenaga medis didalamnya, struktur hukum meliputi lembaga hukum (kepolisian, kejaksaan, pengadilan) sedangkan budaya hukum bagi tenaga medis ialah

⁶⁶ Saifullah, *Refleksi Sosiologi Hukum*, Refika Aditama, Bandung, 2010, hal 26.

nilai dan norma yang mendasari perbuatannya yaitu etika profesi kedokteran dan dewan kode etik kedokteran (lembaga-lembaga yang menjadi dasar dari sikap perilaku dari profesi dokter).

Standar Operasional Prosedur sangat diperlukan untuk acuan pertolongan gawat darurat (tindakan medis) bagi tenaga medis dan tenaga perawat karena Instalasi Gawat Darurat adalah tonggak dasar dari Rumah Sakit. Standar Operasional Prosedur Intalasi Gawat Darurat memang digunakan sebagai dasar hukum dalam penatalaksanaan medis, tetapi terdapat hambatan kenapa tidak dilaksanakan secara baik oleh tenaga medis ataupun tenaga perawat dikarenakan tidak semua tenaga medis di Intalasi Gawat Darurat membaca langsung substansi dalam Standar Operasional Prosedur karena dalam melaksanakan tindakan medis mereka hanya mendapat bimbingan secara langsung di lapangan (Instalasi Gawat Darurat).⁶⁷

⁶⁷ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati , SpEM, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

Berikut ini adalah tabel mengenai penilaian tenaga perawat dalam Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar mengenai pemenuhan standar baku serta pelaksanaan Standar Operasional Prosedur, yaitu :

Tabel 6

Data Pendapat Tenaga Perawat Mengenai Pemenuhan Standar Baku dan Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat Berdasarkan Kriteria Masa Kerja

No.	Kriteria Perawat	Baik	Cukup Baik	Tidak	Persentase
1.	0-3 tahun				
2.	3-6 tahun	2			40 %
3.	> 6 Tahun		3		60%
	Jumlah		5		100%

Sumber data: *data primer, 2011 diolah*

Data di atas menunjukkan bahwa kebanyakan tenaga perawat memilih bahwa substansi Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat cukup memenuhi standar baku dan cukup ideal, hal ini dikarenakan berbagai alasan yang mereka kemukakan⁶⁸, yaitu :

- a. Dikarenakan ini adalah standar bagi pelayanan dan tindakan medis dalam Instalasi Gawat Darurat tentu saja sudah ideal dan memenuhi standar baku, tapi itu belum cukup jika tidak direvisi 3 bulan sekali.

- b. Dikarenakan tidak pernah membaca substansi Standar Operasional Prosedur, maka hanya mengetahui pelayanan medis melalui bimbingan di lapangan saja.

Data tersebut menunjukkan bahwa perawat yang tidak mengetahui adanya isi atau substansi dalam Standar Operasional Prosedur yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan pelayanan dan penanganan medis di Instalasi Gawat Darurat, serta melaksanakan Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat secara maksimal. Padahal jika perawat melaksanakan standar tersebut dengan benar maka masalah ataupun kesalahpahaman dengan pasien tidak akan terjadi. Delikueni atau kesenjangan antara tenaga perawat dan pasien akan sedikit berkurang apabila standar operasional sebagai dasar untuk bertindak dimengerti dengan baik oleh perawat sesuai yang dinyatakan teori kontrol sosial.⁶⁹

3. Tujuan IGD (Instalasi Gawat Darurat)

Menurut Kepala Instalasi Gawat Darurat mengenai Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar mempunyai tujuan sebagai berikut⁷⁰ :

- a. Memberikan pelayanan kegawat daruratan dalam 1 hari (24 jam)
- b. Memastikan agar proses pendaftaran untuk pasien akan berjalan lancar dan kelengkapan status pasien.
- c. Mendahulukan yang gawat darurat, namun tidak menelantarkan yang tidak gawat.

⁶⁹ Topo Santoso dan Eva Achjani Zulfa, *Kriminologi*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2003, hal 87-88.

⁷⁰ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati, SpEM, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

Jika dihubungkan dengan tujuan dan maksud dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan adalah untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya, derajat kesehatan setinggi-tingginya yang mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat, upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus-menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis, maka tujuan Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan sudah terwujud dengan adanya fasilitas kesehatan seperti Instalasi Gawat Darurat dapat mewujudkan derajat hidup masyarakat.

C. Tanggung Jawab Penyedia Pelayanan Kesehatan

Terkandung dalam substansi Pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan bahwa penyedia fasilitas kesehatan (Instalasi Gawat Darurat) mempunyai kewajiban dan tanggung jawab melakukan tindakan medis atau pelayanan medis bagi penyelamatan pasien keadaan darurat dalam pencegahan kecacatan ataupun kematian tanpa meminta uang muka terlebih dahulu. Ketentuan dalam pasal tersebut sudah terpenuhi oleh Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar dalam pemenuhan hak mendapatkan

penanganan medis bagi pasien keadaan darurat. Substansi penanganan medis dalam Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat dinilai memenuhi substansi Pasal 32 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan karena alasan sebagai berikut :

Meskipun Standar Operasional Prosedur tersebut sudah memenuhi substansi dalam pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, namun ditemukan kenyataan di lapangan bahwa baik pasal 32 ayat (2) dan standar Operasional Instalasi Gawat Darurat tidak dilaksanakan dengan baik oleh tenaga medis dan perawat sesuai tanggung jawab mereka, seperti kasus yang dialami oleh “H” mengalami kecelakaan lalu lintas tahun 2007 di Purwosari Kabupaten Pasuruan yang menyebabkan luka parah pada tengkorak kepala bagian samping kiri lalu dibawa ke Puskesmas karena keadaannya semakin parah dan fasilitas yang tidak mencukupi akhirnya ia dirujuk ke Rumah Sakit Umum Saiful Anwar serta ditempatkan di Instalasi Gawat Darurat, akan tetapi tidak segera ditangani melainkan ditanyakan keluarganya terlebih dahulu sambil tidak bersahabat, terpaksa orang yang menolongnya mengaku sebagai keluarga dengan menjaminkan sesuatu. Setelah ada yang mengaku keluarganya itupun disuruh untuk membeli peralatan untuk perawatan si korban, dikarenakan penanganan yang terlambat tersebut maka sampai saat ini korban sering mengalami pusing dan sering pingsan serta gejala lainnya.⁷¹ Padahal menurut tingkat kegawatdaruratan yang diderita pasien termasuk dalam Prioritas 1 dengan masa tunggu atau respon time 0 menit,

⁷¹ Prasarvey di Purwosari (kediaman “H”) tanggal 15 Agustus 2010, melalui wawancara dengan pasien “H”.

maka harus langsung ditangani dan tidak mengutamakan pembayaran administrasi terlebih dahulu.

Berkaitan dengan pelaksanaan tanggung jawab tenaga medis maupun tenaga perawat dalam IGD (Instalasi Gawat Darurat) dengan melakukan pengawasan dari pihak atasan kepada bawahan yang disebut DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan) yang meliputi kesetiaan, prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran, kerjasama, prakarsa dan kepemimpinan. Penilaian ini bersifat rahasia dan dilaksanakan dalam kurun waktu sekali setahun. Berikut ini adalah tabel yang menunjukkan tingkat kepuasan pasien terhadap penanganan dan pelayanan medis oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar, yaitu sebagai berikut :

Tabel 7

Data Penilaian Pasien terhadap Penanganan dan Pelayanan Medis yang dilakukan Oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang

No.	Kriteria Pasien Gawat Darurat	Baik	Cukup Baik	Tidak
1.	Prioritas 1(Gawat Darurat)			1
2.	Prioritas 2 (Gawat Tidak Darurat)	1		3
3.	Prioritas 3 (Tidak Gawat Tidak Darurat)	1		
Jumlah		6 pasien		

Sumber data: *data primer, 2011 diolah*

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian pasien terhadap penanganan dan pelayanan yang dilakukan oleh Instalasi Gawat Darurat yang tidak puas

sebanyak 4 pasien dengan persentase 67 % sedangkan pasien yang puas atas pelayanan dan penanganannya sebanyak 2 pasien dengan persentase 33, 3 %, maka dapat diambil kesimpulan bahwa pasien banyak yang tidak puas atas pelayanan dan penanganan medis yang dilakukan oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar.

Alasan pasien merasa tidak puas dengan penanganan medis di Instalasi Gawat Darurat⁷² karena :

- a. Fasilitas atau sarana dan prasarana serta pelayanan belum cukup memuaskan, contoh menurut pengamatan yang dilakukan oleh penulis bahwa alasan mengapa pelayanan tidak memuaskan karena kebutuhan akan tenaga perawat masih kurang dari jumlah yang dibutuhkan, hal ini juga disampaikan pasien, keluarga pasien dan perawat melalui kuesioner.
- b. Masih terdapat tindakan mengarahkan keluarga pasien untuk ke loket pembayaran sebelum penanganan medis dilakukan, contoh : menurut pengamatan yang dilakukan penulis setiap pasien yang datang maka keluarga ataupun pengantar yang datang terkadang ada yang diarahkan perawat ke loket pembayaran, hal ini juga diutarakan oleh beberapa keluarga atau pengantar pasien melalui kuesioner.

Alasan tersebut bertentangan dengan pendapat Kepala Instalasi gawat darurat yang menyatakan bahwa “pembayaran administrasi dilakukan sesudah

⁷²Berdasarkan data yang diolah dari wawancara dengan pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar Malang tanggal 26 Januari 2011.

penanganan medis selesai dilakukan, jadi bila pasien datang di Instalasi Gawat Darurat langsung ditangani”⁷³

Alasan lain dari data yang terkumpul dikarenakan bahwa tenaga medis atau tenaga perawat yang terdapat dalam Instalasi Gawat Darurat masih kurang dari jumlah yang dibutuhkan, sebagai berikut :

Tabel 8

**Jumlah Tenaga Perawat Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum
Dr. Saiful Anwar**

No.	Ruang	Jumlah	Kebutuhan	Kekurangan
1.	Kepala KPP	1	1	-
2.	Critical Care dan Triase	45	1	15
3.	Kamar Operasi IGD	18	60	1
4.	Ruang OG	7	16	25
	Total	71		

Sumber data : data sekunder, 2011, diolah.

Tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah tenaga perawat masih kurang pada setiap bagian ruangan dalam Instalasi Gawat Darurat seperti di ruang *critical care* dan triase umumnya kebutuhannya hanya ada 1, tetapi karena ruangan dan penerimaan pasien yang banyak perharinya maka disediakan 45 orang akan tetapi masih kurang 15 orang.

Penulis mencantumkan tabel 8 karena dapat dilihat bahwa jumlah sumber daya manusia dalam Instalasi Gawat Darurat tidak tersedia sesuai

⁷³ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjadi , SpEM, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

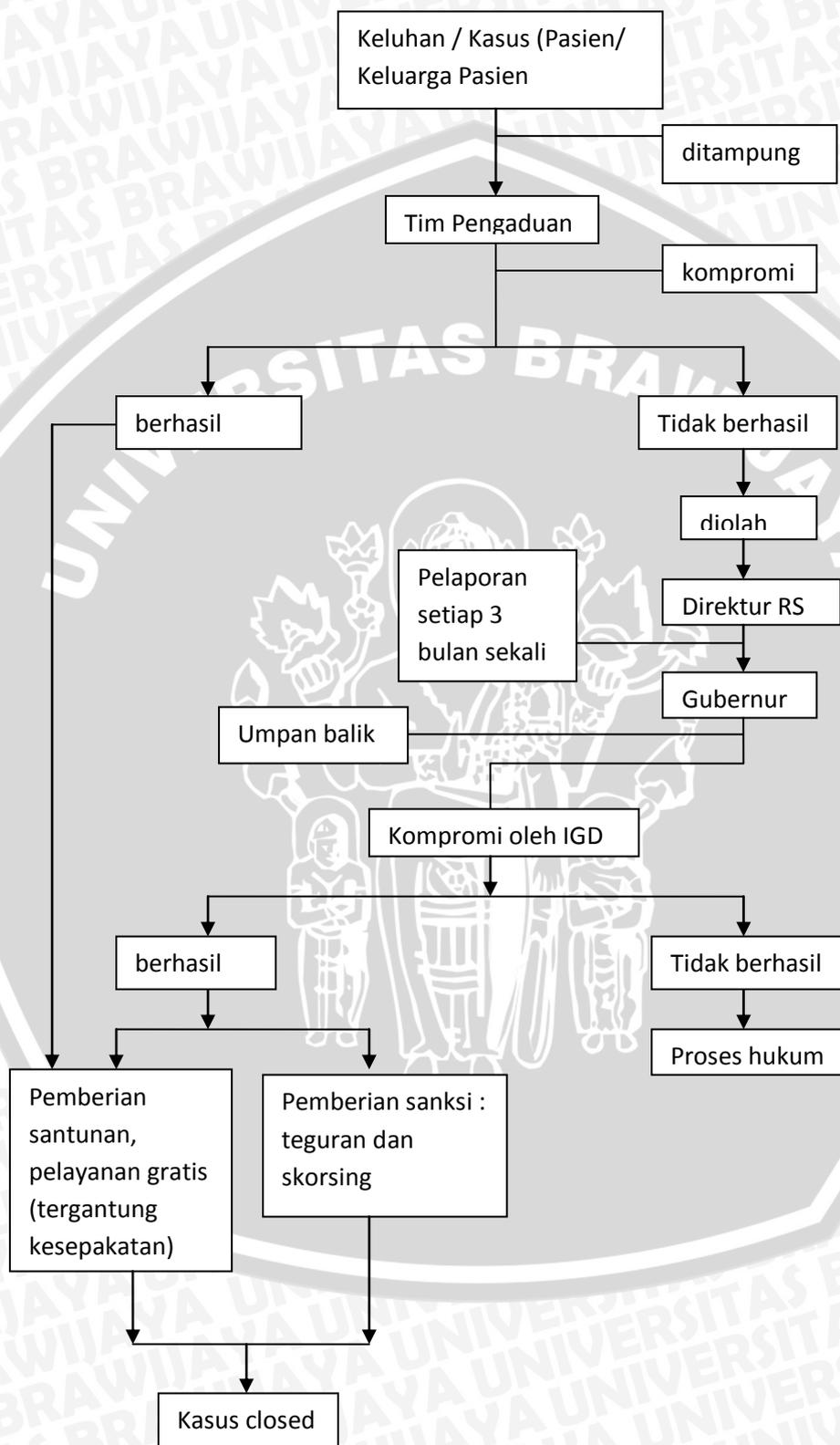
dengan kebutuhan yang dibutuhkan, hal ini dapat berakibat adanya tanggung jawab penyedia fasilitas kesehatan dan satuan kerja dalam Instalasi Gawat Darurat terhadap pelayanan kesehatan pasien tidak berjalan dengan baik.

D. Mekanisme Pemberian Sanksi

Berikut ini adalah mekanisme pemberian sanksi mengenai tindakan tenaga medis atau tenaga perawat yang melanggar ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dalam Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar :



Bagan 4 Mekanisme Pemberian Sanksi Bagi Tenaga Medis dan Perawat



Sumber data : data primer, 2011, diolah.

Penjelasan Alur Mekanisme Pemberian Sanksi, yaitu sebagai berikut :

Kasus dan keluhan dari pasien maupun keluarga pasien mengenai pelayanan dan penanganan medis oleh dokter atau perawat sering sekali terjadi dalam Instalasi Gawat Darurat. Hal tersebut ditanggapi oleh pihak Instalasi Gawat Darurat dengan menampung semua keluhan atau masalah penanganan medis di tim pengaduan, setelah itu tim pengaduan akan memprosesnya lewat pihak Instalasi Gawat Darurat untuk dilakukan kompromi. Apabila kompromi berhasil maka sesuai kesepakatan pihak pasien atau keluarga pasien akan mendapatkan ganti rugi, dan apabila tidak berhasil, kasus tersebut akan diolah oleh tim pengaduan dan melaporkannya ke tingkat yang lebih tinggi, yaitu Direktur Rumah Sakit Umum Saiful Anwar. Direktur akan membuat pelaporan dari kasus tersebut setiap 3 bulan sekali dan akan diserahkan kepada Gubernur.

Gubernur akan membuat umpan balik kepada Direktur tentang kasus tersebut dan akan menunjuk pihak Instalasi Gawat Darurat. Pihak Instalasi Gawat Darurat akan mengadakan kompromi lagi pada keluarga pasien atau pasien, apabila berhasil maka sesuai kesepakatan pihak Instalasi Gawat Darurat akan memberikan ganti rugi dan memberikan sanksi kepada tenaga medis atau perawat yang bersalah. Sedangkan apabila, kompromi tersebut tidak berhasil dan terdapat tuntutan hukum maka pihak Instalasi Gawat Darurat akan menyerahkan tenaga medis atau tenaga perawat yang bersangkutan kepada kepala bidang hukum Rumah Sakit Umum Saiful Anwar untuk didampingi dalam proses hukum di pengadilan.

Dijelaskan dalam alur bahwa jika kompromi masih tidak berhasil maka baik pasien, keluarga pasien sebagai korban dapat menuntut tenaga medis atau pimpinan penyedia fasilitas kesehatan tersebut, jika tenaga medis atau pimpinan penyedia fasilitas kesehatan melakukan tindakan menolak pasien atau tidak melakukan penanganan medis di saat pasien tersebut mengalami keadaan darurat dengan memungut uang muka seperti kasus yang dialami oleh pasien "H", maka dapat dikenai sanksi sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang dan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yaitu sebagai berikut :

a. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang

Kesehatan yang terdapat dalam pasal 190,yaitu :

- 1) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam pasal 32 ayat (2) atau 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 tahun dan denda paling banyak Rp. 200.000.000,00.

b. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Pasal 304 : Barangsiapa dengan sengaja menempatkan atau membiarkan seorang dalam keadaan sengsara, padahal menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan, dia wajib memberi kehidupan, perawatan atau pemeliharaan kepada orang itu, diancam dengan pidana penjara paling lama dua tahun delapan bulan atau denda paling banyak tiga ratus rupiah.

Unsur-unsur dari pasal 304 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yaitu sebagai berikut :

a) Unsur-unsur Obyektif :

1. Perbuatan : menempatkan atau membiarkan
2. Padahal menurut hukum yang berlaku baginya, atau karena persetujuan dia wajib memberi kehidupan, perawatan atau pemeliharaan kepada seseorang
3. Menimbulkan akibat : seorang dalam keadaan sengsara

b) Unsur Subyektif : dengan sengaja.

c) Ancaman pidana : pidana penjara paling lama dua tahun delapan bulan atau denda paling banyak tiga ratus rupiah.

Pasal 306 disebutkan apabila perbuatan dalam pasal 304 mengakibatkan luka-luka berat, yang bersalah akan dikenai pidana pidana penjara paling lama tujuh tahun enam bulan dan apabila menyebabkan kematian dikenakan pidana penjara paling lama sembilan tahun.

Pasal 360 :

- 3) Barangsiapa karena kealpaannya menyebabkan orang lain mendapatkan luka-luka berat, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau kurungan paling lama satu tahun.
- 4) Barangsiapa karena kealpaannya menyebabkan orang lain luka-luka sedemikian rupa sehingga timbul penyakit atau halangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian selama waktu tertentu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau denda paling tinggi tiga ratus rupiah.

Unsur-unsur dari pasal 360 ayat (1) Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yaitu sebagai berikut :

- a) Unsur obyektif :
 - 1. Adanya perbuatan
 - 2. Akibat : orang luka-luka berat
- b) Unsur subyektif : karena kesalahannya
- c) Ancaman pidana : pidana penjara paling lama lima tahun atau kurungan paling lama satu tahun.

Unsur-unsur dari pasal 360 ayat (2) Kitab Undang-Undang

Hukum Pidana, yaitu sebagai berikut :

- a) Unsur obyektif :
 - 1. Adanya perbuatan
 - 2. Akibat : luka yang menyebabkan penyakit, halangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencaharian selama waktu tertentu.
- b) Unsur subyektif : karena kesalahannya
- c) Ancaman pidana : pidana penjara paling lama sembilan bulan atau denda paling tinggi tiga ratus rupiah.

Pasal 361 :

Jika kejahatan yang diterangkan dalam bab ini dilakukan dalam menjalankan suatu jabatan atau pencarian, maka pidana ditambah dengan sepertiga dan yang bersalah dapat dicabut haknya untuk menjalankan pencarian dalam mana dilakukan kejahatan dan Hakim dapat memerintahkan supaya putusannya diumumkan.

Unsur-Unsur dari pasal 361 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, yaitu sebagai berikut :

- a) Unsur obyektif :
 1. Adanya perbuatan
 2. Menjalankan suatu jabatan atau pencaharian
 3. Akibat : luka yang menyebabkan penyakit, halangan menjalankan pekerjaan jabatan atau pencaharian selama waktu tertentu ataupun luka-luka berat
- b) Unsur subyektif : karena kesalahannya
- c) Ancaman pidana : dalam pasal 360 ayat (1) dan (2) ditambah dengan sepertiga dan dicabut haknya untuk menjalankan pencarian dalam mana dilakukan kejahatan.

Selain sanksi pidana yang diterima oleh tenaga medis atau pimpinan fasilitas kesehatan tersebut, pasien, keluarga pasien atau korban dapat menerima ganti kerugian berdasarkan hubungan perdata yang timbul karena perjanjian terapeutik diantara keduanya dan hukum perdata menganut prinsip barang siapa menimbulkan kerugian pada orang lain harus memberikan ganti rugi.⁷⁴

Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada seorang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian itu.

⁷⁴ R. Subekti dan R. Tjitrosudibio, *Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*, Pradnya Paramita, Jakarta, 2004.

Unsur-unsur dari pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yaitu sebagai berikut :

- a) Unsur obyektif :
 1. perbuatan melanggar hukum
 2. berakibat : membawa kerugian pada orang lain
- b) Unsur subyektif : karena salahnya (menerbitkan kerugian itu)
- c) Ancaman : kewajiban mengganti kerugian itu

Menurut keterangan Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Saiful Anwar bahwa tidak pernah terjadi adanya kasus hukum, ketidakpuasan pelayanan medis ataupun pasien tidak menerima penanganan medis dalam keadaan darurat, semua terjadi pada dasarnya karena kesalahpahaman saja.⁷⁵ Hal yang dikemukakan tersebut tidak sesuai dengan apa yang terjadi di lapangan, karena dalam kenyataannya kasus hukum tersebut menimpa pasien “H” yang tidak mendapatkan penanganan medis dengan cepat oleh Instalasi Gawat Darurat padahal pasien “H” adalah pasien dengan prioritas 1.⁷⁶

Jenis kesalahpahaman tersebut berupa masalah keuangan, ketidaktahuan akan penanganan medis seperti adanya *respon time* (keluarga pasien biasanya mengeluh mengapa pasien tidak cepat ditangani). Masalah seperti ini dapat diselesaikan dengan memberikan penjelasan terhadap keluarga pasien ataupun pasien agar tidak terjadi kesalahpahaman

⁷⁵ Wawancara dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

⁷⁶ Prasarvey di Purwosari (kediaman pasien “H”) tanggal 15 Agustus 2010, melalui wawancara dengan pasien “H”.

lagi.⁷⁷ Akan tetapi, dalam kenyataannya kasus penanganan atau pelayanan medis yang bertentangan dengan hukum banyak sekali terjadi di Instalasi Gawat Darurat meski tidak disampaikan ke tim pengaduan maupun di proses secara hukum di pengadilan karena waktunya penyelesaiannya relatif lama.

Menurut penulis penyedia fasilitas kesehatan yang mencakup tenaga medis ataupun tenaga perawat yang sengaja mengarahkan keluarga pasien ataupun pasien ke loket pembayaran dengan tujuan untuk membayar uang muka terlebih dahulu sebelum ditangani padahal diketahui pasien tersebut dalam keadaan darurat dan harus cepat mendapat penanganan medis, maka dapat dikenai sanksi yang terdapat pada pasal 190 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dengan pidana penjara pidana penjara paling lama 2 tahun dan denda paling banyak Rp. 200.000.000,00, akan tetapi dalam kenyataannya kasus seperti ini tidak pernah terjerat sanksi hukum dikarenakan proses yang sangat lama maka keluarga pasien ataupun pasien lebih memilih hasil kompromi yang dilakukan dengan tim pengaduan Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar dengan mendapat ganti kerugian dan pihak tenaga perawat atau tenaga medis yang terkait dengan kasus tersebut hanya diberikan skorsing dan teguran.

⁷⁷ Wawancara dengan Dr. Ari Prasetyadjati, SpEM, Kepala Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Saiful Anwar, tanggal 23 Januari 2011.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis mengambil beberapa kesimpulan dari penerapan pasal 32 ayat (2) dan pasal 190 ayat (2) Undang-Undang Republik No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan berkaitan dengan hak pasien untuk mendapatkan pelayanan medis dengan lokasi penelitian Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang, yaitu :

1. Penerapan hak pasien dalam ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan sudah terpenuhi dalam Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat akan tetapi dalam kenyataannya baik Standar Operasional Prosedur maupun Undang-Undang Tentang Kesehatan tidak dilaksanakan dengan baik dalam rangka pemenuhan hak pasien untuk mendapatkan penanganan medis dalam keadaan darurat.
2. Tanggungjawab penyedia fasilitas pelayanan kesehatan dalam ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan berkaitan dengan hak pasien untuk mendapatkan pelayanan medis masih sangat kurang, hal ini terlihat dalam kenyataan bahwa tidak mengerti dan tidak mengetahui substansi Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat serta Undang-Undang Kesehatan, sehingga di lapangan banyak ditemukan kasus yang melanggar ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang Republik

Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, meskipun sudah melakukan pengawasan melalui DP3.

3. Mekanisme pemberian sanksi bagi tenaga medis dalam Instalasi Gawat Darurat yang melanggar ketentuan pasal 32 ayat (2) Undang-Undang kesehatan No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan diberikan melalui Tim Pengaduan Rumah Sakit, yang di bagi menjadi 2, yaitu sanksi dari pihak Rumah Sakit yang berupa teguran dan skorsing, serta dapat dikenakan ancaman pidana penjara, denda dan dicabut haknya untuk menjalankan pencarian dalam mana dilakukan kejahatan.

B. Saran

Beberapa saran yang dapat diberikan penulis dalam penerapan pasal 32 ayat (2) dan pasal 190 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan berkaitan dengan hak pasien untuk mendapatkan pelayanan medis, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Akademisi dan Mahasiswa

Agar menambah wacana dalam pengembangan dan pembaharuan ilmu Hukum terutama hukum kesehatan serta .

2. Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

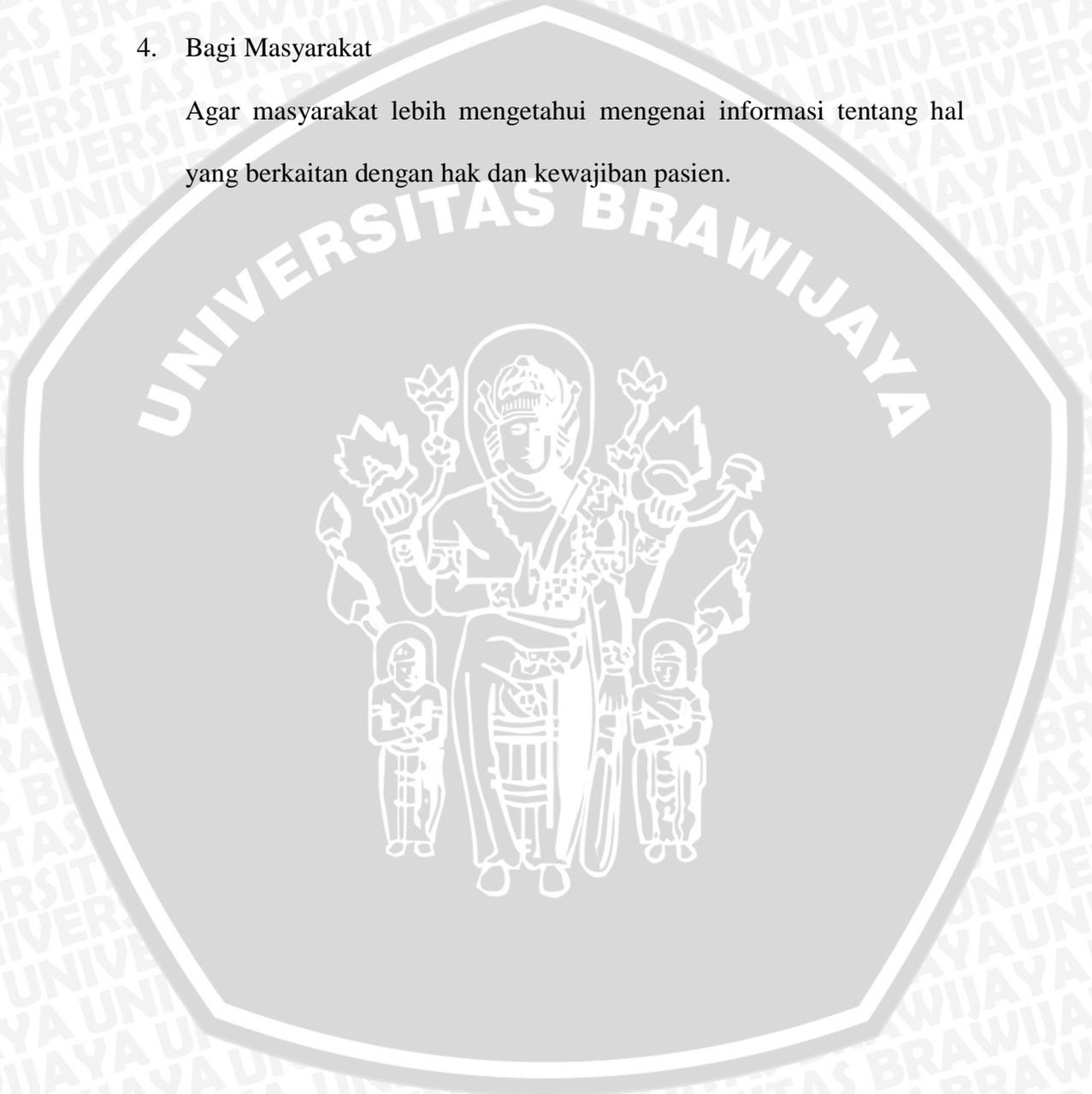
Agar dengan adanya penelitian ini fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah melayani dan menangani pasien lebih baik lagi.

3. Bagi Tenaga Medis

Agar tenaga medis dan tenaga perawat bekerja lebih optimal lagi dalam menangani pasien terutama pasien keadaan darurat serta mengetahui hak dan kewajiban dalam profesi mereka .

4. Bagi Masyarakat

Agar masyarakat lebih mengetahui mengenai informasi tentang hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdulkadir Muhammad, 2004, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Amiruddin dan Zainal Asikin, 2010, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Rajawali Pers, Jakarta.
- Carolyn M. Hudak dan Barbara M. Gallo, 1998, *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik Volume 1*, Buku Kedokteran, Bandung.
- Hermin Hadiati Koeswadji, 2002, *Hukum Untuk Perumhaskitan*, Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Saifullah, 2010, *Refleksi Sosiologi Hukum*, Refika Aditama, Bandung.
- Tabrani, 1998, *Agenda Gawat Darurat (Critical Care)*, Alumni, Bandung.
- Titin Slamet Kurnia, 2007, *Hak Atas Derajat Kesehatan Optimal Sebagai HAM di Indonesia*, Alumni, Bandung.
- Y.A Triana Ohoiwutun, 2007, *Bunga Rampai Hukum Kedokteran*, Bayumedia, Malang.
- Zainuddin Ali, 2009, *Metode Penelitian Hukum*, Sinar Grafika, Jakarta..

UNDANG-UNDANG

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1051/Menkes/SK/XI/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit

Kode Etik Kedokteran Indonesia

Standar Operasional Prosedur Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang

MAJALAH

Herkutanto, *Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat*, Majalah Kedokteran Indonesia Volume 57 Nomor 2 Edisi Februari, 2007

INTERNET

Ari Prasetyadjati, *Profil Instalasi Gawat Darurat RSUD Syaiful Anwar*, <http://www.hspprs.org/> Jakarta, 2009

Elly, *Oknum Dokter RSUD Langsa Dinilai tak Profesional*, www.acehforum.com edisi 27 April 2009.

Instalasi Gawat Darurat, <http://www.rsudkoja.com/index.php?page=igd>, 2010

Panduan Singkat SARS Untuk Petugas Lini Depan, http://www.who.or.id/ind/display.asp?id=arc03_004, 2003.

Profil Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar, <http://www.rssamalang.com/profil-rssa/>, 2010

Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Glosarium Data dan Kesehatan*, <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Glosarium%202006.pdf>, 2006.

Riz, *Ditolak Rumah Sakit, Bayi 6 Bulan Meninggal*, www.metrotvnews.com, edisi Selasa, 16 Maret 2010

Rohman Taufiq, *Menteri Kesehatan Sidak Pelayanan Jamkesmas ke RSUD Dr. Soetomo*, www.tempointeraktif.com edisi Selasa, 08 Juli 2008

Sri Astuti S. Suparmanto, *Program Upaya Kesehatan Perseorangan*, www.litbang.depkes.go.id/download/presentasi/Ditjen-Yanmed.ppt, 2006

Syaiful Saanin, *Falsafah Dasar Kegawat Daruratan*, www.falsafahdasarkegawat_daruratan.com, 2010.

Tim Mentor Perseptor, *Pengantar Kegawat Daruratan*, <http://bina-husada.blogspot.com/2008/06/pengantar-kegawat-daruratan-pendahuluan.html>, 2008.

Willy Widiyanto, *APBN Perubahan 2010 Digugat Di MK Edisi Rabu*, <http://www.tribunnews.com/2010/10/13/apbn-perubahan-2010-digugat-di-mk>, 2010

KAMUS

Departemen Pendidikan Nasional, 2002, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta.

Departemen Pendidikan Nasional, 2005, *Kamus Besar Bahasa Indonesia Ketiga*, Balai Pustaka, Jakarta.





