

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kerangka Teori

2.1.1 Pengertian Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan termasuk hukum "*lex specialis*", melindungi secara khusus tugas profesi kesehatan (*provider*) dalam program pelayanan kesehatan manusia menuju ke arah tujuan deklarasi "*health for all*" dan perlindungan secara khusus terhadap pasien "*receiver*" untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. (Tribowo, 2014). Dengan sendirinya hukum kesehatan ini mengatur hak dan kewajiban masing-masing penyelenggara pelayanan dan penerima pelayanan, baik sebagai perorangan (pasien) atau kelompok masyarakat. (Notodmojo, 2010)

Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia dalam anggaran dasarnya menyatakan "Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban baik perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dalam segala aspek organisasi; sarana pedoman medis nasional atau internasional, hukum di bidang kedokteran, yurisprudensi serta ilmu pengetahuan bidang kedokteran kesehatan. Yang dimaksud dengan hukum kedokteran ialah bagian hukum kesehatan yang menyangkut pelayanan medis". (Siswati , 2013)

Hukum kesehatan menurut H.J.J. Lennen adalah keseluruhan ketentuan-ketentuan hukum yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan dan penerapan kaidah-kaidah hukum perdata, hukum administrasi negara, dan hukum pidana dalam kaitannya dengan hal tersebut.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hukum kesehatan adalah seluruh kumpulan peraturan yang mengatur tentang hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Sumber hukum kesehatan tidak hanya bertumpu pada hukum tertulis (undang-undang), namun juga pada jurisprudensi, traktat, konsensus, dan pendapat ahli hukum serta ahli kedokteran (termasuk doktrin). (Taadi, 2013)

2.1.2 Pengertian dan Pengaturan Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia di samping sandang pangan dan papan, tanpa hidup yang sehat, hidup manusia menjadi tanpa arti, sebab dalam keadaan sakit manusia tidak mungkin dapat melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. Selain itu orang yang sedang sakit (pasien) yang tidak dapat menyembuhkan penyakitnya sendiri, tidak ada pilihan lain selain meminta pertolongan dari tenaga kesehatan yang dapat menyembuhkan penyakitnya dan tenaga kesehatan tersebut akan melakukan apa yang dikenal dengan upaya kesehatan dengan cara memberikan pelayanan kesehatan.

2.1.3 Asas-asas dalam Pelayanan Kesehatan

Jika ditinjau dari kedudukan para pihak di dalam pelayanan kesehatan, dokter dalam kedudukannya selaku profesional di bidang medik yang harus berperan aktif, dan pasien dalam kedudukannya sebagai penerima layanan kesehatan yang mempunyai penilaian terhadap penampilan dan mutu pelayanan kesehatan yang diterimanya. Hal ini disebabkan, dokter bukan hanya melaksanakan pekerjaan melayani atau memberi pertolongan semata-mata, tetapi

juga melaksanakan pekerjaan profesi yang terkait pada suatu kode etik kedokteran. Dengan demikian dalam kedudukan hukum para pihak di dalam pelayanan kesehatan menggambarkan suatu hubungan hukum dokter dan pasien, sehingga di dalam pelayanan kesehatan pun berlaku beberapa asas hukum yang menjadi landasan yuridisnya. Menurut Veronica Komalawati yang mengatakan bahwa, asas-asas hukum yang berlaku dan mendasari pelayanan kesehatan dapat disimpulkan secara garis besarnya sebagai berikut

a. Azas legalitas

“Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat Izin Praktik”. Selanjutnya, surat izin praktik ini akan diberikan Asas Legalitas. Asas ini pada dasarnya tersirat di dalam Pasal 23 ayat (1), (2) dan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa ;

- a. Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan;
- b. Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki;
- c. Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah.

Berdasarkan pada ketentuan di atas, maka pelayanan kesehatan hanya dapat diselenggarakan apabila tenaga kesehatan yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan dan perizinan yang diatur dalam Undang- Undang

No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, terutama Pasal 29 ayat (1)

dan (3) yang antara lain berbunyi sebagai berikut :

1. Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi;
2. Untuk memperoleh surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi harus memenuhi persyaratan :
 - a. Memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis;
 - b. Mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/ janji dokter atau dokter gigi;
 - c. Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. Memiliki sertifikat kompetensi
 - e. Membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Di samping persyaratan-persyaratan tersebut di atas, dokter atau dokter gigi dalam melakukan pelayanan kesehatan harus pula memiliki izin praktik, sebagaimana ditentukan dalam Pasal 36 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 Praktik Kedokteran sebagai berikut : jika telah dipenuhi syarat-syarat sebagaimana yang ditentukan secara tegas di dalam ketentuan Pasal 38 ayat (1) yang menyatakan bahwa :

Untuk mendapatkan surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36, dokter atau dokter gigi harus :

- a. memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang masih berlaku sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29, Pasal 31, dan Pasal 32;
- b. mempunyai tempat praktik; dan
- c. memiliki rekomendasi dari organisasi profesi.

Dari ketentuan di atas dapat ditafsirkan bahwa, keseluruhan persyaratan tersebut merupakan landasan legalitasnya dokter dan dokter gigi dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Artinya, “asas legalitas” dalam pelayanan kesehatan secara latern tersirat dalam Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

b. Asas Keseimbangan

Menurut asas ini, penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan kepentingan masyarakat, antara fisik dan mental, antara material dan spiritual. Di dalam pelayanan kesehatan dapat pula diartikan sebagai keseimbangan antara tujuan dan sarana, antara sarana dan hasil, antara manfaat dan risiko yang ditimbulkan dari

pelayanan kesehatan yang dilakukan. Dengan demikian berlakunya asas keseimbangan di dalam pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan masalah keadilan. Dalam hubungannya dengan pelayanan kesehatan, keadilan yang dimaksud sangat berhubungan dengan alokasi sumber daya dalam pelayanan kesehatan.

b. Asas Tepat Waktu

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, asas tepat waktu ini merupakan asas yang cukup krusial, oleh karena sangat berkaitan dengan akibat hukum yang timbul dari pelayanan kesehatan. Akibat kelalaian dokter untuk memberikan pertolongan tepat pada saat yang dibutuhkan dapat menimbulkan kerugian pada pasien. Berlakunya asas ini harus diperhatikan dokter, karena hukumnya tidak dapat menerima alasan apapun dalam hal keselamatan nyawa pasien yang terancam yang disebabkan karena keterlambatan dokter dalam menangani pasiennya.

c. Asas Itikad Baik

Asas itikad baik ini pada dasarnya bersumber pada prinsip etis untuk berbuat baik pada umumnya yang perlu pula diaplikasikan dalam pelaksanaan kewajiban dokter terhadap pasien dalam pelayanan kesehatan. Dokter sebagai pengemban 26 profesi, penerapan asas itikad baik akan tercermin pada sikap penghormatan terhadap hak-hak pasien dan pelaksanaan praktik kedokteran yang selalu patuh dan taat terhadap standar profesi. Kewajiban untuk berbuat baik ini tentunya bukan tanpa batas, karena berbuat baik harus tidak boleh sampai menimbulkan kerugian pada diri sendiri.

d. Asas Kejujuran

Kejujuran merupakan salah satu asas yang penting untuk dapat menumbuhkan kepercayaan pasien kepada dokter dalam pelayanan kesehatan. Berlandaskan asas kejujuran ini dokter berkewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien, yakni sesuai standar profesinya. Penggunaan berbagai sarana yang tersedia pada institusi pelayanan kesehatan, hanya dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien yang bersangkutan.

Di samping itu, berlakunya asas ini juga merupakan dasar bagi terlaksananya penyampaian informasi yang benar, baik dari pasien maupun dokter dalam berkomunikasi. Kejujuran dalam menyampaikan informasi sudah barang tentu akan sangat membantu dalam kesembuhan.

2.1.4 Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dan Kebijakannya.

Dasar landasan dan dasar hukum dari jaminan kesehatan nasional ini adalah Undang - undang No 40 Tahun 2004 tentang *sistem jaminan sosial nasional (SJSN)* , Undang- undang No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), PP No 101/ 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) , Perpres No 12 / 2103 tentang Jaminan Kesehatan Nasional , Roadmap JKN, Rencana aksi pengembangan pelayanan kesehatan, Permenkes, Peraturan BPJS.Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN adalah suatu program Pemerintah dan Masyarakat/Rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan

sejahtera. Dikutip dari Jaminan social Indonesia, program jaminan kesehatan nasional, maka jaminan kesehatan itu sendiri dapat diuraikan seperti berikut;

2.1.5 Kelembagaan

1. Program jaminan kesehatan diselenggarakan oleh badan penyelenggara jaminan sosial yang dibentuk dengan Undang-Undang (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 5 ayat 1).
2. Organisasi, fungsi dan hubungan antar kelembagaan masih menunggu penetapan RUU BPJS.

2.1.6 Peraturan Pelaksanaan

UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN mendelegasikan 4 aspek teknis penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional untuk diatur dalam peraturan presiden. Keempat aspek teknis tersebut adalah: 1) kepesertaan, 2) iuran, 3) paket manfaat, 4) pemberian pelayanan.

2.1.6.1 Paket Manfaat

Ketentuan tentang paket manfaat jaminan kesehatan yang didelegasikan untuk diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden mencakup:

1. Paket pelayanan kesehatan termasuk obat dan bahan medis yang ditanggung, dibatasi atau tidak ditanggung (Pendelegasian UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 22 ayat 1 dan Pasal 26)
2. Besar urun biaya dan jenis-jenis pelayan yang dikenakan urun biaya (Pendelegasian UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 22 ayat 2).

2.1.6.2 Pemberian Pelayanan

Ketentuan tentang pemberian pelayanan jaminan kesehatan yang harus diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden mencakup:

1. Kompensasi wajib yang diberikan BPJS kepada peserta di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk bekerjasama dengan BPJS (Pendelegasian UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 3).
2. Kelas standar pelayanan di rumah sakit (Pendelegasian UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 4).

2.1.7 Manfaat dan Pemberian manfaat

1. Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan badan penyelenggara jaminan sosial (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 1).
2. Dalam keadaan darurat, pelayanan kesehatan dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan badan penyelenggara jaminan sosial (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 2).
3. Badan penyelenggara jaminan sosial wajib memberikan kompensasi untuk memenuhi kebutuhan medik peserta yang berada di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat. Kompensasi dapat diberikan dalam bentuk uang tunai. (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 3 dan penjelasannya).

4. Layanan rawat inap di rumah sakit diberikan di kelas standar(UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 4).
5. Besar pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara badan penyelenggara jaminan kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 1).
6. Badan penyelenggara jaminan sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak permintaan pembayaran diterima (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 2).
7. Badan penyelenggara jaminan sosial dapat memberikan anggaran di muka kepada rumah sakit untuk melayani peserta, mencakup jasa medis, biaya perawatan, biaya penunjang dan biaya obat-obatan yang penggunaannya diatur sendiri oleh pemimpin rumah sakit (metoda pembayaran prospektif) (UU No. 40 Tahun 2004 Penjelasan Pasal 24 ayat 2).
8. Badan penyelenggara jaminan sosial menjamin obat-obatan dan bahan medis habis pakai dengan mempertimbangkan kebutuhan medik, ketersediaan, efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai sesuai ketentuan peraturan perundangan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 25 dan penjelasannya) .
9. Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, badan penyelenggara jaminan sosial menerapkan sistem kendali mutu, sistem kendali biaya dan sistem pembayaran untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan serta untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 3 dan penjelasannya). Untuk jenis pelayanan

yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 22 ayat 2) .

2.1.8 Kebijakan

Kebijakan merupakan sebuah konsep, bukan fenomena spesifik maupun konkret, sehingga pendefinisian akan banyak kendala atau dengan kata lain tidak mudah, (Crinson 2009). Sedangkan menurut Sistem perencanaan pembangunan nasional kebijakan merupakan suatu arah ataupun tindakan yang diambil oleh pemerintah baik pemerintah pusat maupun daerah untuk mencapai tujuan, dalam hal ini kepentingan Negara dan masyarakat. (UU no 25, 2004). Kebijakan akan nyata hasilnya dan terlihat manfaatnya ketika berupa suatu petunjuk ataupun keputusan dari suatu pengampu yang saling terkait dan dapat diimplementasikan dengan baik dan sesuai tujuan. Tujuan yang sangat erat dengan kemaslahatan hajat orang banyak/ masyarakat.

Policy content/ isi kebijakan terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi sebuah kebijakan merespons berbagai masalah publik yang mencakup berbagai bidang kehidupan mulai dari pertahanan , keamanan, energy, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, dan lain lain. (William Dunn, 1994). Policy content ini juga harus memiliki prinsip dalam menentukan sebuah kebijakan untuk kepentingan dan manfaat bagi Negara dan masyarakat. Terdapat empat komponen dalam prinsip tersebut, yaitu (Spassof, 2002) :

1. Nilai (Value)
2. Ideology

3. Kepentingan Politik
4. Bukti Ilmiah (Evidence).

Banyak teori mengenai tahap pembuatan kebijakan, namun secara umum prinsipnya sama. Siklus pembuatan kebijakan dalam pelayanan kesehatan dimulai dari (Barker, 1996)

1. Identifikasi masalah
2. Menentukan tujuan
3. Menentukan prioritas
4. Membuat pilihan
5. Mengkritisi pilihan yang tersedia
6. Implementasi
7. Evaluasi.

Setiap implementasi memerlukan evaluasi, karena dari evaluasi itulah akan ditemukan masalah yang akan dijadikan dasar dalam menentukan kebijakan selanjutnya.

Menurut Stewart, Hedge and Lester(2000), dalam pembuatan kebijakan diperlukan tahapan-tahapan yang dimulai dari penyusunan masalah sampai dengan penghentian kebijakan. Pembuat kebijakaan mengumpulkan data-data masalah yang ada, kemudian dianalisis dan dibuat suatu kebijakan. Kebijakan yang sudah dibuat diterapkan pada masyarakat dan dilakukan evaluasi terhadap kebijakaan tersebut. Hasil evaluasi digunakan untuk penyesuaian atau perubahan bagi penyempuraan kebijakan.

Dalam tatanan kehidupan bermasyarakat tidak terlepas dari suatu permasalahan. Masalah yang timbul dalam masyarakat juga dihubungkan dengan

adanya ketidak seimbangan antara kebutuhan dan tersedianya sarana. Adanya permasalahan di dalam masyarakat merupakan titik awal dari perlunya dibuat suatu kebijakan (Charles L., C dan Eloise F., 2005).Kebijakan yang digunakan untuk kepentingan masyarakat sering disebut sebagai kebijakan publik (Rusli, 2013). Kebijakan publik memiliki banyak makna yang dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa variasi. Variasi yang dapat digunakan untuk memahami kebijakan publik mencakup kebijakan sebagai keputusan, kebijakan sebagai proses manajemen, kebijakan sebagai intervensi pemerintah, kebijakan sebagai *democratic governance* (Wahab, 1991).

Kebijakan publik memiliki sifat tidak permanen dan dapat berubah sesuai kondisi dan situasi yang ada sehingga kebijakan publik dapat disesuaikan. Perubahan kebijakaan publik terjadi karena adanya perubahan keadaan, baik masalah sosial, politik, ekonomi maupun adanya informasi yang berubah. Di Indonseia kebijakan publik dapat berupa suatu Keputusan Menteri, Keputusan Direktorat Jendral, Keputusan Direktur atau keputusan-keputusan lain yang dibuat oleh pemerintah baik pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Winarno, B., 2002).

2.1.8.1 Pengertian Analisis Kebijakan Publik dalam Kesehatan

Tujuan utama kebijakan kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan status kesehatan masyarakat serta mampu mendesain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan termasuk kebijakan kesehatan internasional. Kemudian muncul kemampuan untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan

yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999).

William Dunn, menyatakan analisis Kebijakan adalah suatu disiplin ilmu social terapan yang menggunakan berbagai macam metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah-masalah kebijakan. (William N. Dunn, 2000).

Proses pengembangan kebijakan kesehatan meliputi inisiasi, pembentukan atau formulasi, negosiasi, komunikasi, implementasi dan evaluasi kebijakan (Sutcliffe & Court, 2006). Ada dua langkah dalam proses formulasi kebijakan yaitu penentuan pilihan dari kebijakan dan pilihan yang diutamakan. Pada kedua tahapan ini pembuat kebijakan harus memahami situasi yang spesifik dan membandingkan pilihan secara rinci sehingga dapat membuat keputusan kebijakan yang dapat diimplementasikan (Sutton, 1999).

Proses pengambilan dan analisis kebijakan publik bidang kesehatan merupakan tahapan penting dalam penentuan dampak kebijakan terhadap sasaran kebijakan kesehatan. Beberapa analisis bersifat informal yang tidak hanya berupa pemikiran yang keras dan teliti. Sedang lainnya membutuhkan data yang luas sehingga dapat dihitung dengan proses matematika yang rumit. (Quade, E.S dalam Darwin, 1988 : 44)

Kebijakan publik meliputi ruang lingkup semua kebijakan yang dihasilkan pemerintah, seperti kebijakan ekonomi, transportasi, komunikasi, pertahanan dan keamanan (militer) serta fasilitas umum lainnya seperti air bersih dan listrik (Suharto, 2005). Beberapa konsep kunci yang dapat digunakan untuk

memahami kebijakan publik sebagaimana yang dikemukakan oleh Young dan Quinn dalam Dye (1975) dan Winarno (2007) antara lain:

- a. Kebijakan publik adalah tindakan yang dibuat dan diimplementasikan oleh badan pemerintah dan perwakilan lembaga pemerintah yang memiliki kewenangan hukum, politis dan finansial untuk melakukan kebijakan tersebut.
- b. Kebijakan publik merupakan sebuah reaksi terhadap kebutuhan dan masalah dunia nyata. Kebijakan publik berupaya merespons masalah atau kebutuhan konkret yang berkembang di masyarakat. Oleh karena itu, pada umumnya kebijakan publik merupakan tindakan kolektif untuk memecahkan masalah sosial.
- c. Kebijakan publik merupakan seperangkat tindakan yang berorientasi pada tujuan. Kebijakan publik biasanya bukanlah sebuah keputusan tunggal, melainkan terdiri dari beberapa pilihan tindakan atau strategi yang dibuat untuk mencapai tujuan tertentu demi kepentingan orang banyak.
- d. Kebijakan publik merupakan sebuah keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu.

Kebijakan publik sebagai suatu kesatuan sistem hukum (*system of law*) meliputi rangkaian aspek sebagai berikut:

1. Isi hukum (*content of law*)

Uraian atau penjabaran tertulis dari suatu kebijakan yang tertuang dalam bentuk perundang-undangan, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan pemerintah.

2. Tatanan hukum (*structure of law*)

Semua perangkat kelembagaan dan pelaksana dari isi hukum yang berlaku. Dalam ruang lingkup ini tercakup lembaga-lembaga hukum (pengadilan, penjara, birokrasi pemerintahan, partai politik, dan lain-lain) dan para aparat pelaksanaanya (hakim, jaksa, pengacara, polisi, tentara, pejabat pemerintah, anggota parlemen, dan lain-lain).

3. Budaya hukum (*culture of law*)

Persepsi, pemahaman, sikap penerimaan, praktik-praktik pelaksanaan dan penafsiran terhadap aspek isi hukum dan tatanan hukum di atas. Dalam pengertian ini tercakup bentuk-bentuk tanggapan berupa reaksi dan respons masyarakat luas terhadap pelaksanaan isi dan tatanan hukum tersebut sebagai aspek kontekstual dari sistem hukum yang berlaku (Topatimasang *et al.*, 2005).

Banyak pendapat ahli yang mengarahkan analisis kebijakan pada tahap dalam siklus kebijakan yang meliputi : (Dunn, 1994)

1. *Agenda Setting*/Pembuatan Agenda

Badan legislatif dan birokrasi pemerintah terlibat dalam proses formulasi, adopsi, dan implementasi kebijakan sebagai respons terhadap permasalahan kesehatan. Dalam hal ini termasuk ikut berperan dalam mengatasi masalah kesehatan yang muncul selama proses penyusunan kebijakan kesehatan.

Kingdon (1995) menjabarkan *agenda setting* dalam pembuatan kebijakan publik kesehatan sebagai kesatuan dari tiga pilar pertimbangan penting, yaitu: masalah (*problems*), kemungkinan solusi terhadap masalah (*possible solutions to the problems*) dan situasi politik (*politic circumstances*). Kombinasi antara masalah dan potensial solusi permasalahan yang berjalan bersama dalam proses pembuatan kebijakan akan menuntun pada hukum publik atau amandemen kebijakan (Ayuningtyas, 2015).

Kebijakan yang lahir untuk memecahkan atau memperbaiki masalah kesehatan tidak serta merta dapat ditegakkan. Dengan demikian, jelas bahwa *agenda setting* merupakan hal yang sangat krusial pada pembuatan kebijakan kesehatan secara nasional (Ayuningtyas, 2015).

Agenda setting terdiri atas 4 subsistem yaitu:

a. *Problem identification*

Problem identification merupakan tingkat awal dalam sebuah proses kebijakan. Untuk membangun sebuah kebijakan dimulai dengan mendefinisikan atau mengidentifikasi masalah. Selama tahap

ini, masalah diidentifikasi dan diperiksa. Untuk merencanakannya membutuhkan:

- a. Merumuskan kunci pertanyaan penelitian berdasarkan pada sasaran hasil suatu proyek.
- b. Menetapkan data yang diperlukan.
- c. Keadaan terhadap hasil yang ingin dikehendaki oleh tim yang mungkin di eksplorasi melalui riset atau percobaan.

b. *Agenda setting*

Langkah selanjutnya adalah pengaturan agenda (*agenda setting*). Tahap ini merupakan upaya yang digunakan untuk meningkatkan profil masalah dan solusi yang mungkin dibuat oleh kalangan publik dan pembuat kebijakan. Dalam pengaturan agenda ini dibutuhkan beberapa strategi yaitu sebagai berikut (Dearing and Rogers, 1996):

- a. Pengorganisasian masyarakat.
- b. Pendidikan publik media dan komunikasi.
- c. Mengadakan *stakeholder*.
- d. Membangun koalisi.

Dasar pemikiran teori ini adalah topik yang dimuat lebih banyak, baik dalam media massa, elektronik maupun topik yang sedang mendapat perhatian dari masyarakat akan dianggap penting dalam suatu periode tertentu, sehingga dampaknya pun bisa dirasakan oleh masyarakat. Seringkali keprihatinan para pelaku bisnis atau opini dan telaahan para analis kebijakan menjadi pemicu

penting untuk mengangkat suatu isu tertentu sebagai isu publik dan menjadi agenda kebijakan.

c. *Policy research*

Hasil penelitian ilmiah yang harus dikerjakan tidak memainkan peran penting dalam proses *agenda setting*. Penelitian terhadap suatu masalah dibutuhkan untuk mendapatkan solusi yang diinginkan. Media merupakan elemen kunci dalam pembuatan kebijakan karena penyampaian dan pengaruh sebuah kebijakan berkaitan dengan kualitas lingkungan.

d. *Policy options and strategies*

Dimaksudkan untuk memahami langkah-langkah yang dibutuhkan untuk mendapatkan sebuah kebijakan. Strategi dibutuhkan untuk mendapatkan hasil jangka panjang.

2. Formulasi Kebijakan

Formulasi kebijakan kesehatan secara umum memiliki tahapan berikut: pengaturan proses pengembangan kebijakan, penggambaran permasalahan, penetapan sasaran dan tujuan, penetapan prioritas, perancangan kebijakan, penggambaran pilihan, penilaian pilihan, penelaahan (*peer review*) dan revisi kebijakan, serta dukungan formal terhadap kebijakan. Oleh karena itu, formulasi kebijakan kesehatan adalah suatu proses yang berulang-ulang dan melibatkan komponen siklus perencanaan (Htwe, 2006).

Pendekatan formulasi kebijakan kesehatan sebagai sebuah sistem terdiri atas permintaan (*demand*), sumber daya (*resource*) dan dukungan (*support*). *Demand* muncul saat individu atau kelompok mencari kebijakan tertentu sesuai dengan keinginan dan nilai-nilai yang dimiliki. *Resources* membantu pemerintah merespons *demands* yang dibuat. *Support* mengacu pada dukungan yang disampaikan oleh mayoritas dalam sistem kesehatan (Ayuningtyas, 2015).

Formulasi kebijakan terdiri atas 3 subsistem yaitu:

a. *Policy negotiation*

Meskipun penetapan dan pembuatan merupakan wewenang pembuat kebijakan, pihak-pihak lain dapat berpartisipasi didalamnya.

b. *Policy formulation*

Langkah pertama dalam proses perumusan kebijakan adalah menangkap semua nilai atau prinsip yang akan menuntun seluruh proses dan membentuk dasar untuk menghasilkan sebuah pernyataan masalah. Pernyataan masalah melibatkan identifikasi peluang dan hambatan. Pernyataan masalah adalah dasar bagi perumusan dan serangkaian tujuan yang dirancang untuk mengatasi identifikasi masalah dan mengeksplorasi peluang yang muncul.

c. *Policy organization*

Pengorganisasian kebijakan umumnya membahas struktur dan fungsi organisasi dalam perencanaan pembuatan kebijakan.

Sebuah kebijakan dilaksanakan atau dibuat oleh organisasi tertentu untuk mengejar sasaran strategis yang diinginkan.

3. Pengadopsian Kebijakan

Proses adopsi kebijakan merupakan suatu proses mengambil alternatif solusi kebijakan yang ditetapkan sebagai sebuah regulasi atau produk kebijakan yang selanjutnya akan dilaksanakan. Proses adopsi kebijakan sangat ditentukan oleh rekomendasi mengenai manfaat dan berbagai dampak yang mungkin terjadi dari alternatif kebijakan yang telah disusun dan akan diimplementasikan (Ayuningtyas, 2015).

Penerapan kebijakan baru, perubahan, perbaikan atau terminasi/penarikan kebijakan kesehatan yang sudah ada merupakan tanggung jawab pimpinan pembuat kebijakan (Olentangy Local School District, 2011).

4. Pengimplementasian Kebijakan

Implementasi merupakan suatu bentuk cara agar kebijakan kesehatan dapat mencapai tujuannya. Ada dua alternatif dalam implementasi kebijakan yaitu implementasi dalam bentuk program atau membuat kebijakan turunannya (Hann, 2007).

Kesiapan implementasi menentukan efektivitas dan keberhasilan sebuah kebijakan kesehatan. Penyusunan kebijakan berbasis data atau bukti berpengaruh terhadap kesuksesan implementasi kebijakan. Keberadaan pelaku utama untuk menganalisis kesiapan, memasukkan hasil penelitian kebijakan sebagai pertimbangan implementasi kebijakan sangat penting. Pelaku utama kebijakan perlu mengambil

dan memiliki tanggung jawab terhadap implementasi kebijakan sekaligus memantau kemajuan, evaluasi hasil dan memastikan umpan balik untuk pembuat kebijakan (Ayuningtyas, 2015).

Implementasi kebijakan terdiri atas 2 subsistem yaitu (Van Horn & Van Meter, 1974):

a. Policy implementation

Implementasi kebijakan meliputi tindakan-tindakan oleh individu umum atau pribadi (atau kelompok) yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang ditetapkan dalam keputusan kebijakan. *Policy implementation* merupakan tahap pelaksanaan dari desain kebijakan yang telah dirumuskan. Berbagai aktivitas termasuk persiapan, pelaksanaan, sosialisasi, peningkatan kapasitas (*capacity building*) pihak tertentu merupakan hal penting dalam proses sebelum dan selama implementasi.

b. Policy enforcement

Keahlian memainkan peran kunci dalam menyediakan ketegasan untuk janji yang samar-samar dari mandat legislatif.

5. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan kesehatan merupakan penilaian terhadap keseluruhan tahapan dalam siklus kebijakan, terutama saat suatu kebijakan yang disusun telah selesai diimplementasikan. Tujuan evaluasi adalah melihat apakah kebijakan telah sukses mencapai

tujuannya dan menilai keefektifan kebijakan untuk dapat dipertanggungjawabkan pada pihak yang berkepentingan.

Evaluasi merupakan salah satu mekanisme pengawasan kebijakan kesehatan. Parameter yang digunakan adalah kesesuaian, relevansi, kecukupan, efisiensi, keefektifan, keadilan, respons dan dampak. Kesesuaian evaluasi kebijakan harus dikembangkan untuk mencakup tidak hanya proses tetapi juga dampak jangka pendek dan jangka panjang suatu kebijakan kesehatan (Htwe, 2006).

Proses pemantauan (*monitoring*) dan peninjauan idealnya merupakan bagian integral dari proses kebijakan. Melalui *policy review*, berdasarkan umpan balik (*feedback*), maka upaya perbaikan kebijakan terus dilakukan dengan efektif. *Policy review* terdiri atas dua subsistem yaitu *policy accountability* dan *policy evaluation*.

a. *Policy accountability*

Kebijakan yang telah dibuat harus dipertanggungjawabkan baik dari pembuat kebijakan maupun yang diatur dalam kebijakan tersebut (masyarakat).

b. *Policy evaluation*

Policy evaluation adalah suatu tahap penilaian dan pengevaluasian kebijakan yang telah diimplementasikan. *Policy evaluation* adalah penentu kelangsungan kebijakan tersebut. Kebijakan akan diakhiri dan direvisi setelah dipertimbangkan di tahap evaluasi. Evaluasi kebijakan merupakan penilaian terhadap keseluruhan tahapan dalam siklus kebijakan. (Ayuningtyas, 2014

). Kegiatan yang dilaksanakan dalam proses *policy evaluation* adalah diantaranya sebagai berikut:

1. Mempelajari program.
2. Melaporkan *output* dari program pemerintah.
3. Evaluasi dampak kebijakan.
4. Mengusulkan perubahan kebijakan.
5. Dilakukan oleh pemerintah sendiri, konsultan luar, pers, dan publik.

Setelah tahap-tahap tersebut dilakukan, kebijakan yang telah dibuat perlu dituangkan dalam suatu kebijakan yang formal dan legal, yaitu daftar pengkodean kebijakan ataupun peraturan-peraturan yang berlaku ataupun yang akan diberlakukan. Dalam pengembangan kebijakan publik kesehatan, bentuk pertama kebijakan publik yaitu peraturan perundang-undangan yang terkodifikasi secara formal dan legal, yang secara sederhana dikelompokkan (Nugroho, 2009) menjadi tiga, yaitu:

1. Kebijakan publik yang bersifat makro atau umum, atau mendasar seperti Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden dan Peraturan Daerah.
2. Kebijakan publik bersifat meso atau menengah atau penjelasan pelaksanaan. Kebijakan ini dapat berbentuk Peraturan Menteri, Surat Edaran Menteri, Peraturan Gubernur, Peraturan Bupati dan Peraturan Walikota. Kebijakan ini dapat berbentuk pula Surat Keputusan Bersama atau SKB antar menteri, gubernur, dan bupati/walikota.

3. Kebijakan publik yang bersifat mikro adalah kebijakan yang mengatur pelaksanaan atau implementasi kebijakan di atasnya. Bentuk kebijakannya adalah peraturan yang dikeluarkan oleh aparat di bawah menteri, gubernur, bupati dan walikota.

Dalam kebijakan bidang kesehatan diperlukan unsur-unsur utama yang perlu diperhatikan dalam membuat suatu keputusan ataupun kebijakan. Kebijakan secara umum mempunyai 5 (lima) unsur utama, yaitu (Dunn, 1999) :

1. Masalah publik (*Public Issue*)

Merupakan isu sentral yang akan diselesaikan dengan sebuah kebijakan. Kebijakan selalu diformulasikan untuk mengatasi ataupun mencegah timbulnya masalah, khususnya masalah yang bersifat isu publik. Masalah disebut sebagai isu publik manakala masalah itu menjadi keprihatinan (concern) masyarakat luas dan mempengaruhi hajat hidup masyarakat luas.

2. Nilai Kebijakan (*Value*)

Setiap kebijakan selalu mengandung nilai tertentu dan juga bertujuan untuk menciptakan tata nilai baru atau norma baru dalam organisasi. Seringkali nilai yang ada di masyarakat atau anggota organisasi berbeda dengan nilai yang ada di pemerintah. Oleh karena itu perlu partisipasi dan komunikasi yang intens pada saat merumuskan kebijakan.

3. Siklus Kebijakan

Proses penetapan kebijakan sebenarnya adalah sebuah proses yang siklis dan bersifat kontinum, yang terdiri atas tiga tahap:

(a) perumusan kebijakan (*Policy Formulation*)

(b) penerapan kebijakan (*Policy Implementation*)

(c) evaluasi kebijakan (*Policy Review*)

Ketiga tahap atau proses dalam siklus tersebut saling berhubungan dan saling tergantung, kompleks serta tidak linear, yang ketiganya disebut sebagai *Policy Analysis*.

4. Pendekatan dalam Kebijakan

Pada setiap tahap siklus kebijakan perlu disertai dengan penerapan pendekatan (*approaches*) yang sesuai. Pada tahap formulasi, pendekatan yang banyak dipergunakan adalah pendekatan normatif, valuatif, prediktif ataupun empirik. Pada tahap implementasi banyak menggunakan pendekatan struktural (organisasional) ataupun pendekatan manajerial. Sedangkan tahap evaluasi menggunakan pendekatan yang sama dengan tahap formulasi. Pemilihan pendekatan yang digunakan sangat menentukan tingkat efektivitas dan keberhasilan sebuah kebijakan.

5. Konsekuensi Kebijakan

Pada setiap penerapan kebijakan perlu dicermati akibat yang dapat ditimbulkan. Dalam memantau hasil kebijakan kita harus membedakan dua jenis akibat yaitu keluaran (*Output*) dan dampak (*Impact*). Apapun bentuk dan isi kebijakan pada umumnya akan memberikan dampak atau konsekuensi yang ditimbulkan. Tingkat intensitas konsekuensi akan berbeda antara satu kebijakan dengan yang lain, juga dapat berbeda berdasar dimensi tempat dan waktu. Konsekuensi lain yang juga perlu diperhatikan adalah timbulnya resistensi (penolakan) dan perilaku negatif.

Dalam pengambilan kebijakan dan analisis isu kesehatan banyak peran yang diambil oleh pemegang keputusan/ kebijakan. Di Indonesia, dengan

semangat reformasi, kebijakan kesehatan menjadi sorotan utama. Karena merupakan janji dan komitmen terhadap publik/ masyarakat.

Dalam pada itu, Kementerian Kesehatan RI telah mengambil kebijakan dan mengulirkan 7 Reformasi Pembangunan Kesehatan, yaitu (Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI):

- a) Revitalisasi Pelayanan Kesehatan,
- b) Ketersediaan, Distribusi, Retensi Dan Mutu Sumberdaya Manusia,
- c) Mengupayakan Ketersediaan, Distribusi, Keamanan, Mutu, Efektifitas, Keterjangkauan Obat, Vaksin Dan Alkes
- d) Kaminan Kesehatan
- e) Keberpihakan Kepada Daerah Tertinggal Perbatasan Dan Kepulauan (Dtpk) Dan Daerah Bermasalah Kesehatan (Dbk)
- f) Reformasi Birokrasi Dan
- g) *World Class Health Care*

Pendekatan dalam Analisis Kebijakan

PENDEKATAN	PERTANYAAN UTAMA	TIPE INFORMASI
Empiris	Adakah dan akankah ada (fakta)	Deskriptif dan prediktif
Valuatif	Apa manfaatnya (nilai)	Valuatif
Normatif	Apakah yang harus diperbuat (aksi)	Preskriptif

Seorang analis kebijakan dapat menggunakan satu atau lebih dari ketiga pendekatan tersebut. Namun ketika seorang analis menggunakan

ketiganya (Dunn, 1994) , dapat dikatakan analisis tersebut telah melampaui tujuan dari disiplin ilmu tradisional, di mana disiplin ilmu tradisional cenderung mengabaikan berbagai nilai dan fakta yang ada (mengabaikan pendekatan valuatif dan normative) .

2.2 Kerangka Yuridis

2.2.1 Rumah sakit dan Landasan Hukumnya

Menurut Permenkes No. 147 tahun 2010 tentang Perijinan Rumah Sakit adalah, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Seangkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif),

penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitative) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan .

2.2.1.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

2.2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit Di Indonesia

Dalam rangka penyelenggaraan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit umum diklasifikasikan sebagai berikut :

- a) Rumah Sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis.
- b) Rumah Sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.
- c) Rumah Sakit umum kelas C, adalah Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.
- d) Rumah Sakit umum kelas D., adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud terdiri atas :

- a. Rumah Sakit khusus kelas A, adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

- b. Rumah Sakit khusus kelas B, adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.
- c. Rumah Sakit khusus kelas C, adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

2.2.2 Fasilitas rawatan Intensive Care Unit

Ruang ICU adalah unit pelayanan rawat inap dirumah sakit yang memberikan perawatan khusus pada penderita yang memerlukan perawatan yang lebih intensif yang mengalami gangguan kesadaran, gangguan pernafasan, dan mengalami serangan penyakit akut. ICU menyediakan kemampuan, saran dan prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medis, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

Disain ruangan ICU yang direkomendasi oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2004 untuk mengendalikan infeksi adalah sebagai berikut :

1. Luas setiap kamar 20 m³ sedangkan untuk ruangan isolasi luas satu kamar $\pm 22\text{m}^3$.
2. Untuk setiap tempat tidur harus tersedia 1-2 ruang isolasi
3. Jarak tempat tidur satu dengan yang lain $\pm 10\text{-}12$ kaki
4. Untuk setiap tempat tidur, tersedia fasilitas desinfektan tangan
5. Lantai dan dinding harus dapat dicuci/dibersihkan

6. Furniture (meja) yang digunakan harus minimal
7. Peralatan monitoring harus tidak bersentuhan dengan lantai, mudah dipindahkan dan dibersihkan
8. Peralatan penghisap lendir dan sphygmomanometer harus menempel pada dinding dan mudah dilepaskan.

2.2.2.1 Indikasi Masuk dan Keluar ICU

Dasar Hukum

Dasar hukum merujuk pada Keputusan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor : Hk.02.04/I/1966/11 tentang petunjuk teknis penyelenggaraan pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit.

Kebutuhan

Kebutuhan pelayanan di ICU adalah tindakan resusitasi jangka panjang yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi- fungsi vital seperti Airway (fungsi jalan napas), breathing (fungsi pernapasan), Circulating (fungsi sirkulasi), Brain (fungsi otak) dan fungsi organ lain, disertai dengan diagnosis dan terapi definitive.

2.2.2.2. Kriteria Masuk

Dalam keadaan terbatas, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) lebih didahulukan dibandingkan dengan pasien yang hanya memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3) penilaian objektif atas berat dan prognosis penyakit hendaknya digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam menentukan prioritas masuk ICU.

1. Prioritas pertama

Kelompok ini merupakan pasien kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti : dukungan / bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ / system yang lain, infuse obat - obat vasoaktif / inotropik, obat anti aritmia, serta pengobatan lain - lain secara kontinyu dan tertitrasi. Sebagai contoh antara lain : sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa, hipoksemia, infark miokard akut. Terapi pada golongan prioritas 1 umumnya tidak mempunyai batas.

2. Prioritas kedua

Golongan pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera. Contoh pasien yang menderita penyakit dasar jantung paru gagal ginjal akut dan berat atau pasien yang telah mengalami pembedahan mayor. Terapi pada golongan pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

3. Prioritas ketiga

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan nafas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat.

Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung.

4. Pengecualian

Dengan pertimbangan luar bias am dan atas persetujuan Kepala ICUm indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien pasien golongan demikian sewaktu- waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1 (satu), 2 (dua), 3 (tiga).

2.2.3 Implementasi Hukum dan Kebijakan

Dalam rangka melaksanakan amanat Undang- Undang, tentang hak setiap warga negar berhak atas mendapatkan pelayan kesehatan dan negar wajib menyediakannya, maka telah dibentuk suatu konsep tentang SJSN. Dalam pelaksanaan maka munculah produk JKN (jaminan kesehatan nasional), yang pada pelaksanaannya juga masih didapatkan keruwetan dalam pengaturan yang berdampak pada pelayanan di fasilitas kesehatan baik primer maupun sekunder. Di sisi lain JKN membuat paradigma pelayanan kesehatan bergeser kearah mutu pelayanan. Masyarakat yang dapat mengakses layanan kesehatan baik primer maupun sekunder mulai memperhitungkan mutu layanan yang diterimanya. BPJS sebagai badan penyelenggara di era JKN melakukan berbagai upaya dalam mengoptimalisasi mutu layanan

Pengaturan teknis pelaksanaan lebih lanjut program SKN dituangkan dalam berbagai peraturan sebagai turunan dari kedua Undang-Undang tersebut

diatas, baik dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes), Surat Edaran (SE) Menteri Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis), Panduan Praktis dan lain-lain. Aturan tersebut menjadi pedoman pelaksanaan JKN itu sendiri. Meskipun banyak menjadi dilemma bagi tenaga medis dengan terbatasnya biaya. Pada kenyataannya di beberapa tempat pelaksanaan JKN merupakan pertolongan bagi masyarakat yang telah merasakan manfaatnya. Namun begitupun, apakah rumah sakit swasta apakah mampu bertahan di era JKN ini jika menjalankan skema pembiayaan yang ditawarkan pemerintah. Atau, mungkinkah jika ada rumah sakit swasta yang masih bertahan tidak ikut serta dalam program JKN ini, justru menemukan semacam pasar tersendiri untuk kemajuan rumah sakit tersebut. Terutama rumah sakit yang memiliki fasilitas ICU, ini menjadi polemik dengan bertemunya kepentingan pembiayaan yang terbatas dengan JKN yang mau tak mau harus dijalankan.

2.2.4 Kajian Perundang-undangan

2.3.2.1 Perlindungan Hukum

Pengertian Perlindungan Hukum adalah memberikan pengayoman kepada hak asasi manusia yang dirugikan orang lain dan perlindungan tersebut diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak – hak yang diberikan oleh hukum atau dengan kata lain perlindungan hukum adalah berbagai upaya hukum yang harus diberikan aparat penegak hukum untuk memberikan rasa aman, baik secara pikiran dari pihak manapun (Sajipto Raharjo, 1993).

Perlindungan hukum adalah tindakan atau upaya untuk melindungi masyarakat dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan ketentraman sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia (Setiono, 2004)

2.3.2.2 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang

Rumah Sakit.

Didalam menjalankan perannya sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit, dimana telah diatur dalam UU No. 44 Th. 2009 Tentang Rumah Sakit. undang-undang tersebut salah satunya membahas tentang Kewajiban dan Hak BAB VIII .Spesifikasi pembahasan mengenai Kewajiban dan hak Rumah Sakit tertuang didalam pasal 29 ayat (1) point b : Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan RumahSakit. Rumah Sakit sangat maksimal dalam memberikan pelayanan yang prima kepada seluruh pasien, tetapi rumah sakit juga memiliki kendala jika tidak didukung dengan adanya hak rumah sakit yang tertuang didalam Bagian ke dua pasal 30 ayat (1) point b : Setiap Rumah Sakit mempunyai hak menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturanperundang-undangan.

Alasan utama dikaitkan dengan pasal diatas dikarenakan Rumah Sakit harus menjalankan kewajibannya yang telah diatur dalam undang-undang No. 44 Th. 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 29 tentang Kewajiban Rumah Sakit Ayat

(1) sampai dengan ayat (3) yang berbunyi :

(1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan RumahSakit;
- c memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuanpelayanannya;
- e menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu ataumiskin;
- f melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misikemanusiaan;
- g membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayanipasien;
- h menyelenggarakan rekammedis;
- i menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjutusia;
- j melaksanakan sistem rujukan;

- k menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
 - m menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
 - n melaksanakan etika Rumah Sakit;
 - o memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
 - r menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*);
 - s melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanparokok.
- (2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
- a Teguran;
 - b Teguran Tertulis; Atau
 - c Denda Dan Pencabutan Izin Rumah Sakit.

- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kewajiban Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri

2.3.2.3 Undang – Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BPJS kesehatan merupakan badan hukum public yang bertanggung jawab langsung kepada presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2004 dan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 maka dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial Nasional dan Program BPJS Kesehatan resmi diberlakukan mulai tanggal 01 Januari 2014. Namun setelah dibentuknya BPJS Kesehatan terjadi sejumlah masalah diberbagai daerah. Undang-undang ini membentuk dua BPJS Yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenaga Kerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan dan BPJS Ketenaga Kerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension dan jaminan kematian.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai masyarakat, terjangkau serta bermutu. (Azwar, 1999).

Dalam peraturan undang-undang yang telah dikeluarkan oleh pemerintah membahas tentang sistem BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip gotong royong, yang tercantum didalam pasal 4 UU Nomor 24 Tahun 2011.

Pasal 4

BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- a. kegotongroyongan;
- b. nirlaba;
- c. keterbukaan;
- d. kehati-hatian;
- e. akuntabilitas;
- f. portabilitas;
- g. kepesertaan bersifatwajib;
- h. dana amanat;dan
- i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

2.2.5 Bagan Implementasi

