

DISERTASI

**STRATEGI PENYELESAIAN SENGKETA PELAYANAN
KESEHATAN PASIEN BPJS DENGAN PENDEKATAN SOSIO
KULTURAL DI PROVINSI GORONTALO**

Oleh:

Hendrik David Julianus Borolla

NIM: K013181013



**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

DISERTASI**STRATEGI PENYELESAIAN SENGKETA PELAYANAN KESEHATAN
PASIEH BPJS DENGAN PENDEKATAN SOSIO KULTURAL
DI PROVINSI GORONTALO**

Disusun dan diajukan oleh

HENDRIK DAVID JULIANUS BOROLLA
Nomor Pokok K013181013

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 18 Mei 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,

Prof. Dr. Indar, SH, MPH
Promotor

Prof. Dr. Amran Bazak, SE, M.Sc.
Ko-Promotor

Prof. Anwar Mallongi, SKM, M.Sc., Ph.D.
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M.Kes, M.Sc, PH

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hendrik David Julianus Borolla

Nomor Induk Mahasiswa : K013181013

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis dengan judul "**Strategi Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan Pasien BPJS dengan Pendekatan Sosio Kultural di Provinsi Gorontalo**" adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi ini yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila dikemudian hari disertasi ini terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2022

Penulis,



Hendrik David Julianus Borolla

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan pertolongan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan disertasi ini. Disertasi ini berisi data, hasil analisa data dan pembahasan berdasarkan kegiatan penelitian yang telah dilaksanakan. Disertasi ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada Program doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih yang tulus dan penghormatan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat maha terpelajar Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH., Prof. Dr. H. Amran Razak, SE., M.Sc., dan Prof. Anwar Mallongi, SKM., M.Sc., Ph.D., selaku Promotor dan Kopromotor yang telah banyak meluangkan waktu, memberikan pengetahuan dan motivasi dengan penuh kesabaran, perhatian dan keikhlasan, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan disertasi ini.

Penulis menyampaikan juga terima kasih dan penghormatan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Doktor di Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Sekolah Pascasarjana.
3. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M. Kes., M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M. Kes., M.Sc. PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas

Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

5. Seluruh Staf Pengajar pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan motivasi yang sangat bermanfaat bagi penulis.
6. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M. Kes., M.Sc. PH., Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS., Dr. dr. Andi Indahwaty Sidin, MHSM. Dr. H. Rustam, Hs. Akil, SE., SH., MH., selaku Tim Penguji Internal dan Penguji Eksternal yang telah meluangkan waktu dan memberikan banyak masukan untuk penyempurnaan disertasi ini.
7. Ketua Yayasan, Rektor, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Civitas Universitas Gorontalo yang telah memberikan kesempatan dan bantuan baik moril maupun materil untuk melanjutkan pendidikan.
8. Direktur dan seluruh staf di RSUD Aloe Saboe, RSUD Toto Kabila, RSUD Dunda, RSUD Ainun Habibie, RSUD Tani Nelayan, RSUD Zainal Umar Sadikin dan RSUD Tombililato yang telah memberikan izin dan dukungan bagi penulis dalam melakukan kegiatan penelitian.
9. Staf Administrasi Program Doktor Ilmu Kesehatan masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan bantuan dalam segala urusan administrasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Rekan-rekan mahasiswa Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2018, atas segala kerjasama, dukungan dan motivasi yang diberikan kepada penulis.
11. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu yang telah memberikan bantuan baik dalam bentuk moril maupun materil selama penulis mengikuti pendidikan ini.

Ucapan terima kasih dan penghormatan yang tulus kepada orang tua tercinta Ibunda Adonia Borolla/Uniplaita (Almarhumah), Ibu Mertua Nortje

Mustamu (Almarhumah), Ayahanda Julian Borolla (Almarhum) dan Ayah Mertua Alfred Mustamu (Almarhum), yang telah melahirkan, membesarkan, mendidik dan mendukung saya dengan penuh kesabaran, ketulusan dan penuh kasih sayang walaupun mereka telah tiada, namun mereka tetap menjadi motivasi dan inspirasi sehingga penulis bisa mencapai jenjang pendidikan sekarang ini.

Terima kasih yang tidak terhingga penulis sampaikan kepada istri saya yang sangat saya cintai Dr. Juliana, S.Pi., MP dan anak tersayang Agung Borolla, atas segala Doa, pengertian, kesabaran, cinta kasih dan dukungan selama penulis mengikuti pendidikan pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin. Kepada seluruh kakak beradik Keluarga Besar Borolla dan Keluarga Besar Mustamu yang selalu memberikan doa dan dukungan bagi penulis.

Penulis juga menyadari bahwa disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga disertasi ini dapat memberikan manfaat yang lebih baik.

Makassar, Mei 2022

Penulis,

Hendrik David Julianus Borolla

ABSTRAK

HENDRIK DAVID JULIANUS BOROLLA. *Strategi Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan Pasien BPJS dengan Pendekatan Sosio Kultural Di Provinsi Gorontalo.* (Dibimbing oleh **H. Indar, Amran Razak** dan **Anwar Mallongi**).

Sengketa pelayanan kesehatan pada awalnya terjadi karena adanya rasa ketidakpuasan pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan dua pendekatan yaitu litigasi dan non litigasi. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan penyebab sengketa pelayanan kesehatan dan merumuskan strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dengan pendekatan sosio kultural (*Huyula* dan *Pohala'a*) di Provinsi Gorontalo.

Penelitian dilakukan pada tujuh rumah sakit umum daerah di Provinsi Gorontalo. Pendekatan dalam penelitian ini adalah menggunakan gabungan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Analisa data terdiri dari analisa kualitatif menggunakan pendekatan model Miles dan Huberman dan analisis kuantitatif menggunakan persamaan *structural equation modelling* dengan bantuan software Amos 24. Objek penelitian pada penelitian kualitatif menggunakan 7 informan dan pada penelitian kuantitatif menggunakan 400 responden yang terdiri dari pasien/keluarga pasien.

Hasil penelitian ditemukan bahwa penyebab terjadinya sengketa pelayanan kesehatan di Provinsi Gorontalo yaitu terbatasnya ruang rawat inap, fasilitas laboratorium, pelayanan obat, keterbatasan dokter ahli, sikap pelayanan pendaftaran (*medical record*), sikap perawat dan tenaga kesehatan lainnya serta sikap petugas apotik. Strategi penyelesaian sengketa yang dihasilkan pada penelitian ini adalah menganut prinsip *Opiyohe lo dudelo, Opiyohe lo loiya, Openu dila motonelo* dan *Openu dila tidoiya*, yaitu penyelesaian sengketa yang dilakukan dengan niat, etika dan tutur kata yang baik. Penyelesaian sengketa dengan pendekatan *Huyula* dan *Pohala'a* dapat dilaksanakan dengan cara meningkatkan peran lembaga adat dalam menyelesaikan sengketa pelayanan kesehatan di Provinsi Gorontalo melalui penetapan peraturan daerah

Kata kunci: *Huyula, Pohala'a*, Pelayanan Kesehatan, Sengketa, Sosio Kultural.



ABSTRACT

HENDRIK DAVID JULIANUS BOROLLA. *Dispute Resolution Strategy for BPJS Health-Services Patient with a Socio-Cultural Approach in Gorontalo Province.* (Supervised by **H. Indar, Amran Razak** and **Anwar Mallongi**).

The health-service dispute initially occurred because of the dissatisfaction of the patient and the patient's family with the health services received. Settlement of health service disputes can be done with two approaches, litigation and non-litigation. This research aims to find the causes of health service disputes and formulate strategies for resolving health-service disputes with a socio-cultural approach (*Huyula* and *Pohala'a*) in Gorontalo Province.

The study was conducted at seven regional general hospitals in Gorontalo Province. The approach in this research is to use a qualitative and quantitative approach. Data analysis consisted of qualitative analysis using the Miles and Huberman approach model and quantitative analysis using structural equations equation model with the help of Amos 24 software. The object of research qualitative used 7 informants and quantitative research used 400 respondents consisting of patients/patient families.

The results of the study found that the causes of health service disputes in Gorontalo Province were limited inpatient rooms, laboratory facilities, drug services, limited expert doctors, registration service attitudes, attitudes of nurses and other health workers and the attitudes of pharmacy staff. The dispute strategy generated in this research is to adhere to the principles of *Opiyohe lo dudelo, Opiyohe lo loiya, Openu dila motonelo and Openu dila tidoiya*, namely disputes that are carried out with good intentions, ethics and speech. Dispute resolution using the *Huyula* and *Pohala'a* approach can be implemented by increasing the role of traditional institutions in resolving health service disputes in Gorontalo Province through the establishment of regional regulations.

Keywords: *Huyula, Pohala'a, Health services, Disputes, Socio-cultural*



DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI Error! Bookmark not defined.	
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Sistem Pelayanan Kesehatan	13
B. Regulasi Sistem Pelayanan Kesehatan	19
C. Sengketa Pelayanan kesehatan.....	37
D. Dasar Hukum Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan	47
E. Metode Penyelesaian Sengketa.....	52
F. Sosio Kultural di Gorontalo.....	55
G. Kerangka Teori dan Kerangka Konsep Penelitian	64
Sumber: Data Primer, 2021	70
BAB III. METODE PENELITIAN.....	71
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	71
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	72
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	72
D. Jenis dan Sumber Data	77
E. Prosedur Pengumpulan Data	77
F. Analisis Data	80
G. Hipotesis Penelitian	84

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	85
A. Gambaran Umum Penelitian	85
B. Hasil Penelitian.....	85
1. Hasil Penelitian Kualitatif.....	85
2. Hasil Penelitian Kuantitatif.....	93
C. PEMBAHASAN	114
1. Variabel dan Indikator Variabel Penyebab Sengketa Pelayanan Kesehatan	114
2. Pengaruh Penyebab Sengketa Pelayanan Kesehatan Pasien BPJS terhadap Strategi Penyelesaian Sengketa dengan Pendekatan Sosio Kultural di Provinsi Gorontalo.....	120
3. Pengaruh Persepsi Pasien terhadap Strategi Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan	126
4. Pengaruh Metode Penyelesaian Sengketa terhadap Strategi Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan.....	128
5. Strategi Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan dengan Pendekatan Sosio Kultural (<i>Huyula</i> dan <i>Pohala'a</i>).....	132
D. KETERBATASAN PENELITIAN.....	162
E. NOVELTI PENELITIAN	163
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	164
A. KESIMPULAN	164
B. SARAN.....	165
DAFTAR PUSTAKA.....	166
Lampiran.....	181

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 1. Model Donabedian	42
Gambar 2. Teori Gap	42
Gambar 3. Kerangka Teori Penelitian	66
Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian	67
Gambar 5. Rancangan Model Persamaan Struktural	83
Gambar 6. Hasil Analisa Model Struktural	109
Gambar 7. Prosedur Penyelesaian Sengketa Melalui Pendekatan <i>Huyula</i> dan <i>Pohala'a</i>	171

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sintesa Jurnal	58
Tabel 2. Definisi Operasional	68
Tabel 3. Sebaran Jumlah Sampel Penelitian	75
Tabel 4. Karakteristik informan penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dengan pendekatan sosio kultural	86
Tabel 5. Data Persentase Karakteristik Responden	94
Tabel 6. Nilai Interval dan Kategori Indikator Variabel penelitian	98
Tabel 7. Distribusi penilaian responden terhadap indikator variabel sarana dan prasarana RSUD di Gorontalo	99
Tabel 8. Distribusi penilaian responden terhadap indikator variabel sumber daya manusia RSUD di Gorontalo.	100
Tabel 9. Distribusi penilaian responden terhadap indikator variabel sikap pemberi layanan kesehatan RSUD di Gorontalo.	101
Tabel 10. Distribusi penilaian responden terhadap indikator variabel persepsi pasien dan keluarga pasien RSUD di Gorontalo. ...	102
Tabel 11. Distribusi penilaian responden terhadap indikator variabel metode penyelesaian sengketa peayanan kesehatan di RSUD Provinsi Gorontalo	104
Tabel 12. Distribusi penilaian responden terhadap indikator variabel strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan di RSUD Provinsi Gorontalo.	105
Tabel 13. Hasil uji SEM terhadap nilai estimasi indikator variabel eksogen, intervening dan endogen.	107
Tabel 14. Hasil uji SEM terhadap nilai propabilitas indikator variabel eksogen, intervening dan endogen.	108
Tabel 15. Nilai probabilitas antara variabel eksogen, variabel intervening dan variabel endogen.	111
Tabel 16. Nilai pengaruh langsung antara variabel eksogen, variabel intervening dan variabel endogen.	111

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang dilakukan secara mandiri atau secara kelompok dalam suatu organisasi dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta membantu pemulihan kesehatan seseorang, keluarga, atau kelompok masyarakat. Pelayanan kesehatan menurut Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 adalah pemberian pelayanan kesehatan perseorangan maupun masyarakat yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan serta mencegah timbulnya penyakit baik perseorangan maupun kelompok masyarakat.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia adalah Pemerintah menetapkan suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertugas sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh warga negara Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berlaku sejak 1 Januari 2014, berupa perlindungan kesehatan agar pesertanya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan hukum dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. JKN diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran yang disebut JKN Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) dan yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah atau yang disebut JKN Penerima Bantuan Iuran (PBI). Sejak awal dilaksanakan JKN hingga saat ini JKN masih banyak mengalami berbagai permasalahan, yang

disebabkan oleh rendahnya pengetahuan masyarakat tentang regulasi JKN (Thabrany, 2014).

Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS terdiri dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang terdiri dari puskesmas atau yang setara, praktik dokter, klinik pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI, dan rumah sakit Tipe D pratama atau yang setara. Fasilitas kesehatan tingkat lanjut merupakan rujukan yang telah ditunjuk oleh pasien setelah terdaftar sebagai peserta BPJS, fasilitas tingkat lanjut terdiri dari rumah sakit dan balai kesehatan (Adisasmito, 2014).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan oleh masyarakat harus dapat memenuhi kebutuhannya dan juga mendapat kepuasan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang diperoleh. Sistem Kesehatan Nasional disebutkan, bahwa kesehatan menyangkut semua segi kehidupan yang ruang lingkup dan jangkauannya sangat luas dan kompleks (Mate *et al.*, 2013). Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan telah berkembang dengan pesat dan didukung oleh sarana kesehatan yang semakin canggih, perkembangan ini turut mempengaruhi jasa profesional di bidang kesehatan yang dari waktu ke waktu semakin berkembang pula (Franken, et al., 2013).

Permasalahan yang timbul dalam tindakan pelayanan kesehatan masih banyak ditemukan, meskipun telah banyak upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Permasalahan pasien BPJS di Gorontalo juga masih dialami akibat adanya ketidakpuasan pasien dan atau keluarganya terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Rahmawati (2016), menyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tingkat kepuasan pasien BPJS dengan pasien umum di Rumah Sakit Umum Daerah Aloi Saboe Kota Gorontalo. dengan hasil tingkat kepuasan pasien Non BPJS lebih baik dibandingkan dengan pasien BPJS.

Permasalahan pelayanan kesehatan di Provinsi Gorontalo berdasarkan data yang dilaporkan pada Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo mengalami peningkatan. Permasalahan pelayanan kesehatan yang dilaporkan pada tahun 2017 sebanyak 1258 kasus, dan pada tahun 2020 yaitu 2623 kasus yang dilaporkan. Penyebab permasalahan kesehatan di Provinsi Gorontalo berdasarkan data yang diperoleh yaitu masalah administrasi (sistem pembiayaan), tidak terpenuhinya fasilitas pelayanan kesehatan berupa ruang rawat inap, obat-obatan dan laboratorium, dan sikap pemberi layanan kesehatan. (Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, 2021).

Sengketa pelayanan kesehatan pada awalnya terjadi karena adanya rasa ketidakpuasan dari pihak penerima pelayanan kesehatan terhadap tindakan atau pelayanan yang diperoleh. Faktor-faktor yang menyebabkan

terjadinya ketidakpuasan pasien dan atau keluarga pasien selaku penerima pelayanan kesehatan pada umumnya disebabkan oleh ketidaksesuaian fasilitas pelayanan kesehatan, sistem pembiayaan dan dugaan malpraktik akibat kelalaian dokter atau tenaga kesehatan lainnya pada saat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan (Suryono, 2009).

Permasalahan terhadap pelayanan kesehatan jika tidak diselesaikan akan menjadi konflik yang dapat menimbulkan sengketa pelayanan kesehatan. Sengketa pelayanan kesehatan adalah sengketa yang terjadi antara pasien dan atau keluarga pasien dengan rumah sakit, dokter atau tenaga kesehatan lainnya selaku penerima dan pemberi pelayanan kesehatan dan harus diselesaikan sehingga tidak menimbulkan masalah yang lebih kompleks.

Penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan secara umum dilakukan terdiri dari dua pendekatan yaitu melalui pengadilan (*litigasi*) dan di luar pengadilan (*non litigasi*). Litigasi adalah penyelesaian masalah hukum melalui jalur pengadilan. Pelaksanaan suatu gugatan pada umumnya disebut litigasi, apabila gugatan merupakan suatu tindakan sipil yang dilaporkan pada pengadilan hukum formal. Proses litigasi diawali dengan penggugat atau pihak yang mengklaim telah mengalami kerugian sebagai akibat dari tindakan tergugat, dimana penggugat menuntut upaya hukum yang adil (Abdurrahman, 2010).

Penyelesaian sengketa yang kedua yaitu non litigasi berarti menyelesaikan masalah hukum di luar pengadilan. Non-litigasi biasanya

dikenal dengan alternatif penyelesaian sengketa, yang diakui di dalam peraturan perundangan di Indonesia. Undang-undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa Pasal 1 angka 10 dinyatakan bahwa Alternatif Penyelesaian Sengketa (*Alternatif Dispute Resolution*) adalah lembaga penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui prosedur yang disepakati para pihak, yakni penyelesaian di luar pengadilan dengan cara konsiliasi, negoisasi, mediasi, atau penilaian para ahli.

Penyelesaian sengketa diluar pengadilan juga didasarkan pada Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 Pasal 29 yang menyatakan “Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi”. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tahun 2014 pada Pasal 78 menyatakan juga; “Dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan”.

Penyelesaian sengketa melalui litigasi sering dihindari oleh masyarakat karena administrasi yang dianggap sulit untuk dipenuhi dan prosesnya memerlukan waktu yang lama. Hal ini membuat masyarakat yang mengalami sengketa pelayanan kesehatan lebih sering menggunakan

pendekatan non litigasi melalui alternatif penyelesaian sengketa berupa mediasi, negoisiasi dan konsiliasi atau dengan pendekatan lain berdasarkan kesepakatan bersama antara pihak yang bersengketa (Mate et al., 2013).

Penyelesaian permasalahan pelayanan kesehatan di Provinsi Gorontalo berdasarkan data yang diperoleh sebanyak kurang lebih 10-20% dilakukan melalui proses pendekatan musyawarah antara pasien dan pihak rumah sakit yang di mediasi oleh dinas kesehatan. Permasalahan yang dilaporkan tetapi tidak diselesaikan sebanyak 80-90% dan hanya bersifat laporan. Laporan tidak diselesaikan disebabkan pasien dan atau keluarga pasien enggan untuk melanjutkan proses pengaduan karena proses administrasi yang panjang dan rumit, serta membutuhkan waktu dan biaya yang cukup tinggi.

Salah satu alternatif penyelesaian sengketa yang juga seringkali digunakan oleh masyarakat adalah pendekatan berbasis masyarakat adat atau yang dikenal dengan pendekatan sosio kultural. Pendekatan sosio kultural adalah suatu pendekatan yang lebih mengutamakan rasa kekeluargaan atau persaudaraan dalam memperoleh keadilan berdasarkan adat atau kebiasaan masyarakat setempat. Pendekatan sosio kultural pada setiap daerah pada umumnya didasarkan pada kearifan lokal yang berlaku pada suatu daerah tersebut (Dean, et al., 2004).

Penyelesaian sengketa melalui pendekatan sosio kultural biasanya dikaitkan juga dengan adat atau kebiasaan yang berlaku pada suatu daerah

dan pendekatan ini telah lama diakui di Indonesia. Hal ini terbukti dengan adanya pasal 18 ayat 2 Undang-undang Dasar 1945 yang menyatakan bahwa “Negara mengakui dan menghormati kesatuan-kesatuan masyarakat hukum adat beserta hak-hak tradisionalnya sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia, yang diatur dalam undang-undang” (Rachmadi, 2013).

Provinsi Gorontalo memiliki kearifan lokal (*local wisdom*) yang dikenal dengan nama *Huyula* dan *Pohala’a*. *Huyula* merupakan suatu sistem gotong royong atau tolong menolong antara anggota masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dan kepentingan bersama yang didasarkan pada solidaritas sosial. Budaya *Huyula* didalamnya dikenal istilah *ambu* yaitu kegiatan tolong menolong untuk kepentingan bersama. *Ambu* sering juga dijadikan dasar dalam menyelesaikan permasalahan atau sengketa yang terjadi pada masyarakat. Nilai-nilai yang terkandung di dalam *ambu* ini adalah kerjasama, kebersamaan, tanggungjawab, musyawarah, persatuan dan peduli (Darwis et al. , 2017).

Budaya *Pohala’a* yang dibangun berdasarkan filosofi dan nilai-nilai budaya lokal, yaitu persaudaraan. Persaudaraan ini menjadi tekad dan semangat yang mengikat seluruh masyarakat Gorontalo di mana pun mereka berada dalam sebuah ikatan yang disebut *limo lo pohala’a* (lima bersaudara dalam lokus bumi dan akar kebudayaan yang sama). Lima *Pohala’a* yang ada di Gorontalo berdasarkan wilayahnya, yaitu *Pohala’a*

Gorontalo, Pohala'a Limboto, Pohala'a Suwawa, Pohala'a Boalemo, dan Pohala'a Atinggola (Daulima, 2004).

Prinsip *Huyula* dan *Pohala'a* yang digunakan pada penyelesaian sengketa yang terjadi di masyarakat secara umum bertujuan untuk meningkatkan rasa persaudaraan dan memberikan solusi yang dapat diterima oleh pihak-pihak yang bersengketa. Provinsi Gorontalo juga mendukung pelaksanaan penyelesaian sengketa melalui pendekatan hukum adat yang diperkuat dengan mengeluarkan Peraturan Daerah Provinsi Gorontalo Nomor 2 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Lembaga Adat (Edy, 2004).

Pendekatan sosio kultural yang didasarkan pada budaya *Huyula* dan *Pohala'a* dalam menyelesaikan sengketa pelayanan kesehatan belum pernah dilakukan sehingga perlu dilakukan penelitian tentang strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo. Pendekatan sosio kultural diharapkan mampu menjadi jembatan yang dapat menyelesaikan masalah yang selama ini ditemukan dalam proses litigasi.

B. Rumusan Masalah

Pendekatan sosio kultural dalam penelitian ini adalah pendekatan yang menggunakan prinsip *Huyula* dan *Pohala'a*. Prinsip *Huyula* dan *Pohala'a* merupakan prinsip yang berdasarkan pada kebaikan bagi kehidupan masyarakat, sehingga prinsip ini melekat kuat pada kehidupan

masyarakat di Gorontalo. Walaupun terdapat perbedaan karakter dan intensitas hubungan sosial budaya, tetapi mereka terikat dalam persamaan visi dalam menciptakan kehidupan yang bermartabat dan sejahtera secara bersama. Prinsip ini membuat individu, kelompok masyarakat saling melengkapi, bersatu dan berinteraksi dengan memelihara nilai dan norma sosial yang berlaku. Prinsip ini dapat dijadikan dasar dalam menyelesaikan sengketa pelayanan kesehatan yang terjadi di Provinsi Gorontalo.

Penerapan prinsip *Huyula* dan *Pohala'a* dalam penyelesaian sengketa biasanya diterapkan pada penyelesaian konflik dan atau sengketa antara pribadi, keluarga, tetangga dan dilakukan melalui kepala adat atau melalui kepala desa. Bentuk penyelesaian sengketa pada masyarakat adat ini selalu diupayakan diselesaikan secara musyawarah dengan memegang prinsip *Huyula* (tolong-menolong/kebersamaan) dan *pohala'a* (persatuan dalam ikatan persaudaraan; dan Penegakan hukum dapat terwujud ketika ketiga elemen dapat terpenuhi, yaitu struktur hukum, aparat hukum dan budaya hukum (Darwis, 2017).

Permasalahan dalam strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan melalui pendekatan sosio kultural menggunakan prinsip *Huyula* dan *Pohala'a* pada penelitian ini perlu diuraikan secara lebih jelas sehingga hasilnya lebih efisien dan efektif. Pendekatan sosio kultural biasa akan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain penyebab terjadinya sengketa, persepsi masyarakat (pasien dan atau keluarga pasien) dan metode

penyelesaian sengketa serta berbagai faktor lainnya. Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Variabel dan indikator variabel apa saja yang menyebabkan terjadinya sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS di Provinsi Gorontalo?
2. Bagaimana pengaruh penyebab sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS terhadap strategi penyelesaian sengketa dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo?
3. Bagaimana pengaruh persepsi pasien dan atau keluarga pasien BPJS terhadap strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo?
4. Bagaimana pengaruh metode penyelesaian sengketa pasien BPJS terhadap strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo?
5. Bagaimana strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian berdasarkan latar belakang dan permasalahan yang telah diuraikan sebelumnya terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus penelitian. Tujuan umum penelitian adalah merumuskan strategi penyelesaian sengketa melalui pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo.

Tujuan khusus penelitian, yaitu:

1. Menemukan variabel dan indikator variabel penyebab terjadinya sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS di Provinsi Gorontalo.
2. Menganalisis pengaruh penyebab sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS terhadap strategi penyelesaian sengketa dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo.
3. Menganalisis pengaruh persepsi pasien dan atau keluarga pasien BPJS terhadap strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo.
4. Menganalisis pengaruh metode penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS terhadap strategi penyelesaian sengketa pelayanan dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo.
5. Merumuskan strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat atau nilai guna secara teoritis dan praktis. Adapun manfaat penelitian adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah memberikan sumbangan terhadap perkembangan ilmu hukum kesehatan secara khusus bidang ilmu analisis kebijakan kesehatan, ilmu komunikasi kesehatan, ilmu sosial budaya, ilmu manajemen pelayanan kesehatan

dan perkembangan ilmu lainnya yang berkaitan dengan penerapan strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dengan pendekatan sosio kultural.

2. Manfaat Praktis

Penelitian diharapkan dapat memberikan kegunaan secara praktis bagi peneliti, masyarakat dan Pemerintah sebagai berikut:

a. Peneliti

Kegunaan bagi peneliti, yaitu dapat meningkatkan kemampuan dalam menemukan indikator penyebab terjadinya sengketa, serta memberikan solusi dalam menyelesaikan sengketa pelayanan kesehatan berdasarkan strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan pasien BPJS dengan pendekatan sosio kultural di Provinsi Gorontalo.

b. Masyarakat, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan lainnya

Manfaat bagi masyarakat, tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya yaitu menjadi salah satu alternatif penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan melalui pendekatan sosio kultural.

c. Pemerintah

Manfaat bagi Pemerintah yaitu hasil penelitian dapat dijadikan dasar untuk memberikan solusi bagi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan dan meningkatkan pelayanan kesehatan baik secara kuantitas maupun kualitas, pada fasilitas kesehatan terutama bagi pasien BPJS di Provinsi Gorontalo.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Levey dan Lomba, 1973 *dalam* ^aIndar, 2020). Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum berdasarkan UUD 1945 (^bIndar, et al., 2020).

Sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia telah berkontribusi pada kesehatan dan harapan hidup yang lebih baik dengan berbagai tingkat keberhasilan. Pemantauan dan evaluasi terhadap kinerja dilakukan sehingga dapat memberikan informasi untuk menentukan kebijakan selanjutnya. Perbandingan pelayanan kesehatan juga perlu dilakukan lintas negara, sehingga memungkinkan suatu negara untuk belajar dari negara lain (Franken & Koolman, 2013).

Pendekatan yang paling komprehensif dalam sistem pelayanan kesehatan adalah yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Evaluasi kinerja rumah sakit di Selandia Baru dilakukan dengan mengevaluasi perbandingan kinerja berbagai rumah sakit pada skala

internasional berdasarkan standar kesehatan dunia oleh WHO. Hasil penelitian menyatakan bahwa kinerja rumah sakit yang harus diperhatikan terdiri dari tiga dimensi, yaitu efisiensi, efektifitas dan ekuitas (Davis et al., 2013).

Sistem pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik yang berupa faktor internal maupun eksternal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan adalah waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sedangkan faktor eksternal yaitu sumberdaya manusia dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang dimiliki oleh rumah sakit (Viberg, et al., 2013). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Qingyue & Shenglan, (2020), menyatakan bahwa untuk mencapai cakupan perawatan kesehatan universal di Cina pada tahun 2020, harus dievaluasi dalam tiga dimensi, yaitu luasnya cakupan populasi, ketersediaan penyedia pelayanan, dan pembiayaan kesehatan.

Faktor lain yang juga turut berpengaruh dalam pelayanan kesehatan yaitu strategi dan intervensi pimpinan yang dilakukan dalam sistem pelayanan kesehatan juga akan mempengaruhi kinerja (Bradley & Ivascu, 2016). Hal ini dibuktikan juga oleh penelitian yang dilakukan oleh (Marchal, Dedzo, & Kegels, 2010), menganalisis bagaimana peranan sistem pengelolaan dapat berkontribusi untuk meningkatkan kinerja rumah sakit. Bernstrøm & Kjekshus (2012), menyatakan bahwa perilaku pimpinan (monitoring, pendekatan sosial dan kehadiran) mempengaruhi pelayanan kesehatan di Norwegia.

Sistem pengelolaan dan karakteristik pemimpin yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan akan berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selaku pengguna. Hakim, Benedict, & Merrick (2004), menilai kualitas perawatan di rumah sakit untuk wanita yang menjalani histerektomi. Leggat, Smyth, Balding, & McAlpine (2016), mengembangkan kepemimpinan klinis di kalangan profesional kesehatan yang bekerja di organisasi sektor publik. Hall, Garabiles, & Latkin (2019), mengeksplorasi kondisi kerja dan faktor risiko kesehatan yang buruk. Brown, Mason, & Lyon (2008), menguraikan pekerjaan tata kelola klinik dalam proyek kesehatan masyarakat. Mira *et al.* (2017), melakukan penelitian berkaitan rekomendasi yang ditetapkan untuk mengurangi dampak negatif pada pasien, profesional kesehatan dan organisasi.

Penelitian-penelitian yang dilakukan tersebut di atas bertujuan untuk meningkatkan sistem pelayanan yang berlaku pada masing-masing negara maupun peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara global. Hal yang paling mendasar yang juga menjadi faktor yang sangat berpengaruh terhadap sistem pelayanan kesehatan yaitu ketersediaan biaya operasional pada fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pelayanan kesehatan harus berpegang teguh pada prinsip-prinsip etik, agar dapat menyeleksi dan menentukan tindakan mana yang baik atau buruk serta tindakan mana yang benar atau salah (Indar, 2018).

Hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa sistem pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain sistem

manajemen, karakteristik pimpinan, sarana dan prasarana, keberadaan staf profesional, keadaan ekonomi fasilitas pelayanan kesehatan dan keadaan ekonomi pasien selaku pengguna pelayanan kesehatan. perbaikan mutu pelayanan harus dilakukan secara menyeluruh terhadap semua faktor yang berpengaruh baik internal maupun eksternal.

Salah satu faktor yang akan berpengaruh terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang akan diterima oleh seorang pasien adalah sistem pembiayaan kesehatan. Sistem pembiayaan merupakan cara atau metode yang digunakan oleh pasien untuk melakukan pembayaran terhadap pelayanan kesehatan yang telah digunakan atau diperoleh. Sistem pembiayaan biasa dilakukan dengan cara membayar secara tunai ataupun dengan menggunakan asuransi kesehatan swasta maupun Pemerintah. Pembayaran secara tunai atau secara individu biasanya jarang menimbulkan permasalahan dalam pelayanan kesehatan. Permasalahan dalam pelayanan kesehatan sering timbul akibat penggunaan asuransi kesehatan dalam sistem pembiayaan kesehatan, apalagi jika pasien menggunakan sistem pembiayaan dengan menggunakan asuransi kesehatan yang gratis seperti penggunaan BPJS yang biayanya bersumber dari Pemerintah (Adisasmito, 2014).

Jacobs *dalam* Thabrany (2014), menyatakan bahwa asuransi kesehatan adalah pembayaran yang dilakukan untuk biaya yang diterima dari suatu kelompok atau individu yang dihasilkan dari pemanfaatan medis berdasarkan pada pengecualian biaya yang dikeluarkan oleh kelompok

atau individu tersebut. Pendapat lain menyatakan bahwa asuransi kesehatan merupakan bagian dari asuransi jiwa, dengan tujuan memeralihkan risiko sakit dari tertanggung kepada penanggung.

Asuransi kesehatan dapat mengurangi risiko yang merugikan bagi penggunanya. Asuransi kesehatan juga dipengaruhi oleh berbagai faktor yang sangat menentukan dalam sistem pembayaran informal bagi pasien yang menjalani rawat inap dan rawat jalan. Berdasarkan hasil penelitian (Tomini & Maarse, 2011) menunjukkan bahwa sistem pembayaran informal (asuransi kesehatan) sangat tergantung pada karakteristik tertentu pasien, termasuk usia, area tempat tinggal, pendidikan, status kesehatan dan asuransi kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan dengan menggunakan asuransi kesehatan terus menjadi masalah yang harus terus dikaji karena dapat menimbulkan dampak yang cukup signifikan terhadap mutu pelayanan kesehatan. Penelitian-penelitian tentang sistem pembiayaan kesehatan terus dilakukan, sehingga diharapkan hasil penelitian tersebut dapat dijadikan dasar dalam meningkatkan sistem pembiayaan yang optimal. Penelitian tersebut antara lain simulasi penyediaan asuransi kesehatan dan sumber perawatan medis yang biasa menghasilkan peningkatan substansial dalam kemungkinan dosis yang diterima sesuai usia (Dombkowski, Lantz, & Freed, 2010).

Zhang et al. (2009), membandingkan kualitas perawatan diabetes berdasarkan jenis asuransi di pusat kesehatan masyarakat yang didanai Pemerintah Federal. Warner et al., (2015), mengeksplorasi bagaimana

perubahan dalam cakupan asuransi berkontribusi terhadap penurunan baru-baru ini dalam sunat pada bayi baru lahir. (Lin, Xirasagar, & Tang, (2004), mengetahui hubungan antara biaya perawatan kesehatan dan kepemilikan rumah sakit. Stabile & Isabelle (2018), mengeksplorasi hubungan antara perawatan kesehatan yang dibiayai langsung dan yang dibiayai asuransi swasta. McIntyre, Meheus, & Rottingen, (2017), mengeksplorasi target potensial untuk pengeluaran pemerintah pada kesehatan untuk maju menuju UHC. Iqbal, (2013), mengetahui pengeluaran rumah tangga untuk biaya kesehatan di Indonesia, serta untuk mengetahui pengaruh letak geografis, status ekonomi dan kepemilikan asuransi terhadap pengeluaran rumah tangga untuk biaya kesehatan di Indonesia.

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi Kesehatan di Indonesia, diantaranya (*demand*) dan pendapatan penduduk yang rendah, terbatasnya jumlah perusahaan asuransi, dan buruknya mutu fasilitas pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia.

Asuransi kesehatan yang digunakan di Indonesia pada umumnya merupakan asuransi Pemerintah, yang dikategorikan sebagai penduduk tidak mampu. Salah satu yang berkembang saat ini yaitu sistem pembiayaan yang ditangani oleh BPJS baik yang pembayarannya

dilakukan oleh individu (Mandiri) atau dari Pemerintah. BPJS selaku penyelenggara jaminan kesehatan di Indonesia saat ini juga masih menghadapi berbagai kendala baik yang bersifat internal maupun eksternal. BPJS dibagi dalam berbagai kategori berdasarkan asal pembayaran iuran wajib, yaitu BPJS yang iurannya dibayar secara mandiri (perseorangan), PNS, TNI/Polri dan yang dibayarkan oleh Pemerintah. Sistem pembiayaan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus dikelola secara profesional dan ekonomis dan tetap memperhatikan kualitas melalui pemberian pelayanan kesehatan yang memadai, dengan mempertimbangkan aspek efektifitas, efisiensi, dan pemerataan (Widada, et al., 2017).

B. Regulasi Sistem Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam berbagai regulasi atau peraturan peundang-undangan yang ditetapkan sesuai dengan tujuan pelayanan kesehatan pada masing-masing negara. Regulasi pelayanan kesehatan yang ada pada dasarnya bertujuan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan pada sebuah negara (Setiaji, et al., 2015)

Indonesia merupakan salah satu negara yang menempatkan kesehatan sebagai hak dasar bagi warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas. Untuk menjamin peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia, maka terdapat berbagai regulasi yang

berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan yang berlaku di Indonesia, yaitu:

1. Undang-Undang Dasar 1945

Undang-undang Dasar 1945 dijadikan dasar untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Pada Pasal 28 bagian H berbunyi sebagai berikut (UUD 1945):

- (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- (2) Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan,
- (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.
- (4) Setiap orang berhak mempunyai hak milik pribadi dan hak milik tersebut tidak boleh diambil alih secara sewenang-wenang oleh siapapun.

Pasal 28 H ayat 1 dan ayat 2 diatas, menyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" dan "Setiap orang berhak

mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan". Hal ini membuktikan bahwa pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia harus benar-benar dapat memberikan pelayanan yang adil dan menyeluruh bagi seluruh masyarakat (Utarini Adi, 2011) .

2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Pemerintah juga telah menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 1 Januari 2004. Hal ini diatur di dalam Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem jaminan sosial nasional merupakan sistem jaminan sosial yang ditetapkan di Indonesia sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan di Indonesia guna menjamin terpenuhinya kebutuhan hidup yang layak bagi setiap warga negara, termasuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara adil dan menyeluruh (Widada et al., 2017).

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 ditetapkan sebagai pengganti program-program jaminan sosial yang telah ditetapkan sebelumnya (Askes, Jamsostek, Taspen dan Asabri), karena dinilai belum optimal dalam memberikan manfaat bagi pesertanya, termasuk belum optimalnya tata kelola program jaminan sosial tersebut. Program jaminan sosial nasional yang ditetapkan dalam undang-undang No. 40 tahun 2004 cukup komprehensif dan memberikan

perlindungan kepada seluruh warga negara Indonesia tanpa membedakan jenis pekerjaan, baik yang bekerja di sektor formal, informal maupun wiraswasta. Hal ini dilakukan untuk memberikan Jaminan Sosial Nasional secara adil dan menyeluruh bagi seluruh warga negara Indonesia (Suryono, 2009).

3. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Dalam rangka mempercepat pelaksanaan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Pemerintah melakukan upaya untuk mempercepat pelaksanaan UU SJSN melalui penetapan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pemerintah kemudian memperbaiki implementasi peraturan perundang-undangan kesejahteraan sosial lainnya yang dianggap kurang optimal. Pada tahun 2014 melalui penetapan RAPBN, SJSN bidang kesehatan dijadikan sebagai salah satu isu strategis utama dalam meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan rakyat Indonesia (Adisasmito, 2014).

Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, menyatakan bahwa BPJS diselenggarakan berdasarkan asas-asas berikut ini

- 1) Asas tolong menolong: peserta yang lebih kaya akan membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang mempunyai risiko kecil akan membantu peserta yang mempunyai risiko lebih

besar, dan mereka yang sehat akan membantu mereka yang sakit

- 2) Asas kepesertaan wajib: seluruh penduduk Indonesia secara bertahap akan diwajibkan untuk berpartisipasi dalam program Jaminan Sosial Nasional
- 3) Asas dana amanah: dana yang dikumpulkan dari peserta akan dikelola oleh beberapa Badan Pengelola Jaminan Sosial Nasional dalam sebuah dana amanah yang akan dipergunakan semaksimal mungkin untuk meningkatkan kesejahteraan seluruh peserta
- 4) Asas nirlaba: dana amanah ini harus bersifat nirlaba dan dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan jaminan sosial seluruh peserta
- 5) Keterbukaan, pengurangan risiko, akuntabilitas, efisiensi, dan efektifitas: dasar pengelolaan ini akan digunakan sebagai dasar pengelolaan program Jamsosnas
- 6) Portabilitas: peserta akan terus menjadi anggota program Jamsosnas tanpa memedulikan besar pendapatan dan status kerja peserta, dan akan terus menerima manfaat tanpa memedulikan besar pendapatan dan status keluarga peserta sepanjang memenuhi kriteria tertulis untuk menerima manfaat program tersebut.

4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 dapat dijadikan dasar dalam penyelesaian sengketa, dimana pada Pasal 29 menyatakan bahwa “Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi”.

Defenisi Pelayanan kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

Pasal 52 ayat (1) UU Nomor 36 Tahun 2009, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk yaitu (Notoatmodjo, 2010):

1. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*)

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan

tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*)

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Nomor 36 Tahun 2009 Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

1. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
2. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
3. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

4. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, 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.

Berdasarkan uraian di atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, klinik, dan rumah sakit diatur secara umum dalam UU Kesehatan, dalam Pasal 54 ayat (1) UU Nomor 36 Tahun 2009 berbunyi bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Setiap orang atau pasien berhak memperoleh kegiatan pelayanan kesehatan secara profesional, aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif serta lebih mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya (Triwibowo, 2014) .

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang semakin meningkat, menyebabkan berkembangnya juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum

pasien. Saat ini banyak anggapan yang menyatakan beberapa tenaga kesehatan belum siap bekerja sehingga sering terjadi malpraktek, sehingga perlu dikeluarkan aturan yang melindungi pasien (Siswati, 2015)

Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 UU Nomor 36 Tahun 2009, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
3. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 UU Nomor 36 Tahun 2009 juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
2. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

3. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

5. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum, yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan, yang meliputi kegiatan atau aktivitas profesional di bidang pelayanan preventif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit (Sanjaya, 2012).

Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagian besar berkaitan erat dengan pelayanan kesehatan serta tanggung jawab tenaga kesehatan terhadap rumah sakit, sebagai berikut (Indar, et al., 2020):

- a. Mendedikasikan keahlian yang dimiliki sepenuhnya untuk pelayanan.
- b. Melakukan pelayanan terhadap pasien dengan penuh tanggung jawab dan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur.

- c. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- d. Menjaga rahasia medis pasien dan nama baik rumah sakit.

6. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Praktik kedokteran berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004 adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan; Dokter dan dokter gigi adalah dokter , dokter spesialis dokter gigi, dan dokter spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran baik di dalam maupun luar negeri (Suryono, 2009).

Pasal 6 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyatakan ayat (1) Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran dapat mengadukan secara tertulis kepada Ketua MKDKI. Ayat (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan Tindak Pidana kepada yang berwenang dan atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan (Indar, et al., 2020).

7. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan yang diperoleh pasien. UU Nomor 36 tahun 2014 tentang

Tenaga Kesehatan ditetapkan dengan berbagai pertimbangan, antara lain (Siswati, 2015):

- a. Tenaga kesehatan harus dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya
- b. Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat.
- c. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggungjawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

- d. Hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, dalam rangka pemeratakan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya pelayanan kesehatan, perlu pengaturan mengenai tenaga kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan ditetapkan sebagai salah satu upaya yang dilakukan untuk mewujudkan tenaga kesehatan yang berkualitas dan bertanggung jawab dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Manajemen kesehatan rumah sakit perlu diselenggarakan berdasarkan UU Nomor 36 tahun 2014, sehingga dapat menjadi dasar bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan pada masyarakat (Siswati, 2015).

Undang-undang Nomor 36 tahun 2014 selain mengatur tentang mutu pelayanan kesehatan, dapat juga dijadikan dasar dalam penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan khususnya penyelesaian yang dilakukan diluar pengadilan. Undang-undang Nomor 36 tahun 2014 pada Pasal 78 menyatakan bahwa "Dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar

pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan”.

8. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan (Trisnadi, 2018).

Pasal 3 UU no. 38 tahun 2014 tentang keperawatan menyatakan bahwa pengaturan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan mutu perawat, meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada perawat dan klien, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Mutu pelayanan yang diberikan oleh perawat atau tenaga medis lainnya harus didasarkan pada standar kesehatan yang berlaku, sehingga tidak menimbulkan sanksi hukum baik bagi perawat atau tenaga kesehatan lainnya.

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran

Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, menyatakan bahwa “Praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan”. Penyelenggaraan praktik kedokteran atau pelayanan kesehatan harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan Pemerintah. Kegiatan dokter yang tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku akan mengarah pada malpraktik, sehingga menimbulkan dampak hukum (Triwibowo, 2014)

Dokter telah mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) atau telah resmi menyanggah profesi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis. Setelah mempunyai STR seorang dokter yang hendak menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mempunyai Surat Izin Praktik (SIP). Kewajiban mempunyai SIP tertuang pada Permenkes No. 2052/MenKes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Permenkes No. 2052/MenKes/Per/X/2011 ditetapkan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Triwibowo, 2014).

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

Pengertian Rekam medis berdasarkan Permenkes No. 269 tahun 2008, adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengertian catatan dan dokumen berdasarkan Permenkes No. 269 tahun 2008 berbeda. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.

Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Rekam medis terdiri dua kategori informasi yang mengandung nilai kerahasiaan dan tidak mengandung nilai kerahasiaan (Paulina, et al., 2016).

Rekam medis sangat penting karena dapat memberikan informasi yang lengkap tentang identitas pasien, serta keadaan dan tindakan yang telah berikan pada pelayanan kesehatan. Rekam medis wajib dibuat oleh setiap sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan berupa rawat jalan maupun rawat inap. Rekam medis mempunyai fungsi dan peran yang sangat penting, karena

dapat dijadikan petunjuk dasar bagi pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan.

Rekam medis dapat digunakan untuk melakukan tindakan-tindakan alternatif pada proses pengobatan dan perawatan pasien lebih lanjut. Rekam medis dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dan kerahasiannya wajib dijaga berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku (Indar, 2017).

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

Permenkes No. 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 ayat (1), menyatakan bahwa yang dimaksud dengan Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien (Trisnadi, 2018.).

Persetujuan tindakan kedokteran (PTK) adalah amanat dari Permenkes No. 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran yang merupakan pelaksanaan dari UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 45. Permenkes PTK Pasal 2 ayat (1) mengatakan bahwa semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Peraturan ini

merupakan representasi dari upaya negara untuk mencegah terjadinya kesewenang-wenangan dokter yang memungkinkan timbulnya pelanggaran hak asasi pasien. Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien (Afandi, 2018).

Proses memberikan penjelasan pada persetujuan tindakan kedokteran harus diberikan secara lengkap tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan tindakan kedokteran yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga oleh dokter yang akan melakukan tindakan, agar pasien/ keluarga mengerti dan dapat memahami, dan penjelasan tersebut dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat keputusan. Dengan demikian maka persetujuan tindakan kedokteran sebenarnya suatu proses komunikasi antar dokter dan pasien/keluarga (Afandi, 2018).

Regulasi pelayanan kesehatan pada setiap negara berbeda-beda tetapi pada dasarnya memiliki tujuan yang sama, yaitu meningkatkan taraf hidup masyarakat secara merata secara khusus dalam bidang kesehatan. Hal tersebut dapat kita lihat pada berbagai penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti yang berasal dari berbagai negara, dengan tujuan mengevaluasi peraturan yang berlaku dalam pelayanan kesehatan.

Gunst, Mash, & Phillips (2016), menetapkan kerangka tata kelola klinis dan merefleksikan pengalaman dan pelajaran bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi pasien. Dahlen (2015), memeriksa bagaimana pasar tenaga kerja dan hasil asuransi kesehatan dipengaruhi oleh hilangnya kelayakan cakupan pertanggunggunaan berdasarkan undang-undang perlindungan pasien. Wilson, Brownstein, & Fidler (2010), mengevaluasi penggunaan peraturan yang dikeluarkan oleh WHO.

Hasil-hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa setiap negara menyadari akan pentingnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi penduduknya. Peningkatan kualitas pelayanan harus memiliki tata kelola klinis dan regulasi yang dapat memberikan manfaat bagi pasien maupun bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan. Regulasi dapat memberikan kepastian hukum dalam menerima dan memberi pelayanan kesehatan secara optimal.

C. Sengketa Pelayanan kesehatan

Permasalahan yang terjadi di masyarakat seringkali disebut dengan sengketa atau konflik. Sengketa dan konflik memiliki arti yang hampir sama berdasarkan kamus besar Bahasa Indonesia. Pengertian konflik menurut kamus besar Bahasa Indonesia adalah percekocokan, perselisihan atau pertentangan, sedangkan sengketa adalah sesuatu yang menyebabkan perbedaan pendapat; pertengkaran; perbantahan atau diartikan juga sebagai pertikaian atau perselisihan. Sengketa bisa timbul kapan saja dan

di mana saja pada saat dua kepentingan tidak dapat diakomodasi secara bersama-sama dan sudah pasti menghasilkan keputusan yang memenangkan kedua pihak yang bersegregketa (Indar, 2017)

Sengketa biasanya dianggap sebagai hal yang merusak dan berbahaya, akan tetapi para ahli menyebutkan tidak semua sengketa bersifat merusak. Sengketa pada tingkat tertentu dapat menjadi dasar kemajuan yang akan mengarah pada perubahan positif, serta memberikan energi dan motivasi bagi seseorang untuk mengevaluasi diri dalam berbagai situasi (Amestoy *et al*, 2014).

Sengketa bisa terjadi disetiap lapisan organisasi baik organisasi kecil maupun organisasi besar seperti rumah sakit. Rumah sakit di anggap sebagai organisasi yang paling rentan dalam terjadinya sengketa, perubahan yang terus-menerus terjadi, pelayanan kesehatan yang terdiri berbagai disiplin ilmu dan profesi, meningkatnya pengetahuan dan harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan serta desakan dari tim manajemen untuk pengembangan rumah sakit menjadi lebih baik merupakan hal-hal yang memungkinkan timbulnya sengketa (Suparman, *et al*, 2004).

Tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya, pada umumnya selalu mengakibatkan dua kemungkinan yaitu berhasil dan tidak berhasilnya tindakan tersebut. Ketidak berhasilan seorang dokter atau tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan disebabkan oleh dua hal, pertama yang disebabkan oleh *overmacht* (keadaan memaksa), kedua

yang disebabkan karena dokter melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar profesi pelayanan kesehatan (Indar, 2017).

Akibat dari tindakan yang diberikan oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya dapat menyebabkan konflik dengan pasien, sehingga dapat menyebabkan timbulnya sengketa pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang dapat memicu timbulnya sengketa selain akibat dari tindakan yang diberikan oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya, diantaranya perubahan pola hubungan antara dokter dengan pasien. Hubungan antara dokter dengan pasien pada awalnya bersifat paternalistik, pada hubungan ini partisipasi pasien yang dibolehkan hanyalah patuh secara mutlak kepada sang pengobat (dokter). Pasien dianggap tidak tahu dan tidak perlu tahu tentang sebab-sebab penyakitnya karena penyakit merupakan manifestasi kutukan Tuhan (Suminar, 2006).

Jenis hubungan hukum antara pasien dan dokter dalam pelayanan kesehatan ada dua, yaitu hubungan karena terjadinya kontrak terapeutik dan hubungan karena adanya peraturan-perundangan. Hubungan yang pertama, diawali dengan perjanjian (tidak tertulis) sehingga kehendak kedua belah pihak diasumsikan terakomodasi pada saat kesepakatan tercapai. Kesepakatan yang dicapai antara lain berupa persetujuan tindakan medis atau penolakan pada sebuah rencana tindakan medis. Hubungan karena peraturan-perundangan biasanya muncul karena

kewajiban yang dibebankan kepada dokter karena profesinya tanpa perlu dimintakan persetujuan pasien (Machmud, 2012).

Kedua hubungan tersebut melahirkan tanggung jawab hukum, tanggung jawab profesi dan tanggung jawab etika dari seorang dokter. Seorang dokter atau dokter gigi yang melakukan pelanggaran dapat saja dituntut dalam beberapa pengadilan, misalnya dalam bidang hukum ada pengadilan perdata, pengadilan pidana dan pengadilan administratif. Dokter atau dokter gigi juga dapat diperhadapkan pada Pengadilan Etik pada organisasi profesi (MKEK dan MKEKG), dan Pengadilan Disiplin Profesi oleh MKDKI (Triwibowo, 2014).

Komunikasi merupakan bagian yang sangat esensial dalam hubungan kontrak terapeutik. Informasi yang lengkap dari pasien sangat diperlukan dokter untuk kepentingan asosiasi dan temuan dalam rangka menegakkan diagnosa dan merancang pengobatan. Informasi lengkap dari dokter diperlukan pasien untuk menentukan persetujuan pasien dalam tindakan medis yang memenuhi standar. Kewajiban dokter yang mendasar adalah hubungan kontraktual profesional antara tenaga medis dengan pasien, yang menimbulkan kewajiban umum dan kewajiban profesional bagi tenaga medis tersebut. Kewajiban profesional diuraikan di dalam sumpah profesi, aturan etik profesi, berbagai standar pelayanan, dan berbagai prosedur operasional (Machmud, 2012).

Dokter memperoleh kualifikasi jika memiliki suatu kompetensi tertentu di bidang pelayanan kesehatan dengan tingkat tertentu, sesuai dengan

kompetensi yang harus dicapai selama menjalani pendidikan kedokteran. Tingkat kompetensi tersebut bukanlah tingkat terendah dan bukan pula tingkat tertinggi dalam kualifikasi tenaga medis yang sama, melainkan kompetensi yang rata-rata (*reasonable competence*) dalam populasi dokter (Machmud, 2012).

Model Donabedian yang menyatakan ada tiga komponen utama dalam menilai mutu pelayanan kesehatan yaitu **structure**, **process** dan **outcome**. Komponen **structure** mengacu pada karakteristik personil yang memberikan perawatan dan pengaturan tempat perawatan diberikan, antara lain (Donabedian, 2002) :

- Personil: pendidikan, pelatihan, pengalaman dan sertifikasi.
- Pengaturan tempat perawatan yang disediakan: tersedianya fasilitas yang memadai, peralatan, perangkat keamanan.

Komponen **process** mengacu pada seluruh kegiatan yang dilakukan selama pemberian perawatan, yaitu:

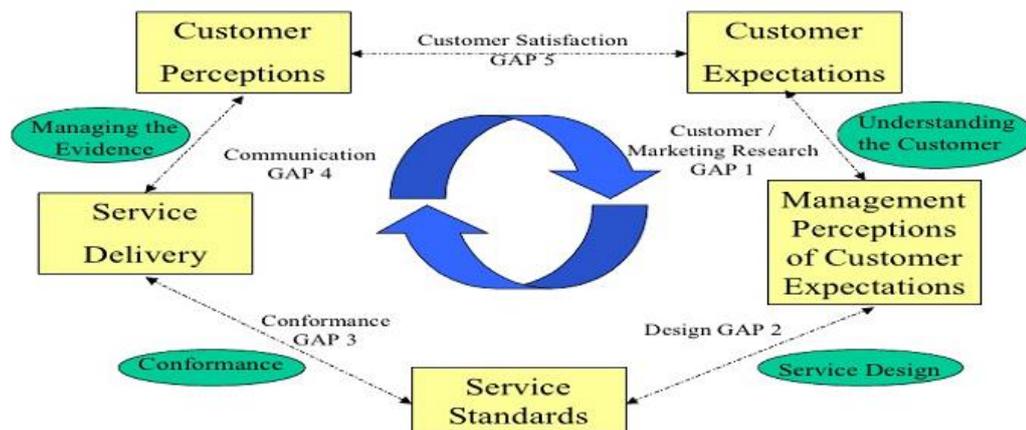
- **Aspek teknis:** ketepatan waktu dan akurasi diagnosis, kesesuaian terapi, komplikasi dan insiden yang mungkin terjadi selama perawatan dan koordinasi antara berbagai tahap perawatan (*interprofessional collaboration*)
- **Aspek interpersonal:** hubungan dokter-pasien: mengacu pada aturan dan standar yang mengatur semua interaksi manusia, dengan etika standar khusus pelayanan kesehatan dan harapan pasien

(informasi, menjawab pertanyaan,, keterlibatan dalam mengambil keputusan



Gambar 1. Model Donabedian
(Sumber: Donabedian,2002)

Model yang dibangun dalam penelitian ini juga didasarkan pada teori Gap (Parasuraman) yaitu teori yang mengemukakan 5 (lima) **kesenjangan** (*Discrepancy atau Gap*) dalam hubungan pemberi pelayanan kesehatan (*Provider*) dengan pasien (*consumer, pelanggan*).



Gambar 2. Teori Gap
(Sumber: Parasuraman, et al, 2005)

Persoalan akan timbul jika terjadi kesenjangan **discrepancy/ Gap** antara harapan/ ekspektasi dengan persepsi dari pelanggan. Kelima (5) gap/ kesenjangan/ *discrepancy* tersebut dapat menimbulkan **defisiensi**

produk, dalam hal ini adalah **jasa/ pelayanan kesehatan**, diuraikan sebagai berikut (Pasuraman *et al*, 2005):

1. Kesenjangan antara harapan/ ekspektasi Pelanggan dengan Persepsi pihak Manajemen terhadap harapan-harapan tersebut (GAP 1). Kekurangan atau kelemahan yang terdapat pada organisasi provider, dimana para manajer tidak mengerti dengan baik dan teliti apa sesungguhnya yang di harapkan pelanggan, dan apa sebenarnya masalah yang sedang pelanggan hadapi (**Gap 1**).
2. Kesenjangan antara Spesifikasi Mutu Pelayanan dengan Persepsi Manajemen terhadap ekspektasi / harapan pelanggan (GAP 2). Kekurangan / kelemahan yang merupakan kesenjangan / gap / discrepancy antara Spesifikasi Mutu Pelayanan (*Service Quality Specifications*) dengan Persepsi Manajemen atas harapan-harapan Pelanggan (**Gap 2**)
3. Kesenjangan antara Pemberian Pelayanan (*Delivery Service*) oleh provider dengan Spesifikasi Mutu Pelayanan (*Service Quality Specification*). Kekurangan / kelemahan yang merupakan kesenjangan yang dijumpai antara Spesifikasi Mutu Pelayanan dengan Pemberian Pelayanan (*Service Delivery*) oleh provider (**Gap 3**).
4. Kesenjangan antara Pemberian Pelayanan (*Service Delivery*) oleh Provider dengan Komunikasi Keluar (*External Communication*) kepada Pelanggan. Kekurangan/kelemahan yang dapat menimbulkan

kesenjangan antara Pemberian Pelayanan (*Service Delivery*) oleh provider dengan Komunikasi Eksternal (*External Communication*)

Gap 4.

5. Kesenjangan diantara ekspektasi pelanggan dengan persepsi pelanggan atas pelayanan provider (**Gap 5**). Kekurangan-kekurangan atau kelemahan-kelemahan pada mutu pelayanan yang di persepsi pelanggan, yakni: potensi kesenjangan (*potential discrepancy/gap*) antara ekspektasi dengan persepsi atas pelayanan, dilihat dari sudut pandang pelanggan.

Parasuraman, Zeithaml, dan Berry selain membahas proses GAP, menambahkan teori yang berbunyi: "Pelanggan biasanya bersandar pada unsur pengalaman pada saat menilai kualitas pelayanan." *Perceived Service Quality* (kualitas pelayanan yang diterima) berkisar pada kontinum kualitas ideal hingga kualitas yang tidak bisa diterima, di mana poin-poin di sepanjang kontinum tersebut mewakili kualitas kepuasan.

Hubungan pelayanan kesehatan berdasarkan pandangan para ahli kesehatan adalah hubungan atas dasar kepercayaan. Pasien percaya terhadap kemampuan dokter untuk berupaya semaksimal mungkin menyembuhkan penyakit yang dideritanya. Pasien juga percaya bahwa dokter akan berupaya semaksimal mungkin selain menyembuhkan penyakitnya juga akan mengurangi penderitaannya. Kepercayaan yang terbangun dipengaruhi oleh pandangan publik, yang seringkali berbuah kekecewaan ketika harapan tidak terwujud sehingga melahirkan sengketa.

Komunikasi merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan rasa kecewa dan menjadi penyebab utama sebuah konflik atau sengketa pelayanan kesehatan (Triwibowo, 2014).

Hubungan antara dokter dan pasien secara hukum berlangsung sebagai hubungan biomedis aktif-pasif. Hubungan ini adalah hubungan pelayanan kesehatan, dimana hubungan pelayanan kesehatan superioritas dokter terhadap pasien sangat dominan. Dokter aktif menemukan *sign and symptom*, membuat asosiasi dan mengambil keputusan. Paradigma lama menyatakan bahwa pasien selalu pasrah, diam dan ditentukan. Sisi pandang hukum pribadi, hubungan ini tampak berat sebelah, tidak sempurna, dan potensial melahirkan masalah. Hal tersebut memberikan dampak yang buruk dan banyak pihak beranggapan bahwa terdapat unsur pemaksaan kehendak dokter terhadap pasien. Keahlian khusus yang dimiliki oleh, jika dokter atau tenaga kesehatan melakukan komunikasi yang buruk akan membuka dan memberi celah munculnya ketidakpuasan pasien. Hubungan dokter pasien merupakan hubungan antar manusia, dimana hubungan tersebut merupakan hubungan yang mendekati persamaan hak antar manusia (Mustajab, 2013).

Perbedaan pandangan antara pasien dan atau keluarga pasien dengan dokter atau rumah sakit yang terjadi pada jaman dahulu, dokter cenderung menyalahkan pasien atau dokter hampir selalu berada dalam posisi yang benar. Kejadian seperti ini oleh berbagai teori disebut sebagai hubungan paternalistik, tetapi sejak 25 tahun terakhir para ahli hukum

kesehatan merubah konsep ini dengan paradigma baru yang menggambarkan hubungan yang equal antara dokter dan pasien (Tengker, 2007).

Konsep tersebut menyatakan bahwa pasien memiliki hak untuk menerima atau menolak apa yang dilakukan oleh dokter atau rumah sakit atas dirinya. Pasien berhak atas informasi yang lengkap, luas dan benar tentang penyakit yang dideritanya, rencana-rencana dokter yang akan dilakukan, resiko-resiko yang akan dihadapi bahkan juga perbandingan dengan metode atau bentuk tindakan medis yang lain (Adisasmito, 2014).

Dokter dan pasien adalah dua subyek hukum yang terkait dalam Hukum Kedokteran. Keduanya membentuk baik hubungan pelayanan kesehatan maupun hubungan hukum. Hubungan pelayanan kesehatan dan hubungan hukum antara dokter dan pasien adalah hubungan yang obyeknya pemeliharaan kesehatan pada umumnya dan pelayanan kesehatan pada khususnya. Pelaksanaan hubungan antara dokter dan pasien, diatur dengan peraturan-peraturan tertentu agar terjadi keharmonisan dalam pelaksanaannya. Hal ini disebabkan karena hubungan tanpa peraturan akan menyebabkan ketidak harmonisan dan kesimpangsiuran yang akan menimbulkan sengketa (Notoatmodjo, 2010).

Sengketa pelayanan kesehatan merupakan masalah yang biasa terjadi pada seluruh negara dan merupakan salah satu masalah yang dapat berdampak terhadap kesehatan dan keselamatan pasien sebagai pengguna pelayanan kesehatan. Aoki, Uda, Ohta, Kiuchi, & Fukui (2008),

mengidentifikasi adanya efek samping, jenis kesalahan medis, kemampuan pencegahan, persepsi miskomunikasi oleh pasien dan jumlah kompensasi. Okamoto, Kawahara, & Algren (2011), menguji persepsi orang yang mengalami kesalahan medis dan elemen-elemen yang dapat berfungsi untuk membuka komunikasi dengan mereka yang mengalami kesalahan medis di Jepang.

D. Dasar Hukum Penyelesaian Sengketa Pelayanan Kesehatan

Sengketa pelayanan kesehatan dapat diselesaikan dengan berbagai cara berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku pada setiap negara. Salah satu cara yang wajib dilakukan terlebih dahulu dalam penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan di Indonesia adalah melalui mediasi. Mediasi dilakukan bila timbul sengketa antara tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan. Mediasi dilakukan bertujuan untuk menyelesaikan sengketa di luar pengadilan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak (Chazawi, 2016).

Penyelesaian sengketa secara mediasi (diluar pengadilan) didasarkan pada UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU Nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan. UU Nomor 36 tahun 2009 Pasal 29 menyatakan bahwa "Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi". Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tahun 2014

pada Pasal 78 menyatakan juga; “Dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan”.

Hal ini tercantum juga secara lebih khusus melalui Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase, menekankan kepada penyelesaian sengketa alternatif berbentuk mediasi dengan melibatkan tenaga ahli. Bahkan tidak menutup kemungkinan penyelesaian sengketa melalui alternatif-alternatif yang lain. Mengenai penyelesaian alternatif ini UU tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa No. 30 Tahun 1999 menentukan sebagai berikut

Pasal 6:

- (1) Sengketa atau beda pendapat dapat diselesaikan oleh para pihak melalui alternatif penyelesaian sengketa yang didasarkan pada itikad baik dengan mengenyampingkan penyelesaian secara litigasi di pengadilan negeri.
- (2) Penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui alternatif penyelesaian sengketa sebagaimana dalam ayat (1) diselesaikan dalam pertemuan langsung oleh para pihak dalam waktu paling

lama 14 (empat belas) hari dan hasilnya dituangkan dalam suatu kesepakatan tertulis.

- (3) Dalam hal sengketa atau beda pendapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) tidak dapat diselesaikan, maka atas kesepakatan tertulis para pihak, sengketa atau beda pendapat diselesaikan melalui seorang atau lebih penasihat ahli maupun melalui seorang mediator.
- (4) Apabila para pihak tersebut dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari dengan bantuan seorang atau lebih penasihat ahli maupun melalui seorang mediator tidak berhasil mencapai kata sepakat, maka para pihak dapat menghubungi sebuah lembaga arbitrase atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa untuk menunjuk seorang mediator.
- (5) Setelah penunjukkan mediator oleh lembaga arbitrase atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa, dalam waktu paling lama tujuh hari usaha mediasi harus sudah dapat dimulai.
- (6) Usaha penyelesaian sengketa atau beda pendapat melalui mediator sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) dengan memegang teguh kerahasiaan, dalam waktu paling lama 30 hari harus tercapai kesepakatan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh semua pihak yang terkait.
- (7) Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat secara tertulis adalah final dan mengikat para pihak untuk dilaksanakan

dengan itikad baik serta wajib didaftarkan di Pengadilan Negeri dalam waktu paling lama 30 hari sejak penandatanganan.

- (8) Kesepakatan penyelesaian sengketa atau beda pendapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (7) wajib diselesaikan dalam waktu paling lama 30 hari sejak pendaftaran.
- (9) Apabila usaha perdamaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) sampai dengan ayat (6) tidak dapat tercapai, maka para pihak berdasarkan kesepakatan secara tertulis dapat mengajukan usaha penyelesaiannya melalui lembaga arbitrase atau *arbitrase ad hoc*.

Berbagai kelemahan yang melekat pada badan pengadilan dalam menyelesaikan sengketa, baik kelemahan yang dapat diperbaiki ataupun tidak, maka banyak kalangan yang ingin mencari cara lain atau institusi lain dalam menyelesaikan sengketa di luar badan-badan pengadilan. Tetapi tidak semua model penyelesaian sengketa alternatif baik untuk para pihak yang bersengketa. Suatu penyelesaian sengketa alternatif yang baik setidaknya haruslah memenuhi prinsip-prinsip sebagai berikut (Triwibowo, 2014):

1. Haruslah efisien dari segi waktu.
2. Haruslah hemat biaya.
3. Haruslah dapat diakses oleh para pihak. Misalnya tempatnya jangan terlalu jauh.
4. Haruslah melindungi hak-hak dari para pihak yang bersengketa.
5. Haruslah dapat menghasilkan putusan yang adil dan jujur.

6. Badan atau orang yang menyelesaikan sengketa haruslah terpercaya di mata masyarakat dan di mata para pihak yang bersengketa.
7. Putusannya haruslah final dan mengikat.
8. Putusannya haruslah dapat bahkan mudah dieksekusi. Putusannya haruslah sesuai dengan perasaan keadilan dari komunikasi dimana penyelesaian sengketa alternatif tersebut terdapat.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengamanatkan bahwa Pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan (Herlambang dan Arita, 2012).

Perlindungan hukum bagi pasien sebagai penerima dan pengguna pelayanan kesehatan terus ditingkatkan. Beberapa penelitian yang berkaitan dengan sistem perlindungan hukum yang terdapat di berbagai negara antara lain Sheikh & Porter (2011), menganalisis sifat hubungan

kekuasaan antara praktisi rumah sakit perkotaan dan kelompok aktor lain yang terlibat dalam implementasi kebijakan kesehatan masyarakat di India, Pratiwi, Syahbandir, & Azhari (2017), mengevaluasi perlindungan hukum terhadap hak asasi pasien BPJS.

Hasil-hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan sangat berhubungan dengan metode yang digunakan dalam penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan yang dihadapi oleh pasien. Perlindungan bagi hak-hak pasien pada beberapa negara memberikan berbagai alternatif dalam menyelesaikan sengketa pelayanan kesehatan yang dihadapi. Alternatif tersebut ditawarkan untuk memperoleh hak-hak dalam pelayanan kesehatan secara adil dan merata bagi setiap pasien yang bersengketa.

E. Metode Penyelesaian Sengketa

Metode penyelesaian sengketa yang berlaku secara umum ada dua yaitu litigasi yang dilaksanakan di dalam pengadilan dan arbitrase dan atau alternatif penyelesaian sengketa lainnya yang dilaksanakan di luar pengadilan. Indonesia memberikan berbagai alternatif penyelesaian sengketa yang diamanatkan dalam Undang-undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Undang-undang No. 30 Tahun 1999, memperlihatkan kepada kita bahwa undang-undang tersebut juga menekankan kepada penyelesaian sengketa diluar pengadilan yaitu arbitrase dan alternatif penyelesaian sengketa lainnya. Pengertian arbitrase berdasarkan UU No. 30 Tahun 1999, yaitu cara

penyelesaian sengketa perdata yang dilaksanakan di luar pengadilan umum yang didasarkan pada perjanjian arbitrase dan dibuat secara tertulis dan akan dilaksanakan oleh pihak-pihak yang bersengketa (Triwibowo, 2014).

Alternatif penyelesaian sengketa lainnya yang sering diterapkan di beberapa negara termasuk di Indonesia, yaitu:

1. Mediasi

Mediasi secara etimologi berasal dari bahasa latin “mediare” yang mengandung arti ditengah atau berada di tengah, sehingga mediasi berarti orang yang menjadi mediator harus menjadi penengah bagi pihak yang bersengketa (Pratiwi et al., 2017). Sedangkan mediasi menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah melibatkan orang ketiga dalam menyelesaikan suatu perselisihan.

Mediasi berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat diartikan sebagai salah satu alternatif penyelesaian sengketa yang melibatkan pihak ketiga yang bersifat netral, sehingga tidak akan mempegaruhi keputusan akhir. Pihak ketiga hanya digunakan untuk membantu kedua pihak yang saling bersengketa untuk mencapai kata sepakat atau menemukan solusi yang dapat diterima oleh kedua belah pihak.

2. Negoisasi

Negoisasi merupakan cara penyelesaian sengketa melalui musyawarah secara langsung antara pihak-pihak yang sedang bersengketa yang bertujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima

oleh pihak-pihak yang bersengketa. Negoisasi memiliki keunggulan karena dapat dilakukan tanpa melibatkan pihak lain dan memerlukan biaya dan waktu yang lebih efisien. Pihak yang bersengketa secara langsung bersama-sama mengemukakan solusi yang kemudian disepakati secara bersama jika dianggap sudah memberikan hasil yang dapat diterima oleh pihak-pihak yang bersengketa (Triwibowo, 2014).

3. Konsiliasi

Konsiliasi membutuhkan seorang konsiliator yang berfungsi sebagai pihak ketiga yang berfungsi untuk membantu dalam proses penyelesaian sengketa. Meskipun hampir sama dengan mediasi tetapi pada konsiliasi, pihak ketiga (Konsolidator) mempunyai peranan yang cukup besar dalam proses penyelesaian sengketa, karena dapat mendorong atau mempengaruhi pihak yang bersengketa untuk lebih kooperatif dan bahkan dapat memberikan pengaruh pada pengambilan keputusan akhir sebagai hasil konsiliasi oleh pihak-pihak yang bersengketa. Konsolidator juga dapat mengemukakan berbagai alternatif yang dapat dijadikan solusi dalam penyelesaian sengketa, sehingga solusi yang menjadi kesepakatan para pihak yang bersengketa seringkali muncul dari konsolidator (Sadi Muhamad, 2015).

F. Sosio Kultural di Gorontalo

Sosio kultural sering diartikan dengan kondisi sosial dan budaya suatu daerah yang sangat berkaitan dengan adat yang berlaku pada suatu daerah. Adat pada umumnya dipengaruhi oleh dua faktor yaitu berdasarkan lingkungan (teritorial) atau kewilayahan dan berdasarkan garis keturunan yang ada pada suatu wilayah (Simanjuntak, 2016). Sosio kultural tidak terlepas dari kondisi lingkungan terutama karakteristik dari masyarakat yang bertempat tinggal pada suatu daerah. Hal ini berkaitan dengan pola hidup, pekerjaan, agama, tingkat pendidikan dan faktor sosial lainnya yang akan berpengaruh terhadap adat dan budaya suatu daerah.

Provinsi Gorontalo merupakan salah satu daerah yang sangat menghormati nilai-nilai adat dan budaya sebagai dasar dalam kehidupan bermasyarakat untuk menjaga kesatuan secara utuh. Sejak jaman agama belum masuk ke Gorontalo, masyarakat Gorontalo sudah dikenal sebagai masyarakat adat yang ramah dalam tutur kata dan tindakan, karena hal ini dijadikan dasar penilaian terhadap hubungan seseorang dan sesamanya (Bula, 2014). Masyarakat Gorontalo lebih mengutamakan bahasa dan sikap jika ingin menyatakan perasaan kepada orang lain, penggunaan bahasa melalui ungkapan lebih sering digunakan untuk menghindari terjadinya ketersinggungan pada orang lain. Hal ini melahirkan beberapa ungkapan yang sering digunakan oleh masyarakat Gorontalo, sebagai berikut:

1. *Opiyohe lo dudelo* : Dengan pembawaan yang baik.
2. *Openu dila motonelo* : Tidak perlu di biyai

3. *Opiyohe lo loiya* : Dengan tutur kata yang baik
4. *Openu dila tidoiya* : Tidak perlu dengan uang.

Ungkapan di atas menunjukkan adanya hubungan antara materi dan moral, dimana masyarakat Gorontalo sangat mengedepankan nilai moral dalam kehidupan bermasyarakat. Hal ini diharapkan dapat menciptakan kondisi yang aman dan damai bagi kehidupan masyarakat Gorontalo, serta dapat menghindari sifat buruk yang akan mendatangkan sanksi dari masyarakat ataupun dari *Olongiya* yang artinya Raja/Pemangku Adat (Bula, 2014).

Huyula dan *Pohala'a* merupakan salah satu budaya yang sering dijadikan dasar dalam kehidupan masyarakat Gorontalo. Prinsip *Huyula* yaitu gotong-royong yang dianutnya dapat dimanipestasikan bahwa untuk mendukung keberlangsungan hukum yang berkeadilan maka perlu adanya semangat kegotong-royongan untuk melaksanakannya. Begitu pula dengan semangat persatuan dalam bingkai *Pohala'a* menjadi landasan kuat dalam penegakan hukum di Indonesia (Arpin & Haritsa, 2018). Hal ini menjadikan bahwa budaya *Huyula* dan *Pohala'a* dapat dijadikan dasar dalam menyelesaikan sengketa di masyarakat termasuk sengketa pelayanan kesehatan yang terjadi di Gorontalo.

Penyelesaian dengan pendekatan adat pada hukum pidana di Indonesia tidak memungkirinya adanya *local wisdom* (kearifan lokal) yang terimplementasi dari adat budaya pada daerah-daerah yang masih memegang prinsip-prinsip adat budayanya dalam menyelesaikan kasus-

kasus pidana. Kearifan lokal itu mengandung kebaikan bagi kehidupan mereka, sehingga prinsip ini mentradisi dan melekat kuat pada kehidupan masyarakat setempat. Perbedaan karakter dan intensitas hubungan sosial budayanya tidak menjadi perbedaan, dimana mereka tetap terikat dalam persamaan visi dalam menciptakan kehidupan yang bermartabat dan sejahtera bersama. Bingkai kearifan lokal antar individu, antar kelompok masyarakat saling melengkapi, bersatu dan berinteraksi dengan memelihara nilai dan norma sosial yang berlaku (Simanjutak, 2013).

Gorontalo sebagai salah satu daerah yang banyak memiliki kearifan lokal dengan sejarah lahirnya pemerintahan yang besar dalam satu ikatan kekeluargaan yang disebut Pohala'a. Daerah Gorontalo ada lima Pohala'a, yaitu Pohala'a Gorontalo, Pohala'a Limboto, Pohala'a Suwawa, Pohala'a Boalemo, dan Pohala'a Atinggola. Hukum adat tersebut, menjadikan Gorontalo termasuk 19 wilayah adat di Indonesia. Agama dan adat di Gorontalo menyatu dengan istilah "Adat bersendikan Syara' dan Syara' bersendikan Kitabullah." (Darwis et al., 2017).

Penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan pada umumnya bertujuan melindungi hak asasi pasien dan atau keluarga pasien yang dirugikan akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga medis dan atau tenaga kesehatan lainnya pada saat memberikan pelayanan kesehatan. Penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan wajib diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak-hak yang harus diberikan oleh aparat penegak hukum untuk memberikan rasa aman,

baik secara pikiran maupun fisik dari gangguan dan berbagai ancaman dari pihak manapun. Bentuk penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan yang diberikan tidak hanya melalui pengadilan (ligitasi), tetapi dapat dilakukan diluar pengadilan melalui arbitrase dan alternatif penyelesaian sengketa lainnya yang telah dikemukakan sebelumnya (Triwibowo, 2014).

Penelitian-penelitian yang pernah dilaksanakan sebelumnya yang berkaitan dengan strategi penyelesaian sengketa pelayanan kesehatan disajikan pada tabel 1.

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
	Nuryanto, 2012	Melakukan evaluasi terhadap sengketa medik yang terjadi berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku	Metode pendekatan yang digunakan adalah yuridis sosiologis.	Hubungan yang terjadi antara dokter dan pasien dalam penyelenggaraan praktik kedokteran dikenal sebagai hubungan hukum. Hubungan hukum merupakan perikatan dan perikatan lahir dari perjanjian. Jadi hubungan hukum antara dokter dan pasien muncul dari adanya perjanjian terapedik.
	Sohn, 2013	Tujuan penelitian yaitu membahas perbedaan antara efek samping, kelalaian, dan kesalahan malpraktek medis di Amerika Serikat; dan meninjau solusi untuk reformasi malpraktek medis, dan penyelesaian sengketa dengan alternatif diluar	Melakukan review literatur	Sistem pengawasan yang lebih rasional, seperti pengadilan kesehatan atau sistem alternatif diluar pengadilan dapat memberikan manfaat kuantitatif dan kualitatif untuk sistem kesehatan yang lebih murah dan lebih aman.

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
		pengadilan kesehatan.		
	Nakanishi, 2013	Mengembangkan model sesuai dengan filosofi manajemen konflik medis dan dikembangkan berdasarkan dialog antara pasien dan penyedia medis.	Survey dan wawancara	Mediasi medis berusaha untuk meminimalkan konflik permusuhan emosional dan meningkatkan resolusi yang kurang memuaskan, seperti dalam litigasi di mana masalah sangat terbatas dan kebutuhan penting dari pihak-pihak seperti respon emosional yang tulus diabaikan.
	McKenzie, 2015	Tujuan penelitian yaitu meneliti literatur tentang peran dan efektivitas mediasi, sebagai metode yang paling umum dari alternatif penyelesaian sengketa dalam menyelesaikan konflik.	Melakukan review literatur mengenai peran dan efektivitas mediasi.	Bukti yang ada menunjukkan bahwa mediasi paling efektif ketika didukung oleh komitmen organisasi terhadap strategi, kebijakan dan dilakukan oleh mediator yang independen, berpengalaman, dan berkualitas.
	Sheikh, Saligram, & Hort, 2015	Tujuan penelitian yaitu memetakan, mengidentifikasi kesehatan dan menyelidiki alasan yang mendasari kesenjangan dalam desain dan implementasi kebijakan untuk peraturan perawatan.	Metode penelitian kualitatif yaitu wawancara mendalam dengan 32 perwakilan organisasi keperawatan	Hasil penelitian menemukan beberapa celah dalam desain kebijakan yang diamati di kedua negara, dengan sejumlah fungsi pengaturan dasar tidak ditanggung dalam undang-undang, atau ditugaskan ke organisasi pengatur untuk diberlakukan. Dalam beberapa kasus, isi kebijakan peraturan telah sehingga kurang efektif. Koordinasi yang tidak efektif antara kelompok pengatur dan persaingan luas

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
				kebijakan pengatur oleh pemangku kepentingan swasta.
	Lee & Lai, 2015	Tujuan penelitian yaitu menyelesaikan sengketa medik melalui mediasi	Survey dan evaluasi mengenai metode mediasi dalam penyelesaian sengketa medik	Mediasi merupakan cara penyelesaian perselisihan yang lebih efektif dan efisien dalam klaim malpraktek medis bila dibandingkan dengan litigasi sipil.
	Trisnadi, 2016	Tujuan penelitian yaitu mengevaluasi kasus malpraktek yang terjadi pada layanan kesehatan	Melakukan survey dan wawancara terhadap pasien dan tenaga medis yang terlibat kasus malpraktek	Gugatan, baik hukum pribadi dan pidana, adalah upaya hukum yang tidak tepat. Dokter adalah praktisi yang dipersenjatai dengan kode etik, sehingga jika ada pelanggaran, harus diadakan sesi kode etik oleh Dewan Kehormatan Etika Kedokteran Disiplin Medis atau Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK).
	Wu et al., 2016	Tujuan penelitian yaitu untuk memeriksa data epidemiologis klaim medis diselesaikan pengadilan sipil Taiwan terhadap departemen kebidanan dan mengidentifikasi penyakit berisiko tinggi.	Penelitian deskriptif retrospektif. Pengaturan / peserta studi: Vonis dari database nasional sistem peradilan Taiwan yang berkaitan dengan departemen kebidanan ditinjau. Antara 2003 dan 2012, total 79 klaim medis tertutup dimasukkan.	Mayoritas perselisihan (65,9%) terkait dengan janin. Empat kategori penyakit lainnya yaitu (i) komplikasi ibu perinatal (25,3%); (ii) kesalahan dalam skrining antenatal atau diagnosis USG (21,5%); (iii) ensefalopati hipoksemik-iskemia janin (16,5%); dan (iv) cedera pleksus brakialis (15,2%). Enam kasus (7,6%) menghasilkan pembayaran ganti rugi dengan jumlah rata-rata \$ 109 205. Lima puluh satu kasus (64,6%) diselesaikan di pengadilan. Rata-rata waktu penyelesaian kasus

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
				hingga keputusan melalui litigasi adalah $\pm 29,3$ bulan
	Nurhayati, 2017	Tujuan penelitian adalah melakukan kajian tentang gugatan hukum perdata terhadap rekam medik	Metode survey dan wawancara	Hukum dalam kaitannya dengan "malpraktek medik" dapat di dekati dari 2 (dua) segi, yaitu dari segi sistem hukum (" <i>legal system</i> ", " <i>rechtssysteem</i> ") dan dari segi ilmu hukum (" <i>legal science</i> ", " <i>rechtswetenschap</i> "), hukum sebagai ilmu.
	Alshammari & J. Dayrit, 2017	Penelitian ini menentukan berbagai jenis konflik yang dialami oleh tenaga medis dan perawat Rumah Sakit King Khaled (KKH), Rumah Sakit Umum Hail (HGH) dan Rumah Sakit Bersalin dan Anak-anak (KIA) di Kota Hail dan membandingkan strategi resolusi konflik yang mereka gunakan.	Instrumen buatan peneliti yang meliputi demografi responden, frekuensi jenis konflik yang ditemui oleh responden di tempat kerja dan tes Penilaian Diri Konflik oleh Hurst yang menentukan strategi resolusi konflik digunakan untuk pengumpulan data.	Kehadiran perbedaan yang signifikan secara statistik diamati dalam: (1) sarana di mana jenis konflik dialami oleh responden di setiap rumah sakit; (2) strategi resolusi konflik yang digunakan oleh responden dalam KKH dan HGH ketika dikelompokkan berdasarkan gender; (3) strategi resolusi konflik yang digunakan oleh responden dalam HGH ketika dikelompokkan sesuai dengan profesi dan usia; dan (4) strategi resolusi konflik yang digunakan responden antara rumah sakit terpilih ketika dikelompokkan berdasarkan profil demografis mereka.
	Liang et al., 2017	Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi dan mencatat konflik sesuai dengan dua fokus (konten tugas / proses dan	Penelitian dilakukan secara retrospektif meninjau laporan dari Juli 2010 hingga	Dari 147 insiden dengan, proses terkait yang paling umum adalah kunjungan pasien (20%), tes laboratorium (17%), operasi (16%) dan pelayanan medis

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
		hubungan interpersonal) dan tiga sifat (ketidaksepakatan, gangguan, dan emosi negatif), dan menganalisis data yang relevan.	Juni 2013 di pusat medis.	(16%). Hasil penelitian menemukan bahwa ketidaksepakatan, gangguan, dan emosi negatif di masing-masing 91,2%, 88,4%, dan 55,8% dari kasus. Perawat (57%) paling sering menjadi subyek pelaporan, sedangkan pertemuan yang paling umum adalah interaksi perawat-dokter (33%), dan mayoritas (67%) dari konflik dialami bersamaan dengan insiden.
	Watson & Kottenhagen, 2017	Penelitian bertujuan untuk melaporkan cedera medis yang berkaitan dengan kesalahan manusia	Melakukan review literatur yang berkaitan dengan laporan cedera medis yang dialami akibat kesalahan manusia	Tidak adanya definisi yang jelas tentang kesalahan medis mempersulit litigasi dan karenanya, kompensasi pasien yang tepat dan cepat. Sistem tanpa kesalahan berkinerja lebih baik dalam hal ini. Sistem tanggung jawab ganda jalur untuk malpraktik medis harus diterapkan dan dioperasikan, namun bukan satu-satunya pilihan untuk harmonisasi tanggung jawab medis di Eropa.
	Trisnadi, 2018	Studi ini bertujuan untuk menggali analisa dalam penerapan perlindungan hukum dan kelemahannya dalam penyelesaian sengketa medis antara dokter dan pasien saat ini.	Metode deskriptif analitis dan pendekatan yuridis empiris, serta menggunakan paradigm konstruktivisme, diharapkan penulis dapat menguraikan berbagai data primer maupun sekunder guna merekonstruksi	Dalam penyelesaian sengketa medis antara dokter dan pasien sebagaimana tertuang dalam Pasal 50 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Pasal 57 Undang-Undang No. 36 Tahun tentang Tenaga Kesehatan belum sepenuhnya memberikan perlindungan bagi dokter, karena dalam praktiknya

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
			perlindungan hukum profesi dokter dalam penyelesaian sengketa medis antara dokter dan pasien yang berbasis nilai keadilan	penanganan kasus dugaan malpraktik oleh penyidik kepolisian tentunya akan menggunakan tatacara atau prosedur yang ada di KUHAP sebagai acuannya, ini dikarenakan UUPK tidak mengatur bagaimana beracaranya apabila ada dugaan dokter melanggar pasal-pasal dalam UUPK.
	Indarwati et al., 2018	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui upaya/cara penyelesaian sengketa medis di RSUD Jombang, dan urgensi dibentuknya Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit dalam rangka penyelesaian sengketa medis secara non litigasi.	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan yuridis sosiologis.	Penyelesaian sengketa dilakukan secara segmental, tergantung bagian staf medis fungsional mana yang terlibat sengketa, diselesaikan oleh Bagian Humas RSUD Jombang, ada juga sengketa medis yang diselesaikan dengan membentuk Panitia Kecil secara <i>ad hoc</i> , bahkan ada yang diselesaikan langsung oleh Direktur RSUD Jombang, dan ada pula yang diselesaikan oleh dokter yang bersangkutan atas inisiatif sendiri.
	Indarwati, Widyarto JS, & Suroto, 2018	Tujuan penelitian yaitu analisis penyelesaian sengketa medik melalui mediasi di pengadilan	Jenis penelitian ini adalah penelitian hukum <i>doktrinal</i> atau penelitian hukum normatif. telah terumus jelas (<i>ius constitutum</i>).	Adapun alasan yang mendorong masyarakat menyelesaikan sengketa melalui pengadilan adalah: Pertama , adanya kepercayaan bahwa pengadilan merupakan tempat untuk memperoleh keadilan seperti yang mereka kehendaki, Kedua , kepercayaan bahwa pengadilan merupakan

Tabel 1. Sintesa Jurnal

No.	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil/Kesimpulan
				lembaga yang mengekspresikan nilai-nilai kejujuran, mentalitas yang tidak korup dan nilai-nilai utama lainnya, Ketiga , waktu dan biaya yang mereka keluarkan tidak sia-sia dan Keempat , bahwa pengadilan merupakan tempat bagi orang untuk benar-benar memperoleh perlindungan hukum.
	Calcoen & Van De Ven, 2019	Tujuan penelitian yaitu menghubungkan biaya tambahan dengan kualitas perawatan yang diterima oleh pasien di Belgia dan Prancis	Penelitian menggunakan metode survey yang dilakukan pada layanan kesehatan di Belgia dan Prancis	Biaya tambahan dapat memberikan kenyamanan dan akses ke dokter yang menolak untuk merawat pasien yang tidak mau membayar biaya tambahan. Saat ini, tidak ada bukti bahwa dokter yang mengenakan biaya tambahan memberikan kualitas perawatan yang lebih baik daripada dokter yang tidak

Sumber: Data Primer, 2021

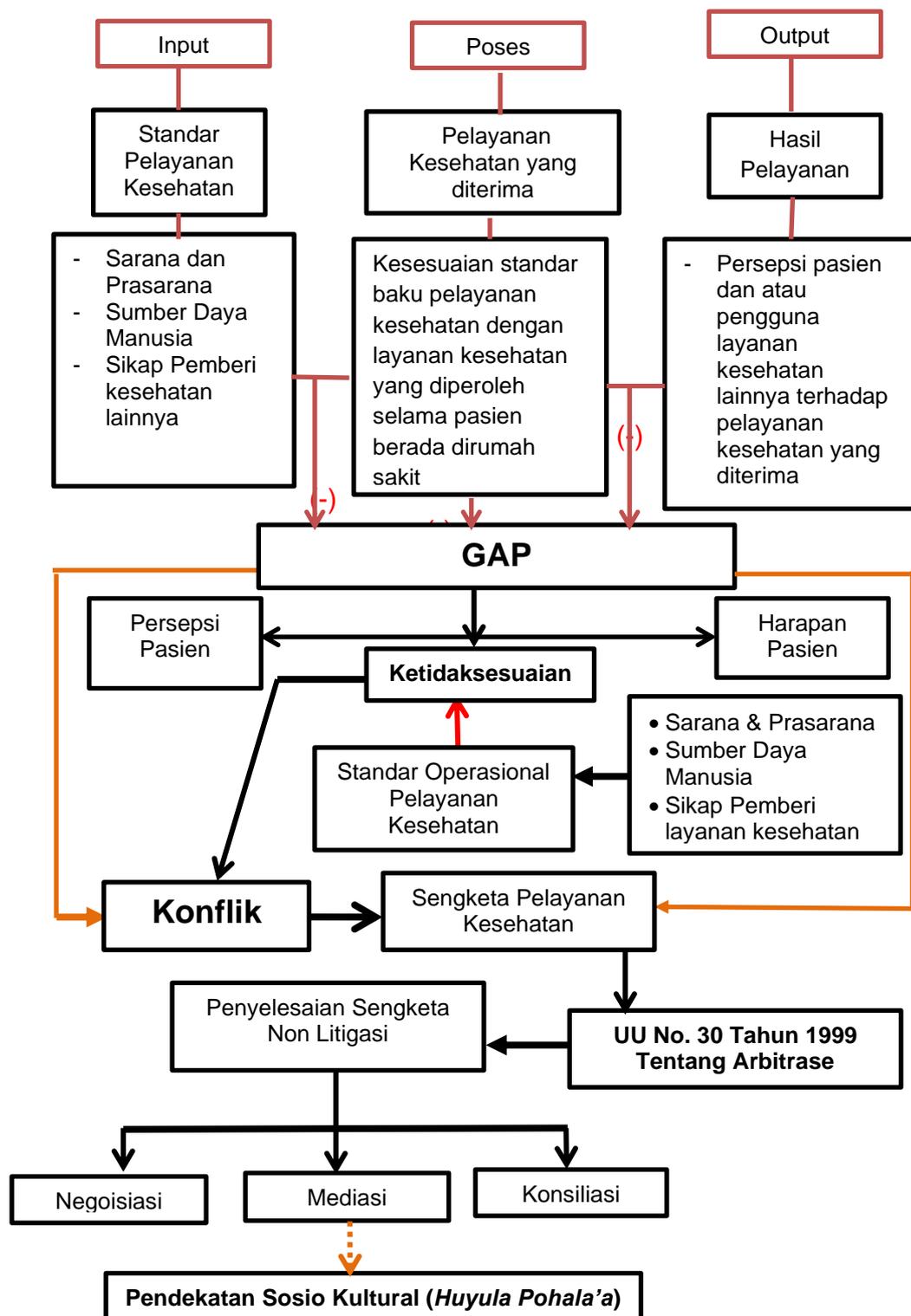
G. Kerangka Teori dan Kerangka Konsep Penelitian

1. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan landasan dalam penelitian karena merupakan rangkuman dari beberapa teori yang berkaitan dengan topik penelitian. Kerangka teori biasanya mencakup variabel yang lebih luas jika dibandingkan dengan kerangka konsep. Kerangka teori pada penelitian ini didasarkan pada model Donabedian (Donabedian, 2002) dan teori Gap (Parasuraman, *et al*, 2005).

Model Donabedian menyatakan bahwa dalam menilai mutu pelayanan kesehatan didasarkan pada tiga komponen, yaitu struktur (*input*), proses dan hasil (*output*). Tiga komponen ini akan menimbulkan celah (*gap*) yang disebabkan adanya ketidaksesuaian antara kenyataan dan harapan yang akan berdampak pada terjadinya sengketa pelayanan kesehatan.

Celah (*gap*) berdasarkan teori Parasuraman terjadi akibat adanya ketidaksesuaian antara standar pelayanan, pelayanan yang diberikan, persepsi pasien, harapan pasien, dan pengelolaan pelayanan kesehatan. Gap yang terjadi akibat adanya ketidaksesuaian antara harapan pasien dan pelayanan kesehatan yang diterima mengakibatkan timbulnya konflik. Konflik yang tidak terselesaikan akan menjadi sengketa sehingga diperlukan tindakan penyelesaian yang didasarkan pada Undang-Undang No 30 Tahun 1999 tentang arbitrase. Model Donabedian, Parasuraman, dan UU No. 30 Tahun 1999 dimodifikasi untuk membuat kerangka teori penelitian yang disajikan pada gambar 3.

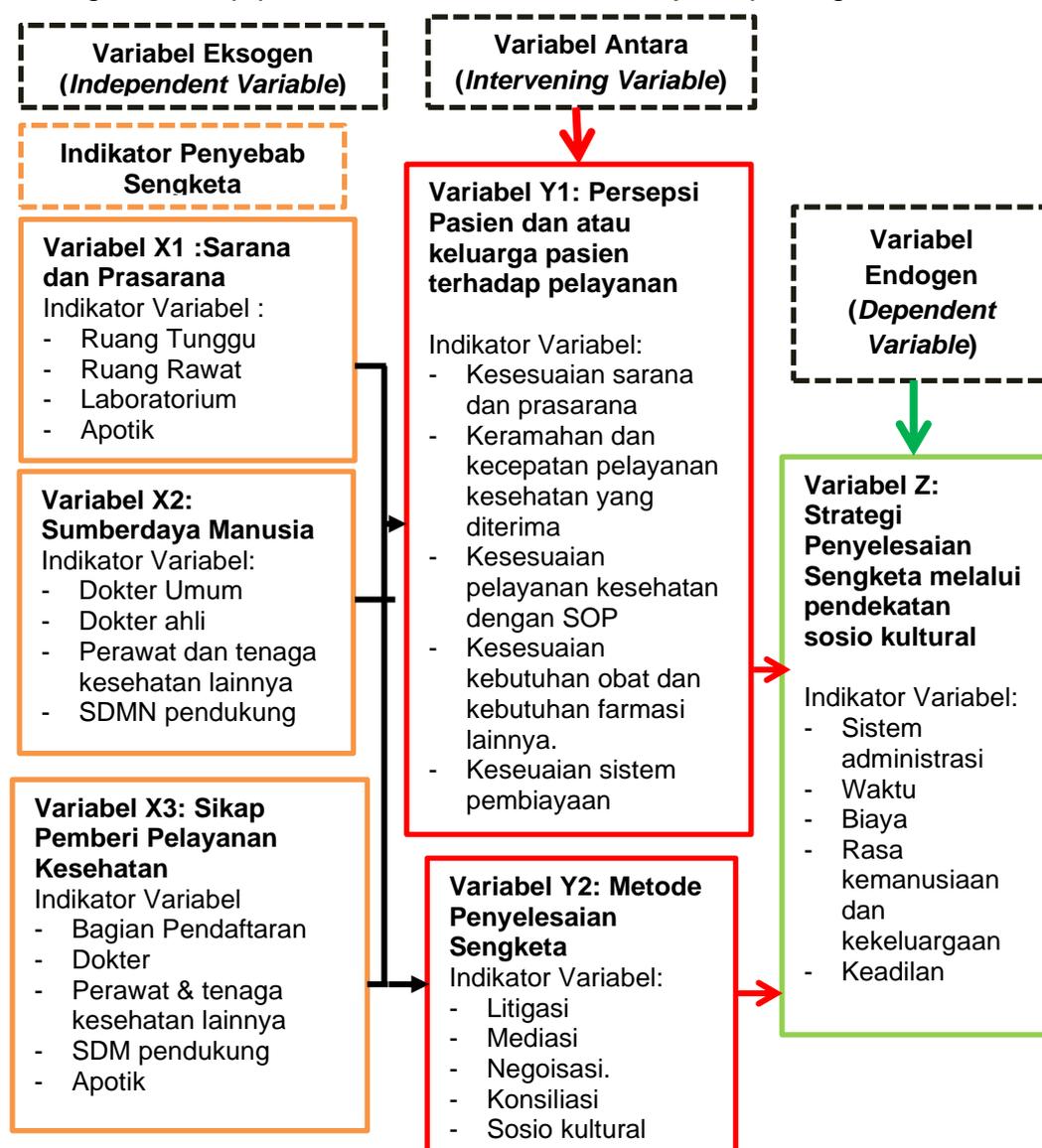


Gambar 3. Kerangka Teori Penelitian

(Modifikasi Donabedian, 2002, Parasuraman, et al., 2005, dan UU No. 30 Tahun 1999)

2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep pada penelitian ini disusun berdasarkan variabel-variabel yang akan dianalisa dan didasarkan pada kerangka teori yang disajikan sebelumnya. Kerangka konsep penelitian ini secara rinci disajikan pada gambar 4.



Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

3. Operasional Variabel Penelitian

Operasional variabel merupakan atribut, nilai atau sifat dari suatu objek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti untuk dievaluasi dan yang akan memberikan kesimpulan (Sugiono, 2016). Operasional variabel dalam penelitian harus dirumuskan untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam pengumpulan data penelitian.

Pada penelitian ini terdapat enam variabel yang terdiri dari tiga variabel eksogen (sarana dan prasarana, sumber daya manusia, dan sikap pemberi layanan kesehatan), dua variabel intervening (persepsi pasien dan metode penyelesaian sengketa) dan satu variabel endogen (strategi penyelesaian sengketa). Operasional variabel dalam penelitian ini, secara rinci diuraikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Definisi Operasional

Variabel	Indikator Variabel	Instrumen	Skala	Kode
Sarana dan Prasarana (X1) sarana adalah segala jenis peralatan yang memiliki peran utama dalam pencapaian suatu tujuan, sedangkan prasarana adalah seperangkat alat yang berfungsi secara tidak langsung (alat pendukung lain) dalam membantu mencapai suatu tujuan (Moenir, 2006).	Ketersediaan fasilitas ruang tunggu yang bersih dan nyaman	Kuisisioner Wawancara	Likert 1-5	X1.1
	Ketersediaan dan kesesuaian, ruang rawat inap			X1.2
	Ketersediaan dan kelengkapan laboratorium			X1.3
	Ketersediaan obat dan alat kesehatan lainnya			X1.4
Sumber Daya Manusia (X2) Definisi sumber daya manusia adalah individu atau seseorang yang bekerja pada rumah sakit umum daerah sebagai	Keberadaan dokter umum	Kuisisioner Wawancara	Likert 1-5	X2.1
	Keberadaan dokter ahli			X2.2
	Keberadaan perawat dan tenaga kesehatan lainnya			X2.3

Tabel 2. Definisi Operasional

Variabel	Indikator Variabel	Instrumen	Skala	Kode
pegawai atau karyawan dan sebutan lainnya (Greer, Charles R, 1995).	Keberadaan sumber daya pendukung lainnya (petugas keamanan dan kebersihan)			X2.4
Sikap Pemberi Layanan Kesehatan (X3) Sikap merupakan hasil evaluasi dan kecenderungan seseorang yang secara konsisten menyukai atau tidak menyukai suatu objek (Kotler, 2006; Sumarwan, 2014).	Sikap Petugas pendaftaran	Kuisisioner Wawancara	Likert 1-5	X3.1
	Sikap Dokter			X3.2
	Sikap perawat dan tenaga kesehatan lainnya			X3.3
	Sikap sumber daya pendukung lainnya			X3.4
	Sikap petugas layanan obat dan farmasi			X3.5
Persepsi Pasien/Keluarga Pasien (Y1) Persepsi merupakan pengorganisasian terhadap stimulus yang diterima kemudian menginterpretasikannya (Kozier <i>et al.</i> , 2010).	Kesesuaian sarana dan prasarana	Kuisisioner Wawancara	Likert 1-5	Y1.1
	Keramahan dan kecepatan pelayanan kesehatan			Y1.2
	Kesesuaian pelayanan kesehatan dengan SOP			Y1.3
	Kesesuaian obat dan kebutuhan farmasi lainnya			Y1.4
	Kesesuaian sistem pembiayaan			Y1.5
Metode Penyelesaian Sengketa (Y2) Metode Penyelesaian Sengketa adalah suatu teknik atau cara atau prosedur yang dilakukan dalam menyelesaikan sengketa yang terjadi antara salah satu pihak dengan pihak yang lainnya (Suryono, 2018).	Litigasi	Kuisisioner Wawancara	Likert 1-5	Y2.1
	Mediasi			Y2.2
	Negoisasi			Y2.3
	Konsiliasi			Y2.4
	Sosio Kultural			Y2.5
Strategi Penyelesaian Sengketa (Z)	Prosedur administrasi lebih mudah	Kuisisioner Wawancara	Likert 1-5	Z1

Tabel 2. Definisi Operasional

Variabel	Indikator Variabel	Instrumen	Skala	Kode
Strategi adalah pendekatan yang dilakukan berdasarkan suatu gagasan atau tujuan yang diawali dengan perencanaan sampai pada pelaksanaan dalam kurun waktu tertentu (Wikipedia, 2021).	Biaya yang dibutuhkan relatif lebih kecil			Z2
	Waktu yang dibutuhkan lebih singkat			Z3
	Lebih mengedepankan rasa kemanusiaan dan kekeluargaan			Z4
	Hasil putusan lebih adil			Z5

Sumber: Data Primer, 2021