

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Deklarasi Universal hak asasi manusia oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 1948 menyatakan secara jelas deklarasi tersebut menyatakan: “setiap orang, sebagai anggota masyarakat, mempunyai hak atas jaminan sosial dalam hal menganggur, sakit, cacat, tidak mampu bekerja, menjanda, hari tua”. Konvensi *International Labour Organization/ILO No. 102 (1952)* juga menganjurkan agar semua negara di dunia memberikan perlindungan dasar kepada setiap warganegaraanya. Didalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Kesehatan merupakan salah satu indikator dalam tingkat kesejahteraan seseorang pada khususnya, dan taraf hidup masyarakat pada umumnya. Sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan mengakibatkan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia menjadi rendah. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor;¹

1. Seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan untuk saat ini memang mahal.
2. Peningkatan biaya kesehatan yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit;

¹ Dwi Puji Hartati dkk, *Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Nipa Kecamatan Nusa Tubukan Kabupaten Kepulauan Sangihe*, ejournal.unsrat.ac.id, diakses 12 November 2015

3. Perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*.
4. Tingkat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktivitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi tingkat kesehatan, yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia dan modal bagi pelaksanaan pembangunan yang pada dasarnya adalah pembangunan manusia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia, merupakan tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut.

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Konstitusi Negara dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional mengamanatkan untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh pemerintah. Menurut amanah Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan maka Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk

memperoleh pelayanan kesehatan. Sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dalam penjelasannya mengamanatkan bahwa peningkatan taraf kesejahteraan masyarakat dan kesadaran hidup sehat merupakan keberhasilan pembangunan diberbagai bidang.

Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.²

Pemerintah pada saat ini telah memantapkan penjaminan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan sebagai awal dari pencapaian jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk. Berdasarkan pengalaman masa lalu dan belajar dari pengalaman berbagai negara lain, sistem jaminan kesehatan sosial merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Dengan pemberian jaminan kesehatan kepada masyarakat, bukannya program yang tanpa permasalahan, khususnya permasalahan koordinasi lintas sektoral yang memberikan dampak terhadap pemberian pelayanan kesehatan.

Jaminan sosial merupakan sistem proteksi yang diberikan kepada setiap warga negara untuk mencegah hal-hal yang tidak dapat diprediksikan karena adanya risiko-risiko sosial ekonomi yang dapat menimbulkan hilangnya pekerjaan

² Konstitusi negara dan Undang-Undang No 40/2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional mengamanatkan untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh Pemerintah.

maupun mengancam kesehatan. Oleh karena itu, jaminan sosial hadir sebagai salah satu pilar kesejahteraan yang bersifat operasional.

Upaya-upaya yang dilakukan Pemerintah untuk mengatasi persoalan pelayanan kesehatan diantaranya adalah dengan membuat regulasi yang salah satunya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Selain itu dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan, Pemerintah mulai menggalakkan program-program yang diarahkan kepada masyarakat kurang mampu sehingga semua masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil dan merata. Salah satu program pelayanan kesehatan yang dapat dinikmati oleh masyarakat miskin yaitu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas)

Untuk itu, pencapaian derajat kesehatan yang pada dasarnya di pengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan dan keturunan, perlu melibatkan seluruh elemen bangsa. Dalam arti, pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tanggung jawab pemerintah semata tetapi juga dilaksanakan oleh masyarakat secara mandiri. Sejak tahun 2000 pemerintah telah mencanangkan aksi pembangunan kesehatan masyarakat untuk hidup sehat dengan menerapkan kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan dalam rangka mendukung pencapaian visi Indonesia Sehat Tahun 2010.

Isu globalisasi juga telah menekankan berbagai negara berkembang agar memperhatikan sektor kesehatan sebagai salah satu agenda prioritas pembangunan. Hampir semua penderita berbagai penyakit tinggal di negara

berkembang (90%). Sedang kontribusi pembiayaan kesehatan negara berkembang hanya sekitar 12% dari total pembiayaan kesehatan dunia.³

Berkenaan dengan hal tersebut berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai Indonesia sehat 2010 dan menjamin akses penduduk, khususnya penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas adil dan merata. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui pengembangan dan perluasan jaringan pelayanan kesehatan agar berada sedekat mungkin dengan penduduk yang membutuhkan. Salah satunya, adalah melalui program Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat miskin (JPK-MM), yang sudah berjalan mulai tahun 2005 hingga tahun 2008, dengan SK Menkes RI No. 1241/2004 dan SK Menkes RI No. 56/2004. Program ini, merupakan lanjutan dari komitmen pemerintah untuk menyantuni pembiayaan kesehatan keluarga miskin. Program pemeliharaan masyarakat miskin (JPK-MM) ini, merupakan bentuk lain dari kebijakan pemerintah, dalam pemberian kemudahan bagi masyarakat miskin dalam memperoleh pengobatan dan perawatan kesehatan. Sebelumnya, pemerintah menetapkan program jaringan pengaman sosial bidang kesehatan (JPS-BK) pada tahun 1998-2001, program dampak pengurangan subsidi energy (PDSPE) tahun 2002-2003, program kompensasi bahan bakar minyak (PKPSBBM) tahun 2003-2004, program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPK-MM) yang berupa Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) tahun 2004-2007.

³ <http://www.yis.or.id/index>. Di akses tanggal 02-10-2015

Tujuan dari program Jamkesmas ini, adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan, agar tercapai tingkat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Sasaran dari program ini, adalah masyarakat miskin dan tidak mampu, yang membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, serta layanan rujukan medis rumah sakit pemerintah dan swasta yang ditunjuk. Kebijakan pemerintah kaitannya dengan pemberian subsidi kesehatan ini banyak memberikan keringanan biaya pengobatan terhadap masyarakat yang tidak mampu, dengan prosedur memberikan pengobatan gratis baik biaya pengobatan, biaya perawatan dan sebagainya.

Bagi masyarakat yang mengajukan asuransi kesehatan masyarakat miskin atau Askeskin. Segala penyakit ditangani secara gratis oleh rumah sakit yang ditunjuk pemerintah sebagai pelaksana pelayanan kepada pasien yang mengajukan surat keterangan miskin dengan catatan prosedur pengobatan untuk pasien-pasien tersebut sudah ditentukan oleh pemerintah, antara lain kelas kamar perawatan yaitu kelas 3 dan obat yang diberikan adalah obat generik. Selebihnya itu jika pasien memakai kamar dan obat lain dengan harga yang lebih tinggi, yang tidak tercantum dalam paket program pengobatan yang ditetapkan pemerintah, maka pasien tersebut dikenakan biaya tambahan atas kelebihan tersebut.

Pergantian nama dari ASKESKIN menjadi JAMKESMAS adalah keterlibatan PT. ASKES dalam pengelolaannya. Jika dalam ASKESKIN, PT ASKES bertanggungjawab atas pendataan peserta dan pengelolaannya baik keuangan dan program maka dalam JAMKESMAS, PT. ASKES hanya bertindak\

melegalkan peserta program yang namanya tercantum dalam SK Bupati /Walikota dengan membuat dan mendistribusikan kartu Jamkesmas.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang telah dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS yang merupakan transformasi dari empat Badan Usaha Milik Negara (Askes, ASABRI, Jamsostek dan Taspen). Melalui Undang-Undang No 24 tahun 2011 ini, maka dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut maka jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.⁴

Undang-Undang No 24 tahun 2011 mewajibkan pemerintah untuk memberikan lima jaminan dasar bagi seluruh masyarakat Indonesia yaitu jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, kematian, pensiun, dan tunjangan hari tua. Jaminan dimaksud akan dibiayai oleh 1) perseorangan, 2) pemberi kerja, dan/atau 3) Pemerintah. Dengan demikian, Pemerintah akan mulai menerapkan kebijakan Universal Health Coverage dalam hal pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dimana sebelumnya Pemerintah (Pusat) hanya memberikan pelayanan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil dan ABRI-Polisi (Janis, 2014).⁵

⁴Qomarudin. (2012). "Badan Hukum Publik Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Transformasinya Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial". *Journal Legilasi Indonesia* Vol 9 Nomor 2 [Internet]. Tersedia dalam <http://ditjenpp.kemenumham.go.id>. [Diakses pada tanggal 24 November 2015].

⁵http://www.kemenkeu.go.id/sites/default/files/2014_kajian_ppr_f_BPJS.pdf (diunduh tanggal 24 September 2015)Janis, N., 2014, Supply, dan Demand Terhadap Layanan Kesehatan,

Dengan telah diundangkannya Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), maka terbentuklah BPJS yang berlaku mulai Januari 2014 dan menjanjikan kesejahteraan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. BPJS merupakan lembaga baru yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia yang bersifat nirlaba berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT Jamsostek⁶

Pada 9 Agustus 2013 Menteri Kesehatan RI, bersama Direktur Utama PT. Askes (Persero), menandatangani kerjasama pengalihan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) ke BPJS kesehatan, Pengalihan program ini meliputi 6 hal, pelaksanaan koordinasi dan simulasi dalam proses pengalihan program Jamkesmas ke dalam BPJS Kesehatan, pelaksanaan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional, penyelesaian pembayaran terhadap klaim fasilitas pelayanan kesehatan yang telah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas, pendayagunaan verifikator independen Jamkesmas menjadi sumber daya manusia yang diperlukan BPJS Kesehatan sesuai kualifikasi, pemanfaatan teknologi aplikasi verifikasi klaim dan sistem pelaporan pelaksanaan Jamkesmas ke dalam BPJS Kesehatan dan, pengalihan data kepesertaan Penerima Jamkesmas tahun 2013 ke dalam BPJS Kesehatan sebagai peserta Penerima Bantuan

⁶ Ridwan Max Sijabat, "Askes, Jamsostek asked to prepare transformation". The Jakarta Post (dalam bahasa Inggris), diakses 22 November 2015.

Iuran. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS akan dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 PT Jamsostek yang akan menjadi BPJS Ketenagakerjaan.⁷ Lembaga ini bertanggung jawab langsung terhadap Presiden.

Sampai tahun 2012 jumlah masyarakat yang telah mendapat jaminan kesehatan di Provinsi Sumatera Barat mencapai 67.07% yang terdiri dari peserta PT. Askes PNS, Jamkesmas, Jamkesda, Jamsostek dan asuransi lainnya dan sisanya 32,93% akan dicapai secara bertahap untuk total coverage sampai tahun 2015. Penyelenggaraan Jamkesda Sumatera Barat Sakato melibatkan pihak ketiga sebagai Badan Penyelenggara (Bapel) yaitu PT. Askes, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) di puskesmas maupun PPK II/III Rumah Sakit dan Balai Kesehatan yang bekerjasama dengan Bapel yang ditunjuk dalam penyelenggaraan Jamkesda Sumatera Barat Sakato, adapun peserta Jamkesda Sakato adalah masyarakat yang mempunyai identitas kepesertaan Jamkesda, yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Provinsi Sumatera Barat, masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan. Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) adalah suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Sistem ini merupakan subsistem jaminan kesehatan nasional, maka prinsip-prinsip dalam sistem jaminan kesehatan nasional harus dianut di dalamnya.

⁷Liputan6.com, Fiki Ariyanti, "Persiapan Pelaksanaan BPJS, Askes dan Jamsostek Konsolidasi"., diakses 22 November 2015.

Jaminan Kesehatan Sumatera Barat Sakato bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, mewujudkan sistem pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah daerah dan pemerintah kabupaten/Kota serta masyarakat, mendorong masyarakat untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan, menjamin terselenggaranya perlindungan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, dan menjamin keterjangkauan masyarakat dengan mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pembiayaan Jaminan Kesehatan daerah Sumatera Barat Sakato merupakan dana *sharing* dari APBD Provinsi dan APBD kabupaten/Kota sampai tahun 2012 untuk pelaksanaan program Jamkesda mengacu pada Peraturan Gubernur No. 40/2007 dan No. 41/2007 tentang penyelenggaraan Jaminan kesehatan daerah dan setelah keluar perda tentang jaminan kesehatan daerah Sumatera Barat Sakato, pelaksanaan tahun 2013 mengacu pada Peraturan Gubernur No. 90/2012, Peraturan Gubernur No. 91/2013 dan Peraturan Gubernur No. 41/2013.

Kebijakan Jamkesda telah di terapkan di Provinsi Sumatera Barat, dan tidak semua kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sumatera Barat mengikuti kebijakan tersebut, karena ada beberapa Kabupaten/kota mempunyai jaminan kesehatan yang berbeda dengan kebijakan yang diterapkan di Provinsi. Sasaran potensial yang direkrut menjadi peserta jamkesda sakato adalah masyarakat miskin /tidak mampu yang belum mempunyai jaminan kesehatan, dan tidak tertampung dalam kuota jamkemas2. Jumlah penduduk Provinsi Sumatera Barat yang di Jamin kesehatan melalui Jamkesda tahun 2011 sebesar 6,1% dan tahun

2013 menjadi 24,90%, dengan mekanisme pembiayaan yang dipilih oleh pemerintah daerah saat ini melalui mekanisme APBD dengan melibatkan pihak ketiga PT. Askes sebagai Badan penyelenggara. Pembayaran melalui premi yang ditanggung oleh pemerintah daerah dengan sistem anggaran yang ada, itulah yang mendasari program Jamkesda Sakato ini. Adanya kebijakan Jamkesda di Provinsi Sumatera Barat sudah memberikan dampak positif dalam pencapaian *universal coverage*, namun masih banyak ditemui permasalahan ditingkat pelaksana seperti masih ada masyarakat miskin yang belum mendapatkan jaminan kesehatan yaitu kartu Jamkesda, dan masih ada peserta Jamkesda yang berobat ke rumah sakit pemerintah (PPK Jamkesda) tidak bisa dilayani sebagaimana mestinya, manfaat pelayanan yang diperoleh masih dibatasi, keterbatasan dalam melaksanakan rujukan yaitu hanya di wilayah Provinsi Sumatera Barat, petunjuk teknis tentang pelaksanaan Jamkesda Sakato baru keluar setelah Peraturan Daerah Jamkesda Sakato diterbitkan yaitu akhir tahun 2012. Oleh karena itu kami ingin melakukan studi kebijakan pelaksanaan Perda Jamkesda Sumatera Barat Sakato tahun 2013, sehingga dengan dilakukan evaluasi tentang penyelenggaraan Jamkesda akan benar-benar membawa manfaat positif bagi masyarakat Sumatera Barat.

Berdasarkan asumsi tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Padang Timur Kota Padang. Menarik untuk diteliti, selain karena program Jamkesmas ini adalah kebijakan yang bersinggungan langsung dengan masyarakat, ternyata belum sepenuhnya masyarakat bisa terjangkau dengan program ini. Disamping itu,

sepengatahuan penulis, belum ada yang meneliti tentang implementasi Jamkesmas di Kota Padang khususnya di Puskesmas di Kecamatan Padang Timur.

B. Rumusan masalah

Berawal dari permasalahan tersebut maka masalah yang dirumuskan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat kecamatan padang timur kota padang dikaitkan dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
2. Apa kendala yang dihadapi oleh masyarakat terkait dengan pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kecamatan Padang Timur Kota Padang?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mendeskripsikan pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat Kecamatan Padang Timur Kota Padang dikaitkan dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
2. Untuk mengetahui kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh masyarakat terkait dengan pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kecamatan Padang Timur Kota Padang.

D. Manfaat Penelitian

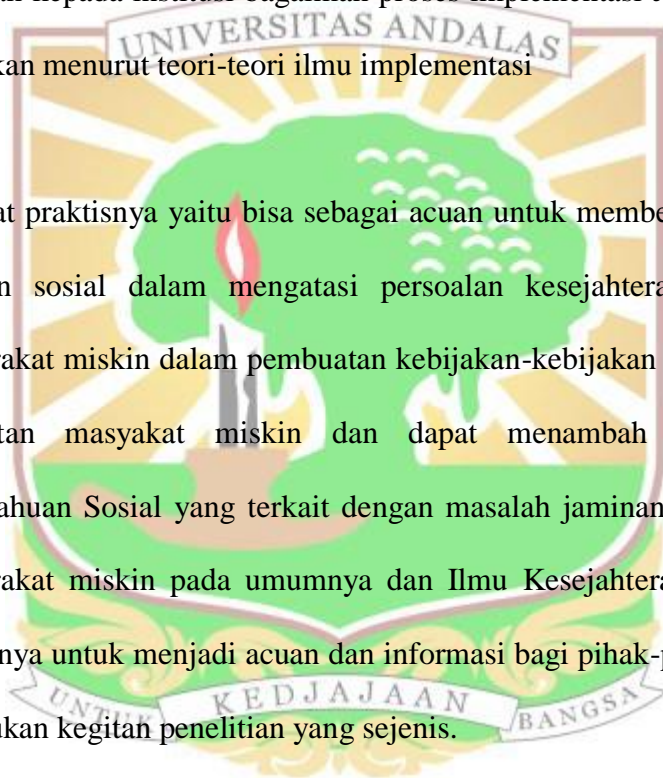
Manfaat penelitian ini dapat dilihat dalam tiga ranah yaitu ranah teoritis, praktis dan kebijakan.

1. Teoritis

Melalui penelitian ini dapat dilihat bagaimana implementasi Jamkesmas telah mengaju kepada konsep-konsep implementasi, serta memberikan masukan kepada institusi bagaimana proses implementasi Jamkesmas yang dilakukan menurut teori-teori ilmu implementasi

2. Praktis

Manfaat praktisnya yaitu bisa sebagai acuan untuk memberikan kebijakan jaminan sosial dalam mengatasi persoalan kesejahteraan sosial bagi masyarakat miskin dalam pembuatan kebijakan-kebijakan tentang jaminan kesehatan masyarakat miskin dan dapat menambah hasanah Ilmu Pengetahuan Sosial yang terkait dengan masalah jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin pada umumnya dan Ilmu Kesejahteraan Sosial pada khususnya untuk menjadi acuan dan informasi bagi pihak-pihak yang akan melakukan kegiatan penelitian yang sejenis.



E. METODOLOGI PENELITIAN

a. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian hukum deskriptif. Penelitian deskriptif dimaksudkan untuk melakukan pemahaman yang cermat terhadap fenomena sosial berdasarkan gejala-

gejalanya.⁸ Dalam penelitian ini penulis ingin menggambarkan hasil penelitian tentang implementasi program Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Padang Timur Kota Padang.

b. Metode Pendekatan

Dalam penelitian ini metode pendekatan yang digunakan adalah penelitian hukum “yuridis sosiologis yaitu penelitian hukum yang objeknya adalah hukum sebagai gejala sosial, seperti yang diperankan dalam perilaku masyarakat sehari-hari.”⁹ Dalam penelitian ini pendekatan masalah mengacu kepada implementasi program Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Padang Timur Kota Padang.

c. Sumber Data

a. Data primer

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari lapangan dan dari sumber pertama.¹⁰ Dalam penelitian ini data tersebut berupa hasil wawancara dan responden yakni subjek atau pelaku yang terkait dengan masalah ini yaitu pihak Puskesmas Kecamatan Padang Timur Kota Padang.

b. Data Sekunder

⁸ Hadari nawawi. *Metodologi Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gajah Mada University 1987. hal. 63

⁹ Bachtiar Abna, Materi Kuliah Metode Penelitian Hukum, Universitas Andalas, Padang 2012 hlm.5

¹⁰ Amurudding dan Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2004, Hal. 30

Data sekunder antara lain mencakup dokumen- dokumen resmi, buku-buku, hasil-hasil penelitian yang berwujud laporan,dan sebagainya.”¹¹ Yang menjadi data sekunder antara lain:

1. Bahan hukum primer

Bahan hukum primer yaitu : bahan-bahan hokum yang mengikat.¹²

Dalam penelitian ini yang menjadi bahan hukum primer antara lain :

- a. Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- b. Undang-undang No. 32 /2004, Otonomi Daerah
- c. Undang-Undang No. 40/2004, Sistem Jaminan Sosial Nasional
- d. Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat No. 10/2010, Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Sumatera Barat Sakato
- e. Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Barat No. 41/2013, Kepesertaan Jaminan Kesehatan Sumatera Barat Sakato,
- f. Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Barat No. 91/2012, Tata Cara Pembayaran Jaminan Kesehatan Sumatera Barat Sakato

¹¹*Ibid* Hal. 31

¹²*Ibid* Hal 33

- g. Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Barat No 90/2012, Sistem Pelayanan Jaminan Kesehatan
- h. Undang-Undang No 36/2009, Kesehatan
- i. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Sumatera Barat 2010-2015

1. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder, yaitu bahan yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer, seperti rancangan Undang-Undang, hasil-hasil penelitian atau pendapat pakar hukum.¹³ Di dalam melakukan penelitian ini, sebagai bahan hukum sekundernya penulis menggunakan buku-buku, artikel-artikel, maupun hasil-hasil penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan permasalahan yang dibahas dalam penelitian ini.

2. Bahan Hukum Tersier

Bahan hukum tersier, yaitu bahan yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder¹⁴. Di antaranya bahan dari media internet yang relevan dengan penelitian.

4. Metode Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data ini dilakukan dengan cara:

- a. Wawancara

¹³*Ibid* Hal 34

¹⁴*Ibid* Hal 35

Wawancara yaitu teknik pengumpulan data dengan memperoleh keterangan lisan melalui tanya jawab dengan subyek penelitian (pihak-pihak) sesuai dengan masalah yang penulis angkat.¹⁵

Wawancara dilakukan secara semi struktur dengan menggunakan teknik dan pedoman wawancara.

b. Studi Dokumen

Melakukan inventarisasi terhadap bahan-bahan hukum yang diperlukan, seperti : bahan-bahan hukum primer, bahan-bahan hukum sekunder, dan bahan-bahan hukum tersier. Melakukan pencatatan dan pembuatan daftar ikhtisar yang berisikan berbagai pengertian dan pendapat para ahli tentang penulisan skripsi ini.

5. Metode Pengolahan dan Analisa Data

a. Pengolahan Data

Setelah data diperoleh, maka penulis melakukan pengelompokan data untuk selanjutnya dilakukan pengeditan data agar diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan yang dikaji pada tahap akhir dari pengolahan data, sehingga siap pakai untuk dianalisis.

b. Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan teknik analisis data. yuridis sosiologis adalah pendekatan masalah yang dilakukan terhadap data primer, yang langsung penulis dapatkan di Puskesmas

¹⁵ Burhan Ashshofa, *Metode Penelitian Hukum*, Rineka Cipta, Jakarta, 1996, Hal 87-91

Kecamatan Padang Tmur Kota Padang baik melalui hasil wawancara maupun dari hasil observasi.

