BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang wajib di hormati, dipenuhi, dijaga dan dilindungi dalam upaya mencapai kesejahteraan. Kesehatan juga merupakan hak dasar untuk diakuinya derajat kemanusian, tanpa kesehatan yang memadai, sebuah keniscayaan seseorang dapat memperoleh hak-hak lainnya seperti haknya atas hidup, menjalani pekerjaan yang layak, hak untuk memperoleh pendidikan, haknya untuk berserikat dan berkumpul serta mengeluarkan pendapat. Negara pun menjamin atas pemenuhan hak tersebut. Dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 ditegaskan bahwa "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan".

Bidang kesehatan merupakan bagian utama dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia berkualitas yang akan menjadi penopang yang kuat dalam peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa. Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah investasi jangka panjang bagi kemajuan pembangunan di masa saat ini dan masa yang akan datang, begitu sebaliknya. Setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat, akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi bangsa.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dapat terwujud dengan meningkatkan pemberian upaya kesehatan. Pemberian upaya kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan sosial budaya, termasuk ekonomi, lingkungan

fisik dan biologis yang bersifat dinamis dan kompleks. Menyadari betapa luasnya hal tersebut, pemerintah melalui sistem kesehatan nasional, berupaya menyelenggarakan kesehatan yang bersifat menyeluruh terpadu, merata, dan dapat diterima serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya tersebut diselenggarakan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal pada pelayanan kesehatan.[1]

Kehadiran Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasonal) telah memberikan landasan hukum yang kuat terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Tak ada diskriminasi apakah mereka berasal dari keluarga mampu atau bukan, kaya atau miskin, pegawai negeri atau bukan semua wajib mendaftarkan diri sebagai peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bagi masyarakat kurang mampu, fakir miskin pembayaran iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Hal ini merupakan amanat dari UUD 1945 yang berbunyi bahwa "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Sejalan dengan ketentuan tersebut, pada penjelasan umum Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional ditegaskan bahwa Majelis Permusyawaratan Rakyat dalam TAP Nomor X/MPR/2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.

Dalam ketentuan Pasal 19 ayat (2) Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasonal ditegaskan bahwa "jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan

---

[1] Bahder Johan Nasution, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter,* Rineka Cipta, Jakarta, 2005, hlm. 1.

menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan". Yang dimaksud manfaat disini adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya. Tujuan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasonal ini sejalan dengan tujuan yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang menyebutkan "pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis". Oleh karenanya negara berkewajiban memberikan jaminan kesehatan yang memadai kepada setiap individu agar mendapat akses pelayanan kesehatan dengan kualitas yang terjamin dan sarana yang memadai.

Sebagai penjabaran dari tanggungjawab negara atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Maka pemerintah mencanangkan program jaminan kesehatan yang bertujuan memberikan perlindungan, menjamin agar seluruh masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak baik melalui pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk bahan medis habis pakai. Program jaminan kesehatan ini mempunyai multi manfaat, mulai dari pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama sampai pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Tidak hanya konsultasi, pemberian layanan obat bahkan sampai kepada penyedian alat kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis masing-masing peserta.

UNIVERSITAS ANDALAS
UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

Selain melakukan upaya kuratif dan rehabilitatif, program jaminan kesehatan juga menekankan pada upaya promotif dan preventif untuk kesehatan perorangan. Adapun manfaat pelayanan promotif dan preventif yang didapatkan peserta meliputi pemberian pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi rutin, keluarga berencana, dan juga skrining kesehatan yang diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.[2]

Tujuan pemerintah dalam pelaksanaan pemeliharaan kesehatan adalah untuk mencapai derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat secara optimal. Selain memberikan perlindungan kepada pasien yang sedang menderita sakit, juga kepada tenaga kesehatan yang dalam melakukan pekerjaan yang selalu berhubungan dengan nyawa manusia dan berikhtiar menyembuhkan pasien baik badan, jiwa maupun sosial.[3]

Besarnya manfaat yang diperoleh, maka tidak heran banyak masyarakat datang ke kantor BPJS Kesehatan mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta, tidak terkecuali masyarakat miskin. Untuk masyarakat miskin ini memang ada program pembiayaan dari pemerintah dimana iuran wajib bulanannya dibayar oleh pemerintah maupun pemerintah daerah sebagaimana yang di atur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Namun hanya sebagian saja yang terdata oleh Badan Pusat Statistik (BPS), disebabkan pendataannya berpedoman kepada data BPS tahun 2011, sementara masyarakat miskin dari tahun ke tahun terus bertambah. Penambahan jumlah masyarakat miskin ini salah satu sebabnya

---

[2] Media Internal BPJS Kesehatan, Edisi 34 Tahun 2016, Jakarta, hlm. 3.
[3] Wila Chandrawila, *Hukum Kedokteran,* Mandar Maju, Bandung, 2007, hlm. 20.

harga-harga kebutuhan dasar meningkat, tarif dasar listrik yang dari waktu ke waktu terus naik bahkan kenaikannya dalam kurun beberapa tahun terakhir sangat signifikan hampir 2 kali lipat, bahan bakar minyak naik, dan lain sebagainya. Yang kemudian diikuti dengan naiknya barang-barang kebutuhan pokok. Sehingga penghasilannya yang tadinya cukup membiayai kebutuhan hidup sehari-hari, sekarang tidak mencukupi lagi.

Bagi masyarakat miskin yang tidak terdata oleh BPS, mendaftarkan diri secara mandiri membayar iuran bulanan untuk dapat memperoleh manfaat dari program jaminan kesehatan. Banyak diantara mereka adalah masyarakat yang kurang mampu, berpenghasilan namun tidak mencukupi kebutuhan dasar yang layak. Entah bagaimana cara mereka bisa membayar iuran tagihan setiap bulan, tahunnya. Bekerja serabutan dengan upah seadanya, atau dengan upah yang tetap namun tidak cukup membiayai kehidupan kesehariannya. Mungkin diantara mereka ada yang mengurangi jatah makannya, demi harapan adanya jaminan ketika dirundung situasi sulit berupa sakitnya salah satu atau lebih anggota keluarga, dimana ketika mereka menggabungkan diri ikut sebagai peserta BPJS Kesehatan kekwatiran, rasa was-was akan biaya kesehatan yang tinggi bisa teratasi. Begitu juga masyarakat umum yang tidak termasuk sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), mendaftarkan diri secara mandiri dan membayarkan iuran iuran setiap bulannya.

Untuk memberikan sokongan biaya penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional. Pada tahun 2016, pemerintah mengucurkan dana sebesar Rp. 25 triliun untuk membiayai jaminan kesehatan bagi 40 % penduduk kurang mampu dari

total 257 juta penduduk Indonesia[4]. sehingga total dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan secara keseluruhan nilainya mencapai Rp. 67,4 triliun pada tahun 2016. Adapun realisasi biaya manfaat jaminan kesehatan sebesar Rp. 67,2 triliun.[5] Realisasi manfaat ini dibayarkan kepada penyedia jasa layanan kesehatan baik fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan.

Jumlah peserta Program JKN dari tahun ketahun ini terus meningkat. Secara keseluruhan baik dari ASN, TNI, POLRI, Peserta PBI[6], swasta dan mandiri bahwa sampai dengan 1 Desember 2017, jumlah peserta Program JKN telah mencapai 186.6 juta jiwa, atau sekitar 72 % dari total populasi penduduk Indonesia. Pada periode ini BPJS Kesehatan telah menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan sebanyak 21.897 yang terdiri dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) baik puskesmas maupun klinik, praktek dokter perorangan, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan penunjang lainnya seperti apotek, optik, laboratorium dan lain-lain.[7] Peningkatan jumlah peserta JKN ini cukup signifikan dimana pada tahun 2014 pada saat baru mulai beroperasi jumlah pesertanya hanya sebanyak 121.6 juta jiwa atau sekitar 49 % dari total populasi penduduk indonesia pada tahun tersebut.[8]

Di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Padang jumlah masyarakat yang terdaftar sebagai peserta mencapai 1.463.097 jiwa atau sekitar 70,53 persen dari jumlah masyarakat wilayah kerja BPJS Cabang Padang yakni Kota Padang,

---

[4] Media eksternal BPJS Kesehatan Edisi 42 Tahun 2016, hlm. 4.

[5] Sepanjang 2016, Pendapatan Iuran BPJS Kesehatan Rp. 67,4 Triliun, http://ekonomi.kompas.com/read/2017/05/23/132759326/sepanjang.2016.pendapatan.iuran.bpjs.kesehatan.rp.67.4.triliun. (terakhir kali dikunjungi pada 14 Desember 2017 pukul 09.00 WIB)

[6] Peserta PBI adalah peserta penerima bantuan iuran baik yang ditanggung oleh APBN maupun yang ditanggung oleh APBD. Jumlahnya per 1 Desember 2017 yang menjadi tanggungjawab ABPN sebanyak 92.315.867 jiwa dan menjadi tanggungjawab ABPD sebanyak 20.241.763 jiwa.

[7] Data Statistik Peserta, https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/jumlahPeserta, terakhir kali dikunjungi pada 14 Desember 2017 pukul 09.00 WIB

[8] *Ibid*

Pariaman, Kabupaten Padangpariaman, Pesisir Selatan dan Kepulauan Mentawai. Di Kota Padang sudah mencapai persentase 83,85 persen dari jumlah penduduk secara keseluruhan.[9] Dalam upaya meningkatkan mutu layanan kepada peserta, BPJS Kesehatan terus memperluas jalinan kerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Karena pelaksanaan program jaminan kesehatan tidak bisa dilaksanakan tanpa dukungan dari fasilitas kesehatan. Dukungan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) meliputi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), klinik, praktek dokter/ dokter gigi mandiri dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

BPJS Kesehatan Cabang Padang per 30 November 2017 sudah bekerja sama dengan 198 fasilitas kesehatan tingkat pertama yang terdiri atas 82 Puskesmas, 30 dokter praktik perorangan, 10 dokter praktik gigi perorangan, 61 klinik pratama dan 15 klinik TNI/Polri. Secara keseluruhan di wiliyah kerja BPJS Kesehatan Cabang Padang yang meliputi Kota Padang, Pariaman, Kabupaten Padangpariaman, Pesisir Selatan dan Kepulauan Mentawai juga telah bekerja sama dengan 31 rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, 25 apotek dan 14 optik.[10] Kerjasama dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang terbanyak berada di Kota Padang yakni 22 fasilitas kesehatan.[11]

Kerjasama dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan/ rumah sakit ini dimaksudkan untuk memberikan manfaat yang maksimal kepada peserta dan memudahkan peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif. Perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas

---

[9] Peserta JKN-KIS BPJS Padang Capai 1,46 juta, https://sumbar.antaranews.com/berita/217504/peserta-jkn-kis-bpjs-padang-capai-146-juta.html, (terakhir kali dikunjungi pada 14 Desember 2017 pukul 09.00 WIB)

[10] *Ibid*

[11] Data Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Cabang Padang

kesehatan rujukan tingkat lanjutan, tunduk pada ketentuan-ketentuan umum dari KUHPerdata Buku III. Pasal 1338 ayat (1) KUH Perdata, berbunyi "Semua perjanjian yang dibuat secara sah berlaku sebagai undang-undang bagi mereka yang membuatnya". Hal ini lazimnya dikenal dengan asas kebebasan berkontrak yang artinya suatu asas yang memberikan kepada para pihak untuk[12] : a) Membuat atau tidak membuat perjanjian; b) Mengadakan perjanjian dengan siapa pun; c) Menentukan isi perjanjian, pelaksanaan dan persyaratannya; d) Menentukan bentuk perjanjian, yaitu tertulis atau lisan. Kebebasan yang diberikan tersebut tidak bersifat mutlak, melainkan ada pembatasan yang diatur dalam Pasal 1337 KUHPerdata, yaitu bahwa perjanjian yang dibuat tidak boleh bertentangan dengan undang-undang, kesusilaan dan ketertiban umum.

Subjek dalam perjanjian kerjasama ini adalah BPJS Kesehatan sebagai penanggung atau badan asuransi yang bertanggung jawab mengumpulkan, mengelola iuran serta membayar biaya kesehatan yang dibutuhkan peserta dan Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta dan keluarganya dengan menerima imbalan jasa dari badan asuransi. Perjanjian kerja sama ini adalah suatu hubungan hukum yang resmi dan sah, yang mencakup hak dan kewajiban para pihak dituangkan secara tertulis dan harus dipatuhi selama masa perjanjian.

Pelaksanaan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit tidak selamanya berjalan dengan baik. Dalam pelaksanaan kerjasama tersebut terdapat keluhan atau kendala baik dari pihak rumah sakit, BPJS Kesehatan maupun dari peserta. Di Yogyakarta misalnya, rumah sakit mengeluh

---

[12] Salim HS, *Hukum Kontrak; Teori & Teknik Penyusunan Kontrak,* Sinar Grafika, Jakarta, 2011, hlm. 9

akan keterlambatan pencairan klaim oleh BPJS Kesehatan. Disebabkan pembayaran klaim jaminan kesehatan sering terlambat, Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) DIY melakukan audensi dengan BPJS Kesehatan Cabang Jogja dan Dinas Kesehatan DIY.[13] Keterlambatan pencairan klaim ini tidak hanya mengganggu operasional rumah sakit swasta. Rumah sakit milik pemerintah pun mengeluhkan akan keterlambatan pencairan klaim BPJS. Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Embung Fatimah Batam, sejumlah pasien cuci darah di Poli Hemodialisa tidak bisa dilayani disebabkan selang tranfusi darah tidak ada, dimana persoalan sebenarnya ada pada anggaran. Selama ini banyak pasien cuci darah di rumah sakit daerah tersebut yang ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Namun pihak BPJS Kesehatan tidak membayar klaim secara penuh. Akibatnya, pihak rumah sakit kesulitan memenuhi sejumlah peralatan dan perlengkapan untuk layanan cuci darah, seperti selang transfusi darah.[14]

Keluhan terhadap pelaksanaan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit, juga terjadi di Kota Padang. Di Rumah Sakit Umum Citra Bunda Medical Center (RSU C-BMC) Padang misalnya, pada tanggal 15 Desember 2017 ada keluhan dari peserta mengenai iur biaya pada layanan kesehatan, yang dalam hal ini peserta tersebut adalah peserta jaminan kesehatan kelas rawat 2 dan berobat di RSU C-BMC Padang untuk operasi laparaskopi (*Cholesistiasis*). Terhadap pasien tersebut setelah menjalani perawatan di rumah

[13] Rumah Sakit Swasta Mengeluh tindakan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Sering Terlambat, diakses dari https://keuangan.co/isi/judul/, terakhir kali dikunjungi pada 2 Maret 2018 pukul 09.00 WIB

[14] Pasien cuci darah tak dilayani RSUD Batam sebut klaim BPJS Kesehatan belum dibayar penuh, diakses dari https://batampos.co.id/2017/12/06/, terakhir kali dikunjungi pada 2 Maret 2018 pukul 09.00 WIB

sakit, ketika hendak pulang bagian administrasi rumah sakit menagih biaya perawatan sebesar Rp. 7.200.00,- (tujuh juta dua ratus ribu rupiah). Saat itu pasien baru membayar sebesar Rp. 6.000.000,- (enam juta rupiah). Beberapa hari kemudian pihak rumah sakit menagih sisa pembayaran sebesar Rp. 1.200.000,- (satu juta dua ratus ribu rupiah) kepada pasien.[15] Tidak terima dengan kejadian tersebut, pada tanggal 09 Januari 2018 pasien melapor ke BPJS Kesehatan Cabang Padang terkait adanya iur biaya. Sebagai pasien yang menjadi peserta BPJS Kesehatan untuk tindakan operasi yang sesuai dengan indikasi medis, dalam ketentuan Pasal 36 A ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menegaskan bahwa Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.

Rumah sakit lain yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan Padang adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Rasidin Padang. Di RSUD dr. Rasidin Padang bagi peserta yang membutuhkan pemeriksaan laboratorium penunjang yang tidak dimiliki RSUD. Mekanisme yang harus ditempuh adalah peserta yang atas indikasi medis dan perintah dari dokter penanggungjawab datang ke laboratorium rumah sakit yang ditunjuk. Setelah melakukan pemeriksaan laboratorium peserta membayar biaya pemeriksaan. RSUD dr. Rasidin membayar biaya pemeriksaan laboratorium sebesar kwitansi yang dibawa

[15] Keluhan Iur Biaya Pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, di akses dari Https://Lapor.go.id/Pengaduan/, terakhir kali dikunjungi pada 20 Februari 2018 pukul 10.00 WIB

oleh peserta.[16] Mekanime seperti ini, akan menjadi masalah jika peserta tidak memiliki uang yang cukup dan/atau biaya pemeriksaan laboratorium yang besar. Misalnya peserta PBI yang anggotanya adalah masyarakat yang tergolong fakir dan miskin. Untuk bisa melanjutkan pemeriksaan laboratorium tentu harus mencari uang terlebih dahulu atau bahkan menunda perawatan sampai mendapatkan biaya untuk membiayai pemeriksaan labor. Dalam proses mencari dan mengumpulkan uang tersebut jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan misalnya penyakitnya bertambah parah karena tidak mendapatkan pengobatan segera atau meninggal dunia. Siapa yang bertanggungjawab, apakah pihak rumah sakit.

Bertitik tolak dari uraian diatas, penulis tertarik untuk meneliti lebih jauh bagaimana pengaturan dan pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang. Dalam hal ini penulis melakukan penelitian pada Rumah Sakit Umum Citra Bunda Medical Center (RSU C-BMC) dan Padang dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Rasidin Padang.

Pemilihan objek penelitian ini dimaksudkan untuk melihat bagaimana pemenuhan prestasi dalam perjanjian kerjasama, dilihat dari segi status kepemilikan rumah sakit dengan tipe yang sama (tipe C) yakni rumah sakit milik swasta dan rumah sakit milik Pemerintah. Apakah kedua rumah sakit ini mampu memberikan pelayanan yang baik kepada peserta dan memenuhi kewajiban sebagaimana yang tertuang dalam perjanjian kerjasama dengan sumber pembiayaan operasional rumah sakit yang berbeda. Pendapatan rumah sakit

[16] Hasil wawancara pendahuluan dengan Sri Kurnia Yati (Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis RSUD dr. Rasidin Padang) pada tanggal 9 April 2018 pukul 11.00 WIB di Padang.

swasta hanya bersumber dari jasa pelayanan kesehatan yang sepenuhnya digunakan untuk membiayai operasional rumah sakit mulai dari gaji pegawai, jasa medis, pembelian/pemeliharaan alat kesehatan dan pembelian obat-obatan. Sedangkan rumah sakit milik Pemerintah, disamping sebagian besar pegawai dan dokter sudah berstatus pegawai negeri sipil yang gajinya sudah ditanggung oleh Pemerintah juga mendapatkan dana operasional, biaya pengadaan, biaya pemeliharaan alat kesehatan yang bersumber dari anggaran negara dan/atau daerah.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengaturan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan?
2. Bagaimana pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang?
3. Apa saja kendala yang timbul dalam perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang dan upaya penyelesaiannya?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui pengaturan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat

lanjutan

2. Untuk mengetahui pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang.
3. Untuk mengetahui kendala apa saja yang timbul dalam perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang dan upaya penyelesaiannya.

D. Manfaat Penelitian

Dengan penelitian mengenai perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang sebagaimana disinggung di muka, diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap wawasan dan pengetahuan dalam ilmu hukum umumnya, sumbangan ke arah yang lebih baik kepada seluruh masyarakat di Indonesia khususnya masyarakat yang berada di kota Padang sehubungan dengan pengaturan, pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan tingkat lanjutan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

2. Manfaat Praktis

UNIVERSITAS ANDALAS
UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi para praktisi, pemerintah, tenaga kesehatan, masyarakat yang pada gilirannya berguna dalam peningkatan pemahaman akan program jaminan kesehatan nasional, perbaikan pelayanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelusuran informasi tentang keaslian penelitian yang dilakukan terhadap judul tesis baik yang ada pada Program Magister Ilmu Hukum Universitas Andalas Padang maupun penelusuran di internet. Bahwa pernah ada penelitian dengan topik yang relatif sama dengan yang ingin penulis teliti. Adapun yang penulis temukan terkait dengan tulisan yang berkaitan dengan pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang adalah sebagai berikut :

1. Penelitian oleh Deddy Roemansyah dari Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada dengan judul Implementasi Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) terhadap Pelayanan Kesehatan dan Perlindungan Hukum Bagi Masyarakat Peserta Jamkesmas (Puskesmas Kepil II Wonosobo). Yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian Deddy Roemansyah adalah bagaimana implementasi sistem jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) terhadap pelayanan kesehatan dan perlindungan hukum bagi masyarakat peserta jamkesmas. Hasil penelitian Deddy terlihat adanya ketidakakuratan data penduduk miskin

yang berhak menerima Jamkesmas, ketidakjelasan jenis pelayanan kesehatan dan dana kesehatan yang ditanggung pemerintah, perbedaan pelayanan RS atau Puskesmas terhadap pasien Jamkesmas, ketidak mengertian proses administrasi Jamkesmas. Selanjutnya perlindungan hukum bagi masyarakat peserta jamkesmas dilakukan dengan menerbitkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Wonosobo Nomor 440/643/VII/2008 Tentang Realokasi Dana dan Jumlah Masyarakat miskin PerPuskesmas dan Petunjuk Operasional Pengelolaan Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya Se-Kabupaten Wonosobo Tahun 2008.

Berbeda dengan Deddy, pada penelitian ini yang menjadi rumusan masalah adalah bagaimana pengaturan, pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang dan apa saja kendala yang timbul dalam perjanjian tersebut serta upaya penyelesaiannya.

2. Penelitian oleh Fitri Ratna Wulan dari Fakultas Hukum Universitas Lampung dengan judul Implementasi Jaminan Sosial Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Adapun yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian Fitri Ratna Wulan adalah hubungan hukum para pihak dalam pelaksanaan jaminan kesehatan melalui program BPJS Kesehatan dan perlindungan hukum peserta program JKN BPJS Kesehatan untuk mendapat jaminan kesehatan. Bahwa pada prinsipnya, hubungan hukum

para pihak dalam pelaksanakan jaminan kesehatan terdiri dari hubungan hukum rumah sakit dan BPJS Kesehatan, BPJS kesehatan dan Peserta, kemudian Peserta dan rumah sakit. Hubungan Tersebut didasarkan atas hukum keperdataan yaitu perikatan. Terhadap perlindungan hukum peserta JKN, BPJS Kesehatan berupaya membuka layanan informasi dan keluhan, penyampaian pengaduan kepada Majelis Kode Etik Kedokteran, pengadilan atau Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen (BPSK) dan terhadap pihak yang terkait.

Berbeda dengan Fitri pada penelitian ini, dimana penelitian ini dimaksudkan untuk mengkaji dan mengetahui lebih jauh bagaimana pengaturan, pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang dan apa saja kendala yang timbul dalam perjanjian tersebut serta upaya penyelesaiannya.

F. Kerangka Teoritis Dan Konseptual

1. Kerangka Teoritis

Teori merupakan tujuan akhir dari ilmu pengetahuan.[17] Rumusan tersebut mengandung tiga hal, *pertama,* teori merupakan seperangkat proposisi yang terdiri atas variabel-variabel yang terdefinisikan dan saling berhubungan. *Kedua,* teori menyusun antar hubungan seperangkat variable dan dengan demikian merupakan suatu pandangan sistematis mengenai fenomena-fenomena yang dideskripsikan oleh varibel-variabel

[17] Amiruddin dan Zainal Asikin, *Pengantar Metode Penelitian Hukum,* Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2012, hlm.14.

itu. Akhirnya, suatu teori menjelaskan fenomena. Penjelasan itu diajukan dengan cara menunjuk secara rinci variabel-variabel tertentu lainnya.[18] Bagi suatu penelitian, teori atau kerangka teoritis mempunyai beberapa kegunaan. Kegunaan tersebut paling sedikit mencakup hal-hal sebagai berikut :[19]

a. Teori tersebut berguna untuk mempertajam atau lebih mengkhususkan fakta yang hendak diselidiki atau di uji kebenarannya.
b. Teori sangat berguna di dalam mengembangkan sistem klasifikasi fakta, membina struktur konsep-konsep serta mengeembangkan defenisi-defenisi.
c. Teori biasanya merupakan suatu ikhtisar daripada hal-hal yang telah diketahui serta diuji kebenarannya yang menyangkut objek yang diteliti.
d. Teori memberikan kemungkinan pada prediksi fakta mendatang, oleh karena telah diketahui sebab-sebab terjadinya fakta tersebut dan mungkin faktor-faktor tersebut akan timbul lagi pada masamasa mendatang.
e. Teori memberikan petunjuk-petunjuk terhadap kekurangan-kekurangan pada pengetahuan peneliti.

Dalam penelitian ini landasan teori yang penulis gunakan adalah sebagai berikut :

1) Teori Penegakan Hukum

---

[18] *Ibid*

[19] Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum,* Universitas Indonesia UI Press, Jakarta, 2008, hlm. 121.

Penegakan hukum adalah proses dilakukannya upaya tegaknya atau berfungsinya norma-norma hukum secara nyata sebagai pedoman pelaku dalam lalu lintas atau hubungan-hubungan hukum dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Penegakan hukum merupakan usaha untuk mewujudkan ide-ide dan konsep-konsep hukum yang diharapakan rakyat menjadi kenyataan. Penegakan hukum merupakan suatu proses yang melibatkan banyak hal.[20]

Penegakan hukum secara konkret adalah berlakunya hukum positif dalam praktik sebagaimana seharusnya patut dipatuhi. Oleh karena itu, memberikan keadilan dalam suatu perkara berarti memutuskan hukum *in concreto* dalam mempertahankan dan menjamin di taatinya hukum materiil dengan menggunakan cara procedural yang ditetapkan oleh hukum formal.[21]

Menurut Soerjono Soekanto, penegakan hukum adalah kegiatan menyerasikan hubungan nilai-nilai yang terjabarkan didalam kaidah-kaidah/pandangan nilai yang mantap dan mengejewantah dan sikap tindak sebagai rangkaian penjabaran nilai tahap akhir untuk menciptakan, memelihara dan mempertahankan kedamaian pergaulan hidup.[22] Ditinjau dari sudut subjeknya, penegakan hukum itu dapat

[20] Dellyana,Shant, *Konsep Penegakan Hukum*, Liberty, Yogyakarta, 1988, hlm. 32.
[21] *Ibid*, hlm. 33.
[22] Soerjono Soekanto, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penegakan Hukum*, Raja Grafindo, Jakarta, 2007, hlm. 8.

dilakukan oleh subjek yang luas dan dapat pula diartikan sebagai upaya penegakan hukum oleh subjek dalam arti yang terbatas atau sempit.[23]

Dalam arti luas, proses penegakan hukum itu melibatkan semua subjek hukum dalam setiap hubungan hukum. Siapa saja yang menjalankan aturan normatif atau melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu dengan mendasarkan diri pada norma aturan hukum yang berlaku, berarti dia menjalankan atau menegakkan aturan hukum. Dalam arti sempit, dari segi subjeknya itu, penegakan hukum itu hanya diartikan sebagai upaya aparatur penegakan hukum tertentu untuk menjamin dan memastikan bahwa suatu aturan hukum berjalan sebagaimana seharusnya. Dalam memastikan tegaknya hukum itu, apabila diperlukan, aparatur penegak hukum itu diperkenankan untuk menggunakan daya paksa.[24]

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi penegakan hukum adalah sebagai berikut :[25]

a. Faktor Hukum

Praktik penyelenggaraan hukum di lapangan ada kalanya terjadi pertentangan antara kepastian hukum dan keadilan, hal ini disebabkan oleh konsepsi keadilan merupakan suatu rumusan yang bersifat abstrak, sedangkan kepastian hukum merupakan suatu prosedur yang telah ditentukan secara normatif.

---

[23] Jimly Asshidiqie, *Penegakan_Hukum* diakses dari http://www.jimly.com/makalah/namafile/56/Penegakan_Hukum.pdf, terakhir kali dikunjungi pada 14 Desember 2017 pukul 09.00 WIB

[24] *Ibid*

[25] Soerjono Soekanto, *Op. Cit.* hlm. 8.

Justru itu, suatu kebijakan atau tindakan yang tidak sepenuhnya berdasar hukum merupakan sesuatu yang dapat dibenarkan sepanjang kebijakan atau tindakan itu tidak bertentangan dengan hukum. Maka pada hakikatnya penyelenggaraan hukum bukan hanya mencakup law enforcement, namun juga peace maintenance, karena penyelenggaraan hukum sesungguhnya merupakan proses penyerasian antara nilai kaedah dan pola perilaku nyata yang bertujuan untuk mencapai kedamaian.

b. Faktor Penegakan Hukum

Fungsi hukum, mentalitas atau kepribadian petugas penegak hukum memainkan peranan penting, kalau peraturan sudah baik, tetapi kualitas petugas kurang baik, ada masalah. Oleh karena itu, salah satu kunci keberhasilan dalam penegakan hukum adalah mentalitas atau kepribadian penegak hukum

c. Faktor Sarana atau Fasilitas Pendukung

Faktor sarana atau fasilitas pendukung mencakup perangkat lunak dan perangkat keras, salah satu contoh perangkat lunak adalah pendidikan. Pendidikan yang diterima oleh Polisi dewasa ini cenderung pada hal-hal yang praktis konvensional, sehingga dalam banyak hal polisi mengalami hambatan di dalam tujuannya, diantaranya adalah pengetahuan tentang kejahatan computer, dalam tindak pidana khusus yang selama ini masih diberikan wewenang kepada jaksa, hal tersebut karena secara teknis yuridis polisi dianggap belum mampu dan belum

UNIVERSITAS ANDALAS
UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

siap. Walaupun disadari pula bahwa tugas yang harus diemban oleh polisi begitu luas dan banyak.

d. Faktor Masyarakat

Penegak hukum berasal dari masyarakat dan bertujuan untuk mencapai kedamaian di dalam masyarakat. Setiap warga masyarakat atau kelompok sedikit banyaknya mempunyai kesadaran hukum, persoalan yang timbul adalah taraf kepatuhan hukum, yaitu kepatuhan hukum yang tinggi, sedang, atau kurang. Adanya derajat kepatuhan hukum masyarakat terhadap hukum, merupakan salah satu indikator berfungsinya hukum yang bersangkutan.

e. Faktor Kebudayaan

Berdasarkan konsep kebudayaan sehari-hari, orang begitu sering membicarakan soal kebudayaan. Kebudayaan menurut Soerjono Soekanto, mempunyai fungsi yang sangat besar bagi manusia dan masyarakat, yaitu mengatur agar manusia dapat mengerti bagaimana seharusnya bertindak, berbuat, dan menentukan sikapnya.

Kelima faktor diatas mempunyai pengaruh yang cukup signifikan dalam upaya tegaknya hukum, jika kelima faktor tersebut baik maka akan memberikan pengaruh positif, namun jika salah satu atau kelima faktor tersebut buruk maka pengaruh yang terhadap penegakan hukum pun akan buruk. Dengan kata lain bahwa penegakan hukum merupakan proses perwujudan ide-ide dalam rangka mencapai keadilan, kepastian hukum dan kemanfaatan yang luas dan setingginya untuk kesejahteraan masyarakat. Jika upaya penegakan hukum ini terlaksana sebagaimana

harapannya, maka ketertiban dan kedamaian akan dengan mudah terwujud dalam kehidupan sehari-hari masyarakat.

Oleh karenya tujuan hukum yang sesungguhnya untuk menggapai keadilan dapat terlaksana sebagaimana mestinya. Mengenai tujuan hukum, terdapat beberapa teori, yaitu : teori etis, teori utilistis dan teori pengayoman.[26] Menurut teori etis bahwa tujuan hukum semata-mata untuk mewujudkan keadilan. Aristoteles mengajarkan dua macam keadilan, yaitu keadilan distributif dan keadilan komutatif. Keadilan distributif ialah keadilan yang memberikan kepada tiap orang jatah menurut jasanya. Keadilan komutatif adalah keadilan yang memberikan jatah kepada setiap orang sama banyaknya tanpa harus mengingat jasa-jasa perseorangan.

Teori Utilitas, menurut Bentham bahwa hukum bertujuan untuk mewujudkan apa yang berfaedah atau yang sesuai dengan daya guna (efektif). Adagiumnya yang terkenal adalah *The greatest happiness for the greatest number* artinya, kebahagiaan yang terbesar untuk jumlah yang terbanyak. Yang dimaksud faedah/ manfaat disini adalah menghindarkan keburukan dan mendapatkan kebaikan. Kebaikan tersebut identik dengan kesenangan dan keburukan itu identik dengan penderitaan sebagai pengganti dari adil dan tidak adil, susila dan asusila, baik dan jahat.[27] Pada teori pengayoman, mengemukakan tujuan hukum adalah untuk mengayomi manusia, baik secara aktif maupun secara pasif.

---

[26] Dudu Duswara Machmudin, *Pengantar Ilmu Hukum, sebuah Sketsa*, Refika Aditama, Bandung, 2003, hlm. 24-28.

[27] Agus Santoso, *Hukum, Moral dan Keadilan Sebuah Kajian Filsafat Hukum,* Kencana Prenada Media Group, Jakarta, 2014, hlm. 281.

Secara aktif dimaksudkan sebagai upaya untuk menciptakan suatu kondisi kemasyarakatan yang manusiawi dalam proses yang berlangsung secara wajar. Sedangkan yang dimaksud secara pasif adalah mengupayakan pencegahan atas tindakan yang sewenang-wenang dan penyalahgunaan hak.

Jadi tujuan hukum diartikan upaya untuk mewujudkan kebenaran, keadilan, ketertiban serta melindungi kepentingan masyarakat melalui segenap perangkat peraturan perundang-undangan yang baik, peningkatan kesadaran dan ketaatan masyarakat akan hukum, kualitas penegak hukum yang profesional dan berintegritas. Profesional sesuai dengan kemampuan dan keahlian yang dimiliki, berintegritas dengan memiliki kualitas iman dan takwa yang mumpuni, tahan akan tantangan, cobaan maupun godaan.

2) Teori Pelayanan Kesehatan

Menurut Levey dan Loomba, Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat[28]. Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatkan derajat

[28] Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan,* Binarupa Aksara Publisher, 2010, hlm. 42.

kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.[29]

Dengan demikian pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan secara promotif, prefentif, kuratif dan rehabilitatif berdasarkan standar profesional oleh pemberi pelayanan kesehatan baik puskesmas, klinik maupun rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Hodgetts dan Casio mengemukakan bahwa secara umum jenis pelayanan kesehatan dapat dibedakan atas :[30]

a. Pelayanan kedokteran

   Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

   Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

[29] Veronika komalawati. *Op. Cit.* hlm. 77.
[30] Azrul Azwar, *Op. Cit.* hlm. 43.

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik tidak hanya cukup dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi saja, namun juga harus didukung dengan perencanaan, pelaksanaan, pembinaan dan pengawasan yang tepat. Syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik menurut Azrul Azwar adalah sebagai berikut :[31]

a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan harus tersedia dimasyarakat (*available*) dan memiliki sifat berkesinambungan (*continius*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan dan keberadaannya dapat ditemukan pada setiap saat dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan yang baik dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Ketercapain yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan

[31] *Ibid,* hlm. 45-46.

kesehatan yang selalu terkonsentrasi didaerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan didaerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Keterjangkauan pelayanan kesehatan utamanya dari aspek biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karen itu hanya dapat dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Pelayanan kesehatan yang bermutu menunjukkan kepada tingkat kesempurnaan penyelenggaraan, di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara pelayanannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Strata pelayanan kesehatan yang dianut tiap negara tidaklah sama, namun secara umum berbagai strata ini dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yakni :[32]

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Yang dimaksud pelayanan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan

[32] *Ibid,* hlm. 48-49.

derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan.

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Yang dimaksud pelayanan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan untuk menyelenggarakannya dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Yang dimaksud pelayanan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh enaga-tenaga subspesialis.

2. KERANGKA KONSEPTUAL

a. Perjanjian Kerjasama

Yang dimaksud dengan perjanjian kerjasama adalah dokumen tertulis yang disepakati oleh para pihak dalam rangka penyelenggaran program jaminan kesehatan nasional.

b. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

c. BPJS Kesehatan

Pasal 1 angka 2 Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang

Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

d. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut yang dimaksud disini adalah Rumah Sakit sebagaimana yang termuat dalam Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

G. Metode Penelitian

1. Pendekatan dan Sifat Penelitian

Metode pendekatan masalah yang dipakai dalam penelitian ini adalah metode yang bersifat yuridis *empiris*. Penelitian dengan pendekatan *yuridis empiris* adalah penelitian hukum mengenai pemberlakuan ketentuan hukum *normatif* secara *in action* pada setiap peristiwa hukum tertentu yang terjadi dalam masyarakat. Pemberlakuan secara *in action* tersebut merupakan fakta *empiris* dan berguna untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan oleh negara, pemberlakuan secara *in action* ini

diharapkan akan berlangsung secara sempurna apabila rumusan ketentuan hukum normatif jelas dan tegas serta lengkap .[33]

Penelitian ini bersifat deskriptif, maksudnya menggambarkan secara lengkap suatu keadaan sehingga akan dapat dihasilkan suatu pembahasan. Keadaan yang digambarkan dalam penelitian ini adalah Bagaimana pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Kota Padang dan apa saja kendala yang timbul dalam perjanjian kerjasama tersebut serta upaya penyelesaiannya.

2. Jenis dan Sumber Data

Data yang dikumpulkan dalam peneliti ini dapat digolongkan menjadi dua antara lain :

a. Data primer, berupa data yang langsung didapatkan dalam penelitian di lapangan. Data yang diperoleh dari wawancara secara mendalam (*depth interview*) terhadap pihak-pihak terkait yang menjadi objek penelitian.

b. Data sekunder, data yang diperlukan untuk melengkapi data primer.

Adapun data sekunder tersebut antara lain :

1) Bahan hukum primer, yang merupakan bahan-bahan hukum yang mempunyai kekuatan mengikat, yaitu :

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945
- Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

[33] Soerjono Soekanto dan Sri Mamuji, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Rajawali Press, Jakarta. 2003, hlm.13.

- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

2) Bahan hukum sekunder, yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer, seperti hasil penelitian, buku-buku ilmiah, makalah dan wawancara dengan pihak-pihak terkait

3. Alat Pengumpulan Data

Menurut Amiruddin dan Zainal Asikin dalam penelitian lazimnya dikenal jenis alat pengumpul data, yaitu :

a. Studi dokumen atau bahan pustaka
b. Pengamatan atau observasi
c. Wawancara atau interview
d. Kuisioner
e. Alat-alat pengumpul data lainnyai.[34]

Alat pengumpulan data yang penulis gunakan dalam penulisan tesis ini hanya menggunakan 2 (dua) macam teknik pengumpulan data, yaitu :

a. Studi dokumen atau bahan pustaka

[34] Amiruddin dan Zainal Asikin, *Op. Cit.* hlm. 67.

Studi dokumen meliputi studi bahan-bahan hukum yang terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Setiap bahan hukum ini akan diperiksa validitas dan reliabilitasnya, sebab hal ini sangat menentukan hasil suatu penelitian.

b. Wawancara

Wawancara adalah situasi peran antar pribadi bertatap muka (*face to face*) ketika seseorang yakni pewawancara mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang dirancang untuk memperoleh jawaban-jawaban yang relevan dengan masalah penelitian kepada seseorang responden.[35]

Wawancara dilakukan dengan Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan Padang yang lingkup tugasnya mengelola hubungan kemitraan, pencairan dan pemeriksaan klaim, pengaduan yang berkaitan dengan fasilitas kesehatan rujukan. Wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Umum Citra Bunda Medical Center (RSU-C-BMC) Padang adalah pihak yang sangat berkompeten untuk menjawab pertanyaan dalam penelitian ini dan Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis RSUD dr. Rasidin Padang yang lingkup tugasnya menyusun, melaksanakan kebijakan program pelayanan medis pada semua instansi pelayanan rumah sakit serta pengawasan, pengendalian, penerimaan, pelayanan rujukan.

[35] *Ibid*, hlm. 82.

4. Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan data

Pengolahan data adalah kegiatan merapikan data hasil pengumpulan data di lapangan sehingga siap di pakai untuk di analisis.[36] Dalam penelitian ini, setelah berhasil memperoleh data yang diperlukan, selanjutnya peneliti melakukan pengolahan terhadap data tersebut dengan cara *editing*, yaitu meneliti kembali terhadap catatan-catatan, berkas-berkas dan informasi yang dikumpulkan, yang mana diharpkan agar dapat meningkatkan mutu reliabilitas data yang akan di analisa.[37]

b. Analisa data

Analisa data sebagai tindak lanjut dari proses pengolahan data, untuk dapat memecahkan dan menguraikan masalah yang akan diteliti berdasarkan bahan hukum yang diperoleh, maka diperlukan adanya teknik analisa bahan hukum. Setelah mendapatkan data-data yang diperlukan, maka peneliti melakukan analisis kualitatif,[38] yakni dengan melakukan penilaian terhadap data-data yang didapatkan di lapangan dengan bantuan literatur-literatur atau bahan-bahan terkait dengan penelitian, kemudian di tarik kesimpulan yang dijabarkan dalam bentuk penulisan deskriptif.

---

[36] Bambang Waluyo, *Penelitian Hukum dalam Praktek,* Sinar Grafika, Jakarta, 2002, hlm. 72.
[37] Amiruddin dan Zainal Asikin, *Op. Cit.* hlm. 168-169.
[38] Bambang Waluyo, *Op. Cit.* hlm. 77.

H. Sistematika Penulisan

Dalam tesis ini dibagi menjadi enam bab yang terdiri dari:

- Bab I Pendahuluan, yang berisikan latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, keaslian penelitian, kerangka teoritis dan konseptual, metode penelitian dan sistematika penelitian.
- Bab II Perjanjian Kerjasama Program Jaminan Kesehatan, yang berisikan uraian tentang perjanjian, Jaminan Kesehatan Nasional, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.
- Bab III Pengaturan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
- Bab IV Pelaksanaan perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Kota Padang.
- Bab V Kendala yang timbul dalam perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan Antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di Kota Padang serta upaya penyelesaiannya.
- Bab VI Penutup menguraikan mengenai kesimpulan dan saran

UNIVERSITAS ANDALAS
UNTUK KEDJAJAAN BANGSA