

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hak asasi manusia adalah hak dan kebebasan yang mendasar bagi setiap orang tanpa memandang status sosial, jenis kelamin, asal kebangsaan atau etnis, ras, agama, bahasa. Hak asasi manusia diakui oleh seluruh bangsa di dunia termasuk di Indonesia. Hak asasi manusia mencakup hak kebutuhan dasar hidup. Kebutuhan dasar hidup merupakan hak yang harus dipenuhi agar seseorang dapat menjalankan hidupnya dengan bermartabat dan mencapai kesejahteraan. Kebutuhan dasar hidup mencakup aspek dasar untuk keberlangsungan hidup manusia.¹

Memiliki tingkat hidup yang layak dalam aspek kesehatan dan kesejahteraan bagi diri sendiri dan keluarga adalah hak kesehatan dikenal dalam falsafah dan dasar negara Pancasila, khususnya pada sila ke-lima yang mengakui keberadaan hak asasi warga atas kesehatan. Hak-hak ini juga diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 khususnya pada Pasal 28H yang menyatakan “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Ini juga menggaris bawahi betapa pentingnya kesehatan untuk memiliki kualitas hidup yang baik. Pasal 4 ayat (1) huruf c Undang-Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa “semua orang memiliki hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman,

¹ Apriyani Riyanti, 2023, *Hukum dan Ham*, Widina Bhakti Persada Bandung, Bandung, hlm. 3.

bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”.²

Jaminan Sosial (yang selanjutnya disebut Jamsos) adalah sistem perlindungan yang dibuat untuk melindungi individu dari bahaya sosial dan ekonomi seperti sakit, kecelakaan, usia lanjut, atau kehilangan pekerjaan. Salah satu bagian dari Jaminan Sosial meliputi Jaminan Kesehatan, dimana Jaminan Kesehatan ini memberikan perlindungan kesehatan berupa akses ke layanan medis, obat-obatan, dan perawatan, contoh dari Jaminan Sosial yaitu Asuransi Kesehatan.

Asuransi kesehatan adalah asuransi yang melindungi anggota asuransinya dari biaya medis atau perawatan terutama hal-hal yang berkaitan dengan sakit dan pasien yang mengalami kecelakaan. Perusahaan asuransi biasanya menawarkan dua jenis perawatan yaitu: perawatan rawat inap (*in-patient treatment*)³ dan perawatan rawat jalan (*out-patient treatment*)⁴. Salah satu cara untuk mengurangi kerugian keuangan tersebut adalah melalui asuransi itu sendiri, dimana risiko kerugian ditransfer dari seseorang ke badan lain. Sebuah badan yang menerima resiko disebut penanggung, dan individu yang menyalurkan

² Kemenkes, “Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan”, <https://www.badan.kebijakan.go.id/program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/>, dikunjungi pada tanggal 9 september 2024 Jam 13.55.

³ *in-patient treatment* merupakan bentuk perawatan medis dimana pasien menginap di rumah sakit dan difasilitasi kesehatan medis lainnya untuk mendapatkan perawatan serius dan perawatannya dilakukan secara berkelanjutan. Lihat Juwita Bahar, “Apa Perbedaan Rawat Inap dan Rawat Jalan?”, [Apa Perbedaan Rawat Inap dan Rawat Jalan? — Rumah Sakit Budi Medika \(rsbudimedika.com\)](http://www.rsbudimedika.com), dikunjungi pada tanggal 3 September 2024 Jam 21.52.

⁴ *Out-patient treatment* merupakan jenis perawatan dimana pasien tidak menginap di rumah sakit dan hanya melakukan perawatan pada hari yang sama, kondisi ini tidak memerlukan intrusi medis yang serius. Lihat Nur Hayati, “Pengertian Rawat Jalan Menurut Permenkes Beserta Standar Pelayanannya”, <https://kumparan.com/berita-hari-ini/pengertian-rawat-jalan-menurut-permenkes-beserta-standar-pelayanannya-1z53ccJcIik>, dikunjungi pada tanggal 3 September 2024 Jam 22.06.

risiko disebut tertanggung. Asuransi menurut Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (*Burgerlijk Wetboek*) adalah perjanjian antara kedua belah pihak. Perjanjian Asuransi sendiri adalah sebuah kontrak dimana satu pihak yaitu penanggung berjanji untuk membayar ganti rugi atau memberikan manfaat lainnya kepada pihak lainnya yaitu tertanggung. Artinya asuransi merupakan suatu perjanjian atau pertanggungan⁵.

Asuransi dapat dikategorikan sebagai bentuk jaminan, jaminan yaitu “menjamin dipenuhinya kewajiban yang dapat dinilai dengan uang yang timbul dari suatu perikatan hukum”.⁶ Asuransi dalam jaminan termasuk kedalam finansial atau jaminan resiko, jenis jaminan ini bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi pemegang polis dari kerugian yang mungkin terjadi, seperti biaya medis, kehilangan asset, kehilangan pendapatan, dan biaya lainnya. Secara spresifik, asuransi dapat dianggap sebagai perlindungan terhadap resiko yang tidak pasti atau tidak terduga yang mana mencakup jaminan kesehatan di dalamnya.

Jaminan Kesehatan Nasional (yang selanjutnya disebut JKN) adalah program dari asuransi kesehatan yang bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh masyarakat Indonesia, JKN merupakan bagian penting dalam upaya pemerintah untuk meningkatkan sistem kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia, dimana JKN ini merupakan bagian dari sistem jaminan sosial di Indonesia dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dimana hal ini diatur dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan

⁵ Arief Suryono, 2009, “Asuransi Kesehatan Berdasarkan Undang-undang Nomor 3 Tahun 1992”, *Jurnal Dinamika Hukum*, Vol.9, No.3, 2009, hlm.214.

⁶ Ashibli, 2018, *Hukum Jaminan*, Mih Unihias, Bengkulu, hlm 15.

Penyelenggara Jaminan Sosial (yang selanjutnya disebut UU BPJS). Sistem Jaminan Sosial Nasional (yang selanjutnya disebut SJSN) adalah tata cara dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial oleh BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan.⁷

JKN yang dijalankan secara nasional, dijalankan berlandaskan prinsip asuransi sosial dan asuransi ekuitas, dimana prinsip asuransi sosial meliputi:

1. Prinsip Gotong Royong yang membedakan peserta yang kaya dengan yang miskin, peserta yang sehat dengan yang sakit, dan peserta yang beresiko tinggi dan beresiko rendah;
2. Kepesertaannya wajib dan tidak terbatas;
3. Iurannya didasarkan pada persentase upah/ gaji untuk Pekerja Penerima Upah (PPU) atau suatu jumlah nominal tertentu untuk pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU);
4. JKN ini dikelola secara nirlaba. Sehingga sebagian besar dana digunakan untuk kepentingan peserta. Setiap dana yang lebih besar akan disimpan dan digunakan sebagai dana cadangan untuk meningkatkan keuntungan dan manfaat serta meningkatkan kualitas layanan.

Prinsip ekuitas, adalah kesamaan dalam mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang tidak terkait dengan jumlah iuran yang telah dibayarkan. Hal ini diterapkan dengan cara membayar iuran sebesar persentase dari upah bagi mereka yang memiliki

⁷ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi populasi kunci*, Jakarta, hlm. 4.

penghasilan atau pemerintah yang membayarkan iuran bagi peserta yang tidak mampu.

BPJS Kesehatan merupakan suatu lembaga yang berbadan hukum di Indonesia dan memiliki status berbadan hukum publik. Badan hukum publik merupakan jenis badan hukum yang dibentuk untuk melaksanakan fungsi-fungsi publik atau kepentingan umum. BPJS Kesehatan dibentuk untuk menjalankan program jaminan sosial di Indonesia dan memiliki tanggung jawab langsung kepada Presiden. BPJS Kesehatan adalah lembaga yang dibentuk berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (yang selanjutnya disebut UU Sistem Jaminan Sosial Nasional), dan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.⁸

BPJS Kesehatan beroperasi secara mandiri tetapi memerlukan kerja sama dengan beberapa kementerian terkait untuk melaksanakan tugas dan kebijakan. BPJS Kesehatan tidak berada dibawah satu departemen spesifik, tetapi dalam menjalankan fungsi dan programnya, BPJS Kesehatan berhubungan dengan Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Keuangan.

UU BPJS ini mengamanatkan perubahan PT. Askes yang berbentuk persero menjadi BPJS Kesehatan pada januari 2014, dan PT. Jamsostek yang berbentuk persero menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Kedua BPJS ini memiliki amanah yang berbeda. BPJS Kesehatan menyalurkannya menjadi jaminan kesehatan masyarakat (yang selanjutnya

⁸ Salim H.S, 2005, *Hukum Perdata Tertulis (BW)*, Sinar Grafika, Jakarta, hlm.17.

disebut Jamkesmas), dan BPJS Ketenagakerjaan akan menyalurkannya menjadi jaminan pensiun, jaminan hari tua, jaminan kecelakaan kerja, dan jaminan kematian.

PT. Askes dulunya hanya memberikan layanannya kepada PNS anggota TNI/POLRI, veteran dan individu lainnya sebelum berubah menjadi BPJS Kesehatan. Pemerintah mengambil 2% dari gaji mereka setiap bulan dan menyerahkannya kepada badan asuransi. Askes kemudian memberikan dana tersebut kepada puskesmas dan rumah sakit jika peserta mengalami sakit atau kecelakaan.

Setelah menjadi BPJS Kesehatan, pelayanan kesehatan tidak hanya didapatkan oleh PNS, TNI/POLRI, atau veteran saja. Sebaliknya, negara memungkinkan semua orang termasuk masyarakat yang tidak mampu, untuk mendapatkan haknya dalam memperoleh layanan kesehatan ini. Dengan didirikannya BPJS Kesehatan, setiap orang di Indonesia, memiliki kesempatan untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang sesuai dengan tingkat jaminan yang dibayarkan, yang mencakup biaya berobat, perawatan, dan operasi.

Bergantinya PT. Askes menjadi BPJS Kesehatan menciptakan pelayanan jaminan sosial kesehatan yang lebih luas dan mencapai semua bagian masyarakat di Indonesia. Peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), pada bidang pelayanan serta peningkatan untuk ketersediaan fasilitas pemerintah juga dibutuhkan agar memudahkan dalam mendapatkan kemudahan pelayanan tersebut.

Program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan telah diatur dalam Pasal 6 ayat (1) UU BPJS dan disebutkan dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16 ayat (1),(2), dan (3) tentang Jaminan Kesejahteraan Sosial, dimana peserta BPJS harus membayar premi atau iuran wajib kepada pemerintah, pemberi kerja, atau peserta BPJS sendiri selama masa transisi dari kegiatan penyelenggaraan asuransi ini.⁹

Premi adalah iuran yang wajib dibayar setiap bulannya, dimana premi ini digunakan dalam mendanai berbagai program jaminan sosial yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, dengan membayar premi peserta BPJS Kesehatan memperoleh hak untuk mendapatkan manfaat sesuai dengan program kesehatan yang diikuti. Premi BPJS Kesehatan ini dapat dibayarkan melalui berbagai saluran seperti bank, kantor pos, dan aplikasi pembayaran *online*.

Pemerintah membagi status kepesertaan BPJS Kesehatan yaitu Penerima Bantuan iuran (yang selanjutnya disebut PBI), Peserta Pekerja Penerima Upah (yang selanjutnya disebut PPU), Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (yang selanjutnya disebut PBPU), dan Peserta Mandiri. Peserta dengan status yang berbeda tersebut baik PBI, PPU, PBPU maupun Mandiri berhak atas layanan kesehatan yang ditanggung BPJS Kesehatan, perbedaan dalam status kepesertaan ini adalah tanggungan iuran bulanan yang harus dibayarkan.¹⁰

⁹ Djuariah dan Gusti Yosi Andri, 2024, *Buku Ajar Hukum Asuransi dan Jaminan Sosial Ketenagkerjaan*, Deepublish Digital, Jakarta, hlm. 36.

¹⁰ Dwiyanto, Agus, 2005, *Mewujudkan Good Government Melalui Pelayanan Publik*, Yogyakarta, Gava Media, hlm. 21.

BPJS Mandiri sesuai dengan namanya adalah program jaminan kesehatan yang iurannya dibayarkan sendiri oleh pesertanya. Peserta harus membayar iuran setiap bulannya sesuai dengan kelasnya, yaitu untuk kelas III sebesar Rp. 35.000,- (Tiga puluh lima ribu rupiah) untuk kelas II sebesar Rp. 100.000,-(seratus ribu rupiah) dan untuk kelas I sebesar Rp. 150.000,-(seratus lima puluh ribu rupiah). Dalam keputusan terbaru presiden menghapus sistem kelas I,II,III JKN. Pemerintah akan menerapkan sistem Kelas Rawat Inap Standar (yang selanjutnya disebut KRIS) sebagai penggantinya. KRIS adalah standar minimal untuk layanan rawat inap yang diterima oleh peserta BPJS Kesehatan. Keputusan tersebut tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan (yang selanjutnya disebut Perpres Jaminan Kesehatan), dalam Pasal 103B ayat (1) Perpres Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa penerapan fasilitas ruang perawatan berdasarkan KRIS akan diberlakukan paling lambat pada Juni 2025.

Dalam pembayaran premi yang wajib dibayarkan oleh peserta BPJS Kesehatan, tidak semua peserta membayar preminya secara rutin. Untuk menagih iuran yang tertunggak oleh peserta BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan harus tetap berpegang pada asas-asas yang diatur dalam Pasal 2 huruf a UU BPJS, yang menetapkan bahwa BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas kemanusiaan, kemanfaatan, dan keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia. Jika tidak, hal ini akan menimbulkan masalah bagi keberlangsungan BPJS Kesehatan.

Sesuai dengan aturan yang tertuang dalam Pasal 11 huruf a UU BPJS menyatakan, “Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 BPJS berwenang menagih pembayaran iuran”, hal tersebut dilakukan BPJS untuk mencegah defisit. Penunggakan iuran peserta BPJS Kesehatan juga berpengaruh pada peserta lain karena mobilitas BPJS Kesehatan yang menggunakan prinsip tolong menolong akan terganggu jika banyaknya penunggakan.¹¹ Untuk penagihan iuran BPJS Kesehatan dilakukan oleh staf penagihan dan keuangan yang mana dalam melakukan penagihan harus didasarkan pada asas kemanusiaan.

Salah satu BPJS Kesehatan yang mengalami permasalahan penunggakan iuran premi oleh pesertanya yaitu BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi, jumlah peserta BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi berdasarkan Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi Per 31 Desember 2024 berjumlah 1.471.166 (satu juta empat ratus tujuh puluh satu seratus enam puluh enam) jiwa,¹² yang sudah termasuk dari BPJS kelas I, BPJS kelas II, dan BPJS kelas III. Pada BPJS kelas III jumlah peserta yang menunggak sebanyak 83.390 (delapan puluh tiga ribu tiga ratus Sembilan puluh) jiwa, pada BPJS Kelas II jumlah peserta yang menunggak sebanyak 11.123 (sebelas ribu seratus dua puluh tiga) jiwa, dan pada BPJS kelas I jumlah peserta yang menunggak sebanyak 5.583 (lima ribu lima ratus delapan puluh tiga) jiwa.

¹¹ Ayu Purnama Sari, Dian, 2018, “*Sistem Pembayaran Premi dan Pengelolaan Dana*”, Universitas Padjajaran Fakultas Hukum, Jakarta, hlm. 6.

¹² Haswandi, ” *126 Ribu Warga Bukittinggi Telah Tervercover Program JKN BPJS Kesehatan*”, <https://katasumbar.com/126-ribu-warga-bukittinggi-telah-tercover-program-jkn-bpjs-kesehatan>, dikunjungi pada tanggal 29 April 2024 Jam 15.18.

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah dijelaskan diatas peneliti sangat tertarik untuk meneliti dan ingin mengetahui tentang keberadaan staf penagihan dan keuangan serta fungsi dan perannya di dalam BPJS Kesehatan dikarenakan masih banyaknya peserta BPJS Kesehatan yang tidak membayar iurannya. Oleh karena itu saya tertarik untuk meneliti lebih lanjut dan menuangkannya dalam bentuk penelitian yang berjudul: “Pelaksanaan Penagihan Premi Kepada Peserta Yang Tidak Membayar Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Bukittinggi”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian yang sudah dijelaskan di atas, rumusan masalah yang akan di bahas dalam skripsi ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana bentuk pelaksanaan penagihan premi kepada peserta yang tidak membayar yang dilakukan oleh staf penagihan BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi?
2. Apa hambatan dan penyelesaian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi dalam melakukan penagihan iuran pesertanya?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan topik masalah yang telah dijelaskan diatas, tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan penagihan premi kepada peserta yang tidak membayar yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi.
2. Untuk mengetahui apa saja hambatan dan bagaimana penyelesaian yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi saat melakukan penagihan premi kepada peserta yang tidak membayar.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis
 - a. Dengan penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk membantu masyarakat dalam menyelesaikan masalah.
 - b. Untuk memperluas wawasan dan mengetahui bagaimana pelaksanaan penagihan premi oleh pihak BPJS Kesehatan.
 - c. Menambahkan lebih banyak literatur tentang hukum perdata bisnis terutama dalam hukum asuransi yang berlaku pada BPJS Kesehatan.
 - d. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas pengetahuan hukum masyarakat terutama masyarakat fakultas hukum.
2. Manfaat praktis
 - a. Bagi masyarakat
Sebagai literatur tambahan untuk meningkatkan pengetahuan tentang keberadaan BPJS Kesehatan.

b. Bagi pihak terkait

Diharapkan hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait dan menambah pengetahuan mereka dengan penagihan premi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi terhadap pesertanya yang terlambat atau tidak membayar preminya.

c. Bagi pemerintah

Untuk membantu pemerintah daerah dalam membuat kebijakan dan mengembangkan strategi untuk meningkatkan kinerja BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi.

E. Metode penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis empiris, menekankan apa yang terjadi di lapangan terkait dengan aspek hukum atau perundang-undangan yang berkaitan dengan subyek penelitian, kemudian, norma hukum yang berlaku dihubungkan dengan keadaan masyarakat. Untuk melaksanakan metode penelitian diatas diperlukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Sifat Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif, artinya berfokus untuk menentukan siapa, dimana, kapan, dan bagaimana informasi tentang variable yang relevan untuk dapat diperoleh, tidak bermaksud untuk menyelidiki hubungan antar variable, sehingga diharapkan penelitian ini akan

memberikan gambaran yang lengkap, menyeluruh dan sistematis tentang subjek yang akan diteliti.¹³

2. Populasi dan Sampel

Metode ini menggunakan *sampling non-probability* yang berarti populasi tidak memiliki kesempatan yang sama *sampling non-probability* ini disebut *purposive sampling*. Penelitian ini melibatkan seluruh peserta jaminan kesehatan yang bukan merupakan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari pemerintah, yang mendapatkan jaminan kesehatan dari BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi.

3. Jenis dan Sumber Data

Ada dua jenis data yang diterapkan dalam penelitian ini, yaitu data primer yang merupakan data yang didapatkan langsung dari sumbernya, dan data sekunder yang merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung dari sumbernya.

a. Data Primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari subjek penelitian melalui observasi dan wawancara di lokasi tempat penelitian dilakukan yaitu di BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi.

b. Data sekunder adalah data yang telah dikumpulkan dan diolah oleh orang lain untuk tujuan yang berbeda, diantaranya;

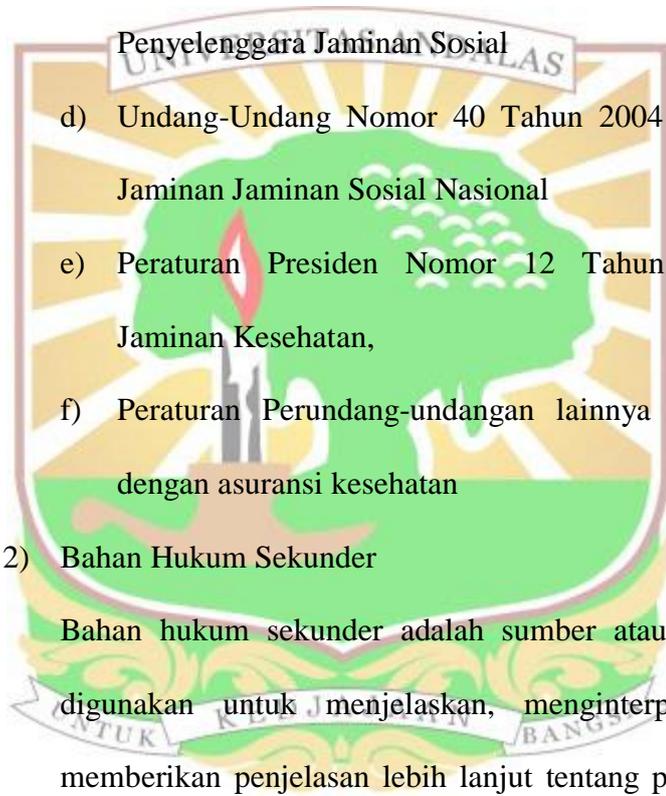
1) Bahan Hukum Primer

Bahan hukum primer adalah semua bahan hukum yang langsung terkait dengan subjek penelitian, yang dipelajari

¹³ Nico Ngani, 2012, *Metodologi Penelitian dan Penulisan Hukum, pustaka yustisia*, Yogyakarta, hlm.68

dengan memperhatikan dan mempelajari undang-undang dan peraturan tertulis lainnya yang menjadi dasar penulisan skripsi, beberapa contoh dari bahan hukum primer adalah sebagai berikut :

- a) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPer)
- b) Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD)
- c) Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan



- d) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- e) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan,
- f) Peraturan Perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan asuransi kesehatan

2) Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder adalah sumber atau referensi yang digunakan untuk menjelaskan, menginterpretasikan, atau memberikan penjelasan lebih lanjut tentang peraturan hukum atau bahan hukum primer. Bahan hukum sekunder tidak memiliki kekuatan hukum yang langsung, tetapi memberikan pemahaman, analisi, atau arahan tentang penerapan hukum¹⁴.

3) Bahan Hukum Tersier

¹⁴ Edward, "Bahan Hukum Sekunder", <https://www.perumperindo.co.id/bahan-hukum-sekunder/>, dikunjungi pada tanggal 21 januari 2025 Jam 15.16

Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang berfungsi sebagai panduan dan penjelasan untuk bahan hukum primer dan sekunder, contohnya Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), dan Kamus Hukum.

4. Teknik Pengumpulan Data

Beberapa teknik yang digunakan dalam mengumpulkan data yaitu:

- a. Teknik dokumentasi atau dikenal sebagai studi dokumen, adalah metode pengumpulan data yang menghimpun dan menganalisis dokumen, baik tertulis, gambar atau elektronik.
- b. Wawancara adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan informasi dari narasumber. Wawancara dilakukan secara semi terstruktur, dengan pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya, tetapi dimungkinkan untuk menyimpang dari pertanyaan tersebut untuk menjelaskan masalah yang dihadapi oleh staf dan peserta dari BPJS Kesehatan Kota Bukittinggi .

5. Pengolahan Data

Salah satu teknik pengolahan data yang digunakan adalah *editing*. Yang merupakan proses merapikan dan pemeriksaan data yang telah didapatkan, termasuk informasi, berkas, catatan, dan dokumen yang diperoleh sebagai hasil dari penelitian. Tujuan dari teknik ini adalah untuk mempersiapkan data untuk analisis yang efektif.

6. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah analisis kualitatif, yaitu analisis yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan, pandangan para

pakar, termasuk informasi yang diperoleh dan dipelajari, yang kemudian diuraikan dalam bentuk kalimat-kalimat.

