

**IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI
KESEHATAN NOMOR 1 TAHUN 2012 TENTANG
SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN
TERHADAP FASILITAS KESEHATAN DAN
RUJUKAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI



Oleh

Muhammad Indra Gunawan Lubis

150710065

**PROGRAM STUDI ILMU HUKUM
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN HUMANIORA
UNIVERSITAS PUTERA BATAM
TAHUN 2020**

**IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI
KESEHATAN NOMOR 1 TAHUN 2012 TENTANG
SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN
TERHADAP FASILITAS KESEHATAN DAN
RUJUKAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI

**Untuk memenuhi salah satu syarat
Memperoleh gelar sarjana**



Oleh

Muhammad Indra Gunawan Lubis

150710065

**PROGRAM STUDI ILMU HUKUM
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN HUMANIORA
UNIVERSITAS PUTERA BATAM
TAHUN 2020**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana dan/atau magister), baik di Universitas Putera Batam maupun di perguruan tinggi lain;
2. Skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan pembimbing;
3. Dalam skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka;
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Batam, 18 februari 2020
Yang membuat pernyataan,

Muhammad Indra Gunawan Lubis
150710065

**IMPLEMENTASI PERATURAN MENTERI
KESEHATAN NOMOR 1 TAHUN 2012 TENTANG
SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN
TERHADAP FASILITAS KESEHATAN DAN
RUJUKAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI

**Untuk memenuhi salah satu syarat
Memperoleh gelar sajrana**

**Oleh
Muhammad Indra Gunawan Lubis
150710065**

**Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal
seperti tertera dibawah ini**

Batam, 18 Februari 2020

**Rizki Tri Anugrah Bhakti, S.H., M.H.
Pembimbing**

ABSTRAK

Di negara Indonesia sistem rujukan kesehatan telah dirumuskan dalam Permenkes Nomor 01 Tahun 2012. Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbal balik pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horional. Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya.(Permenkes Nomor 1 Tahun 2012 Pasal 7 dan Pasal 8) Pelaksanaan sistem rujukan primer di indonesia telah diatur dengan bentuk bertingkat atau berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga, dimana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada di suatu sistem dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya. Apabila seluruh faktor pendukung (pemerintah, teknologi, transportasi) terpenuhi maka proses ini akan berjalan dengan baik dan masyarakat awam akan segera tertangani dengan tepat.

Kata kunci: Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012

ABSTRACT

In Indonesia, the health referral system has been formulated in Permenkes Number. 01 of 2012. The referral system for health services is the organization of health services that regulates the mutual assignment of tasks and responsibilities for reciprocal health services both vertically and horizontally. Simply put, the referral system regulates where and from where a person with certain health problems checks for a state of illness. (Permenkes number. 1/2012 Article 7 and article 8) third, where the implementation does not stand alone but is in a system and interconnected. If the primary health service is unable to perform primary-level medical treatment, then he / she surrenders the responsibility to the level of service above it, and so on. If all the supporting factors (government, technology, transportation) are fulfilled then this process will go well and ordinary people will be handled appropriately immediately.

Keywords: Implementation of Minister of Health Regulation No. 1 of 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas limpahan rahmat dan karunia-NYA sehingga Penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program studi starta satu (S1) pada Program Studi Ilmu Hukum Universitas Putera Batam.

Penulias menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna. Karena itu, kritik dan saran akan senantiasapenulis terima dengan senang hati. Dengan segala keterbatasan, penulis menyadari pula bahwa skripsi ini tidak akan terwujud tanpa bantuan, bimbingan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Dr. Nur Elfi Husda, S.Kom., M.SI selaku Rektor Universitas Putera Batam.
 2. Ibu Rizki Tri Anugrah Bhakti, S.H., M.H., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial Dan Humaniora serta Pembimbing Skripsi pada Program Studi Ilmu Hukum Universitas Putera Batam.
 3. Bapak Padrisan Jamba, S.H., M.H., selaku Ketua Program Studi Ilmu Hukum.
 4. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Hukum dan Staff Universitas Putera Batam.
- Untuk seluruh teman-teman dan sahabat-sahabat yang selalu ada dan membantu dalam penulisan skripsi ini.
 - Dan semua pihak yang selalu mendukung saya, yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.
 - Teristimewa buat istri dan anak-anak tercinta, serta keluarga besar yang telah memberikan dorongan, dukungan, kasih sayang dan doa sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
 - Untuk keluarga besarku tercinta yang selalu memberikan dorongan, dukungan, kasih sayang dan doa sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas kebaikan dan selalu mencurahkan hidayah serta taufikNya, Aamiin.

Batam, 18 Februari 2020

Muhammad Indra Gunawan Lubis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR DIAGRAM	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	5
1.3 Pembatasan Masalah	7
1.4 Rumusan Masalah.....	9
1.5 Tujuan Penelitian	10
1.6 Manfaat penelitian.....	11
1.6.1 Manfaat Teoritis	11
1.6.2 Manfaat Praktis	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kerangka Teoritis	13
2.1.1 Pengertian Hukum Kesehatan	13
2.1.2 Pengertian dan pengaturan pelayanan kesehatan	14
2.1.3 Asas-asas pelayanan kesehatan	14
2.1.4 Kebijakan.....	19
2.1.5 Pengertian Analisis Kebijakan Publik dalam Kesehatan.....	22
2.1.6 Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	39
2.1.7 Rumah Sakit	40
2.1.8 Badan Layanan Umum	42
2.2 Kerangka Yuridis	43
2.2.1 Rujukan dan Landasan Hukumnya.....	43
2.2.2 Jaminana Kesehatan nasional	47
2.2.3 Karakteristik	47
2.2.4 Kelembagaan	49
2.2.5 Manfaat dan Pemberian Manfaat.....	49
2.2.6 Pemberian Pelayanan.....	51
2.2.7 Penelitian Terdahulu.....	56

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Sifat Penelitian.....	53
3.2 Metode Pengumpulan Data	54
3.2.1. Jenis Data.....	54
3.2.2. Alat Pengumpulan Data.....	54
3.3 Metode Analisis Data	54

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian.....	59
4.1.1.Keterbatasan penelitian	60
4.1.2.Validasi Hasil penelitian	61
4.2. Pembahasan	
4.2.1.Karakteristin Informan	62
4.2.2.Data Kondisi Kunjungan Klinik	62
4.3.3.Aspek Peraturan Perundangan dalam peta Perjalanan BPJS.....	91
4.3.4.Turunan Peraturan UU SJSN.....	93

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan	101
5.2 Saran	102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat Balasan Penelitian

Lampiran 2 : Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Definisi dari sistem rujukan telah ditetapkan dalam Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 42 tentang Rumah Sakit, yaitu bahwa sistem rujukan merupakan penyelenggaraan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab secara timbal balik baik vertical maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009).

Di negara Indonesia sistem rujukan kesehatan telah dirumuskan dalam Permenkes Nomor. 01 Tahun 2012. Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbal balik pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya.(Permenkes Nomor 1 Tahun 2012 Pasal 7 dan Pasal 8)

Pelaksanaan sistem rujukan di Indonesia telah diatur dengan bentuk bertingkat atau berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga, dimana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada di suatu sistem dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya. Apabila seluruh faktor pendukung (pemerintah, teknologi, transportasi) terpenuhi

maka proses ini akan berjalan dengan baik dan masyarakat awam akan segera tertangani dengan tepat.

Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan yang lebih tinggi dilakukan apabila Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik; dan Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan atau ketenagaan. (BPJS. Panduan praktis, sisitem rujukan).

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan yang lebih rendah dilakukan apabila Permasalahan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut. Pasien memerlukan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan yg lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan. (BPJS. Panduan praktis, sisitem rujukan)

Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yg sifatnya sementara atau menetap.

Ketimpangan yang sering terjadi di masyarakat awam adalah pemahaman masyarakat tentang alur ini sangat rendah sehingga sebagian mereka tidak mendapatkan pelayanan yang sebagaimana mestinya. Masyarakat kebanyakan cenderung mengakses pelayanan kesehatan terdekat atau mungkin paling murah tanpa memperdulikan kompetensi institusi ataupun operator yang memberikan pelayanan.(BPJS. Panduan praktis, sisitem rujukan, Permenkes Nomor 1 Tahun 2012 Pasal 8)

Pemerintah sebagai penentu kebijakan (policy maker), manfaat sistem rujukan adalah membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia; memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan. (Winarno:2007)

Sebagai pengguna jasa pelayanan (health consumer), manfaat sistem rujukan adalah meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang; mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan kesehatan.

Dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat sistem rujukan adalah memperjelas jenjang karier tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi; membantu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan, yaitu: kerja sama yang terjalin; memudahkan atau meringankan

beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

Pada kenyataannya proses rujukan itu tidak seperti pada teori atau konsep dari textbook di atas. Apalagi rujukan antar rumah sakit dengan rawatan intensivenya. Karena proses rujukan yang selama ini berjalan begitu sulitnya, apalagi jika merujuk pasien dalam kondisi penurunan kesadaran atau membutuhkan rawatan intensive. Banyak rumahsakit yang selalu menghindari terima rujukan dari rawatan intensive atau dari IGD rumah sakit lainnya.

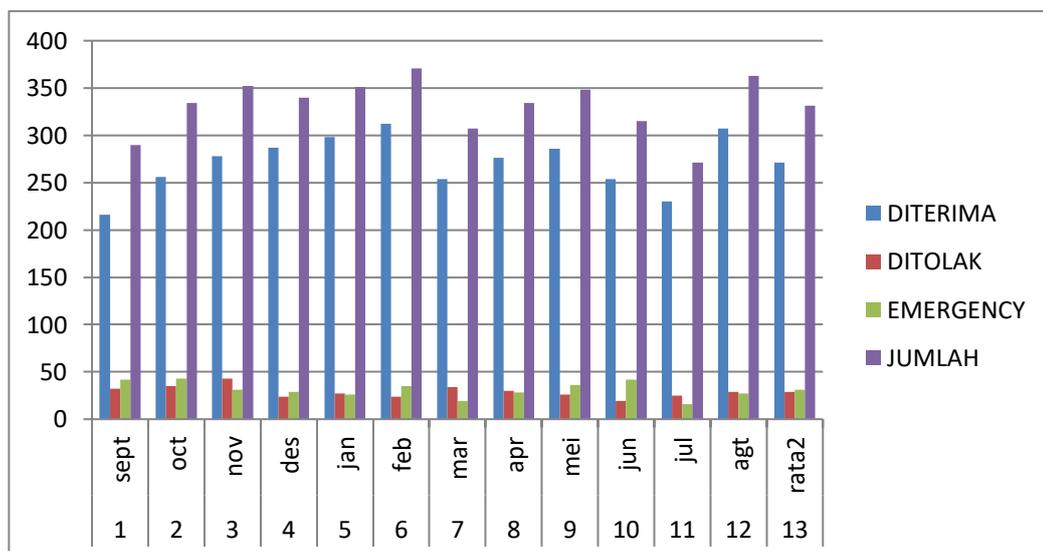
Angka rujukan masih belum memiliki sumber yang jelas. Karena itu peneliti melakukan penelitian pendahuluan dengan melakukan survey ke beberapa rumah sakit dan juga kantor BPJS untuk melihat seberapa besar angka rujukan yang diterima sebagai rujukan standar medis dengan rujukan yang substandard.

Hasil wawancara dengan berbagai sumber, menyebutkan angka rujukan yang substandard tinggi. Dari wawancara dengan beberapa dokter juga menyebutkan masih tingginya rujukan karena terkait sarana dan biaya. Hasil wawancara dan telaah dokumen pada penelitian awal dengan beberapa fasyankes di Batam, menyebutkan angka penolakan dan penundaan rujukan masih relative tinggi dengan angka yang bervariasi dari setiap fasyankes. Dapat dilihat dari table berikut untuk data tersebut.

Tabel 1.1 Jumlah Penerimaan Rujukan Pasien Pengguna Bpjs
Di Fasyankes x Batam 2016

NO	BULAN	DITERIMA	DITOLAK	EMERGENCY
1	Sept	216	32	42
2	Oct	256	35	43
3	Nov	278	43	31
4	Des	287	24	29
5	Jan	298	27	26
6	Feb	312	24	35
7	Mar	254	34	19
8	Apr	276	30	28
9	Mei	286	26	36
10	Jun	254	19	42
11	Jul	230	25	16
12	Agt	307	29	27
13	rata2	271.16	29	31.16

Diagram 1.1 Jumlah Penerimaan Rujukan Pasien Pengguna Bpjs
Di Fasyankes x Batam 2016



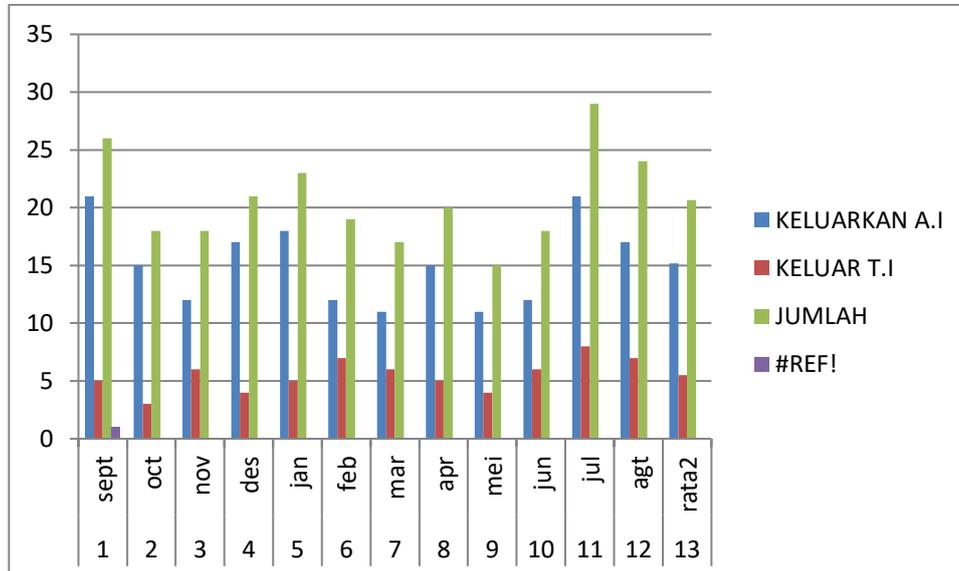
Dari table dan diagram di atas, jumlah rujukan yang diterima di fasyankes x batam pada periode sept 2015 sampai dengan agt 2016 sebesar rata- rata 272 rujukan. Dengan 29 rujukan ditolak, sedangkan 31 diantaranya rujukan emergency, yang seharusnya tidak perlu menggunakan rujukan.

Tabel 1.2 Jumlah Pengeluaran Rujukan Pasien Pengguna Bpjs Di Fasyankes y Batam 2016

NO	BULAN	KELUARKAN A.I	KELUAR T.I
1	Sept	21	5
2	Oct	15	3
3	Nov	12	6
4	Des	17	4
5	Jan	18	5
6	Feb	12	7
7	Mar	11	6
8	Apr	15	5
9	Mei	11	4
10	Jun	12	6
11	Jul	21	8
12	Agt	17	7
13	rata2	15.16	5.5

Sumber : wawancara dan dokumentasi data informasi Fasyankes y Batam

Diagram 1.2 Jumlah Pengeluaran Rujukan Pasien Pengguna Bpjs Di Fasyankes Y Batam 2016



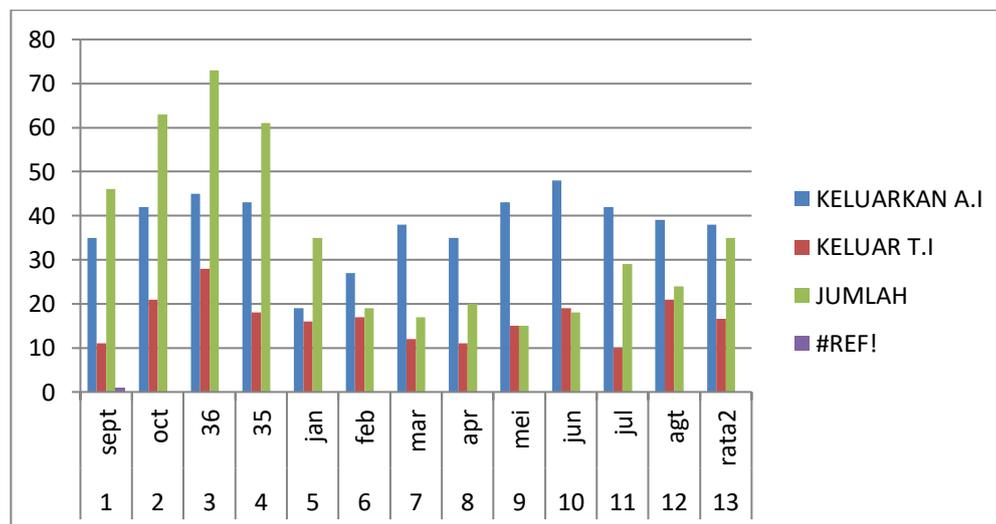
Dari table dan diagram di atas, jumlah rujukan yang keluar di fasyankes y batam pada periode sept 2015 sampai dengan agt 2016 sebesar rata- rata 15,6 rujukan, dengan berdasarkan indikasi medis. Sedangkan 5,5 rujukan tanpa indikasi medis dikeluarkan, yang seharusnya tidak perlu dikeluarkan.

Tabel 1.3 Jumlah Pengeluaran Rujukan Pasien Pengguna Bpjs Di Fasyankes z Batam 2016

NO	BULAN	KELUARKAN A.I	KELUAR T.I
1	sept	35	11
2	oct	42	21
3	36	45	28
4	35	43	18
5	jan	19	16
6	feb	27	17
7	mar	38	12

8	apr	35	11
9	mei	43	15
10	jun	48	19
11	jul	42	10
12	agt	39	21
13	rata2	38	16.58

Diagram 1.3 Jumlah Pengeluaran Rujukan Pasien Pengguna Bpjs Di Fasyankes z Batam 2016



Dari table dan diagram di atas, jumlah rujukan yang keluar di fasyankes z Batam pada periode sept 2015 sampai dengan agt 2016 sebesar rata-rata 38 rujukan, dengan berdasarkan indikasi medis. Sedangkan 16,5 rujukan tanpa indikasi medis dikeluarkan, yang seharusnya tidak perlu dikeluarkan.

Karena itu perlu penelitian yang lebih lanjut dan mendalam untuk menemukan factor yang menyebabkan hal ini terjadi dan keterkaitannya dengan kebijakan. Tata kelola dan manajemen rujukan sangat berpengaruh dalam proses penerimaan dan penolakan, serta pengeluaran rujukan.

1.2. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dari latar belakang masalah di atas yang dapat diidentifikasi oleh peneliti adalah sebagai berikut :

1. Pemahaman masyarakat tentang alur pelayanan kesehatan sangat rendah sehingga sebagian mereka tidak mendapatkan pelayanan yang sebagaimana mestinya.
2. Angka rujukan masih belum memiliki sumber yang jelas
3. Tata kelola dan manajemen rujukan sangat berpengaruh dalam proses penerimaan dan penolakan, serta pengeluaran rujukan

1.3. Pembatasan Masalah

Penelitian ini dapat dilakukan lebih fokus, sempurna, dan mendalam maka peneliti memandang permasalahan penelitian yang diangkat perlu dibatasi. Oleh sebab itu, penulis membatasi diri hanya berkaitan dengan kebijakan, tata kelola serta manajemen pada layanan kesehatan.

1.4. Rumusan Masalah

yang menjadi rumusan masalah diangkat oleh peneliti sesuai dengan identifikasi masalah di atas adalah sebagai berikut :

1. Bagaimanakah Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan terhadap fasilitas kesehatan dan rujukan di rumah sakit?
2. Apakah faktor-faktor penyebab rujukan pelayanan rumah sakit menjadi bermasalah pasca ditetapkannya kebijakan JKN/BPJS?

1.5. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang diangkat oleh peneliti sesuai dengan rumusan masalah di atas adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui implementasi Peraturan Menteri kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan terhadap fasilitas kesehatan dan rujukan di rumah sakit?
2. Mengetahui faktor-faktor penyebab rujukan pelayanan rumah sakit menjadi bermasalah pasca ditetapkannya kebijakan JKN/BPJS?

1.6. Manfaat Penelitian

Setiap penelitian diharapkan adanya suatu manfaat yang dapat diambil dari penelitian tersebut. Penulis berharap penelitian ini dapat memberikan manfaat secara teoritis maupun manfaat praktis. Adapun yang menjadi manfaat secara teoritis dan praktis dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.6.1. Manfaat Teoritis

Manfaat penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat memberikan manfaat teoritis sebagai berikut:

1. Hasil penelitian ini diharap dapat memberikan manfaat bagi pembaca untuk lebih memahami mengenai kebijakan dibidang kesehatan.
2. Memberikan masukan bagi banyak stake holder dalam menjalankan system pelayanan kesehatan, terutam terkait permasalahan rujukan

3. Memberikan alternatif solusi bagi pengampu kebijakan untuk koreksi dalam rangka untuk terus memperbaiki system JKN atau BPJS itu sendiri.

1.6.2. Manfaat Praktis

Selain dari manfaat teoritis, Penulis juga memberikan manfaat penelitian secara praktis yaitu:

1. Penelitian ini dapat memberikan jawaban atas permasalahan yang di teliti tentang implementasi Peraturan Menteri kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan.
2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi apabila kedepannya terdapat kasus yang mirip mengenai sistem rujukan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kerangka Teoritis

2.1.1 Pengertian Hukum Kesehatan

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

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

Hukum kesehatan menurut H.J.J. Lennen adalah keseluruhan ketentuan-ketentuan hukum yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan dan

penerapan kaidah-kaidah hukum perdata, hukum administrasi negara, dan hukum pidana dalam kaitannya dengan hal tersebut.

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

2..1. 2. Pengertian dan Pengaturan Pelayanan Kesehatan

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

2.1.3 Asas-asas dalam Pelayanan Kesehatan

Jika ditinjau dari kedudukan para pihak di dalam pelayanan kesehatan, dokter dalam kedudukannya selaku profesional di bidang medik yang harus berperan aktif, dan pasien dalam kedudukannya sebagai penerima layanan kesehatan yang mempunyai penilaian terhadap penampilan dan mutu pelayanan kesehatan yang diterimanya. Hal ini disebabkan, dokter bukan hanya melaksanakan pekerjaan melayani atau memberi pertolongan semata-mata, tetapi juga melaksanakan pekerjaan profesi yang terkait pada suatu kode etik kedokteran. Dengan demikian dalam kedudukan hukum para pihak di dalam pelayanan kesehatan menggambarkan suatu hubungan hukum dokter dan pasien, sehingga di dalam pelayanan kesehatan pun berlaku beberapa asas hukum yang menjadi landasan yuridisnya. Menurut Veronica Komalawati yang mengatakan bahwa, asas-asas hukum yang berlaku dan mendasari pelayanan kesehatan dapat disimpulkan secara garis besarnya sebagai berikut

a. Azas legalitas

“Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat Izin Praktik”. Selanjutnya, surat izin praktik ini akan diberikan Asas Legalitas. Asas ini pada dasarnya tersirat di dalam Pasal 23 ayat (1), (2) dan Undang-Undang Nomor. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa.

- a. Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan;

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

Berdasarkan pada ketentuan di atas, maka pelayanan kesehatan hanya dapat diselenggarakan apabila tenaga kesehatan yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan dan perizinan yang diatur dalam Undang- Undang Nomor. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, terutama Pasal 29 ayat (1) dan (3) yang antara lain berbunyi sebagai berikut :

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

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

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

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

Dari ketentuan di atas dapat ditafsirkan bahwa, keseluruhan persyaratan tersebut merupakan landasan legalitasnya dokter dan dokter gigi dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Artinya, “asas legalitas” dalam pelayanan kesehatan secara latern tersirat dalam Undang-Undang Nomor. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

- a. Asas Keseimbangan

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

sarana, antara sarana dan hasil, antara manfaat dan risiko yang ditimbulkan dari pelayanan kesehatan yang dilakukan. Dengan demikian berlakunya asas keseimbangan di dalam pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan masalah keadilan. Dalam hubungannya dengan pelayanan kesehatan, keadilan yang dimaksud sangat berhubungan dengan alokasi sumber daya dalam pelayanan kesehatan.

b. Asas Tepat Waktu

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

c. Asas Itikad Baik

Asas itikad baik ini pada dasarnya bersumber pada prinsip etis untuk berbuat baik pada umumnya yang perlu pula diaplikasikan dalam pelaksanaan kewajiban dokter terhadap pasien dalam pelayanan kesehatan. Dokter sebagai pengemban 26 profesi, penerapan asas itikad baik akan tercermin pada sikap penghormatan terhadap hak-hak pasien dan pelaksanaan praktik kedokteran yang selalu patuh dan taat terhadap standar profesi. Kewajiban untuk berbuat baik ini

tentunya bukan tanpa batas, karena berbuat baik harus tidak boleh sampai menimbulkan kerugian pada diri sendiri.

3. Asas Kejujuran

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

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

2.1.4 Kebijakan

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

dimplementasikan dengan baik dan sesuai tujuan. Tujuan yang sangat erat dengan kemaslahatan hajat orang banyak/ masyarakat.

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

1. Nilai (Value)
2. Ideology
3. Kepentingan Politik
4. Bukti Ilmiah (Evidence).

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

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

7. Evaluasi.

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

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

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

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

2.1.5 Pengertian Analisis Kebijakan Publik dalam Kesehatan

Tujuan utama kebijakan kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan status kesehatan masyarakat serta mampu mendesain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan termasuk kebijakan kesehatan internasional. Kemudian muncul kemampuan untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999).

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

Proses pengembangan kebijakan kesehatan meliputi inisiasi, pembentukan atau formulasi, negosiasi, komunikasi, implementasi dan evaluasi

kebijakan (Sutcliffe & Court, 2006). Ada dua langkah dalam proses formulasi proses kebijakan yaitu penentuan pilihan dari kebijakan dan pilihan yang diutamakan. Pada kedua tahapan ini pembuat kebijakan harus memahami situasi yang spesifik dan membandingkan pilihan secara rinci sehingga dapat membuat keputusan kebijakan yang dapat diimplementasikan (Sutton, 1999).

Proses pengambilan dan analisis kebijakan publik bidang kesehatan merupakan tahapan penting dalam penentuan dampak kebijakan terhadap sasaran kebijakan kesehatan. Rangkaian proses pengembangan kebijakan publik bidang kesehatan tergambar di bawah ini:

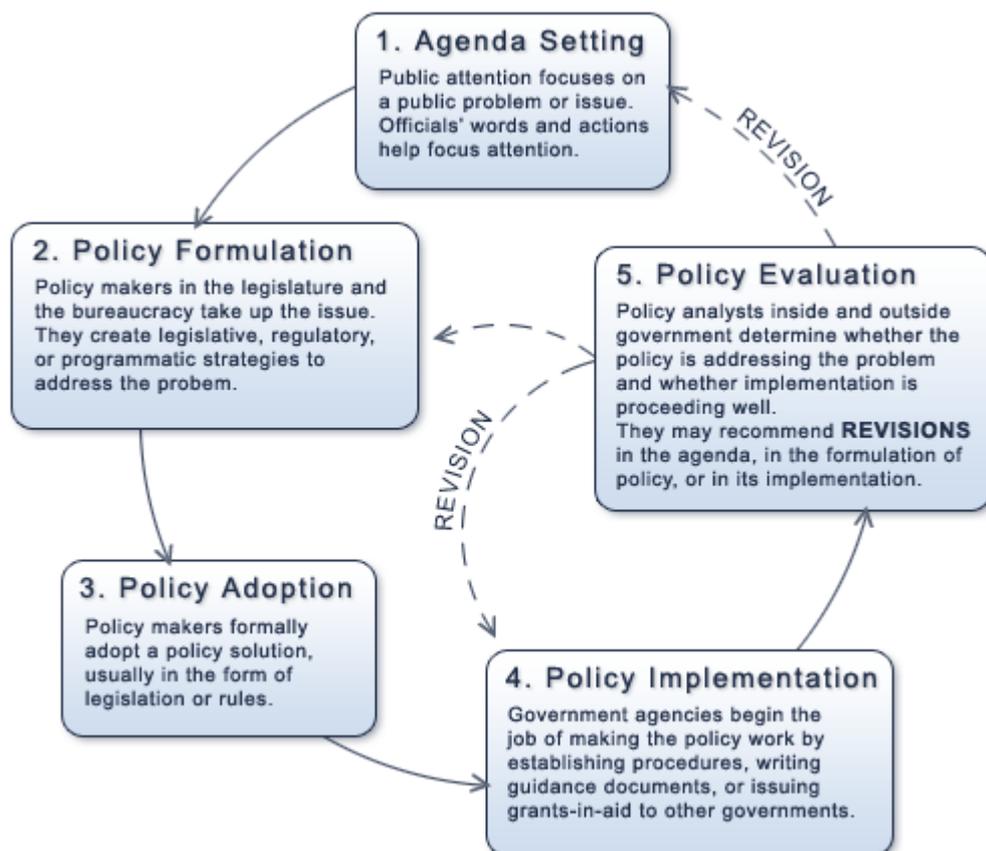


Diagram Siklus Kebijakan (Proses Pengembangan Kebijakan)

(Texas Politics, 2015)

Beberapa analisis bersifat informal yang tidak hanya berupa pemikiran yang keras dan teliti. Sedang lainnya membutuhkan data yang luas sehingga dapat dihitung dengan proses matematika yang rumit. (Quade, E.S dalam Darwin, 1988)

Kebijakan publik meliputi ruang lingkup semua kebijakan yang dihasilkan pemerintah, seperti kebijakan ekonomi, transportasi, komunikasi, pertahanan dan keamanan (militer) serta fasilitas umum lainnya seperti air bersih dan listrik (Suharto, 2005). Beberapa konsep kunci yang dapat digunakan untuk memahami kebijakan publik sebagaimana yang dikemukakan oleh Young dan Quinn dalam Dye (1975) dan Winarno (2007) antara lain:

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

tindakan atau strategi yang dibuat untuk mencapai tujuan tertentu demi kepentingan orang banyak.

- d. Kebijakan publik merupakan sebuah keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu.

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

1. Isi hukum (*content of law*)

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

2. Tatanan hukum (*structure of law*)

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

3. Budaya hukum (*culture of law*)

Persepsi, pemahaman, sikap penerimaan, praktik-praktik pelaksanaan dan penafsiran terhadap aspek isi hukum dan tatanan hukum di atas. Dalam pengertian ini tercakup bentuk-bentuk tanggapan berupa reaksi dan respons masyarakat luas terhadap pelaksanaan isi dan tatanan hukum tersebut sebagai

aspek kontekstual dari sistem hukum yang berlaku (Topatimasang *et al.*, 2005).

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

1. Agenda Setting/Pembuatan Agenda

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

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

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

Agenda setting terdiri atas 4 subsistem yaitu:

a. *Problem identification*

Problem identification merupakan tingkat awal dalam sebuah proses kebijakan. Untuk membangun sebuah kebijakan dimulai dengan mendefinisikan atau mengidentifikasi masalah. Selama tahap ini, masalah diidentifikasi dan diperiksa. Untuk merencanakannya membutuhkan:

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

b. *Agenda setting*

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

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

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

c. *Policy research*

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

d. *Policy options and strategies*

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

2. Formulasi Kebijakan

Formulasi kebijakan kesehatan secara umum memiliki tahapan berikut: pengaturan proses pengembangan kebijakan, penggambaran permasalahan, penetapan sasaran dan tujuan, penetapan prioritas,

perancangan kebijakan, penggambaran pilihan, penilaian pilihan, penelaahan (*peer review*) dan revisi kebijakan, serta dukungan formal terhadap kebijakan. Oleh karena itu, formulasi kebijakan kesehatan adalah suatu proses yang berulang-ulang dan melibatkan komponen siklus perencanaan (Htwe, 2006).

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

Formulasi kebijakan terdiri atas 3 subsistem yaitu:

a. *Policy negotiation*

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

b. *Policy formulation*

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

perumusan dan serangkaian tujuan yang dirancang untuk mengatasi identifikasi masalah dan mengeksploitasi peluang yang muncul.

c. *Policy organization*

Pengorganisasian kebijakan umumnya membahas struktur dan fungsi organisasi dalam perencanaan pembuatan kebijakan. Sebuah kebijakan dilaksanakan atau dibuat oleh organisasi tertentu untuk mengejar sasaran strategis yang diinginkan.

3. Pengadopsian Kebijakan

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

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

4. Pengimplementasian Kebijakan

Implementasi merupakan suatu bentuk cara agar kebijakan kesehatan dapat mencapai tujuannya. Ada dua alternatif dalam

implementasi kebijakan yaitu implementasi dalam bentuk program atau membuat kebijakan turunannya (Hann, 2007).

Kesiapan implementasi menentukan efektivitas dan keberhasilan sebuah kebijakan kesehatan. Penyusunan kebijakan berbasis data atau bukti berpengaruh terhadap kesuksesan implementasi kebijakan. Keberadaan pelaku utama untuk menganalisis kesiapan, memasukkan hasil penelitian kebijakan sebagai pertimbangan implementasi kebijakan sangat penting. Pelaku utama kebijakan perlu mengambil dan memiliki tanggung jawab terhadap implementasi kebijakan sekaligus memantau kemajuan, evaluasi hasil dan memastikan umpan balik untuk pembuat kebijakan (Ayuningtyas, 2015).

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

a. Policy implementation

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

b. Policy enforcement

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

5. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan kesehatan merupakan penilaian terhadap keseluruhan tahapan dalam siklus kebijakan, terutama saat suatu kebijakan yang disusun telah selesai diimplementasikan. Tujuan evaluasi adalah melihat apakah kebijakan telah sukses mencapai tujuannya dan menilai keefektifan kebijakan untuk dapat dipertanggungjawabkan pada pihak yang berkepentingan.

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

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

a. *Policy accountability*

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

b. *Policy evaluation*

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

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

Setelah tahap-tahap tersebut dilakukan, kebijakan yang telah dibuat perlu dituangkan dalam suatu kebijakan yang formal dan legal, yaitu daftar pengkodean kebijakan ataupun peraturan-peraturan yang berlaku ataupun yang akan diberlakukan. Dalam pengembangan kebijakan publik kesehatan, bentuk pertama

kebijakan publik yaitu peraturan perundang-undangan yang terkodifikasi secara formal dan legal, yang secara sederhana dikelompokkan (Nugroho, 2009) menjadi tiga, yaitu:

1. Kebijakan publik yang bersifat makro atau umum, atau mendasar seperti Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden dan Peraturan Daerah.
2. Kebijakan publik bersifat meso atau menengah atau penjelasan pelaksanaan. Kebijakan ini dapat berbentuk Peraturan Menteri, Surat Edaran Menteri, Peraturan Gubernur, Peraturan Bupati dan Peraturan Walikota. Kebijakan ini dapat berbentuk pula Surat Keputusan Bersama atau SKB antar menteri, gubernur, dan bupati/walikota.
3. Kebijakan publik yang bersifat mikro adalah kebijakan yang mengatur pelaksanaan atau implementasi kebijakan di atasnya. Bentuk kebijakannya adalah peraturan yang dikeluarkan oleh aparat di bawah menteri, gubernur, bupati dan walikota.

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

1. Masalah publik (*Public Issue*)

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

2. Nilai Kebijakan (*Value*)

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

3. Siklus Kebijakan

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

(a) perumusan kebijakan (*Policy Formulation*)

(b) penerapan kebijakan (*Policy Implementation*)

(c) evaluasi kebijakan (*Policy Review*)

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

4. Pendekatan dalam Kebijakan

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

5. Konsekuensi Kebijakan

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

Dalam pengambilan kebijakan dan analisis isu kesehatan banyak peran yang diambil oleh pemegang keputusan/ kebijakan. Di Indonesia, dengan semangat reformasi, kebijakan kesehatan menjadi sorotan utama. Karena merupakan janji dan komitmen terhadap publik/ masyarakat.

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

- 1) revitalisasi pelayanan kesehatan,
- 2) ketersediaan, distribusi, retensi dan mutu sumberdaya manusia,
- 3) mengupayakan ketersediaan, distribusi, keamanan, mutu, efektifitas, keterjangkauan obat, vaksin dan alkes
- 4) kaminan kesehatan
- 5) keberpihakan kepada daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK)
- 6) reformasi birokrasi dan
- 7) *world class health care*

Pendekatan dalam Analisis Kebijakan

PENDEKATAN	PERTANYAAN UTAMA	TIPE INFORMASI
Empiris	Adakah dan akankah ada (fakta)	Deskriptif dan prediktif
Valuatif	Apa manfaatnya (nilai)	Valuatif

Normatif	Apakah yang harus diperbuat (aksi)	Preskriptif
----------	---------------------------------------	-------------

Seorang analis kebijakan dapat menggunakan satu atau lebih dari ketiga pendekatan tersebut. Namun ketika seorang analis menggunakan ketiganya (Dunn, 1994), dapat dikatakan analis tersebut telah melampaui tujuan dari disiplin ilmu tradisional, di mana disiplin ilmu tradisional cenderung mengabaikan berbagai nilai dan fakta yang ada (mengabaikan pendekatan valuatif dan normative).

2.1.6 Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Banyak pengertian yang diberikan tentang makna fasilitas pelayanan kesehatan atau disingkat dengan fasyankes ini. Misalnya WHO pada kesempatan workshop tentang fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2014 pernah menyebutkan bahwa fasyankes merupakan fasilitas umum yang siap untuk menyelamatkan nyawa serta melanjutkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar untuk masyarakat, pada saat kedaruratan maupun bencana. Kegiatannya :Melindungi keselamatan pasien dan petugas kesehatan dengan memastikan ketahanan struktural dari fasyankes, memastikan fasyankes dan pelayanan kesehatan tetap berfungsi pada kondisi kedaruratan maupun bencana, mengembangkan upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan dan institusi.(WHO, 2014). Sedangkan menurut perpres RI no. 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, pada pasal 1 no 14, disebutkan bahwa fasilitas kesehatan adalah fasyankes yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif,

preventif, kuratif, maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat. (Perpres RI no. 12 tahun 2013). Sedangkan menurut Notoatmojo, pelayanan kesehatan adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif(peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. (Notoatmojo, 2009). Menurut Levey dan Loomba (1973), Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Depkes RI (2009), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama- sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat, tersedia dan berkesinambungan,dapat diterima dan bersifat wajar di kalangan masyarakat, mudah dicapai, mudah dijangkau, dan bermutu sebagai Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan.

2.1.7 Rumah sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan tempatmenyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan

untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitative) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan (Siregar, 2004). Sedangkan Pengertian Rumah Sakit Berdasarkan Permenkes No. 147 tahun 2010 tentang Perijinan Rumah Sakit adalah, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Rumah Sakit Publik adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Badan Hukum yang bersifat nirlaba. Rumah Sakit Privat adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Jenis Rumah sakit secara umum

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya:

1. berdasarkan jenis pelayanan

a. rumah sakit umum

Memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

b. rumah sakit khusus

Memberikan pelayanan utama pada satubidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

2. berdasarkan pengelolaan

a. rumah sakit publik

Dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. rumah sakit privat

Dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

2.1.8 Badan layanan umum

Badan Layanan Umum (BLU) Berdasarkan PP No. 23 tahun 2005, Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. BLU bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat.

2.2 Kerangka Yuridis

2.2.1 Rujukan dan Landasan Hukumnya.

Menurut Depkes RI, 2009, Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan atau tempat untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan oleh pemerintah dan atau masyarakat, termasuk swasta. Pelayanan kesehatan

dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai tingkat pertama primer hingga tingkat ketiga/tersier. Ini juga merupakan suatu cara/ system yang mengatur pelimpahan tugas/wewenang & tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal; maupun struktural & fungsional thd kasus/masalah penyakit atau permasalahan kesehatan.

Notoatmodjo (2008) mendefinisikan sistem rujukan sebagai suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani), atau secara horizontal (antar unit yang setingkat kemampuannya). Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya. Ahli lain mengatakan sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbale balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Syafrudin, 2009) Dalam SK Menteri Kesehatan RI No. 001 tahun 2012 ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertical dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit yang setingkat kemampuannya.

Berdasarkan analisis ahli dari permenkes no 1, tahun 2012, tentang system rujukan pelayanan kesehatan, Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Rujukan dibagi dlm rujukan medik/perorangan yg berkaitan dgn pengobatan & pemulihan berupa pengiriman pasien (kasus), spesimen, & pengetahuan tentang penyakit; serta rujukan kesehatan dikaitkan dgn upaya pencegahan & peningkatan kesehatan berupa sarana, teknologi, dan operasional. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan yg lebih tinggi dilakukan apabila: pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik; – perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan yg lebih rendah dilakukan apabila: – permasalahan pasien dpt ditangani oleh tingkatan pelayanan yg lebih rendah sesuai dgn kompetensi dan kewenangannya, kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut; pasien memerlukan pelayanan lanjutan yg dpt ditangani oleh tingkatan pelayanan yg lebih rendah & untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau – perujuk tdk dpt memberikan pelayanan kesehatan sesuai dgn kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan. Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan

kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yg sifatnya sementara atau menetap.

Jenis Rujukan

Sistem Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua macam yakni :

1. Rujukan Kesehatan

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (public health service). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana, dan operasional (Azwar, 1996). Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional (Syafrudin, 2009).

2. Rujukan Medik

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (medical service). Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan pemeriksaan (Azwar, 1996). Menurut Syafrudin (2009), rujukan medik yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas

satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional.

Jenis rujukan medic antarlain:

a. Transfer of patient

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosis, pengobatan, tindakan operatif dan lain - lain.

b. Transfer of specimen

Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

c. Transfer of knowledge / personal.

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

2.2.2 Jaminan Kesehatan Nasional.

Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN adalah suatu program Pemerintah dan Masyarakat/Rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Dikutip dari Jaminan social Indonesia, program jaminan kesehatan nasional, maka jaminan kesehatan itu sendiri dapat diuraikan seperti berikut;

2.2.3 Karakteristik

1. Diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 ayat 1).
 - a. Prinsip asuransi sosial meliputi (UU No. 40 Tahun 2004 Penjelasan Pasal 19 ayat 1):
 - kegotongroyongan antara peserta kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah
 - kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif
 - iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk peserta penerima upah atau suatu jumlah nominal tertentu untuk peserta yang tidak menerima upah
 - dikelola dengan prinsip nir-laba, artinya pengelolaan dana digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta dan setiap surplus akan disimpan sebagai dana cadangan dan untuk peningkatan manfaat dan kualitas layanan.
 - b. Prinsip ekuitas (UU No. 40 Tahun 2004 Penjelasan Pasal 19 ayat 1) yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar prosentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 17 ayat 1) dan

pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 17 ayat 4).

2. Tujuan penyelenggaraan adalah untuk memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan akan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 ayat 2).
3. Manfaat diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*) (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 22 ayat 1,2, Pasal 23, Pasal 24, Pasal 25, Pasal 26).

2.2.4 Kelembagaan

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

2.2.5 Manfaat dan Pemberian manfaat

1. Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan badan penyelenggara jaminan sosial (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 1) .

2. Dalam keadaan darurat, pelayanan kesehatan dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan badan penyelenggara jaminan sosial (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 2).
3. Badan penyelenggara jaminan sosial wajib memberikan kompensasi untuk memenuhi kebutuhan medik peserta yang berada di daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat. Kompensasi dapat diberikan dalam bentuk uang tunai. (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 3 dan penjelasannya).
4. Layanan rawat inap di rumah sakit diberikan di kelas standar(UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 ayat 4).
5. Besar pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara badan penyelenggara jaminan kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 1).
6. Badan penyelenggara jaminan sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak permintaan pembayaran diterima (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 2).
7. Badan penyelenggara jaminan sosial dapat memberikan anggaran di muka kepada rumah sakit untuk melayani peserta, mencakup jasa medis, biaya perawatan, biaya penunjang dan biaya obat-obatan yang penggunaannya diatur sendiri oleh pemimpin rumah sakit (metoda pembayaran prospektif) (UU No. 40 Tahun 2004 Penjelasan Pasal 24 ayat 2).

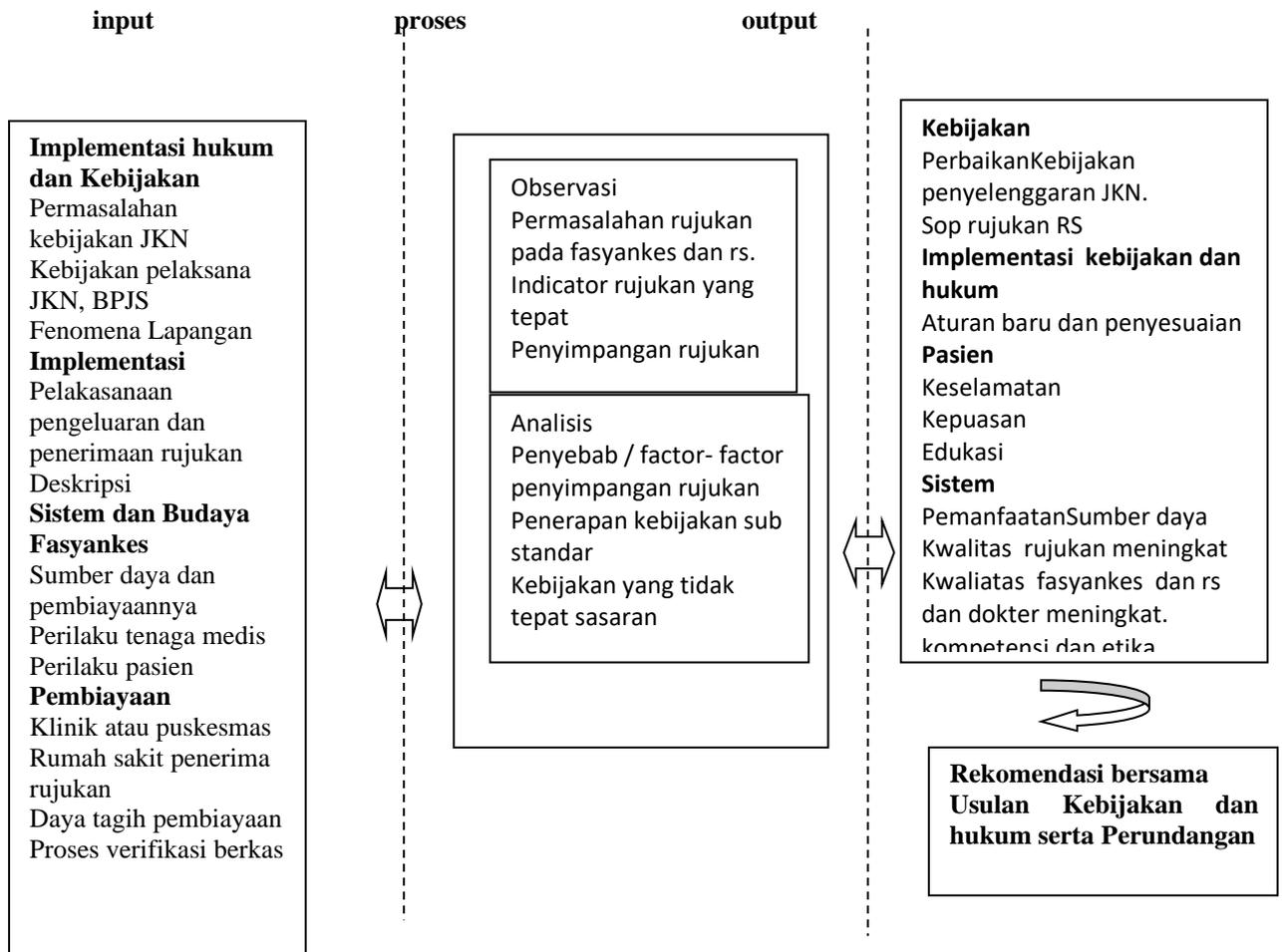
8. Badan penyelenggara jaminan sosial menjamin obat-obatan dan bahan medis habis pakai dengan mempertimbangkan kebutuhan medik, ketersediaan, efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai sesuai ketentuan peraturan perundangan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 25 dan penjelasannya) .
9. Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, badan penyelenggara jaminan sosial menerapkan sistem kendali mutu, sistem kendali biaya dan sistem pembayaran untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan serta untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 24 ayat 3 dan penjelasannya). Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 22 ayat 2) .

2.2.6 Pemberian Pelayanan

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

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

Bagan Implementasi Hukum dan Kebijakan



1. Karleanne Lony Primasari (2015) dengan judul Skripsi “*Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak*”. Penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan implementasi dari UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di bidang kesehatan dengan konsep *Universal Health Coverage* (UHC) yang memaksa pesertanya mengikuti sistem rujukan berjenjang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan *komprehensif*, murah, terjangkau, namun berkualitas. Belum efektifnya sistem rujukan di Indonesia, berdampak pada penumpukan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan, sehingga terjadi pemanfaatan tenaga terampil dan peralatan canggih secara tidak tepat guna dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode analisa yang digunakan, yakni *content analysis* berdasarkan triangulasi metode, triangulasi sumber, dan triangulasi data. Hasil penelitian dibagi dalam 2 komponen, yaitu karakteristik sistem rujukan medis dan sistem rujukan berjenjang, dimana pada karakteristik sistem rujukan medis, implementasi JKN membawa perbaikan dalam sistem rujukan di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak, walaupun belum signifikan. Adapun dari komponen sistem rujukan berjenjang, perbaikan baru nampak pada aspek kebijakan dan prosedur, sehingga masih diperlukan upaya keras untuk meningkatkan aspek lainnya dalam rangka menciptakan sistem rujukan yang lebih baik.

2. Dwi Ratnasari (2017) dengan judul skripsi “*Analisis pelaksanaan sistem rujukan berjenjang bagi peserta jkn di puskesmas x kota Surabaya*”. Penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa Era Jaminan Kesehatan Nasional (NHS) memberlakukan sistem rujukan berjenjang mulai dalam perawatan kesehatan primer. Tingginya jumlah rujukan di Pusat Kesehatan Masyarakat (PHC) X menunjukkan bahwa implementasi sistem rujukan tidak berjalan dengan baik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkonfirmasi implementasi sistem rujukan di PHC di era NHS berdasarkan peraturan dan kebijakan. Penelitian ini termasuk penelitian observasional deskriptif dan desain cross sectional dengan metode penelitian pelaksanaan. Penelitian ini menggunakan triangulasi untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai dokumen rujukan termasuk data rujukan, buku pendaftaran, catatan medis, surat rujukan, wawancara dengan petugas rujukan, dan observasi tanpa intervensi. Penelitian ini dilakukan di PHC X Surabaya pada bulan Februari-Maret 2017. Hasil penelitian menunjukkan implementasi sistem refferal sudah sesuai dengan peraturan dan pedoman. Implementasi telah sesuai dengan 7 bagian Peraturan Menteri Kesehatan No.1 tahun 2012. Implementasi telah sesuai dengan Pedoman Refferal Kesehatan Nasional termasuk persyaratan untuk merujuk pasien, prosedur klinis rujukan, dan prosedur administrasi rujukan, namun tidak ada implementasi yang sesuai : persetujuan berdasarkan informasi, kontak ke layanan kesehatan tujuan rujukan, dan mencetak kertas rujukan.

3. Haerawati and Rahmiwati, Anita (2018) dengan judul skripsi *“Implementasi kebijakan sistem rujukan pada pasien jaminan kesehatan nasional di rumah sakit tingkat iv Zainul Arifin Bengkulu”*. Penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa Sistem rujukan diatur untuk memberikan kualitas yang baik untuk layanan kesehatan untuk mencapai tujuan layanan itu sendiri. Penelitian ini bertujuan untuk menguji implementasi sistem rujukan untuk pasien yang berpartisipasi dalam Asuransi Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Zainul Arifin Tingkat IV Bengkulu. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif menggunakan metode observasi, wawancara mendalam dan tinjauan dokumen. Pemilihan informan dilakukan dengan menggunakan metode purposive sampling dengan jumlah 13 informan. Untuk validitas informasi yang diperoleh dari uji validasi, triangulasi digunakan. Hasilnya disajikan dalam bentuk narasi. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis isi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen aktor menunjukkan bahwa aktor kebijakan terdiri dari direktur bertindak sebagai pemberi kebijakan, penerima pasien menerima rujukan dari FKTP dan dokter dari Pusat Kesehatan sebagai rujukan. Berdasarkan komponen kontekstual, diketahui bahwa pasien Asuransi Kesehatan Nasional langsung pergi ke rumah sakit atas nama mereka sendiri dan FKTP yang telah ditutup pada jam 2 siang. Sementara itu, SOP rujukan tidak berjalan dengan baik karena kurangnya pengawasan.

4. Dempo Ahmad Palindo (2019) dengan judul skripsi “*pelaksanaan sistem rujukan di rumah sakit alimuddin umar kabupaten lampung barat berdasarkan peraturan menteri kesehatan no 4 tahun 2018 tentang kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien*”. Penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa sistem rujukan merupakan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Tingginya angka rujukan menjadi indikasi bahwa sistem rujukan di Puskesmas ke rumah sakit atau rumah sakit kabupaten dengan rumah sakit provinsi yang lebih memadai belum terimplementasi dengan baik sehingga penting untuk melakukan kajian pelaksanaan sistem rujukan dengan membandingkan dengan pedoman sistem rujukan. Permasalahan yang dibahas dalam penelitian ini yaitu apakah pertimbangan Rumah Sakit Alimuddin Umar dalam melakukan tindak rujukan dan apakah Sistem Rujukan di Rumah Sakit Alimuddin Umar menurut Peraturan Menteri kesehatan Nomor 04 Tahun 2018 Jenis penelitian yang digunakan adalah hukum normatif terapan dengan tipe penelitian deskriptif. Data yang digunakan adalah data sekunder yang didapat dari bahan hukum primer, sekunder dan tersier. Pengumpulan data dilakukan melalui studi kepustakaan dan wawancara sebagai data pendukung.

5. Carwoto Carwoto, Bambang Wijayanto (2013) dengan judul skripsi *“pengembangan dan implementasi sistem informasi jejaring rujukan kegawat daruratan maternal-neonatal berbasis web dan sms (short message service)”*. Penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa Penanganan kegawatdaruratan yang efektif sangat diperlukan dalam upaya meningkatkan keselamatan ibu hamil (maternal) dan bayi baru lahir (neonatal). Salah satu upaya meningkatkan efektivitas penanganan kegawatdaruratan tersebut adalah melalui jejaring rujukan antarfasilitas kesehatan dalam wilayah tertentu. Teknologi informasi dan komunikasi (TIK) juga dapat dimanfaatkan sebagai sarana pendukung komunikasi dan pengelolaan informasi rujukan **isi aja kata-kata di bawah ini** di dalam jejaring rujukan antarfasilitas kesehatan. Tulisan ini memaparkan pengembangan dan implementasi sistem informasi untuk komunikasi dan pengelolaan informasi rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di jejaring rujukan antarfasilitas kesehatan. Sebuah sistem informasi jejaring rujukan kegawatdaruratan ibu bayi dan bayi baru lahir telah dibuat menggunakan teknologi web dan SMS (short message service). Dengan antarmuka berbasis web yang mudah dioperasikan dan mekanisme komunikasi menggunakan SMS yang sudah umum digunakan oleh tenaga kesehatan, sistem informasi ini memudahkan komunikasi antartnaga dan fasilitas kesehatan dalam menangani permintaan rujukan gawatdarurat.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional. Rancangan yang digunakan dalam penelitian survei ini adalah rancangan *pendekatan* analitik dengan pendekatan metode gabungan dan paradigma relativist yaitu melakukan pengamatan dan wawancara pada seluruh variabel dan melakukan riset strategis hukum dilakukan dalam waktu yang sama untuk mengetahui faktor faktor yang mempengaruhi permasalahan rujukan yang tidak sesuai/ standard baik dalam rawatan rumah sakit maupun dalam proses mengirim rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer, yang mendapat pengaruh dalam implementasi hukum

Pendekatan yang dipergunakan dalam penulisan skripsi ini adalah pendekatan hukum normatif-empiris yang menggunakan data sekunder dan data primer yang berasal dari buku-buku, atau literatur-literatur hukum, peraturan perundang-undangan, wawancara serta bahan-bahan lainnya. Penggunaan pendekatan secara normatif-empiris ini pada dasarnya merupakan penggabungan antara pendekatan hukum normatif dengan adanya penambahan berbagai unsur empiris. Metode penelitian hukum normatif-empiris mengenai implementasi ketentuan hukum normatif (undang-undang) dalam aksinya pada setiap peristiwa hukum tertentudalam suatu masyarakat.

3.2 Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian operasional dengan mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif menggunakan data sekunder untuk memperoleh gambaran pengeluaran rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama serta memperoleh gambaran penerimaan rujukan di fasilitas kesehatan tingkat darurat. Sedangkan data kualitatif diperoleh dari wawancara dengan pihak klinik/ fasilitas kesehatan tingkat pertama (fktpt) untuk menganalisis strategi fktpt dalam menghadapi potensi rujukan yang keluar tidak sesuai standar ataupun potensi rujukan yang ditolak oleh fktl.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di beberapa jenis FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Batam meliputi klinik swasta, klinik pemerintah dan Puskesmas dan beberapa rumah sakit yang berada di Kota Batam, dengan kajian dampak implementasi hukum kesehatan dan penerapan di fasilitas pelayanan kesehatan.

3.3 Sumber Data Penelitian

Informasi yang didapat dari observasi di pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pada beberapa rumah sakit yang terwakilkan, dengan melihat proses penerimaan pasien dalam aspek administrasi medis sampai pada proses rujukan . Informasi juga didapat dari wawancara yang mendalam dengan pihak terkait dengan layanan di pelayanan kesehatan tingkat pertama dan beberapa rumah sakit di kota Batam.

Nara sumber yang dipilih berdasarkan :

1. kesesuaian : berdasarkan pengampu, dan wewenang yang dimiliki.
2. Kecukupan ; berdasarkan data yang diperoleh cukup akurat dalam keterwakilan metode.

Penetapan nara sumber dilakukan secara purposive agar informasi yang diperoleh dapat diambil dengan baik dan dalam. Nara sumber yang diambil :

1. Direktur rumah sakit dan pimpinan klinik
2. Dokter klinik
3. Dokter IGD
4. Perawat poli
5. Pendaftaran rumah sakit.
6. Perawat IGD

3.4 Metode Pengumpulan Data

1. Pengamatan: melakukan pengamatan langsung proses pengiriman dan penerimaan rujukan dari FKTP dan rumah sakit . Mulai dari waktu yang telah diatur dengan kesepakatan dan perjanjian dengan kepala unit layanan FKTP dan rumah sakit.
2. Wawancara: wawancara yang spesifik dan mendalam yang dapat memberikan informasi yang valid dan akurat. Wawancara dicatat dan direkam dengan perekam

3.5 Alat pengumpul data

Untuk pengumpulan data dilakukan pencatatan pada formulir yang telah ditentukan. Sedangkan wawancara mendalam dilakukan dengan panduan/ pedoman wawancara.

3.6 Validasi Data

Data yang didapat dari pengamatan dan wawancara serta data sekunder/ rekam medis dilakukan konfirmasi, menggabungkan semua sumber dan permasalahan yang ada apakah ada kesesuaian dan telaah data/ dokumen. Tujuannya agar dalam pengolahan didapatkan data yang sah dan valid.

3.7 Pengolahan dan analisa data

Analisis data kualitatif menurut (Seiddel, 1998), proses perjalanan sebagai berikut:

- i. Mencatat yang menghasilkan catatan lapangan, dengan hal itu diberi kode agar sumber datanya tetap dapat ditelusuri,
- ii. Mengumpulkan, memilah-milah, mengklasifikasikan, mensintesis, membuat ikhtisar, dan membuat indeksinya.
- iii. Berpikir, dengan jalan membuat agar kategori data itu mempunyai makna, mencari dan menentukan pola dan hubungan-hubungan, dan membuat temuan-temuan umum.

Selanjutnya menurut Janice Mcdrury (*Collaborative Group Analysis Of Data*, 1999) tahapan analisis data kualitatif adalah sebagai berikut .

- 1) Membaca/mempelajari data, menandai kata-kata kunci dan gagasan yang ada dalam data
- 2) Mempelajari kata-kata kunci itu, berupaya menemukan tema-tema yang berasal dari data.
- 3) Menuliskan ‘model’ yang ditemukan
- 4) Koding yang telah dilakukan.

Analisis statistic adalah cara untuk mengolah informasi data (kuantitatif) yang berhubungan dengan angka-angka , bagaimana mencari, mengumpul, mengolah data, sehingga sampai menyajikan data dalam bentuk sederhana dan mudah untuk dibaca atau data yang diperoleh dapat dimaknai (diinterpretasikan). Terdapat dua statistik yang dapat digunakan dalam proses analisis data kuantitatif, yaitu: Analisis Statistik Deskriptif (*Descriptive Statistics*) dan analisis *statistic Inferensi (Inferential Statistics)*.

Analisa data dalam penelitian ini diproses dan diolah dengan cara sebagai berikut:

1. Mengumpulkan semua data yang diperoleh
2. Membuat transkrip
3. Mengedit transkrip, meningkatkan reabilitas data.
4. Menyajikan ringkasan dalam bentuk matriks
5. Membuat kelompok kategori tertentu, memunculkan gambaran tema yang akan diteliti.

6. Melakukan penyajian, analisa dalam bentuk narasi dan menyertakan kutipan wawancara dengan nara sumber.
7. Selain berdasarkan data primer, juga didukung dari data sekunder dari rekam medis atau dokumen lainnya.