

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pelayanan Kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Memasuki abad ke 21 yang semakin maju, sudah seharusnya bahwa pendekatan mutu paripurna yang berorientasi pada kepuasan pelanggan menjadi strategi utama bagi organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia supaya tetap eksis di tengah persaingan global yang semakin ketat.

Pada masa yang lalu, rumah sakit sering dianggap sebagai lembaga sosial yang kebal hukum berdasarkan "*doctrin of charitable immunity*", sebab menghukum rumah sakit untuk membayar ganti rugi sama artinya dengan mengurangi asetnya, yang pada gilirannya akan mengurangi kemampuannya untuk menolong masyarakat banyak. Namun dengan terjadinya perubahan paradigma perumahsakitannya di dunia, di mana rumah sakit merupakan institusi yang padat modal, padat teknologi dan padat tenaga sehingga pengelolaan rumah sakit tidak bisa semata-mata sebagai unit sosial. Maka sejak saat itu rumah sakit mulai dikelola secara korporasi dengan menggunakan pertimbangan-pertimbangan bisnis, sehingga rumah sakit dijadikan sebagai subjek hukum dan sebagai target gugatan apabila dalam pelayanannya dianggap menyebabkan kerugian.

Adanya era globalisasi atau era kompetitif sekarang ini, mutu pelayanan sangat menentukan kelanggengan suatu rumah sakit. Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan suatu bentuk persaingan antar rumah sakit yang kini menjadi semakin meningkat karena tidak lagi terbatas pada persaingan antara sesama rumah sakit domestik dalam negara, tetapi juga merupakan persaingan rumah sakit antar negara dan ditingkat internasional. Hal ini berarti pada saat itu, dituntut mampu bersaing, khususnya dalam pelayanan kesehatan, tidak hanya dengan sesama tenaga kesehatan dalam negeri, namun benar – benar mampu bersaing dengan tenaga kesehatan negara lain yang mungkin lebih memiliki kompetensi tinggi atau bahkan sangat profesional.¹

Pelayanan Kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Pendekatan mutu paripurna berorientasi pada kepuasan pelanggan menjadi strategi utama bagi organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia agar tetap eksis di tengah persaingan global yang semakin ketat.²

Persaingan pasar rumah sakit tidak terlepas dari permasalahan biaya, terbukti banyak rumah sakit - rumah sakit di Jakarta yang menerapkan paket pada pelayanannya, salah satu pelayanan yang terbanyak di hampir seluruh rumah sakit di Jakarta adalah pelayanan OBGYN (*Obstetry dan Gynaecology*) khususnya pasien

¹ Azwar.A. 1996, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*, Jakarta : Pustaka Sinar Harapan

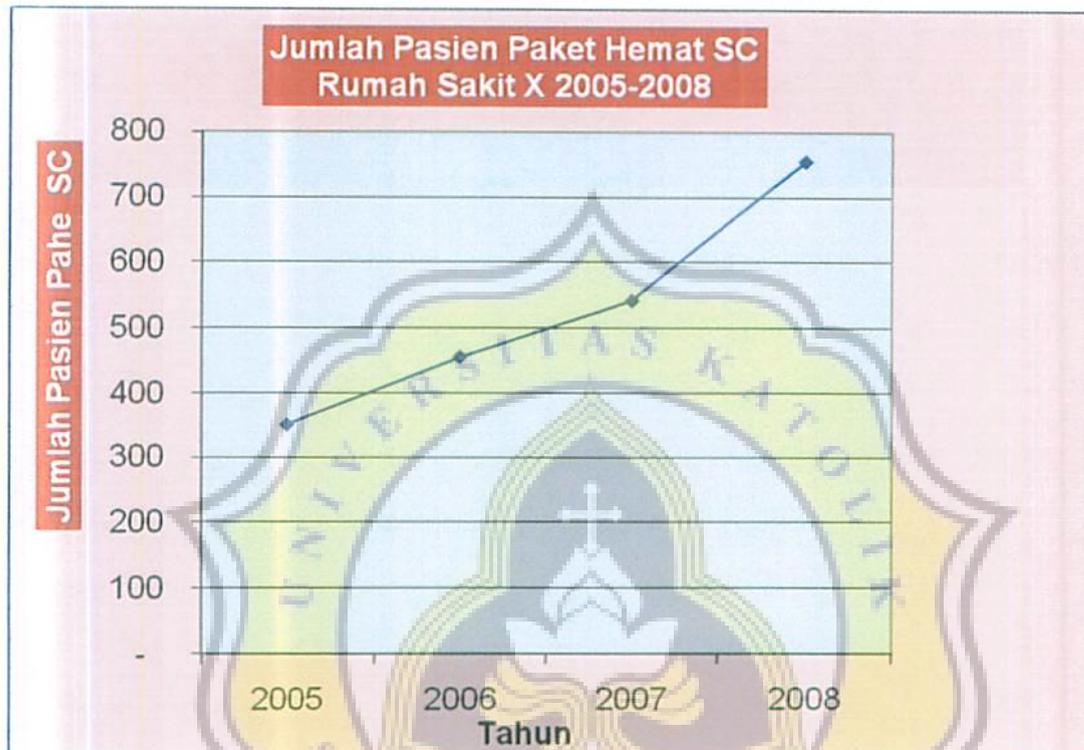
² Siegel. D.J.2000, *Perception and Cognition Dalam: Sadock.B.J. and Virginia.S.A., Comprehensive Tektbook of Psychiatry*, New York.

obstetri/kebidanan, sehingga karena persaingan yang semakin ketat itulah, dibuat suatu paket hemat tindakan *sectio caesaria* di beberapa rumah sakit dengan tujuan pasien-pasien tersebut dikirim ke rumah sakit yang bersangkutan.

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh bila ada indikasi medis. Adapun Paket Hemat *sectio caesaria* adalah suatu paket tindakan bedah pasien kebidanan yang dibuat oleh rumah sakit dengan harga yang sangat terjangkau oleh masyarakat di mana obat dan fasilitas kamarnya disesuaikan dengan harga yang relatif murah agar menarik pasien untuk berobat ke rumah sakit tersebut.

Di beberapa rumah sakit paket hemat *sectio caesaria* ini diadakan, diantaranya adalah di wilayah Jagakarsa, Depok dan sekitarnya, salah satunya adalah rumah sakit X. Dipilih rumah sakit X sebagai bahan penelitian, karena rumah sakit X termasuk rumah sakit dengan rujukan paket hemat terbanyak di wilayah Jagakarsa dibandingkan rumah sakit sekitarnya. Setiap tahun pasien paket hemat *sectio caesaria* di rumah sakit X semakin meningkat seperti yang tertera pada data berikut ini :

Gambar 1
 Jumlah Pasien Paket hemat *Sectio Caesaria* di rumah sakit X
 tahun 2005 s.d 2008



sumber : data rekam medis rumah sakit X

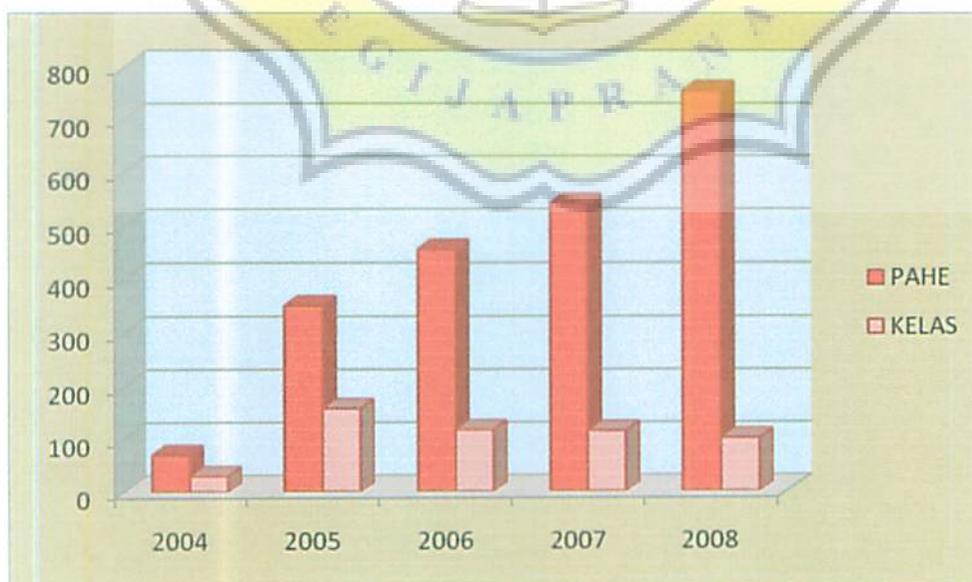
Awal berdirinya paket hemat di rumah sakit X ini dimulai dari keinginan pihak rumah sakit untuk membantu masyarakat yang tidak mampu bila harus melahirkan dengan cara operasi sesar dimulai dari kerjasama para bidan dengan dokter spesialis *Obstetri dan Gyinecology* (SpOG) di mana bidan setempat yang mempunyai tempat praktek sendiri bila tidak sanggup menangani kasus kebidanan agar mengirimkan pasien tersebut kepada dokter spesialis obgyn untuk dilakukan tindakan vakum ataupun operasi *sectio caesaria*, namun yang terjadi adalah paket hemat ini dijadikan ajang bisnis (*bussiness oriented*) di mana dengan

mengirimkan pasien ke rumah sakit untuk dilakukan operasi sesar dengan program paket hemat, maka bidan mendapatkan *fee* yang cukup besar untuk 1 (satu) orang pasien, sehingga seiring dengan semakin tingginya persaingan untuk mendapatkan pasien antar institusi pelayanan kesehatan (rumah sakit), maka setiap rumah sakit memiliki ketentuan-ketentuan khusus dengan harga yang bersaing termasuk memberikan *fee* bidan yang cukup tinggi.

Data pasien yang melahirkan *sectio caesaria* di rumah sakit X tetapi tidak menggunakan paket hemat *sectio caesaria*/pasien kelas jauh lebih sedikit dibandingkan dengan pasien paket hemat *sectio caesaria*, dengan data sebagai berikut :

Tabel 1

Perbandingan jumlah pasien Paket hemat *Sectio caesaria* dengan Pasien Kelas di Rumah Sakit X tahun 2004-2008



Sumber : Data Rekam Medis Rumah sakit X

Berdasarkan data di atas jelas terlihat bahwa lebih banyak pasien yang melakukan paket hemat *Sectio caesaria* dibandingkan pasien *sectio caesaria* Non Pahe/pasien kelas, dan setiap tahun pasien Non Pahe cenderung semakin menurun sedangkan pasien Pahe semakin meningkat dengan pesat.

Berdasarkan hal tersebut maka banyak sekali pasien kebidanan yang dirujuk ke rumah sakit untuk dilakukan operasi *sectio caesaria* dengan menggunakan paket hemat yang disediakan oleh rumah sakit. Hal ini tidak menjadi masalah bagi pasien, bila indikasi untuk dilakukan tindakan SC sesuai, bahkan dapat memudahkan pasien karena biaya melahirkan menjadi ringan, akan tetapi hal ini dapat menjadi masalah bagi pasien bila tindakan tidak berdasarkan indikasi medis yang ditentukan oleh dokter, sehingga hak pasien untuk mendapatkan informasi dilanggar, hak pasien untuk menentukan tindakan untuk dirinya sendiri dilanggar dan adanya pembohongan yang dilakukan oleh bidan.

Di Jakarta salah satu contohnya wilayah Jagakarsa untuk mendapat *fee* sebesar satu juta rupiah bidan mengirim pasien tanpa memeriksa dengan cermat apakah pasien tersebut mempunyai indikasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesaria* atau tidak, yang penting dia mengirim pasien dan mendapat uang, atau dari pada menolong partus spontan yang memerlukan tenaga dan kemungkinan mendapat komplikasi tertentu dengan tanggungjawab penuh dari bidan dengan biaya yang jauh lebih kecil dibanding merujuk pasien paket hemat *sectio caesaria* ke

rumah sakit, maka para bidan lebih memilih untuk mengirim pasiennya ke rumah sakit dengan harapan mendapat imbalan yang besar dari rumah sakit tersebut yang berdampak kompetensi profesi bagi bidan lambat laun akan hilang karena dimungkinkan setiap pasien yang akan bersalin di bidan langsung dirujuk tanpa diperiksa terlebih dahulu.

Dari pengamatan yang peneliti lakukan selama ini ada kecenderungan bidan yang menentukan sendiri indikasi SC pasien yang datang ke bidan tanpa ada konsultasi dari dokter spesialis Obgyn. Hal ini jelas bertentangan dengan Kepmenkes No 900 tahun 2002 mengenai registrasi dan praktek bidan pada pasal 16 ayat 1.

Adapun yang terjadi di beberapa rumah sakit adalah dokter tidak memeriksa pasien sama sekali terlebih dahulu dan menentukan apakah ada indikasi atau tidak setelah pasien tiba di rumah sakit dan pasien langsung dilakukan SC dan lebih mengkhawatirkan lagi apabila ada bidan dan Dokter yang bekerjasama mengenai hal ini, sehingga bisa dikatakan indikasi *sectio caesaria* menjadi tidak jelas lagi, baik indikasi *sectio caesaria* yang ditentukan oleh bidan maupun indikasi yang memang benar-benar indikasi yang diputuskan oleh dokter dengan kepentingan materi semata.

Adapun *fee* bidan untuk setiap tahun semakin meningkat, karena semakin tinggi rumah sakit memberikan *fee* untuk bidan maka bidan juga akan semakin sering mengirim pasien ke rumah sakit yang mau memberi *fee* dengan biaya yang lebih tinggi, sebagai salah satu contoh di daerah

Jagakarsa yaitu dari *fee* bidan sebesar Rp 150.000 (seratus lima puluh ribu rupiah) per pasien kini menjadi sebesar Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), bahkan ada rumah sakit yang berani memberikan harga lebih tinggi dari harga tersebut, sehingga semakin tinggi *fee* bidan yang diberikan rumah sakit maka akan semakin banyak pasien dengan indikasi *sectio caesaria* yang tidak jelas dirujuk ke rumah sakit yang bersangkutan.

Fee bidan yang semakin tinggi tersebut tidak diiringi dengan *fee* dokter spesialis lain yang terkait, yaitu dokter spesialis anestesi dan spesialis anak, adapun dokter kebidanan/operator memang *feenya* lebih tinggi dari pada bidan, tapi tidak terlalu jauh perbedaannya, bahkan *fee* dokter spesialis anestesi dan spesialis anak jauh lebih kecil dari pada bidan, hal ini menjadi tidak adil, sehingga hak-hak dokter spesialis anak dan dokter spesialis anestesi menjadi dilanggar, padahal tanggung jawab mereka untuk keselamatan pasien sangat besar, bahkan jika dibandingkan dengan bidan. Secara akademis, pendidikan dokter dan keahlian dokter spesialis jauh lebih tinggi dibanding bidan, hal ini juga menjadi masalah di beberapa rumah sakit, termasuk rumah sakit X, sehingga menyebabkan dilanggarnya hak dokter dalam pembagian *fee* yang sesuai.

Berdasarkan Permenkes No. 290 tahun 2008 dokter harus memberikan informasi kepada pasien baik diminta maupun tidak diminta oleh pasien dan berdasarkan UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 pasal 5 ayat 1 "informasi yang diberikan mencakup keuntungan dan kerugian dari

tindakan medik yang akan dilakukan baik diagnostik maupun terapeutik”, idealnya isi minimal informasi yang harus disampaikan dokter adalah : a) diagnosis b) risiko dari tindakan medik c) alternatif terapi d)prognosis.³ Sehubungan dengan peraturan di atas, hal ini menyebabkan hak pasien dilanggar untuk mendapatkan informasi yang jelas mengenai tindakan *sectio caesaria* yang seharusnya dijelaskan oleh tenaga yang lebih berwenang, yaitu dokter spesialis obgyn, bukan dengan bidan, bahkan yang terjadi di lapangan adalah dokternya sendiri jarang memberikan *informed consent* kepada pasien mengenai tindakan *sectio caesaria* yang akan dilakukan dan kemungkinan-kemungkinan komplikasi atau risiko yang akan terjadi, maka bila hal ini terjadi dokter dan pasien tidak melakukan hubungan perikatan karena pasien tersebut adalah kiriman bidan, bukan kehendak dari pasien sendiri.

Hubungan perikatan antara dokter dengan pasien diatur dalam Pasal 1233 KUH Perdata yang berbunyi : *“tiap perikatan lahir karena persetujuan dan karena undang-undang”*. Dalam hal ini dokter tidak melakukan *informed consent* sehingga tidak didapatkan perikatan antara dokter dengan pasien.

Pada beberapa paket hemat di rumah sakit tertentu, masih ada pula tindakan operasi *sectio caesaria* yang menggunakan perawatan di rumah sakit 1 (satu) hari/ODC (*one day care*), kemudian hari selanjutnya pasien pasca operasi *sectio caesaria* dikirim ke rumah bersalin untuk

³ Ameln F, *Kapita Selekta Hukum Kesehatan*. Penerbit Grafitama Jaya, Jakarta, cetakan pertama, 1991, hal 45.

dirawat oleh bidan perujuk tersebut, padahal di rumah bersalin ini belum ada peralatan yang memadai bila terjadi komplikasi setelah operasi *sectio caesaria*, hal ini juga merupakan masalah dan melanggar peraturan yang berlaku yaitu Kepmenkes No 900 tahun 2002 pasal 25 ayat 1 b.

Permasalahan ini tidak lepas dari permasalahan etik pada manusia (bioetika). Empat kaidah dasar Bioetika menurut Beauchamps & Childress tahun 1970 adalah *beneficence* (bermanfaat terhadap manusia), *non maleficence* (tidak menimbulkan kerugian), *respect for autonomy of persons* (hak untuk memutuskan hal-hal yang menyangkut dirinya) dan *justice* (keadilan).

Mengenai hal ini, jelas yang paling dirugikan adalah pasien, pada saat pasien dalam keadaan lemah dan butuh pertolongan, hal ini justru dimanfaatkan oleh pihak-pihak tertentu, dan yang menjadi permasalahan adalah apakah tindakan SC tersebut berdasarkan indikasi yang konkret. Di samping itu, apakah pasien diberikan penjelasan langsung oleh dokter spesialis obgyn indikasi dilakukan operasi sesar, atau pasien hanya bertemu dokter obgyn saat di ruang operasi, sehingga hal tersebut menyebabkan dilanggarnya hak pasien dalam mendapatkan informasi (*informed consent*), dan dilanggarnya hak pasien untuk menentukan diri sendiri tindakan apa yang akan dilakukannya.

Akibat indikasi SC yang berasal dari bidan akan berdampak secara etik dan secara hukum, di mana dampak secara etik adalah tidak *beneficence* (tindakan tersebut menjadi tidak bermanfaat untuk pasien),

maleficence (menyebabkan kerugian kepada pasien), melanggar hak otonomi pasien, dan menyebabkan ketidakadilan untuk pasien. Sedangkan dampak secara hukum adalah bidan melanggar kewenangannya dan dapat dikenakan sanksi yang akan dibahas lebih lanjut pada Bab pembahasan.

Berdasarkan permasalahan-permasalahan di atas, maka kiranya perlu dibuat penelitian yang berhubungan dengan hal tersebut untuk kebaikan semua pihak terutama pasien, oleh karena itu peneliti ingin membahas lebih dalam lagi mengenai aspek hukum paket hemat *sectio caesaria* dari rujukan bidan.

B. Perumusan Masalah

1. Apakah bidan berhak menentukan pasien dilakukan tindakan *sectio caesaria* untuk dirujuk ke rumah sakit? Bagaimana aspek legalnya?
2. Bagaimana aspek hukum dokter spesialis Obgyn yang langsung melakukan tindakan operasi *sectio caesaria* di ruang operasi tanpa memeriksakan pasiennya sama sekali (*on call*) sebelum menyatakan pasien harus dilakukan operasi *sectio caesaria*?
3. Bagaimana aspek legal paket hemat di mana bidan merawat pasien pasca tindakan *sectio caesaria* di rumah bersalin?
4. Apakah hak pasien dalam memperoleh informasi sebelum dilakukan tindakan operasi *sectio caesaria* dilanggar sehubungan adanya paket hemat tersebut ?

5. Apakah hak pasien atas alat reproduksinya telah dilanggar oleh pihak-pihak yang memanfaatkan situasi?
6. Dipandang dari sudut etika, hak asasi manusia, dan keadilan mengenai *fee* masing-masing tenaga kesehatan paket hemat *sectio caesaria*, bagaimana mengenai *fee* dokter spesialis obgyn, anak dan anestesi yang tidak seimbang dibandingkan dengan *fee* bidan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahuinya aspek hukum indikasi paket hemat *sectio caesaria* yang berasal dari bidan di rumah sakit X.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui apakah bidan berhak menentukan pasien dilakukan tindakan *sectio caesaria* untuk dirujuk ke rumah sakit.
2. Untuk mengetahui bagaimana aspek hukum dokter spesialis obgyn yang tidak memeriksakan pasiennya sama sekali (*on call*) dan langsung melakukan tindakan operasi saat di tempat.
3. Untuk mengetahui bagaimana aspek hukum bidan yang merawat pasien pasca tindakan *sectio caesaria* di rumah bersalin.
4. Untuk mengetahui apakah hak pasien dalam memperoleh informasi untuk tindakan operasi *sectio caesaria* dilanggar atau tidak.
5. Untuk mengetahui hak pasien atas alat reproduksinya telah dilanggar atau tidak oleh pihak-pihak yang memanfaatkan situasi.

6. Untuk mengetahui pandangan dari sudut etika, hak dan keadilan tenaga kesehatan pembagian *fee* mengenai paket hemat *sectio caesaria*, di mana *fee* dokter spesialis obgyn, anak dan anestesi yang tidak seimbang dibandingkan dengan *fee* bidan.

D. Manfaat Penelitian

i. Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan mengenai aspek legal indikasi paket hemat *sectio caesaria* yang berasal dari bidan, terutama bagi pihak-pihak yang terkait dan bagi masyarakat pada umumnya.

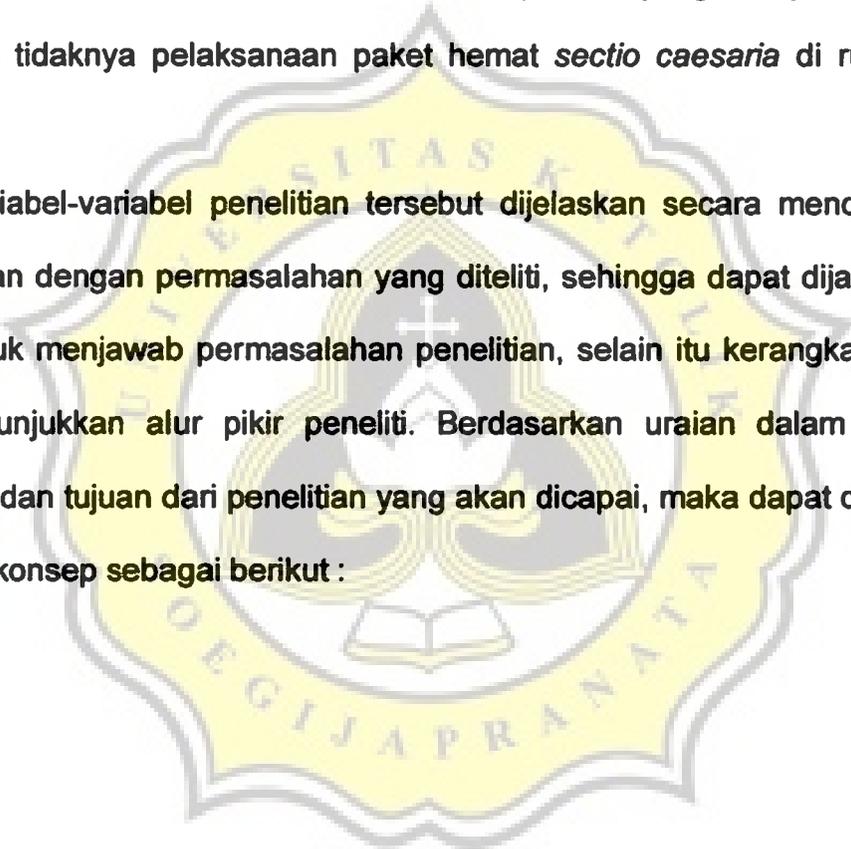
ii. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan bagi bidan agar menangani pasien sesuai dengan prosedur dan peraturan-peraturan yang berlaku, sebagai anggota masyarakat sebagai pasien dan dokter kebidanan serta pihak rumah sakit dalam hal aspek hukum indikasi paket hemat *sectio caesaria*, juga dapat dijadikan bahan kajian ilmiah bagi kalangan akademis guna pengembangan ilmu pengetahuan, begitu pula pihak-pihak yang berkepentingan dapat digunakan sebagai bahan rujukan mengenai aspek hukum paket hemat *sectio caesaria* dari rujukan bidan.

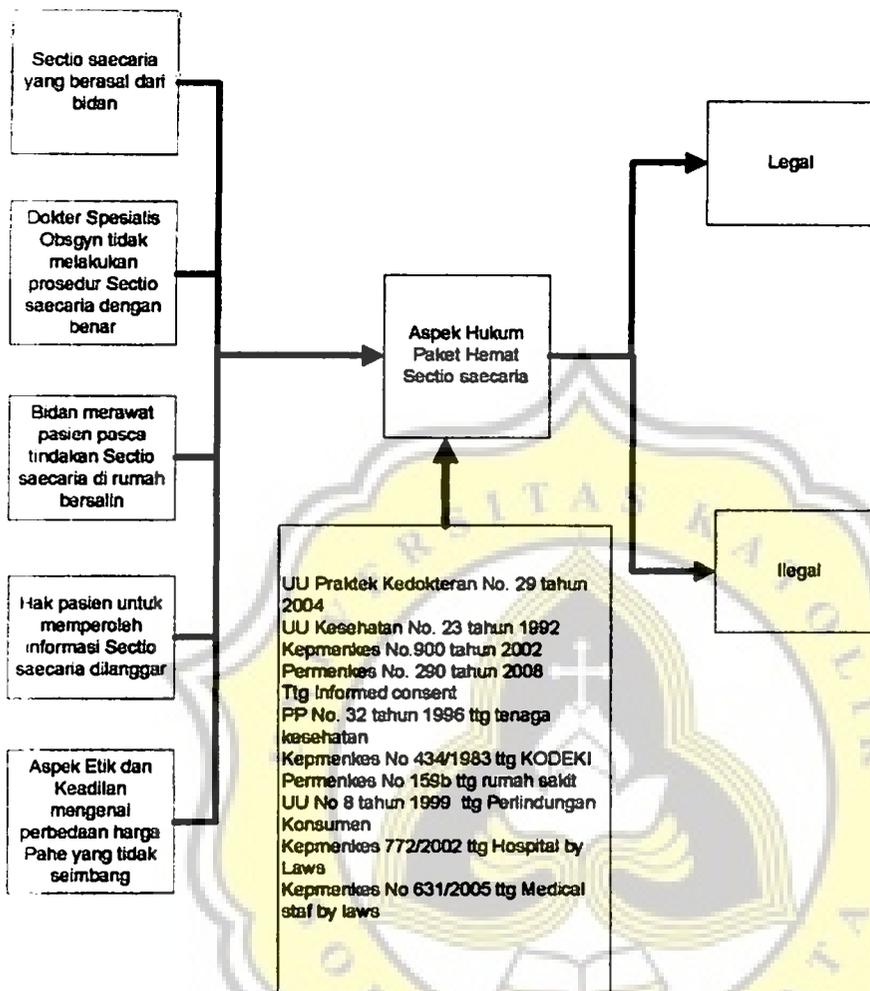
E. Kerangka Pemikiran

Kerangka konsep berisi konsep–konsep yang dikaji dalam kerangka pemikiran guna sebagai acuan dalam penelitian yang akan dilakukan, termasuk variabel-variabel yang diteliti. Kerangka konsep/pikir dari penelitian ini adalah dasar pemikiran dari penelitian yang disintesiskan dari fakta-fakta, dan observasi peneliti yang menyebabkan legal atau tidaknya pelaksanaan paket hemat *sectio caesaria* di rumah sakit X.

Variabel-variabel penelitian tersebut dijelaskan secara mendalam dan relevan dengan permasalahan yang diteliti, sehingga dapat dijadikan dasar untuk menjawab permasalahan penelitian, selain itu kerangka pikir juga menunjukkan alur pikir peneliti. Berdasarkan uraian dalam latar belakang, dan tujuan dari penelitian yang akan dicapai, maka dapat dibuat kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3. Kerangka Konsep



F. Metode Penelitian

1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan pada penelitian ini untuk menerapkan dalam rangka menjawab permasalahan dan tujuan penelitian dengan menggunakan pendekatan yuridis empiris/sosiologis (*socio-legal approach*) artinya studi dapat membahas aspek yuridisnya dan

sekaligus membahas aspek-aspek sosial yang melingkupi gejala hukum tertentu.

2. Spesifikasi Penelitian

Pada penelitian ini spesifikasi penelitian secara deskriptif analitis. Kajian-kajian hukum apa yang menyangkut masalah hukum tertentu di masyarakat bila sifatnya masih melakukan inventarisasi hukum positif, dan mengklasifikasikan hukum positif itu menjadi berbagai kategori hukum penelitian deskriptif. Bila kajian-kajian hukum itu sudah sampai pada penemuan asas-asas hukum dan penemuan hukum *inconcretto*, bahkan sampai pada penelitian sistematika hukum (horizontal atau vertikal) maka penelitian ini bersifat deskriptif analitis,

3. Jenis Data

Dalam penelitian ini digunakan :

1) Data primer (diperoleh dari studi lapangan).

Data primer dari penelitian ini diperoleh secara langsung baik dari hasil observasi, wawancara atau interview kepada responden.

2) Data sekunder (data jadi dari instansi rumah sakit dan data yang diperoleh dari studi pustaka). Data sekunder yaitu data yang diperoleh peneliti dari penelitian kepustakaan dan dokumentasi, yang merupakan hasil penelitian dan pengolahan orang lain, yang sudah tersedia dalam bentuk buku-buku atau dokumentasi yang biasanya disediakan di

perpustakaan umum atau perpustakaan milik pribadi.⁴ Dalam penelitian ini digunakan data-data sekunder dari rumah sakit, berupa laporan bulanan pasien kunjungan paket hemat *sectio caesaria* dan bukan paket hemat, dan dokumen-dokumen lain yang terkait, ditambah data sekunder dari perundang-undangan dan daftar pustaka. Di dalam penelitian hukum, data sekunder tersebut meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tertier.⁵ Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang terdapat dalam suatu aturan hukum atau teks otoritatif seperti peraturan perundang-undangan, putusan hakim, traktat, kontrak, keputusan tata usaha negara. Bahan hukum primer yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri dari peraturan perundang-undangan, yaitu Undang-undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, Kitab Undang–Undang Hukum Perdata tentang perikatan perjanjian Undang–undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang *Kesehatan*, Undang–undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktek Kedokteran*, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/MENKES/SK/VII/2000, Peraturan pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang *Tenaga Kesehatan*, Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 434/Men.Kes/SK/X/1983 tentang *Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)*, Permenkes RI Nomor 159b Tahun

⁴ Hilman Hadikusuma, *Metode Pembuatan Kertas Kerja atau Skripsi Ilmu Hukum*, Mandar Maju, Bandung, 1995, hlm. 65.

⁵ Soerjono Soekanto & Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Rajawali Pers. Jakarta. 2001, hlm. 13.

1988 tentang *Rumah sakit*, Undang-Undang No. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Kepmenkes mengenai *Hospital by laws*, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang *Medical Staff by Laws*, Permenkes No 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Medik.

Sedangkan bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang diperoleh dari buku teks, jurnal-jurnal asing, pendapat para sarjana, kasus-kasus hukum, serta simposium yang dilakukan para pakar hukum mengenai aspek hukum indikasi paket hemat *sectio caesaria* yang berasal dari bidan. Selain itu, dalam penelitian ini dipergunakan pula bahan hukum tersier. Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang memberikan petunjuk atau penjelasan bermakna terhadap bahan hukum primer dan sekunder, seperti kamus hukum, ensiklopedia, dan lain-lain. Baik bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder diinventarisasi berdasarkan fokus permasalahan yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah dan diklasifikasi menurut bidang kajiannya, agar memudahkan untuk menganalisisnya.

4. Metode Pengumpulan data

a. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang dipakai untuk membantu pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara mendalam, alat

pencatat, *tape recorder*, dan data sekunder berupa data-data dari rumah sakit X dan sumber kepustakaan hukum.

b. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) *Field Research* : Penelitian lapangan dilakukan guna memperoleh data empiris dengan cara observasi, wawancara serta studi dokumentasi.

2) *Library Research*

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data kepustakaan dengan cara membaca buku-buku literatur yang dapat menjadi landasan teori dari topik yang diteliti serta studi dokumenter untuk peroleh data sekunder berupa Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, dll serta data kuantitatif laporan dari rumah sakit X.

c. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini di Rumah sakit X wilayah Jagakarsa, Jakarta Selatan. Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan, yaitu dimulai akhir Agustus 2009 sampai dengan Oktober 2009.

d. Teknik Penentuan Sampel

Teknik Penentuan Sampel dilakukan secara purposif (*purposive sampling*) dengan memperhatikan prinsip kesesuaian (*appropriateness*)

dan kecukupan (*adequacy*) artinya informan/responden dipilih berdasarkan ciri-ciri spesifik yang sesuai dengan masalah dan tujuan penelitian, jumlah informan cukup untuk menggambarkan seluruh fenomena yang berhubungan dengan topik yang sedang diteliti.⁶ dengan *snow balling*.

e. Populasi

- 1) Seluruh bidan yang mempunyai tempat praktek sendiri di wilayah Jagakarsa dan sekitarnya yang bekerjasama dengan Rumah sakit X dalam 6 bulan terakhir berjumlah 25 orang.
- 2) Seluruh dokter Spesialis Obgyn yang praktek di Rumah sakit X 6 bulan terakhir yang menjalani paket hemat *sectio caesaria* berjumlah 6 orang.
- 3) Seluruh pasien rawat inap yang menjalani paket hemat *sectio caesaria* di Rumah sakit X dalam 2 bulan terakhir berjumlah 165 orang.

f. Sampel

- 1) Bidan : 6 orang
- 2) Dokter spesialis Obgyn : 4 orang
- 3) Pasien rawat inap : 10 orang

⁶ Hadi NE 2007, *Aplikasi Penelitian kualitatif dalam pencegahan dan Pmberantasan Penyakit Menular*, dalam Modul Metodologi Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

g. Responden

Responden/Informan dari penelitian ini adalah semua sampel yaitu bidan 6 orang, dokter spesialis obgyn 4 orang, pasien rawat inap 10 orang ditambah dengan pimpinan rumah sakit yang diwakili oleh direktur medis rumah sakit X 1 (satu) orang dan 1 (satu) orang staf Marketing external yang berhubungan langsung dengan bidan-bidan perujuk yang bekerjasama dengan rumah sakit X.

5. Metode Analisis Data

Analisa data adalah proses untuk mempermudah dalam membaca dan memberikan arti data hasil penelitian dengan menggunakan analisis data kualitatif. Analisa data kualitatif dilakukan terhadap data hasil wawancara dan observasi langsung di lapangan dan dilengkapi data sekunder dari rumah sakit X dan data sekunder berupa kepustakaan hukum.

Penyajian data dilakukan bisa bersamaan dengan analisa data sehingga dalam proses ini peneliti secara aktif dan subyektif melakukan proses tafsir, interpretasi, dan evaluasi data yang dikumpulkan berdasarkan kerangka teori dan pemahaman yang berkembang pada saat menafsirkan data.⁷

Dalam menganalisis data sekunder tersebut, penguraian data disajikan dalam bentuk kalimat yang konsisten, logis dan efektif serta

⁷ *Ibid*, Catherine, hal. 151

sistematis sehingga memudahkan untuk interpretasi data dan konstruksi data serta pemahaman akan analisis yang dihasilkan, yaitu mencari sebab akibat dari suatu masalah dan menguraikannya secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian ini, yaitu aspek hukum indikasi paket hemat *sectio caesaria* yang berasal dari bidan.

G. Penyajian Tesis

Dalam penulisan ini sistematika penulisan yang akan digunakan adalah sebagai berikut :

Bab I. Pendahuluan, bab ini memuat alasan ketertarikan terhadap topik yang akan diteliti, dan hal-hal lain yang memberikan gambaran mengenai alasan dilakukannya penelitian.

Bab II. Tinjauan Pustaka, yang memuat teori-teori yang berkaitan dengan aspek hukum paket hemat *sectio caesaria* dari rujukan bidan di rumah sakit X.

Bab III. Hasil Penelitian dan Pembahasan, menguraikan tentang hasil-hasil penelitian dilapangan beserta pembahasannya.

Bab IV. Bab Penutup yang merupakan kesimpulan hasil penelitian serta saran-saran kepada pihak terkait.