

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Hak untuk menjalani kehidupan yang baik dari sisi kesehatan dan kesejahteraan diri sendiri serta keluarga adalah hak asasi, yang diakui di Indonesia dan setiap negara di dunia. Deklarasi Hak Asasi Manusia PBB 1948 Pasal 25 angka 1 mengatur bahwa “setiap orang berhak atas taraf hidup yang cukup untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, sandang, papan dan kesehatan, serta kebutuhan sosial”.¹ Tanpa perawatan yang tepat, populasi rentan mungkin tidak menerima perawatan medis yang memadai.²

UHC (*Universal Health Coverage*) ditetapkan oleh WHO pada tahun 2005 dengan “akses ke pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk semua orang dengan biaya terjangkau, untuk mencapai akses yang sama dalam pelayanan kesehatan.” Ditargetkan 1 milyar orang menerima manfaat UHC pada tahun 2023.³

Di Indonesia, menurut sila ke-5 Pancasila, mengakui juga adanya hak asasi kesehatan yang diatur pada Pasal 28H dan Pasal 34 UUD 45 dan Undang-

¹ “WHO | **The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance**,” WHO, accessed October 15, 2019, <https://www.who.int/whr/2000/en/>.

² Anna M Rodney and Peter S Hill, “**Achieving Equity within Universal Health Coverage: A Narrative Review of Progress and Resources for Measuring Success**,” *International Journal for Equity in Health* 13, no. 1 (December 2014): p 72.

³ Virginia Wiseman et al., “**An Evaluation of Health Systems Equity in Indonesia: Study Protocol**,” *International Journal for Equity in Health* 17, no. 1 (December 2018): p 138.

Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyebutkan setiap orang memiliki persamaan hak untuk mengakses sumber daya bidang kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, terjangkau, dan bermutu serta mempunyai hak mandiri dan bertanggung jawab untuk memilih sendiri pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Guna memenuhi komitmen konstitusionalnya, pemerintah mempunyai tanggung jawab dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan untuk masyarakat dengan sistem Jaminan Kesehatan Nasional guna melindungi kesehatan pribadi.⁴

Bangsa Indonesia telah mempunyai sistem Jaminan Sosial untuk seluruh rakyatnya dengan adanya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Guna mencapai tujuan tersebut, maka dibentuklah badan hukum publik yang berdasar prinsip kegotong-royongan, keterbukaan, nirlaba, dan amanat, likuiditas, akuntabilitas, kehati-hatian, bersifat wajib, serta hasil pengelolaan dana jaminan sosial tersebut digunakan untuk pengembangan program, dan memaksimalkan kepentingan dari pesertanya. BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara jaminan sosial kesehatan, merupakan badan hukum untuk mengelola sistem jaminan kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 1 butir 2. Jumlah orang yang berpartisipasi meningkat dari 86,4 juta pada tahun 2014 menjadi 111,6 juta pada November 2017 (di mana 92,2 juta didanai

⁴ Kementerian Kesehatan, *Buku Pegangan Sosialisasi JKN Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Jakarta, 2016).

oleh negara dan 19,4 juta didanai oleh pemerintah daerah). Pemerintah telah menetapkan target pada Januari 2019 untuk mendaftarkan 95% penduduk sebagai jaminan kesehatan universal.⁵ Data BPJS hingga 10 Mei 2019, jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) telah mencapai 221.580.743. Jumlah ini mewakili 83,94% dari penduduk Indonesia.⁶

Tujuan JKN untuk memberi jaminan kesehatan bagi rakyat Indonesia. Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, ada dua kategori besar peserta BPJS, yaitu pertama PBI (Penerima Bantuan Iuran), yaitu peserta yang fakir miskin dan sumbangannya ditanggung oleh pemerintah. Kedua Non-PBI, yang terdiri dari pekerja yang dibayar (PPU) termasuk anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah (PBPU) termasuk anggota keluarganya, dan bukan pekerja (BP), yaitu kelompok PBI jaminan kesehatan dan penduduk yang tidak terdaftar di PPU, PBPU, atau pemerintah daerah dan anggota keluarga.

Azas gotong royong yang menjadi landasan JKN, tentunya sudah sebagai asas kehidupan sosial serta salah satu sumber budaya bangsa Indonesia. Sikap saling menolong menggambarkan bagian tidak terpisahkan dari budaya Indonesia. Prinsip gotong royong dalam JKN, berharap bahwa peserta yang

⁵ Nafsiah Mboi et al., "On the Road to Universal Health Care in Indonesia, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016," *The Lancet* 392, no. 10147 (August 2018): pp 581–91.

⁶ Okezone, "Peserta 221 Juta Orang, BPJS Kesehatan Jadi Asuransi Terbesar di Dunia : Okezone Economy," <https://economy.okezone.com/>, May 15, 2019, <https://economy.okezone.com/read/2019/05/15/320/2055856/peserta-221-juta-orang-bpjs-kesehatan-jadi-asuransi-terbesar-di-dunia>.

sanggup secara ekonomi dapat menolong orang miskin ataupun tidak mampu, dan partisipan yang sehat sanggup menolong yang sakit serta rentan. Oleh sebab itu, lewat asas gotong royong hendak mendesak keadilan sosial untuk seluruh rakyat Indonesia.⁷

Fasilitas pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan sesuai Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 47 yang terdiri dari pelayanan kesehatan non spesialis di Sarana Kesehatan Tingkat Pertama serta pelayanan kesehatan rujukan tingkatan lanjutan di Rumah Sakit.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 1 butir 1 mendefinisikan Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap serta gawat darurat.

Rumah Sakit harus mempunyai izin dan disesuaikan standarnya dengan akreditasi. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit Pasal 1 butir 1 disebutkan bahwa akreditasi merupakan pengakuan dan penilaian mutu pelayanan rumah sakit tersebut sudah memenuhi standar akreditasi.

Undang- undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit juga telah diperkuat dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 34 tahun 2017 tentang

⁷ Endang Wahyati Yustina, Johannes Budisarwo, and Leonardo Eddy Wiwoho, "The Implementation of The National Health Insurance Based on Gotong-Royong Principle as the Efforts of Enhancing the Welfare," *International Journal of Social Science and Humanity* 7, no. 5 (2017): p 5.

Akreditasi Rumah Sakit yang mengharuskan rumah sakit untuk akreditasi. Oleh sebab itu, rumah sakit wajib memakai standar akreditasi rumah sakit, Standar serta pedoman lain yang terpaut untuk rumah sakit sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 2011⁸ yang diperbarui dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.⁹

Rumah Sakit merupakan mitra dari BPJS Kesehatan yang membagikan pelayanan kesehatan kepada pesertanya. Data Departemen Kesehatan seperti tertuang dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 373 Tahun 2019 tentang Pedoman Reviu Kelas Rumah Sakit Bab I butir A menunjukkan jumlah rumah sakit semakin lama semakin bertambah. Ada 2.490 rumah sakit pada tahun 2015, 2.601 rumah sakit pada tahun 2016, 2.779 rumah sakit pada tahun 2017, dan 2.807 rumah sakit hingga dengan bulan Desember 2018. Perkembangan rumah sakit wajib disesuaikan dengan perkembangan serta pengembangan jumlah sumber energi manusia (SDM), fasilitas, prasarana, infrastruktur serta perlengkapan kesehatannya.

Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, membagi rumah sakit menjadi Rumah Sakit Umum serta Rumah Sakit khusus yang terdiri dari kelas A, B, C, serta D, tergantung kekhususan masing-masing. Kebijakan kelas rumah sakit secara teknis tertuang di Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi serta Perizinan Rumah Sakit. Dalam

⁸ Kementerian Kesehatan, *Standar Akreditasi Rumah Sakit* (Jakarta, 2011).

⁹ Komisi Akreditasi Rumah Sakit, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* (Jakarta, 2017).

Permenkes tersebut, rumah sakit wajib mempunyai izin operasional serta izin bangunan. Standar izin operasional ada dalam Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan No 56 Tahun 2014 untuk rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus terdapat dalam Lampiran II Peraturan Menteri Kesehatan No 340 tahun 2010. Penetapan kelas tersebut bergantung dari sumber daya manusia (SDM), pelayanan, perlengkapan serta gedung dan infrastruktur.

Aturan lebih baru tentang klasifikasi rumah sakit adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 yang menyebutkan bahwa pelayanan pemeriksaan kesehatan di rumah sakit diklasifikasikan menjadi tiga jenis: pelayanan pemeriksaan kesehatan umum, pelayanan khusus dan pelayanan medis khusus. Klasifikasi rumah sakit umum dengan kelas A, B, C, dan D bukan tergantung pada kemampuan pemeriksaan dan pengobatan medis yang profesional, tetapi hanya pada jumlah bed tempat tidur. Penentuan kelas rumah sakit khusus, juga hanya didasarkan pada jumlah tempat tidur, dan tidak tergantung pada pelayanan medik spesialis dan subspecialis.

Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan reviu kelas rumah sakit milik pemerintah daerah, pemerintah pusat dan swasta yang sudah mempunyai izin operasional dan memberikan pelayanan kesehatan. Tujuan reviu untuk menyesuaikan kelas rumah sakit dengan kriteria klasifikasi sesuai dengan ketentuan yang ada di peraturan perundang-undangan. Selain itu juga untuk meningkatkan pelayanan kesehatan menjadi lebih baik, memperjelas

kompetensi yang sebenarnya di rumah sakit, pengelolaan rujukan menjadi lebih baik, dan proses pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan lebih sesuai.¹⁰

Dalam pelaksanaan reviu kelas tersebut, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa proses reviu kelas rumah sakit dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan berdasar laporan BPJS Kesehatan. Meninjau dari laporan BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan tahun 2018 bahwa ada perbedaan sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit umum kelas A sebesar 92%, kelas B sebesar 96%, kelas C sebesar 86%, dan kelas D sebesar 33 %.

Berdasarkan data tersebut, pada tanggal 15 Juli 2019 Kementerian Kesehatan membuat rekomendasi yang isinya terdapat 615 rumah sakit harus dilakukan penyesuaian kelasnya. Rekomendasi penyesuaian kelas tersebut berdasar reviu kelas rumah sakit yang sudah kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sebanyak 2.170 rumah sakit sudah dilakukan reviu dan ada 615 rumah sakit diantaranya dilakukan rekomendasi penyesuaian kelas.

Pelaksanaan reviu Rumah Sakit ini didasari oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 373 Tahun 2019 tentang Pedoman Reviu Kelas Rumah Sakit. Rumah sakit yang sudah kerjasama dengan BPJS Kesehatan akan dilaksanakan reviu kelas oleh BPJS Kesehatan setiap akhir bulan Juni.

¹⁰ Kompasiana.com, “Dilema Rumah Sakit Swasta Tipe B di Era BPJS,” KOMPASIANA, accessed January 28, 2020, <https://www.kompasiana.com/posmasiahaan/562575a0c322bd47048b4569/dilema-rumah-sakit-swasta-tipe-b-di-era-bpjs>.

Tabel 1. Hasil reviu kelas Rumah Sakit

PENYELENGGARA	Sesuai	Tidak Sesuai	Total
BUMN	23	13	36
Kementerian Lain	9	5	14
Kemkes	30	3	33
Organisasi Hindu	3	0	3
Organisasi Islam	71	21	92
Organisasi Katholik	17	18	35
Organisasi Protestan	13	11	24
Organisasi Sosial	179	85	264
Pemkab	330	113	463
Pemkot	65	19	84
Pemprov	89	40	129
Perorangan	25	13	38
Perusahaan	234	67	301
POLRI	26	16	42
SWASTA/LAINNYA	372	137	509
TNI – AD	51	16	67
TNI – AL	9	10	19
TNI – AU	9	8	17
TOTAL	1555	615	2170

Sumber : Surat Rekomendasi Penyesuaian Kelas Rumah Sakit Kementerian Kesehatan tahun 2019

Pada tabel 1 di atas terdapat 16 Rumah Sakit di lingkungan TNI – AD yang mengalami reviu penurunan kelas Rumah Sakit. Reviu kelas yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tentunya berdampak langsung bagi pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah sakit milik TNI-AD, baik itu pelayanan kesehatan untuk masyarakat umum maupun untuk pegawai Kementerian Pertahanan dan TNI – Polri.

Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2014 tentang Standarisasi Peralatan Kesehatan RS tingkat III di Lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia pada Pasal 1 butir 1 menyebutkan bahwa Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Pertahanan dan

Tentara Nasional Indonesia yaitu fasilitas kesehatan di lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia yang mampu memberikan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan umum serta kesehatan matra untuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat serta dilengkapi sarana penunjang sesuai klasifikasi Rumah Sakitnya.

Rumah Sakit di lingkungan TNI – Polri juga melaksanakan fungsi Rumah Sakit sebagaimana diamanatkan di Undang-Undang Rumah Sakit. Baik terhadap anggota TNI – Polri dan keluarganya serta terhadap masyarakat umum. Pasien mengharapkan pelayanan kesehatan yang layak.¹¹

Selain melayani anggota TNI-Polri, PNS dan keluarganya, rumah sakit TNI-Polri melayani masyarakat umum. Mulai 1 Januari 2014, seluruh rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan di lingkungan TNI-Polri akan bermitra dengan BPJS untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI-Polri, PNS dan keluarganya serta untuk masyarakat umum sesuai sistem rujukan yang sudah ada.¹²

Sumber pendapatan Rumah Sakit TNI saat ini sebagian besar berasal dari sistem klaim BPJS. Sistem keuangan yang berlaku sekarang di sebagian besar Rumah Sakit TNI adalah sistem Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Dengan sistem PNBP tersebut klaim BPJS akan masuk ke kas Negara terlebih dahulu. Untuk belanja pengeluaran rumah sakit disusun dalam Rencana Anggaran Keuangan yang telah dibuat setahun sebelum tahun

¹¹ Freddy Tengker, *Hak Pasien* (Bandung: Mandar Maju, 2007). h. 58

¹² Ayut Dewantari Putri, Dewi Pascarani, and Kadek Wiwin Wismayanti, "Pengaruh Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Peserta BPJS Di Rumah Sakit Tingkat II Udayana Denpasar," *Citizen Charter* 1, no. 1 (2016): h. 1–12.

anggaran. Metode pencairan dana mengacu pada RKA yang dibuat untuk KPKN. KPPN (Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara), adalah lembaga Pemerintah Pusat yang berada dan bertanggung jawab secara langsung ke Kepala Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan, Ditjen Perbendaharaan-Kementerian Keuangan.

Sistem pengelolaan keuangan PNBPN, menuntut ketepatan pembayaran tagihan ke pihak BPJS karena sistem PNBPN yang rumit tiap bulannya. Ada isu bahwa JKN di Indonesia mengalami defisit 9 Trilyun dan proses pembayaran di Rumah Sakit TNI menjadi tertunda sehingga membuat proses aliran kas menjadi lebih sulit dalam pelaksanaannya.

Adanya faktor keterlambatan pembayaran klaim BPJS ke Negara melalui PNBPN maka biaya jasa pelayanan pegawai rumah sakit akan mengalami keterlambatan pembayaran dan bisa terjadi perselisihan di Rumah Sakit. Keterlambatan pembayaran tagihan obat-obatan dan layanan lain yang berakibat ke distributor barang atau obat, tidak dapat lagi melayani permintaan dari Rumah Sakit. Hal tersebut dapat menjadikan hambatan dalam pelayanan pasien. Tantangan besar Rumah Sakit TNI untuk pelayanan pasien karena hal tersebut sehingga bila terjadi penurunan kelas rumah sakit maka akan terjadi penurunan pendapatan yang akan membuatnya lebih sulit untuk rumah sakit TNI.¹³

¹³ Kompasiana.com, "**Tantangan Rumah Sakit TNI di Era Pengelolaan Keuangan PNBPN dan Sistem Asuransi Sosial,**" KOMPASIANA, accessed January 26, 2020, <https://www.kompasiana.com/adenetra/59dac41b79c3b1323e452544/tantangan-rumah-sakit-tni-di-era-pengelolaan-keuangan-pnbp-dan-sistim-asuransi-sosal>.

Sistem pendanaan rumah sakit TNI sebagian besar berdasar dari PNBP, sehingga suatu rumah sakit TNI mengalami penyesuaian kelas maka akan berpengaruh dengan pengelolaan keuangan di rumah sakit dan terhadap pelayanan pasien. Bila terjadi dampak pelayanan pasien, akan juga berimplikasi terhadap hak pasien yang berobat ke rumah sakit TNI, terutama pasien bukan anggota TNI, PNS maupun keluarganya.

Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 Pasal 39 menegaskan bahwa praktik kedokteran diselenggarakan berdasar kesepakatan dokter atau dokter gigi dengan pasien dalam usaha untuk pemeliharaan, peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pada Pasal 52 tercantum hak pasien yaitu:

1. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis
2. Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis
3. Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain
4. Menolak tindakan medis
5. Mendapatkan isi rekam medis.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien Pasal 10 menyebutkan bahwa fungsi sosial Rumah Sakit melaksanakan kewajiban melalui :

1. Memberikan pelayanan kesehatan pasien tidak mampu atau miskin
2. Penyediaan ambulans gratis
3. Pelayanan gawat darurat tanpa meminta uang muka
4. Pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa
5. Bakti sosial bagi misi kemanusiaan dan atau
6. Melakukan promosi kesehatan melalui komunikasi informasi dan edukasi

Berdasarkan hal tersebut di atas kalau tidak dilakukan reviu dan penyesuaian kelas, maka pelayanan rumah sakit akan menjadi semu karena antara fasilitas dan SDM tidak sesuai dengan penetapan kelasnya. Hal tersebut berdampak pada rumah sakit TNI yang pengelolaan dananya berdasar PNBP dihadapkan dengan reviu rumah sakit sehingga akan berdampak pada pelayanan pasien dan juga berpengaruh terhadap hak pasien.

Berdasarkan Undang–Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Permenkes Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, bahwa kewajiban yang melekat pada rumah sakit secara tidak langsung mejadi hak pada pasien. Pasien mempunyai hak untuk mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai standar profesional dan operasional, hak untuk mengakses layanan yang efektif dan efisien untuk melindungi pasien dari kerugian fisik dan material, hak untuk memilih dokter dan kelas perawatan yang sesuai keinginannya, hak atas informasi yang mencakup diagnosis dan prosedur diagnostik, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, potensi resiko dan komplikasi, dan prognosis dengan tindakan yang dilakukan dan perkiraan biaya.

Permenkes Nomor 56 tahun 2014, kelas rumah sakit didasarkan terutama pada ketersediaan tenaga dokter spesialis dan subspesialis, yang tentunya di lingkungan TNI-AD akan sulit untuk memenuhi kebutuhan tenaga medis tersebut. Tenaga medis di Rumah Sakit TNI-AD terutama dokter spesialis dan subspesialis sering merupakan tenaga paruh waktu. Pada Permenkes Nomor 30 tahun 2019 juga masih menyebutkan dasar penetapan

kelas Rumah Sakit juga dengan jumlah tenaga medis terutama dokter spesialis dan subspesialis, sehingga Rumah Sakit yang tidak memiliki tenaga medis dimaksud akan susah untuk meningkatkan kelas Rumah Sakitnya. Seiring dengan perkembangan perundang-undangan diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan yang baru yang mengatur tentang klasifikasi Rumah Sakit yaitu Permenkes Nomor 3 tahun 2020. Dengan diterbitkannya Permenkes no 3 tahun 2020, menjadikan Permenkes 30 tahun 2019 dicabut dan tidak berlaku. Dalam Permenkes Nomor 3 tahun 2020 tersebut, aturan penetapan kelas Rumah Sakit tidak lagi berdasarkan jumlah tenaga medis terutama dokter spesialis dan subspesialis melainkan dengan jumlah tempat tidur.¹⁴

Beda halnya dengan Rumah Sakit Umum Daerah maupun Pusat yang dikelola oleh Pemerintah Daerah maupun Pusat. Instansi tersebut dalam hal rekrutmen tenaga kesehatan lebih mudah dan sudah ada standar gaji yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1199 Tahun 2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah. Permenkes tersebut mengatur besaran gaji tenaga kesehatan yang bekerja di instansi pemerintah bidang kesehatan. Berbeda dengan instansi kesehatan milik pemerintah baik Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat, lingkungan Kementerian Pertahanan, dalam hal rekrutmen tenaga kesehatan sangat terbatas sesuai dengan jumlah yang sudah ditetapkan oleh Kementerian sehingga pemenuhan tenaga kesehatan dengan cara yang

¹⁴ “Dampak Permenkes No 3 Tahun 2020 Terhadap Type RS - Kompasiana.Com,” accessed July 1, 2020, https://www.kompasiana.com/ipiet_priyono/5e4ab77e097f363e0f27bb82/dampak-permenkes-no-3-tahun-2020-terhadap-type-rs.

berbeda-beda untuk setiap rumah sakit. Tentunya hal tersebut akan menyulitkan untuk rumah sakit di lingkungan Kementerian Pertahanan terutama di lingkungan TNI-AD untuk memenuhi persyaratan tenaga kesehatan seperti dipersyaratkan dalam Permenkes Nomor 56 tahun 2014.

Berdasar uraian tersebut di atas maka peneliti akan mengkaji permasalahan dengan judul **“KAJIAN HASIL REVIU KELAS RUMAH SAKIT MILIK TNI ANGKATAN DARAT BERDASARKAN PERMENKES NOMOR 56 TAHUN 2014 SEBAGAIMANA TELAH DIUBAH DENGAN PERMENKES NOMOR 3 TAHUN 2020 TENTANG KLASIFIKASI DAN PERIZINAN RUMAH SAKIT”**

B. PEMBATASAN MASALAH

Masalah dibatasi pada pembahasan tentang ketentuan hukum dan pelaksanaan Reviu Kelas Rumah Sakit di Rumah Sakit milik Tentara Angkatan Darat yang turun tingkat terhadap pelayanan jaminan kesehatan dan hak pasien di masing-masing Rumah Sakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi pelaksanaan klasifikasi dan perizinan rumah sakit di rumah sakit milik TNI-AD.

C. PERUMUSAN MASALAH

Dari latar belakang diatas, peneliti membuat perumusan masalah penelitiannya sebagai berikut :

1. Bagaimana ketentuan tentang reviu Rumah Sakit milik TNI-AD berdasar Permenkes No. 56 tahun 2014 sebagaimana telah diubah

dengan Permenkes No. 3 tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit?

2. Bagaimana pelaksanaan reviu Rumah Sakit milik TNI-AD berdasar Permenkes No. 3 tahun 2020?
3. Apakah faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi dari pelaksanaan Permenkes No 3 tahun 2020 di Rumah Sakit milik TNI-AD?

D. TUJUAN PENELITIAN

Dari latar belakang dan perumusan masalah di atas, tujuan yang akan dicapai oleh peneliti, yaitu:

1. Mendapatkan gambaran tentang ketentuan reviu Rumah Sakit milik TNI-AD berdasar Permenkes No. 56 tahun 2014 sebagaimana telah diubah dengan Permenkes No. 3 tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit
2. Mengetahui tentang pelaksanaan reviu Rumah Sakit milik TNI-AD berdasar Permenkes No. 3 tahun 2020
3. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi dari pelaksanaan Permenkes No 3 tahun 2020 di Rumah Sakit milik TNI-AD

Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

2. Kerangka Teori

a. Rumah Sakit

Ada dua fasilitas kesehatan di era JKN ini. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) merupakan fasilitas kesehatan yang melaksanakan layanan perawatan kesehatan individu yang tidak mengkhususkan diri dalam tujuan preventif, promotif, diagnosis, observasi, perawatan, dan layanan kesehatan yang lainnya. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) merupakan fasilitas kesehatan yang dilaksanakan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan individu khusus atau sub-spesialis, termasuk juga rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjut, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

Rumah Sakit didefinisikan sebagai salah satu jenis sarana kesehatan, yang mempunyai tugas utama melayani kesehatan perorangan di samping tugas pelayanan lainnya.¹⁵ WHO mendefinisikan Rumah Sakit yaitu suatu usaha yang menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari tindakan observatif, diagnostik, terapeutik dan rehabilitative untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang mau melahirkan.¹⁶

¹⁵ Endang Wahyati Yustina, *Mengenal Hukum Rumah Sakit* (Bandung: Keni, 2012). h. 8

¹⁶ Endang Kusuma Astuti, *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis Di Rumah Sakit* (Bandung: Citra Aditya Bakti, 2009).

Sistem klasifikasi rumah sakit yang seragam dibutuhkan untuk kemudahan, mengetahui organisasi, identitas, jenis pelayanan yang diberikan, pemilik dan kapasitas tempat tidur serta dapat diadakan evaluasi yang lebih sesuai untuk kelas rumah sakit tertentu.¹⁷

Rumah Sakit Tentara adalah rumah sakit yang diperuntukkan bagi TNI beserta keluarganya (berdasarkan Surat Keputusan Kasad Nomor : Kep/69/XII /2005 tanggal 24 Desember 2005 tentang Organisasi dan Tugas Kesehatan Komando Daerah Militer dan Peraturan Kasad Nomor : Perkasad / 16 / III / 2008 tanggal 28 Maret 2008 tentang Organisasi dan Tugas Detasemen Kesehatan Wilayah) namun Rumah Sakit Tentara juga melayani masyarakat umum (Berdasarkan ST Dirkesad Nomor : ST / 18 / 2005 tanggal 14 Maret 2005 tentang pelaksanaan Yankesmasum.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 373 Tahun 2019 tentang Pedoman Reviu Rumah Sakit menetapkan 615 rumah sakit yang mengalami reviu kelasnya, sebanyak 506 RS yang mengajukan keberatan dan 109 rumah sakit menerima rekomendasi tersebut sedangkan hasil rekomendasi kedua sebanyak 194 rumah sakit yang perlu dilakukan penyesuaian kelas, termasuk diantaranya 16 Rumah Sakit di lingkungan TNI-AD dari total 67 Rumah Sakit di TNI-AD.

¹⁷ Ch JP Siregar dan L Amalia, *Farmasi Rumah Sakit, Teori Dan Penerapan* (Jakarta: EGC, 2004). h. 13-16

b. Reviu Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit juga mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, secara efektif dan tetap mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit.

Pada lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 373 Tahun 2019 disebutkan bahwa dalam mengarahkan dan mengawasi operasional rumah sakit, Kementerian Kesehatan mengambil kebijakan untuk mengkaji kelas rumah sakit yang memiliki izin penyelenggaraan dan mengatur pelayanan kesehatan untuk rumah sakit milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan swasta. Peninjauan kelas rumah sakit dilakukan untuk melihat kesesuaian kelas dengan standar klasifikasi yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku pada saat rumah sakit tersebut memiliki izin.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 menerangkan bahwa implementasi reviu kelas rumah sakit dilakukan oleh Kementerian Kesehatan berdasar laporan dari BPJS Kesehatan. Perbedaan kelas rumah sakit dapat ditemukan oleh BPJS Kesehatan pada saat melakukan kredensial atau re-kredensial. Melalui reviu kelas, diharapkan rumah sakit memiliki kompetensi yang sesuai dengan klasifikasi, sehingga pelayanan kesehatan berbasis kompetensi bisa berjalan dengan semestinya. Implementasinya dengan

memakai instrumen penilaian dalam bentuk aplikasi rumah sakit online dan Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK).

Menteri kesehatan menyerahkan pelaksanaan reviu kelas rumah sakit kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan yang akan membentuk tim reviu kelas rumah sakit. Reviu kelas rumah sakit diselenggarakan dalam tenggang waktu paling lama tiga bulan melalui tahapan kegiatan berupa pemutakhiran data, verifikasi dan validasi data, pengolahan dan analisa data, rekomendasi, keberatan terhadap rekomendasi dan/atau penetapan kelas rumah sakit yang baru, serta rekomendasi hasil penilaian ulang. Reviu dilakukan diselenggarakan dengan dua metode yaitu dilakukan secara nasional dan berdasar laporan BPJS Kesehatan.

Tata cara reviu dapat diterangkan secara singkat bahwa rumah sakit harus melaksanakan pemutakhiran data secara online. Dari data tersebut, akan dilakukan validasi oleh Dinkes Kab/Kota untuk rumah sakit tingkat C dan D sedangkan untuk Dinkes Propinsi untuk rumah sakit tipe B dan kementerian kesehatan untuk rumah sakit tipe A dilakukan analisis berdasar laporan tersebut dan dibagi dalam dua kategori yaitu hijau dan merah. Setelah evaluasi tersebut, Dirjen Yankes selanjutnya akan membuat rekomendasi berdasar hasil dari analisis rumah sakit kepada pejabat yang berwenang menetapkan kelas. Dilakukan penilaian ulang dan setelah tidak ada masalah akan diterbitkan penetapan hasil reviu kelas.

c. Hak Pasien

Hak pasien adalah hak atas pelayanan kesehatan (*the right to health care*). Hak atas perawatan kesehatan harus memenuhi kriteria tertentu, artinya, memastikan bahwa seorang pasien mendapat dukungan dari fasilitas medis, fasilitas kesehatan, dan tenaga medis profesional yang memenuhi standar kesehatan yang optimal.¹⁸ Hak pasien merupakan hak-hak pribadi yang dimiliki manusia sebagai pasien yang timbul dari pengobatan dan perawatan, sebagai akibat dari kontrak terapeutik antara dokter dan pasien.¹⁹ Dalam penjelasan lain, Hak Pasien adalah hal-hal yang bisa dituntut dari dokter atau petugas kesehatan yang melayani.²⁰

Layanan yang berfokus pada pasien merupakan suatu keharusan bagi setiap Rumah Sakit. Keselamatan dan pelayanan yang berfokus pada pasien menjadi roh dalam akreditasi. Pelayanan yang berfokus pada penyakit (*disease centered case*) beralih pada *patient centered case*.²¹

Hak pasien yang sering terpinggirkan oleh dokter antara lain: mendapatkan informasi, terlibat dalam pengambilan keputusan medis, mendapatkan opini kedua, pindah dokter saat pasien merasa kurang nyaman atau mendapatkan isi rekam medis, kurang mendapatkan perhatian dan kurang disukai oleh dokter.²²

¹⁸ Supriadi. Op.cit.

¹⁹ Tengker. Op.cit. h. 32

²⁰ Roy Jacobus, "Hak Pasien Mendapatkan Informasi Resiko Pelayanan Medik," *Lex Privatum* II, no. 1 (March 2014): 166–72.

²¹ Cahyono. op.cit h. 116

²² Cahyono. op.cit h. 107

d. Pelayanan Kesehatan

Levey Loomba dalam Tengker mendefinisi “pelayanan kesehatan merupakan sebuah upaya yang dilakukan oleh suatu organisasi baik secara sendiri atau bersama-sama untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, kelompok dan ataupun masyarakat.”

Pelayanan kesehatan secara implisit mengandung unsur-unsur layak dan bersinambung. Aspek pertama yaitu pelayanan kesehatan dalam arti pemeliharaan kesehatan merupakan himpunan ikhtiar mempertahankan, memperbaiki yang kurang berfungsi, membantu yang lemah atau yang berada dalam bahaya, dan yang senantiasa bergerak ke arah yang lebih baik, lebih kuat, lebih aman dan nyaman, menuju kesempurnaan. Aspek kedua lebih banyak menyangkut keterampilan dalam pemberian pelayanan dan oleh karena itu lebih bersifat teknis.²³

Pasaruan dan Beryy memberikan lima dimensi untuk menilai mutu pelayanan yakni:²⁴

- a. Keandalan (*reliability*) meliputi kemampuan memberi pelayanan.
- b. Jaminan (*assurance*) pengetahuan, kesopanan dan kepercayaan pelanggan kepada petugas
- c. Bukti langsung (*tangibles*) bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dirasakan secara langsung dengan inderanya (mata, telinga dan rasa)
- d. Empati (*empathy*) yaitu kriteria yang berkaitan dengan kepedulian dan perhatian kepada setiap pelanggan.
- e. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan dan kemampuan dalam memberikan pelayanan.

²³ Tengker. op.cit. h. 60

²⁴ A. Pasaruan, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality,” *Journal of Retailing* 64, no. 1 (1988): 12–40.

Pelayanan kesehatan dapat digolongkan antara lain pemeriksaan medik, penegakan diagnosis, pemberian terapi, anestesi, penulisan resep obat-obatan, perawatan dan pengobatan di rumah sakit, peningkatkan pasien, kontrol, pelayanan pasca rawat inap, pemberian keterangan medik, pemberian informasi kesehatan, kerja sama dengan penyelenggara pelayanan kesehatan yang lain, dan kegiatan lainnya.²⁵

Pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan. Definisi Tenaga Kesehatan menurut Anna Kurniati dan Ferry Effendi adalah setiap orang yang memperoleh pendidikan baik formal maupun non formal yang mendedikasikan diri dalam berbagai upaya yang bertujuan mencegah, mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.²⁶ Dalam prakteknya tenaga kesehatan di Rumah Sakit yang berhubungan secara langsung dengan pasien yakni dokter, perawat dan bidan.²⁷

e. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan sosial didefinisikan sebagai bentuk perlindungan sosial untuk menjamin rakyat Indonesia supaya bisa memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Definisi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS

²⁵ Tengker. op.cit. h. 56

²⁶ Anna Kurniati dan Ferry Efendi, *Kajian Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Indonesia* (Jakarta: Salemba Medika, 2012). h. 3

²⁷ Edi Krisharyanto, "Beberapa Aspek Hukum Rumah Sakit Dalam Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan," *Perspektif* 6, no. 3 (2006): 188–97.

(Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.²⁸

Indonesia pada tahun 2012 akan melaksanakan cakupan kesehatan secara umum (*universal health coverage*) di tahun 2019.²⁹ Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjelaskan bahwa harus mempertimbangkan pemberian jaminan sosial yang komprehensif bagi seluruh rakyat Indonesia. Setiap orang dapat mengembangkan dirinya sebagai pribadi yang bermartabat secara utuh melalui sistem jaminan sosial nasional.³⁰ Hal tersebut sesuai amanat UUD 1945 Pasal 28 H ayat (3) yang menyatakan: “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”.

Jaminan kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari subsistem subsidi kesehatan. Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan bagian dari Sistem Kesehatan Nasional, sehingga pembangunan jaminan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari keseluruhan sistem kesehatan, dan muaranya adalah derajat kesehatan penduduk Indonesia dapat tercapai sehingga rakyat dapat berproduksi dan berkompetisi dengan negara-negara tetangga.³¹

²⁸ Kementerian Kesehatan, *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). h. 4

²⁹ Elizabeth Pisani, Maarten Olivier Kok, dan Kharisma Nugroho, “**Indonesia’s Road to Universal Health Coverage: A Political Journey**,” *Health Policy and Planning* 32, no. 2 (March 2017): 267–76.

³⁰ Kementerian Kesehatan, *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019* (Jakarta, 2012).

³¹ Kementerian Kesehatan. *Ibid.*

Program jaminan kesehatan dilaksanakan secara nasional, berdasar prinsip asuransi nasional dan ekuitas. Prinsip asuransi sosial antara lain wajib untuk kepesertaannya dan tidak diskriminatif, untuk kelompok formal, iuran berdasarkan persentase pendapatan. Beban bersama antara pemberi dan penerima kerja, sampai batas tertentu. Dengan cara ada kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, resiko sakit tinggi dan rendah, usia tua dan muda dengan prinsip ekuitas (manfaat pelayanan medis yang sama). Bersifat komprehensif yang meliputi pelayanan kesehatan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat-obatan dan bahan medis habis pakai.³²

Pada saat awal mulainya program JKN-KIS, terjadi seleksi yang merugikan (*adverse selection*) yang menyebabkan tingginya tingkat pemanfaatan yang akhirnya berdampak pada melonjaknya biaya pelayanan kesehatan. Kecenderungan masyarakat masih terjadi untuk mendaftar ketika sakit, walaupun sudah diberlakukan masa aktif 14 hari. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan terus berusaha meminimalkan hal tersebut untuk mendorong subsidi silang secara adil.³³

JKN bersifat wajib yang dimulai dari PNS dan TNI/Polri. Untuk TNI diatur dalam Peraturan Panglima TNI Nomor 45 Tahun 2013 tanggal 27 Desember 2013, yang menekankan bahwa mulai awal tahun 2014 pelayanan kesehatan bagi anggota prajurit dan PNS TNI beserta keluarganya sudah berubah. Pelayanan kesehatan sebelumnya dilaksanakan oleh PT Askes yang

³² Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional Mewujudkan Amanat Konstitusi* (Jakarta: Kompas, 2011).

³³ BPJS Kesehatan, *Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan* (Jakarta, 2016).

bekerjasama dengan jajaran Direktorat Kesehatan Angkatan Darat, menjadi dengan BPJS Kesehatan. Jaminan kesehatan melalui pemotongan gaji sesuai dengan peraturan yang berlaku. Alat kesehatan dan obat-obatan di rumah sakit didukung dari pusat lembaga kesehatan TNI-AD. Jika ada alat kesehatan atau obat-obatan yang belum ada, maka rumah sakit wajib menyediakannya yang biayanya berasal dari subsidi pasien umum (restitusi). Untuk uang makan bagi anggota yang dirawat, didukung dari bagian Perbekalan dan Angkutan Kodam (Bekandam).³⁴

F. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi peneliti dan pihak lain yang terkait dengan penelitian ini, serta akan bermanfaat untuk orang yang membacanya. Manfaat penelitian antara lain:

1. Manfaat Teoritis

1. Memberi kontribusi untuk perkembangan ilmu pengetahuan hukum kesehatan
2. Memberi referensi untuk peneliti lain yang akan melanjutkan penelitian lanjutan yang berkaitan dengan hukum kesehatan

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini akan memberi informasi dan rekomendasi kepada pengambil kebijakan dan data dan informasi kepada masyarakat dan pemangku

³⁴ Ernawati, "Analisis Kepuasan Pasien TNI Sebelum Dan Sesudah Penerapan JKN Di Ruang Rawat Inap Kelas II RS Dik Pusdikkes Kodiklat TNI AD," *Jurnal Administrasi Rumah Sakit* 3, no. 1 (Oktober 2016): 1–10.

kepentingan khususnya rumah sakit dan BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pertahanan, sehingga di masa depan lebih baik pelaksanaannya.

G. METODE PENELITIAN

1. Metode Pendekatan

Metode penelitian dengan yuridis sosiologis. Yang dimaksud pendekatan yuridis sosiologis yaitu melakukan identifikasi dan memahami hukum dalam sistem kehidupan sebagai institusi sosial yang riil dan fungsional.³⁵ Dengan pemanfaatan pendekatan ilmu-ilmu sosial untuk melakukan pemahaman dan menganalisis hukum sebagai indikator praktis dari pelaksanaan kajian revidu yang dilakukan di RS TNI-AD yang mengalami penurunan kelas Rumah Sakit menurut Permenkes Nomor 56 tahun 2014 dan kajian menurut PMK Nomor 3 tahun 2020. Secara sosiologis, melihat dampak dari pasien dan Rumah Sakit khususnya terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan. Secara yuridis, melihat aspek hukum yang terkait serta penggunaannya dalam revidu kelas tersebut.

Pendekatan secara yuridis sosiologis digunakan untuk melakukan analisis dan memberikan jawaban agar sistem hukum dapat dilaksanakan secara efektif. Pada penelitian yuridis sosiologis, pada awalnya diteliti data

³⁵ Jonaedi Efendi and Johnny Ibrahim, *Metode Penelitian Hukum: Normatif Dan Empiris* (Jakarta: Prenada Media, 2018). h. 151

primer di masyarakat dan lapangan, kemudian dilanjutkan dengan meneliti data sekunder.³⁶

Pendekatan kualitatif digunakan pada penelitian ini. Metode penelitian kualitatif akan menghasilkan data deskriptif-analitik, yakni data berupa uraian dan informasi verbal yang diekspresikan responden dengan lisan atau tertulis dari perilaku nyata. Metode penelitian kualitatif telah digunakan untuk mempelajari kehidupan manusia dalam kasus-kasus yang terbatas, sifatnya kasuistik, tetapi lebih mendalam, secara total menyeluruh, yang artinya tidak mengenal pemilihan gejala secara konseptual kedalam aspeknya yang eksklusif (disebut variabel). Metode kualitatif telah digunakan untuk menggambarkan tanda dan gejala kehidupan di masyarakat dan kondisi mereka tanpa adanya intervensi oleh peneliti atau terjadi secara naturalistik.³⁷

Metode logika induktif digunakan pada penelitian ini yang diawali dengan beberapa fakta sifatnya khusus dan digeneralisasikan menjadi ketentuan umum.³⁸ Pendekatan yuridis untuk mengkaji tentang asas-asas hukum, kaidah atau norma hukum, kebijakan dan peraturan tentang kajian rewiu kelas rumah sakit oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan menurut Permenkes Nomor 56 tahun 2014 dan Permenkes Nomor 3 tahun 2020 serta pelaksanaannya di Rumah Sakit yang menjadi obyek penelitian.

³⁶ Soerjono Soekanto, *Aspek Hukum Kesehatan* (Jakarta: Ind-Hill-Co, 1989). h. 98-103

³⁷ D Kuntjojo, *Metodologi Penelitian* (Kediri: Universitas PGRI, 2009). h. 14

³⁸ Bambang Sunggono, *Metode Penelitian Hukum* (Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2007). h. 73

2. Spesifikasi Penelitian

Sifat penelitian adalah analisis deskriptif. Yang dimaksud metode deskriptif adalah penelitian untuk menilai keberadaan suatu variabel bebas dengan satu atau lebih variabel tanpa melakukan perbandingan dan mencari korelasi antara variabel tersebut dengan variabel lainnya.³⁹ Pendekatan penelitian kualitatif akan menghasilkan data deskriptif-analitik, yakni data yang berwujud uraian, informasi verbal yang diungkapkan responden secara lisan atau tertulis dari perilaku nyata.⁴⁰

Penelitian analisis deskriptif mengacu pada transformasi data mentah menjadi bentuk yang mudah untuk dimengerti dan diterjemahkan. Ciri khas analisis yaitu mendeskripsikan respons atau hasil observasi. Jenis analisis deskriptif yang dapat dilakukan memiliki kaitan erat dengan bentuk data atau jenis pengukuran yang dilakukan dalam penelitian.⁴¹ Penelitian ini bertujuan mendapatkan kajian gambaran pelaksanaan reuiv kelas rumah sakit di lingkungan Rumah Sakit TNI-AD menurut Permenkes Nomor 56 tahun 2014 dan Permenkes Nomor 3 tahun 2020.

Dalam penelitian ini, mengkaji dampak kebijakan reuiv tingkatan kelas rumah sakit berdasar Permenkes Nomor 56 tahun 2014 dan Permenkes Nomor 3 tahun 2020 yang sangat mempengaruhi pelaksanaan hak pasien atas pelayanan kesehatan di lingkungan rumah sakit militer dan implementasi kebijakan tersebut. Setelah itu akan dibahas dan dianalisis

³⁹ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D* (Bandung: Alfabeta, 2013). h. 35

⁴⁰ Sugiyono. Ibid. h. 13

⁴¹ Dermawan Wibisono, *Panduan Menyusun Skripsi, Tesis, Dan Disertasi* (Yogyakarta: ANDI, 2013). h. 171

berdasar ilmu, teori dan pendapat para ahli dan perundang-undangan yang mengatur tentang rumah sakit kemudian diambil kesimpulan tentang reviu dan klasifikasi rumah sakit dihadapkan dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Angkatan Darat serta implikasinya terhadap hak pasien.

3. Definisi Operasional

Yang dimaksud definisi operasional yaitu pemberian arti atau definisi tentang variabel atau konsep yang dipergunakan dalam penelitian. Bisa diartikan juga dengan penjelasan tentang variabel dan cara pengumpulannya yang dipergunakan dalam penelitian.⁴² Definisi operasional variabel pada penelitian ini yaitu:

1. Kajian adalah hasil memeriksa, menyelidiki, menguji dan menelaah Permenkes Nomor 56 tahun 2014 dan Permenkes Nomor 3 tahun 2020 yang dilaksanakan di Rumah Sakit TNI-AD yang menjadi obyek penelitian.
2. Reviu adalah pertimbangan, inspeksi, atau pemeriksaan ulang subjek atau benda.⁴³
3. Reviu kelas Rumah Sakit adalah reviu yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan berdasar dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 373 Tahun 2019 tanggal 15 Juli 2019 tentang Pedoman Reviu

⁴² Endang Wahyati et al., *Petunjuk Penulisan Usulan Dan Tesis* (Semarang: Program Studi Magister Ilmu Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, 2015). h. 8

⁴³ Bryan A. Garner, *Black's Law Dictionary*, 9th ed. (USA: West Publishing, 2009). h. 1462

Kelas Rumah Sakit dan merekomendasikan ada 615 rumah sakit di Indonesia yang dilakukan penyesuaian kelas pelayanannya dan diantaranya ada 16 Rumah Sakit di lingkungan TNI-AD.

4. Implementasi adalah garis besar langkah-langkah yang dibutuhkan untuk memenuhi standar kualitas dengan waktu yang ditetapkan.⁴⁴ Menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah pelaksanaan / penerapan.⁴⁵
5. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang mempunyai tugas utama untuk melayani kesehatan perorangan, dan tugas pelayanan lainnya di lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Angkatan Darat.
6. Kelas Rumah Sakit adalah pembagian Rumah Sakit di lingkungan TNI – AD berdasarkan jenis pelayanannya yang memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dibagi menjadi tingkat IV, tingkat III, tingkat II. Klasifikasi kelas rumah sakit tersebut sesuai Permenkes Nomor 56 tahun 2014 dan Permenkes Nomor 3 tahun 2020.
7. Jaminan Kesehatan Nasional adalah pelaksanaan program Jaminan Sosial kesehatan secara nasional yang diselenggarakan oleh Pemerintah untuk masyarakat Indonesia yang dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
8. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan yang diperlukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan

⁴⁴ Garner. op.cit. h. 822

⁴⁵ Dendy Sugono, *Kamus Bahasa Indonesia* (Jakarta: Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional, 2008). h. 548

menyembuhkan serta memulihkan penyakit perseorangan, kelompok dan masyarakat.

9. Implikasi adalah kesimpulan yang ditarik dari sesuatu yang dikatakan atau diamati.⁴⁶ Menurut Kamus Bahasa Indonesia yaitu keterlibatan atau keadaan terlibat.⁴⁷
10. Hak Pasien adalah hak untuk mendapatkan pelayanan dan perawatan kesehatan termasuk informasi medik dengan mengetahui semua yang berhubungan dengan kondisi penyakit dan tindakan medik yang akan diberikan, hak atas pendapat kedua, hak untuk memberikan persetujuan tindakan medik, hak atas rahasia medis, hak untuk menolak pengobatan, perawatan dan tindakan medik, serta hak untuk mengetahui isi rekam medis
11. Pasien adalah setiap orang baik masyarakat umum, pegawai di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota TNI-AD serta keluarganya, yang akan konsultasi tentang masalah kesehatannya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan di Rumah Sakit TNI-AD.

4. Jenis Data

Jenis data pada penelitian ini merupakan data primer dan sekunder.

a) Data Primer

⁴⁶ Garner. Ibid. h. 850

⁴⁷ Sugiyono. ibid. h. 548

Yang dimaksud data primer adalah data yang langsung didapatkan dari sumber data. Data primer juga dikenal sebagai data baru atau data asli yang terkini. Peneliti akan mengumpulkannya secara langsung untuk memperoleh data primer. Teknik mengumpulkan data primer yang tersedia bagi peneliti meliputi observasi, wawancara, dan kuesioner.⁴⁸ Dalam penelitian ini data primer didapatkan dari dokumen tentang rewiu kelas Rumah Sakit yang bersangkutan dan wawancara dengan responden dan narasumber.

Faktor kedalaman ditekankan dalam metode kualitatif. Jumlah sampel yang banyak menjadikan mustahil untuk mencapai kedalaman. Persyaratan utamanya yaitu transparansi dan ketersediaan data. Sampel yang banyak akan menyebabkan informasi menjadi tumpang tindih. Jumlahnya bisa berkisar dari 1 hingga 40, tetapi karena penekanannya pada informasi yang kaya dan rinci, sehingga jumlah yang besar akan bermasalah, karena akan terjadi pengulangan informasi.⁴⁹ Penelitian ini menetapkan jumlah sampel untuk narasumber adalah 15 pasien yang datang berobat di poliklinik setiap rumah sakit. Responden penelitian ini dari pimpinan rumah sakit yaitu Kepala Rumah Sakit yang mengalami penurunan kelas atau staf yang ditunjuk untuk mewakili wawancara dan pimpinan BPJS setempat adalah Direktur BPJS daerah

⁴⁸ Sandu Siyoto and Ali Sodik, *Dasar Metodologi Penelitian* (Yogyakarta: Literasi Media Publishing, 2015). h. 58

⁴⁹ J. R. Raco, *Metode Penelitian Kualitatif Jenis, Karakteristik Dan Keunggulannya* (Jakarta: PT Grasindo, 2010). h. 116

setempat yang membawahi rumah sakit yang mengalami penurunan kelas atau staf yang ditunjuk untuk mewakili wawancara.

b) Data Sekunder

Yang dimaksud data sekunder adalah data yang didapatkan dari dokumen–dokumen resmi, hasil penelitian lain dalam bentuk laporan, berbagai buku yang ada hubungannya dengan obyek penelitian, tesis, disertasi, dan peraturan perundang–undangan. Data sekunder dapat dibagi menjadi:⁵⁰

(1) Bahan hukum primer

Yang dimaksud dengan bahan hukum primer yaitu bahan hukum yang sifatnya mempunyai otoritas. Bahan–bahan hukum primer dapat diperoleh dari perundang–undangan, putusan–putusan hakim, catatan resmi dan risalah dalam penyusunan perundang–undangan. Penelitian ini menggunakan bahan hukum primer yaitu:

- (a) Undang–Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945
- (b) Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- (c) Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
- (d) Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

⁵⁰ Bachtiar, *Metode Penelitian Hukum* (Banten: Unpam Press, 2019). h. 137

- (e) Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- (f) Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- (g) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- (h) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan
- (i) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit
- (j) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 373 Tahun 2019 tentang Reviu Kelas Rumah Sakit
- (k) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

(2) Bahan hukum sekunder

Yang dimaksud bahan hukum sekunder yaitu semua bahan yang dipublikasikan tentang hukum dan bukan merupakan dokumen resmi. Publikasi hukum antara lain buku–buku teks hukum, kamus, dan jurnal hukum, serta komentar tentang putusan pengadilan. Bahan hukum sekunder yang dipergunakan yakni literatur tentang hukum kesehatan, pengantar ilmu hukum, jurnal dan hasil penelitian serta pedoman pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan penelitian.

(3) Bahan hukum tersier

Yang dimaksud bahan hukum tersier yaitu bahan–bahan informasi yang berhubungan dengan bahan hukum primer dan sekunder. Contohnya adalah kamus hukum dan kamus bahasa Indonesia, brosur tentang rumah sakit dan kelasnya.

5. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini yaitu:

a. Studi pustaka

Studi pustaka dengan menghimpun data–data dari buku–buku perpustakaan dan pendapat para ahli hukum yang relevan, peraturan perundang–undangan, terutama yang berkaitan dengan reviu rumah sakit dan kebijakan pelayanan kesehatan. Studi kepustakaan diperlukan untuk mencari sumber data sekunder yang mendukung penelitian, mengetahui sejauh mana ilmu yang berhubungan dengan penelitian sudah berkembang serta sejauh mana kesimpulan dan generalisasi yang sudah pernah dibuat.⁵¹

b. Studi lapangan.

Studi lapangan merupakan suatu metode yang dilaksanakan dengan cara pengamatan langsung terhadap kegiatan yang dikerjakan. Studi lapangan dikerjakan untuk memperoleh data primer. Data tersebut berguna untuk analisis data

⁵¹ Asmaul Husna and Budi Suryana, *Metodologi Penelitian Dan Statistik* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). h. 57

selanjutnya.⁵² Peneliti dalam studi ini untuk mengumpulkan data dengan cara observasi, wawancara, maupun kuesioner dengan daftar pertanyaan baik langsung atau tidak langsung di Rumah Sakit yang menjadi obyek penelitian. Cara melakukan studi lapangan yaitu dengan:

1) Wawancara

Wawancara merupakan bentuk komunikasi atau percakapan yang mempunyai tujuan memperoleh informasi dalam keadaan berhadapan atau dengan telepon.⁵³ Ada dua macam teknik wawancara, yakni wawancara terpimpin (terstruktur) dan teknik bebas (tidak terstruktur) yang disebut juga dengan wawancara mendalam (*in-depth interviewing*).⁵⁴ Pada penelitian ini dilakukan wawancara terhadap responden dan narasumber.

2) Observasi

Observasi merupakan pengamatan terhadap obyek yang diteliti bisa dengan cara langsung atau tidak langsung guna mendapatkan data. Data tersebut dihimpun untuk mengetahui keberadaan obyek, konteks, situasi dan maknanya dalam usaha untuk mengumpulkan data penelitian.⁵⁵ Pada penelitian ini

⁵² Sugiyono. op.cit. h. 244

⁵³ Sugiyono. op.cit. h. 137

⁵⁴ Sugiyono. op.cit

⁵⁵ Sugiyono. op.cit. h. 145

dilakukan observasi terhadap data-data yang ada hubungannya dengan pelaksanaan reuiv kelas rumah sakit.

3) Kuesioner

Kuesioner merupakan lembaran yang berisi pertanyaan dengan struktur yang sudah baku. Dalam pelaksanaan penelitian, kondisi penelitian tidak dimanipulasi oleh peneliti.⁵⁶ Selain wawancara, dilakukan juga pengisian kuesioner yang telah disiapkan untuk Kepala Rumah Sakit dan pasien di rumah sakit tersebut. Informasi yang ingin digali dari kuesioner tersebut adalah sejauh mana pelaksanaan program jaminan kesehatan setelah dilakukan reuiv kelas rumah sakit. Baik dari sisi manajemen (kuesioner untuk Direktur Rumah Sakit), sisi pelayanan (kuesioner untuk tenaga kesehatan dan tenaga medis), dan sisi hak pasien (kuesioner untuk pasien yang datang berobat).

6. Teknik Sampling

Sampel merefleksikan gambaran yang sesuai tentang populasi. Pengambilan sampel dari populasi disebut dengan penarikan sampel atau sampling.⁵⁷

Ada dua teknik sampling yang dipergunakan, yakni:⁵⁸

- a. *Probability Sampling*. Cara pengambilan sampel teknik ini dengan memberikan peluang yang sama untuk setiap unsur populasi yang

⁵⁶ Priyono, *Metode Penelitian Kuantitatif* (Sidoarjo: Zifatma Publishing, 2008). h. 43

⁵⁷ W Gulo, *Metodologi Penelitian* (Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia, 2002). h. 58

⁵⁸ Sugiyono. op.cit. h. 81

dipilih jadi anggota sampel. Meliputi, *simple random sampling*, *disproportionate stratified random sampling*, *proportionate stratified random sampling*, *sampling area (cluster)*.

- b. *Non Probability Sampling*. Cara pengambilan dengan teknik ini yaitu tidak memberi kesempatan atau peluang yang sama untuk setiap unsur atau anggota populasi. Teknik sampel ini meliputi, *sampling sistematis*, *kuota*, *aksidental*, *jenuh*, *purposive*, *snowball*.

Teknik dalam penelitian ini untuk menentukan sampel dengan *probability sampling* tipe *purposive*, yang tidak memberi peluang yang sama untuk setiap anggota populasi. Pada *probability sampling*, derajat keterwakilan diperhitungkan pada peluang tertentu. Sehingga, sampel dengan cara ini dapat dipergunakan untuk melakukan generalisasi ke populasi.⁵⁹ Sampel yang akan diambil adalah 3 Rumah Sakit Tentara yang mengalami penurunan kelas rumah sakit dari kelas B, C dan D yaitu Rumah Sakit Tentara Tingkat II Wolter Monginsidi Manado (setingkat dengan Rumah Sakit tipe B), Rumah Sakit Tentara Tingkat III Baladhika Husada Jember (setingkat dengan Rumah Sakit tipe C) dan Rumah Sakit Tentara Tingkat IV Ternate (setingkat dengan Rumah Sakit tipe D).

7. Narasumber dan Responden

⁵⁹ Soerjono Soekanto and Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif: Suatu Tinjauan Singkat* (Jakarta: Ghalia Indonesia, 1988). h. 50-51

Penelitian ini menggunakan narasumber pasien yang datang berobat ke Rumah Sakit. Responden dalam penelitian ini adalah pimpinan Rumah Sakit yang menjadi objek penelitian dan Pimpinan atau staf yang mewakili BPJS setempat.

8. Metode Penyajian Data

Data primer dan sekunder yang sudah didapat kemudian dilakukan pengecekan ulang apakah datanya sudah sesuai fakta dan kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan. Langkah berikutnya mengolah data dengan pendekatan kualitatif. Hasil pengolahan data disusun dengan sistematis dan dijelaskan dalam bentuk teks kalimat. Pada penelitian ini, data akan disajikan dalam bentuk data grafik, foto dan teks kalimat dan narasi dilengkapi dengan gambar dan tabel bila diperlukan.

9. Metode Analisis Data

Data primer, data sekunder serta tersier disusun menurut pembagiannya kemudian secara sistematis disusun dan dianalisis secara kualitatif.

Analisis merupakan proses untuk pemecahan data menjadi komponen yang lebih kecil berdasar struktur dan elemen tertentu. Menurut Bogdan dan Biglen dalam Moleong, analisis data kualitatif adalah usaha bekerja dengan data, cara mengorganisasikan dan memisahkan menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesis, mencari dan menemukan pola,

menemukan hal yang penting dan dipelajari serta memutuskan apa yang dapat dijelaskan kepada orang lain.⁶⁰

Proses analisis data kualitatif diawali dengan penelaahan seluruh data yang tersedia dari bermacam sumber, antara lain dengan wawancara, dokumen resmi, pengamatan yang ditulis di catatan lapangan, dokumen pribadi, gambar, foto dan sebagainya. Langkah berikutnya dengan mereduksi data, menyusun satuan, kategorisasi dan terakhir dengan penafsiran data.

Kevalidan dan keabsahan analisis kualitatif juga diakui sepanjang peneliti tetap memakai kaidah penelitian. Menurut Patton dalam Kristi Poerwandari, yang harus diingat adalah peneliti wajib untuk memonitor dan melaporkan proses dan prosedur-prosedur analisisnya dengan jujur dan selengkap mungkin.⁶¹

Dalam penelitian ini analisis kualitatif dipakai untuk melihat implikasi kebijakan reviu penyesuaian kelas Rumah Sakit. Peneliti menganalisis data primer yang diperoleh melalui data yang ada di Rumah Sakit, kemudian dikaitkan dengan data sekunder. Tahap selanjutnya setelah analisis data selesai, data akan dinarasikan dan diambil kesimpulan sebagai jawaban dari permasalahan yang diteliti.

H. PENYAJIAN TESIS

⁶⁰ Lexy J Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2009).

⁶¹ Kristi Poerwandari, *Pendekatan Kualitatif Dalam Penelitian Perilaku Manusia* (Depok: LPSP3 FP UI, 2005). h. 143

Untuk mengetahui gambaran umum isi penulisan tesis ini, dibuat sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan menjelaskan latar belakang masalah, pembatasan masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka pemikiran yang meliputi kerangka konsep dan kerangka teori serta metode penelitian. Metode penelitian akan menjelaskan tentang metode pendekatan, spesifikasi penelitian, definisi operasional, jenis data (data primer, sekunder, dan tersier), metode pengumpulan data, lokasi penelitian, teknik *sampling*, metode penyajian data, metode analisis data, rencana penyajian tesis, dan jadwal penelitian.

BAB II Tinjauan Pustaka menguraikan secara sistematis kata-kata kunci yang dikumpulkan dari perpustakaan, yang berhubungan dengan judul dan rumusan masalah untuk mencapai tujuan penelitian. Tinjauan pustaka merupakan pengembangan kerangka pemikiran yang dikemukakan pada usulan penelitian dan sudah lebih diperluas. Bab ini akan menjelaskan mulai dari hak pasien, tentang Rumah Sakit menguraikan definisi, bentuk, klasifikasi, pelayanan rumah sakit mulai dari tipe A, B, C, D, rumah sakit khusus, Hak Pasien serta latar belakang dilakukan Reviu Rumah Sakit oleh BPJS dan Kementerian Kesehatan serta pelaksanaan jaminan Kesehatan nasional.

BAB III Hasil Penelitian dan Pembahasan akan berisi hasil penelitian dan pembahasan yang sifatnya terpadu. Bab ini akan menjelaskan tentang pengaturan tentang kajian reviu kelas Rumah Sakit, pelaksanaan pelayanan

jaminan kesehatan pada Rumah Sakit di lingkungan TNI – AD dan implikasi reviu kelas Rumah Sakit dalam pelayanan jaminan kesehatan pada Rumah Sakit di lingkungan TNI – AD terhadap hak pasien. Hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk uraian, tabel, dan gambar. Pembahasan akan berupa uraian analisis dan penjelasan teoritik, baik secara kualitatif ataupun kuantitatif terhadap masalah yang diteliti.

BAB IV Penutup akan menjelaskan tentang kesimpulan dan saran. Kesimpulan merupakan uraian tepat dan singkat hasil penelitian dan pembahasan untuk membuktikan perumusan masalah dari masalah yang diteliti. Saran dibuat berdasarkan kesimpulan penelitian. Saran dirumuskan secara nyata ditujukan untuk semua pihak yang berperan dalam pelaksanaan reviu kelas Rumah Sakit dan pelaksanaan kebijakan tersebut. Saran juga ditujukan untuk para peneliti dalam bidang sejenis, yang ingin melanjutkan dan mengembangkan penelitian yang telah selesai.

Pada bagian akhir ada daftar pustaka dan lampiran. Daftar pustaka disusun dengan metode Vancouver. Lampiran digunakan untuk menambahkan data atau keterangan lain yang melengkapi uraian yang sudah disajikan dalam bagian utama. Lampiran berupa surat izin penelitian, daftar pertanyaan, peraturan perundang-undangan, dan data-data lainnya yang dianggap perlu.