

Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Skripsi

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Strata Satu (S-1) Ilmu Hukum
Program Kekhususan Hukum Perdata



Diajukan oleh :
Anastacia Jufana
30301800051

PROGRAM STUDI (S1) ILMU HUKUM
FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
SEMARANG

2022

**Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna Badan
Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor
40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional**



Pada tanggal, 19 Agustus 2022 telah disetujui oleh :

Dosen Pembimbing :

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Suharto', is written over the text 'Dosen Pembimbing :'. The signature is fluid and cursive.

Dr. Rakhmat Bowo Suharto., S.H., M.H
NIDN: 06-2704-6601

Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Dipersiapkan dan disusun oleh
Anastacia Jufana
30301800051

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji
Pada tanggal 24 Agustus 2022
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan lulus

Tim Penguji
Ketua,

Dr. Hj. Sri Kusriyah, SH.M.Hum
NIDN : 06-1507-6202

Anggota,

Dr. Rakhmat Bowo Suharto., S.H., M.H
NIDN : 06-2704-6601

Anggota,

Dr. Hj. Widayati, SH, MH
NIDN : 06-2006-6801

UNISSULA
جامعة سلطان أبو نوح الإسلامية

Mengetahui,
Dekan Fakultas Hukum UNISSULA

Dr. Bambang Tri Bawono.,SH.,M.H
NIDN : 06-0707-7601

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anastacia Jufana

NIM : 30301800051

Fakultas : Hukum

Jurusan : Ilmu Hukum

Dengan ini saya menyatakan bahwa, karya tulis yang berjudul :

Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindak plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian besar karya tulis orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Semarang, 24 Agustus 2022



METERAI
TEMPEL

UNISSU
UNIVERSITAS ISLAM SEMARANG
جامعتان ائمة الصلوة
UNISSU
NIM : 30301800051

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anastacia Jufana

NIM : 30301800051

Fakultas : Hukum

Jurusan : Ilmu Hukum

Dengan ini saya menyerahkan Karya Ilmiah berupa skripsi yang berjudul :

Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Menyetujui menjadi Hak Milik Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang serta memberikan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data, dan dipublikasikan di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiatisme dalam Karya Ilmiah ini, maka segala bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 24 Agustus 2022



Anastacia Jufana
NIM : 30301800051

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

- “Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan) maka kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain, dan hanya kepada Allah hendaknya kamu berharap”. (**Q.S Al – Insyirah 6-7**)

PERSEMBAHAN

Skripsi ini penulis persembahkan untuk :

1. Bapak Suharyanto dan Ibu Juwarti, yang tiada henti-hentinya selalu memberikan motivasi, semangat, doa dan nasihat kepada penulis.
2. Adik Laila Fitri K, Rayyen Afnan, Rasya Hiddan M, Ahmad Samsi N yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan nasihat kepada penulis.
3. Rekan-rekan Fakultas Hukum Unissula Angkatan 2018.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional**, Dengan maksud untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Sarjana Hukum Strata Satu (S-1) di Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Selama penulisan skripsi ini penulis sadar bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, skripsi ini tidak akan terwujud sebagaimana adanya sekarang. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang mendalam kepada :

1. Bapak Prof.Dr.H.Gunarto.,SH.,SE.Akt.,M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr.Bambang Tri Bawono.,SH.,M.H selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Dr.Hj.Widayati,S.H.,M.H selaku Dekan I dan Bapak Arpangi,S.H.,M.H selaku Dekan II Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Dr.Aryani Witasari.,S.H.,M.Hum selaku Kepala Prodi S-1 Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Bapak Dr. Rakhmat Bowo Suharto., S.H., M.H selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan bimbingan, motivasi, bantuan, kritik, dan saran yang dengan sabar, ikhlas, semangat dan sepenuh hati sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf Karyawan Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Bapak Suharyanto dan Ibu Juwarto tercinta yang tiada hentinya memberikan semangat, doa, serta dukungan baik moril maupun materiil kepada penulis selama menuntut ilmu.
8. Adik Laila Fitri K, Rayyen Afnan, Rasya Hiddan M, Ahmad Samsi N dan Keluarga penulis Kakek Sanan, Nenek Sukarti, Nenek Jasemi dan Bulek Dewi Septiana Anggraini yang telah memberikan semangat dan Doa kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar.
9. Sahabat – sahabat penulis Ema, Imah, Jessi, Debby, Umi' Dokar, Nanda, Innol, Widya, Fiki, Andre, Ucup, dan Farhan yang selalu memberikan dukungan dan doa kepada penulis.
10. Teman – Teman Mahasiswa Fakultas Hukum Islam Sultan Agung Semarang Angkatan 2018, yang saling memberikan informasi serta saling memberi semangat.
11. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penulisan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Karena itu, penulis memohon saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaannya dan semoga bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamualaikum wr.wb

Semarang, 24 Agustus 2022

Anastacia Jufana



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	iv
SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT	xii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Kegunaan Penelitian.....	6
a Manfaat Teoritis.....	6
b Manfaat Praktis.....	7
E. Terminologi	7
F. Metode Penelitian.....	12
a Metode Pendekatan.....	12
b Spesifikasi Penelitian.....	13
c Jenis dan Sumber Bahan Hukum.....	13
d Metode Pengumpulan Data.....	14
e Metode Analisis Data	15
G. Sistematika Penulisan.....	15

BAB II : KAJIAN PUSTAKA.....	18
A. Tinjauan Umum tentang BPJS Kesehatan.....	18
a. Pengertian BPJS Kesehatan.....	18
b. Tugas dan Wewenang BPJS Kesehatan	18
c. Hak dan Kewajiban BPJS Kesehatan	20
d. Program – Program BPJS Kesehatan	22
B. Tinjauan Umum tentang Peserta BPJS.....	28
a. Pengertian Peserta BPJS.....	28
b. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS	29
c. Kriteria – Kriteria Peserta BPJS	31
C. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit	35
a. Pengertian Rumah Sakit	35
b. Asas dan Tujuan Rumah Sakit	37
c. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	38
D. Perspektif Islam Mengenai Kesehatan	39
BAB III : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional	44
B. Kendala yang dihadapi dalam memberikan Pelayanan Kesehatan terhadap Peserta BPJS Kesehatan dan Solusi untuk mengatasi Kendala tersebut ...	64
BAB IV : PENUTUP	69
A. Simpulan.....	69
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	71

ABSTRAK

Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuan penulisan ini adalah (1) Untuk mengetahui dan menganalisis Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial. Dan (2) Untuk mengetahui dan menganalisis kendala yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pengguna BPJS Kesehatan serta bagaimana solusi untuk mengatasi kendala tersebut.

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif, yaitu Pendekatan yang dilakukan berdasarkan bahan hukum utama dengan cara menelaah Teori-teori, Konsep-konsep, Asas – asas hukum serta Peraturan Perundang-undangan yang berhubungan dengan penelitian ini. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif analisis. Sumber data dalam penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Metode pengumpulan data dilakukan dengan Studi Kepustakaan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mekanisme pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap peserta BPJS Kesehatan selama ini telah dilakukan sesuai dengan prosedur dan aturan yang terdapat di dalam Undang – Undang Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Mekanisme pelaksanaannya terdiri dari pendaftaran kepesertaan BPJS Kesehatan, penerimaan pasien BPJS Kesehatan di Faskes yang telah ditunjuk oleh peserta, pengolahan data medis pasien BPJS Kesehatan, pelaporan data pasien BPJS Kesehatan dan pendanaan peserta BPJS Kesehatan. Sedangkan, Kendala – kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan JKN BPJS Kesehatan yaitu Aspek kepesertaan, Aspek Pelayanan, Aspek Pengadaan Obat – Obatan, Aspek Tarif Faskes, dan Aspek Pembiayaan Peserta. Solusi dari beberapa kendala tersebut diantaranya Jika NIK belum bisa disediakan oleh instansi yang bertanggungjawab, BPJS Kesehatan seharusnya menyediakan identitas sementara untuk peserta yang belum punya NIK. Merekomendasikan agar pembatasan pelayanan sebanyak 3 kali itu ditujukan kepada peserta yang terdaftar di faskes yang masih dalam satu kabupaten/kota. Menyediakan petugas *call center* di daerah untuk pelayanan portabilitas. Mengembangkan pola pembayaran khusus kepada FKTP yang memberi pelayanan kepada peserta yang berasal dari FKTP daerah lain dan merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk membuat kisaran tarif sebagai ruang untuk kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes. Kemudian, membuat tarif yang acuannya bukan tipe kelas RS tapi kemampuan RS. BPJS Kesehatan perlu menegosiasikan tarif kepada setiap faskes berdasarkan nilai *kredensialing*.

Kata Kunci : Mekanisme, Pelayanan, Jaminan Sosial Kesehatan, BPJS Kesehatan.

ABSTRACT

Mechanisms for the Implementation of Health Social Security for BPJS Health Users in terms of Law Number 40 of 2004 concerning the National Social Security System. The purposes of this paper are (1) to find out and analyze the Mechanism of the Implementation of Health Social Security for BPJS Health users in terms of Law Number 40 of 2004 concerning the Social Security System. And (2) To find out and analyze the obstacles faced in providing health services to BPJS Health users and how to find solutions to overcome these obstacles.

This study uses a normative juridical method, which is an approach based on the main legal material by examining theories, concepts, legal principles and laws and regulations related to this research. The study used a descriptive analysis approach. Sources of data in this study using primary data and secondary data. The method of data collection is done by literature study.

The results of this study indicate that the mechanism for implementing the National Health Insurance (JKN) program for BPJS Health participants has so far been carried out in accordance with the procedures and rules contained in Law Number 40 of 2004 concerning the National Social Security System (SJSN). The implementation mechanism consists of BPJS Health membership registration, receiving BPJS Health patients at the health facilities that have been appointed by the participants, processing BPJS Health patient medical data, reporting BPJS Health patient data and funding BPJS Health participants. Meanwhile, the obstacles faced in the implementation of JKN BPJS Health services are the participation aspect, the service aspect, the drug procurement aspect, the health facility tariff aspect, and the participant financing aspect. The solutions to some of these obstacles include: If the NIK cannot be provided by the responsible agency, BPJS Health should provide temporary identities for participants who do not have a NIK. It is recommended that the limitation of services for 3 times be addressed to participants who are registered at health facilities who are still in the same district/city. Provide call center officers in the area for portability services. Develop a special payment pattern for FKTPs that provide services to participants from other regional FKTPs and recommend the Ministry of Health to make a tariff range as a space for an agreement between BPJS Kesehatan and the association of health facilities. Then, make a tariff whose reference is not the type of hospital class but the ability of the hospital. BPJS Kesehatan needs to negotiate rates for each health facility based on the credentialing value.

Keywords: Mechanisme, Services, Health Social Security, BPJS Health.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga penyelenggara jaminan social sehingga dengan adanya jaminan social risiko keuangan yang dihadapi seseorang baik itu karena memasuki usia produktif, mengalami sakit, mengalami kecelakaan dan bahkan kematian akan diambil alih oleh lembaga yang menyelenggarakan jaminan sosial. Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan pelayanan yang efektif, efisien dan dituntut untuk memberikan informasi kesehatan yang tepat dalam pelayanan kesehatan dan menghasilkan data yang akurat. Di dalam penyelenggaraan pelayanan public, masih banyak dijumpai kekurangan, sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan kepada masyarakat. Jika kondisi ini tidak direspon maka akan menimbulkan citra yang kurang baik terhadap rumah sakit sendiri. Mengingat jenis pelayanan yang sangat beragam maka dalam memenuhi pelayanan diperlukan pedoman yang digunakan sebagai acuan bagi instansi di lingkungan instansi kesehatan.

BPJS dibentuk menurut Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Seiring dimulainya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 semua program jaminan

kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah seperti Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Jaminan Sosial dan Ketenagakerjaan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).¹

BPJS dalam melaksanakan fungsi, tugas dan kewajibannya memiliki kewenangan atribusi (Kewenangan yang berasal dari undang-undang). Kewenangan yang dimiliki oleh BPJS dapat dilihat dalam Pasal 11 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 sehingga BPJS dapat membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan serta membuat kesepakatan kerjasama dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan.² Kesepakatan yang terjalin kemudian dituangkan ke dalam kontrak atau perjanjian tertulis antara BPJS dengan fasilitas kesehatan yang bersangkutan.²

Pelayanan kesehatan adalah segala upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Masalah yang sering dihadapi secara umum oleh rumah sakit adalah rumah sakit belum mampu memberikan sesuatu hal yang benar-benar diharapkan pengguna

¹ Mustofa, 2017, "Hubungan Implementasi Program BPJS Kesehatan Dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Kota Tangerang". *Jurnal Mozaik* Vol. IX Edisi 2 Desember 2017. Hlm. 1

² Adi Jatmika, Rinitami Njatrijani, Ery Agus Priyono, 2017, "Kajian Hukum Perjanjian Baku Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Utama Semarang dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Mutiara Bunda)". *Diponegoro Law Journal* Volume 6, Nomor 2, Tahun 2017. Hlm.2

jasa. Faktor utama tersebut karena pelayanan yang diberikan berkualitas rendah sehingga belum dapat menghasilkan pelayanan yang diharapkan pasien. Rumah sakit merupakan organisasi yang menjual jasa, maka pelayanan yang berkualitas merupakan suatu tuntutan yang harus dipenuhi. Bila pasien tidak menemukan kepuasan dari kualitas pelayanan yang diberikan maka pasien cenderung mengambil keputusan tidak melakukan kunjungan ulang pada rumah sakit tersebut.

Kepuasan pasien sebagai pengguna jasa merupakan salah satu indikator dalam menilai mutu pelayanan di rumah sakit. Kepuasan yang tinggi akan menunjukkan keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu mempengaruhi pasien dalam hal menerima perawatan. Pasien akan cenderung mematuhi nasihat, setia dan taat terhadap rencana perawatan yang telah disepakati. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.³

Program Jaminan Kesehatan Nasional telah membuka akses masyarakat seluas-luasnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Masyarakat hanya dengan membayar premi BPJS tidak perlu lagi mengkhawatirkan biaya pengobatan karena sudah ditanggung oleh BPJS. Akibat yang terjadi adalah

³Fidela Firwan Firdaus, Arlina Dewi, "Evaluasi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Panembahan Senopati Bantul". Hlm. 3

antusias masyarakat untuk berobat ke fasilitas kesehatan meningkat tajam. Peningkatan jumlah kunjungan pasien, tentu saja menyebabkan beban kerja perawat yang bekerja di rumah sakit menjadi bertambah berat. Beban kerja yang berat akan berdampak pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan jika tidak di kelola dengan baik. Kualitas pelayanan keperawatan sangat tergantung pada sikap, perilaku, kualitas, kompetensi dan motivasi para perawat. Kualitas pelayanan keperawatan yang menurun akan berdampak pada penurunan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan, walaupun subyektif tetap ada obyektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu dan pengaruh lingkungan. Kepuasan pasien selalu didasari oleh kebenaran dan kenyataan obyektif yang ada. Pasien tidak semata-mata menilai buruk kalau memang tidak ada pengalaman yang tidak menyenangkan, dan tidak semata-mata menilai baik bila memang tidak ada suasana yang tidak menyenangkan yang dialami. Pemerintah Indonesia pada tahun 2014 berupaya meningkatkan kepuasan pasien dengan menargetkan paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS. Hal ini tentu saja membuat perusahaan penyedia jasa kesehatan yang dikontrak BPJS harus meningkatkan kualitas pelayanan untuk mencapai target tersebut.⁴

⁴Setianingsih, dkk. *“Kepuasan Pasien Pengguna BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit X”*. Hlm. 2

Undang-Undang BPJS menentukan bahwa “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan” menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan dapat dilakukan dengan cara memperbaiki manajemen kualitas jasa (*service quality management*), yakni upaya meminimasi kesenjangan (*gap*) antara tingkat layanan yang disediakan organisasi dengan harapan dan keinginan customer (masyarakat pengguna). Keberhasilan sebuah rumah sakit bukan dilihat dari fasilitasnya (*output*) tetapi dari kemanfaatan langsung atas keberadaan fasilitas tersebut bagi masyarakat (*outcome*). Selanjutnya, monitoring kinerja perlu dilakukan sebagai alat untuk mengevaluasi apakah pelayanan kesehatan dan program-program organisasi penyedia layanan kesehatan ini sudah sesuai dengan apa yang dibutuhkan masyarakat. Monitoring kinerja dapat juga digunakan untuk mengidentifikasi apakah tingkat kualitas pelayanan publik sudah lebih baik daripada sebelumnya. Dengan dilakukan monitoring kinerja secara berkelanjutan, sebenarnya akan membantu meningkatkan kualitas organisasi layanan publik itu sendiri.⁵

⁵ Mariati Rahman. 2017, “Kualitas Layanan Kesehatan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”. *Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Publik*, Vol.7, No.1, 2017. Hlm. 2

Berkaitan dengan latar belakang diatas maka penulis ingin membahas lebih lanjut yang akan dituangkan dalam bentuk skripsi yang berjudul **“Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial”**.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial ?
2. Apa saja kendala yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pengguna BPJS Kesehatan serta bagaimana solusi untuk mengatasi kendala tersebut ?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial.
2. Untuk mengetahui kendala yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pengguna BPJS Kesehatan serta bagaimana solusi untuk mengatasi kendala tersebut.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun praktis, diantaranya sebagai berikut:

1. Secara Teoretik

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangsih pemikiran bagi pengembangan ilmu hukum pada umumnya serta hukum perdata.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan dan literatur kepustakaan tentang Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan.

2. Manfaat Praktis

a. Untuk penulis dan pengguna BPJS

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pengetahuan bagi para pengguna BPJS serta penulis untuk dapat mengetahui bentuk peraturan yang berlaku serta penanganan dari Rumah Sakit sebagai obyek penelitian dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pengguna BPJS Kesehatan.

b. Untuk pemerintah

Penelitian tersebut diharapkan bisa digunakan sebagai sumber informasi dan masukan bagi pemerintah.

E. Terminologi

a Sistem Jaminan Sosial Kesehatan

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Dengan kata lain jaminan Kesehatan (JKN) adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip

asuransi sosial dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial meliputi :

1. kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah;
2. kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;
3. iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan;
4. bersifat nirlaba.

Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak berkaitan dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.⁶

b Peserta Jaminan Sosial Kesehatan

Peserta Jaminan Sosial Kesehatan merupakan semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-Undang SJSN yang iurannya dibayari Pemerintah

⁶[https://djsn.go.id/sjsn/programsjsn/jaminankesehatan#:~:text=Jaminan%20Kesehatan%20\(JKN\)%20adalah%20program,dalam%20memenuhi%20kebutuhan%20dasar%20kesehatan.,](https://djsn.go.id/sjsn/programsjsn/jaminankesehatan#:~:text=Jaminan%20Kesehatan%20(JKN)%20adalah%20program,dalam%20memenuhi%20kebutuhan%20dasar%20kesehatan.,) diakses pada 11 Maret 2022 Pukul 13.27 WIB

sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah.⁷

c. Bukan PBI jaminan kesehatan.

Peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari:

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya.

Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi upah kerja dengan menerima gaji atau upah. Pekerja penerima upah terdiri dari :

1. Pegawai Negeri Sipil;
2. Anggota TNI;
3. Anggota POLRI;
4. Pejabat Negara;
5. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
6. Pegawai Swasta;
7. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

2. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya.

Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. Pekerja bukan penerima upah terdiri dari:

1. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri;
2. Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah.

⁷ <http://jkn.kemkes.go.id/faq.php>, diakses pada 11 Maret 2022 Pukul 13.29 WIB

3. Buka pekerja dan anggota keluarganya

Pekerja yang berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan lainnya adalah pekerja yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu. Cacat total tetap merupakan kecacatan fisik dan/atau mental yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan. Penetapan cacat total tetap dilakukan oleh dokter yang berwenang.⁸

d Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan adalah perbedaan antara harapan pelanggan akan suatu pelayanan dengan persepsi mereka akan pelayanan yang mereka terima. Saat harapan pelanggan lebih rendah dari persepsi terhadap pelayanan yang diperoleh, maka hal tersebut menjadi kejutan yang menyenangkan bagi pelanggan. Pada saat harapan pelanggan sesuai dengan persepsi terhadap pelayanan yang diperoleh maka pelanggan akan merasa puas. Namun, pada saat harapan pelanggan lebih besar dari pada persepsi terhadap pelayanan yang diperoleh maka pelanggan tidak puas terhadap pelayanan. Ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa yaitu *expected service* (jasa yang diharapkan) dan *perceived service* (jasa yang diterima), apabila jasa yang diterima atau yang dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan, sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan, maka kualitas jasa akan dipersepsikan

⁸ <http://jkn.kemkes.go.id/faq.php>, diakses pada 12 Maret 2022 Pukul 11.15 WIB

buruk atau tidak memuaskan, dengan demikian baik tidaknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pemakainya secara konsisten.⁹

e Rumah Sakit.

Berdasarkan Permenkes No. 147 tahun 2010 tentang Perijinan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

⁹https://repository.unsri.ac.id/9065/2/RAMA_12201_04031181320026_02.pdf, diakses pada 12 Maret 2022 Pukul 13.46 WIB

3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

F. Metode Penelitian

Metode Penelitian adalah suatu cabang ilmu pengetahuan yang membicarakan/mempersoalkan mengenai cara-cara melaksanakan penelitian yaitu meliputi kegiatan-kegiatan mencari, mencatat, merumuskan, menganalisis sampai menyusun laporannya berdasarkan fakta-fakta atau gejala-gejala secara ilmiah. Dengan perkataan lain bahwa metodologi penelitian pada dasarnya adalah langkah dan prosedur yang akan dilakukan dalam mengumpulkan data dan atau informasi empiris guna memecahkan permasalahan dan atau menguji hipotesis penelitian.¹⁰

1. Pendekatan Penelitian

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode pendekatan yuridis normatif. Pendekatan yang dilakukan berdasarkan bahan hukum utama dengan cara menelaah Teori-teori, Konsep-konsep, Asas – asas hukum serta Peraturan Perundang-undangan yang berhubungan dengan penelitian ini.

¹⁰ H. Ishaq. 2016, *Metode Penelitian Hukum Dan Penulisan Skripsi, Tesis, Serta Disertasi*. Bandung: Penerbit Alfabeta. Hlm. 97

Pendekatan ini dikenal pula dengan pendekatan kepustakaan, yakni dengan mempelajari buku-buku, Peraturan Perundang-undangan dan dokumen lain yang berhubungan dengan penelitian ini¹¹.

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif analitis, yaitu menggambarkan keadaan dari obyek yang diteliti dan sejumlah faktor-faktor yang mempengaruhi data yang diperoleh itu dikumpulkan, disusun, dijelaskan, kemudian dianalisis. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk melukiskan tentang sesuatu hal di daerah tertentu dan pada saat tertentu.¹²

Penelitian deskriptif-analitis bertujuan untuk memberikan penjelasan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta pada suatu peristiwa hukum di lingkungan masyarakat. Dalam penelitian deskriptif-analitis menggambarkan tentang karakteristik atau situasi pada peristiwa tertentu yang tidak memerlukan teoritis yang rumit ataupun pengajuan hipotesis tertentu.

3. Jenis dan Sumber Bahan Hukum

a. Bahan Hukum Primer

¹¹ Soerjono Soekanto & Sri Mamudji, 2001, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Rajawali Pers, Jakarta, hlm. 13-14.

¹² Ibid, hlm.35.

Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang didapatkan dari peraturan perundang – undangan, yang meliputi :

- 1) Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- 2) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata);
- 3) Kitab Undang-Undang Hukum Acara Perdata
- 4) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial
- 5) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 6) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS

b. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang didapatkan dari karya para ahli yang berkaitan dengan bahan hukum primer, yang meliputi:

- a) Data tertulis berupa karya ilmiah;
- b) Pendapat-pendapat hukum dari para ahli;
- c) Buku literatur yang berhubungan dengan penelitian yang diteliti.

c. Bahan Hukum Tersier

Bahan Hukum Tersier adalah bahan penunjang atau rujukan untuk memperjelas bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, yaitu Kamus Besar Bahasa Indonesia atau Kamus Hukum.

4. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini akan dikumpulkan melalui metode yaitu studi pustaka :

a. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan suatu metode pengumpulan data dengan cara mempelajari kedua bahan hukum diatas untuk memperoleh data sekunder yang dilakukan dengan cara mengkaji dan mempelajari berbagai literatur yang berkaitan dengan penelitian terdahulu seperti memahami jurnal dan buku yang berkaitan dengan obyek penelitian dari skripsi ini.

5. Metode Analisis Data

Metode Analisis yang digunakan adalah Analisis Kualitatif, yaitu uraian data secara bermutu dalam bentuk kalimat yang teratur, runtun, logis dan tidak tumpang tindih sehingga memudahkan implementasi data dan pemahaman hasil analisis.

Dalam hal ini setelah bahan dan data diperoleh, maka selanjutnya diperiksa kembali bahan dan data yang telah diterima terutama mengenai konsistensi jawaban dari keragaman bahan dan data tersebut.

G. Sistematika Penulisan

Secara garis besar sistematika penulisan skripsi ini yang berjudul Mekanisme Pelaksanaan dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS adalah sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

Merupakan bab yang menjelaskan gambaran umum mengenai berbagai aspek serta alasan yang menjadi dasar adanya tulisan ini, yang meliputi : latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, terminologi, metode penelitian, sistematika penulisan, dan jadwal penelitian.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas tentang tinjauan umum mengenai BPJS Kesehatan meliputi pengertian, tugas & wewenang serta hak & kewajiban dari BPJS Kesehatan. Tinjauan umum mengenai peserta BPJS Kesehatan meliputi : pengertian, hak dan kewajiban dari peserta BPJS Kesehatan, serta perspektif islam mengenai kesehatan.

BAB III : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Merupakan bab yang berisi tentang pokok permasalahan yang akan dibahas berdasarkan rumusan masalah penelitian, yaitu mengenai Mekanisme Pelaksanaan dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS serta Bentuk Kendala yang dihadapi dan solusi terkait penanganan kendala tersebut.

BAB IV : PENUTUP

Merupakan bab yang berisi mengenai kesimpulan dari rangkuman hasil penelitian dan saran dari rangkuman hasil pembahasan dan akan diakhiri dengan lampiran-lampiran yang berhubungan dengan Mekanisme Pelaksanaan dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan

Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang ditemukan pada saat penulis melakukan penelitian tersebut.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan

a Pengertian BPJS Kesehatan

Jaminan Sosial adalah pembayaran yang diterima oleh pihak buruh diluar kesalahannya tidak melakukan pekerjaan, jadi menjamin kepastian pendapatan (*income security*) dalam hal buruh kehilangan upahnya karena alasan diluar kehendaknya.¹³ Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam ketentuan umum Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Pelaksanaan program jaminan sosial merupakan salah satu tugas serta tanggung jawab Negara dalam memberikan perlindungan sosial ekonomi kepada Tenaga kerja demi terciptanya kemanusiaan yang adil dan beradab serta keadilan social bagi seluruh rakyat Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau selanjutnya disebut BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu:

1. BPJS Kesehatan dan,
2. BPJS Ketenagakerjaan.

b. Tugas dan Wewenang BPJS Kesehatan

Ketentuan di dalam Pasal 10 Undang-Undang BPJS disebutkan tugas

¹³ Imam Soepono, 2009, *Pengantar Hukum Perburuhan*, Jakarta: Djambatan, hlm. 136.

dari BPJS yaitu sebagai berikut:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, BPJS berwenang untuk :

- a. Menagih pembayaran Iuran;
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;

- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- h. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

c. Hak dan Kewajiban BPJS Kesehatan

Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12, BPJS berhak untuk:

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, BPJS berkewajiban untuk:

- a. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
- c. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;

- d. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- e. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan UndangUndang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- h. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- i. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- b. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum;
- c. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- d. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

d. Program – Program BPJS Kesehatan

Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada pasal 14 menyebutkan “*Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, wajib menjadi peserta program Jaminan Sosial*”. Hal ini dimaksudkan bahwa kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan adalah wajib bagi seluruh tenaga kerja di Indonesia. Dalam BPJS Ketenagakerjaan terdapat 4 program yaitu :

1. Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)

Berdasarkan pasal 29 sampai dengan pasal 34 Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyebutkan, Kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi akibat hubungan kerja, termasuk penyakit yang timbul karena hubungan kerja, demikian pula kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan berangkat dari rumah menuju tempat kerja melalui jalan yang biasa atau wajar dilalui. Suatu kasus dinyatakan sebagai kasus kecelakaan kerja apabila terdapat unsure ruda paksa yaitu cedera pada tubuh manusia akibat suatu peristiwa atau kejadian (seperti terjatuh, terpukul, tertabrak dan lain-lain). Manfaat Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) yang ditanggung oleh BPJS Ketenagakerjaan antara lain Biaya pengangkutan, Biaya pemeriksaan, pengobatan dan atau perawatan, biaya rehabilitasi berupa alat bantu atau alat ganti dengan maksimal 140% dari patokan harga yang ditetapkan oleh pusat rehabilitasi RSU Pemerintah, biaya rehabilitasi medik, biaya

penggantian gigi tiruan maksimum Rp.3.000.000, santunan berupa santunan sementara tidak mampu bekerja (STMB), santunan cacat, total, sebagian dan berkurang fungsi serta santunan kematian. Perawatan yang diberikan tanpa batas biaya sesuai dengan kebutuhan, untuk Santunan STMB atau santunan sementara tidak mampu bekerja diberikan selama 12 bulan pertama dengan 100% dan seterusnya hingga sembuh 50%. Santunan kematian akibat kecelakaan kerja diberikan selama 48x upah apabila meninggal dan 56x upah apabila mengalami cacat total. Beasiswa untuk dua anak bagi peserta yang meninggal/cacat total tetap dan penyakit akibat kerja (PAK) dengan 89 jenis sesuai Perpres No 7 tahun 2019.

2. Jaminan Hari Tua (JHT)

Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional, Pada pasal 35 sampai dengan pasal 38 Prinsip dari Jaminan Hari tua adalah “ tabungan untuk bekal hari tua” yang merupakan akumulasi iuran dan hasil pengembangan. Hal ini dapat di berikan secara sekaligus maupun berkala serta dapat menjadi manfaat subsidi bunga perumahan. Dana dari Jaminan Hari Tua dibayarkan kepada tenaga kerja apabila :

1. Sudah mencapai usia pensiun 56 Tahun;
2. Mengalami cacat total tetap untuk selama-lamanya;
3. Meninggal dunia;
4. Mengundurkan diri dan terkena PHK;

5. Meninggalkan Negara Republik Indonesia untuk selama-lamanya (pindah kewarganegaraan untuk WNI dan kembali ke Negara asal untuk WNA).

Manfaat dari Jaminan Hari Tua dapat diambil sebagian sebelum mencapai usia 56 Tahun jika kepersertaan 10 tahun dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Diambil maksimal 10% dari total saldo sebagai persiapan usia pensiun; dan
 2. Diambil maksimal 30% dari total saldo untuk uang perumahan.
3. Jaminan Pensiun (JP)

BPJS Ketenagakerjaan diamanatkan untuk menyelenggarakan Program Jaminan Pensiun sesuai Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pasal 6 ayat (2) dan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional. Jaminan pensiun adalah sejumlah uang yang dibayarkan kepada peserta yang memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap atau kepada ahli waris bagi peserta yang meninggal dunia. Untuk pertama kali ditetapkan usia pensiun 56 tahun mulai 1 Januari 2019 usia pensiun menjadi 57 tahun, dan setiap 3 (tiga) tahun berikutnya usia pensiun ditambah 1 (satu) tahun sampai mencapai usia 65 tahun.

Perbedaan antara Jaminan Hari Tua dengan Jaminan Pensiun dapat terlihat dari tujuannya. Tujuan dari jaminan hari tua adalah sebagai

tabungan dari bagian pendapatan selama aktif bekerja yang disisihkan untuk bekal memasuki hari tua. Sedangkan jaminan pensiun bertujuan untuk mengganti pendapatan bulanan untuk memastikan kehidupan dasar yang layak saat memasuki hari tua. Besar manfaat dari jaminan hari tua adalah akumulasi iuran ditambah hasil pengembangan. Sedangkan besar manfaat dari jaminan pensiun dihitung dengan formula tertentu berdasarkan masa iuran, upah selama masa iuran dan faktor manfaat (faktor akrual).

Mekanisme penyelenggaraan jaminan hari tua adalah tabungan wajib dan jaminan pensiun adalah asuransi sosial. Jaminan hari tua ditanggung oleh peserta secara sendiri dan individual, jaminan pensiun ditanggung bersama secara kolektif oleh peserta. Bentuk program jaminan hari tua adalah tabungan, jaminan pensiun adalah manfaat pasti. Pada PP 45 Tahun 2015, manfaat pasti dari pensiun dibagi menjadi dua :

1. Manfaat berkala

Masa iuran program jaminan pensiun minimal selama 15 tahun. Manfaat minimum Rp.314.400 (disesuaikan kenaikannya setiap tahun). Manfaat maksimum Rp.4.095.750 (disesuaikan kenaikannya setiap tahun).

2. Manfaat sekaligus

Masa iuran program jaminan pensiun kurang dari 15 tahun.

Macam-macam jaminan pension, antara lain :

a. Pensiun hari tua

Dengan ketentuan masa iur paling sedikit 15 tahun dan hak peserta berakhir bila meninggal dunia.

b. Pensiun cacat

Menderita cacat total tetap; membayar iuran dengan density rate 80% dan kejadian cacat minimal 1 bulan sejak menjadi peserta dan hak pensiun berakhir bila meninggal atau bekerja kembali.

c. Pensiun janda atau duda

Membayar iuran dengan density rate 80% dan minimal 1 tahun kepesertaan, manfaat $50\% \times$ formula dan hak pensiun berakhir bila janda/duda meninggal atau menikah kembali

d. Pensiun anak

Peserta meninggal sebelum usia pensiun dan tidak mempunyai istri/suami, peserta meninggal setelah MPHT / MPC / tidak punya istri atau suami, janda/duda peserta menikah lagi atau meninggal dunia, manfaat $50\% \times$ formula, dan hak pensiun berakhir saat mencapai usia 23 tahun, bekerja atau menikah.

e. Pensiun orang tua

Diterima oleh orangtua dalam hal peserta meninggal dan tidak mempunyai istri/suami dan anak, manfaat $20\% \times$ formula dan manfaat pensiun orangtua berakhir pada saat ayah atau ibu penerima manfaat meninggal dunia.

Pembayaran jaminan pensiun secara lumpsum apabila peserta memasuki usia pensiun dan tidak memenuhi masa iuran minimum 15 tahun, peserta mengalami cacat total tetap atau meninggal dunia bilamana :

- a. Kejadian yang menyebabkan cacat total tetap terjadi setelah peserta terdaftar dalam program kurang dari satu bulan;
- b. Meninggal dunia dengan kepesertaan kurang dari satu tahun;
- c. Pemberi kerja dan peserta rutin membayar iuran dengan density rate kurang dari 80% ;
- d. Meninggalkan Indonesia untuk selama-lamanya dengan ketentuan memenuhi atau tidak memenuhi masa iur minimum 15 tahun.

4. Jaminan Kematian (JK)

Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan sesuai Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional pada pasal 43 sampai dengan pasal 46 mengenai jaminan kematian. Jaminan Kematian diberikan kepada peserta yang meninggal dunia bukan akibat kecelakaan kerja, dimaksudkan untuk meringankan beban keluarga baik dalam bentuk biaya pemakaman maupun santunaan berupa uang. Dalam program Jaminan Kematian, peserta mendapatkan santunan kematian serta santunan berkala selama 24 bulan, biaya pemakaman dan beasiswa untuk dua orang anak dengan minimal masa iuran 3 Tahun. Besar iuran Jaminan Kecelakaan Kerja yang dibayarkan

oleh pemberi kerja adalah 0.24% dari upah sebulan dengan tingkat risiko sangat rendah, 0.54% dari upah sebulan dengan tingkat risiko rendah, 0.89% dari upah sebulan dengan tingkat risiko sedang, 1.27% dari upah sebulan dengan tingkat risiko tinggi dan 1.74% dari upah sebulan dengan tingkat risiko sangat tinggi. Upah sebulan dihitung dari upah pokok dan tunjangan tetap. Iuran Jaminan Kematian yang dibayarkan oleh pemberi kerja adalah 0.3%, iuran Jaminan Hari Tua 5.7% dengan pembagian 2% dibayar oleh pekerja dan 3.7% dari pemberi kerja. Iuran jaminan pensiun 3% dengan pembagian 1% dibayarkan pekerja dan 2% dibayar pemberi kerja.

B. Tinjauan Umum tentang Peserta BPJS

a. Pengertian Peserta BPJS

Peserta BPJS Kesehatan dapat diartikan juga sebagai konsumen Jasa layanan kesehatan. Oleh sebab itu berbicara mengenai peserta BPJS Kesehatan tidak akan lepas dengan pengertian konsumen, yakni konsumen jasa layanan kesehatan. Pakar masalah konsumen di Belanda, Hondinus menyimpulkan, para ahli hukum pada umumnya sepakat mengartikan konsumen sebagai, pemakai produksi terakhir dari benda dan jasa, (*uiteindelijk gebruiker van goederen en diensten*).¹⁴ Berbicara mengenai konsumen, dalam kaitannya dengan pembicaraan mengenai hak atas

¹⁴ Susanti Adi Nugroho, 2008, *Proses Penyelesaian Sengketa Konsumen Ditinjau Dari Hukum Acara Serta Kendala Implementasinya*, Jakarta, Kencana Prenanda Media Group, hlm, 61

pemeliharaan pertawata/pelayanan medis, pasien merupakan konsumen atas jasa¹⁵. Pasal 1 angka 4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, menyebutkan bahwa peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan dalam Pasal 4 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dibagi kedalam 2 kelompok peserta, yakni Peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan penerima bantuan iuran (non PBI).

b. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

Setiap peserta BPJS Kesehatan atau JKN-KIS wajib membayar iuran bulanan sesuai dengan kelasnya; baik itu membayar secara mandiri untuk peserta mandiri atau dibayar oleh perusahaan untuk peserta karyawan perusahaan; dst. Namun dengan adanya kewajiban tersebut banyak yang tidak memahami sepenuhnya perihal hak dan kewajiban Peserta BPJS atau JKN-KIS. Berikut merupakan hak peserta pengguna BPJS:¹⁶

1. Menentukan FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) yang diinginkan pada saat mendaftar;

¹⁵ Hermein Hadiati Koeswadji, 1984, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya, Airlangga University Press, hlm. 31

¹⁶<https://krakataumedika.com/info-media/artikel/apa-hak-dan-kewajiban-peserta-bpjs-kesehatan>, diakses pada 21 Februari 2022 Pukul 14.24 WIB

2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Mendapatkan kartu identitas peserta sebagai identitas peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
4. Mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan;
5. Menyampaikan pengaduan, kritik dan saran baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Adapun berikut merupakan kewajiban peserta pengguna BPJS:¹⁷

1. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan;
2. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh);
3. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar;
4. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/ domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat email dan nomor handphone;

¹⁷<https://krakataumedika.com/info-media/artikel/apa-hak-dan-kewajiban-peserta-bpjs-kesehatan>, diakses pada 21 Februari 2022 Pukul 14.35 WIB

5. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
6. Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

c. Kriteria - Kriteria Peserta BPJS

Kriteria-kriteria orang yang termasuk kedalam kedua kelompok peserta BPJS Kesehatan tersebut diatur pada Pasal 6, Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, yaitu:

- a. Penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), terdiri dari:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya:
 - a) Pegawai Negeri Sipil;
 - b) Anggota TNI;
 - c) Anggota Polri; جامعة سلطان أبو حنیف الإسلامية
 - d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai pemerintah non pegawai Negeri;
 - f) Pegawai swasta; dan

- g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan f yang menerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya:
- a) Pekerja diluar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya:
- a) Investor
 - b) Pemberi Kerja
 - c) Penerima Pensiun, terdiri dari:
 - 1. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - 2. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - 3. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - 4. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapatkan hak pensiun
 - 5. Penerima pensiun lain; dan
 - 6. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapatkan hak pensiun.
 - 7. Veteran;

8. Perintis Kemerdekaan;
9. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
10. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan e yang mampu membayar iuran.

Pasal 10 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa anggota keluarga yang di tanggung sebagai mana dimaksud dalam kelompok peserta bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), diantaranya:

a. Pekerja Penerima Upah:

- 1) Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
- 2) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:
 - a) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilansendiri, جامعتنا سلطان أبو نوح
 - b) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja : Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).

- c. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
- d. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dan lain-lain. Pembagian kelompok peserta BPJS Kesehatan menjadi 2 kelompok tersebut, yakni;

(1) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan

(2) Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI) disesuaikan dengan golongan masyarakat setiap individu tersebut. Untuk golongan masyarakat menengah keatas masuk kedalam kelompok peserta BPJS Kesehatan bukan penerima bantuan iuran (non PBI) yang iuran ditanggung sedir, sedangkan untuk masyarakat golongan bawah (fakir miskin, dan orang yang tidak mampu) masuk kedalam kelompok peserta BPJS Kesehatan penerima bantuan iuran (PBI) yang iurannya dibayar oleh pemerintah Indonesia.

Kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini sesuai dengan bunyi Pasal 14 UU BPJS yang mengatakan “setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6(enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial”. Kewajiban bagi warga negara Indonesia untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan diterapkan guna mendukung kesuksesan program jaminan sosial yang dicanangkan oleh Pemerintah Indonesia. Sebab, penyelenggaraan

jaminan sosial termasuk penyedia fasilitas kesehatan merupakan tanggung jawab negara yang dijamin pasal 34 UUD 1945.¹⁸

C. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai organ yang semula didirikan berdasarkan tujuan sosial, kemanusiaan atau keagamaan itu dalam sejarah pertumbuhannya telah mengalami perkembangan, sehingga rumah sakit berfungsi untuk mempertemukan 2 (dua) tugas yang prinsipil yang membedakan dengan organ lain yang memproduksi jasa. Rumah sakit merupakan organ yang mempertemukan tugas yang didasari oleh dalil-dalil etik medik karena merupakan tempat bekerjanya para profesional penyandang lafal sumpah medik yang diikat oleh dalil-dalil hippocrates dalam melakukan tugasnya. Disamping itu dari segi hukum, sebagai dasar bagi wadah Rumah Sakit sebagai organ yang bergerak dalam hubungan-hubungan hukum dalam masyarakat yang diikat oleh norma hukum dan norma etik masyarakat yang kedua norma tersebut berbeda, baik dalam pembentukannya, maupun dalam pelaksanaan memiliki akibat bila dilanggar¹⁹.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah rumah tempat merawat orang sakit, menyediakan dan

¹⁸<http://m.hukumonline.com/berita/baca/lt54cf4a639cccf/kepesertaan-wajib-bpjs-bukandomain-swasta>, diakses pada 21 Februari 2022 Pukul 14.47 WIB

¹⁹ Hermein hadiati koeswadji, 2002, *hukum untuk perumahsakitan*, Bandung : citra aditya bakti, hlm 188-189

memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan²⁰.

Pasal 1 angka 1 Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pengertian mengenai rumah sakit dinyatakan juga pada Pasal 1 ayat (1) PerMenKes RI No.159 b Tahun 1988 Tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

Rumah sakit (RS) adalah suatu badan usaha yang menyediakan pemondokan dan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang melahirkan (WHO). Rumah sakit juga merupakan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian²¹.

851 ²⁰ Depdikbud. 1985, *Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi kedua*. Jakarta : Balai Pustaka. hlm

²¹ Soekidjo notaatmodjo, 2010, *etika & hukum kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta, hlm 154.

b. Asas dan Tujuan Rumah Sakit

Dalam pasal 2 Undang – Undang No 44 tahun 2009 disebutkan “Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial”.

Tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit tidak lepas dari ketentuan bahwa masyarakat berhak atas kesehatan sebagaimana dirumuskan dalam berbagai ketentuan undang-undang, salah satunya dalam undang-undang no 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Sementara itu pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, diantaranya dengan menyediakan fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan, dan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit²².

Sedangkan dalam pasal 3 Undang Undang No 44 tahun 2009 penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.

²² Endang wahyati yustina, 2012, *mengenal hukum rumah sakit*, Bandung : Keni Media, hlm 8

- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

c. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas Rumah Sakit rumusan yuridisnya dapat dilihat pada ketentuan pasal 1 butir 1 Undang – Undang Rumah Sakit. Ketentuan ini disamping mengandung pengertian tentang Rumah Sakit, memuat pula rumusan tentang tugas Rumah Sakit serta ruang lingkup pelayanannya. Seperti disebutkan pada pasal ini, bahwa: “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang tugas pokoknya adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.²³

Pasal 4 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menjelaskan Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

²³ *Ibid*, hlm.17

- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

D. Perspektif Islam Mengenai Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi kehidupan manusia, sehat merupakan nikmat dan karunia Allah SWT yang paling berharga dalam kehidupan ini yang wajib disyukuri. Di samping itu sehat adalah obsesi setiap insan berakal, tak seorang pun manusia yang tidak ingin selalu sehat, agar tugas dan kewajiban hidup dapat dilaksanakan dengan baik. meskipun nikmat merupakan kebutuhan fitrah manusia dan nikmat Allah, tetapi banyak manusia yang mengabaikan dan melupakan nikmat sehat ini, sebagaimana yang dijelaskan Rasulullah Saw "ada dua nikmat yang banyak dilupakan manusia, yakni nikmat sehat dan peluang kesempatan" (HR Iman Bukhari).

Kesehatan sebagai modal utama untuk bekerja, beribadah, dan melaksanakan aktivitas lainnya. Ajaran Islam yang selalu menekankan agar setiap orang memakan makanan yang baik dan halal menunjukkan apresiasi Islam

terhadap kesehatan, sebab makanan merupakan salah satu penentu sehat tidaknya seseorang. Firman Allah yang artinya "wahai sekalian manusia, makanlah makanan yang halal lagi baik dari apa yang telah dirizkikan kepadamu dan bertaqwalah kepada Allah dan kamu beriman kepadanya".²⁴ Dalam firman Allah dijelaskan Allah memerintahkan kita untuk memakan makanan yang bukan cuma halal, tetapi juga baik agar tidak membahayakan tubuh kita. Selain itu, islam mengajarkan tentang apa saja yang boleh dikonsumsi dan bahkan hingga bagaimana mengkonsumsinya. Setiap orang tidak boleh mengkonsumsi sesuatu yang bersifat sembarangan, melainkan selektif, yaitu makanan yang tidak mengganggu dan membahayakan bagi kesehatan tubuh. Nabi memberikan petunjuk, agar makan tatkala sedang lapar dan berhenti sebelum kenyang. Hal ini ada kaitannya dengan kesehatan untuk menjaga kesehatan tubuh.

Islam merupakan agama yang sempurna dan pelengkap yang telah menetapkan prinsip-prinsip dalam penjagaan keseimbangan tubuh manusia. Mulai dari cara islam menjaga kesehatan dengan menjaga kebersihan dan melaksanakan syariat wudlu dan mandi secara rutin bagi setiap muslim. Arti sehat yakni kondisi fisik dimana semua fungsi berada dalam keadaan sehat. Menjadi sembuh sesudah sakit adalah anugerah terbaik dari Allah kepada manusia. Tidak ada sesuatu yang berharga seperti kesehatan. Karena, kita harus bersyukur atas kesehatan yang diberikan oleh Allah SWT dan selalu bersifat optimis. Dalam pandangan islam,

²⁴ Dr. Yusuf al-Qardlawy, 1997, *Al-Sunnah Mashdaran Li al-Ma"rifah wa al-Hadlarah*, Kairo, Dar alSyuruq, Cet. I, hlm 266

kesehatan yang dicari bukanlah hanya kebahagiaan dan kesehatan hidup didunia saja, tetapi sehat dan bahagia diakhirat juga. Anjuran menjaga kesehatan sudah menjadi kewajiban, bahwa menjaga agar tetap sehat dan tidak terkena penyakit adalah lebih baik daripada mengobati. Untuk itu sejak dini diupayakan agar menjaga pola makan yang sehat dan olahraga yang cukup untuk tubuh tetap sehat serta menjauhkan diri dari berbagai pengaruh yang dapat menjadikan terjangkit penyakit. Dengan puasa kita dapat membuang racun-racun yang ada ditubuh kita agar tubuh kita sehat.

Islam menganggap bahwa kesehatan termasuk bagian dari nikmat Allah SWT. yang paling besar. Orang yang didera oleh keluhan/rasa sakit tentu akan merasa kurang nyaman dalam menjalani kehidupan. Belum lagi kalau harus berobat atau ikhtiar mencari obatnya, tentu orang harus menyiapkan biaya yang tidak bisa diduga sebelumnya. Oleh karena itu manusia harus banyak bersyukur atas nikmat sehat yang disadangnya, agar pemberian Allah kepadanya semakin bertambah.²⁵ Nabi Muhammad saw. bersabda: "Sesungguhnya Allah senang melihat bekas nikmat yang Ia berikan kepada hamba-Nya." (HR. Turmudzi dan Hakim, Imam Suyuthi meng-hasan-kannya).

Apabila kekuatan dan kesehatan saja merupakan nikmat Allah yang besar dan anugerah-Nya yang melimpah, maka sangatlah pantas bagi orang yang diberi rizqi itu untuk menjaganya dan melindunginya dari hal-hal yang

²⁵ Menurut Al.Qur'an QS.Ibrahim Ayat : 7

membahayakannya. Imam Bukhari meriwayatkan bahwa Rasulullah saw. pernah bersabda: “Ada dua nikmat yang di dalamnya banyak orang tertipu: sehat dan senggang” (HR. Bukhari). Imam Turmudzi dan Ibnu Majah juga meriwayatkan hadits ini dalam bab Zuhd. Humaidi menyebutkannya dalam Musnadnya, hanya di dalamnya ada orang yang tidak dikenal. Namun ada riwayat lain yang menguatkannya, yakni dari hadits Abu Darda“ pada Ibnu Hibban (2503) dan dari Ibnu Umar pada Ibnu Abi Dun-ya.²⁶ Dalam hadits lain Rasulullah saw. bersabda: “Barangsiapa yang di pagi hari tubuhnya sehat, dadanya tenteram dan ia mempunyai persediaan makan untuk hari itu, maka seakan-akan dunia ini diperuntukkan baginya” (HR. Turmudzi).

Dalam riwayat Abu Hurairah ra. Rasulullah saw. juga bersabda: “Perkara yang pertama kali ditanyakan kepada seseorang pada hari Kiamat tentang nikmat adalah ketika ia ditanya: „Bukankah Kami telah memberikan kesehatan pada badanmu dan meyegarkanmu dengan air dingin?” (HR. Turmudzi). Dalam agama kita diperintah oleh Rasulullah saw. agar berdoa minta dianugerahi dua kesehatan, yakni kesehatan agama dan kesehatan dunia. Beliau saw. bersabda: “Mintalah (kalian) kepada Allah keyakinan dan kesehatan, karena tidak ada (nikmat) yang diberikan oleh Allah kepada seseorang yang lebih baik dari pada kesehatan setelah keyakinan” (HR. Ahmad).

²⁶ Dr. Yusuf al-Qardlawy, *Op.Cit.*, hlm.266

Berobat dan mencari sehat menurut Islam termasuk takdir. Sakit tidak cukup dihadapi dengan kesabaran. Sahabat Abu Khizamah pernah bertanya kepada Rasulullah SAW: "Wahai Rasul, apa pendapat tuan tentang ruqyah yang kami baca untuk menyembuhkan, obat yang kami pakai dan perisai yang kami gunakan untuk mempertahankan diri, apakah ia dapat menolak takdir Allah? Beliau menjawab: " Itupun termasuk takdir Allah".²⁷



²⁷ <https://jatim.kemenag.go.id/file/dokumen/sehat.pdf>, diakses pada 23 Februari 2022 Pukul 14.47 WIB

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Dalam melaksanakan suatu urusan Pemerintahan, Pemerintah membutuhkan landasan yang dapat mendukung mengapa urusan tersebut perlu untuk dilakukan, begitu juga mengenai urusan penyelenggaraan jaminan sosial. Secara teori, Indonesia telah memiliki landasan filosofis yang ideal untuk urusan sistem jaminan sosial. Landasan filosofis yang dimaksud antara lain adalah hak konstitusional, wujud tanggung jawab negara, asas kemanusiaan dan martabat manusia serta pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak.

Hak konstitusional atas jaminan sosial seperti yang sudah diuraikan dalam latar belakang, tercantum pada Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3) yang menyatakan bahwa :

“setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Hal ini menunjukkan bahwa jaminan sosial merupakan hak dasar dari seluruh penduduk yang harus dipenuhi demi tercapainya manusia yang bermartabat”.

Landasan filosofis yang kedua yakni pemenuhan jaminan sosial sebagai wujud tanggung jawab negara tercantum dalam Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan bahwa :

“negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dalam hal ini, negara memiliki peran penting demi tercapainya cita-cita memanusiaikan masyarakat yang bermartabat”.

Amanah UUD 1945 tersebut telah direspon oleh pemerintah dengan menetapkan UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang didalamnya mencakup jaminan pemeliharaan kesehatan.

WHO telah menyepakati tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC), yang merupakan isu penting bagi Negara maju dan berkembang saat ini sehingga penting suatu Negara mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan dengan tujuan menjamin kesehatan bagi seluruh rakyat. Ketentuan ini penting untuk memastikan akses yang adil untuk semua warga negara, untuk tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau²⁸.

Indonesia pada saat ini sedang berada dalam masa transisi menuju sistem pelayanan kesehatan universal. Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional (SJSN) telah menjawab prinsip dasar UHC, dengan mewajibkan setiap warga negara memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya. Pemerintah mempunyai peran dan tanggung jawab untuk menjamin dan mengatur setiap penduduk mempunyai kesempatan

²⁸ Abdelhak, M.; Grostick, S.; Hanken, M.A. 2011. *Health Information: management of A strategic Resource*, Sidney: WB. Saunders Company, hlm: 57

yang sama terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa memandang latar belakangnya.

Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Sebaliknya setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 20 Ayat (1) juga menegaskan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan. Dalam mewujudkan komitmen global dan konstitusi tersebut, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui BPJS Kesehatan yang merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Pemerintah sebagai representasi dari negara memiliki tanggung jawab untuk memenuhi kewajiban tersebut dengan menyelenggarakan sistem jaminan sosial yang berdasarkan Pasal 6 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Selanjutnya asas – asas yang terdapat di dalam Undang-Undang SJSN berdasarkan Pasal 2 yakni :

“asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia didukung juga dengan prinsip-prinsip yakni kegotong royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian,

akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial digunakan seluruhnya untuk pengembangan program untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta. Asas dan prinsip ini yang menjadi salah dua indikator penilaian ketercapaian hasil dari penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional”.

Terakhir, landasan filosofis yang menjadi tujuan penyelenggaraan sistem jaminan sosial tertuang di dalam Pasal 3 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menyatakan bahwa :

“terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya”.

Penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat dikatakan telah berlaku efektif apabila tujuan ini sudah dapat tercapai. Pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional selanjutnya direalisasikan melalui rencana pembangunan yang disusun oleh Kementerian PPN/Bappenas. Dalam proses perencanaan, dapat dilihat dari tahapan dan skala prioritas Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diturunkan dalam Rancangan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang dilaksanakan dalam kurun waktu lima tahun.

Pada RPJMN ke-1 Tahun 2005 – 2009, direncanakan adanya peningkatan kesejahteraan rakyat dengan indikator penilaian menurunnya angka pengangguran dan kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) dan meningkatnya kualitas serta akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pada RPJMN ke-2 Tahun 2010 – 2014, capaian yang diharapkan adalah membaiknya

indikator pembangunan SDM yang ditandai antara lain oleh berkembangnya lembaga jaminan sosial, meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat. Pada RPJMN ke-3 Tahun 2015-2019, capaian yang diharapkan adalah kesejahteraan rakyat terus membaik, meningkat sebanding dengan tingkat kesejahteraan negara-negara berpenghasilan menengah dan merata yang ditandai dengan terwujudnya lembaga jaminan sosial. Terakhir, RPJMN ke-4 Tahun 2020 – 2025 yang saat ini sedang kita jalani mengamanahkan kesejahteraan rakyat terus meningkat ditunjukkan dengan makin tinggi dan meratanya tingkat pendapatan masyarakat dengan jangkauan jaminan sosial yang lebih menyeluruh, sumber daya manusia berkualitas dan berdaya saing tinggi sehingga derajat kesehatan dan gizi masyarakat meningkat.

Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia yaitu dengan menyelenggarakan Program JKN. Berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) RI Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, tujuan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi

kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional meliputi regulator, peserta program JKN, pemberi pelayanan kesehatan dan badan penyelenggara. Sedangkan menurut UU SJSN Pasal 19 Ayat (2), Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Mulai 1 Januari 2014, Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan di Indonesia. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari PT.Askes, yang sebelumnya telah lebih dulu menjadi penyelenggara jaminan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Menurut Perpres RI Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Selain itu, pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional juga dilakukan oleh BPJS Kesehatan sebagai badan yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional Kesehatan²⁹.

Menurut Sabarguna, pelaksanaan adalah proses, cara, pembuatan, melaksanakan sesuai dengan rancangan dan keputusan (kesepakatan)³⁰. Kejelasan yang pokok sebagai dasar pelaksanaan program adalah kejelasan apa yang akan

²⁹ BPJS Kesehatan. 2014. *“Bridging System Perpendek Antrean Pelayanan”*. Buletin Info BPJS Kesehatan. Edisi X. Jakarta: BPJS Kesehatan.

³⁰ Sabarguna, 2007, *Sistem Bantu Keputusan Untuk Fasilitas Rumah Sakit*, Yogyakarta : Konsorsium Rumah Sakit Jateng–DIY, hlm.3

dimonitor, dapat berpartisipasi aktif walaupun disadari sepenuhnya penentuan indikator dan di kembangkannya secara bertahap yang mempengaruhi cara pelaksanaan dan pelaksana yang melakukan program yang melakukan program.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang dan rasional.
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- d. Efisien, transparan dan akuntabel.

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN Pasal 4, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan prinsip :

1. Gotong Royong.

Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi prinsip gotong royong dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin.

2. Nirlaba.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak diperbolehkan mencari untung. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya harus dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan.

4. Portabilitas.

Prinsip ini menjamin bahwa sekalipun peserta berpindah tempat tinggal atau pekerjaan, selama masih di wilayah Negara Republik Indonesia tetap dapat mempergunakan hak sebagai peserta JKN.

5. Kepesertaan bersifat wajib.

Agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi Penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanat.

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik – baiknya demi kepentingan peserta.

7. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta.

Dasar Hukum Kepesertaan dan Peserta BPJS Kesehatan terdapat dalam Undang – Undang Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016

Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

Peserta adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Sedangkan, pengertian Peserta Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN Pasal 20 Ayat (1) yaitu setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Peserta BPJS Kesehatan dalam Pasal 4 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dibagi kedalam 2 kelompok peserta, yakni Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI)³¹.

Kriteria-kriteria orang yang termasuk kedalam kedua kelompok peserta BPJS Kesehatan tersebut diatur pada Pasal 6, Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, yaitu³²:

- a. Penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI), adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah. Selain fakir miskin,

³¹ Budi, S. C. 2011. *Manajemen Unit kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media, hlm.49

³² *Ibid*, hlm.62

yang berhak menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan lainnya adalah yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu

- b. Bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), terdiri dari:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya:
 - a) Pegawai Negeri Sipil;
 - b) Anggota TNI;
 - c) Anggota Polri;
 - d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai pemerintah non pegawai Negeri;
 - f) Pegawai swasta; dan
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan f yang menerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya:
 - a) Pekerja diluar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya:
 - a) Investor
 - b) Pemberi Kerja
 - 4) Penerima Pensiun, terdiri dari:

- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
- b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
- c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
- d) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapatkan hak pensiun
- e) Penerima pensiun lain; dan
- f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapatkan hak pensiun.
- g) Veteran;
- h) Perintis Kemerdekaan;
- i) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
- j) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan e yang mampu membayar iuran.

Persyaratan untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan cukup mudah, asalkan dapat memenuhi salah satu kriteria yang telah diuraikan sebelumnya, kemudian melakukan pendaftaran peserta. Pendaftaran peserta BPJS Kesehatan dapat dilakukan secara online maupun offline di kantor BPJS Kesehatan terdekat. Pendaftaran menjadi peserta BPJS Kesehatan, calon peserta perlu mempersiapkan beberapa syarat pendaftaran yakni³³:

³³ Depkes RI. (1997). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*, Jakarta: Depkes RI

- 1) Kartu Keluarga asli;
- 2) Fotocopy Kartu Keluarga;
- 3) Fotocopy Kartu Tanda Penduduk calon peserta;
- 4) Pasfoto 3×4 warna;
- 5) Buku tabungan jika pilih kelas I, II atau III;
- 6) Mengisi formulir; dan
- 7) Dalam 1 Kartu Keluarga (KK) wajib daftar untuk keluarga inti dan memilih kelas yg sama.

Setelah melakukan pendaftaran, maka calon peserta akan mendapatkan *Virtual Account Number* untuk melakukan pembayaran pertama dan status kepesertaan akan aktif. Pembayaran iuran pertama dapat dilakukan setelah 14 hari sejak pendaftaran, begitu juga dengan keaktifan keanggotaan peserta bisa digunakan untuk berobat jika sudah membayar iuran pertama. Selain pendaftaran secara langsung ke loket BPJS Kesehatan, pendaftaran peserta BPJS Kesehatan juga dapat pula dilakukan secara online melalui *Website* Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan.

Iuran merupakan sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah untuk jaminan kesehatan. Khusus untuk peserta mandiri, iurannya dibayar sendiri oleh peserta secara keseluruhan atau dibayarkan sebagian oleh pemberi kerja. Pembayaran iuran BPJS Kesehatan sekarang menggunakan sistem pembayaran secara kolektif atau pembayaran satu VA (*Virtual Account*).

Terdapat 3 (tiga) jenis kelas kepesertaan BPJS Kesehatan, yaitu : Kelas 1 dengan iuran peserta Rp.150.000,- per bulan, Kelas 2 dengan iuran peserta Rp.100.000,- per bulan, dan Kelas 3 dengan iuran peserta Rp.35.000,- per bulan. Pembayaran iuran dilakukan setiap bulan dan dibayar sebelum tanggal 10 , jika peserta terlambat atau tidak lagi membayar iuran maka kepesertaannya akan dinonaktifkan³⁴.

Beberapa pembagian jumlah iuran peserta BPJS Kesehatan Mandiri atau Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) :

- a. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan yang terdiri dari : Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri. Jumlah iuran sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.
- b. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta. Jumlah iuran sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
- c. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar 1% (satu

³⁴ *Ibid*, hlm.36

persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, selebihnya dibayar oleh pekerja penerima upah.

d. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll), peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:

- 1) Sebesar Rp. 35.000,- (tiga puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
- 2) Sebesar Rp. 100.000,- (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
- 3) Sebesar Rp. 150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- 4) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan calon peserta, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

Jumlah iuran peserta BPJS Kesehatan sewaktu-waktu dapat berubah sesuai dengan peraturan yang mengaturnya. Besaran jumlah iuran ini diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, yang hingga sekarang sudah mengalami tiga kali perubahan dengan

peraturan terakhir hingga sekarang yaitu Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2016 Tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Berikut adalah beberapa tempat pembayaran iuran BPJS Kesehatan yang bisa calon peserta gunakan untuk membayar iuran Bulanan BPJS calon peserta antara lain:

- 1) ATM Bank;
- 2) Di Minimarket / Alfamart dan Indomart;
- 3) Di Kantor Pos;
- 4) Melalui Autodebet bank; dan
- 5) Melalui SMS Banking.

Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan adalah segala sarana dan prasarana alat atau tempat yang dapat menunjang kesehatan atau yang dapat digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat³⁵.

Pada sistem BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan ini dikategorikan menjadi beberapa kategori yaitu :

1. Faskes tingkat 1, terdiri dari puskesmas atau yang setara, praktek dokter, praktek dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan Rumah Sakit kelas D atau yang setara.

³⁵ Hatta, G. R. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta. Universitas Indonesia : UI-Press, hlm.46

2. Faskes tingkat 2, terdiri dari klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus.
3. Faskes tingkat 3, terdiri dari dokter sub-spesialis.

Pengkategorian ini dikarenakan sistem BPJS menggunakan sistem pelayanan berjenjang, artinya ketika peserta BPJS Kesehatan ingin berobat guna mendapatkan layanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan, maka fasilitas kesehatan yang harus pertama kali dikunjungi adalah fasilitas kesehatan tingkat 1, jika di faskes tingkat 1 tidak memungkinkan untuk dilayani maka dokter faskes tingkat 1 akan merujuk ke faskes tingkat 2, dan jika di faskes tingkat 2 masih tidak memungkinkan untuk dilayani karena sarana dan prasarana kurang memadai maka dokter faskes tingkat 2 akan merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat 3³⁶.

Pembagian tingkatan fasilitas kesehatan ini berdasarkan tugas BPJS Kesehatan mengacu pada Pasal 24 Ayat (3) Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004 untuk mengembangkan sistem yang efektif dan efisien. Sehingga tindakan yang bisa dilayani di Rumah Sakit tipe bawah, tidak boleh dirujuk ke tipe di atasnya. Dasarnya adalah kemampuan layanan di tiap-tiap tipe Rumah Sakit yang tersedia. Karena itu BPJS Kesehatan melakukan *kredensialing*, salah satunya memetakan apa saja kemampuan layanan pada tiap-tiap fasilitas kesehatan. Perbedaan fasilitas kesehatan tingkat 1, 2 dan 3 BPJS

³⁶ *Ibid*, hlm.67

Kesehatan terletak pada jenis dan jumlah layanan medik juga spesialis dan kelengkapan sarana dan prasarana yang dimiliki oleh fasilitas kesehatan tersebut.

Cara menggunakan BPJS Kesehatan umumnya sama untuk setiap jenis pelayanan kesehatan. Hanya saja, hal ini tergantung pada kebutuhan pengobatan peserta, apakah hanya ingin berobat biasa atau rawat jalan, apakah peserta kondisi yang mengharuskan rawat inap, persalinan, dan sebagainya.

Saat peserta sakit dan ingin berobat menggunakan kartu BPJS Kesehatan, langkah pertama yang harus dilakukan ialah mendatangi fasilitas kesehatan tingkat 1 (faskes 1). Faskes 1 bisa berupa puskesmas, klinik pratama, praktik dokter umum, dan rumah sakit tipe D atau yang setara. Data pelayanan faskes 1 telah tertera pada kartu JKN-KIS peserta. Persyaratan berobat menggunakan BPJS Kesehatan pada faskes tingkat 1 ialah :

1. Menunjukkan kartu JKN-KIS dan KTP pada petugas.
2. Petugas akan mengecek status keaktifan anggota untuk menentukan apakah peserta bisa memakai layanan BPJS atau tidak.

Apabila kondisi kesehatan pasien masih bisa ditangani dan diobati pada faskes 1, maka pasien tidak perlu pergi ke rumah sakit atau faskes tingkat lanjutan. Namun, bila kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut, maka pasien akan langsung dirujuk ke RSUD atau faskes 2 lain yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Persyaratan berobat menggunakan BPJS Kesehatan pada faskes tingkat 2 yaitu : sebelum pergi ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat 2, pastikan pasien sudah mengantongi surat rujukan dari dokter pada faskes tingkat 1. Bila

tidak, maka pasien dianggap menjalani pengobatan dengan biaya sendiri atau tanpa JKN-KIS. Akibatnya, proses pengobatan akan menjadi terhambat dan tidak sesuai dengan harapan.

Apabila mengalami kondisi darurat, peserta BPJS Kesehatan bisa langsung dilarikan ke IGD rumah sakit tanpa memerlukan surat rujukan. Darurat diartikan sebagai kondisi genting yang dapat menyebabkan keparahan, kecacatan, atau bahkan kematian. Ada beberapa kriteria gawat darurat yang memang ditanggung oleh BPJS Kesehatan seperti : penyakit jantung, sesak napas, luka bakar, dan cedera berat.

Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di suatu fasilitas kesehatan salah satunya yaitu Rumah Sakit terdiri dari penerimaan pasien, pengolahan data medis, pelaporan dan pendanaan. Penerimaan pasien JKN di Rumah Sakit menggunakan satu loket pendaftaran. Loket pendaftaran tidak dibedakan antara pasien JKN maupun pasien non JKN. Di loket pendaftaran tidak ada petugas khusus untuk melayani pendaftaran pasien JKN. Semua petugas bisa melayani pendaftaran pasien JKN. Tempat penerimaan atau pendaftaran pasien merupakan gerbang pertama di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Beberapa pasien memutuskan untuk berobat ke di suatu fasilitas pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan tempat penerimaan pasien yang nyaman dan petugas yang memuaskan. Sedangkan, tempat penerimaan pasien rawat jalan (TPPRJ) disebut

juga loket pendaftaran rawat jalan atau sebagai pintu awal pasien masuk atau kontak pertama kali pasien datang ke rumah sakit³⁷.

Pengecekan kepesertaan dilakukan petugas untuk memastikan apakah pasien sudah terdaftar sebagai peserta JKN atau belum. Pengecekan ini dilakukan dengan memasukkan NIK ke dalam aplikasi *P-Care*. Pengecekan NIK ini dikhususkan untuk pasien yang merupakan penduduk daerah tersebut. Identitas sosial pasien JKN yang dicatat pada resep obat berupa nama pasien, alamat, nomor rekam medis, tanggal kunjungan, balai pengobatan tujuan, nomor jaminan dan jenis kepesertaan JKN. *Entry* data sosial ke dalam *P-Care* dilakukan dengan cara memasukkan nomor kepesertaan pasien JKN dan tujuan kunjungan pasien JKN.

P-Care (Primary Care) merupakan sistem informasi pelayanan pasien yang ditujukan bagi pasien yang menjadi peserta BPJS berbasis komputer dan internet. Pengolahan data medis pasien JKN merupakan proses *entry* data medis pasien ke dalam *P-Care*. *P-Care* merupakan aplikasi dari BPJS Kesehatan untuk pengolahan data pasien JKN di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Data pasien JKN terdiri dari data sosial dan data medis. Untuk pengolahan data sosial sudah di-*entry* ke dalam *P-Care* oleh bagian penerimaan pasien.

Petugas yang dapat meng-*entry* data medis pasien JKN ke dalam *P-Care* adalah perawat, dokter, perawat gigi dan bidan yang berada di masing-masing balai pengobatan. Petugas menggunakan data hasil pemeriksaan pasien JKN yang

³⁷ Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Pendampingan Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, hlm.103

tertulis pada rekam medis pasien sebagai sumber data untuk *entry* ke dalam *P-Care*. Rekam medis pasien JKN berisi anamnesis, diagnosis, terapi, dan identitas tenaga medis yang memeriksa pasien.

Pelaporan program JKN merupakan salah satu fungsi manajemen berupa penyampaian pengembangan atau hasil kegiatan atau pemberian keterangan mengenai segala hal yang bertalian dengan tugas dan fungsi-fungsi kepada pejabat yang lebih tinggi, baik secara lisan secara tulisan³⁸. Laporan memiliki berbagai macam kegunaan dan mungkin sekali dari masing-masing kegunaan tersebut saling berkaitan satu sama lain. Adapun beberapa manfaat tersebut antara lain:

- 1) Sebagai sarana komunikasi vertikal;
- 2) Sebagai alat pertanggungjawaban;
- 3) Memberikan informasi penting; dan
- 4) Sebagai bahan untuk pengambilan keputusan.

Laporan yang dibuat Rumah Sakit sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan program JKN adalah laporan kunjungan pasien JKN dan laporan 10 besar penyakit pasien JKN. Laporan tersebut dibuat berdasarkan jenis kepesertaan pasien, yakni Askes, Jamkesmas dan BPJS Mandiri. Untuk pembuatan laporan, petugas biasanya menggunakan data pasien JKN yang ada dalam *P-Care*. Untuk laporan kunjungan pasien JKN, petugas mengambil data dari register harian pasien dengan disesuaikan jenis kepesertaannya, apakah Askes, Jamkesmas atau BPJS

³⁸ Rusdiana.H.A, 2014, *Asas – asas Manajemen Berwawasan Global*, Bogor : Pustaka Setia, hlm.5

Mandiri dalam *P-Care*. Kemudian, petugas meng-copy data ke dalam dengan sesuai format laporan kunjungannya. Setelah itu, petugas melakukan verifikasi dengan mencocokkan data yang sudah diambil dari *P-Care* dengan data pasien JKN yang ada pada lembar laporan RJTP.

B. Kendala yang dihadapi dalam memberikan Pelayanan Kesehatan terhadap Peserta BPJS Kesehatan dan Solusi untuk mengatasi Kendala tersebut.

Pelaksanaan suatu kegiatan sering kali menghadapi kendala yang dapat menyebabkan pelaksanaan suatu kegiatan tidak berjalan dengan lancar. Begitu juga dengan pelaksanaan program JKN terkait dengan pendaftara pasien, penerimaan pasien, pengolahan data medis, pelaporan serta pendanaan masih ditemukan kendala dalam pelaksanaannya³⁹.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI Nomor 28 tahun 2014, elemen penilaian akreditasi Rumah Sakit antara lain adalah kajian terhadap masalah – masalah spesifik yang ada dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan upaya Rumah Sakit untuk kemudian dilakukan koreksi dan pencegahan agar tidak terulang lagi⁴⁰.

Berikut ini kendala – kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program JKN BPJS Kesehatan, yaitu :

³⁹ Rustiyanto, E. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*, Yogyakarta: Graha Ilmu, hlm.31

⁴⁰ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Tersedia dalam [www. depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) [Diakses Pada 16 Juli 2022].

1. Aspek Kepesertaan

Kendala dalam aspek kepesertaan, yaitu penggunaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai syarat pendaftaran peserta JKN-KIS. Hal ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 dan Surat Edaran (SE) BPJS Kesehatan No. 17 Tahun 2016.

Sedangkan di dalam Peraturan Presiden (Perpres) No. 82 Tahun 2018 menyebut bahwa NIK bukan syarat wajib kepesertaan. Syarat kepesertaan menurut Perpres No.82 Tahun 2018 adalah identitas. Jadi jika NIK dijadikan sebagai syarat pendaftaran peserta JKN-KIS maka dapat menghambat perluasan kepesertaan JKN-KIS.

2. Aspek Pelayanan

Kendala aspek pelayanan menyangkut prinsip portabilitas. Prinsip portabilitas dalam program JKN/KIS yang berjalan selama ini belum optimal. Portabilitas artinya setiap peserta dapat menikmati layanan kesehatan berkelanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Kalaupun seorang peserta pergi ke daerah lain, peserta tetap bisa mendapatkan layanan. Namun, dari sejumlah fasilitas kesehatan (faskes) terdapat kebijakan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan yaitu membatasi pelayanan bagi peserta yang berobat di luar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar.

Peserta bisa mendapat pelayanan di FKTP maksimal sebanyak 3 (tiga) kali. Ada juga FKTP menolak melayani peserta dari FKTP wilayah lain dengan alasan mekanisme pembayaran untuk portabilitas belum jelas. Jika

tetap ingin dilayani, ia harus menghubungi layanan di daerah asal. Tapi hal tersebut tentunya bertentangan dengan UU SJSN Pasal 2 tentang Prinsip – Prinsip Pelayanan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

3. Aspek Obat – Obatan

Kendala dalam aspek pengadaan obat-obatan, yaitu terdapat beberapa item obat-obatan yang ada di dalam *e-catalog* tidak dapat memenuhi kebutuhan. Karena itu *e-catalog* bukan satu-satunya cara untuk pengadaan obat dalam program JKN/KIS.

Item obat yang tidak ada di *e-catalog* dapat mengacu naiknya harga pasar. Tetapi pengadaan obat di luar *e-catalog* terkendala dengan Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Permenkes No. 59 Tahun 2014 Pasal 6 Ayat 6 menyatakan bahwa :

“Harga Obat Program Rujuk Balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *E-Catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian”.

Peraturan ini menyebut pengajuan klaim atas obat program rujuk balik, obat penyakit kronis dan kemoterapi serta biaya pelayanan kefarmasian harus mengacu pada harga dasar obat sesuai yang terdapat di *e-catalog*.

4. Aspek Tarif Faskes

Terkait klasifikasi tarif INA-CBGs, Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN mengamanatkan besarnya pembayaran kepada faskes

untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi faskes di wilayah tersebut.

Ketentuan tersebut tidak dapat terpenuhi karena tarif INA-CBGs sudah ditetapkan berdasarkan regional atau wilayah, sehingga menutup ruang kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes untuk menentukan tarif sendiri.

Pembagian tarif INA-CBGs yang tidak berdasarkan tipe RS berdampak pada mutu pelayanan di daerah terpencil sehingga tidak terwujud prinsip ekuitas sebagaimana amanat UU SJSN. Padahal RS tipe paling rendah sampai tinggi memberikan standar pelayanan yang sama.

Pembayaran berdasarkan kelas di RS itu dianggap bertentangan dengan pasal 19 ayat (1) UU SJSN yang menyatakan bahwa : “Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi nasional dan prinsip ekuitas”.

5. Aspek Pembiayaan

Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. Hal tersebut tentunya bertentangan dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tentang asas – asas dalam pelaksanaan Sistem Jaminan Soisal Nasional.

Sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang menyatakan bahwa : “BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas :

- a. kemanusiaan;
- b. manfaat; dan
- c. keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”.

Solusi dari beberapa kendala – kendala dalam pelaksanaan program JKN BPJS Kesehatan, antara lain :

- 1) Terkait dengan aspek pelayanan, jika NIK belum bisa disediakan oleh instansi yang bertanggungjawab, BPJS Kesehatan seharusnya menyediakan identitas sementara untuk peserta yang belum punya NIK.
- 2) Terkait dengan aspek pelayanan, solusi dari kendala tersebut yaitu merekomendasikan agar pembatasan pelayanan sebanyak 3 kali itu ditujukan kepada peserta yang terdaftar di faskes yang masih dalam satu kabupaten/kota; Menyediakan petugas *call center* di daerah untuk pelayanan portabilitas; dan Mengembangkan pola pembayaran khusus kepada FKTP yang memberi pelayanan kepada peserta yang berasal dari FKTP daerah lain.
- 3) Terkait dengan aspek obat – obatan, Pengajuan klaim atas obat program rujuk balik, obat penyakit kronis dan kemoterapi serta biaya pelayanan kefarmasian tidak harus mengacu pada harga dasar obat sesuai yang terdapat di *e-catalog*.

- 4) Terkait dengan kendala aspek tarif faskes yaitu merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk membuat kisaran tarif sebagai ruang untuk kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes.
- 5) Membuat tarif yang acuannya bukan tipe kelas RS tapi kemampuan RS. BPJS Kesehatan perlu menegosiasikan tarif kepada setiap faskes berdasarkan nilai kredensialing.

BAB IV

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Mekanisme Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Pengguna BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, penulis memberikan simpulan sebagai berikut :

1. Mekanisme pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap peserta BPJS Kesehatan selama ini telah dilakukan sesuai dengan prosedur dan aturan yang terdapat di dalam Undang – Undang Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Mekanisme pelaksanaannya terdiri dari pendaftaran kepesertaan BPJS Kesehatan, penerimaan pasien BPJS Kesehatan di Faskes yang telah ditunjuk oleh peserta, pengolahan data medis

pasien BPJS Kesehatan, pelaporan data pasien BPJS Kesehatan dan pendanaan peserta BPJS Kesehatan.

2. Kendala – kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan JKN BPJS Kesehatan yaitu Aspek kepesertaan, Aspek Pelayanan, Aspek Pengadaan Obat – Obatan, Aspek Tarif Faskes, dan Aspek Pembiayaan Peserta. Solusi dari beberapa kendala tersebut diantaranya Jika NIK belum bisa disediakan oleh instansi yang bertanggungjawab, BPJS Kesehatan seharusnya menyediakan identitas sementara untuk peserta yang belum punya NIK. Merekomendasikan agar pembatasan pelayanan sebanyak 3 kali itu ditujukan kepada peserta yang terdaftar di faskes yang masih dalam satu kabupaten/kota. Menyediakan petugas *call center* di daerah untuk pelayanan portabilitas. Mengembangkan pola pembayaran khusus kepada FKTP yang memberi pelayanan kepada peserta yang berasal dari FKTP daerah lain dan merekomendasikan Kementerian Kesehatan untuk membuat kisaran tarif sebagai ruang untuk kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes. Kemudian, membuat tarif yang acuannya bukan tipe kelas RS tapi kemampuan RS. BPJS Kesehatan perlu menegosiasikan tarif kepada setiap faskes berdasarkan nilai kredensialing.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka penulis dapat memberikan saran-saran sebagai berikut :

- 1) Bagi peserta seharusnya memahami terlebih dahulu peraturan-peraturan yang mengatur mengenai pengelolaan BPJS Kesehatan serta mematuhi ketentuan dan prosedur pelayanan yang diberlakukan di masing-masing fasilitas kesehatan.
- 2) Bagi pemerintah harus lebih meningkatkan lagi sumber daya manusia, fasilitas – fasilitas dan alat – alat kesehatan yang terdapat di Fasilitas Kesehatan, agar pelayanan kesehatan yang diberikan semakin optimal.

DAFTAR PUSTAKA

A. Al-Qur'an dan Al-Hadits

Al-Qur'an QS.Ibrahim Ayat : 7

HR Iman Bukhari

HR. Turmudzi

B. Buku

Abdelhak, M.; Grostick, S.; Hanken, M.A. 2011. *Health Information: management of A strategic Resource*, Sidney: WB. Saunders Company.

BPJS Kesehatan. 2014. "*Bridging System Perpendek Antrean Pelayanan*". Buletin Info BPJS Kesehatan. Edisi X. Jakarta: BPJS Kesehatan.

Budi, S. C. 2011. *Manajemen Unit kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.

Depdikbud. 1985, *Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi kedua*. Jakarta : Balai Pustaka.

Depkes RI. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*, Jakarta : Depkes RI

Dr. Yusuf al-Qardlawy, 1997, *Al-Sunnah Mashdaran Li al-Ma"rifah wa al-Hadlarah*, Kairo, Dar alSyuruq, Cet. I.

Endang wahyati yustina, 2012, *mengenal hukum rumah sakit*, Bandung : Keni Media.

Fidela Firwan Firdaus, Arlina Dewi, 2016, "*Evaluasi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Panembahan Senopati Bantul*".

- H. Ishaq. 2016, *Metode Penelitian Hukum Dan Penulisan Skripsi, Tesis, Serta Disertasi*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Hatta, G. R. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta. Universitas Indonesia : UI-Press.
- Hermein Hadiati Koeswadji, 1984, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya, Airlangga University Press.
- Hermein hadiati koeswadji, 2002, *hukum untuk perumahsakit*, Bandung : citra aditya bakti.
- Imam Soepono, 2009, *Pengantar Hukum Perburuhan*, Jakarta : Djambatan.
- Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Pendampingan Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.
- Rusdiana.H.A, 2014, *Asas – asas Manajemen Berwawasan Global*, Bogor : Pustaka Setia.
- Rustiyanto, E. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sabarguna, 2007, *Sistem Bantu Keputusan Untuk Fasilitas Rumah Sakit*, Yogyakarta : Konsorsium Rumah Sakit Jateng–DIY.
- Setianingsih, dkk. 2015, “*Kepuasan Pasien Pengguna BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit X*”
- Soekidjo notoatmodjo, 2010, *etika & hukum kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Soerjono Soekanto & Sri Mamudji, 2001, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Rajawali Pers, Jakarta.

Susanti Adi Nugroho, 2008, *Proses Penyelesaian Sengketa Konsumen Ditinjau Dari Hukum Acara Serta Kendala Implementasinya*, Jakarta: Kencana Prenanda Media Group.

C. Jurnal

Adi Jatmika, Rinitami Njatrijani, Ery Agus Priyono, 2017, “*Kajian Hukum Perjanjian Baku Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Utama Semarang dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Mutiara Bunda)*”. *Diponegoro Law Journal* Volume 6, Nomor 2, Tahun 2017.

Mariati Rahman. 2017, “*Kualitas Layanan Kesehatan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin*”. *Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Publik*, Vol.7, No.1, 2017.

Mustofa, 2017, “*Hubungan Implementasi Program BPJS Kesehatan Dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Kota Tangerang*”. *Jurnal Mozaik* Vol. IX Edisi 2 Desember 2017.

D. Peraturan Perundang – Undangan

- a) Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata);
- c) Kitab Undang-Undang Hukum Acara Perdata;
- d) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial;
- e) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- f) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

E. Lain – lain

<http://jkn.kemkes.go.id/faq.php>

<http://m.hukumonline.com/berita/baca/lt54cf4a639cccf/kepesertaan-wajib-bpjs-bukandomain-swasta>

[https://djsn.go.id/sjsn/programsjsn/jaminankesehatan#:~:text=Jaminan%20Kesehatan%20\(JKN\)%20adalah%20program,dalam%20memenuhi%20kebutuhan%20dasar%20kesehatan.,](https://djsn.go.id/sjsn/programsjsn/jaminankesehatan#:~:text=Jaminan%20Kesehatan%20(JKN)%20adalah%20program,dalam%20memenuhi%20kebutuhan%20dasar%20kesehatan.,)

<https://jatim.kemenag.go.id/file/dokumen/sehat.pdf>

<https://krakataumedika.com/info-media/artikel/apa-hak-dan-kewajiban-peserta-bpjs-kesehatan>

<https://krakataumedika.com/info-media/artikel/apa-hak-dan-kewajiban-peserta-bpjs-kesehatan>

https://repository.unsri.ac.id/9065/2/RAMA_12201_04031181320026_02.pdf,

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Tersedia dalam [www. depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).