

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penduduk Indonesia dalam memenuhi kebutuhan hidupnya belum semua terpenuhi oleh pemerintah berkaitan dengan masalah kebutuhan primer dan sekunder. Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan kesehatan dan tuntutan masyarakat yang semakin berkembang untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka seharusnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat juga harus meningkat, agar kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dapat terpenuhi.

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting agar manusia dapat bertahan hidup dan melakukan aktifitas. Pentingnya kesehatan ini mendorong pemerintah untuk mendirikan layanan kesehatan agar masyarakat dapat mengakses kebutuhan kesehatan. Layanan kesehatan merupakan ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat, oleh karena itu mendapatkan layanan kesehatan merupakan hak setiap warga Negara Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui JKN bagi kesehatan perorangan. Pemerintah memberikan jaminan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (JamKesMas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (JamKesDa). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi atau terbagi-bagi. Biaya kesehatan dan mutu kesehatan menjadi sulit

terkendali. Sehingga pada tahun 2004 dikeluarkan undang-undang nomor 40, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN. JKN ini dikelola melalui suatu badan pemerintah yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dinaungi oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Program JKN diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya di mulai sejak 1 Januari 2014.

BPJS kesehatan merupakan program kesehatan baru yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Adapun program BPJS kesehatan berupa perlindungan kesehatan agar peserta jaminan kesehatan dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan juga manfaat perlindungan dalam memenuhi kebutuhan pokok yang diberikan kepada tiap masyarakat yang sudah membayarkan iuran atau pun yang sudah dibayarkan oleh pemerintah, hal ini disebabkan tidak adanya kemampuan secara ekonomi untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang semakin mahal.

Walaupun selama ini pemerintah telah membentuk beberapa program jaminan kesehatan bagi masyarakat khususnya masyarakat miskin, namun sebagian besar masyarakat belum memperoleh perlindungan yang memadai dengan program sebelumnya. Untuk itu perlu adanya sasaran yang lebih luas lagi dan manfaat yang lebih besar pada setiap peserta. Oleh karena itu, dibentuklah BPJS yang diharapkan menjadi penyempurnaan dari program-program jaminan social sebelumnya<sup>1</sup>. Penyebab buruknya aspek kesehatan di

---

<sup>1</sup> Rismawati, *Pelayanan BPJS Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Karan Asam Kecamatan Sungai Kunjang Kota Samarinda*, eJournal Ilmu Administrasi Negara, Jurnal 3 Vol (5), 2015, hal 1668

Indonesia adalah tidak meratanya pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pemerataan dalam aspek kesehatan sangat sulit dicapai di Indonesia mengingat kondisi geografis Indonesia yang merupakan Negara kepulauan yang memiliki sangat banyak pulau-pulau yang membuat pembangunan fasilitas kesehatan pada daerah- daerah tertentu masih sangat kurang. Hal tersebut diperparah dengan kesenjangan ekonomi rakyat Indonesia membuat hanya masyarakat berpenghasilan tinggi yang mampu menjangkau biaya kesehatan yang cenderung mahal, sedangkan, masyarakat yang berpenghasilan rendah tidak dapat menjangkau biaya layanan kesehatan sehingga muncul diskriminasi pelayanan kesehatan. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, pemerintah pada tahun 2004 mengeluarkan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Sebagai warga negara Indonesia, salah satu yang menjadi hak kita adalah mendapatkan jaminan sosial. Sebagaimana namanya, jaminan sosial nasional merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan Negara untuk menjamin kebutuhan dasar seluruh rakyat Indonesia. Jaminan sosial di Indonesia diselenggarakan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diatur dalam UU No. 40 Tahun 2004 dengan berlandaskan UUD 1945. Isinya menyatakan bahwa Pemerintah harus terlibat dalam menyejahterakan warga negaranya. UU SJSN ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh rakyat Indonesia salah satu program dari SJSN adalah JKN melalui suatu BPJS<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> <http://docplayer.info/201480-Faktor-faktor-yang-mempengaruhi-kepuasan-pengguna-bpjs-terhadap-pelayanan-bpjs-abstrak.html>, pkl.10:22

Hadirnya SJSN telah melahirkan sistem baru program jaminan sosial di Indonesia dan menggantikan program-program jaminan sosial yang ada sebelumnya, seperti Asuransi Kesehatan (Askes) dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek).<sup>3</sup> Sistem baru yang dinamakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) adalah wujud tanggung jawab Negara untuk memberikan perlindungan sosial sepenuhnya kepada masyarakat Indonesia. Namun usaha pemerintah sampai saat ini dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan kesehatan belum dapat memenuhi harapan masyarakat, masih banyak masyarakat yang mengeluh dan tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh BPJS kesehatan baik dari peraturan perundang-undangannya maupun dalam pelaksanaannya.

Sebelum adanya BPJS, masyarakat Indonesia cukup kesulitan untuk mendapatkan bantuan biaya pengobatan. Mereka harus terlebih dahulu mengurus surat-surat keterangan di kelurahan dan sebagainya. Setelah munculnya BPJS Kesehatan (menggantikan Askes) pada tahun 2014, akses ke pengobatan menjadi lebih mudah.<sup>4</sup>

Mekanisme pelayanan BPJS kesehatan menggunakan system rujukan berjenjang sebagai berikut Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) atau di sebut juga *provider* tingkat pertama adalah rujukan pertama yang mampu memberikan pelayanan kesehatan dasar, Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua (PPK 2) atau disebut juga *provider* tingkat dua adalah rujukan kedua yang mampu memberikan pelayanan kesehatan spesialisik dan Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Tiga (PPK 3) atau disebut juga

---

<sup>3</sup> <https://www.cermati.com/artikel/sistem-jaminan-sosial-nasional-dan-manfaatnya-serta-bedanya-dengan-asuransi> pkl. 10:25

<sup>4</sup> *Ibid*

*provider* tingkat tiga adalah rujukan ketiga yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub Spesialistik<sup>5</sup>.

Beberapa permasalahan di BPJS kesehatan yang muncul diantaranya; *pertama*, sistem pelayanan kesehatan, yang masih adanya penolakan pasien tidak mampu. Hal ini dikarenakan Peraturan Pemerintah (PP) No. 101 Tahun 2012 tentang PBI jo. Peraturan Presiden (Perpres) 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, hanya mengakomodasi 86,4 juta rakyat miskin sebagai Penerima Bantuan Iuran Kesehatan (PBI) fakir miskin dan orang tidak mampu BPS (2011) Indonesia ± 96,7 juta jiwa.<sup>6</sup> *Kedua*, system pembayaran. Belum tercukupinya dana yang ditetapkan BPJS dengan *real cost*, terkait dengan pembiayaan dengan skema Indonesia *Case Base Groups* (INA CBGs), yaitu, sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah dan kapitasi yang dikebiri oleh Permenkes No. 69 Tahun 2013. Dikeluarkannya Surat Edaran No. 31 dan 32 tahun 2014 oleh Menteri Kesehatan untuk memperkuat Permenkes No.69 ternyata belum dapat mengurangi masalah di lapangan tersebut.

Selain itu kejelasan area pengawasan masih lemah baik dari segi internal maupun eksternal. *Ketiga*, sistem mutu pelayanan kesehatan. Keharusan perusahaan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dan swasta nasional, menengah dan kecil masuk menjadi peserta BPJS kesehatan belum terealisasi mengingat manfaat tambahan yang diterima pekerja BUMN atau swasta

---

<sup>5</sup> Hubaib Alif Khaliza, *Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*, Volume 3, Nomor 1, Januari – April 2015, ISSN 2303 – 341X

<sup>6</sup> <http://www.kabarbangsa.com/2015/08/mencermati-problematika-hukum-bpjs.html?m=1>, pkl. 09:12

lainnya melalui regulasi turunan belum selesai dibuat. Hal ini belum sesuai dengan amanat Perpres No. 111 Tahun 2013 (Pasal 24 dan 27) mengenai keharusan pekerja BUMN dan swasta menjadi peserta BPJS kesehatan paling lambat 1 Januari 2015.<sup>7</sup>

Permasalahan lain terkait implementasi payung hukum, perlu dilakukan upaya sinergis dan harmonisasi antar pemangku kebijakan (*stakeholder*), dalam merumuskan kebijakan yang kompherensif. Sehingga diperlukan revisi regulasi turunan BPJS kesehatan seperti dalam penetapan *cost* BPJS kesehatan dan pengaturan penyaluran dana ke fasilitas kesehatan penyelenggara, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia (dokter, perawat, administrasi rumah sakit), sehingga memudahkan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan serta fasilitas kesehatan yang dimiliki dapat menunjang pelaksanaan secara efisien dan efektif.

BPJS kesehatan tidak hanya soal administrasi yang rumit dan berbelit-belit, layanan rumah sakit yang kacau balau, banyaknya kasus penolakan terhadap pasien miskin, tetapi sebenarnya berpangkal pada fondasi hukum sistem ini, yakni UU SJSN dan UU BPJS contohnya, Bu Ani yang berasal dari Jawa Tengah. Setiap kali beliau ke rumah sakit, beliau selalu di tanya di loket "Umum atau BPJS?" lalu beliau berpikir apa bedanya pasien umum sama pasien BPJS? Kata seorang ibu-ibu yang duduk di sebelah Bu Ani ternyata perbedaan dari segi biaya. Maksudnya perlakuan terhadap pasien umum yang dianggap membayar, sedangkan pasien BPJS dianggap gratis. Yang dimana pasien umum ditanggung sendiri, sedangkan pasien BPJS ditanggung oleh

---

<sup>7</sup> *ibid*

pemerintah.. Program JKN yang pelaksanaannya dipercayakan pada BPJS kesehatan masih jauh dari makna keadilan, contohnya: ada seorang bapak-bapak bernama Anto sedang sakit kemudian harus di rawat di salah satu Rumah Sakit Umum, beliau seorang PNS mendapatkan fasilitas yang dulunya dikelola oleh PT. Askes Indonesia dan sekarang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Fasilitas ini sangat membantu, karena biaya RS menjadi lebih ringan yang sebagian biaya bisa tercover oleh BPJS Kesehatan. Tetapi alangkah tersiksanya beliau ketika menggunakan fasilitas BPJS terutama dalam segi pelayanan rumah sakit. Beliau tidak cepat ditangani oleh pihak tenaga medis RS karena hanya untuk mendapatkan kamar atau ruang perawatan, akhirnya beliau menunggu di Unit Gawat Darurat (UGD) hampir setengah hari, Setelah menunggu beberapa jam yang dimana Pak Anto seharusnya berada di kelas 2, akhirnya beliau mendapatkan ruang rawat inap yang bukan sesuai kelas fasilitas BPJS Kesehatan, melainkan dapat kelas 3. Kemudian, istrinya berdiskusi dengan pihak RS tentang apa yang terjadi? Lalu pihak RS mengatakan jika kelas 2 penuh dengan pasien jadi Pak Anto tidak kebagian kamar. Karena dari pihak keluarga tidak terima terutama istrinya, beliau menggunakan jalur umum non BPJS. Hanya menunggu beberapa menit saja beliau langsung dapat kelas 2 dan ditangani dengan cepat.<sup>8</sup> Penerapan BPJS kesehatan masih memiliki persoalan dalam banyak hal, diantaranya persoalan BPJS kesehatan sudah muncul sejak proses aktivasi kartu.

Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja

---

<sup>8</sup> <https://www.kompasiana.com/fajarqolbylaily1205/5b554c5c6ddcae5395780197/ketidakadilan-layanan-kesehatan?page=all#section1>, pkl. 09:25

sama dengan BPJS. Keterbatasan itu, menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh. Masalah lain, rumitnya alur pelayanan BPJS kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas. Banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS, sesuai dengan Pasal 2 UU BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.<sup>9</sup>

Berdasarkan uraian tersebut diatas, saya tertarik untuk mengangkat topik mengenai BPJS kesehatan dalam menyelesaikan tugas akhir saya. Tugas akhir ini dilakukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana (S1) yaitu Sarjana Hukum (S.H). Adapun judul yang saya angkat dari tugas akhir saya adalah MEKANISME PELAKSANAAN DAN KUALITAS KESEHATAN PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP PENGGUNA BPJS KESEHATAN BERDASARKAN UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BPJS.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang saya angkat dari judul tersebut adalah :

1. Bagaimana mekanisme klaim BPJS kesehatan dan sanksi bagi para pihak jika terjadi pelanggaran berdasarkan peraturan yang berlaku.?
2. Faktor apa saja yang menghambat pelaksanaan pelayanan terhadap pengguna BPJS Kesehatan.?

## **C. Tujuan Penelitian**

---

<sup>9</sup> <https://m.tempo.co/read/news/2015/08/09/173690357/4-masalah-paling-dikeluhkan-dalam-pelayanan-BPJS-kesehatan>, pkl. 17:30

Adapun yang menjadi tujuan dalam penulisan skripsi ini :

1. Untuk mengetahui mekanisme klaim BPJS kesehatan dan sanksi bagi para pihak jika terjadi pelanggaran berdasarkan peraturan yang berlaku.?
2. Untuk mengetahui factor apa saja yang menghambat pelaksanaan pelayanan terhadap pengguna BPJS Kesehatan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Dengan menyelesaikan penelitian ini, diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun secara praktis yaitu sebagai berikut :

##### 1. Manfaat Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi guna pengembangan keilmuan terutama yang berkaitan langsung dengan mekanisme pelaksanaan dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pengguna BPJS Kesehatan.

##### 2. Manfaat Secara Praktis

Penelitian ini juga diharapkan dapat menambah pengetahuan dan untuk meringankan beban dalam pemenuhan kebutuhan terkait kesehatan dan lebih mengenal BPJS kesehatan agar dapat dimanfaatkan secara bijaksana.

##### 3. Manfaat Bagi Penulis

Penelitian ini diperlukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S1) yaitu Sarjana Hukum (S.H) pada program studi ilmu hukum, fakultas hukum, di universitas HKBP Nommensen Medan dan sebagai penambah wawasan serta pengalaman langsung dalam suatu penelitian hukum.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan

##### 1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Secara etimologis pelayanan berasal dari kata “layan” yang berarti menolong, menyajikan, membalas, menghidangkan, menanggapi, membantu, memuaskan, menyediakan segala sesuatu yang dibutuhkan atau diperhatikan orang (pihak) lain. Pada dasarnya setiap manusia membutuhkan pelayanan, bahkan secara ekstrim dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia. Menurut Kotlern dalam Sampara Lukman, pelayanan adalah setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik.<sup>10</sup>

Menurut Kasmir pelayanan adalah tindakan atau perbuatan seseorang atau organisasi untuk memberikan kepuasan pada pelanggan atau nasabah. Tindakan yang dilakukan guna memenuhi keinginan pelanggan akan sesuatu produk atau jasa.

Sedangkan menurut Boediono, menyatakan bahwa “pelayanan adalah suatu proses bantuan kepada orang lain dengan cara-cara tertentu yang memerlukan kepekaan dan hubungan interpersonal agar terciptanya kepuasan dan keberhasilan.”<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Lijan Poltok Sinambela. *Reformasi Pelayanan Publik*. (Jakarta, Bumi Aksara, 2010), hal.3

<sup>11</sup> Boediono. *Pelayanan Prima Perpajakan*. Cetakan kedua (Jakarta, Rineka Cipta, 2003), hal.60

Dari pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa yang didambakan dari pelayanan adalah adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang terkadang sengaja dibuat-buat dan mendapatkan pelayanan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama, tertib dan tidak adanya kesenjangan.

Pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.<sup>12</sup>

Pelayanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan kedalam terminologi operasional, sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing.<sup>13</sup>

Pelayanan kesehatan adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan sasaran utamanya adalah masyarakat. Ruang lingkup pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan masyarakat

---

<sup>12</sup> Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009

<sup>13</sup> Imbalo Pohan, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. (Jakarta, EGC, 2007), hal 28

banyak, maka peran pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat cukup besar.

Pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu :

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*). pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*) Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif.<sup>14</sup>

Pelayanan kesehatan dapat memuaskan setiap pemakai jasa sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Syarat-syarat pelayanan kesehatan antara lain :

1. Tersedia dan berkesinambungan

---

<sup>14</sup> Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 52 ayat (1)

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaanya dalam masyarakat adalah setiap saat yang dibutuhkan.

2. Dapat diterima dengan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*) artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin di nikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

#### 5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.<sup>15</sup>

## 2. Sistem Pembiayaan dan Pembayaran Kesehatan di Indonesia

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia secara umum dibedakan menjadi 2 yaitu :

### 1. *Free of service*

Sistem ini secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, di mana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (selanjutnya disebut PPK). PPK mendapatkan pendapatan berdasarkan atas pelayanan yang

---

<sup>15</sup> [http://kebunhadi.blogspot.co.id/2012/11/konsep-pelayanan-kesehatan\\_17.html](http://kebunhadi.blogspot.co.id/2012/11/konsep-pelayanan-kesehatan_17.html), pkl. 12:22

diberikan, semakin banyak yang dilayani, semakin banyak pula pendapatan yang diterima. Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *free for service*. Dari laporan *World Health Organization* (WHO) di tahun 2006 sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem *free for service* dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem *health insurance* (WHO, 2009).<sup>16</sup>

kelemahan sistem *Fee for Service* adalah terbukanya peluang bagi pihak PPK untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship*, di mana PPK mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang sekecil-kecilnya ditentukan dari negoisasi. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung PPK didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak.

## 2. Health Insurance

Sistem ini diartikan sebagai sistem pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau pihak asuransi setelah pencari layanan kesehatan berobat. Sistem health insurance ini dapat berupa sistem kapitasi dan *System Diagnose Related Group* (DRG system). Sistem kapitasi merupakan metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan

---

<sup>16</sup> <https://www.scribd.com/doc/124740114/Sistem-Pembiayaan-Kesehatan-Indonesia>, pkl. 16:08

dimana PPK menerima sejumlah tetap penghasilan peserta untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu.

Kelemahan dari sistem *health insurance* adalah dapat terjadinya *underutilization* di mana dapat terjadi penurunan kualitas dan fasilitas yang diberikan kepada pasien untuk memperoleh keuntungan sebesar-besarnya. Selain itu, jika peserta tidak banyak bergabung dalam sistem ini, maka risiko kerugian tidak dapat terhindarkan.

Pembayaran bagi PPK dengan sistem kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh suatu lembaga PPK atas jasa pelayanan kesehatan dengan pembayaran oleh suatu lembaga kepada PPK atas jasa pelayanan dengan pembayaran di muka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya (*unit cost*) tertentu. Salah satu lembaga di Indonesia adalah Badan Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Masyarakat yang telah menjadi peserta akan membayar iuran dimuka untuk memperoleh pelayanan kesehatan paripurna dan berjenjang dengan pelayanan tingkat pertama sebagai ujung tombak yang memenuhi kebutuhan utama kesehatan dengan mutu terjaga dan biaya terjangkau.

## **2.2 Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan**

### **1. Pengertian BPJS Kesehatan**

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS adalah peleburan 4 (empat) badan usaha milik negara menjadi satu badan hukum, 4 (empat) badan usaha yang dimaksud adalah PT Taspen, PT Jamsostek, PT

ASABRI, dan PT ASKES. BPJS ini berbentuk seperti asuransi, nantinya semua warga Indonesia diwajibkan untuk mengikuti program ini.<sup>17</sup>

UU SJSN ditetapkan dengan pertimbangan utama untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui sistem SJSN setiap orang yang memungkinkan untuk mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Hal ini sesuai dengan amanat UUD 1945 Pasal 28H ayat (3) yang dinyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.<sup>18</sup>

Pengembangan jaminan sosial juga selaras dengan tujuan pembentukan Negara Indonesia yang menganut paham negara kesejahteraan (*welfare state*). Alinea keempat Pembukaan UUD 1945 antara lain dinyatakan bahwa salah satu tujuan Negara Indonesia adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum. Agar hak setiap orang atas jaminan sosial sebagaimana amanat konstitusi dapat terwujud, maka UU SJSN dinyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh penduduk yang pencapaiannya dilakukan secara bertahap. Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang diprioritaskan untuk mencakup seluruh penduduk terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan.

Upaya pencapaian jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk (*universal coverage*) harus dituangkan ke dalam peta jalan (*roadmap*)

---

<sup>17</sup> <http://www.antaraneews.com/berita/376166/tanya-jawab-bpjs-kesehatan>, pkl. 19:05

<sup>18</sup> Hadi Setia Tunggal, *Memahami Sistem Jaminan Sosial (SJSN) dan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia*, (Jakarta, Harvarindo, 2015), hal. 18

yang sistematis, komprehensif dan terpadu. Peta jalan ini disusun dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dan telah disepakati untuk dilaksanakan. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) Pasal 7 ayat (2) UU SJSN dinyatakan, bahwa DJSN berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. Sesuai mandatnya dalam UU SJSN melakukan sinkronisasi dalam penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk di dalamnya kesehatan. Atas dasar beberapa pertimbangan itulah maka disusun peta jalan pengembangan jaminan kesehatan ini.

Penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia dikelola oleh pemerintah negara yang kemudian berkembang menjadi BUMN. Berdasarkan Inpres No. 17 tahun 1967 (yang selanjutnya dikukuhkan dengan Undang-Undang No. 8 tahun 1969, dibentuk perusahaan negara ada tiga, yaitu Perusahaan Jawatan (Perjan), Perusahaan Umum (Perum) dan Perusahaan Negara Perseroan Terbatas (Persero atau PT). Perjan untuk menangani usaha yang bersifat *public utility*, Perum untuk menangani usaha yang bersifat vital bagi negara dan Persero/PT untuk menangani usaha sebagaimana perusahaan swasta.<sup>19</sup>

BPJS Kesehatan tidak bisa terlepas dari kehadiran PT Askes (Persero), oleh karena ini merupakan cikal bakal dari terbentuknya BPJS Kesehatan. Pada tahun 1968, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Ibid, hal.3

<sup>20</sup> <http://www.mgtradio.com/component/k2/item/4975-sejarah-singkat-bpjs-kesehatan> , pkl. 21.04

Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai cikal-bakal Asuransi Kesehatan Nasional. Kemudian pada tahun 1984 cakupan peserta badan tersebut diperluas dan dikelola secara profesional dengan menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya.

Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Badan ini terus mengalami transformasi yang dari tadinya Perum kemudian pada tahun 1992 berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.

Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan Republik Indonesia, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 dan No.56/Menkes/SK/I/2005, sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Dengan prinsip penyelenggaraan mengacu pada :

1. Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan azas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.

2. Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
3. Pelayanan kesehatan dengan prinsip *manage care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang
4. Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
5. Menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.
6. Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.<sup>21</sup>

BPJS kesehatan merupakan suatu BUMN yang mempunyai tugas khusus untuk menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

BPJS kesehatan ini merupakan salah satu program pemerintah dalam bentuk kesatuan jaminan kesehatan nasional atau JKN. Jaminan Kesehatan Nasional ini diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Dasar hukum dari BPJS kesehatan ini adalah UU SJSN khususnya pada Pasal 5 dan UU BPJS. Dalam UU BPJS askes (Asuransi Kesehatan) yang sebelumnya dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), berubah menjadi BPJS kesehatan sejak tanggal 1 Januari<sup>22</sup>.

BPJS kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 dan merupakan transformasi kelembagaan PT. Askes (Persero), yaitu :

---

<sup>21</sup> Ibid

<sup>22</sup> Ibid

- a. Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) Tahun 1968 Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi PNS dan ABRI beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai embrio Asuransi Kesehatan Nasional.
- b. Perusahaan umum Husada bhakti Tahun 1984-1991, untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara professional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 tahun 1984 tentang Pemeliharaan bagi PNS, Penerima Pensiun (PNS, ABRI, dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bahkti.
- c. PT. Askes (Persero) Tahun 1992 – 2013 Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegoisasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. Pada tahun 2005 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai

penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.

- d. BPJS kesehatan Tahun 2014 hingga saat ini berdasarkan UU SJSN dan UU BPJS maka pada tanggal 1 Januari 2014 PT. Askes (Persero) melakukan transformasi kelembagaan menjadi BPJS kesehatan. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban. PT Askes (Persero) berubah bentuk menjadi BPJS kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat Indonesia berdasarkan UU BPJS.

Kehadiran program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN- KIS) yang dikelola BPJS Kesehatan dalam rangka menjalankan amanat UU SJSN, terbukti telah memberikan harapan baru bagi seluruh rakyat Indonesia akan adanya kepastian perlindungan atas hak jaminan sosial. Sebagaimana disebutkan dalam Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945 bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Sesuai dengan UU SJSN, jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.<sup>23</sup>

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Ketentuan dalam UU SJSN

---

<sup>23</sup> ibid

tersebut sejalan dengan Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 UUD 1945. Pelaksanaan SJSN bidang kesehatan, salah satunya dilakukan melalui peningkatan cakupan kepesertaan JKN-KIS melalui pendistribusian Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang merupakan salah satu sasaran pokok yang tertuang dalam RPJMN 2015-2019 sebagai penjabaran dari Sembilan Agenda Prioritas (Nawacita).<sup>24</sup>

## **2. Kepesertaan BPJS Kesehatan**

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran.

Sesuai dengan perpres No. 12 Tahun 2013 Peserta Jaminan kesehatan, yaitu :

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan PBI atau Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan adalah masyarakat yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Penetapan peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas :

---

<sup>24</sup> <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/arsip/categories/Mjg>, pkl. 22:36

- a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya (Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai swasta);
- b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya (pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri); dan
- c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya (investor, pemberi kerja, penerima pension, veteran, perintis kemerdekaan).

### **3. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan**

Hak dan kewajiban peserta BPJS kesehatan telah dinyatakan dalam Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Hak peserta BPJS kesehatan antara lain :

Hak peserta :

- a. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- b. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan; dan
- d. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS kesehatan.

Kewajiban peserta :

- a. Mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta BPJS kesehatan;
- b. Membayar iuran;

- c. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar;
- d. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat, atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- e. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
- f. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

UU BPJS memberikan hak dan kewajiban kepada BPJS dalam melaksanakan kewenangan dan tugas yang ditentukan dalam UU BPJS.

UU BPJS menentukan dalam melaksanakan kewenangannya BPJS berhak, yaitu :

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Memperoleh hasil *monitoring* dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN.<sup>25</sup>

Penjelasan Pasal 12 huruf a UU BPJS dikemukakan bahwa yang dimaksud dengan “dana operasional” adalah bagian dari akumulasi iuran jaminan sosial dan hasil pengembangannya yang dapat digunakan BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial. UU BPJS tidak memberikan pengaturan mengenai berapa besaran

---

<sup>25</sup> <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/276>, pkl. 22:42

“dana operasional” yang dapat diambil dari akumulasi iuran jaminan sosial dan hasil pengembangannya. UU BPJS tidak juga mendelegasikan pengaturan lebih lanjut mengenai hal tersebut kepada peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang.

Besaran dana operasional harus dihitung dengan cermat, menggunakan ratio yang wajar sesuai dengan *best practice* penyelenggaraan program jaminan sosial. Mengenai hak memperoleh hasil *monitoring* dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN setiap 6 bulan, dimaksudkan agar BPJS memperoleh umpan balik sebagai bahan untuk melakukan tindakan korektif memperbaiki penyelenggaraan program jaminan sosial. Perbaikan penyelenggaraan program akan memberikan dampak pada pelayanan yang semakin baik kepada peserta.

UU BPJS menentukan bahwa untuk melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk :

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta; yang dimaksud dengan “nomor identitas tunggal” adalah nomor yang diberikan secara khusus oleh BPJS kepada setiap peserta untuk menjamin tertib administrasi atas hak dan kewajiban setiap peserta. Nomor identitas tunggal berlaku untuk semua program jaminan social;
- b. Mengembangkan asset Dana Jaminan Sosial dan asset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta;
- c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;

Informasi mengenai kinerja dan kondisi keuangan BPJS mencakup informasi mengenai jumlah asset dan liabilitas, penerimaan, dan pengeluaran untuk setiap Dana Jaminan Sosial, dan/atau jumlah asset dan liabilitas, penerimaan dan pengeluaran BPJS.

- d. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan UU SJSN;
- e. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajiban;
- g. Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 kali dalam 1 tahun;
- h. Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 kali dalam 1 tahun;
- i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum;
- j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial; dan
- k. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.<sup>26</sup>

Jika dicermati ke 11 kewajiban BPJS tersebut berkaitan dengan *governance* BPJS sebagai badan hukum publik. BPJS harus dikelola sesuai dengan prinsip-prinsip *transparency, accountability and*

---

<sup>26</sup> <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/276>

*responsibility, responsiveness, independency, dan fairness.*

Dari 11 kewajiban yang diatur dalam UU BPJS, 5 diantaranya menyangkut kewajiban BPJS memberikan informasi. UU Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik memang mewajibkan badan publik untuk mengumumkan informasi publik yang meliputi informasi yang berkaitan dengan badan publik, informasi mengenai kegiatan dan kinerja badan publik, informasi mengenai laporan keuangan, dan informasi lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian hukum merupakan suatu proses untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum yang menjawab isu-isu hukum yang sedang terjadi<sup>27</sup>

Adapun ruang lingkup dari penelitian ini adalah:

- a. Bagaimana mekanisme klaim BPJS kesehatan dan sanksi bagi para pihak jika terjadi pelanggaran berdasarkan peraturan yang berlaku.?
- b. Faktor apa saja yang menghambat pelaksanaan pelayanan terhadap pengguna BPJS Kesehatan.?

#### B. Jenis Penelitian

Penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah Penelitian Hukum Normatif (*doctrinal legal research*) dengan ciri khas penelitian yang berhubungan dengan fakta-fakta hukum, peraturan-peraturan hukum, kasus-kasus hukum terdahulu, buku-buku hukum, dan lain-lain yang dapat dijadikan referensi di dalam melakukan penelitian hukum murni (*purely legal research*).<sup>28</sup> Penelitian hukum normatif merupakan sifat dan ruang lingkup disiplin hukum dimana disiplin diartikan sebagai suatu sistem ajaran tentang kenyataan, yang biasanya mencakup disiplin analitis dan disiplin preskriptif. Penelitian hukum normatif memandang hukum dari segi normatifnya, yang secara umum

---

<sup>27</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum Edisi Revisi* (Bandung:Kencana Prenada Media Group, 2010), hlm. 181.

<sup>28</sup> Depri Liber Sonata, "*Metode Penelitian Hukum Normatif Dan Empiris: Karakteristik Khas Dari Metode Meneliti Hukum*", *Fiat Justisia Jurnal Ilmu Hukum* Volume 8 No. 1, 2014, hlm. 21

termasuk dalam disiplin preskriptif (meneliti kondisi hukum secara intrinsik, yaitu hukum sebagai sistem nilai dan hukum sebagai norma social).<sup>29</sup>

### C. Metode Pendekatan Masalah

Dalam melaksanakan penelitian hukum terdapat beberapa pendekatan- pendekatan yang digunakan peneliti untuk mendapatkan informasi dari berbagai aspek mengenai isu hukum yang sedang dicoba untuk dicari jawabannya. Pada umumnya metode pendekatan yang digunakan dalam melaksanakan penelitian hukum adalah pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*), pendekatan komparatif (*comparative approach*), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*).<sup>30</sup>

Dalam melaksanakan penelitian ini penulis memakai metode pendekatan penelitian sebagai berikut :

- a. Metode Pendekatan Perundang-Undangan (*statute approach*) adalah pendekatan yang dilakukan dengan menelaah setiap undang-undang dan regulasi yang memiliki korelasi dengan isu hukum yang sedang diteliti. Pendekatan ini akan membuka kesempatan bagi peneliti untuk mempelajari peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang atau sesuai isi dari judul yang diteliti yaitu UU No. 24 tahun 2011 Tentang BPJS.
- b. Metode Pendekatan Konseptual (*conceptual approach*) adalah pendekatan yang merujuk pada prinsip-prinsip hukum yang dapat ditemukan dalam pandangan-pandangan sarjana ataupun doktrin-doktrin hukum.

### D. Sumber Bahan Hukum

Adapun sumber bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

---

<sup>29</sup> Ibid, hal.25

<sup>30</sup> Peter Mahmud Marzuki, hal.133

a. Bahan Hukum Primer

Bahan hukum primer merupakan bahan hukum yang utama, sebagai bahan hukum yang bersifat autoritatif, yakni bahan hukum yang mempunyai otoritas, Bahan hukum primer meliputi peraturan perundang-undangan dan segala dokumen resmi yang memuat ketentuan hukum. Bahan hukum primer yang menjadi sumber bahan dalam penelitian ini adalah Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS

b. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder adalah dokumen atau bahan hukum yang memberikan penjelasan terhadap bahan hukum primer seperti buku-buku, artikel, jurnal-jurnal hukum, kamus-kamus hukum, hasil penelitian, makalah dan lain sebagainya yang relevan dengan permasalahan yang akan dibahas.

c. Bahan Hukum tersier

Bahan hukum tersier adalah bahan yang menunjang bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder. Bahan hukum tersier memberikan petunjuk atas penjelasan yang bermakna terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, seperti kamus hukum, ensiklopedia.

## **E. Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah metode Penelitian Kepustakaan (*library research*) yang merupakan sebagai penelitian yang bertujuan untuk mengumpulkan data dan informasi melalui bantuan bermacam-macam material yang terdapat diruangan perpustakaan, dengan cara membaca buku-

buku, Undang-undang, majalah, dokumen yang bersangkutan paut dengan isu hukum yang akan dibahas.<sup>31</sup>

#### **F. Metode Analisis Data**

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode analisis data kualitatif untuk memecahkan isu hukum yang dirumuskan yang akan dicantumkan dalam kesimpulan. Pendekatan kualitatif merupakan tata cara penelitian yang menghasilkan data deskriptif analisis, yaitu apa yang dinyatakan oleh sasaran penelitian yang bersangkutan secara tertulis seperti buku-buku, undang-undang, majalah, dan lain-lain<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Depri Liber Sonata., *Op.Cit*, hlm. 30.

<sup>32</sup> Bachtiar, "Metode Penelitian Hukum", UNPAM PRESS, Pamulang, 2018, hlm. 160.