BAB II

TINJAUAN PUSTAKA PELAYANAN KESEHATAN DAN JAMINAN SOSIAL

A. Pelayan Kesehatan

1. Defenisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatkan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.¹

Defenisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Departemen Kesehatan RI) yang tertuang dalam UndangUndang Kesehatan tentang 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. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, 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

¹ Veronika komalawati. Op,Cit. hlm. 77

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. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit,

pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Berdasarkan uraian di atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, klinik, dan rumah sakit diatur secara umum dalam UU Kesehatan, dalam Pasal 54 ayat (1) UU Kesehatan berbunyi bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Dalam hal ini setiap orang atau pasien dapat memperoleh kegiatan pelayanan kesehatan secara profesional, aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif serta lebih mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

2. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan

kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum pasien.² Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 UU Kesehatan, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
- c. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 UU Kesehatan juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- b. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

² *Ibid*, hlm. 77.

- c. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum, yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan, yang meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan preventif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Peraturan atau dasar hukum dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 53 dan Pasal 54 UU Kesehatan sebagai dasar dan ketentuan umum dan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit mencakup segala aspeknya yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.³

³ Cecep Triwibowo. *Etika dan Hukum Kesehatan*, PT Medika, Yogyakarta, 2014, hlm. 16.

Melalui ketentuan UU Kesehatan dan UU Rumah Sakit dalam hal ini pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

3. Pihak-Pihak yang Berhubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Pihak-pihak yang berhubungan dengan setiap kegiatan pelayanan kesehatan baik itu di rumah sakit, puskesmas, klinik, maupun praktek pribadi, antara lain:

a. Dokter

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit berdasarkan hukum dan pelayanan di bidang kesehatan. Pasal 1 ayat (11) Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menjelaskan defenisi dokter adalah suatu pekerjaan yang dilaksanakan berdasarkan suatu

keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Seorang dokter harus memahami ketentuan hukum yang berlaku dalam pelaksanaan profesinya termasuk didalamnya tentang persamaan hak-hak dan kewajiban dalam menjalankan profesi sebagai dokter.⁴ Kesadaran dokter terhadap kewajiban hukumnya baik terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain dalam menjalankan profesinya harus benar-benar dipahami dokter sebagai pengemban hak dan kewajiban.

b. Perawat

Perawat adalah profesi yang sifat pekerjaannya selalu berada dalam situasi yang menyangkut hubungan antar manusia, terjadi proses interaksi serta saling memengaruhi dan dapat memberikan dampak terhadap tiap-tiap individu yang bersangkutan.⁵ Menurut hasil Lokakarya Keperawatan Nasional Tahun 1983, perawat adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu pelayanan biopsiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu,

⁴ Anny Isfandyarie. *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi Bagi Dokter Buku I*, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2006, hlm. 3.

⁵ Mimin Emi. *Etika Keperawatan Aplikasi Pada Praktik*, Kedokteran EGC, Jakarta, 2004, hlm. 4.

keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia.⁶

Sebagai suatu profesi perawat mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat memberikan kepercayaan bagi perawat untuk terus menerus memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02 /MENKES /148 I /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Pasal 1 ayat (1) menjelaskan defenisi perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat, sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pada proses hubungan antara perawat dengan pasien, pasien mengutarakan masalahnya dalam rangka mendapatkan pertolongan yang artinya pasien mempercayakan dirinya terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

c. Bidan

Bidan adalah profesi yang diakui secara nasional maupun internasional oleh sejumlah praktisi diseluruh dunia. Defenisi bidan menurut *International Confederation of Midwife* (ICM) Tahun 1972 adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri tersebut, bidan harus

⁶Sri Praptianingsih. *Kedudukan Hukum Keperawatan dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2007, hlm.25.

mampu memberi supervisi, asuhan, dan memberi nasihat yang dibutuhkan wanita selama hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan, memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi lahir dan anak.⁷ Asuhan ini termasuk tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, dan mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan pertolongan gawat-darurat pada saat tidak ada tenaga medis lain.

Defenisi bidan di Indonesia adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan memperoleh kualifikasi untuk registrasi dan memperoleh izin.⁸ Secara otentik Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02. /MENKES /149 /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menjelaskan yang dimaksud dengan bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan yang telah teregistrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita sebagai pasiennya tetapi termasuk komunitasnya. Pendidikan tersebut termasuk antenatal, keluarga berencana dan asuhan anak.

⁷Atik Purwandi. *Konsep Kebidanan Sejarah & Profesionalisme*, Kedokteran EGC, Jakarta, 2008, hlm. 5.

⁸*Ibid.*

d. Apoteker

Menurut ketentuan Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, apoteker ialah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Adapun tugas yang dimiliki oleh seorang apoteker dalam melakukan pelayanan kesehatan diatur dalam PP 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan pekerjaan kefarmasian termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional.
- 2) Membuat dan memperbaharui SOP (*Standard Operational Procedure*) baik di industri farmasi.
- 3) Memenuhi ketentuan cara distribusi yang baik yang ditetapkan oleh menteri, saat melakukan pekerjaan kefarmasian dalam distribusi atau penyaluran sediaan farmasi, termasuk pencatatan segala sesuatu yang berkaitan dengan proses distribusi atau penyaluran sediaan farmasi.

- 4) Sebagai penanggung jawab di industri farmasi pada bagian pemastian mutu (*Quality Assurance*), produksi, dan pengawasan mutu.
- 5) Sebagai penanggung jawab fasilitas pelayanan kefarmasian yaitu di apotek, di instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau praktek bersama.
- 6) Melakukan pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) di apotek untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap sediaan farmasi dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- 7) Menjaga kerahasiaan kefarmasian di industri farmasi dan di apotek yang menyangkut proses produksi, distribusi dan pelayanan dari sediaan farmasi termasuk rahasia pasien.

Pelayanan kegiatan kesehatan dapat diperoleh mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit umum/swasta, klinik dan institusi pelayanan kesehatan lainnya diharapkan kontribusinya agar lebih optimal dan maksimal. Masyarakat atau pasien dalam hal ini menuntut pihak pelayanan kesehatan yang baik dari beberapa institusi penyelenggara di atas agar kinerjanya dapat dirasakan oleh pasien dan keluarganya, dilain pihak pemerintah belum dapat menerapkan aturan pelayanan kesehatan secara tepat, sebagaimana yang diharapkan karena adanya keterbatasan. Untuk

meningkatkan pelayanan kesehatan dibutuhkan tenaga kesehatan yang baik, terampil dan fasilitas rumah sakit yang baik, tetapi tidak semua institusi pelayanan medis tersebut memenuhi kriteria tersebut, sehingga meningkatkan kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini.

4. Hubungan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Hubungan hukum antara pasien dengan penyelenggara kesehatan dan pihak pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit, dokter, perawat, bidan) dalam melakukan hubungan pelayanan kesehatan. Pertama adalah hubungan medis yang diatur oleh kaedah-kaedah medis, dan kedua adalah hubungan hukum yang diatur oleh kaedah-kaedah hukum baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Hubungan hukum yang terjadi dalam pelayanan medis ialah berdasarkan perjanjian yang bertujuan untuk melakukan pelayanan dan pengobatan pasien demi kesembuhan pasien.⁹

Upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit bertolak dari hubungan dasar dalam bentuk transaksi terapeutik. Transaksi terapeutik sebagai suatu transaksi mengikat antara pihak pemberi pelayanan dengan pasien sebagai penerima pelayanan dalam perikatan transaksi terapeutik tersebut. Untuk menilai sahnyanya perjanjian hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan tersebut diatur dalam Pasal 1320 KUHPerdara, bahwa unsur-unsur syarat perjanjian dalam transaksi terapeutik meliputi:

⁹Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Kedokteran*, PT. Citra Aditya Bakti, Bandung, 1998, hlm. 101

- a. Adanya sepakat dari mereka yang mengikatkan dirinya.
- b. Adanya kecakapan antara pihak membuat perikatan.
- c. Suatu hal tertentu yang diperbolehkan.
- d. Karena suatu sebab yang halal.

Pelaksanaan dan pengaplikasian perjanjian itu sendiri harus dilaksanakan dengan itikad baik sesuai dengan ketentuan Pasal 1338 dan Pasal 1339 KUHPerdara dan perikatan tersebut berdasarkan perikatan usaha yang berdasarkan prinsip kehati - hatian. Perikatan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien dapat dibedakan dalam dua bentuk perjanjian yaitu :

- a. Perjanjian perawatan, dimana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa pihak rumah sakit menyediakan kamar perawatan serta tenaga perawatan melakukan tindakan penyembuhan.
- b. Perjanjian pelayanan medis, di mana terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan pasien bahwa tenaga medis pada rumah sakit akan berupaya secara maksimal untuk menyembuhkan pasien melalui tindakan medis.¹⁰

¹⁰Endang Kusuma Astuti, *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis Di Rumah Sakit*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2009, hlm.94.

B. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah salah satu sarana atau tempat menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*), yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.¹¹

1. Defenisi Rumah Sakit

Pengertian atau defenisi dari rumah sakit tercantum dalam Pasal 1 ayat (1) UU Rumah Sakit, pengertian rumah sakit ialah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, serta menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan institusi yang mempunyai kemandirian untuk melakukan hubungan hukum yang penuh dengan tanggung jawab. Rumah sakit bukan (*persoon*) yang terdiri dari manusia sebagai (*natuurlijk persoon*) melainkan rumah sakit diberikan kedudukan hukum sebagai

¹¹Charles J.P.Siregar. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta 2003, hlm.7

(*persoon*) yang merupakan badan hukum (*rechtspersoon*) sehingga rumah sakit diberikan hak dan kewajiban menurut hukum.¹²

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. Rumah sakit harus diselenggarakan oleh suatu badan hukum yang dapat berupa perkumpulan, yayasan atau perseroan terbatas.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Pasal 18 UU Kesehatan diatur bahwa rumah sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya yaitu, sebagai berikut :

a. Jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

1) Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang masih dapat dikategorikan sebagai penanganan penyakit secara umum atau menyeluruh.

2) Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

b. Sedangkan berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat yaitu sebagai berikut :

¹²Hermien Haditati Koeswadji, Op.cit, hlm. 91.

- 1) Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.
 - 2) Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.
- c. Klasifikasi berdasarkan Kepemilikan terdiri atas rumah sakit pemerintah, Rumah Sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan
- Klasifikasi berdasarkan kepemilikan terdiri atas Rumah Sakit pemerintah terdiri dari:
- 1) Rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan, Rumah Sakit pemerintah daerah, Rumah Sakit militer, Rumah Sakit BUMN, dan Rumah Sakit swasta yang dikelola oleh masyarakat.
 - 2) Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanan
- Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terdiri atas Rumah Sakit Umum, memberi pelayanan kepada pasien dengan beragam jenis penyakit dan Rumah Sakit Khusus, memberi pelayanan pengobatan khusus untuk pasien dengan kondisi medik tertentu baik bedah maupun non bedah. Contoh: rumah sakit kanker, rumah sakit bersalin.

3) Klasifikasi berdasarkan lama tinggal

Berdasarkan lama tinggal, rumah sakit terdiri atas rumah sakit perawatan jangka pendek yang merawat penderita kurang dari 30 hari dan rumah sakit perawatan jangka panjang yang merawat penderita dalam waktu rata-rata 30 hari.

4) Klasifikasi berdasarkan status akreditasi

Berdasarkan status akreditasi terdiri atas rumah sakit yang telah diakreditasi dan rumah sakit yang belum diakreditasi. Rumah sakit telah diakreditasi adalah rumah sakit yang telah diakui secara formal oleh suatu badan sertifikasi yang diakui, yang menyatakan bahwa suatu rumah sakit telah memenuhi persyaratan untuk melakukan kegiatan tertentu.

5) Klasifikasi Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Swasta

Klasifikasi rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta diklasifikasikan menjadi Rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

a) Rumah sakit kelas A, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas.

- b) Rumah sakit kelas B, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik terbatas.
- c) Rumah sakit kelas C, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
- d) Rumah sakit kelas D, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik.

3. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai hak-hak sebagaimana yang diatur dalam Pasal 30 UU Rumah Sakit antara lain, sebagai berikut :

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
- b. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka pengembangan pelayanan.
- c. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- d. Menggugat pihak yang mengalami kerugian.
- e. Mendapatkan perlindungan hukum.
- f. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit.

Kewajiban rumah sakit menurut Pasal 29 UU Rumah Sakit, disebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, nondiskriminasi dan efektif mengutamakan kepentingan pasien.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- d. Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- e. Menyelenggarakan rekam medis.
- f. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.

C. Pasien

1. Defenisi Pasien

Pasien adalah orang sakit yang membutuhkan bantuan dokter untuk menyembuhkan penyakit yang dideritanya, pasien dapat diartikan juga adalah orang sakit yang awam mengenai penyakitnya.¹³ Menurut aturan Pasal 1 ayat (10) UU Praktik Kedokteran, pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.

¹³Willa Candrawila. *Hukum Kedokteran*, Mandar Maju, Bandung, 2004, hlm.20.

Pasien adalah subjek yang memiliki pengaruh besar atas hasil akhir layanan, bukan hanya sekedar objek. Hak- hak pasien harus dipenuhi mengingat kepuasan pasien menjadi salah satu barometer mutu pelayanan di rumah sakit. Oleh karena itu harapan pasien sebagai penerima pelayanan medis meliputi:¹⁴

- a. Pemberian pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
- b. Membantu dan memberikan pelayanan dengan tanggap tanpa membedakan unsur SARA (suku, agama, ras, dan antar golongan).
- c. Jaminan keamanan, keselamatan, dan kenyamanan.
- d. Komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pasien.

Dengan demikian Pasien sebagai pihak atau subyek yang membutuhkan bantuan pelayanan kesehatan, memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal untuk menyembuhkan penyakit yang dideritanya. Ketidak puasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis dan rumah sakit dapat menjadi pangkal tuntutan hukum pasien untuk menuntut kerugian yang telah dilakukan pihak rumah sakit.

¹⁴Titik Triwulan dan Shinta Febrina. *Perlindungan Hukum bagi Pasien*, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2010, hlm. 27

D. JAMINAN SOSIAL

1. Asuransi Kesehatan (ASKES)

Asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-perusahaan asuransi, yaitu rawat inap (in-patient treatment) dan rawat jalan (out-patient treatment). Produk asuransi kesehatan diselenggarakan baik oleh perusahaan asuransi sosial, perusahaan asuransi jiwa, maupun juga perusahaan asuransi umum. Di Indonesia, PT Askes Indonesia merupakan salah satu perusahaan asuransi sosial yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada para anggotanya yang utamanya merupakan para pegawai negeri baik sipil maupun non-sipil. Anak-anak mereka juga dijamin sampai dengan usia 21 tahun. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga dijamin seumur hidup.

PT Askes (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan

Badan Usaha lainnya. Sejarah singkat penyelenggaraan program Asuransi Kesehatan sebagai berikut :¹⁵

a. 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. 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.

b. Tahun 1984

Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah 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.

¹⁵Delfi Stefani, "Transformasi Asuransi Kesehatan Ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial". Melalui <https://delfistefani.wordpress.com/2014/09/12/transformati-askes-ke-bpjs/>, Diakses tanggal 28 Maret 2018.

c. Tahun 1991

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

d. 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.

e. Tahun 2005

Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN).

f. Tahun 2014

Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS. Dasar hukum transformasi Askes menjadi BPJS Kesehatan ialah:

- a) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- b) Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan mulai diberlakukan sejak 1 Januari 2014 sebagai badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan bantuan jaminan sosial dalam bidang kesehatan.¹⁶ Dari segi struktur perusahaan, BPJS Kesehatan merupakan bagian dari ASKES, dimana fungsinya adalah melayani bantuan sosial kesehatan layaknya asuransi kesehatan dari pemerintah. Berdasarkan Peta Jalan JKN dan Perpres Nomor 12 tahun 2013, BPJS Kesehatan mengklasifikasi penggunanya ke dalam 2 kategori besar, yaitu:

- a. Non Penerima Bantuan Iuran (non-PBI) merupakan golongan masyarakat mampu yang bisa membayar premi secara mandiri.

¹⁶ Asih Eka, Op.cit, hlm.111

- b. Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan golongan masyarakat tidak mampu yang preminya dibayarkan oleh negara.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, jenis iuran atau premi yang wajib dibayar dalam BPJS Kesehatan terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

- a. Iuran Jaminan Kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu yang didaftarkan oleh Pemerintah daerah dan dibayarkan oleh Pemerintah.
 - b. Iuran Jaminan Kesehatan untuk Pekerja Penerima Upah (PNS, Anggota TNI atau POLRI, pejabat negara, serta pegawai pemerintah non pegawai negeri dan pegawai swasta)
 - c. Iuran Jaminan Kesehatan untuk Pekerja Bukan Penerima Upah (pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri) dan Peserta Bukan Pekerja (investor, perusahaan, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan)
3. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN merupakan sebuah bentuk jaminan sosial dari pemerintah untuk masyarakat Indonesia yang menggunakan sistem asuransi. Perihal jaminan kesehatan ini sudah tercantum dalam UU No 40 tahun 2004 mengenai

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN mengandung 5 komponen, yakni:¹⁷

- a. Jaminan Kesehatan Nasional
- b. Jaminan Kecelakaan Kerja
- c. Jaminan Hari Tua
- d. Jaminan Pensiun
- e. Jaminan Kematian

Awalnya, JKN diberikan secara beragam kepada beberapa kalangan masyarakat sesuai status kepegawaian atau kondisi keuangannya. Adapun beberapa contoh JKN pada masa lalu adalah :

- a. ASKES bagi pegawai negeri dan tentara
- b. JAMSOSTEK bagi pegawai swasta
- c. JAMKESMAS atau JAMKESDA atau JAMKESKOT bagi masyarakat tidak mampu (wajib menyerahkan surat keterangan tidak mampu dari kelurahan setempat)

1 Januari 2014, produk jaminan kesehatan dilebur menjadi satu, yaitu menjadi layanan jaminan kesehatan BPJS Kesehatan. Dana JKN sangatlah besar dan cenderung mudah disalah gunakan, oleh karena itu terdapat badan yang bertugas mengawasi pemanfaatan dana tersebut, yaitu sebagai berikut:

- a. Secara Internal, dilakukan oleh dewan pengawas satuan pengawas internal

¹⁷ Sulastomo, Op.cit, hlm. 32.

b. Secara Eksternal, dilakukan oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) dan lembaga pengawas independen

4. Kartu Indonesia Sehat (KIS)

KIS diresmikan pada tanggal 3 November 2014 oleh Presiden Joko Widodo. KIS saat ini layaknya sebuah kartu keanggotaan BPJS Kesehatan, dimana anggota baru BPJS Kesehatan akan memperoleh kartu anggota berwajah “Kartu Indonesia Sehat” secara bertahap terhitung Maret 2015.¹⁸ Sedangkan mengenai sumber pendanaan serta prosedur akan mengikuti seluruh aturan yang sudah berlaku pada BPJS Kesehatan.

Tujuan dibentuknya KIS awalnya adalah untuk mengakomodasi kaum marginal atau disebut sebagai Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) seperti gelandangan. Keterbatasan surat berharga dan identitas seperti KTP dan kartu keluarga tidak akan menjadi masalah dalam pendaftaran KIS, karena akan terdaftar secara otomatis melalui data dari dinas sosial. Rencana pengembangan ke depannya adalah seluruh anggota BPJS Kesehatan baik PBI maupun non-PBI akan memperoleh kartu yang sama. Jadi KIS hanya ganti nama saja. Namun ukuran, bentuk, dan fungsi kartunya sama saja. KIS bukanlah kartu untuk masyarakat miskin, tetapi seluruh peserta program JKN.

¹⁸ <http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/15/02/18/njyuxa-kartu-bpjs-kesehatan-bersalin-nama-jadi-kis>, Ratna dan Karta, Diakses pada tanggal 28 Maret 2018.

E. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

1. Landasan Hukum Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Pendirian BPJS oleh penguasa negara dengan undang-undang yaitu UU SJSN, dan UU BPJS, yang di mana pendirian BPJS ini tidak didaftarkan pada notaris dan tidak perlu pengabsahan dari lembaga pemerintah.¹⁹ Kehadiran yang tertuang dalam UU SJSN merupakan instrumen negara untuk mewujudkan cita-cita bangsa ini guna meningkatkan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS kesehatan adalah badan hukum publik yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan.

a. Landasan Filosofis SJSN.

Pemikiran mendasar yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara adalah Penyelenggaraan SJSN berlandaskan kepada hak asasi manusia dan hak konstitusional setiap orang UUD 1945 Pasal 28H ayat (3) menetapkan, "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat." Penyelenggaraan SJSN adalah wujud tanggung jawab negara dalam pembangunan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.²⁰ UUD 1945 Pasal 34 ayat (2) menetapkan, "Negara mengembangkan sistem

¹⁹ Nasir WSetyanto, 2012, Peningkatan Kualitas Pelayanan Nasabah BPJS Kesehatan Jurnal, Hukum Bisnis Vol. 26, Malang.

²⁰ Sulastomo, Op.cit, hlm.76

jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.²¹

”Program jaminan sosial ditujukan untuk memungkinkan setiap orang mampu mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.

UU SJSN Pasal 2 menetapkan, “SJSN diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.” Penjelasan Pasal 2 UU SJSN menjelaskan bahwa asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. SJSN bertujuan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya. UU SJSN Pasal 3 menetapkan, “SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.” Penjelasan UU SJSN Pasal 3 menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan kebutuhan dasar hidup adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.²²

b. Landasan Yuridis SJSN

Landasan yuridis penyelenggaraan SJSN adalah UUD 1945 Pasal 28H ayat(3) dan Pasal 34 ayat (2). Pasal 28H ayat (3) dinyatakan dalam

²¹ *Ibid*, hlm. 10.

²² Asih Eka Putri, *Paham SJSN Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta, Friedrich-Ebert-Stiftung, 2014, hlm. 4.

Perubahan Kedua UUD 1945 dan Pasal 34 ayat (2) dinyatakan dalam Perubahan Keempat UUD 1945.²³ Amanat konstitusi tersebut kemudian dilaksanakan dengan UU SJSN. Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara No. 007/PUU-III/2005, Pemerintah bersama Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) mengundang sebuah peraturan pelaksanaan UU SJSN setingkat undang-undang, yaitu UU BPJS. Peraturan Pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS terbentang mulai Peraturan Pemerintah hingga Peraturan Lembaga.

Penyelesaian seluruh dasar hukum bagi implementasi SJSN yang mencakup UUD 1945, UU SJSN dan peraturan pelaksanaannya membutuhkan waktu lima belas tahun (2000 – 2014). UUD 1945 Perubahan Kedua (2000) dan Perubahan Keempat (2002), Pasal 28H ayat (3): "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat." Pasal 28H ayat (3) meletakkan jaminan sosial sebagai hak asasi manusia. Pasal 34 ayat (2): "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan." Pasal 34 ayat (2) meletakkan jaminan sosial sebagai elemen penyelenggaraan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.

²³*Ibid*, hlm. 8.

UU SJSN diundangkan pada tanggal 19 Oktober 2004, sebagai pelaksanaan amanat konstitusi tentang hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial dengan penyelenggaraan program-program jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh warga negara Indonesia. UU SJSN adalah dasar hukum untuk menyinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang telah dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

UU BPJS adalah dasar hukum bagi pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial, yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan adalah badan hukum publik menurut UU BPJS.²⁴ BPJS kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. BPJS ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun bagi seluruh tenaga kerja di Indonesia.

UU BPJS mengatur fungsi, tugas, wewenang dan tata kelola badan penyelenggara jaminan sosial.²⁵ UU BPJS mengatur alinea keempat mengemukakan bahwa UU BPJS merupakan pelaksanaan Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 UU SJSN pasca Putusan Mahkamah Konstitusi, kedua Pasal ini mengamankan pembentukan BPJS dan transformasi kelembagaan

²⁴ Asih Eka, Op.cit, hlm. 109.

²⁵ *Ibid*, hlm. 111.

empat Persero penyelenggara program jaminan sosial. PT Askes, PT Jamsostek, PT Asabri, PT Taspen menjadi BPJS berikut adanya pengalihan aset, peserta liabilitas, hak, kewajiban, dan pegawai keempat persero kepada BPJS.²⁶

c. Landasan Sosiologis SJSN

Paradigma hubungan antara penyelenggara negara dengan warganya mengalami perubahan sangat mendasar sejak reformasi ketatanegaraan pada mediotahun 1998. Selama pemerintahan orde baru, hubungan tersebut berorientasi kepada Negara (*state oriented*). Kemudian sejak reformasi hubungan tersebut berubahmenjadi atau berorientasi kepada rakyat yang berdaulat (*people oriented*). Rakyat tidak dipandang sebagai objek tetapi subjek yang diberi wewenang untuk turutmenentukan kebijakan publik yang menyangkut kepentingan mereka. Negara tidak lagi menguasai penyelenggaraan segala urusan pelayanan publik, tetapi mengatur dan mengarahkannya.

Perubahan sosial yang terjadi dalam masyarakat tersebut direspon oleh hukum. Salah satu di antaranya adalah hukum jaminan sosial. Pemerintah membentuk dan mengundangkan UU SJSN untuk menyikapi dinamika masyarakat dan menangkap semangat jamannya, menyerap aspirasi, dan cita-cita hukum masyarakat. Penyelenggaraan program jaminan sosial diubah secara mendasar untuk memberi kepastian

²⁶ *Ibid*, hlm. 143 – 144.

perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Prinsip dana amanat diberlakukan. Dana dikumpulkan dari iuran peserta sebagai dana titipan kepada BPJS untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

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.²⁷

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

²⁷Hadi Setia Tunggal, *Memahami Sistem Jaminan Sosial (SJSN) dan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia*, Jakarta, Harvarindo, 2015, hlm 18.

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*) 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 jamaninan kesehatan ini.

Penyelenggaran jaminan sosial di Indonesia dikelola oleh pemerintah negara yang kemudian berkembang menjadi BUMN. Berdasarkan Inpres No. 17 tahun 1967 (yang selanjutnya dikukuhkan dengan Undang-Undnag 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.²⁸

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 1968.²⁹ 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

²⁸ *Ibid.* hlm. 3.

²⁹ <http://www.mgtradio.com/component/k2/item/4975-sejarah-singkat-bpjs-kesehatan>, diakses tanggal 29 Maret 2018.

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 :

- a. Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan azas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
- b. Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
- c. Pelayanan kesehatan dengan prinsip managed care dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
- d. Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
- e. Menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.
- f. Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.³⁰

³⁰ *Ibid*

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 2014.³¹

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

- 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

³¹*Ibid*

- (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 Bhakti.
- 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.

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

2. Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (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.³² 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:

- a. 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.

³²Jesica Helina, "Tanya Jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan". Melalui <http://www.antaraneews.com/berita/376166/tanya-jawab-bpjs-kesehatan>, Diakses tanggal 1 April 2018.

b. Peserta 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:

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

3. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan

Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang menjadi misi negara untuk melaksanakannya. Pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat merupakan amanat konstitusi dalam rangka memenuhi hak rakyat atas jaminan sosial yang dijamin dalam Pasal 28 H ayat (3) UUD 1945. Penyelenggaraan jaminan sosial nasional yang adekuat merupakan salah satu pilar untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Pembukaan UUD 1945. UU SJSN menentukan lima jenis program jaminan social, yaitu program jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian, yang diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan

transformasi dari BUMN penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan. Berdasarkan UU BPJS, dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan.

BPJS kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan menyelenggarakan jaminan kecelakaan kerja jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian PT Askes (Persero) berubah menjadi BPJS kesehatan dan mulai beroperasi 1 Januari 2014, sedangkan BPJS ketenagakerjaan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian bagi peserta selain peserta program yang dikelola PT Taspen (Persero) dan PT Asabri (Persero) paling lambat 1 Juli 2015. PT (Persero) Jamsostek yang akan berubah menjadi BPJS ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014. UU BPJS memberikan hak dan kewajiban kepada BPJS dalam melaksanakan kewenangan dan tugas yang ditentukan dalam UU BPJS.

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 :³³

³³Sucipto Kuncoro, "Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan". Melalui <http://www.bpjs-kis.info/2015/10/hak-dan-kewajiban-peserta-bpjs-kesehatan.html>, Diakses tanggal 1 April 2018.

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.

UU BPJS memberikan hak dan kewajiban kepada BPJS dalam melaksanakan kewenangan dan tugas yang ditentukan dalam UU BPJS. Hak 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.³⁴

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 “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.

Dana operasional yang digunakan oleh BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial tentunya harus cukup pantas jumlahnya agar BPJS dapat bekerja secara optimal, tetapi tidak boleh berlebihan apalagi menjadi seperti kata pepatah lebih besar pasak daripada tiang. Besaran dana operasional harus dihitung dengan cermat, menggunakan ratio yang wajar sesuai dengan best practice penyelenggaraan program jaminan sosial.

³⁴ Martabat, “Jaminan Sosial Indonesia (Jamsosindonesia)”. Melalui <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/276>, Diakses tanggal 1 April 2018

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. Tentunya DJSN sendiri dituntut untuk melakukan monitoring dan evaluasi secara objektif dan profesional untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial yang optimal dan berkelanjutan, termasuk tingkat kesehatan keuangan BPJS.

Kewajiban BPJS dalam UU BPJS menentukan bahwa untuk melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk :³⁵

- 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 sosial.
- 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

³⁵http://www.jamsosindonesia.com/bpjs/view/kewajiban-dan-hak_26, diakses 3 April 2018

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.³⁶

Jika dicermati ke 11 kewajiban BPJS tersebut berkaitan dengan *governance* BPJS sebagai badan hukum publik. BPJS harus dikelola sesuai

³⁶ *ibid*

dengan prinsip-prinsip *transparency, accountability and 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.

4. Fungsi, Tugas dan Wewenang BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan programnya harus memiliki tugas, fungsi serta wewenang dalam mencapai targetnya. Untuk itu, menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS maka diuraikan fungsi, tugas, wewenang dari BPJS pada Bab IV.³⁷

Fungsi BPJS adalah sebagai berikut:

- a. BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- b. BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja,

³⁷ Asih Eka Putri, *Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, CV Komunitas Pejaten Mediatama, Pejaten, 2014. hlm. 20-21.

program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hari tua.

Tugas BPJS adalah 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. Membahayakan 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

Wewenang BPJS adalah sebagai berikut:

- 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 tariff yang ditetapkan oleh pemerintah.
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- f. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.