

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Hak untuk memperoleh kesehatan sudah melekat pada diri manusia sejak dilahirkan. Tidak dapat dipungkiri mengikuti perkembangan global, derajat kemanusiaan ditentukan oleh aspek pendidikan dan kesehatan, yang kemudian menyebabkan kedua aspek tersebut menjadi hak asasi manusia dengan segala hak lain untuk memperoleh pendidikan dan kesehatan yang layak.<sup>1</sup> Kesehatan menjadi hal utama untuk terpenuhinya hak-hak lain yang telah diakui oleh dunia internasional. Tercantum di dalam Deklarasi hak-hak manusia (*Declaration of Humans Rights*) dari PBB tahun 1948 pada Pasal 25 Ayat (1) yang menyatakan bahwa,<sup>2</sup>

Setiap orang berhak mendapat pelayanan dan perawatan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya, juga jaminan ketika menganggur, sakit, cacat, menjadi janda, usia lanjut atau kekurangan nafkah yang disebabkan oleh hal-hal di luar kekuasaannya.

Hak kesehatan yang melekat pada diri pasien tersebut, mempunyai makna bahwa hukum memberikan perlindungan terhadap hak-hak pasien dari sesuatu yang mengakibatkan tidak terpenuhinya hak-hak tersebut. Pada dasarnya seorang pasien sebaiknya atau bahkan sewajibnya dihargai hak dasar dan hak asasinya, namun dalam kenyataan praktiknya tidak luput hak-hak pasien tersebut

---

<sup>1</sup> ELSAM, 2014, *Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia*, Jakarta: Pusat Dokumentasi ELSAM, hlm. 1.

<sup>2</sup>PBB, 1948, *Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia*, Paris: Majelis Umum PBB, hlm. 5.

terabaikan, sehingga perlindungan terhadap hak pasien semakin memudar dewasa ini. Di mana pondasi hak pasien ini kemudian diperkuat dalam hukum nasional dalam peraturan perundangan nasional (Negara Kesatuan Republik Indonesia), utamanya pada Pasal 28H Ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945,<sup>3</sup>: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Ketentuan ini menunjukkan bahwa Negara Kesatuan Republik Indonesia menempatkan pemenuhan hak kesehatan sebagai salah satu prioritas utama yang harus diwujudkan. Berikutnya dengan peraturan perundang-undangan lainnya, yakni perubahan pada Pasal 34 Ayat (2) Undang Undang Dasar Tahun 1945 yang menyatakan bahwa,<sup>4</sup> : “Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.” Selain itu, bidang kesehatan juga diatur pada Pasal 28 H dan Pasal 34 Ayat (3) Undang Undang Dasar Tahun 1945 yang menyatakan bahwa,<sup>5</sup>: “Setiap warga negara berhak untuk mendapatkan layanan kesehatan dan negara wajib untuk menyediakannya.” Realisasi wujud penyelenggaraan BPJS juga sebagai amanah dari Pasal 28 H Ayat (3) Undang Undang Dasar Tahun 1945 yang mengatakan bahwa,<sup>6</sup>: “Setiap orang memiliki hak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan diri manusia secara utuh sebagai manusia bermartabat.”

---

<sup>3</sup>PBB, *Op. Cit.*, Pasal 28H ayat (1).

<sup>4</sup>PBB, *Op. Cit.*, Pasal 34 ayat (2).

<sup>5</sup>PBB, *Op. Cit.*, Pasal 34 ayat (3).

<sup>6</sup>PBB, *Op Cit.*, Pasal 28H ayat (3).

Sebagai implementasi dari amanat konstitusi tersebut, pemerintah membentuk SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) yang diselenggarakan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). BPJS mempunyai tugas dan peranan penting utamanya dalam hal perbaikan performa pelayanan kesehatan di Indonesia. SJSN merupakan tata cara yang mengatur penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial, sistem ini diharapkan mampu berimplikasi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat dan menanggulangi kemiskinan melalui penjaminan layanan kesehatan. Dasar hukum BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) berasal dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang mengamanatkan penyelenggaraan BPJS.<sup>7</sup> Selanjutnya, penyelenggaraan jaminan sosial di bidang kesehatan dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.<sup>8</sup> Program ini kemudian diwujudkan dalam bentuk jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh BPJS per tanggal 1 Januari 2014, rumah sakit berkewajiban melaksanakan program kesehatan pemerintah tersebut.

Guna mendukung perlindungan hak pasien, di halaman *online* resmi BPJS juga menjelaskan hak yang diperoleh pasien peserta BPJS, di antaranya mendapatkan kartu peserta sebagai identitas peserta untuk memperoleh

---

<sup>7</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150

<sup>8</sup>Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial* (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256).

pelayanan kesehatan, memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja dengan BPJS Kesehatan, dan menyampaikan keluhan atau pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan.<sup>9</sup> Pada intinya perlindungan hak pasien sebagai peserta BPJS adalah perlindungan hak memperoleh pelayanan kesehatan sebagai peserta BPJS dan untuk menyampaikan keluhan mengenai pelayanan kesehatan dalam era BPJS. Fasilitas kesehatan dalam hal ini tingkat lanjutan yaitu rumah sakit, juga tidak luput dalam menjaga hak dan kewajiban terhadap pasien, dan juga dalam hubungan kerja sama dengan BPJS.

Selanjutnya, definisi kesehatan secara nasional Negara Kesatuan Republik Indonesia diamanatkan pada Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (yang selanjutnya disebut Undang-Undang Kesehatan) berbunyi<sup>10</sup>: “Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif”. Makna dari istilah kesehatan mengandung bagian daripada unsur kesejahteraan umum yang harus diwujudkan melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan dalam rangka membangun kesehatan secara menyeluruh dan terpadu yang didukung oleh suatu sistem kesehatan nasional.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup>BPJS, 2018, *Hak dan Kewajiban*, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2017/27>

<sup>12</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 104, Pasal 1 angka 1.

<sup>11</sup>Cecep Triwibowo, 2014, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika, hlm.14.

Berbicara mengenai hak terpenuhinya kesehatan, pasien menjadi subjek utama. Definisi pasien menurut Pasal 1 angka 23 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan di Indonesia adalah:<sup>12</sup> “Pasien adalah setiap orang yang memperoleh Pelayanan Kesehatan dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan”. Berdasarkan definisi tersebut maka pasien memiliki hubungan yang menunjukkan adanya kaitan erat dengan dokter. Seorang dokter termasuk di dalam tenaga medis. Dan, salah satu aspek keberhasilan dalam pembangunan kesehatan nasional adalah tenaga medis. Seorang tenaga medis diharuskan memiliki keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang merupakan jaminan untuk melakukan kewenangan dalam hal pelayanan kesehatan kepada pasien. Yang selanjutnya pada Pasal 285 Ayat (1) Undang-Undang Kesehatan menjelaskan bahwa,<sup>13</sup> : “Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya”.

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan juga memiliki kewajiban dalam menjaga hak dan kewajiban pasien serta melaksanakan kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang di dalamnya juga mencakup Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa,<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*, Op. Cit., Pasal 1 angka 23.

<sup>13</sup>Ibid., Pasal 285 ayat (1).

<sup>14</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*, Op. Cit., Pasal 1 ayat (10).

Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.

Rumah sakit mengemban salah satu nilai yaitu perlindungan dan keselamatan pasien, juga mengenai pembukaan rahasia kedokteran untuk kepentingan kesehatan pasien, yang salah satunya untuk keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan kesehatan berdasarkan Permenkes Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran.<sup>15</sup>

Pemenuhan hak kesehatan juga menjadi bagian dari kebijakan pembangunan nasional. Negara Kesatuan Republik Indonesia menempatkan pemenuhan hak kesehatan sebagai salah satu dari skala prioritas permasalahan yang harus tercapai. Dalam pemerintahan Bapak Presiden Prabowo pemenuhan hak kesehatan ini sebelumnya termasuk di dalam RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) pada tahun 2025-2029, yang meliputi peningkatan kualitas hidup sumber daya manusia dan kesejahteraan rakyat yang berkeadilan, pada aspek kesehatan tercermin dengan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, berfokus pada kalangan gizi, anak, ibu, lansia, pencegahan penyakit, dan peningkatan fasilitas kesehatan di wilayah kurang terlayani, peningkatan efektivitas pencegahan dan pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, serta berkembangnya jaminan kesehatan.<sup>16</sup> Dalam

---

<sup>15</sup>Endang Wahyati, 2019, *Hak Atas Informasi Publik Dan Hak Atas Rahasia Medis: Problem Hak Asasi Manusia Dalam Pelayanan Kesehatan*, Jurnal Hukum Samudra Keadilan, 13(1), 67–82. <https://doi.org/10.33059/jhsk.v13i1.692>

<sup>16</sup>Badan Pembinaan Hukum Nasional, 2025, *Ringkasan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional*, Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, hlm. 23.

laporan analisis sebelumnya Kementerian Hukum dan HAM pada pemerintahan Bapak Presiden Jokowi pun juga menegaskan mengenai jaminan kesehatan menjadi hak pasien, turut menjelaskan juga empat (4) unsur prinsip pemenuhan hak kesehatan, yakni ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan. Hal tersebut dalam kaitannya nantinya dengan jaminan kesehatan yang menjadi hak pasien itu sendiri lebih menekankan pada unsur aksesibilitas dan kualitas, yang tentunya tanpa mengesampingkan unsur lainnya. Untuk unsur prinsip aksesibilitas lebih mengarah pada bagaimana supaya pelayanan kesehatan terjangkau untuk keseluruhan baik secara ekonomi maupun geografis dan secara budaya, agar menghormati tradisi budaya masyarakat.<sup>17</sup> Sedangkan, unsur kualitas tidak terlepas dari pemenuhan standar pelayanan kesehatan agar layak bagi pasien itu sendiri.

Selain itu, pengaturan teknis mengenai hak pasien juga tercantum dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 yang mengatur penjaminan pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Mengacu pada peraturan presiden tersebut dijelaskan bahwa pelayanan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tidak dijamin, kecuali dalam kondisi gawat darurat. Hal ini tertuang dalam Pasal 25 huruf b Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2024,<sup>18</sup>: “Pelayanan yang tidak dijamin adalah pelayanan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam kondisi gawat darurat”. Namun demikian kondisi kegawat daruratannya juga

---

<sup>17</sup>Cecep Triwibowo, *Op. cit.*

<sup>18</sup>Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang *Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Pasal 52 ayat (1).

telah ditentukan, apabila orang-orang yang mengalami kegawatdaruratan tidak tertulis maka tidak ditanggung oleh BPJS.<sup>19</sup> Hal tersebut sering memunculkan permasalahan teknis dari pihak pasien dan keluarga, yang pada akhirnya akan menimbulkan keluhan. Bukan hanya permasalahan diagnosa kegawatdaruratan, namun juga diagnosa utama pada resume medis rawat inap yang nantinya juga sering menjadi perdebatan antara DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan pihak BPJS. Pengertian diagnosa menurut kamus besar bahasa indonesia adalah penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti atau memeriksa gejala-gejalanya atau pemeriksaan terhadap suatu hal. Diagnosa klinik sendiri merupakan penentuan jenis penyakit berdasarkan tanda dan gejala dengan menggunakan cara dan alat seperti laboratorium, foto dan klinik.<sup>20</sup> Diagnosa dalam istilah medis atau klinik adalah upaya atau proses menemukan kelemahan atau penyakit (*weakness, disease*) apa yang dialami seseorang dengan melalui pengujian dan studi yang seksama mengenai gejala-gejalanya (*symptoms*)<sup>21</sup>. Diagnosa klinik disebut dalam PPK (Panduan Praktis Klinik) dan SKDI (Standar Kompetensi Dokter Indonesia), mengacu pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, menjelaskan bahwa lulusan dokter mampu membuat diagnosa klinik terhadap penyakit tersebut. Diagnosa klinik ini dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik, beberapa juga membutuhkan hasil pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosa atau karena telah menjadi

---

<sup>19</sup>Widati dkk, 2017, *Perlindungan Hukum Bagi Pasien Kegawatdaruratan BPJS dengan Diagnosa di Luar Daftar Diagnosa Gawat Darurat di RSUD Kabupaten Sukoharjo*, Solo: Universitas Sebelas Maret, hlm. 1.

<sup>20</sup> KBBI. Available fom: <https://kbbi.web.id/diagnosa>

<sup>21</sup>Thorndike, R.L., and Hagen E,E.,2011, *Measurement and Evaluation in Psychology and Education*, New York

standar algoritma penegakkan diagnosa.<sup>22,23</sup> Sedangkan, penentuan diagnosa utama BPJS berdasarkan sistem INA-CBG's (*Indonesian Case Base Groups*) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021,<sup>24</sup> di mana merupakan sistem kodifikasi dari diagnosa akhir dan tindakan yang menjadi keluaran pelayanan, serta dipengaruhi oleh *resource intensity level* yakni komorbiditas atau komplikasi dalam masa perawatan.

BPJS telah menyusun rangkaian daftar diagnosa yang dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan, juga tidak luput susunan daftar diagnosa kegawatdaruratan yang dapat ditanggung BPJS, serta daftar penyakit yang tidak terjamin BPJS. Namun, tidak dipungkiri hal tersebut menjadi dilema menurut temuan dan *guideline* dari dokter sebagai klinisi. Dan, pasien juga tidak salah dalam menanyakan haknya terhadap pelayanan kesehatan yang diperoleh dan juga sebagai seorang pasien yang memiliki kepesertaan BPJS, menurut dasar hukum yang telah diuraikan di atas. Banyak temuan kasus pasien yang datang ke unit gawat darurat fasilitas kesehatan tingkat lanjutan salah satu RS "P" di antaranya dengan keluhan: nyeri perut maupun sesak nafas, bayi sehat yang terlahir melalui persalinan per vaginam ataupun per abdominal dari ibu dengan adanya penyulit kehamilan/persalinan, pasien gagal ginjal kronis dengan program tambah darah 1-2 kantong, dan beberapa lainnya, yang pada akhirnya tidak terjamin oleh BPJS. Terakhir yang terdata ditemukan kurang lebih

---

<sup>22</sup>IDI, 2017, *Panduan Praktis Klinik Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*, Jakarta: IDI

<sup>23</sup>KKI, 2012, *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*, Jakarta: Indonesian Medical Council.

<sup>24</sup>Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang *Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan* (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021)

160 kasus tertunda yang belum dapat terjamin. Selain itu, permasalahan yang sering ditangkap menjadi permasalahan antara DPJP dan pihak BPJS adalah penentuan diagnosa utama resume medis. Berdasarkan penelitian tahun 2016 yang dilakukan di RSUD Kota Semarang, adapun fenomena yang menunjukkan peningkatan persentase perbedaan diagnosa klinis dan asuransi. Dalam penelitian tersebut, menganjurkan untuk melakukan pembenahan sistem asuransi dan pihak manajerial rumah sakit untuk membentuk badan independen tersendiri.<sup>25</sup> Selain itu, terkait pemenuhan prinsip keseimbangan antara hak dan kewajiban pasien peserta jaminan kesehatan nasional juga tidak luput dalam penelitian Endang WY tahun 2019, yang menganjurkan perlunya asas untuk menyeimbangkan antara penentuan nasib sendiri bagi pasien dengan kewajibannya dalam kepesertaan jaminan kesehatan nasional.<sup>26</sup>

Penentuan diagnosa utama dari seorang dokter (klinisi) berdasarkan keilmuan dan kompetensi yang dimiliki adalah *underlying disease* (penyebab penyakit yang mendasari). Hal ini nyatanya sering bertolak belakang dengan sistem jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS, menurut beberapa temuan diagnosa yang terjamin pada akhirnya merupakan diagnosa sekunder pada pasien tersebut.

---

<sup>25</sup> F Agiwhyuanto dkk, 2016, *Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosa Klinis dan Diagnosa Asuransi dengan Diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi di RSUD Kota Semarang*, Semarang; Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia.

<sup>26</sup> Endang Wahyati, 2019, *The right to self-determination in health services and the mandated health insurance program for universal health coverage*, International Journal of Innovation, Creativity and Change, 8(5), 325–337.

Bertolak belakangnya temuan di atas menyebabkan tertundanya daftar diagnosa yang dapat terjamin oleh BPJS. Temuan kasus tersebut bukan hanya dari instalasi rawat inap, namun juga instalasi rawat jalan. Pada akhirnya yang dikhawatirkan adalah adanya perbedaan diagnosa utama, yang mempertanyakan keakuratan diagnosa dokter sebagai klinisi dengan kriteria diagnosa yang dijamin oleh BPJS, berakibat pada hak pasien tentang pemenuhan kesehatan, yang seharusnya memperoleh perlindungan. Perlindungan hak pasien terwujud dalam upaya penanganan keluhan atau permasalahan yang dapat terjadi antara pihak-pihak terkait, baik antara pasien dengan fasilitas kesehatan, antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan, antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan, maupun antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi fasilitas kesehatan.

Berdasarkan penelusuran kepustakaan yang telah dilakukan terhadap berbagai karya ilmiah, khususnya pada tingkat Tesis Magister Hukum, terdapat beberapa penelitian terdahulu yang memiliki kemiripan topik mengenai BPJS Kesehatan dan perlindungan hukum pasien. Namun, penelitian ini memiliki perbedaan spesifik dan kebaruan (*novelty*) yang membedakannya dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Berikut adalah uraian perbandingan dengan tiga penelitian tesis terdahulu:

Penelitian terdahulu yang pertama dilakukan oleh Wahyudi dari Program Pascasarjana Magister Hukum Universitas Islam Riau pada tahun 2019 dengan judul "*Perlindungan Hukum Terhadap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Swasta Kota Pekanbaru*". Rumusan masalah dalam tesis ini memfokuskan pada bagaimana

bentuk perlindungan hukum terhadap peserta BPJS dalam pelayanan kesehatan secara umum dan bagaimana pertanggungjawaban BPJS Kesehatan atas penolakan jaminan kesehatan. Hasil pembahasan penelitian ini menyimpulkan bahwa perlindungan hukum bagi pasien masih bersifat umum dan normatif sesuai UU SJSN dan UU BPJS, serta menekankan pada tanggung jawab perdata BPJS dalam hal terjadi wanprestasi layanan.<sup>27</sup> Perbedaan mendasar dengan penelitian ini adalah pada fokus kajiannya; Wahyudi membahas perlindungan hukum dan penolakan layanan dalam spektrum yang luas dan umum (makro), sedangkan penelitian Tesis ini lebih spesifik dan mendalam (mikro) menyoroti aspek teknis "*Batasan Diagnosa Klinik*" sebagai akar masalah, serta menganalisis konflik norma antara regulasi BPJS dengan etika profesi medis yang belum dibahas secara mendalam dalam penelitian Wahyudi.

Penelitian terdahulu yang kedua ditulis oleh Arief Azhari Ilyas dari Program Magister Hukum Universitas Hasanuddin pada tahun 2020 dengan judul "*Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar*". Rumusan masalah dalam tesis ini menitikberatkan pada mekanisme administrasi pengajuan diagnosa klinik dalam sistem INA-CBG's dan hambatan yuridis dalam proses verifikasi diagnose di tingkat rumah sakit. Hasil penelitiannya menguraikan kendala-kendala administratif dalam proses *coding* dan

---

<sup>27</sup> Wahyudi, 2019, *Perlindungan Hukum Terhadap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Rumsah Sakit Swasta Kota Pekanbaru*, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Islam Riau, Pekanbaru.

kelengkapan berkas yang menyebabkan klaim tertunda (*pending claim*).<sup>28</sup> Perbedaan signifikan dengan penelitian Tesis ini terletak pada objek materinya; penelitian Andi Asmin Ilyas lebih menekankan pada aspek hukum administrasi dan prosedur teknis pengajuan klaim (perspektif manajemen RS), sementara penelitian Tesis ini melangkah lebih jauh dengan menganalisis dampak batasan diagnosa tersebut terhadap *otonomi profesional dokter* dan *hak asasi pasien*, serta menawarkan bentuk integrasi perlindungan hak pasien dalam sistem rujukan, bukan sekadar perbaikan prosedur klaim administratif.

Penelitian terdahulu yang ketiga adalah karya Yasip Khasani dari Program Magister Ilmu Hukum Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) pada tahun 2024 dengan judul "*Perlindungan Hukum Terhadap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Swasta*". Rumusan masalah tesis ini mengkaji implementasi perlindungan hukum pasien sebagai konsumen jasa kesehatan dan kendala yang dihadapi dalam pemenuhan hak-hak peserta BPJS. Temuan penelitian ini menyoroti pentingnya transparansi informasi dan kebijakan rumah sakit dalam menjamin hak pasien.<sup>29</sup> Meskipun sama-sama membahas perlindungan pasien, letak kebaruan (*novelty*) penelitian Tesis ini adalah pada analisis mendalam mengenai "*Dilema Dual-Loyalty*" yang dihadapi dokter akibat batasan diagnosa, serta analisis sinkronisasi vertikal-horizontal antara regulasi jaminan kesehatan

---

<sup>28</sup> Arief Azhari Ilyas, 2020, *Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar*, Tesis, Program Magister Ilmu Hukum Universitas Hasanuddin, Makassar.

<sup>29</sup> Yasip Khasani, 2024, *Perlindungan Hukum Terhadap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Swasta*, Tesis, Program Magister Ilmu Hukum Universitas Islam Sultan Agung, Semarang.

dengan standar etik profesi medis. Penelitian ini tidak hanya memotret masalah perlindungan konsumen, tetapi juga menawarkan solusi konkret berupa "*Bentuk Integrasi Perlindungan Hak Pasien dalam Sistem Rujukan dan Diagnosa*" yang mencakup aspek preventif dan represif secara simultan, yang belum dirumuskan dalam penelitian Yusuf Khasani.

Berdasarkan uraian di atas, penelitian Tesis dengan judul "Pelaksanaan Batasan Diagnosa Klinik oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Perlindungan Hak Pasien di Rumah Sakit" adalah murni hasil karya penulis dan memiliki keaslian (*originality*). Penelitian ini mengisi kekosongan hukum (*legal gap*) terkait pengaturan batasan diagnosa yang berimplikasi pada etika medis dan menawarkan kebaruan berupa bentuk integrasi perlindungan hak pasien yang komprehensif.

Beranjak dari penjelasan di atas, penulis ingin melakukan penelitian di salah satu fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Penulis ingin melihat bagaimana kesenjangan antara ketentuan kebijakan BPJS dengan terapan praktis pelayanan medis oleh dokter sebagai klinisi di rumah sakit (fasilitas kesehatan tingkat lanjut), yang diharapkan menjembatani permasalahan tersebut untuk menemukan pemecahan masalah dalam upaya perlindungan hak-hak pasien, sehingga penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul "**Pelaksanaan Batasan Diagnosa Klinik oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Perlindungan Hak Pasien Di Rumah Sakit**".

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka permasalahan yang diteliti dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana pelaksanaan pengaturan batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan sinkronisasi antara regulasi BPJS Kesehatan dan standar etik profesi?
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dengan klinisi untuk memberikan perlindungan hak pasien di rumah sakit?
3. Bagaimana bentuk perlindungan hak pasien dapat diintegrasikan ke dalam sistem rujukan dan pembatasan diagnosa BPJS untuk menjamin akses layanan yang adil dan berkualitas?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, maka tujuan dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pengaturan batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan sinkronisasi antara regulasi BPJS Kesehatan dan standar etik profesi medis
2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dengan klinisi untuk memberikan perlindungan hak pasien di rumah sakit.

3. Untuk mengetahui bentuk perlindungan hak pasien dapat diintegrasikan ke dalam sistem rujukan dan pembatasan diagnosa BPJS untuk menjamin akses layanan yang adil dan berkualitas

#### **D. MANFAAT**

Penulis mempunyai keyakinan bahwa penelitian yang dilakukan oleh penulis akan memiliki banyak manfaat. Manfaat penulisan ini dapat dijabarkan dalam beberapa manfaat sebagai berikut :

##### **1. Manfaat Teoritis**

- a. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi pemikiran terhadap ilmu pengetahuan di bidang hak perlindungan pasien di rumah sakit.
- b. Penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan dan pengetahuan tentang pengaturan batasan diagnosa klinik oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

##### **2. Manfaat Praktis**

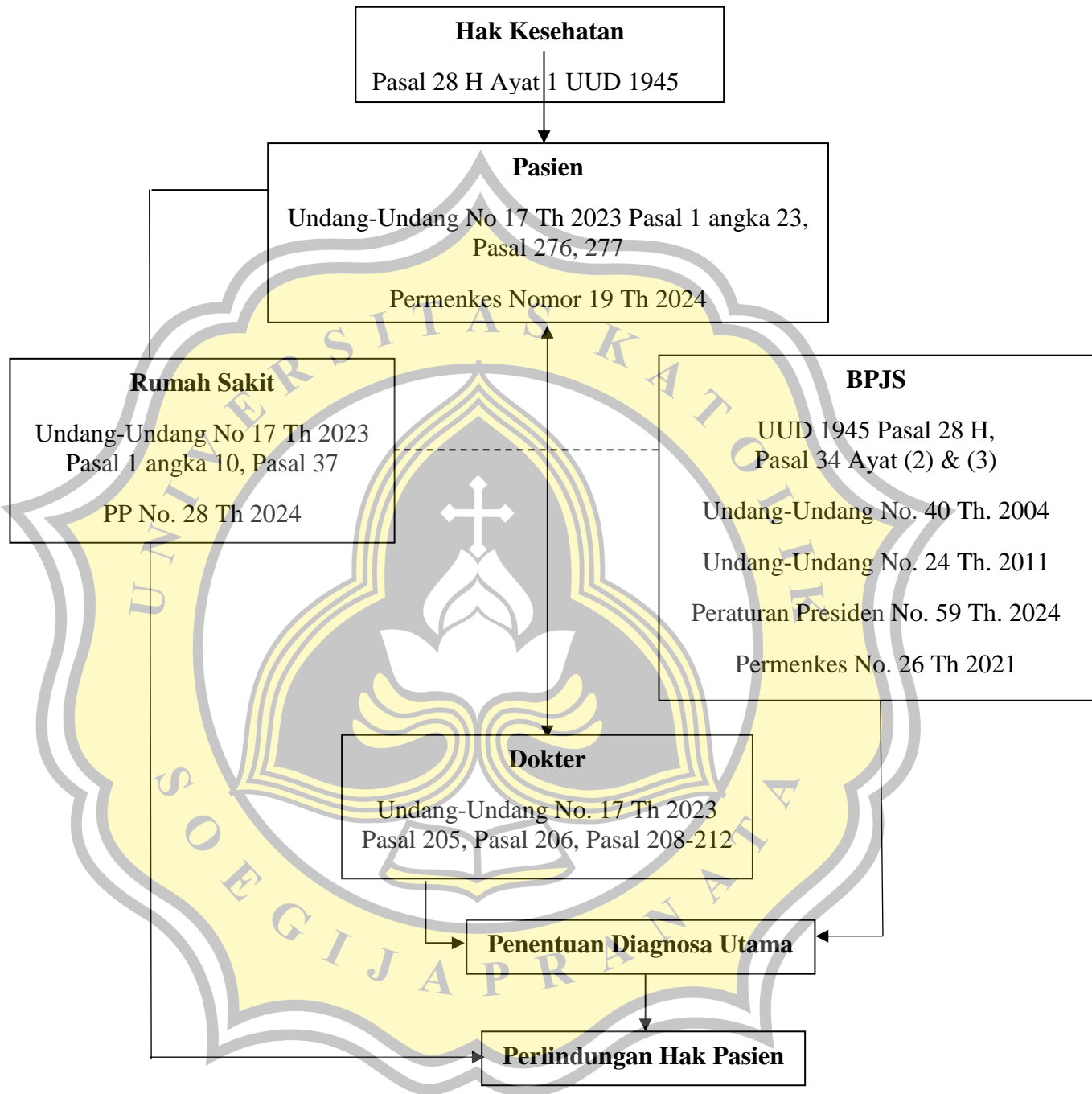
- a. Bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), penelitian ini diharapkan mampu memberikan wawasan mengenai batasan kewenangan dalam menentukan dan mengawasi diagnosa klinik peserta, agar pelaksanaan program jaminan kesehatan tidak melampaui ranah medis yang menjadi kewenangan tenaga kesehatan.
- b. Bagi tenaga medis dan rumah sakit, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman mengenai perlindungan hukum terhadap hak profesional dalam penegakan diagnosa klinik, serta mendorong

pelaksanaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan etika kedokteran.

- c. Bagi pasien, penelitian ini diharapkan memberikan pengetahuan tentang hak-hak perlindungan hukum atas layanan kesehatan yang sesuai dengan diagnosa medis yang tepat dan independen, tanpa intervensi administratif yang dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien.
- d. Bagi pemerintah, penelitian ini diharapkan menjadi masukan dalam penyusunan dan penyempurnaan kebijakan atau peraturan perundang-undangan di bidang jaminan kesehatan nasional.



## E. KERANGKA PEMIKIRAN



Gambar 1. Kerangka Konsep

## F. Metode Penelitian

### 1. Metode Pendekatan

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan yuridis sosiologis. Penelitian sosiologis yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk dapat melihat hukum dalam artian nyata serta meneliti bagaimana bekerjanya hukum di lingkungan masyarakat. Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer, data sekunder dan data tersier dengan teknik pengumpulan data dokumentasi dan wawancara.<sup>30</sup> Pendekatan yuridis-sosiologis dilakukan dengan menganalisis data sekunder, kemudian dilanjutkan penelitian primer di lapangan, dengan menentukan rumusan masalah, penetapan responden dan narasumber, dan pengumpulan data, membuat desain analisis, dan membuat kesimpulan di akhir.

Dengan kata lain penelitian dilakukan terhadap keadaan empiris, yaitu dengan melakukan penelitian melalui pengamatan dilapangan, dan mengumpulkan data serta fakta yang dibutuhkan, setelah data terkumpul kemudian diidentifikasi dan dibandingkan dengan konsep yang terdapat dalam bahan pustaka dan peraturan perundang-undangan yang pada akhirnya dapat memecahkan masalah.

Dalam penelitian ini ditemukan adanya suatu kesenjangan atau perbedaan antara apa yang seharusnya (*das sollen*) dengan apa yang ada (*das sein*) dalam kenyataan.<sup>31</sup> Yaitu ditemukannya perbedaan antara implementasi

---

<sup>30</sup> Soekanto dkk, 2007, *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

<sup>31</sup> Sadjijono, 2016, *Hukum antara Sollen dan Sein*, Surabaya: Ubhara Press, hlm.1

dilapangan dengan apa yang sudah diatur di dalam peraturan perundang-undangan mengenai pelaksanaan batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan Perlindungan Hak Pasien di Rumah Sakit.

## **2. Spesifikasi Penelitian**

Spesifikasi penelitian yang digunakan untuk mencapai tujuan penelitian ini bersifat deskriptif analitik, yang dapat menggambarkan kondisi hukum yang ada di lapangan. Spesifikasi ini menggambarkan frekuensi terjadinya gejala hukum atau peristiwa hukum atau karakteristik gejala hukum atau frekuensi adanya hubungan atau kaitan antara gejala hukum atau peristiwa hukum yang satu dengan yang lain.<sup>32</sup>

Spesifikasi penelitian ini adalah deskriptif analitik, yang dapat memberikan gambaran dan menjawab rumusan permasalahan. Hasil penelitian diolah dan dianalisis untuk diambil kesimpulan tentang kajian yuridis batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan Perlindungan Hak Pasien di Rumah Sakit.

## **3. Obyek dan Subyek Penelitian**

- a. Obyek penelitian merupakan hal yang menjadi titik perhatian dari suatu penelitian, titik perhatian tersebut berupa substansi atau materi yang diteliti atau dipecahkan permasalahannya menggunakan teori-teori yang bersangkutan.<sup>33</sup> Obyek yang akan dilakukan pada penelitian ini yaitu seluruh informasi yang berkaitan dengan batasan diagnosa klinik oleh

---

<sup>32</sup> Endang Wahyati, dkk., 2015, *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*, Semarang: Unika, hlm. 8

<sup>33</sup> Ratna Nyoman Kutha, 2010, *Metodologi Penelitian*, Kajian Budaya dan Ilmu sosial Humaniora pada Umumnya. Pustaka Pelajar: Yogyakarta, Hal 12.

BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit. Lokasi yang akan menjadi tempat penelitian adalah salah satu RS di Pekalongan.

- b. Subyek penelitian adalah yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar belakang penelitian.<sup>34</sup> Subyek dalam penelitian ini adalah tenaga Kesehatan dan pasien. Narasumber terdiri dari Dokter Spesialis dan Casemix BPJS RS.

#### 4. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari hasil penelitian langsung di masyarakat, sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari hasil penelaahan terhadap berbagai literatur atau bahan pustaka yang berkaitan dengan masalah atau materi penelitian.<sup>35</sup>

Data primer dalam penelitian ini, merupakan data dari hasil wawancara terhadap responden dan narasumber, kemudian diolah dan dianalisis, setelah itu menarik hasil kesimpulan. Sedangkan data sekunder meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Bahan hukum primer, yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat, terdapat dalam norma dasar, peraturan perundang-undangan, hukum adat, yurisprudensi, traktat, dan berbagai bahan hukum yang masih berlaku.<sup>36</sup>


Bahan hukum primer dalam penelitian ini meliputi:

---

<sup>34</sup>Lexy J Moleong, 2010, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, Hal 132.

<sup>35</sup>Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, 2015, *Dualisme Penelitian Hukum Normatif & Empiris* Cetakan ke-3, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hlm, 156.

<sup>36</sup>Soerjono Soekanto dan Sri Marmuji, 2001, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Jakarta: Rajawali Press, , hlm.13.

- 
- a. Deklarasi hak-hak manusia (*Declaration of Humans Rights*) PBB Tahun 1948.
  - b. Undang-Undang Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
  - c. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN.
  - d. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
  - e. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
  - f. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan Nasional.
  - g. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan
  - h. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang diperoleh baik dari buku, teks, jurnal, kasus-kasus hukum, maupun pendapat para pakar.<sup>37</sup> Dalam hal ini berupa buku-buku tentang metodologi penelitian, buku-buku hukum, buku tentang kesehatan.

Sedangkan bahan hukum tersier merupakan bahan hukum yang berupa petunjuk atau penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder

---

<sup>37</sup>Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, *Op. Cit.*

yang berupa kamus hukum, ensiklopedia, dan lainnya.<sup>38</sup> Dalam hal ini berupa panduan praktis pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dan petunjuk teknis sistem *INA-CBGs*.

## 5. Metode Pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data wawancara yang merupakan teknik untuk mendapatkan informasi yang digali dari sumber data langsung melalui percakapan dan tanya jawab.<sup>39</sup> Sampel yang dipilih dari populasi sesuai dengan kehendak peneliti yang dapat memenuhi kriteria sampel (*purposive sampling*).<sup>40</sup> Kemudian dilakukan wawancara dan tanya jawab dengan responden meliputi tenaga kesehatan dan pasien. Sedangkan, sampel narasumber terdiri dari Dokter Spesialis dan Casemix BPJS RS.

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder yang sifatnya kualitatif, sehingga metode yang digunakan yaitu:

### a. Studi pustaka

Sebelum dilakukan studi lapangan pada penelitian ini, terlebih dahulu mengumpulkan data dari hasil studi pustaka yang merupakan teknik pengumpulan data dengan mengumpulkan dan mempelajari, serta memahami data yang berupa teks otoritatif (peraturan perundang-undangan, kebijakan publik, dan lainnya), buku teks atau literatur, artikel, jurnal, kamus serta ensiklopedia dan yang lainnya, terhadap permasalahan

---

<sup>38</sup>Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, *Op. Cit.*

<sup>39</sup>D.Satori dan Suyanto, 2013, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Alfa Beta., hlm.23.

<sup>40</sup>Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika, hlm.94.

yang akan dibahas.<sup>41</sup> Dimana dalam penelitian ini akan membahas tentang batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit.

b. Studi lapangan

Data lapangan yang diperlukan sebagai data penunjang diperoleh melalui informasi dan pendapat-pendapat dari responden. Studi lapangan bertujuan untuk mengumpulkan data primer. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui:

**Wawancara**

Wawancara adalah proses memperoleh keterangan terkait tujuan penelitian dengan metode tanya jawab dan bertatap muka antara pewawancara dan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman wawancara.<sup>42</sup>

Dalam penelitian ini akan dilakukan wawancara mendalam kepada responden dan narasumber. Wawancara mendalam merupakan salah satu teknik pengumpulan data, yang dilakukan antara informan atau responden dengan pewawancara yang terampil, yang ditandai dengan penggalian mendalam tentang segala sesuatu tentang masalah penelitian dengan menggunakan pertanyaan terbuka. Kemudian dilakukan wawancara dan tanya jawab dengan responden meliputi tenaga kesehatan dan pasien.

---

<sup>41</sup>Rianto Adi, 2004, *Metodologi Penelitian Sosial dan Hukum*, Granit, Jakarta, hlm.61.

<sup>42</sup>Joko Subagyo, 2011, *Metode Penelitian dalam Teori dan Hukum*, Jakarta: Rineka Cipta., Hal 39.

Sedangkan, sampel narasumber terdiri dari Dokter Spesialis dan Casemix BPJS RS.

Ada beberapa faktor yang menentukan hasil wawancara. Faktor-faktor itu ialah: pewawancara, yang diwawancarai, topik penelitian yang termuat dalam daftar pertanyaan dan situasi wawancara.<sup>43</sup>

## 6. Metode Analisis Data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa data kualitatif. Metode kualitatif yaitu suatu tata cara penelitian yang menghasilkan data deskriptif-analisis, yaitu apa yang dinyatakan oleh responden secara tertulis atau lisan, dan juga perilakunya yang nyata, yang diteliti, dan dipelajari sebagai sesuatu yang utuh,<sup>34</sup> yang nantinya dapat diperoleh kesimpulan tentang batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan Perlindungan Hak Pasien di Rumah Sakit. Langkah analisa data yang dilakukan adalah:

### a. Pengumpulan data

Tahap dalam penelitian ini adalah pengumpulan data responden dan narasumber yang telah ditentukan. Data yang diperoleh terkait batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit.

Selanjutnya data hasil wawancara tersebut akan diuraikan dalam bentuk narasi. Sedangkan data sekunder yang berupa bahan hukum primer,

---

<sup>43</sup> Ronny Hanitijo Soemitro, 1990, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Jakarta: Ghalia Indonesia, Hal.57.

bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier selanjutnya dikumpulkan dalam kajian kepustakaan.

b. Penyajian data

Setelah proses pengolahan data selesai, data disusun secara sistematis dan disajikan dalam bentuk teks (*textular*), dengan penyajian data dalam bentuk kalimat.<sup>44</sup> Setelah data diuraikan dan disajikan dalam bentuk kalimat, selanjutnya menarik kesimpulan mengenai batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit.

**G. Penyajian Tesis**

Bab I adalah bab Pendahuluan. Pada bab ini membahas mengenai latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka konsep, kerang teori, metode penelitian dan penyajian tesis.

Bab II adalah bab Tinjauan pustaka. Pada bab ini menguraikan tinjauan pustaka mengenai tentang kajian yuridis batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit.

Bab III adalah bab Hasil penelitian dan pembahasan. Pada bab ini diuraikan dan di analisis mengenai bagaimana batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit.

Bab IV adalah bab Penutup. Pada bab ini menguraikan kesimpulan yang merupakan jawaban dari hasil perumusan masalah yang diangkat dalam

---

<sup>44</sup> Soekidjo Notoatmojo, 2002, *Metode Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta, hlm.194.

penelitian ini dan tidak lupa disampaikan dalam bentuk saran untuk menyeimbangkan kesenjangan batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan dan perlindungan hak pasien di Rumah Sakit.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS dalam memenuhi dan melindungi haknya, yaitu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat sesuai dengan kebutuhan medis. Hal tersebut telah diatur tentunya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021. Di dalamnya juga termasuk pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan untuk spesialisik dan subspecialistik.<sup>45</sup>

Merujuk pada cakupan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan adalah sesuai dengan seluruh cakupan pelayanan di rawat jalan tingkat lanjutan dengan tambahan akomodasi yaitu perawatan inap non intensif dan perawatan inap intensif dengan hak kelas perawatan sesuai kelas BPJS.<sup>46</sup>

#### **B. Klasifikasi Penyakit Internasional Dan Mekanisme Koding Dalam Sistem Jaminan Kesehatan**

##### **1. Teori Perkembangan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)***

Sistem klasifikasi penyakit merupakan instrumen fundamental dalam manajemen informasi kesehatan global yang memfasilitasi

---

<sup>45</sup>Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2021 tentang *Standar Harga Satuan Tertinggi Obat dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*.

<sup>46</sup>BPJS, 2014, *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: BPJS Kesehatan.

interoperabilitas data mortalitas dan morbiditas antarnegara. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* yang diterbitkan oleh *World Health Organization (WHO)* telah mengalami evolusi dialektis yang panjang, bergerak dari sekadar daftar penyebab kematian (*causes of death*) menjadi sistem terminologi klinis yang kompleks dan terintegrasi secara digital.

ICD-9, yang diterbitkan pada tahun 1975 dan mulai berlaku pada tahun 1979, menandai fase transisi krusial dalam sejarah nosologi medis. Berbeda dengan pendahulunya, ICD-9 didesain tidak hanya untuk kepentingan statistik epidemiologi, tetapi juga mulai mengakomodasi kebutuhan pembayaran pelayanan kesehatan, meskipun masih memiliki keterbatasan struktural yang signifikan. Struktur ICD-9 bersifat numerik murni (tiga digit kategori, diikuti satu atau dua digit desimal) dan memiliki kapasitas ruang kode (*code space*) yang terbatas, sehingga menyulitkan penambahan entitas penyakit baru yang muncul seiring kemajuan ilmu kedokteran.<sup>47</sup> Keterbatasan ini kemudian mendorong pengembangan modifikasi klinis (*Clinical Modification* atau ICD-9-CM) di Amerika Serikat, yang hingga saat ini masih diadopsi oleh Indonesia khusus untuk pengkodean prosedur tindakan medis dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional, meskipun secara global telah dianggap usang untuk diagnosa.

---

<sup>47</sup> Gemala R. Hatta, 2013, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, UI-Press, Jakarta, hlm. 125

Disahkan pada Sidang Kesehatan Dunia (*World Health Assembly*) ke-43 tahun 1990 dan mulai diterapkan secara bertahap sejak 1994, ICD-10 membawa perubahan paradigma yang fundamental melalui pengenalan sistem pengkodean alfanumerik. Perubahan struktur dari numerik menjadi alfanumerik (satu huruf diikuti angka) memperluas kapasitas kode secara eksponensial, memungkinkan klasifikasi yang jauh lebih spesifik dan granular dibandingkan ICD-9.<sup>48</sup> Secara teoritis, ICD-10 disusun dalam tiga volume terpisah yang saling mengikat secara hukum dalam penggunaannya: Volume 1 (Daftar Tabulasi), Volume 2 (Manual Instruksi), dan Volume 3 (Indeks Alfabetik). Keunggulan utama ICD-10 terletak pada kemampuannya untuk memetakan detail klinis yang lebih presisi, yang menjadi prasyarat mutlak bagi sistem pembiayaan berbasis kasus (*casemix*) seperti yang diterapkan di Indonesia saat ini.

ICD-11, yang disahkan pada tahun 2019 dan mulai berlaku efektif secara global pada 1 Januari 2022, merepresentasikan lompatan kuantum (*quantum leap*) dari sistem klasifikasi statis berbasis buku menuju ekosistem digital yang dinamis. Berbeda dengan ICD-10 yang kaku, ICD-11 dibangun di atas fondasi ontologi medis yang memungkinkan integrasi penuh dengan Rekam Medis Elektronik (RME).<sup>49</sup> Secara teoritis, ICD-11 memperkenalkan konsep *post-coordination* atau klastering kode, yang

---

<sup>48</sup> World Health Organization, 2016, *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2 Instruction Manual*, WHO Press, Geneva, hlm. 3

<sup>49</sup> Robert Jakob, dkk., 2020, "ICD-11: A Scientific Asset for Public Health", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17 No. 1, hlm. 4

memungkinkan dokter atau koder untuk menggabungkan beberapa kode menjadi satu rangkaian string data yang utuh tanpa kehilangan konteks klinis (misalnya menggabungkan diagnosa penyakit, tingkat keparahan, dan manifestasi klinis dalam satu klaster). Hal ini dirancang untuk mengatasi kelemahan ICD-10 yang seringkali gagal menangkap kompleksitas kasus medis modern, sekaligus meminimalkan ambiguitas dalam proses klaim pembiayaan kesehatan.

## 2. Kodifikasi Medis Berdasarkan ICD-10 dan ICD-11

Kodifikasi medis (*medical coding*) adalah proses intelektual yang kompleks untuk mentranslasikan terminologi medis yang tertulis dalam rekam medis menjadi kode alfanumerik standar yang diakui secara internasional. Akurasi kodifikasi ini memiliki implikasi yuridis dan finansial yang serius dalam sistem jaminan kesehatan.

Dalam rezim ICD-10, proses kodifikasi diatur oleh kaidah-kaidah konvensi yang ketat sebagaimana termaktub dalam Volume 2. Struktur dasar kode ICD-10 terdiri dari tiga karakter utama (Kategori) yang dapat diperluas hingga empat atau lima karakter (Sub-kategori) untuk spesifisitas. Salah satu karakteristik unik ICD-10 yang menjadi landasan kodifikasi adalah sistem *Dagger and Asterisk* (sangkur dan bintang). Simbol *dagger* (†) digunakan untuk kode penyakit primer atau etiologi dasar, sedangkan simbol *asterisk* (\*) digunakan untuk kode manifestasi

organ yang muncul akibat penyakit dasar tersebut.<sup>50</sup> Dalam konteks hukum administrasi klaim, pemahaman terhadap aturan ini sangat krusial; kesalahan dalam menempatkan mana diagnosa utama (etiologi) dan sekunder (manifestasi) dapat menyebabkan sengketa klaim atau tuduhan *fraud* akibat *upcoding*. Selain itu, ICD-10 juga menggunakan konvensi "NEC" (*Not Elsewhere Classified*) dan "NOS" (*Not Otherwise Specified*) yang sering menjadi celah perdebatan antara verifikator BPJS dan koder rumah sakit terkait kelengkapan bukti medis.

Berbeda dengan struktur hirarkis kaku ICD-10, kodifikasi dalam ICD-11 menggunakan pendekatan polihirarki dan multidimensional. Kode diagnosa dalam ICD-11 memiliki struktur minimal empat karakter yang diawali dengan kombinasi huruf dan angka, serta menghilangkan system *dagger and asterisk* yang digantikan dengan mekanisme *linking* menggunakan tanda garis miring (/) atau ampersand (&).<sup>51</sup> Secara teoritis, kodifikasi ICD-11 menuntut kompetensi koder yang lebih tinggi karena sistem ini memungkinkan deskripsi detail klinis melalui "Stem Codes" (konsep klinis utama) yang diperkaya dengan "Extension Codes" (detail anatomi, histopatologi, atau tingkat keparahan). Transisi ke ICD-11 di masa depan akan mengubah secara fundamental cara rumah sakit menyusun klaim, dari yang sebelumnya berbasis "pencocokan buku" menjadi berbasis "analisis ontologi klinis", yang diharapkan dapat

---

<sup>50</sup> N. Budiyanti, 2022, "Analisis Perbedaan Struktur Dasar ICD-10 dan ICD-11", *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, Vol. 13 No. Khusus, hlm. 25

<sup>51</sup> R. Perwirani, 2025, "Challenges, Benefits and Considerations of Transitioning from ICD-10 to ICD-11", *Journal of Public Health and Epidemiology*, Vol. 12 No. 1, hlm. 15

mengurangi subjektivitas penafsiran diagnosa yang selama ini menjadi sumber sengketa.

### 3. Alur Analisis Sistem Koding dalam Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS)

Dalam ekosistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, sistem koding tidak berdiri sendiri melainkan terintegrasi dalam sistem *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's). Alur analisis koding ini merupakan titik temu antara praktik kedokteran (medis) dan administrasi pembiayaan (ekonomi), yang diatur secara rigid melalui peraturan perundang-undangan.

Tahap pertama dan paling krusial dalam alur koding BPJS adalah analisis kualitatif terhadap resume medis (*discharge summary*). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG's, koder memiliki kewajiban hukum untuk menelaah kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan medis yang dibuat oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).<sup>52</sup> Koder harus memastikan bahwa diagnosa utama (*principal diagnosa*) yang dipilih adalah kondisi yang paling banyak menghabiskan sumber daya (*resource intensity*) selama episode perawatan, serta didukung oleh bukti penunjang yang valid. Di sinilah sering terjadi benturan interpretasi; dokter mungkin menetapkan

---

<sup>52</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, Lampiran Bab II

diagnosa berdasarkan etiologi penyakit, sementara koder, terikat aturan BPJS, harus menetapkan diagnosa berdasarkan regulasi koding morbiditas.

Setelah diagnosa ditegakkan secara administratif, koder melakukan translasi terminologi medis ke dalam kode ICD-10 (untuk diagnosa) dan ICD-9-CM (untuk tindakan/prosedur). Proses ini harus mematuhi aturan MB (*Morbidity Coding Rules*) dalam ICD-10, khususnya aturan reseleksi diagnosa utama (MB1 hingga MB5) jika diagnosa yang ditulis dokter tidak memenuhi kriteria koding.<sup>53</sup> Akurasi pada tahap ini bersifat absolut; kesalahan satu digit karakter saja dapat mengubah grup INA-CBG secara drastis, yang berdampak pada besaran tarif yang diterima rumah sakit.

Tahap akhir adalah input kode tersebut ke dalam perangkat lunak *Grouping* INA-CBG. Sistem algoritma komputer secara otomatis akan mengelompokkan kode-kode tersebut ke dalam satu grup kasus (*Case Based Group*) berdasarkan variabel diagnosa utama, diagnosa sekunder (komorbiditas dan komplikasi), prosedur, umur, dan jenis kelamin. Hasil *grouping* ini akan menentukan "Tingkat Keparahan" (*Severity Level*) dari I hingga III. Dalam konteks tinjauan hukum, alur ini menegaskan bahwa tarif rumah sakit bukanlah harga yang ditetapkan oleh pasar, melainkan harga yang dikonstruksi oleh negara (*state-administered price*) melalui algoritma koding. Oleh karena itu, sengketa yang timbul dalam alur ini pada

---

<sup>53</sup> Hatta, *Op. Cit.*, hlm. 140

hakikatnya adalah sengketa administratif akibat perbedaan penerapan algoritma hukum terhadap fakta medis.<sup>54</sup>

### C. Diagnosa Klinik

Diagnosa klinik disebut dalam PPK (Panduan Praktis Klinik) dan SKDI (Standar Kompetensi Dokter Indonesia), mengacu pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, menjelaskan bahwa lulusan dokter mampu membuat diagnosa klinik terhadap penyakit tersebut. Diagnosa klinik ini dapat ditegakkan dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, beberapa juga membutuhkan hasil pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosa atau karena telah menjadi standar algoritma penegakkan diagnosa.

Diagnosa, berdasarkan *Black's Law Dictionary* itu sendiri adalah suatu istilah dalam bidang kedokteran, yang mengandung arti temuan penyakit pada pasien atau penentuan/penegakkan diagnosa klinik/penyakit pasien berdasarkan kumpulan simptom (gejala).<sup>55</sup> Sedangkan, pengertian diagnosa menurut kamus besar bahasa indonesia adalah penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti atau memeriksa gejala-gejalanya atau pemeriksaan terhadap suatu hal. Diagnosa klinik sendiri merupakan penentuan jenis penyakit berdasarkan tanda dan gejala dengan menggunakan cara dan alat seperti laboratorium, foto dan klinik.<sup>56</sup> Diagnosa dalam istilah medis atau klinik adalah upaya atau proses menemukan kelemahan atau penyakit (*weakness*,

---

<sup>54</sup> D. Leonard, 2020, "Sosialisasi Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di Pelayanan Kesehatan", *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, Vol. 3 No. 2, hlm. 145

<sup>55</sup> Black HC, 1991, *Black's Law Dictionary Sixth Edition: Definitions of the Terms and Phrases of American and English Jurisprudence, Ancient, and Modern*, U.S.A: West Publishing, hlm. 453

<sup>56</sup> KBBI. *Loc.Cit.*

*disease*) apa yang dialami seseorang dengan melalui pengujian dan studi yang seksama mengenai gejala-gejalanya (*symptoms*).<sup>57</sup>

## **D. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan**

### **1. Definisi BPJS Kesehatan**

Berdasarkan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011, berbunyi:

“Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.”

Berikutnya, BPJS Kesehatan yang dimaksud guna menyelenggarakan program jaminan kesehatan.<sup>58</sup>

### **2. Pelayanan BPJS Kesehatan**

Pelayanan BPJS dapat diberikan baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Untuk cakupan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut, dapat dilaksanakan di RSU (Rumah Sakit Umum) baik milik Pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS, meliputi:<sup>59</sup>

Pelayanan melalui rawat jalan, meliputi:

- a. Administrasi (Pendaftaran untuk berobat, surat eligibilitas, pembuatan kartu pasien)
- b. Periksa, berobat, konsultasi ke spesialis maupun sub-spesialis
- c. Tindakan medis spesialis sesuai dengan indikasi medis
- d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- e. Pelayanan alat kesehatan
- f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis

<sup>57</sup> Thorndike, R.L., and Hagen E,E. *Loc. Cit.*

<sup>58</sup> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

<sup>59</sup> BPJS Panduan Praktis Pelayanan, *Loc. Cit.*

- g. Rehabilitasi medis
- h. Pelayanan darah
- i. Pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan VER atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik
- j. Pelayanan jenazah terbatas hanya bagi peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati

Pelayanan melalui rawat inap, meliputi:

Cakupan pelayanan rawat jalan ditambah perawatan inap non-intensif atau intensif sesuai hak kelas iuran:

- Kelas 3 : PBI, Pekerja Bukan Penerima Upah, Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk kelas 3
- Kelas 2 : PNS dan Pensiunan PNS gol. I dan II, TNI dan Pensiunan TNI gol.I dan II, Polri dan Pensiunan Polri setara PNS gol.I dan II, Peserta Oekerja Penerima Upah, dan Pegawai Pemerintah Non PNS dengan gaji 1,5 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin 1 anak, Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan pekerja yang membayar iuran kelas 2.
- Kelas 1 : Pejabat Negara, PNS dan Pensiunan PNS gol. III dan IV, TNI dan pensiunan TNI setara PNS gol III dan IV, Polri dan pensiunan Polri setara PNS gol. III dan IV, Veteran dan Perintis Kemerdekaan, Peserta Pekerja penerima upah dan pegawai pemerintah non PNS dengan gaji 1,5-2 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 anak, peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yang membayar iuran kelas 1.

Cakupan untuk pelayanan gawat darurat sesuai dengan kriteria gawat darurat. Dalam keadaan gawat darurat, penyelenggaraan BPJS dapat dilayani di fasilitas kesehatan pertama maupun lanjutan, pelayanan harus segera diberikan tanpa surat rujukan.

Sedangkan, kegiatan untuk pengecekan validitas peserta maupun diagnosa penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat menjadi

tanggung jawab fasilitas kesehatan. Apabila kondisi kegawatdaruratan pasien sudah teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan, tetapi pasien tidak bersedia untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS. Fasilitas kesehatan harus menjelaskan hal ini kepada peserta dan peserta harus menandatangani surat pernyataan bersedia menanggung biaya pelayanan selanjutnya.<sup>60</sup>

BPJS juga telah mengatur daftar pelayanan yang tidak dapat dijamin, meliputi:<sup>61</sup>

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
4. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
8. Pelayanan meratakan gigi (ortodonti);
9. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (*eksperimen*);
13. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;

---

<sup>60</sup> BPJS Panduan Praktis Pelayanan, *Op.Cit.* Hlm. 47

<sup>61</sup> BPJS Panduan Praktis Pelayanan, *Op.Cit.* Hlm. 57

14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
16. Kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*) yang ditetapkan oleh Menteri; dan
17. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

Untuk kriteria diagnosa gawat darurat yang dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan juga telah tersusun dalam lampiran Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan.<sup>62</sup>

### 3. Sistem *INA-CBG's*

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (*INA-CBG's*). Hal ini merupakan suatu pola pembayaran sebagai bentuk implementasi JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) disesuaikan dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Menelaah lebih jauh, sistem tersebut merupakan pengelompokan diagnosa dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*.

## E. Pasien

### 1. Definisi

Definisi pasien menurut peraturan perundangan di Indonesia adalah

“Pasien adalah setiap orang yang memperoleh Pelayanan Kesehatan dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan”,

---

<sup>62</sup> BPJS Panduan Praktis Pelayanan, *Op.Cit.* Hlm. 69

tepatnya tertulis pada Pasal 1 angka 23 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.<sup>63</sup> Hubungan antara dokter dan pasien merupakan hubungan kerjasama untuk melakukan upaya kesehatan berdasarkan itikad baik dan kepercayaan masing-masing pihak.

## 2. Hak Pasien

Hak merupakan suatu obyek, yang berarti keadilan, kebenaran etik, maupun kesesuaian dengan aturan hukum dan prinsip moral yang ada.<sup>64</sup> Menurut Purbacaraka dan Soekanto, hak adalah peranan yang bersifat fakultatif, dengan mengandung arti oleh karena sifatnya boleh tidak dilaksanakan (atau dilaksanakan).<sup>65</sup> Pasal 276 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, menjelaskan mengenai hak-hak pasien yaitu:<sup>66</sup>

- a. Mendapatkan informasi mengenai kesehatannya,
- b. Mendapatkan penjelasan memadai tentang pelayanan yang diterima,
- c. Pelayanan sesuai kebutuhan medis dan standar profesi,
- d. Menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali dalam kondisi tertentu seperti pencegahan penyakit menular atau wabah.

## 3. Kewajiban Pasien

Bukan hanya berbicara mengenai hak dari pasien tersebut, namun juga beserta kewajiban yang perlu dilaksanakan oleh seorang pasien. Hak beserta kewajiban berada dalam hubungan yang saling berdampingan dan

---

<sup>63</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*, Op. Cit., Pasal 1 angka 23.

<sup>64</sup> Black HC, 1991, *Op.Cit.* hlm. 1323.

<sup>65</sup> Purbacaraka P dan Soekanto S, 1986, *Sendi-Sendi Ilmu Hukum dan Tata Hukum*, Bandung: Alumni.

<sup>66</sup> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*, Op. Cit., Pasal 276.

juga berhadapan. Kewajiban merupakan peranan imperatif yang bermakna tidak boleh tidak dilaksanakan. Sedangkan, dalam *Black's Law Dictionary* kewajiban mengandung makna arti yang luas, bergantung pada konteks isi yang digunakan, secara umum adalah sesuatu yang mengikat dan harus dilaksanakan oleh subyek tersebut; ataupun tugas yang harus dilaksanakan berkaitan dengan aturan hukum, perjanjian, kontrak, hubungan dengan masyarakat, kesopanan, kebaikan, dan lain-lain.<sup>67</sup>

Kewajiban pasien menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan meliputi: (Pasal 277)

- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
- b. mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi;
- c. mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan; dan
- d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

#### **F. Perlindungan Hak Pasien sebagai Peserta BPJS Kesehatan**

Perlindungan adalah segala upaya pemenuhan hak dan pemberian bantuan untuk memberikan rasa aman.<sup>68</sup> Sedangkan, secara definisi *Black's Law Dictionary*, merupakan perlindungan individu oleh pemerintah, di sisi lain memberikan hak individu untuk memperoleh perlindungan dari pemerintah.

Adapun hak pasien sebagai peserta BPJS Kesehatan juga telah tercantum dalam halaman resmi BPJS, antara lain.<sup>69</sup>

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

---

<sup>67</sup> Black HC, *Op.Cit.* Hlm. 1074.

<sup>68</sup> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2014 tentang Perlindungan Saksi dan Korban.

<sup>69</sup> BPJS Hak dan Kewajiban, *Loc.Cit.*

2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja dengan BPJS Kesehatan, dan
4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Beberapa hak pasien yang paling dikemukakan dalam doktrin dan pendapat ahli hukum kesehatan antara lain adalah hak atas informasi medik, hak atas persetujuan tindakan kedokteran, hak atas pendapat kedua, dan hak untuk melihat rekam medik.<sup>70</sup>

Menurut Satijipto Raharjo, perlindungan hukum adalah memberikan pengayoman terhadap HAM (hak asasi manusia) yang dirugikan orang lain dan perlindungan itu diberikan kepada masyarakat agar dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum. Berkaitan dengan hak pasien, berarti hukum memberikan perlindungan terhadap hak-hak pasien dari sesuatu yang mengakibatkan tidak terpenuhinya hak-hak tersebut.<sup>71</sup>

Lebih lanjut penjelasan mengenai hak untuk memperoleh pelayanan di bidang kesehatan dalam konstitusi Negara Kesatuan Republik Indonesia diatur pada Pasal 28 H dan Pasal 34 Ayat (3) UUD 1945 yang berbunyi,<sup>72</sup>

“Setiap warga negara berhak untuk mendapatkan layanan kesehatan dan negara wajib untuk menyediakannya.”

---

<sup>70</sup> Siringoringo dkk, 2017, *Pengaturan Perlindungan Hukum Hak-Hak Pasien dalam Peraturan Perundang-Undangan tentang Kesehatan RI di Indonesia*, Semarang: Universitas Diponegoro

<sup>71</sup> Siringoringo dkk, *Loc.Cit*

<sup>72</sup> Badan Pembinaan Hukum Nasional, *Loc.Cit*

Pembentukan BPJS sendiri, selain diperintahkan oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 juga merupakan realisasi dari amanah Pasal 28 H Ayat (3) UUD 1945 yang menjelaskan bahwa,<sup>73</sup>

“Setiap orang memiliki hak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan diri manusia secara utuh sebagai manusia bermartabat.”

Sedangkan kewajiban negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia diatur oleh Pasal 34 Ayat (2), yang diwujudkan dengan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial dalam bentuk jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan. Kedua jaminan tersebut merupakan bagian pokok dalam jaminan sosial.<sup>74</sup>

Undang-Undang Dasar 1945 dalam Pasal 34 Ayat (2) menyebutkan bahwa,”

“Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”

Penyebutan pasal mengandung makna bahwa pemerintah atau negara berkewajiban membuat sebuah program yang dapat digunakan untuk membantu masyarakat miskin untuk berobat, memperoleh penghasilan dan pekerjaan yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia. Undang-undang SJSN mengatur kepesertaan wajib secara nasional, program jaminan sosial, dan penerima bantuan iuran.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Badan Pembinaan Hukum Nasional, *Loc. Cit*

<sup>74</sup> Badan Pembinaan Hukum Nasional, *Loc. Cit*

<sup>75</sup> Badan Pembinaan Hukum Nasional, *Loc. Cit*

## G. Dokter

Dokter sebagai tenaga medis merupakan orang yang mengabdikan diri di dalam bidang kesehatan, yang memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kedokteran yang memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Namun, profesi dokter adalah suatu profesi yang disertai moralitas tinggi untuk memberikan pertolongan kepada siapa saja yang membutuhkannya. Para profesional senantiasa melaksanakan perintah moral dan intelektual serta bersama mereka ingin menunjukkan kepada masyarakat hal yang baik baginya.<sup>76</sup>

Dokter Indonesia memiliki Kode Etik Kedokteran sendiri yang diberlakukan didasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 434/MENKES/SK/X/1983 tentang berlakunya KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia). Konsekuensinya, secara legal KODEKI diakui sebagai kaidah-kaidah yang diperlukan dan wajib digunakan para dokter dalam menjalankan profesinya. Kode Etik Kedokteran Indonesia, dokter memiliki kewajiban-kewajiban yang harus dipenuhinya, baik kewajiban umum, kewajiban terhadap pasien, dan kewajiban terhadap dirinya sendiri, diantaranya adalah:<sup>77</sup>

- a. Seorang dokter wajib menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah dokter. (Pasal 1)
- b. Seorang dokter harus melakukan profesinya sesuai ukuran yang tertinggi. (Pasal 2)
- c. Dalam melakukan pekerjaannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi. (Pasal 3)
- d. Setiap dokter harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri sendiri. (Pasal 4)

---

<sup>76</sup> Benyamin Lumenta dkk, 1989, *Peran Dan Perilaku*, Jakarta: Kanisius, hlm.81.

<sup>77</sup> Gunawan, 1991, *Memahami Etika Kedokteran*, Yogyakarta: Kanisius, hlm.20.

- e. Setiap pembuatan atau nasehat yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya diberikan untuk kepetingan dan kebaikan pasien, setelah memperoleh persetujuan pasien. (Pasal 5)
- f. Setiap dokter harus senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat. (Pasal 6)
- g. Seorang dokter hanya memberikan keterangan atau pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya. (Pasal 7)
- h. Seorang dokter harus, dalam setiap praktek medisnya, memberikan pelayanan medis yang kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (compassion) dan penghormatan atas martabat manusia. (Pasal 7a)
- i. Seorang dokter harus bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya yang dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan, dalam menangani pasien. (Pasal 7b)
- j. Seorang dokter harus menghormati hak-hak pasien, hak-hak sejawatnya, dan hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien (Pasal 7c)
- k. Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajiban melindungi hidup makhluk insani. (Pasal 7d)
- l. Dalam melakukan pekerjaannya, seorang dokter harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), baik fisik maupun psikososial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenar-benarnya. (Pasal 8)
- m. Setiap dokter dalam bekerja sama dengan pejabat dibidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat, harus saling menghormati. (Pasal 9)
- n. Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilan untuk kepentingan penderita. Dalam hal ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka atas persetujuan pasien, ia wajib menunjuk penderita kepada dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut. (Pasal 10)
- o. Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada penderita agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasehatnya dalam beradat dan atau dalam masalah lainnya (Pasal 11)
- p. Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui tentang seorang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal dunia. (Pasal 12)
- q. Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakni ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya. (Pasal 13)
- r. Setiap dokter memerlukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan. (Pasal 14)

- s. Setiap dokter boleh mengambil alih penderita dari teman sejawatnya, kecuali dengan persetujuan atau berdasarkan prosedur yang etis. (Pasal 15)
- t. Setiap dokter harus memelihara kesehatannya supaya dapat bekerja dengan baik (Pasal 16)
- u. Setiap dokter hendaklah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia kepada cita-cita yang luhur. (Pasal 17)

Pengertian dokter berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan adalah dokter, dokter spesialis, lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Untuk memperoleh kompetensinya, setiap dokter yang berpraktik wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan kedokteran berkelanjutan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi dan lembaga lain yang diakreditasi oleh organisasi profesi dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, sebagaimana yang tercantum pada Pasal 279 Ayat 2 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023.

#### **H. Rumah Sakit sesuai Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023**

Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.<sup>78</sup> Penyelenggaraan rumah sakit masuk sebagai bagian dari regulasi sektor kesehatan secara lebih menyeluruh. Sedangkan, peraturan daerah yang selanjutnya disebut Perda berfungsi sebagai instrumen hukum untuk

---

<sup>78</sup> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang *Kesehatan*, Op. Cit., Pasal 1 angka 10.

melaksanakan penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta penjabaran lebih lanjut peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.<sup>79</sup>

Menurut Undang-Undang Rumah Sakit, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, yang diselenggarakan berdasarkan Pancasila. Hak dan kewajiban pasien juga tercantum di dalamnya.

Disebutkan bahwa rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen Rumah Sakit, dan tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki pengertian bahwa setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.<sup>80</sup> Berdasarkan Pasal 197 Undang-Undang Kesehatan menyebutkan bahwa, “Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri atas: a. Tenaga Medis; b. Tenaga Kesehatan; dan c. tenaga pendukung atau penunjang kesehatan”.

Pasal 198 Undang-Undang Kesehatan adapun pengelompokkan tenaga medis yang tercantum antara lain:

- a. Dokter (Dokter, Dokter spesialis, dan Dokter subspesialis)
- b. Dokter gigi (Dokter, Dokter spesialis, dan Dokter subspesialis)

---

<sup>79</sup> Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.

<sup>80</sup> Notoatmodjo Soekidjo, 2010, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta., hlm, 58.

Sedangkan, Pasal 199 Undang-Undang Kesehatan adapun pengelompokan tenaga kesehatan yang tercantum antara lain:

- a. tenaga psikologi klinis;
- b. tenaga keperawatan;
- c. tenaga kebidanan;
- d. tenaga kefarmasian;
- e. tenaga kesehatan masyarakat;
- f. tenaga kesehatan lingkungan;
- g. tenaga gizi;
- h. tenaga keterampilan fisik;
- i. tenaga keteknisian medis;
- j. tenaga teknik biomedika;
- k. tenaga kesehatan tradisional; dan
- l. Tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Kewenangan tenaga tenaga medis dan tenaga kesehatan tersebut harus sesuai ketentuan sebagai berikut:<sup>81</sup>

- a. dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.
- b. dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah.
- c. selama memberikan pelayanan kesehatan, dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi.

Tenaga medis yang berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan harus memiliki ketentuan sebagai berikut:<sup>82</sup>

- a. Kode etik,
- b. Standar profesi,
- c. Hak pengguna pelayanan kesehatan,
- d. Standar pelayanan dan
- e. Standar prosedur operasional.

Dari jenis tenaga medis dan kesehatan tersebut mempunyai tujuan tertentu secara implisit sesuai dengan Pasal 273, 274, 279 ayat (2) huruf d, 306 ayat (1) huruf b Undang-Undang Kesehatan bahwa Tenaga medis dan tenaga kesehatan

---

<sup>81</sup> *Ibid.*, hlm,55

<sup>82</sup> *Ibid.*, hlm,55-56.

bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional, dan beretika; melindungi keselamatan dan hak pasien; mengembangkan kompetensi secara berkelanjutan; serta menjamin perlindungan hukum dan kesejahteraan tenaga kesehatan dalam mendukung sistem kesehatan nasional.

Berkaitan dengan perilaku tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya maka kode etik diatur sesuai dengan masing-masing profesi. Kode etik adalah suatu aturan tertulis tentang kewajiban yang harus dilakukan oleh semua anggota profesi dalam menjalankan pelayanan kepada masyarakat. Kode etik tidak mengatur hak-hak anggota namun hanya berisikan kewajiban-kewajiban anggota. Ruang lingkup kode etik mencakup kewajiban umum, kewajiban terhadap pasien/*client*, kewajiban terhadap teman sejawatnya, kewajiban terhadap diri sendiri. Hal tersebut telah diatur supaya setiap profesi kesehatan selalu berpegang teguh dan berperilaku sesuai dengan kehormatan profesinya. Sebelum menjalankan tugas profesinya diwajibkan mengangkat sumpah sebagai janji profesi baik untuk kemanusiaan, untuk pasien, teman sejawat dan untuk diri sendiri.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup>*ibid.*, hlm, 39.

## **BAB III**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Pengaturan dan Mekanisme Batasan Diagnosa Klinik di Rumah Sakit**

Berdasarkan temuan penelitian yang mendalam di lapangan, dapat digambarkan bahwa pengaturan dan mekanisme batasan diagnosa klinik di rumah sakit tidak beroperasi dalam ruang hampa, melainkan sangat dipengaruhi dan dikonstruksi oleh arsitektur sistem pengkodean, klaim, dan verifikasi yang diterapkan secara ketat oleh BPJS Kesehatan. Alur proses ini, yang membentang mulai dari penetapan diagnosa klinis oleh dokter di ruang perawatan hingga realisasi pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, diatur secara sistematis dan rigid melalui sistem *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) yang kini dioperasikan sepenuhnya secara digital. Mekanisme pengkodean dan klaim INA-CBG's di rumah sakit dimulai pada titik krusial setelah dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) menetapkan diagnosa akhir (*final diagnosa*) dan merinci seluruh tindakan medis yang telah diberikan kepada pasien selama masa perawatan dalam rekam medis. Dokumen rekam medis yang telah lengkap ini kemudian diserahkan kepada petugas *casemix*, sebuah unit kerja vital di rumah sakit yang bertanggung jawab untuk menerjemahkan narasi medis dokter menjadi kode-kode alfanumerik. Proses penerjemahan atau pengkodean (*coding*) ini menggunakan standar internasional, yakni sistem klasifikasi *International Classification of Diseases 10th Revision* (ICD-10) untuk diagnosa penyakit

dan *International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification* (ICD-9 CM) untuk tindakan medis atau prosedur.

Berdasarkan keterangan mendalam dari narasumber petugas *casemix*, proses ini kini telah bertransformasi menjadi proses yang sepenuhnya digital, meninggalkan metode manual yang konvensional. Petugas *casemix* memiliki tugas teknis untuk menginput seluruh data kode diagnosa dan tindakan tersebut ke dalam sistem aplikasi khusus yang disebut *grouped INA-CBG's*. Sistem komputerisasi inilah yang memegang peranan sentral, karena secara otomatis, melalui algoritma yang telah diprogram, sistem ini akan mengelompokkan kasus pasien ke dalam grup-grup tertentu dan menghasilkan kode tarif paket. Kode tarif inilah yang kemudian menjadi dasar legal dan finansial bagi pengajuan klaim pembayaran kepada BPJS Kesehatan. Sebagaimana diungkapkan secara rinci oleh petugas *casemix* rumah sakit mengenai alur kerja mereka:

“Tugas kami di bagian Casemix adalah membantu kompilasi internal data klaim dan menjadi penghubung antara BPJS dan rumah sakit. Kami memastikan semua berkas lengkap sebelum diajukan. Proses kerja kami dimulai dari penginputan data coding diagnosa dan tindakan ke dalam sistem berdasarkan INA-CBGs. Data dikumpulkan secara kolektif selama satu bulan pelayanan, kemudian diunggah (upload) dalam bentuk file elektronik ke sistem BPJS. Sistem akan memproses secara otomatis dan dalam waktu tertentu memberikan jawaban atau status apakah klaim tersebut diterima layak bayar atau ditolak.”<sup>84</sup>

Tahapan krusial berikutnya dalam mekanisme ini adalah verifikasi klaim. Temuan penelitian menyoroti bahwa sejak tahun 2018, mekanisme ini telah mengalami perubahan paradigma yang signifikan dengan ditariknya

---

<sup>84</sup> Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix BPJS Rumah Sakit

verifikator BPJS yang sebelumnya ditempatkan secara fisik (*on-site*) di rumah sakit. Peran verifikator fisik ini kini digantikan oleh sistem verifikasi terpusat yang dilakukan secara daring, yang dikenal dengan nomenklatur Vedika (Verifikasi Digital Klaim). Temuan di lapangan secara konsisten menunjukkan bahwa perubahan ini memiliki dampak sistemik yang besar, terutama pada alur komunikasi dan mekanisme penyelesaian sengketa klaim antara rumah sakit dan BPJS. Dalam sistem Vedika, apabila verifikator BPJS yang berada di kantor cabang atau pusat menemukan adanya anomali atau ketidaksesuaian data seperti ketidakcocokan logis antara diagnosa utama dengan tindakan medis yang diberikan, atau ketidaklengkapan dokumen pendukung digital maka klaim tersebut akan dikembalikan (*feedback*) kepada pihak rumah sakit dengan status tertunda atau *pending claim*.

Proses penyelesaian *pending claim* ini, berbeda dengan era sebelumnya, kini sepenuhnya dilakukan dalam ranah maya secara daring. Petugas *casemix* rumah sakit harus melakukan revisi data atau melengkapi dokumen sesuai dengan catatan singkat yang diberikan oleh verifikator dalam sistem, dan kemudian mengajukan kembali klaim tersebut. Hal ini menciptakan tantangan baru, dimana ruang negosiasi atau diskusi klinis untuk mempertahankan argumentasi medis dari pihak rumah sakit menjadi sangat terbatas dan kaku. Tidak ada lagi forum tatap muka langsung yang memungkinkan dialog dua arah antara dokter atau petugas *casemix* dengan verifikator BPJS untuk menjelaskan kompleksitas kasus. Sebagaimana

diungkapkan dengan nada prihatin oleh narasumber petugas *casemix* mengenai hilangnya aspek humanis dalam verifikasi:

“Saat ini tidak ada lagi verifikator BPJS yang ditempatkan di rumah sakit. Semua proses sudah dilakukan secara daring melalui sistem komputer. Ini menyulitkan kami. Jika ada klaim yang ditolak atau pending, sistem hanya akan memberikan catatan pendek. Misalnya, tertulis 'tindakan tidak sesuai dengan diagnosa', maka kami harus merevisi sendiri. Proses revisi dan komunikasi bolak-balik ini semuanya dilakukan melalui sistem, tidak ada lagi pertemuan langsung seperti dulu dimana kami bisa menjelaskan duduk perkaranya. Kami hanya bisa memberikan penjelasan tertulis di kolom keterangan yang karakternya pun terbatas.”<sup>85</sup>

Lebih jauh lagi, batasan diagnosa dalam praktik pelayanan kesehatan nyata ditemukan bermanifestasi pada beberapa kasus spesifik, di mana terdapat diskrepansi tajam antara diagnosa klinis yang ditegakkan oleh dokter berdasarkan pertimbangan medis dengan kriteria administratif yang ditetapkan secara kaku oleh sistem INA-CBG's. Salah satu temuan yang paling signifikan dan berulang adalah pada kasus penanganan pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau gagal ginjal kronis.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan narasumber dokter spesialis penyakit dalam, terungkap bahwa seorang pasien CKD yang secara medis memerlukan rawat inap segera untuk transfusi darah karena kondisi anemia berat (Hb sangat rendah), klaimnya seringkali ditolak oleh sistem atau secara otomatis dianggap sebagai pelayanan rawat jalan, apabila pasien tersebut belum menjalani terapi rutin hemodialisis (cuci darah). Sistem BPJS memiliki algoritma yang menetapkan bahwa rawat inap untuk pasien CKD hanya dapat

---

<sup>85</sup> Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix BPJS Rumah Sakit

diklaim secara valid jika disertai dengan prosedur tindakan hemodialisis. Padahal, dalam perspektif klinis, penanganan anemia berat pada pasien gagal ginjal melalui transfusi darah merupakan tindakan medis yang krusial, berisiko reaksi transfusi, dan mutlak memerlukan observasi ketat dalam setting rawat inap untuk memantau tanda-tanda vital dan mencegah komplikasi jantung. Kesenjangan antara kebutuhan medis dan aturan administratif ini juga dirasakan langsung dampaknya oleh pasien, sebagaimana diungkapkan dengan polos oleh narasumber Tn. S, seorang pasien gagal ginjal:

“Saya sudah pernah dirawat inap di rumah sakit untuk transfusi darah, dan prosesnya bisa berjalan. Jadi sejauh ini saya merasa terbantu dengan adanya BPJS. Namun saya tidak tahu dan was-was, apakah nanti saat kondisi saya memburuk dan perlu cuci darah, biayanya juga akan ditanggung atau tidak, karena aturannya sepertinya berubah-ubah.”<sup>86</sup>

Temuan spesifik lainnya yang tak kalah pelik adalah pada kasus pasien dengan keluhan nyeri perut hebat (*acute abdomen*) yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Dokter jaga di IGD, berdasarkan pemeriksaan fisik awal dan penilaian klinis (*clinical judgement*), seringkali memutuskan untuk menahan pasien guna melakukan observasi rawat inap. Tujuannya adalah untuk menyingkirkan kemungkinan diagnosa gawat darurat bedah seperti apendisitis akut (usus buntu pecah), perforasi lambung, atau kondisi bedah lainnya yang mengancam nyawa. Namun, ironisnya, jika setelah masa observasi ternyata kondisi pasien membaik, tidak ditemukan indikasi

---

<sup>86</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Pasien Tn. S

pembedahan, dan pasien dipulangkan, maka klaim untuk biaya observasi dan perawatan tersebut sering ditolak oleh sistem BPJS. Alasan penolakannya adalah karena diagnosa akhir pasien dianggap tidak termasuk dalam daftar kriteria kegawatdaruratan atau tidak memenuhi syarat severitas untuk rawat inap. Hal ini menempatkan dokter dan rumah sakit pada posisi dilematis: melakukan observasi demi keselamatan pasien namun berisiko klaim tidak dibayar, atau memulangkan pasien dengan risiko kondisi memburuk di rumah.

Selanjutnya, pada kasus pelayanan maternal dan neonatal, ditemukan anomali pada kasus bayi baru lahir sehat dari ibu yang mengalami penyulit kehamilan serius seperti preeklampsia berat, diabetes gestasional, atau infeksi berat. Temuan lapangan menunjukkan bahwa klaim untuk perawatan bayi tersebut tidak dapat diajukan secara terpisah sebagai pasien mandiri, melainkan dianggap sudah terintegrasi atau *bundling* dalam satu paket tarif dengan perawatan ibunya. Padahal, secara medis dan faktual, bayi yang lahir dari ibu dengan komplikasi kehamilan memerlukan observasi khusus, pemantauan gula darah, dan perawatan dasar yang lebih intensif dibandingkan bayi normal untuk mendeteksi dini adanya kelainan bawaan atau dampak dari penyakit ibu, namun secara administratif tindakan ekstra ini tidak diakui sebagai episode perawatan yang memiliki nilai klaim tersendiri.<sup>87</sup>

Selain itu, ditemukan pula kendala teknis operasional di lapangan terkait disparitas tarif klaim berdasarkan klasifikasi tipe rumah sakit. Seorang

---

<sup>87</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Dr. [Nama Disamarkan], Sp. OG

pasien yang berobat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seringkali dirujuk secara spesifik ke rumah sakit tipe C, meskipun mungkin ada rumah sakit tipe B yang memiliki fasilitas jauh lebih lengkap dan lokasi yang lebih dekat dengan tempat tinggal pasien. Hal ini terjadi karena pertimbangan pragmatis bahwa tarif paket INA-CBG's di RS tipe C seringkali dianggap lebih "masuk akal" atau sesuai dengan diagnosa awal yang ditetapkan di FKTP, atau karena adanya kuota rujukan yang dibatasi oleh sistem aplikasi *P-Care* di Puskesmas. Fenomena ini pada akhirnya memengaruhi efisiensi waktu dan efektivitas alur rujukan pasien, yang seharusnya berbasis pada kebutuhan medis dan kedekatan geografis, bukan pada pertimbangan tarif administratif.<sup>88</sup>

## 2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Praktik Batasan Diagnosa di Lapangan

Praktik batasan diagnosa klinik yang terjadi di lapangan bukanlah fenomena tunggal, melainkan hasil resultan yang dipengaruhi oleh jalinan berbagai faktor yang saling berkaitan dan tumpang tindih. Dinamika ini dapat dipetakan secara komprehensif dari tiga perspektif utama, yaitu perspektif klinisi (dokter), perspektif manajemen klaim (petugas *casemix*), dan perspektif pasien. Dari perspektif klinisi, temuan penelitian menyoroti adanya ketegangan fundamental antara logika medis dan logika administratif. Dokter merasakan bahwa sistem pengkodean INA-CBG's yang bersifat statis, kaku, dan terstandarisasi menimbulkan beban administratif tambahan yang

---

<sup>88</sup> Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix BPJS Rumah Sakit

signifikan. Sistem ini seringkali berkonflik dengan sifat dasar ilmu kedokteran dan kondisi pasien yang dinamis, unik, dan kompleks. Dokter merasa peran mereka tereduksi; mereka tidak hanya dituntut untuk melakukan pelayanan medis profesional demi kesembuhan pasien, tetapi juga dipaksa untuk memahami seluk-beluk teknik pengkodean yang rumit dan birokratis agar klaim pelayanan yang telah mereka berikan dapat diterima oleh sistem. Sebagaimana diungkapkan dengan nada frustrasi oleh narasumber dokter:

“Dalam sistem BPJS, setiap kondisi medis pasien, sekecil apapun, harus dikodekan dalam bentuk kode diagnosa (coding) yang bersifat numerik dan statis. Sementara realitas kondisi medis pasien di lapangan itu bersifat dinamis, berkembang, dan tidak selalu dapat dikategorikan secara rigid ke dalam satu kode diagnosa tertentu. Ini menambah beban kerja kognitif dan administratif kami secara signifikan karena kami harus terus berpikir keras bagaimana menerjemahkan kondisi klinis pasien yang kompleks ke dalam bahasa kode yang bisa diterima oleh logika mesin sistem INA-CBG's.”<sup>89</sup>

Masalah teknis yang paling sering dihadapi dan dikeluhkan oleh para dokter adalah polemik penentuan diagnosa utama (*primary diagnosa*) versus diagnosa sekunder (*secondary diagnosa*). Dalam logika medis, dokter cenderung menetapkan diagnosa utama berdasarkan penyakit dasar (*underlying disease*) yang menjadi etiologi atau akar permasalahan medis pasien. Namun, algoritma sistem INA-CBG's bekerja dengan logika yang berbeda; sistem ini lebih menekankan pada diagnosa yang paling banyak menyerap sumber daya rumah sakit (*resource intensity*) sebagai diagnosa utama. Perbedaan paradigma ini seringkali menimbulkan konflik klasifikasi

---

<sup>89</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Dr. [Nama Disamarkan], Sp. OG

yang berdampak pada nilai klaim. Sebagai contoh konkret di lapangan, pada kasus pasien ibu hamil dengan Preeklampsia Berat yang disertai komplikasi *HELLP Syndrome* (gangguan fungsi hati dan trombosit rendah), dokter secara klinis akan menetapkan *HELLP Syndrome* sebagai diagnosa utama karena merupakan kondisi kegawatan yang paling mengancam jiwa ibu dan janin. Namun, sistem BPJS seringkali menolak logika ini dan hanya mengakui Preeklampsia Berat sebagai diagnosa utama, dengan memposisikan *HELLP Syndrome* hanya sebagai diagnosa penyerta, yang secara otomatis memiliki nilai klaim paket yang jauh lebih rendah. Contoh lain yang serupa adalah pada kasus Stroke yang disebabkan oleh Dislipidemia (kolesterol tinggi yang tidak terkontrol), dimana Dislipidemia yang merupakan penyakit dasar (*root cause*) justru dianggap sistem sebagai diagnosa sekunder pelengkap. Begitu pula pada kasus anak dengan Diare Dehidrasi Berat yang disebabkan oleh infeksi Demam Tifoid, dimana Demam Tifoid yang menjadi penyebab utama infeksi justru dianggap sebagai diagnosa penyerta, bukan diagnosa utama.<sup>90</sup>

Selain permasalahan pengkodean, keterbatasan nilai paket tarif INA-CBG's juga menjadi kendala operasional yang signifikan dan berdampak langsung pada pelayanan. Ditemukan temuan spesifik pada kasus persalinan normal, dimana paket tarif yang disediakan dalam sistem INA-CBG's untuk komponen bahan habis pakai (seperti benang jahit) seringkali tidak mencukupi untuk kebutuhan medis aktual. Hal ini terutama terjadi pada kasus

---

<sup>90</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Dr. [Nama Disamarkan], Sp. OG

persalinan dengan penyulit robekan jalan lahir yang luas (*perineal rupture grade III/IV*) yang membutuhkan banyak benang jahit berkualitas baik. Akibat pagu tarif yang rendah, rumah sakit dihadapkan pada pilihan sulit: menanggung sendiri kekurangan biaya operasional tersebut (yang menggerus pendapatan RS).<sup>91</sup>

Beralih ke perspektif manajemen klaim, petugas *casemix* berada di posisi garda terdepan yang harus menanggung beban teknis akibat kompleksitas sistem administrasi BPJS. Temuan di lapangan secara mengkhawatirkan menunjukkan adanya kesenjangan kompetensi akibat ketiadaan pelatihan formal yang terstruktur dan tersertifikasi bagi para petugas *casemix*. Mereka umumnya belajar secara otodidak, meraba-raba sistem, atau hanya melalui transfer pengetahuan informal dari senior (*learning by doing*). Kondisi ini secara inheren meningkatkan risiko kesalahan manusia (*human error*) dalam proses pengkodean yang dapat berujung pada sengketa atau penolakan klaim massal. Sebagaimana diakui dengan jujur oleh narasumber:

“Petugas Casemix di sini tidak memiliki sertifikasi atau pelatihan formal khusus dari lembaga pendidikan; kami belajar langsung di lapangan, beradaptasi sambil jalan melalui sistem perekrutan dan pelaksanaan tugas sehari-hari.”<sup>92</sup>

Selain masalah kompetensi, jarangya frekuensi pertemuan koordinasi rutin dan formal dengan pihak BPJS juga menjadi kendala serius. Forum komunikasi dan evaluasi yang hanya diadakan secara sporadis, satu atau dua

---

<sup>91</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Dr. [Nama Disamarkan], Sp. OG

<sup>92</sup> Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix BPJS Rumah Sakit

kali dalam setahun, dinilai sangat tidak memadai untuk menyelesaikan tumpukan permasalahan teknis yang dinamis dan pembaruan kebijakan yang cepat berubah. Padahal, detail teknis sangat krusial dalam pekerjaan mereka. Perbedaan kecil dalam pemilihan kode tindakan, misalnya penggunaan kode untuk tindakan bedah dengan penyulit dibandingkan tanpa penyulit, dapat menyebabkan disparitas nilai klaim yang sangat signifikan. Oleh karena itu, petugas *casemix* dituntut untuk bekerja dengan tingkat ketelitian ekstrem dalam setiap pengajuan klaim guna menghindari potensi kerugian finansial yang besar bagi rumah sakit akibat *under-coding* atau tuduhan *fraud* akibat *up-coding*.<sup>93</sup>

Sementara itu, dari perspektif pasien sebagai pengguna layanan, temuan wawancara menyingkap adanya pemahaman yang sangat minim dan dangkal terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai peserta JKN. Pasien pada umumnya memiliki persepsi sederhana bahwa kartu BPJS yang aktif adalah "kartu sakti" yang dapat digunakan untuk berobat apa saja tanpa biaya, tanpa mengetahui adanya batasan-batasan regulasi, prosedur rujukan berjenjang yang ketat, daftar diagnosa yang dijamin, atau mekanisme pengaduan jika terjadi masalah. Sebagaimana dinyatakan dengan lugas oleh narasumber pasien Ny.M: "Jujur saja, menurut saya peserta BPJS itu ya orang yang daftar supaya bisa berobat gratis. Jadi pemahaman saya lebih ke fungsi praktisnya

---

<sup>93</sup> Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix BPJS Rumah Sakit

saja, bukan soal aturan main atau konsep jaminan sosialnya. Saya tidak paham detailnya.”<sup>94</sup>

Ketidaktahuan massal ini seringkali menjadi bom waktu yang menimbulkan kekecewaan mendalam, kebingungan, dan rasa frustrasi ketika pasien dihadapkan pada realitas di loket rumah sakit: bahwa ada tindakan medis tertentu, obat-obatan paten, atau alat kesehatan yang tidak dijamin penuh oleh BPJS. Selain itu, pasien juga merasakan adanya kendala fleksibilitas pelayanan yang kaku, terutama terkait alur rujukan yang dianggap birokratis dan berbelit-belit. Sebagaimana keluhan yang diungkapkan oleh narasumber Ny. K:

“Kalau sakit ringan seperti batuk pilek, oke lah ke Puskesmas. Tapi kalau sakitnya agak berat dan butuh spesialis, sistem rujukannya ribet sekali. Harus ke Puskesmas dulu, antri lama hanya untuk minta surat rujukan, baru bisa ke rumah sakit. Tidak bisa langsung potong kompas meskipun kondisi badan sudah sakit sekali.”<sup>95</sup>

### **3. Praktik Komunikasi dan Koordinasi Antar Pihak**

Praktik komunikasi dan koordinasi antara tiga pilar utama dalam sistem JKN dokter sebagai pemberi layanan, verifikator BPJS sebagai penjamin mutu dan biaya, serta pasien sebagai penerima layanan merupakan faktor krusial yang menentukan kelancaran pelayanan kesehatan dan penyelesaian sengketa klaim. Temuan penelitian mengidentifikasi adanya keretakan (*gap*) komunikasi yang signifikan, terutama dalam alur interaksi antara dokter dengan verifikator BPJS. Sejak kebijakan penarikan verifikator BPJS dari

---

<sup>94</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Pasien Ny. M

<sup>95</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Pasien Ny. K

rumah sakit diterapkan secara nasional pada tahun 2018, jembatan komunikasi langsung berupa forum diskusi tatap muka (*on-site*) antara Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dengan verifikator telah runtuh. Forum ini sebelumnya sangat efektif untuk mengklarifikasi kasus-kasus medis yang kompleks, unik, atau yang memerlukan justifikasi medis tambahan di luar standar umum.

Kini, komunikasi sepenuhnya termediasi oleh teknologi, bergantung pada sistem daring melalui fitur catatan tertulis dalam aplikasi Vedika. Mekanisme komunikasi satu arah dan berbasis teks ini seringkali menimbulkan distorsi informasi, kesalahpahaman interpretasi (*misinterpretation*), dan proses revisi klaim yang berulang-ulang tanpa solusi (*looping*). Hal ini terjadi karena verifikator BPJS yang berada jauh di kantor cabang seringkali tidak memiliki gambaran klinis yang utuh mengenai kondisi pasien, yang sebenarnya hanya dapat dijelaskan secara komprehensif dan nuansanya dapat ditangkap melalui penjelasan lisan dokter yang merawat. Sebagaimana keluhan mendalam yang disampaikan oleh petugas *casemix*:

“Dulu waktu verifikator masih berkantor di rumah sakit, situasinya jauh lebih kondusif. Kalau ada kasus yang rumit atau diagnosa yang meragukan, kami bisa langsung memanggil dokternya untuk duduk bersama dan menjelaskan langsung ke verifikator. Jadi diskusinya lebih cair, mudah dimengerti, dan solusinya lebih cepat didapat. Sekarang? Semua harus lewat sistem. Kalau ada yang tidak sesuai, kami hanya dapat catatan dari sistem. Kami harus menerjemahkan catatan itu ke dokter, lalu dokter harus menulis penjelasan panjang lebar lagi. Proses surat-menyurat digital ini sangat tidak efisien, memakan waktu, dan

seringkali penjelasan tertulis sebaik apapun tidak cukup untuk meyakinkan verifikator yang hanya melihat data di layar.”<sup>96</sup>

Di sisi lain, pada aspek komunikasi dengan pasien, ditemukan adanya kelemahan dalam hal sosialisasi dan edukasi yang proaktif. Baik pihak BPJS maupun rumah sakit dinilai masih minim dalam memberikan informasi yang transparan dan komprehensif kepada pasien mengenai detail diagnosa apa saja yang dijamin, batasan plafon, dan apa yang tidak dijamin (eksklusi) dalam paket JKN. Pasien umumnya dibiarkan mencari tahu sendiri atau baru mendapatkan informasi tersebut pada saat kondisi darurat di rumah sakit. Akibatnya, pasien seringkali memiliki ekspektasi yang tidak realistis bahwa seluruh komponen biaya pengobatan akan ditanggung 100% oleh BPJS tanpa kecuali. Ketika dihadapkan pada tagihan biaya tambahan (*cost sharing*) untuk atau naik kelas perawatan, pasien merasa kaget, terjebak, bingung, dan tidak jarang merasa ditelantarkan oleh sistem.<sup>97</sup> Kesenjangan komunikasi publik ini tidak hanya merugikan pasien secara finansial dan psikologis, tetapi juga secara akumulatif berpotensi menggerus kepercayaan publik (*public trust*) terhadap integritas fasilitas kesehatan dan keberlanjutan sistem Jaminan Kesehatan Nasional secara keseluruhan.

## **B. Pembahasan**

### **1. Analisis Pelaksanaan Pengaturan Batasan Diagnosa Klinik oleh BPJS Kesehatan dan Sinkronisasi antara Regulasi BPJS Kesehatan dan Standar Etik Profesi**

---

<sup>96</sup> Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix BPJS Rumah Sakit.

<sup>97</sup> Hasil Wawancara dengan Narasumber Pasien Ny. A dan Ny. R

a. Kesenjangan Antara Landasan Konstitusional dengan Implementasi Praktis Batasan Diagnosa

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang bersifat fundamental dan telah mendapatkan jaminan konstitusional yang kuat dalam sistem hukum Indonesia. Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) secara tegas menyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan."<sup>98</sup> Ketentuan ini memberikan mandat konstitusional yang jelas bahwa negara, melalui pemerintah, memiliki kewajiban mutlak (*obligation to fulfill*) untuk memenuhi hak atas pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat tanpa diskriminasi. Mandat ini diperkuat oleh Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang mewajibkan negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat, yang kemudian diejawantahkan melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Dalam Pasal 2 UU SJSN, ditegaskan bahwa sistem jaminan sosial nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Namun, temuan penelitian menunjukkan adanya kesenjangan (*gap*) yang signifikan antara norma ideal konstitusi tersebut dengan realitas implementasi di lapangan, khususnya terkait batasan diagnosa klinik yang

---

<sup>98</sup> Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 28H ayat (1)

diterapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Praktik pembatasan diagnosa melalui mekanisme administratif *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) seringkali mereduksi esensi hak atas pelayanan kesehatan menjadi sekadar hak atas paket pembiayaan yang kaku. Temuan mengenai penolakan klaim rawat inap pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau gagal ginjal kronis yang memerlukan transfusi darah namun belum menjalani hemodialisis, adalah bukti nyata adanya pelanggaran terhadap asas kemanusiaan dan asas manfaat. Secara medis, pasien CKD dengan anemia berat berada dalam kondisi yang membahayakan nyawa dan membutuhkan penanganan segera serta observasi ketat, yang merupakan indikasi mutlak rawat inap. Namun, aturan administratif BPJS yang mensyaratkan adanya tindakan hemodialisis sebagai prasyarat klaim rawat inap pada kasus CKD telah mengabaikan kebutuhan medis riil pasien demi efisiensi biaya. Pembatasan administratif semacam ini secara substansial mencederai hak konstitusional pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dan sesuai kebutuhan medisnya, sebagaimana dijamin oleh konstitusi. Negara, melalui BPJS Kesehatan, seharusnya menjamin aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan, bukan justru menciptakan hambatan administratif yang berpotensi membahayakan keselamatan jiwa pasien. Hal ini bertentangan dengan prinsip bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi

kebutuhan dasar kesehatan, sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 19 ayat (1) UU SJSN.

Demikian pula dengan kasus bayi baru lahir dari ibu dengan penyulit kehamilan (seperti preeklampsia berat) yang klaimnya digabungkan (*bundling*) dengan paket ibu jika bayi tersebut lahir dalam kondisi "sehat" menurut definisi administratif BPJS. Padahal, secara klinis, bayi yang lahir dari ibu dengan komplikasi kehamilan memiliki risiko tinggi (*high risk*) dan memerlukan pemantauan khusus yang intensif, yang tentu membutuhkan sumber daya medis tersendiri yang berbeda dengan perawatan ibunya. Penggabungan klaim ini menyebabkan rumah sakit tidak mendapatkan kompensasi yang memadai atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada bayi, yang pada akhirnya dapat mendorong rumah sakit untuk mengurangi standar pelayanan demi menghindari kerugian finansial. Praktik ini berpotensi melanggar hak anak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 28B ayat (2) UUD 1945 yang menjamin hak setiap anak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang. Pembatasan diagnosa yang didasarkan pada pertimbangan efisiensi ekonomi semata, dengan mengabaikan pertimbangan keselamatan medis, merupakan bentuk pengingkaran terhadap tanggung jawab negara dalam pemenuhan hak asasi manusia di bidang kesehatan. Dalam perspektif hak asasi manusia, negara tidak boleh mengurangi standar pelayanan kesehatan (*regressive measures*) kecuali dalam keadaan yang sangat memaksa, dan pembatasan administratif yang

membahayakan nyawa pasien jelas tidak dapat dibenarkan secara konstitusional. Oleh karena itu, pengaturan batasan diagnosa yang diterapkan saat ini perlu dievaluasi kembali agar selaras dengan semangat konstitusi yang menempatkan keselamatan rakyat sebagai hukum tertinggi (*salus populi suprema lex esto*).

b. Legalitas dan Implikasi Sistem INA-CBG's Berdasarkan Permenkes 26/2021 terhadap Kualitas Pelayanan Medis

Pengaturan teknis mengenai sistem pembayaran klaim JKN didasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Sistem INA-CBG's merupakan sistem pembayaran prospektif (*prospective payment system*) di mana pembayaran pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit dan prosedur/tindakan medis yang dikaitkan dengan pembiayaan paket pelayanan. Secara teoritis, sistem ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi biaya dan mendorong kendali mutu pelayanan. Namun, analisis yuridis terhadap implementasi Permenkes 26/2021 menunjukkan adanya disharmoni antara tujuan efisiensi dengan kewajiban memberikan pelayanan medis yang adekuat. Sifat "paket" dalam INA-CBG's yang kaku (*rigid*) seringkali tidak mampu mengakomodasi variabilitas kondisi klinis pasien yang dinamis dan kompleks. Setiap pasien memiliki respons biologis yang unik terhadap penyakit dan pengobatan, sehingga kebutuhan sumber daya medisnya pun bervariasi.

Temuan penelitian mengenai ketidaksesuaian antara diagnosa klinis dokter dengan kriteria pengkodean administratif BPJS menunjukkan bahwa Permenkes 26/2021 telah menciptakan standar ganda dalam pelayanan kesehatan: standar medis yang berbasis pada etika dan kompetensi dokter, serta standar administratif yang berbasis pada efisiensi pembiayaan. Ketika terjadi konflik antara kedua standar ini, seringkali standar administratif yang dimenangkan melalui mekanisme penolakan klaim. Hal ini terlihat jelas pada kasus penentuan diagnosa utama (*primary diagnosa*). Dokter menetapkan diagnosa utama berdasarkan etiologi penyakit (*underlying disease*) untuk menentukan terapi yang tepat, sedangkan sistem INA-CBG's menuntut diagnosa utama berdasarkan intensitas sumber daya (*resource intensity*) untuk menentukan besaran pembayaran. Konflik norma ini menempatkan dokter dalam posisi dilematis: jika dokter mengikuti standar medis murni namun kode diagnosanya memiliki tarif rendah atau ditolak sistem, rumah sakit akan merugi; namun jika dokter "menyesuaikan" diagnosa agar sesuai dengan kriteria tarif tinggi (*upcoding*), dokter berisiko melanggar etika dan hukum (*fraud*). Kondisi ini menciptakan ketidakpastian hukum bagi tenaga medis dalam menjalankan profesinya.

Lebih lanjut, penerapan sistem paket tarif yang tidak memperhitungkan kompleksitas kasus secara adil berimplikasi serius pada kualitas pelayanan medis. Temuan mengenai keterbatasan paket tarif pada kasus persalinan dengan penyulit robekan jalan lahir yang luas, di mana

biaya benang jahit berkualitas tidak tercover dalam paket, adalah contoh nyata bagaimana sistem ini berpotensi menurunkan mutu pelayanan. Rumah sakit dipaksa untuk melakukan efisiensi yang berlebihan, misalnya dengan menggunakan bahan medis habis pakai yang lebih murah namun kualitasnya lebih rendah, atau membatasi tindakan penunjang diagnostik yang sebenarnya diperlukan. Praktik "kendali biaya" yang demikian justru mengorbankan "kendali mutu" dan keselamatan pasien. Hal ini bertentangan dengan Pasal 19 ayat (2) UU SJSN yang menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. "Kebutuhan dasar kesehatan" harus dimaknai sebagai kebutuhan medis yang sesuai dengan standar profesi kedokteran, bukan sekadar kebutuhan minimal yang ditetapkan secara sepihak oleh pembayar. Oleh karena itu, legalitas penerapan batasan diagnosa dalam Permenkes 26/2021 perlu dikritisi karena dalam pelaksanaannya telah menyimpang dari tujuan utama pembentukannya, yakni memberikan perlindungan kesehatan yang layak, dan justru berpotensi melanggar hak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (yang kini telah diperbarui dengan UU Nomor 17 Tahun 2023).

- c. Kesenjangan Sistem Kodifikasi BPJS dan Rekomendasi *World Health Organization* (WHO)

Sampai saat ini BPJS Kesehatan di Indonesia masih menggunakan sistem kodefikasi diagnosa ICD-10 dan kode tindakan ICD-9, belum beralih ke ICD-11 untuk keperluan klaim JKN/INA-CBG. Sistem kodefikasi diagnosa dan penyakit merupakan komponen esensial dalam tata kelola sistem kesehatan, khususnya dalam mendukung pencatatan klinis, pembiayaan layanan, serta perumusan kebijakan kesehatan berbasis data. BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN hingga saat ini masih menggunakan *International Classification of Diseases* versi ke-10 (ICD-10) sebagai standar pengodean diagnosis. Penggunaan sistem ini menimbulkan persoalan akademik dan kebijakan, mengingat ICD-10 menjadi rekomendasi utama WHO.

WHO secara resmi telah mengesahkan ICD-11 sebagai standar klasifikasi penyakit terbaru dan merekomendasikan adopsi global secara bertahap (transisi). ICD-11 dirancang untuk menjawab tantangan perkembangan ilmu kedokteran, digitalisasi sistem kesehatan, serta kebutuhan interoperabilitas data lintas negara. Oleh karena itu, keberlanjutan penggunaan ICD-10 oleh BPJS Kesehatan menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara kebijakan nasional dengan standar internasional yang berlaku.

Secara konseptual, ICD-10 memiliki keterbatasan dalam merepresentasikan kompleksitas diagnosis medis kontemporer. Banyak kondisi klinis baru, penyakit emerging, serta pendekatan diagnosis berbasis multi-morbiditas yang tidak terakomodasi secara optimal.

Keterbatasan ini berimplikasi pada terjadinya *misclassification* atau penggunaan kode yang bersifat aproksimatif, yang pada akhirnya menurunkan validitas data klinis dan administratif. Akurasi kode diagnosis memiliki peran krusial karena menjadi dasar pengelompokan kasus dalam skema pembayaran INA-CBGs. Ketidaktepatan pengodean akibat keterbatasan ICD-10 berpotensi menimbulkan distorsi pembiayaan, baik dalam bentuk klaim yang tidak mencerminkan kompleksitas klinis pasien.

Ketidaksesuaian dengan rekomendasi WHO juga mencerminkan tantangan dalam aspek kebijakan dan tata kelola sistem kesehatan. Meskipun transisi ke ICD-11 membutuhkan investasi signifikan dalam pengembangan sistem informasi, pelatihan sumber daya manusia, serta penyesuaian regulasi, penundaan implementasi justru berpotensi meningkatkan biaya jangka panjang akibat inefisiensi struktural yang berkelanjutan. Dari perspektif tenaga kesehatan dan profesional perekam medis, penggunaan ICD-10 yang semakin tidak relevan menambah beban administratif dan risiko kesalahan dokumentasi. Keterpaksaan memilih kode yang tidak sepenuhnya merepresentasikan kondisi klinis pasien dapat menurunkan mutu dokumentasi medis, yang pada gilirannya berdampak pada keselamatan pasien dan akuntabilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, penggunaan ICD-10 oleh BPJS Kesehatan yang telah kadaluarsa dan tidak selaras dengan rekomendasi WHO merupakan isu strategis yang memiliki implikasi luas terhadap pembiayaan, mutu pelayanan, dan kredibilitas data kesehatan nasional. Pembaruan sistem

kodefikasi menuju ICD-11 menjadi langkah mendesak dan fundamental dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan nasional yang modern, efisien, dan berorientasi pada kualitas pelayanan.

d. Dampak Hukum Perubahan Mekanisme Verifikasi Klaim (Vedika) Terhadap Akuntabilitas Pelayanan

Perubahan mekanisme verifikasi klaim dari sistem verifikasi langsung di rumah sakit (*on-site*) menjadi sistem verifikasi digital terpusat (Vedika) sejak tahun 2018 telah membawa dampak hukum yang signifikan terhadap akuntabilitas dan transparansi dalam penentuan kelayakan klaim. Secara yuridis, verifikasi klaim merupakan proses administrasi untuk memastikan kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan tagihan yang diajukan. Proses ini seharusnya menjunjung tinggi asas transparansi dan akuntabilitas, di mana setiap keputusan penolakan atau persetujuan klaim harus didasarkan pada alasan yang jelas, objektif, dan dapat dipertanggungjawabkan secara medis maupun hukum. Namun, temuan penelitian menunjukkan bahwa sistem Vedika telah mereduksi ruang dialog medis antara dokter sebagai pemberi layanan (*provider*) dengan BPJS sebagai pembayar (*payer*). Hilangnya forum tatap muka (*face-to-face discussion*) antara Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan verifikator menyebabkan proses verifikasi menjadi sangat mekanistik dan satu arah.

Keputusan penolakan atau penundaan klaim (*pending claim*) oleh verifikator dalam sistem Vedika seringkali hanya didasarkan pada

pembacaan dokumen rekam medis secara tekstual, tanpa memahami konteks klinis pasien secara utuh. Verifikator BPJS, yang mungkin tidak memiliki kompetensi klinis setara dengan DPJP (terutama dokter spesialis), diberikan kewenangan besar untuk menilai kelayakan medis suatu tindakan hanya melalui layar komputer. Hal ini menimbulkan persoalan hukum terkait kewenangan klinis (*clinical authority*) dan pertimbangan medis (*medical judgement*). Dalam hukum kedokteran, dokter memiliki otonomi profesional untuk menentukan tindakan medis terbaik bagi pasiennya berdasarkan kompetensi dan sumpah jabatannya. Pasal 48 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (sebagaimana telah diintegrasikan dalam UU Kesehatan terbaru) menegaskan bahwa dokter dalam melaksanakan praktik kedokteran memiliki wewenang untuk menentukan pelayanan medis yang sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Sistem Vedika, dengan segala keterbatasannya dalam menangkap nuansa klinis, berpotensi mengintervensi otonomi profesional dokter melalui mekanisme penolakan klaim administratif.

Ketika verifikator BPJS menolak klaim dengan alasan "tidak sesuai indikasi medis" atau "tidak memenuhi kriteria diagnosa", padahal dokter telah memberikan pelayanan sesuai standar profesi, maka sesungguhnya telah terjadi pengambilalihan penilaian medis oleh pihak administratif. Hal ini tidak hanya mencederai independensi profesi dokter, tetapi juga mengaburkan akuntabilitas pelayanan. Siapa yang bertanggung jawab jika

pasien mengalami kerugian akibat tidak dilakukannya tindakan medis tertentu karena dokter takut klaimnya ditolak? Sistem Vedika menciptakan ketidakpastian hukum dan transparansi yang minim, karena alasan penolakan seringkali bersifat normatif dan sulit dibantah tanpa adanya forum dialog yang setara. Dalam perspektif hukum administrasi negara, setiap keputusan administratif yang merugikan pihak lain (dalam hal ini rumah sakit dan pasien) harus disertai dengan alasan yang jelas dan mekanisme keberatan yang adil. Mekanisme "revisi data" dalam Vedika tidak sepenuhnya memenuhi syarat mekanisme keberatan yang adil, karena posisi tawar rumah sakit sangat lemah di hadapan verifikasi yang memegang kendali pembayaran. Oleh karena itu, sistem verifikasi terpusat ini perlu ditinjau ulang untuk mengembalikan keseimbangan antara fungsi kontrol biaya dengan penghormatan terhadap pertimbangan medis dokter, demi menjamin akuntabilitas pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien.

e. Analisis Sinkronisasi Vertikal dan Horizontal antara Regulasi Jaminan Kesehatan dengan Regulasi Praktik Kedokteran

Harmonisasi hukum merupakan prasyarat mutlak dan fundamental dalam mewujudkan sistem hukum nasional yang koheren, konsisten, dan menjamin kepastian hukum (*legal certainty*) bagi seluruh warga negara. Dalam konteks pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), harmonisasi antara rezim hukum jaminan sosial yang berorientasi pada pemerataan akses dan rezim hukum praktik kedokteran yang

berorientasi pada mutu pelayanan menjadi isu yang sangat krusial dan mendesak untuk diselesaikan. Analisis sinkronisasi vertikal dan horizontal terhadap peraturan perundang-undangan yang mengatur kedua rezim ini menunjukkan adanya potensi disharmoni yang nyata dan berdampak signifikan secara sistemik pada tataran implementasi di fasilitas kesehatan.

Secara hierarkis, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU-BPJS) dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU-SJSN) memiliki kedudukan yang setara (*equivalent*) dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (UU Kesehatan Baru). Kesetaraan hierarki ini menuntut adanya sinkronisasi horizontal yang kuat dan sinergis agar norma-norma yang diatur dalam masing-masing undang-undang tidak saling menegasikan, tumpang tindih, atau menciptakan konflik norma (*conflict of norms*) yang membingungkan para pelaksana di lapangan. Asas-asas hukum fundamental seperti *lex posterior derogat legi priori* (aturan yang baru mengesampingkan aturan yang lama) atau *lex specialis derogat legi generali* (aturan yang khusus mengesampingkan aturan yang umum) harus diterapkan dengan kehati-hatian dan kecermatan tinggi untuk memastikan bahwa tujuan mulia perlindungan sosial tidak

secara tidak sengaja mengorbankan standar profesi medis yang telah mapan.<sup>99</sup>

Namun, temuan penelitian lapangan mengindikasikan adanya ketegangan normatif yang serius dan belum terselesaikan. Pasal 276 huruf b Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan secara tegas dan eksplisit menegaskan hak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.<sup>100</sup> Ketentuan ini memberikan jaminan hukum bahwa setiap pasien, tanpa memandang status sosial ekonominya, berhak atas pelayanan yang memenuhi standar keilmuan medis tertinggi. Senada dengan itu, Pasal 292 UU Kesehatan juga mewajibkan tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, serta kebutuhan medis pasien. Norma ini memberikan landasan yuridis yang kokoh bagi otonomi profesional dokter (*professional autonomy*) untuk menentukan tindakan medis terbaik bagi pasien berdasarkan penilaian klinis yang objektif (*clinical judgement*), tanpa intervensi yang tidak berdasar dari pihak manapun.

Di sisi lain, regulasi teknis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan dan diadopsi secara operasional oleh BPJS Kesehatan, khususnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang

---

<sup>99</sup> N. Indah, 2023, "Analisis Problem Terhadap Pengaruh Maksimalisasi Perlindungan Tenaga Kerja Perspektif UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS", *Voice of Midwifery*, Vol. 13 No. 1, hlm. 4

<sup>100</sup> Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 276 huruf b

Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, menetapkan batasan-batasan administratif kriteria diagnosa yang sangat kaku (*rigid*) dan seringkali tidak fleksibel terhadap variasi kondisi biologis manusia. Disharmoni muncul secara nyata ketika batasan administratif yang diatur dalam Permenkes 26/2021 secara *de facto* membatasi, mereduksi, atau bahkan menghalangi pelaksanaan otonomi profesional dokter yang dijamin oleh undang-undang yang lebih tinggi levelnya.

Contoh kasus empiris penolakan klaim pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang membutuhkan rawat inap untuk transfusi darah namun ditolak karena tidak bersamaan dengan menjalani hemodialisis, atau kasus bayi baru lahir sehat dari ibu dengan penyulit kehamilan berat yang klaimnya digabungkan paksa (*bundling*), menunjukkan bahwa aturan administratif BPJS (yang merupakan norma teknis) telah mengintervensi kewenangan medis dokter (yang merupakan norma substantif). Padahal, dalam teori perundang-undangan yang dianut di Indonesia, peraturan yang lebih rendah (seperti Permenkes) tidak boleh bertentangan, menyimpang, atau mengurangi hak yang dijamin oleh peraturan yang lebih tinggi (Undang-Undang). Pembatasan diagnosa yang didasarkan pada efisiensi pembiayaan semata berpotensi melanggar asas *lex superior derogat legi inferiori* (peraturan yang lebih tinggi mengesampingkan yang lebih rendah) jika pembatasan tersebut mengakibatkan dokter tidak dapat menjalankan kewajibannya sesuai standar yang diamanatkan

undang-undang. Oleh karena itu, diperlukan harmonisasi regulasi yang menempatkan standar profesi medis sebagai acuan utama dan parameter fundamental dalam penyusunan kriteria klaim JKN, sehingga aturan administratif BPJS berfungsi sebagai pendukung (*enabler*), bukan penghambat (*barrier*) bagi terselenggaranya pelayanan medis yang berkualitas dan beretika.

f. Konflik Norma antara Kewajiban Etis Dokter dengan Aturan Administratif BPJS

Hubungan antara dokter dan pasien adalah hubungan yang bersifat *sui generis* dan sakral, yang tidak hanya diikat oleh norma hukum positif, tetapi juga oleh norma etika yang luhur dan mengakar kuat dalam tradisi profesi medis selama ribuan tahun. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Sumpah Dokter mewajibkan dokter untuk mengutamakan kesehatan pasien di atas segalanya (*salus aegroti suprema lex*). Pasal 2 KODEKI menegaskan kewajiban dokter untuk melakukan pengambilan keputusan profesional secara independen, bebas dari tekanan pihak ketiga, dan Pasal 14 mengharuskan dokter untuk bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan seluruh keilmuan dan keterampilannya untuk kepentingan pasien.<sup>101</sup> Kewajiban etis ini menuntut loyalitas tunggal (*mono-loyalty*) dokter kepada pasien, di mana kepentingan pasien harus menjadi satu-satunya pertimbangan dominan dalam pengambilan keputusan medis.

---

<sup>101</sup> Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, *Kode Etik Kedokteran Indonesia*, Pasal 2 dan 14

Namun, realitas sistem JKN dengan mekanisme pembayaran prospektif yang berorientasi pada kendali biaya (*cost containment*) dan verifikasi diagnosa yang ketat telah menciptakan benturan keras, dilematis, dan seringkali menyakitkan antara etika profesi dengan logika administrasi. Analisis mendalam terhadap temuan penelitian mengenai perbedaan tajam dalam penentuan diagnosa utama menyingkap esensi konflik ini. Dokter, berdasarkan etika dan ilmu kedokteran yang dipelajarinya, menetapkan diagnosa utama berdasarkan etiologi penyakit (*underlying disease*) untuk menentukan kausalitas penyakit secara ilmiah dan merancang rencana terapi yang tepat dan komprehensif. Sebaliknya, sistem administratif BPJS yang dibangun di atas logika aktuarial dan efisiensi anggaran menuntut diagnosa utama berdasarkan intensitas sumber daya (*resource intensity*) untuk kepentingan efisiensi dan pengendalian anggaran.

Konflik ini bukan sekadar masalah teknis coding atau perbedaan terminologi semata, melainkan benturan paradigma yang mendasar. Ketika dokter dipaksa oleh sistem untuk "menyesuaikan" diagnosa agar diterima misalnya dengan tidak mencantumkan diagnosa penyakit dasar yang sebenarnya diderita pasien maka dokter diposisikan dalam situasi sulit untuk melanggar integritas etisnya. Fenomena ini menciptakan dilema etis yang dikenal dalam bioetika sebagai *dual-loyalty* atau loyalitas ganda: loyalitas kepada pasien (sebagai *healer* yang menyembuhkan)

versus loyalitas kepada sistem/institusi (sebagai *gatekeeper* biaya yang harus berhemat).

Dalam perspektif etika kedokteran, loyalitas ganda yang merugikan kepentingan pasien adalah pelanggaran etika berat yang dapat menggerus kepercayaan masyarakat (*public trust*) terhadap profesi kedokteran. Namun, sistem JKN seolah melegitimasi pelanggaran ini secara struktural melalui instrumen regulasi administratif yang memaksa. Temuan bahwa dokter merasa "dituduh melakukan *fraud*" padahal hanya berusaha menegakkan diagnosa sesuai kompetensi klinis dan kebenaran ilmiah, menunjukkan betapa dalamnya jurang pemisah antara etika medis dan aturan administratif. Sistem yang secara sistematis memaksa dokter untuk memilih antara bertindak etis (dengan risiko klaim ditolak dan RS merugi) atau bertindak administratif (dengan risiko melanggar nurani dan integritas profesi), adalah sistem yang cacat secara etika (*ethically flawed*). Disharmoni ini harus segera diatasi dengan merekonstruksi aturan administratif BPJS agar selaras dengan prinsip-prinsip etika kedokteran. Kebijakan efisiensi tidak boleh menjadi justifikasi pembenar untuk menggerus nilai-nilai etis profesi kedokteran yang menjadi fondasi moral pelayanan kesehatan.<sup>102</sup>

g. Analisis Pelanggaran Hak Atas Informasi dan Pelayanan Standar

---

<sup>102</sup> Bahtiar Husain, Djoko Widiarto, M. Adib Khumaidi, Prijo Sidipratomo, 2024, "Dilema dalam Pelayanan Pasien BPJS: Dokter Dual-Loyalty", *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, Vol. 8 No. 1, hlm. 12

Muara akhir dari disharmoni regulasi dan konflik etika-administrasi ini adalah terlanggarnya hak-hak pasien sebagai konsumen jasa kesehatan yang seharusnya dilindungi secara penuh oleh negara. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (UUPK) memberikan jaminan perlindungan hukum yang kuat dan berlapis bagi pasien. Pasal 4 huruf c UUPK secara eksplisit menjamin hak konsumen atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa. Senada dengan itu, Pasal 276 huruf a UU Kesehatan menjamin hak pasien untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat mengenai diagnosa, tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.

Namun, temuan penelitian menunjukkan bahwa batasan diagnosa BPJS seringkali menyebabkan informasi yang diterima pasien menjadi bias, tidak utuh, atau tidak transparan. Pasien seringkali tidak diberitahu terbuka mengapa suatu tindakan medis tidak dilakukan atau mengapa obat tertentu tidak diberikan; apakah karena memang tidak ada indikasi medis, atau karena tindakan/obat tersebut tidak dijamin oleh paket klaim diagnosa BPJS yang terbatas. Ketiadaan transparansi ini melanggar hak pasien untuk mendapatkan informasi yang jujur (*right to information*) yang merupakan dasar dari persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Pasien tidak dapat memberikan persetujuan yang valid jika informasi yang

diterimanya telah didistorsi oleh pertimbangan biaya yang tidak diketahuinya.

Ketika dokter terpaksa melakukan *under-treatment* akibat keterbatasan paketan (seperti pada kasus penggunaan benang jahit standar minimal pada operasi persalinan yang berisiko komplikasi), maka hak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai standar profesi (Pasal 276 huruf b UU Kesehatan) telah secara nyata dilanggar. Pasien tidak mendapatkan haknya secara utuh sebagaimana dijanjikan dalam skema JKN yang mengusung prinsip keadilan sosial. Lebih jauh lagi, praktik *patient dumping* atau rujukan pasien yang tidak didasarkan pada kebutuhan medis melainkan pertimbangan tipe RS, merupakan bentuk diskriminasi yang melanggar hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi (Pasal 276 huruf b UU Kesehatan).<sup>103</sup>

Dalam perspektif perlindungan konsumen, hubungan antara BPJS (penjamin), rumah sakit (penyedia), dan pasien (konsumen) adalah hubungan hukum segitiga yang melahirkan hak dan kewajiban timbal balik. BPJS sebagai penjamin memiliki kewajiban kontraktual dan undang-undang untuk memastikan bahwa peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan iuran yang telah dibayarkan (atau dibayarkan pemerintah). Pembatasan manfaat melalui mekanisme batasan

---

<sup>103</sup> Veby Aditya Putri, Nuzul Rahmayani, Jasman Nazar, 2023, "Pemenuhan Hak Pasien Pengguna Layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Oleh Pihak Rumah Sakit", *Soumatera Law Journal*, Vol. 6 No. 2, hlm. 26

diagnosa yang tidak transparan, kaku, dan tidak berbasis bukti medis (*evidence-based*) dapat dikategorikan sebagai wanprestasi dalam perjanjian jaminan kesehatan atau bahkan perbuatan melawan hukum (*onrechtmatige daad*) oleh penguasa jika kebijakan tersebut merugikan warga negara secara luas. Oleh karena itu, sinkronisasi regulasi tidak hanya dibutuhkan untuk melindungi dokter dari risiko hukum, tetapi yang lebih utama dan mendesak adalah untuk menjamin perlindungan hukum yang efektif bagi pasien agar hak-hak fundamentalnya tidak tergerus oleh birokrasi pelayanan kesehatan yang tidak manusiawi.

## **2. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Batasan Diagnosa dan Perlindungan Hak Pasien**

### **a. Analisis terhadap Sistem Pembayaran Prospektif dan Potensi *Under-treatment***

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan merupakan fondasi struktural yang sangat fundamental karena secara langsung membentuk insentif ekonomi yang menentukan perilaku penyedia layanan kesehatan (*provider behavior*) dalam memberikan asuhan medis kepada pasien.

Dalam arsitektur Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, pemerintah telah menetapkan adopsi sistem pembayaran prospektif (*prospective payment system*) melalui mekanisme *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) sebagai metode pembayaran standar untuk pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Berbeda secara diametral dengan sistem pembayaran retrospektif (*fee for service*) di mana pembayaran didasarkan pada akumulasi biaya riil setiap

item pelayanan yang diberikan setelah pelayanan selesai, sistem prospektif menetapkan besaran pembayaran secara di muka (*fixed price*) berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit dan prosedur medis dalam satu paket tarif yang telah ditentukan sebelumnya. Secara teoritis dan normatif, sistem ini didesain dengan tujuan mulia untuk mendorong efisiensi biaya kesehatan nasional, memacu pengendalian mutu pelayanan, dan mencegah terjadinya inefisiensi akibat pelayanan berlebihan (*over-treatment*) atau *supplier-induced demand* yang tidak diperlukan secara medis.<sup>104</sup>

Namun, analisis mendalam dan kritis terhadap temuan penelitian lapangan menyingkap realitas empiris yang kontradiktif dan mengkhawatirkan. Penerapan sistem prospektif yang kaku (*rigid*) dan seringkali tidak disertai dengan basis perhitungan unit *cost* yang adekuat dan *update* secara berkala justru berpotensi kuat memicu fenomena kebalikannya, yaitu pengurangan pelayanan medis di bawah standar atau *under-treatment*. Temuan spesifik dan berulang mengenai ketidakcukupan paket tarif INA-CBG's pada kasus persalinan dengan penyulit robekan jalan lahir (*perineal rupture*), di mana biaya komponen vital seperti benang jahit berkualitas tinggi tidak terakomodasi secara proporsional dalam struktur paket tarif, merupakan indikasi empiris yang kuat adanya kegagalan pasar (*market failure*) dalam mekanisme penetapan harga yang diatur oleh regulator (pemerintah). Ketika tarif paket INA-

---

<sup>104</sup> Rizqy Dimas Monica, dkk., 2021, "Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap pada Kasus Persalinan Sectio Caesarea guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung", *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 9 No. 2, hlm. 14

CBG's yang diterima rumah sakit secara konsisten lebih rendah daripada biaya riil (*actual cost*) yang harus dikeluarkan untuk memberikan pelayanan sesuai standar profesi medis dan standar operasional prosedur (SOP), rumah sakit secara institusional dihadapkan pada tekanan finansial struktural (*financial distress*) yang berat. Dalam perspektif ekonomi kesehatan, kondisi defisit struktural yang kronis ini memaksa manajemen rumah sakit untuk melakukan langkah-langkah pragmatis berupa "efisiensi paksa" (*forced efficiency*) yang seringkali menysasar pada pengurangan komponen biaya variabel yang paling mudah dikendalikan, seperti penggunaan obat-obatan paten diganti generik, pembatasan pemeriksaan penunjang diagnostik, dan penggunaan bahan medis habis pakai dengan kualitas standar minimal.

Implikasi praktis dan klinis dari tekanan efisiensi ini sangat serius dan berpotensi membahayakan. Dokter sebagai klinisi yang berhadapan langsung dengan pasien mungkin terpaksa dihadapkan pada pilihan sulit dan dilematis secara etis: menggunakan bahan medis (seperti benang jahit) dengan kualitas premium demi hasil terbaik namun merugikan rumah sakit, atau menggunakan kualitas standar minimal atau mengurangi jumlah penggunaannya demi menyesuaikan dengan plafon tarif agar rumah sakit tidak merugi. Jika opsi kedua yang dipilih, meskipun secara finansial aman, namun secara klinis tindakan tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi pasca operasi, memperlambat penyembuhan luka, meningkatkan rasa nyeri, atau menimbulkan komplikasi pasca persalinan lainnya yang

merugikan pasien jangka panjang. Kondisi ini jelas bertentangan secara diametral dengan prinsip keselamatan pasien (*patient safety*) yang merupakan hukum tertinggi (*suprema lex*) dan asas fundamental dalam setiap pelayanan kesehatan.

Lebih jauh lagi, ketidakcukupan tarif ini menciptakan disinsentif ekonomi yang sistematis bagi rumah sakit untuk menangani kasus-kasus dengan tingkat keparahan tinggi (*high severity level*) yang membutuhkan sumber daya intensif (seperti ICU lama, obat mahal, atau alat canggih). Rumah sakit, sebagai entitas yang juga harus menjaga kesehatan finansialnya, mungkin akan mengembangkan mekanisme pertahanan (*defensive mechanism*) dengan cenderung merujuk pasien kompleks ke fasilitas lain yang lebih tinggi (meskipun secara kompetensi dan fasilitas sebenarnya mampu menangani) atau melakukan penolakan halus (*refusal of care*) dengan berbagai alasan administratif seperti fasilitas penuh atau alat rusak, sebuah praktik diskriminatif yang dikenal dalam literatur sebagai *patient dumping*. Praktik *patient dumping* atau penolakan pasien akibat pertimbangan biaya ini secara yuridis merupakan pelanggaran serius terhadap kewajiban sosial rumah sakit dan hak asasi pasien untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang setara dan non-diskriminatif. Dalam Pasal 29 ayat (1) huruf b Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (yang semangat perlingkungannya tetap diadopsi dan diperkuat dalam UU Kesehatan terbaru Nomor 17 Tahun 2023), ditegaskan secara imperatif bahwa rumah sakit wajib memberikan

pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Ketika sistem pembayaran yang dirancang oleh negara justru secara tidak langsung "memaksa" rumah sakit untuk memilih antara keberlangsungan finansial institusi (solvabilitas) atau kualitas pelayanan pasien (mutu klinis), maka sistem tersebut secara substansial telah gagal memfasilitasi pemenuhan hak konstitusional warga negara atas kesehatan yang layak. Oleh karena itu, evaluasi menyeluruh dan berkelanjutan terhadap metode penghitungan tarif INA-CBG's menjadi imperatif hukum yang mendesak. Besaran tarif harus dikalibrasi ulang agar benar-benar mencerminkan biaya keekonomian yang wajar (*reasonable cost*) yang mencakup seluruh komponen biaya pelayanan sesuai standar medis terkini, sehingga efisiensi yang dituju adalah efisiensi proses, bukan pengurangan mutu pelayanan yang mengorbankan keselamatan pasien.

b. Dampak Yuridis Kesenjangan Kompetensi Administratif dan Beban Dokter

Faktor administratif dan kompetensi sumber daya manusia (SDM) memegang peranan yang sangat krusial namun seringkali terabaikan dalam diskursus kebijakan kesehatan, padahal faktor ini menjadi determinan utama dalam menentukan keakuratan klaim dan kelancaran arus kas pelayanan kesehatan dalam ekosistem JKN. Temuan penelitian ini mengungkapkan fakta lapangan yang mengkhawatirkan mengenai

ketiadaan pelatihan formal yang terstruktur, terstandarisasi secara nasional, dan tersertifikasi bagi para petugas *casemix* atau koder di rumah sakit. Mayoritas petugas *casemix* yang menjadi ujung tombak administrasi klaim hanya mengandalkan metode pembelajaran otodidak yang rentan bias atau transfer pengetahuan informal dari senior (*learning by doing*) yang belum tentu sesuai dengan kaidah terkini. Padahal, proses pengkodean (*coding*) diagnosa dan tindakan medis bukanlah pekerjaan klerikal atau administratif sederhana, melainkan proses teknis yang sangat spesifik dan kompleks yang membutuhkan pemahaman mendalam dan integratif mengenai terminologi medis, anatomi tubuh manusia, fisiologi, patologi penyakit, farmakologi, serta kaidah-kaidah koding internasional ICD-10 dan ICD-9 CM yang memiliki ribuan kode dengan aturan kombinasi yang rumit.

Ketiadaan standar kompetensi yang jelas, kurikulum pelatihan yang baku, dan mekanisme sertifikasi yang terukur bagi petugas koder ini berpotensi besar menyebabkan terjadinya kesalahan pengkodean (*coding error*) yang bersifat sistemik dan masif. Kesalahan ini dapat bermanifestasi dalam dua bentuk ekstrem yang sama-sama merugikan: *under-coding* (kode yang dimasukkan memiliki bobot keparahan lebih rendah dari kondisi klinis sebenarnya) atau *up-coding* (kode yang dimasukkan memiliki bobot keparahan lebih tinggi dari kondisi sebenarnya). *Under-coding* akan secara langsung dan pasti merugikan rumah sakit secara finansial karena pendapatan klaim yang

diterima menjadi lebih rendah dari sumber daya yang telah dikeluarkan. Akumulasi kerugian akibat *under-coding* ini pada jangka panjang dapat mendegradasi kemampuan operasional rumah sakit, menghambat peremajaan alat medis, dan mengurangi kemampuan memberikan remunerasi yang layak bagi tenaga medis, yang ujung-ujungnya menurunkan motivasi dan kualitas layanan.

Sebaliknya, *up-coding* meskipun mungkin dilakukan tanpa intensi jahat (*mens rea*) atau niat menipu akibat ketidaktahuan koder atau kesalahan interpretasi rekam medis secara hukum dapat dikualifikasikan sebagai tindakan kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan secara eksplisit dan tegas menetapkan bahwa ketidaksesuaian koding dengan resume medis, termasuk praktik *upcoding*, merupakan salah satu bentuk *fraud* yang dilarang keras dan dapat dikenai sanksi administratif berat hingga tuntutan pidana.<sup>105</sup> Dengan demikian, keberadaan petugas koder yang tidak memiliki kompetensi yang memadai dan teruji secara tidak langsung menempatkan institusi rumah sakit dalam posisi yang sangat rentan terhadap risiko hukum administratif yang serius, bahkan potensi risiko pidana korupsi jika audit BPJS atau investigasi

---

<sup>105</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, Pasal 4

aparatus penegak hukum menemukan adanya pola ketidaksesuaian klaim yang berulang, masif, dan merugikan keuangan negara dalam jumlah besar.

Selain risiko hukum bagi institusi, inefisiensi administratif akibat inkompetensi koder ini juga menciptakan beban tambahan (*extra burden*) yang tidak proporsional dan kontraproduktif bagi dokter. Dokter yang seharusnya mendedikasikan seluruh fokus, waktu, dan energi intelektualnya pada pelayanan klinis pasien (*patient care*) untuk menegakkan diagnosa dan terapi yang tepat, kini terpaksa harus membagi konsentrasi kognitifnya untuk memikirkan strategi pengkodean administratif agar klaim pelayanan dapat diterima oleh sistem verifikasi BPJS. Temuan penelitian mengenai dokter yang harus "berpikir keras menerjemahkan kondisi klinis ke dalam bahasa kode" menunjukkan adanya distorsi peran profesional yang nyata. Beban administratif tambahan ini (*administrative burden*) bukan hanya masalah teknis, tapi masalah keselamatan pasien karena dapat mengurangi waktu dan kualitas interaksi terapeutik antara dokter dan pasien, meningkatkan risiko kelelahan kerja (*burnout*) pada tenaga medis yang sudah tinggi, dan secara tidak langsung berpotensi meningkatkan risiko terjadinya kesalahan medis (*medical error*) akibat kurangnya fokus.

Dalam konstruksi hukum kesehatan dan etika kedokteran, dokter bertanggung jawab penuh atas akurasi diagnosa medis dan rencana terapi klinis, namun membebankan tanggung jawab teknis koding administratif

seungguhnya kepada dokter adalah bentuk inefisiensi sistem yang merugikan semua pihak. Seharusnya terdapat demarkasi peran yang jelas, tegas, dan profesional di mana dokter berfokus pada akurasi substansi dan kelengkapan rekam medis klinis, sementara koder profesional yang tersertifikasi dan kompeten bertanggung jawab menerjemahkan diagnosa tersebut ke dalam kode klaim dengan presisi tinggi sesuai kaidah yang berlaku. Kesenjangan kompetensi administratif dan beban ganda pada dokter ini pada akhirnya bermuara pada kerugian pasien, baik karena pelayanan klinis yang tidak optimal akibat terpecahnya fokus dokter, maupun karena potensi sengketa klaim yang berlarut-larut yang dapat menghambat akses layanan kesehatan berkelanjutan bagi pasien.

c. Analisis Dilema *Dual-Loyalty* dan Risiko Hukum bagi Dokter

Salah satu isu etis dan yuridis paling fundamental, pelik, dan eksistensial yang terungkap dalam penelitian ini adalah fenomena *dual-loyalty* atau loyalitas ganda yang dialami oleh dokter dalam ekosistem JKN. Secara filosofis, etis, dan yuridis, dokter memiliki kewajiban utama (*primary obligation*) yang bersifat absolut dan tak tergoyahkan untuk bertindak semata-mata demi kepentingan terbaik pasien (*fiduciary duty*). Prinsip fundamental ini ditegaskan dalam Sumpah Dokter Indonesia dan dikodifikasi dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) Pasal 2 yang menyatakan secara imperatif bahwa "Seorang dokter wajib selalu melakukan pengambilan keputusan profesional secara independen dan

mempertahankan perilaku profesional dalam ukuran yang tertinggi".<sup>106</sup> Dokter memiliki mandat moral luhur dan kewajiban hukum untuk memberikan pelayanan medis yang sesuai dengan standar profesi tertinggi, standar pelayanan medis berbasis bukti (*evidence-based medicine*), dan kebutuhan klinis pasien tanpa boleh dipengaruhi, ditekuk, atau dikompromikan oleh pertimbangan-pertimbangan non-medis, termasuk tekanan keuntungan finansial, efisiensi biaya, atau batasan administratif birokrasi.

Namun, realitas implementasi sistem pembayaran prospektif yang berorientasi kendali biaya dan tekanan administratif dari manajemen rumah sakit untuk menjaga likuiditas, serta aturan verifikasi BPJS yang ketat dan seringkali kaku, menciptakan loyalitas tandingan (*competing loyalty*) yang kuat. Dokter secara struktural terjebak dalam konflik kepentingan: di satu sisi harus loyal pada pasien, di sisi lain ditekan untuk mematuhi batasan diagnosa yang ditetapkan sistem, melakukan efisiensi biaya pelayanan yang ketat, dan memastikan klaim dapat "cair" agar arus kas (*cash flow*) rumah sakit tetap sehat demi keberlangsungan operasional dan gaji karyawan. Temuan penelitian mengenai perbedaan tajam dan filosofis dalam penentuan diagnosa utama di mana dokter secara klinis mendasarkan pada etiologi penyakit (*underlying disease*) sebagai penyebab dasar sakit, sementara sistem BPJS menuntut diagnosa berdasarkan intensitas sumber daya (*resource intensity*) atau biaya

---

<sup>106</sup> Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, *Kode Etik Kedokteran Indonesia*, Pasal 2

termahal menempatkan dokter dalam posisi terjepit yang sangat dilematis, tidak nyaman, dan berisiko tinggi.

Jika dokter bersikukuh pada idealisme standar medis dan menetapkan diagnosa sesuai etiologi murni namun klaim ditolak oleh sistem BPJS karena tidak sesuai algoritma tarif, ia akan dianggap sebagai beban, merugikan rumah sakit, dan mungkin menghadapi sanksi internal, teguran, atau tekanan psikologis dari manajemen. Sebaliknya, jika dokter memilih jalan pragmatis dengan menuruti logika administratif BPJS dan "menyesuaikan" diagnosa agar klaim diterima dan tarifnya layak (misalnya menjadikan komplikasi sebagai diagnosa utama padahal secara klinis itu adalah sekunder, atau menambahkan diagnosa penyerta yang sebenarnya minor), dokter berpotensi melanggar integritas profesi, melakukan kebohongan medis, dan masuk dalam ranah manipulasi data rekam medis.

Kondisi dilematis ini menyeret dokter ke dalam risiko hukum yang sangat serius dan menakutkan, yaitu potensi tuduhan melakukan *fraud* atau kecurangan jaminan kesehatan. Ketika dokter memodifikasi diagnosa semata-mata untuk mengejar tarif klaim yang lebih tinggi atau agar klaim tidak ditolak meskipun tujuannya mungkin "mulia" dan altruistik untuk menutupi biaya pengobatan pasien agar RS tidak rugi dan tetap bisa melayani tindakan tersebut secara hukum positif dapat dikualifikasikan sebagai *phantom billing* (tagihan palsu) atau *upcoding* (penggelembungan koding) yang merupakan tindak pidana

korupsi dalam konteks pengelolaan dana jaminan sosial yang merupakan uang negara. Pasal 19 ayat (1) huruf a Permenkes No. 16 Tahun 2019 secara eksplisit dan tanpa ambiguitas menyebutkan bahwa penulisan diagnosa dan tindakan yang berlebihan atau tidak sesuai kondisi sebenarnya dengan tujuan mendapatkan keuntungan finansial adalah bentuk kecurangan yang dilarang dan dapat dipidana.<sup>107</sup> Dokter diposisikan dalam situasi "buah simalakama" yang tragis: bertindak etis murni namun institusi tempatnya bekerja merugi dan terancam bangkrut, atau bertindak pragmatis menyelamatkan institusi namun berisiko melanggar hukum, etika, dan kehilangan izin praktik.

Sistem yang tidak fleksibel, kaku, dan hanya berorientasi pada efisiensi biaya ini telah secara sistematis mencederai otonomi profesional dokter (*professional autonomy*) yang dijamin undang-undang praktik kedokteran. Otonomi klinis dokter diperlukan bukan untuk memberikan kekuasaan absolut tanpa batas atau arogansi profesi, melainkan sebagai prasyarat mutlak dan benteng terakhir untuk memastikan bahwa keputusan medis dibuat semata-mata berdasarkan kebutuhan unik, spesifik, dan terbaik bagi setiap pasien (*best interest of the patient*), bebas dari intervensi pihak ketiga yang tidak kompeten secara medis. Ketika pertimbangan administratif dan kalkulasi finansial mendominasi dan mengalahkan pertimbangan medis klinis, maka hak pasien atas pelayanan kesehatan

---

<sup>107</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, Pasal 19 ayat (1) huruf a

yang bermutu, aman, dan manusiawi menjadi terancam secara serius. Pasien tidak lagi dipandang sebagai subjek manusia utuh yang harus disembuhkan secara holistik dan bermartabat, melainkan tereduksi menjadi objek klaim, angka statistik, dan komponen biaya yang harus disesuaikan dengan algoritma pembiayaan. Oleh karena itu, perlindungan hukum yang konkret, tegas, dan komprehensif bagi dokter dalam menjalankan profesinya secara independen di era JKN menjadi urgensi nasional yang tak terelakkan. Regulasi JKN harus didesain ulang (*redesigned*) secara fundamental untuk membebaskan dokter dari tekanan finansial-administratif yang tidak perlu dan tidak etis, sehingga loyalitas dokter dapat dikembalikan sepenuhnya, utuh, dan tanpa syarat kepada pasien (*patient-centered care*), sesuai dengan mandat luhur etika kedokteran, sumpah dokter, dan hukum kesehatan yang berlaku di Indonesia.

### **3. Analisis Bentuk Integrasi Perlindungan Hak Pasien dalam Sistem Rujukan dan Diagnosa**

#### **a. Bentuk Perlindungan Hukum Preventif: Penguatan Transparansi Informasi dan Reformulasi *Informed Consent***

Perlindungan hukum preventif (*preventieve rechtsbescherming*) memegang peranan sentral dan strategis dalam mencegah terjadinya sengketa atau kerugian bagi pasien sebelum tindakan medis dilakukan. Dalam doktrin hukum administrasi negara, perlindungan hukum preventif bertujuan untuk mendorong pemerintah (dalam hal ini BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik) untuk berhati-hati dalam mengambil

keputusan dan memberikan kesempatan kepada rakyat untuk mengajukan keberatan atau masukan sebelum keputusan menjadi definitif.<sup>108</sup> Dalam konteks batasan diagnosa BPJS Kesehatan yang berdampak langsung pada akses layanan kesehatan masyarakat, esensi perlindungan preventif terletak pada jaminan transparansi informasi yang akurat dan edukasi yang memadai bagi peserta.

Temuan penelitian yang secara konsisten menunjukkan minimnya pemahaman pasien mengenai hak dan kewajiban mereka sebagai peserta JKN, serta ketidaktahuan yang meluas mengenai diagnosa yang dijamin dan tidak dijamin, mengindikasikan adanya pelanggaran serius terhadap asas keterbukaan (*principle of transparency*) dalam pelayanan publik. Asas ini mewajibkan penyelenggara pelayanan publik untuk membuka akses informasi seluas-luasnya bagi masyarakat pengguna layanan. Ketidaktahuan pasien seringkali bukan disebabkan oleh ketidakmampuan intelektual mereka, melainkan akibat dari kegagalan sistemik dalam mendistribusikan informasi yang relevan dan mudah dipahami. Oleh karena itu, bentuk perlindungan preventif yang diusulkan harus mewajibkan BPJS Kesehatan, sebagai penyelenggara jaminan sosial yang dimandatkan negara, untuk melakukan penguatan transparansi informasi secara aktif, masif, dan berkelanjutan.

---

<sup>108</sup> Philipus M. Hadjon, 1987, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia*, Bina Ilmu, Surabaya, hlm. 40

Kewajiban transparansi ini bukan sekadar himbauan moral atau standar etika pelayanan, melainkan merupakan mandat hukum imperatif sebagaimana diatur secara tegas dalam Pasal 13 huruf h Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pasal tersebut mewajibkan BPJS untuk memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban kepada peserta agar mereka dapat mengikuti ketentuan yang berlaku.<sup>109</sup> Dalam bentuk perlindungan yang diusulkan, transparansi ini harus dimanifestasikan melalui penyediaan akses informasi yang mudah dipahami, akurat, dan *real-time* mengenai daftar diagnosa yang dijamin (inklusi), batasan plafon pelayanan, dan daftar diagnosa atau tindakan yang tidak dijamin (eksklusi). Informasi ini harus tersedia tidak hanya di kantor cabang BPJS, tetapi juga terintegrasi di setiap titik layanan fasilitas kesehatan (FKTP dan FKRTL) melalui media digital maupun konvensional. Hal ini sejalan dengan hak konsumen untuk mendapatkan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa, yang merupakan fondasi hukum bagi terciptanya hubungan hukum yang seimbang dan berkeadilan antara penyedia jasa dan konsumen.<sup>110</sup>

Selanjutnya, elemen krusial dan transformatif dalam bentuk perlindungan preventif ini adalah perbaikan mendasar dan perluasan substansi persetujuan tindakan medis atau *informed consent*. Selama

---

<sup>109</sup> Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 13 huruf h

<sup>110</sup> Ahmadi Miru dan Sutarman Yodo, 2019, *Hukum Perlindungan Konsumen*, Rajawali Pers, Jakarta, hlm. 48

ini, *informed consent* dalam praktik kedokteran konvensional seringkali hanya dimaknai secara sempit dan biomedis sebagai persetujuan pasien terhadap risiko medis, manfaat, dan komplikasi dari suatu tindakan kedokteran. Namun, dalam era Jaminan Kesehatan Nasional di mana aspek pembiayaan menjadi determinan utama dalam akses dan kualitas layanan, konsep *informed consent* harus direformulasi dan diperluas cakupannya. Model baru *informed consent* harus mencakup "status penjaminan diagnosa" sebagai komponen informasi material yang wajib disampaikan.

Dokter atau pihak rumah sakit memiliki kewajiban hukum dan etis (*legal and ethical obligation*) untuk memberikan informasi yang jujur, terbuka, dan komprehensif kepada pasien mengenai aspek pembiayaan sebelum tindakan medis dilakukan. Informasi ini mencakup kepastian apakah diagnosa yang ditegakkan oleh dokter dan tindakan medis yang direncanakan (termasuk penggunaan alat kesehatan dan obat-obatan) akan dijamin sepenuhnya oleh paket BPJS, dijamin sebagian dengan *cost-sharing*, atau tidak dijamin sama sekali sehingga menjadi tanggungan pribadi pasien. Ketiadaan informasi yang jelas mengenai status penjaminan ini dapat dikategorikan sebagai cacat kehendak (*wilsgebreik*) dalam perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien. Pasien yang memberikan persetujuan tindakan medis tanpa mengetahui konsekuensi finansial yang mungkin timbul, sesungguhnya tidak memberikan persetujuan yang bebas dan terinformasi (*free and informed consent*),

karena persetujuannya didasarkan pada asumsi yang salah atau informasi yang tidak lengkap.

Sebagaimana dikemukakan oleh pakar hukum kesehatan J. Guwandi, persetujuan tindakan medis yang sah secara hukum (*legally valid consent*) harus didasarkan pada informasi yang adekuat (*adequate information*). Dalam konteks sistem asuransi kesehatan modern yang kompleks, informasi mengenai cakupan pertanggung jawaban biaya, batasan manfaat, dan potensi biaya tambahan (*out-of-pocket expenses*) adalah bagian integral dan tidak terpisahkan dari definisi "informasi yang adekuat" tersebut. Tanpa informasi ini, hak otonomi pasien untuk menentukan nasibnya sendiri (*right to self-determination*) menjadi tercederai.<sup>111</sup> Dengan demikian, bentuk perlindungan preventif ini mengusulkan adanya lembar *informed consent* terintegrasi atau formulir persetujuan biaya terpisah yang wajib ditandatangani pasien sebelum tindakan non-emergensi dilakukan. Formulir ini harus memuat klausul spesifik yang menyatakan bahwa pasien telah menerima penjelasan mengenai status penjaminan BPJS untuk tindakan yang akan dilakukan. Mekanisme ini bertujuan untuk melindungi pasien dari fenomena "kejutan biaya" (*balance billing* atau *surprise billing*) yang tidak transparan, di mana pasien tiba-tiba ditagih biaya besar di akhir perawatan tanpa pemberitahuan sebelumnya, yang seringkali memicu sengketa hukum dan ketidakpercayaan publik terhadap sistem kesehatan.

---

<sup>111</sup> J. Guwandi, 2005, *Hukum Medik (Medical Law)*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta, hlm. 35

b. Bentuk Perlindungan Hukum Represif: Mekanisme Penyelesaian Sengketa Klaim yang Berkeadilan

Perlindungan hukum represif (*repressieve rechtsbescherming*) merupakan pilar penegakan hukum yang bertujuan untuk menyelesaikan sengketa yang telah terjadi dan memulihkan hak subjek hukum yang telah dilanggar. Dalam konteks penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), perlindungan represif menjadi benteng terakhir (*ultimum remedium*) bagi rumah sakit dan dokter ketika hak-hak mereka untuk mendapatkan penggantian biaya pelayanan yang telah diberikan tidak terpenuhi akibat penolakan klaim. Namun, realitas empiris dalam sistem JKN saat ini menunjukkan bahwa mekanisme penyelesaian sengketa klaim cenderung berjalan secara sepihak, timpang, dan tidak mencerminkan asas keadilan (*inequality of arms*). Verifikator BPJS, melalui instrumen sistem verifikasi digital terpusat (Vedika), memiliki kewenangan yang sangat dominan dan nyaris absolut untuk menentukan kelayakan klaim secara unilateral. Posisi tawar rumah sakit dan dokter menjadi sangat lemah, karena keputusan verifikator seringkali dianggap final dan mengikat tanpa adanya ruang banding yang memadai. Ketimpangan struktural ini bertentangan dengan prinsip *rule of law* yang mensyaratkan adanya kesetaraan kedudukan di hadapan hukum dan mekanisme penyelesaian sengketa yang imparial.

Bentuk perlindungan hukum represif yang diusulkan dalam penelitian ini bertujuan untuk merombak struktur penyelesaian sengketa yang asimetris tersebut menuju mekanisme yang lebih adil, objektif, dan

akuntabel. Hal fundamental yang harus diwujudkan adalah pembentukan lembaga penyelesaian sengketa yang bersifat independen dan memiliki kompetensi medis-hukum yang mumpuni. Lembaga ini dapat berupa tim *review* independen atau komite sengketa medis nasional yang keanggotaannya bersifat multipihak (*multi-stakeholders*), terdiri dari unsur perwakilan BPJS Kesehatan, perwakilan asosiasi fasilitas kesehatan (seperti PERSI), perwakilan organisasi profesi medis (seperti IDI dan perhimpunan dokter spesialis terkait), serta akademisi hukum kesehatan yang netral. Tim ini harus diberikan mandat dan kewenangan hukum yang kuat sebagai lembaga pemutus sengketa tingkat pertama (*adjudicator*) atau sebagai forum mediasi yang putusannya bersifat mengikat (*binding decision*) bagi para pihak yang bersengketa. Fungsi utamanya adalah melakukan penilaian objektif terhadap sengketa klaim yang timbul akibat perbedaan interpretasi yang tajam antara diagnosa klinis yang ditegakkan dokter dengan kriteria administratif yang dipersyaratkan oleh sistem BPJS.

Keberadaan lembaga penilai independen ini sangat mendesak dan krusial untuk menghindari absolutisme tafsir sepihak oleh verifikator BPJS. Seringkali, verifikator BPJS adalah tenaga administratif atau dokter umum yang tidak memiliki kompetensi klinis spesifik yang setara dengan dokter spesialis konsultan yang merawat pasien kompleks. Ketika terjadi perbedaan pendapat mengenai indikasi rawat inap atau ketepatan diagnosa utama, verifikator cenderung menggunakan kaca mata efisiensi biaya, sementara dokter menggunakan kaca mata indikasi medis. Dalam

situasi *deadlock* seperti ini, diperlukan pihak ketiga yang netral dan kompeten untuk menilai substansi medis dari sengketa tersebut. Prinsip hukum acara yang fundamental, yaitu *audi et alteram partem* atau "mendengarkan kedua belah pihak", harus diterapkan secara ketat dalam setiap proses verifikasi yang bersengketa. Dokter sebagai pihak yang memberikan pelayanan harus diberikan kesempatan yang memadai dan forum yang layak untuk memberikan justifikasi klinis (*clinical justification*) secara komprehensif, baik lisan maupun tertulis, di hadapan tim independen tersebut. Mekanisme ini tidak boleh hanya terbatas pada pertukaran catatan digital singkat dalam aplikasi yang seringkali tidak mampu menangkap nuansa klinis, melainkan harus memungkinkan adanya dialog medis yang substantif.

Mekanisme penyelesaian sengketa yang adil ini sejalan dengan prinsip-prinsip negara hukum (*rechtsstaat*) yang menuntut adanya perlindungan hukum bagi rakyat (termasuk badan hukum privat seperti RS) terhadap tindakan penguasa atau badan hukum publik (seperti BPJS) yang berpotensi sewenang-wenang atau melampaui kewenangan (*abuse of power*). Philipus M. Hadjon menegaskan bahwa perlindungan hukum bagi rakyat terhadap tindakan pemerintah adalah *conditio sine qua non* dalam negara hukum Pancasila, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kesewenang-wenangan dan menjamin kepastian hukum.<sup>112</sup> Dalam konteks

---

<sup>112</sup> Philipus M. Hadjon, 1987, *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat di Indonesia*, Bina Ilmu, Surabaya, hlm. 45

hukum administrasi, keputusan penolakan klaim oleh BPJS dapat dikategorikan sebagai keputusan tata usaha negara (KTUN) dalam arti luas yang menimbulkan akibat hukum bagi rumah sakit, sehingga harus dapat diuji keabsahannya melalui mekanisme keberatan administratif yang transparan dan adil.

Selain reformasi mekanisme penyelesaian sengketa klaim diagnosa, bentuk perlindungan represif ini juga harus mencakup penguatan peran dan wewenang lembaga pengawas eksternal, khususnya Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Kedua lembaga ini harus difungsikan lebih proaktif dalam memantau, menerima pengaduan, dan menindaklanjuti keluhan pasien maupun rumah sakit terkait penolakan layanan atau klaim yang disebabkan oleh batasan diagnosa yang tidak rasional. BPRS dan DJSN harus memiliki kewenangan untuk melakukan audit medis dan audit administratif terhadap kasus-kasus sengketa yang berulang atau berdampak luas. Lebih jauh lagi, perlu diterapkan sanksi administratif yang tegas dan menjerakan bagi pihak manapun, baik itu manajemen rumah sakit yang melakukan *fraud* maupun oknum verifikator atau pejabat BPJS yang terbukti melakukan penolakan klaim secara sewenang-wenang yang melanggar standar profesi dan merugikan hak pasien secara sistematis. Penegakan sanksi ini penting untuk menciptakan efek jera (*deterrent effect*) dan menjaga integritas sistem jaminan kesehatan nasional agar tetap berada pada koridor hukum dan etika pelayanan publik. Dengan demikian,

perlindungan hukum represif tidak hanya berfungsi sebagai penyelesaian sengketa, tetapi juga sebagai instrumen kontrol sosial untuk menjamin akuntabilitas penyelenggaraan jaminan kesehatan.

c. Integrasi Sistem Rujukan yang Berkeadilan: Fleksibilitas Berbasis Indikasi Medis

Bagian terakhir dan fundamental dari bentuk integrasi ini adalah reformasi struktural terhadap sistem rujukan pelayanan kesehatan agar lebih responsif, humanis, dan berkeadilan. Sistem rujukan berjenjang yang diterapkan dalam JKN saat ini, yang secara teknis dan administratif didasarkan pada klasifikasi tipe rumah sakit (Tipe D, C, B, dan A) serta perbedaan tarif, telah terbukti secara empiris menciptakan hambatan akses yang signifikan (*barrier to access*) bagi pasien, khususnya mereka yang membutuhkan penanganan segera dan spesifik. Mekanisme rujukan yang kaku ini seringkali memaksa pasien untuk melalui prosedur birokrasi berjenjang yang panjang mulai dari Puskesmas, ke RS Tipe C, baru kemudian ke RS Tipe B atau A meskipun kondisi medis pasien sejak awal sudah jelas membutuhkan kompetensi fasilitas tingkat lanjut. Hambatan administratif ini berpotensi menunda penanganan medis yang krusial (*delay in treatment*), yang dapat berakibat fatal berupa perburukan kondisi, kecacatan permanen, atau bahkan kematian.

Bentuk yang diusulkan dalam penelitian ini adalah rekonstruksi sistem rujukan yang berbasis pada indikasi medis (*medical urgency*) dan

kompetensi fasilitas kesehatan, bukan sekadar hierarki administratif tarif yang kaku. Artinya, arsitektur rujukan harus didesain sedemikian rupa sehingga pasien dengan kondisi klinis yang kompleks, gawat, atau membutuhkan intervensi subspecialistik tertentu harus dapat dirujuk langsung (*direct referral*) ke fasilitas kesehatan yang memiliki kompetensi dan sumber daya yang memadai (misalnya langsung ke RS Tipe B atau A), tanpa harus dipaksa melalui prosedur transit berjenjang di RS Tipe C atau D jika fasilitas tersebut secara nyata tidak mampu menangani kasus tersebut. Prinsip *safety first* atau keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama di atas pertimbangan efisiensi prosedural atau pengendalian biaya. Hal ini merupakan manifestasi konkret dari hak asasi manusia atas kesehatan yang dijamin oleh konstitusi, yang menuntut negara untuk memastikan ketersediaan (*availability*), keterjangkauan (*accessibility*), keberterimaan (*acceptability*), dan kualitas (*quality*) layanan kesehatan bagi seluruh warga negara.<sup>113</sup> Dalam perspektif hak asasi, akses terhadap layanan kesehatan yang tepat waktu adalah bagian dari hak untuk hidup dan hak untuk tidak diperlakukan secara tidak manusiawi.

Selain reformasi alur rujukan, integrasi sistem ini juga harus mencakup rekomendasi fleksibilitas dalam sistem pengkodean tarif (INA-CBG's) untuk mengakomodasi kasus-kasus medis yang kompleks dan

---

<sup>113</sup> Majda El Muhtaj, 2015, *Hak Asasi Manusia dalam Konstitusi Indonesia*, Kencana, Jakarta, hlm. 112

atipikal. Realitas klinis menunjukkan bahwa pasien, khususnya kelompok rentan seperti lansia, seringkali datang dengan kondisi multipatologi atau komorbiditas ganda (menderita beberapa penyakit serius sekaligus) yang saling memperberat. Sistem *coding* INA-CBG's saat ini yang cenderung kaku dan reduksionis dalam menentukan satu diagnosa utama (*single primary diagnosa*) seringkali gagal menangkap gambaran utuh dan kompleksitas kondisi pasien yang rumit tersebut. Akibatnya, tarif paket yang dihasilkan oleh sistem menjadi *under-payment* atau tidak merepresentasikan besaran sumber daya riil yang sebenarnya dibutuhkan dan dikeluarkan oleh rumah sakit untuk menangani pasien tersebut secara holistik. Ketidaksesuaian tarif ini pada gilirannya dapat memicu perilaku *under-treatment* atau penghindaran pasien risiko tinggi oleh rumah sakit.

Untuk mengatasi permasalahan ini, bentuk yang diusulkan merekomendasikan adanya mekanisme "kode pengecualian" (*exception code*) atau "kode pemberat" (*severity modifier*) yang lebih sensitif dan adaptif dalam sistem INA-CBG's. Mekanisme ini harus memungkinkan dokter dan rumah sakit untuk mengajukan klaim dengan bobot tarif yang lebih tinggi atau berbeda untuk kasus-kasus spesifik yang menyimpang dari jalur klinis standar (*clinical pathway*) karena kompleksitas penyakitnya yang luar biasa. Tentu saja, fleksibilitas ini harus diatur secara ketat namun akomodatif dalam regulasi teknis, disertai dengan persyaratan bukti klinis yang kuat, untuk mencegah potensi penyalahgunaan (*fraud*)

atau *moral hazard*. Tujuannya adalah untuk menjamin keadilan bagi penyedia layanan agar rumah sakit tidak terus-menerus dirugikan secara finansial saat menjalankan fungsi sosialnya menangani pasien berat, dan yang terpenting, agar pasien tetap mendapatkan haknya atas pelayanan kesehatan yang paripurna dan komprehensif tanpa diskriminasi biaya. Dengan demikian, sistem jaminan kesehatan nasional tidak hanya berfungsi sebagai instrumen teknis pengendali biaya (*cost containment*), tetapi dapat kembali pada khittah filosofisnya sebagai instrumen negara untuk pemenuhan hak konstitusional warga negara atas kesehatan yang layak dan bermartabat.<sup>114</sup>



---

<sup>114</sup> Soekidjo Notoatmodjo, 2010, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, hlm. 56

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Pelaksanaan pengaturan batasan diagnosa klinik oleh BPJS Kesehatan secara formal telah mengikuti hierarki peraturan perundang-undangan, dari UUD 1945, UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, hingga Permenkes terkait sistem INA-CBG's, namun dalam implementasi keseharian di lapangan penerapan sistem prospektif berbasis ICD yang kaku belum selaras dengan karakter ilmu kedokteran yang dinamis dan individual. Praktik tersebut secara substantif berpotensi melanggar hak pasien atas pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai kebutuhan medis sebagaimana dijamin dalam UU 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta membatasi independensi profesional dokter, sehingga menimbulkan dilema etik *dual loyalty* antara tuntutan efisiensi pembiayaan dan kewajiban beneficence terhadap pasien. Oleh karena itu, meskipun regulasi telah tersusun secara hierarkis, secara substantif masih terjadi disharmoni antara regulasi BPJS Kesehatan dan standar etik profesi medis, sehingga diperlukan harmonisasi kebijakan melalui reformulasi sistem yang lebih fleksibel, penguatan dialog dengan organisasi profesi, serta penyusunan

regulasi dan *clinical pathway* yang adaptif dan berbasis kebutuhan klinis pasien.

2. Faktor yang saling berkaitan mempengaruhi batasan diagnosa klinik dalam praktik pelayanan BPJS Kesehatan, meliputi faktor regulasi dan kebijakan, sistem administrasi dan pengkodean INA-CBG's, faktor klinis dan profesional, serta faktor edukasi dan komunikasi. Dalam implementasi keseharian di lapangan, kombinasi faktor-faktor tersebut menimbulkan kesenjangan nyata antara hak konstitusional pasien atas pelayanan kesehatan sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945, hak atas pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai kebutuhan medis sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta prinsip penyelenggaraan jaminan sosial nasional yang berkeadilan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Kesenjangan tersebut tercermin dalam keterbatasan fleksibilitas layanan secara klinis diperlukan akibat rigiditas kebijakan dan pengkodean, sehingga menimbulkan persepsi ketidakadilan pelayanan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan menunjukkan belum optimalnya perlindungan hukum pasien dalam sistem JKN.

3. Bentuk perlindungan hak pasien dalam sistem BPJS Kesehatan secara normatif telah diatur melalui mekanisme perlindungan hukum preventif dan represif yang berlandaskan Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945, di mana perlindungan preventif tercermin dalam pengaturan hak

atas informasi, persetujuan tindakan medis, dan mutu pelayanan sebagaimana diatur dalam Pasal 4 dan Pasal 8 UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 52 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, serta Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, sedangkan perlindungan represif diatur melalui mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa dalam Pasal 58 UU No. 17 Tahun 2023 dan Pasal 66 UU No. 29 Tahun 2004; namun demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa perlindungan tersebut belum sepenuhnya terwujud secara efektif dalam praktik karena lemahnya transparansi informasi, ketimpangan posisi tawar pasien, dominannya pendekatan administratif dalam sistem rujukan dan verifikasi klaim, serta belum optimalnya mekanisme pengaduan, sehingga diperlukan penguatan integrasi regulatif, operasional, kelembagaan, dan edukatif agar sistem BPJS benar-benar mampu mewujudkan pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, dan selaras dengan amanat konstitusi serta etika profesi medis.

## **B. Saran**

Berdasarkan simpulan tersebut di atas, maka dalam penelitian ini dapat diberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Pemerintah dan BPJS Kesehatan harus mengubah sistem pembayaran prospektif murni menjadi sistem campuran (*mixed payment system*) yang fleksibel dan memperluas cakupan diagnosa klinik. Untuk kasus sederhana dan tipikal tetap menggunakan sistem paket INA-CBG's, namun untuk kasus kompleks atau yang menyimpang dari *clinical pathway* standar dapat menggunakan sistem pembayaran retrospektif berbasis kebutuhan medis

aktual dengan justifikasi klinis dari dokter. Sistem eskalasi ini harus dinilai oleh tim verifikasi yang memiliki kompetensi klinis medis, bukan hanya kriteria administratif-finansial. Dengan reformulasi ini diharapkan dapat menjaga keseimbangan antara efisiensi pembiayaan dengan perlindungan hak pasien, serta melindungi independensi profesional dokter dari tekanan *dual-loyalty*.

2. Bagi Pemerintah dan BPJS Kesehatan harus membentuk forum koordinasi permanen yang melibatkan Kementerian Kesehatan, IDI, PERSI, Konsil Kedokteran Indonesia, DJSN, dan perwakilan pasien yang bertemu minimal triwulanan. Forum ini harus membahas pengaturan batasan diagnosa, sistem pengkodean, mekanisme verifikasi klaim, dan perlindungan hak pasien dengan pendekatan konstruktif. Forum juga berfungsi sebagai *early warning system* untuk mengidentifikasi permasalahan implementasi JKN sebelum berkembang menjadi sengketa. Dengan penguatan koordinasi ini diharapkan dapat mengurangi kesenjangan (*gap*) antara regulasi dengan implementasi di lapangan serta memastikan setiap kebijakan JKN telah melalui proses deliberasi yang melibatkan semua stakeholders.
3. Pemerintah dan BPJS Kesehatan harus mengimplementasikan program perlindungan hak pasien secara komprehensif melalui: (a) perlindungan preventif dengan transparansi informasi, sosialisasi berkelanjutan tentang hak pasien, dan standarisasi pelayanan kesehatan; (b) perlindungan represif dengan penyederhanaan mekanisme penyelesaian sengketa, pembentukan Badan Arbitrase Sengketa Kesehatan independen, dan penegakan sanksi

administratif; (c) perlindungan edukatif dengan program literasi kesehatan-hukum berkelanjutan, pelatihan *coder* dan verifikator berbasis kompetensi, serta integrasi pendidikan medikolegal dalam kurikulum kedokteran. Implementasi program ini diharapkan dapat mewujudkan sistem JKN yang adil, berkualitas, dan menghormati hak-hak fundamental pasien sesuai dengan amanat konstitusi.

