

BAB III

PEMBAHASAN

3.1 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan

Peserta BPJS Kesehatan memiliki hak dan juga kewajiban untuk dipenuhi yaitu:

- Hak Pasien
 1. Mendapatkan kartu peserta, yang bertujuan sebagai bukti sah dalam memperoleh pelayanan Kesehatan.
 2. Memperoleh manfaat dan informasi, mengenai hak serta kewajiban sesuai dengan prosedur pelayanan kesehatan yang sesuai pada prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 3. Mendapatkan pelayanan kesehatan, pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
 4. Menyampaikan keluhan dan juga pengaduan, kritik, serta saran baik itu secara lisan maupun tertulis di kantor BPJS Kesehatan.
- Kewajiban Pasien
 1. Mendaftarkan dirinya, sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 2. Melaporkan perubahan data peserta, perubahan tersebut baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas Kesehatan tingkat I.
 3. Menjaga kartu peserta, peserta BPJS Kesehatan memiliki kewajiban untuk menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang maupun dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
 4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara mengenai pelayanan Kesehatan.

Rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sudah tentu wajib mematuhi peraturan perundang-undang yang berlaku. Dalam Undang-Undang Rumah Sakit, sudah tertuang dengan jelas terkait kewajiban-kewajiban rumah sakit yang harus dilaksanakan

dengan baik. Sekumpulan kewajiban rumah sakit tersebut telah diatur di dalam Pasal 29 Ayat (1) Undang-Undang Rumah Sakit.

Menurut Pasal 1 Angka 4 Undang-Undang Rumah Sakit, pasien merupakan setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit. Secara umum, pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya di rumah sakit, dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, yaitu pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang akan diterima oleh pasien di rumah sakit, sejatinya diberikan sesuai dengan kebutuhan masing-masing pasien dan tentunya tidak boleh ada perlakuan yang dapat merugikan pasien, sebab setiap pasien yang datang ke rumah sakit memiliki hak yang sama dalam hal pelayanan kesehatan.

Salah satu contoh kasus, yaitu kasus diskriminasi pasien peserta BPJS Kesehatan di Kota Medan. Flora Linda Wati Silitonga merupakan pasien peserta BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Murni Teguh Memorial (Medan) yang akan berobat karena luka bakar akibat ledakan tabung gas. Bentuk diskriminasi yang diterima oleh Flora berupa penolakan oleh rumah sakit dengan alasan kuota pasien peserta BPJS sudah penuh. Akan tetapi, yang mengherankan adalah ketika Flora mengatakan bahwa dirinya pemilik kartu polis asuransi Prudential, pihak rumah sakit mengatakan bahwa kamar tersedia dan langsung menyuruh Flora untuk registrasi rawat inap. (<https://telisik.id/news/pasien-rumah-sakit-murni-teguh-medan-kecewa-karena-sempat-ditolak>)

Terkait kasus diskriminasi pasien peserta BPJS Kesehatan yang terjadi di rumah sakit, dapat dikaitkan juga dengan Undang-Undang Rumah Sakit. Dalam Undang-Undang Rumah Sakit telah dijelaskan terkait hak-hak pasien yang harus dipenuhi oleh rumah sakit. Hak-hak pasien di rumah sakit berlaku untuk seluruh jenis pasien baik pasien umum maupun pasien peserta BPJS Kesehatan.

Berdasarkan penjelasan kasus di atas, dapat dikatakan telah terjadi pelanggaran peraturan perundang-undangan. Terjadi pelanggaran hak pasien pada kasus di atas, khususnya hak pasien yang diatur di dalam Pasal 32 huruf c Undang-Undang Rumah Sakit. Hak yang dilanggar adalah hak pasien untuk memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi. Terdapat frasa “tanpa diskriminasi”, yang berarti tidak boleh ada perbedaan perlakuan dalam pelayanan kesehatan antara pasien umum dan pasien peserta BPJS Kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan

mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit sebagaimana disebutkan di dalam Pasal 29 Ayat (1) huruf b Undang-Undang Rumah Sakit sejatinya wajib diberikan oleh rumah sakit kepada setiap masyarakat, termasuk masyarakat yang menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pasien peserta BPJS Kesehatan berhak atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Peserta BPJS Kesehatan dalam hubungannya dengan rumah sakit sebagai pasien adalah orang sakit yang membutuhkan bantuan dokter untuk menyembuhkan penyakit yang dideritanya. Pasien adalah subyek yang memiliki pengaruh besar atas hasil akhir layanan, bukan hanya sekedar obyek. Sebagai pasien di rumah sakit hak-hak pasien harus dipenuhi, mengingat kepuasan pasien menjadi barometer mutu pelayanan di rumah sakit. Berdasarkan Pasal 32 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, hak-hak pasien di rumah sakit terjamin. Oleh karena itu, harapan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan meliputi:

- a. Komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pasien.
- b. Pemberian pelayanan yang di janjikan dengan segera dan memuaskan.
- c. Membantu dan memberikan pelayanan dengan tanggap tanpa membedakan SARA (Suku, Agama, Ras, dan Antar golongan).
- d. Jaminan keamanan, keselamatan, dan kenyamanan

Posisi peserta BPJS Kesehatan sebagai pasien dalam hukum terlindungi sebagaimana tercantum dalam berbagai regulasi yang terkait dengan penyelenggaraan kesehatan antara lain Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Berdasarkan Pasal 53 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa pelayanan kesehatan perorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan dan keluarga. Disamping itu, berdasarkan Pasal 54 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan diatur mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merta dan non diskriminatif. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.

Hubungan hukum yang terjadi dalam pelayanan medis ialah berdasarkan perjanjian yang bertujuan untuk melakukan pelayanan dan pengobatan demi kesembuhan pasien. Upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit bertolak dari hubungan dasar dalam bentuk transaksi

Terapeutik. Transaksi terapeutik bersifat mengikat antara pihak pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit dengan pihak pasien sebagai penerima pelayanan dalam suatu perikatan transaksi terapeutik tersebut. Perikatan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien dapat dibedakan dalam 2 (dua) bentuk perjanjian yaitu :

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

Upaya yang telah dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan dalam menunjang pelayanan kesehatan Peserta BPJS Kesehatan apabila merasa terjadi kendala ataupun kesalahan baik oleh pihak rumah sakit ataupun oleh pihak BPJS Kesehatan itu sendiri. Upaya BPJS Kesehatan yang pertama adalah dengan menempatkan beberapa petugas BPJS Kesehatan di rumah sakit yang menjadi mitra dari BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan dapat melakukan pengaduan atau keluhan terhadap ketidakpuasan dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya dan pihak BPJS Kesehatan sendiri sudah melakukan inovasi dalam menyelesaikan permasalahan atas kurangnya informasi mengenai fasilitas kesehatan dengan membuat dashboard mengenai informasi ketersediaan kamar secara terbuka (transparant) sehingga peserta BPJS Kesehatan dapat melihat langsung mengenai fasilitas kesehatan tersebut.

Berdasarkan Pasal 11 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. Tenaga medis, terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- b. Tenaga psikologi klinis, yaitu psikologi klinis.
- c. Tenaga keperawatan, terdiri dari berbagai jenis perawat.
- d. Tenaga kebidanan, yaitu bidan.
- e. Tenaga kefarmasian, terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.
- f. Tenaga kesehatan masyarakat, terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi serta kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.

- g. Tenaga kesehatan lingkungan, terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
- h. Tenaga gizi, terdiri atas nutrisionis dan dietisien.
- i. Tenaga keterampilan fisik, terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
- j. Tenaga keteknisian medis, terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.
- k. Tenaga teknik biomedika, terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.
- l. Tenaga kesehatan tradisional, terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.

Kelalaian medik adalah salah satu bentuk dari malpraktek medis, sekaligus merupakan bentuk malpraktek medis yang paling sering terjadi. Pada dasarnya kelalaian terjadi apabila seseorang melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh orang lain yang memiliki kualifikasi yang sama pada suatu keadaan dan situasi yang sama. Kelalaian dapat terjadi dalam 3 bentuk, malfeasance, misfeasance dan nonfeasance yaitu :

- a. Malfeasance berarti melakukan tindakan yang melanggar hukum atau tidak tepat/layak (unlawful atau improper), misalnya melakukan tindakan medis tanpa indikasi yang memadai (pilihan tindakan medis tersebut sudah improper).
- b. Misfeasance berarti melakukan pilihan tindakan medis yang tepat tetapi dilaksanakan dengan tidak tepat (improper performance), yaitu misalnya melakukan tindakan medis dengan menyalahi prosedur.
- c. Nonfeasance adalah tidak melakukan tindakan medis yang merupakan kewajiban baginya.

(http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice diakses tanggal 10 Januari 2024 pukul 21:00 WIB)

Dalam Pasal 5 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan. Rujukan ini dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal. Rujukan vertikal

merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, sedangkan rujukan horizontal yaitu rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan.

Dalam hal penolakan pasien pada keadaan gawat darurat termasuk kelalaian medik, karena telah menyebabkan luka ataupun mati terhadap seseorang yang diduga disebabkan oleh kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit. Tenaga kesehatan melalaikan kewajibannya, berarti tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan. Seharusnya tenaga kesehatan memberikan pertolongan pertama pada pasien dalam keadaan gawat darurat, bukan malah menolak pasien ataupun meminta uang muka kepada pasien terlebih pasien miskin. Hal ini berarti tenaga kesehatan melalaikan kewajibannya sebagai tenaga kesehatan yang tertuang dalam Pasal 59 ayat (1) dan (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Pertanggungjawaban malpraktik tidak hanya disebabkan adanya perjanjian antara pasien dan rumah sakit ataupun wanprestasi, tetapi juga karena tidak dilaksanakannya kewajiban-kewajiban yang seharusnya dilakukan menurut Undang-Undang yang berlaku ataupun standar dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang dimana yang disebut BPJS adalah sebuah badan hukum yang bertujuan menyelenggarakan program jaminan yang berupa jaminan kesehatan. Perlindungan hukum yang merupakan hak yang harus diperoleh pasien peserta BPJS adalah hak mereka sebagai seorang hak pasien sebenarnya sendiri telah dilindungi dan diatur dalam hukum positif di Indonesia yaitu diantaranya, Undang-Undang Praktik Kedokteran, Undang-undang Kesehatan dan Undang-undang Rumah Sakit. Sehingga jika seorang dokter ataupun rumah sakit tidak memberikan hak yang seharusnya diterima oleh pasien ataupun tidak memenuhi kewajibannya sehingga melanggar aturan-aturan di atas sehingga bisa dituntut baik pihak dokter ataupun pihak rumah sakit. Apabila terjadi keadaan ataupun kejadian di mana pasien maupun keluarga pasien mendapat kerugian atau menderita kerugian bisa melakukan pengaduan dokter yang bersangkutan atau dokter yang telah melakukan malpraktek kepada pihak kepolisian, pihak kejaksaan dan dinas kesehatan maupun Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) baik secara tertulis maupun secara lisan dan dapat melakukan gugatan secara perdata maupun gugatan secara pidana ke pengadilan Negeri setempat.

Setiap pasien maupun keluarga pasien merasa dirugikan akibat adanya tindakan malpraktek atau kesalahan yang dilakukan oleh dokter yang bersangkutan dalam menjalankan sebuah standar profesional kedokteran yang bertentangan hukum, maka dalam penyelesaian masalah tersebut dapat diajukan melalui organisasi Ikatan Dokter Indonesia beserta Majelis

Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dan juga Majelis Kehormatan Etika Kedokteran juga melalui pengadilan negeri jika terbukti Tindakan pidana dengan menyertai bukti fisik dari korban malpraktek. Untuk itu, jika seorang pasien terdaftar dalam BPJS atau dengan kata lain merupakan peserta BPJS telah mendapatkan sebuah pelayanan yang tidak sesuai dengan ketentuan standar rumah sakit, maka perlindungan hukum yang bisa didapatkan bagi pasien yang merupakan peserta BPJS adalah bisa menuntut ganti kerugian kepada pinak ruman sakit sebagai penyeIenggara Kesehatan atau tenaga Kesehatan. Selain itu penyelenggara Kesehatan ataupun dokter yang bersangkutan juga dapat atau bisa dikenai nukuman pidana sebagaimana diatur dalam Hukum positif Indonesia.

Dalam diskriminasi pada pasien peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit dapat diartikan sebagai sebuah pelanggaran terhadap undang-undang, khususnya Undang-Undang Rumah Sakit. Oleh karena itu, dengan adanya pelanggaran maka rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban. Secara hukum administratif, pertanggungjawaban rumah sakit dapat dilihat dalam Pasal 54 Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan yang menyatakan bahwa pelanggaran atas kewajiban rumah sakit dapat dikenakan sanksi administratif berupa teguran, teguran tertulis atau denda dan pencabutan izin rumah sakit. Terkait pertanggungjawaban rumah sakit dalam kasus diskriminasi pasien peserta BPJS Kesehatan, selain secara hukum administratif, rumah sakit dapat juga dimintai pertanggungjawaban secara hukum perdata. Untuk pengaturan pertanggungjawaban perdata akan merujuk kepada KUHPerdata. Hal tersebut dikarenakan pertanggungjawaban perdata tidak diatur di dalam Undang-Undang Rumah Sakit.

Perbuatan diskriminasi pada pasien peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit merupakan pelanggaran terhadap undang-undang, maka dari itu perbuatan tersebut dapat dikategorikan sebagai perbuatan melawan hukum (*onrechmatigedaad*). Di samping karena pelanggaran undang-undang, unsur-unsur perbuatan melawan hukum, seperti adanya perbuatan, perbuatan tersebut melawan hukum, adanya kesalahan, adanya kerugian, dan adanya hubungan kausal antara perbuatan dan kerugian telah terpenuhi.

Hak pasien peserta BPJS Kesehatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang antidiskriminasi di rumah sakit belum dapat terpenuhi. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan masih banyaknya permasalahan dalam pelayanan kesehatan pada pasien peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit. Sebagai contoh kasus diskriminasi yang diterima oleh pasien peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit. Diskriminasi yang dirasakan oleh pasien peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit adalah adanya perbedaan perlakuan yang diberikan pihak rumah sakit kepada pasien peserta BPJS Kesehatan dan pasien umum. Pasien peserta BPJS Kesehatan

cenderung dipersulit dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Banyak sekali hambatan yang diterima pasien peserta BPJS Kesehatan, bahkan terdapat pasien yang sampai kehilangan nyawa akibat terlambatnya tindakan medis yang diberikan oleh rumah sakit

3.1.1 Jenis Penyakit Dijamin BPJS Kesehatan

Terdapat beberapa penyakit yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan yang dimana ketentuan tersebut mengacu dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Berikut ini adalah daftar penyakit yang telah dijamin oleh BPJS Kesehatan:

1. Kejang demam
2. Tetanus
3. HIV AIDS tanpa kompilasi
4. Tension Headache
5. Migrain
6. Bell's Palsy
7. Vertigo (Benign Paroxysmal Positional Vertigo)
8. Gangguan Somatoform
9. Insomnia
10. Benda asing di konjungtiva dan masih banyak lagi.

Terdapat 144 jenis penyakit yang dijamin atau ditanggung oleh BPJS Kesehatan, dengan banyaknya jenis penyakit yang dijamin oleh BPJS Kesehatan maka para peserta BPJS Kesehatan tidak perlu khawatir untuk berobat ataupun pergi ke fasilitas kesehatan menggunakan BPJS Kesehatan. Akan tetapi tidak semua penyakit dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan, ada juga beberapa jenis penyakit yang tidak dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan sehingga peserta harus mengetahui terlebih dahulu apakah penyakit yang di derita tersebut dijamin oleh BPJS Kesehatan atau tidak sebelum pergi berobat atau ke fasilitas kesehatan.

Peserta BPJS Kesehatan dalam hal ini seharusnya tidak dirugikan apabila dilihat dari banyaknya jumlah penyakit yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan jika dilihat dari banyaknya jenis penyakit yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan, pemerintah dapat dikatakan telah memenuhi kewajibannya yaitu memberikan masyarakat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh sebab itu pemerintah mewajibkan setiap warga negara untuk mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan sehingga para masyarakat sendiri pun dapat merasakan manfaat dari adanya jaminan kesehatan tersebut.

3.1.2. Jenis Penyakit Tidak Dijamin Oleh BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menyatakan jika tidak semua penyakit bisa ditanggung oleh BPJS Kesehatan, seperti halnya diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, dalam Peraturan tersebut terdapat 21 jenis penyakit yang tidak bisa ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Berikut ini adalah daftar penyakit yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan:

1. Penyakit yang berupa wabah ataupun kejadian luar biasa.
2. Perawatan yang berkaitan dengan kecantikan serta estetika (operasi plastik).
3. Perawatan gigi antara lain behel.
4. Penyakit akibat tindak pidana.
5. Penyakit atau cedera akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau usaha bunuh diri.
6. Penyakit akibat konsumsi alkohol ataupun ketergantungan obat.
7. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan dan masih banyak lagi.

Dengan tidak dijaminnya beberapa jenis penyakit tersebut maka para peserta BPJS Kesehatan harus bisa berhati-hati karena jika peserta BPJS Kesehatan melakukan sesuatu dan mengakibatkan cedera atau penyakit yang tidak dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan maka peserta BPJS Kesehatan harus membiayai seluruh pengobatannya secara pribadi karena BPJS Kesehatan tidak menanggung pengobatan tersebut, sehingga peserta BPJS Kesehatan mengalami kerugian karena dirinya sendiri, salah satu contohnya yaitu melukai diri sendiri, melakukan upaya bunuh diri, melakukan eksperimen yang membahayakan dirinya sendiri, apabila peserta BPJS Kesehatan melakukan hal tersebut dan mengalami cedera atau penyakit karena Tindakan tersebut maka pihak BPJS Kesehatan tidak dapat menanggung pengobatan tersebut sehingga peserta BPJS Kesehatan dapat dikatakan rugi karena perbuatannya sendiri.

Peserta BPJS Kesehatan juga tidak dapat melakukan perawatan kecantikan menggunakan BPJS Kesehatan karena BPJS Kesehatan hanyalah menanggung penyakit bukanlah menanggung kecantikan seperti perawatan kulit, operasi plastik serta perawatan gigi antara lain yaitu kawat gigi atau dikenal dengan behel. BPJS Kesehatan juga tidak dapat menanggung produk kosmetik sehingga para peserta BPJS Kesehatan tidak dapat membeli produk kosmetik menggunakan BPJS Kesehatan karena tujuan dari BPJS Kesehatan bukanlah

untuk mempercantik diri akan tetapi sebagai jaminan kesehatan bagi setiap para pesertanya agar terhindar dari penyakit atau menyembuhkan pesertanya yang sedang terkena penyakit.

Dengan adanya jenis penyakit yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan maka para pesertanya dapat berhati-hati agar terhindar dari penyakit yang tidak dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan, dan juga untuk menghindari agar peserta tersebut tidak rugi karena peserta BPJS Kesehatan setiap bulan wajib membayar iuran bulanan dan jika itu terjadi maka peserta tersebut juga sia-sia membayar iuran BPJS Kesehatan yang peserta itu sendiri juga tidak dapat merasakan hasil dari iuran bulanan yang dibayar sendiri, dan para peserta BPJS Kesehatan tidak dapat mempercantik dirinya menggunakan BPJS Kesehatan karena itu bukanlah tujuan dari BPJS Kesehatan.

3.1.3. Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional

Kategori kelas yang terdapat pada BPJS Kesehatan merupakan tingkatan yang dipilih oleh tiap pesertanya berdasarkan kemampuan finansialnya, karena tiap kelas pada BPJS Kesehatan memiliki perbedaan iuran bulanan yang wajib untuk dibayarkan tiap bulannya. Walaupun iuran tersebut berbeda akan tetapi tindakan pelayanan medis dapat dikatakan semua sama rata hanya saja terdapat perbedaan dalam fasilitas yang didapatkan salah satunya yaitu pada fasilitas rawat inap. Berikut adalah perbedaan fasilitas rawat inap tiap kelas pada BPJS Kesehatan:

- Kelas 1: Peserta kelas 1 BPJS Kesehatan mendapatkan ruangan untuk rawat inap dengan kapasitas yaitu 2-4 orang saja, akan tetapi bisa juga untuk upgrade kamar inap VIP dengan biaya diluar dari BPJS Kesehatan.
- Kelas 2: Peserta kelas 2 BPJS Kesehatan mendapatkan ruangan untuk rawat inap dengan kapasitas yaitu 3-45 orang saja, akan tetapi bisa juga untuk upgrade kamar inap menjadi kelas 1 atau VIP dengan biaya diluar dari BPJS Kesehatan.
- Kelas 3: Peserta kelas 3 BPJS Kesehatan mendapatkan ruangan untuk rawat inap dengan kapasitas yaitu 4-6 orang saja, akan tetapi bisa juga untuk upgrade kamar inap menjadi kelas 2 atau 1 dengan biaya diluar dari BPJS Kesehatan.

Akan tetapi belum lama ini pemerintah berencana untuk merubah kelas iuran BPJS Kesehatan kelas 1,2 dan 3 dengan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS JKN). Pemerintah sekarang sedang mempersiapkan Peraturan Presiden (Perpres) yang digunakan sebagai landasan hukum, dan pemerintah akan merilis peraturan tersebut dalam waktu yang dekat. Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional atau yang dikenal

dengan KRIS JKN sendiri masih belum berlaku sekarang dan akan berlaku pada 1 Januari 2025.

Wakil Menteri Kesehatan yaitu Dante Saksono mengatakan bahwa adanya sistem KRIS JKN akan lebih fokus untuk memperbaiki jumlah tempat tidur yaitu yang semulanya terdapat enam tempat tidur dalam satu ruang inap sekarang bisa menjadi empat tempat tidur dalam satu ruang inap. Tujuan dari pengurangan tempat tidur tersebut merupakan bagian dari 12 kriteria yang wajib dilakukan dan ditetapkan oleh pihak rumah sakit agar dapat terlaksananya penghapusan sistem kelas BPJS Kesehatan untuk para konsumen atau yang disini konsumen yaitu peserta BPJS Kesehatan.

Terdapat 12 kriteria fasilitas kelas rawat inap pada sistem KRIS JKN yaitu :

1. Komponen bangunan yang digunakan tidak memiliki tingkat porositas tinggi
2. Ventilasi udara pada ruang perawatan minimal 6 (enam) kali pergantian udara tiap jam
3. Pencahayaan ruangan buatan kriteria standar 250 lux untuk penerangan serta 50 lux pada pencahayaan tidur
4. Kelengkapan tempat tidur yaitu tersedianya 2 (dua) kotak kontak serta nurse call pada masing-masing tempat tidur
5. Tersedianya nakes pada tiap tempat tidur
6. Suhu ruangan pada 20 hingga 26 derajat celcius dan dapat dipertahankan
7. Terbaginya ruangan berdasarkan jenis kelamin, usia, serta jenis penyakit (infeksi dan non infeksi)
8. Kepadatan ruang rawat inap maksimal 4 (empat) tempat tidur, dengan jarak tepi antar tempat tidur yaitu minimal 1.5 Meter
9. Tirai menggunakan rel yang dibenamkan dan menempel pada plafon serta menggantung
10. Kamar mandi dalam pada ruang rawat inap
11. Kamar mandi yang sesuai pada standar aksesibilitas
12. Outlet oksigen

Perubahan iuran bulanan pada BPJS Kesehatan rencananya akan disesuaikan berdasarkan besaran gaji atau pendapatan yang diterima, sehingga banyak masyarakat yang merasa keberatan dengan hal tersebut. Menurut anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional atau dikenal dengan DJSN yaitu Asih Eka Putri menyatakan bahwa adanya perubahan kebijakan tersebut disertai juga dengan upaya penghapusan kelas BPJS serta memberlakukan kelas

standar. Dengan begitu maka tidak ada lagi perbedaan pada pelayanan serta fasilitas kelas 1, 2 dan 3 seperti sebelumnya. Menurut Asih dengan adanya penerapan Kelas Standar memiliki prinsip yaitu sistem gotong royong yang dimana peserta dengan memiliki pendapatan yang tinggi dapat membantu peserta dengan pendapatan yang kecil dengan membayar iuran lebih besar.

Menurut Anggota Komisi IX DPR yaitu Saleh Partaonan Daulay mengenai besaran biaya Kelas Standar pada BPJS Kesehatan memberikan usulan mengenai jumlah iuran setiap bulannya yaitu sama rata sebesar 75.000. Saleh menyatakan jumlah tersebut merupakan premi yang sudah sesuai pada kemampuan peserta BPJS Kesehatan yang dimana banyak sekali memilih untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan kelas 3. Akan tetapi melonjaknya peserta BPJS Kesehatan kelas 3 tersebut menjadi salah satu faktor terjadinya perubahan kebijakan BPJS pada tahun 2021 tahun lalu yang dimana peserta BPJS Kesehatan kelas 1 diwajibkan membayar sebesar Rp 150.000 dan kelas 2 sebesar Rp.100.000. Dengan adanya peningkatan pada jumlah besaran iuran premi bulanan BPJS Kesehatan tersebut sangat membuat masyarakat terbebani sehingga memilih untuk menggunakan kelas 3 yang sudah sesuai pada kemampuan finansial mereka, yaitu dengan membayar premi bulanan sebesar Rp. 35.000 setiap bulannya untuk setiap orang.

Akan tetapi apabila kebijakan BPJS Kesehatan yang terbaru ini di terapkan pada awal tahun 2025 mendatang maka akan menyebabkan para peserta BPJS Kesehatan kecewa dan merasakan tidak puas dengan BPJS Kesehatan, serta pada sekarang ini masih terdapat banyak sekali masyarakat yang sering mengeluhkan terhadap pelayanan dari fasilitas kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan yang dianggap terlalu diskriminatif. Salah satu bentuk diskriminasi yang kerap terjadi yaitu pada perlakuan tenaga kesehatan yang kurang ramah serta tidak profesional pada pelayanan peserta BPJS Kesehatan.

Apabila adanya kebijakan pada Kelas Standar tetap dijalankan, bahkan sangat mungkin apabila kedepannya banyak sekali masyarakat yang akan meninggalkan BPJS Kesehatan dan berpindah menjadi peserta asuransi non-BPJS. Terutama pada peserta yang memiliki pendapatan yang tinggi sehingga mampu untuk melakukan pembayaran premi bulanan untuk asuransi kesehatan non-BPJS walaupun premi tersebut dapat dikatakan lebih tinggi daripada BPJS Kesehatan. Pada saat ini asuransi non-BPJS banyak sekali diminati oleh beberapa masyarakat karena dapat memberikan pelayanan serta fasilitas terbaik bagi pesertanya, dari pendaftaran yang untuk pemeriksaan kesehatan yang tidak perlu mengantri terlalu lama, serta peserta dapat bebas untuk memilih layanan yang terbaik pada premi yang

dipilih oleh pesertanya, bahkan peserta asuransi non-BPJS dapat langsung memilih rumah sakit tanpa perlu adanya surat rujukan.

Problematika yang terjadi karena adanya perubahan kebijakan pada BPJS Kesehatan tersebut cukup mengecewakan terutama bagi pihak yang terkait karena sosialisasi tidak dilakukan dahulu, dan juga mengenai pendaftaran pelayanan pada kepesertaan BPJS Kesehatan wajib untuk disamakan pada aturan Undang-Undang yang dimana bertujuan untuk melindungi hak serta merupakan adanya kewajiban dari warga negara Indonesia sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Tulus abadi yang merupakan Ketua Pengurus Harian Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia atau lebih dikenal dengan YLKI menyatakan bahwa penerapan dari kelas rawat inap standar atau yang dikenal dengan KRIS yang merupakan suatu program dari Jaminan Kesehatan Nasional dapat menimbulkan adanya diskriminasi yang baru pada pelayanan di rumah sakit. (<https://www.beritasatu.com/ekonomi/988817/yliki-sebut-implementasi-kris-bisa-ciptakan-diskriminasi-baru/2>)

Tulus abadi selaku Ketua Pengurus Harian Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia berpendapat bahwa KRIS dapat menyebabkan adanya diskriminasi baru pada pelayanan di fasilitas kesehatan terutama pada rumah sakit. Sehingga peserta BPJS Kesehatan kelas 1 dapat dikategorikan ke dalam program KRIS, hal tersebut menyebabkan masyarakat yang mampu tidak akan pergi ke rumah sakit yang menggunakan KRIS karena banyaknya orang yang berada pada satu ruangan. Para peserta BPJS Kesehatan kelas 1 ingin di dalam satu ruangan tidak banyak orang sehingga mereka biasanya memilih untuk naik kelas menjadi VIP, akan tetapi apabila KRIS ini diterapkan maka tidak menutup kemungkinan mereka akan pindah rumah sakit yang tidak mengikuti KRIS, sehingga dengan adanya program KRIS ini dengan tujuan awal agar semua pelayanan Kesehatan dapat sama rata tidaklah berjalan sesuai dengan tujuannya bahkan dapat menimbulkan diskriminasi baru pada pelayanan Kesehatan terutama di rumah sakit, bahkan menurut Tulus abadi program KRIS tersebut tidak sesuai dengan prinsip BPJS Kesehatan yaitu gotong royong.

Ketua Pengurus Harian Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia yaitu Tulus abadi ikut memperhatikan bahwa KRIS ini hanya berfokus pada aspek infrastruktur kamar perawatan saja bukan pada pelayanan kesehatan salah satunya hanya berfokus pada 12 kriteria fasilitas kesehatan. Bahkan Tulus abadi juga berpendapat bahwa persoalan yang menjadi utama bagi konsumen mengenai pelayanan pada rumah sakit yaitu pada sumber daya manusia pada fasilitas kesehatan terutama di rumah sakit.

Akan tetapi pernyataan tersebut tidak sesuai dengan peraturan yang ada, dalam pernyataan tersebut menyatakan apabila besaran iuran berdasarkan pendapatan yang diterima, akan tetapi jika kita lihat dalam Peraturan Presiden nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Sosial dijelaskan pada Pasal 29 berbunyi :

1. Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.
2. Besaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019.
3. Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dibayar oleh Pemerintah Pusat.
4. Untuk menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan, Pemerintah Daerah berkontribusi dalam membayar iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai kapasitas fiskal daerah.
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai kontribusi pembayaran Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dalam Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

Dalam Pasal 30 dijelaskan bahwa :

1. Iuran bagi Peserta PPU yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
 - b. 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
2. Iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan.
3. Dalam hal Pemberi Kerja merupakan penyelenggara negara, iuran bagi Peserta PPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan melalui kas negara kecuali bagi kepala desa dan perangkat desa.

Sedangkan dalam Pasal 34 menyatakan :

1. Besaran Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III yaitu sama dengan besaran Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) dengan ketentuan sebagai berikut:

a. untuk tahun 2020:

- 1) sebesar Rp25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP
- 2) sebesar Rp16.500,00 (enam belas ribu lima ratus rupiatr) per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat sebagai bantuan Iuran kepada Peserta PBPU dan Peserta BP; dan
- 3) Iuran bagian Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta sebesar Rp25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan sebagaimana dimaksud pada angka 1, yang sebelumnya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagai bagian dari penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, berdasarkan Peraturan Presiden ini dibayarkan oleh Pemerintah Daerah;

b. untuk tahun 2021 dan tahun berikutnya:

1. sebesar Rp35.000,00 (tiga puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta;
 2. sebesar Rp7.000,00 (tujuh ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai bantuan Iuran kepada Peserta PBPU dan Peserta BP; dan
 3. Iuran bagian Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta sebesar Rp35.000,00 (tiga puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan sebagaimana dimaksud pada angka 1, dapat dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sebagian atau seluruhnya.
2. Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II yaitu sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.
 3. Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I yaitu sebesar Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dibayar oleh Peserta PBPU dan Peserta BP atau pihak lain atas nama Peserta.
 4. Bantuan iuran kepada Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Peserta PBPU dan Peserta BP dengan status kepesertaan aktif.
 5. Ketentuan lebih lanjut mengenai bantuan Iuran kepada Peserta PBPU dan Peserta BP dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III sebagaimana dimaksud pada ayat

- (1) diatur dalam Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.
6. Ketentuan mengenai besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) mulai berlaku pada tanggal 1 Juli 2020.
 7. Untuk bulan Januari, bulan Februari, dan bulan Maret 2020, iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:
 - a. Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
 - b. Rp110.000,00 (seratus sepuluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau
 - c. Rp160.000,00 (seratus enam puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
 8. Untuk bulan April, bulan Mei, dan bulan Juni 2020, Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:
 - a. Rp 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
 - b. Rp 51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau
 - c. Rp 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
 - 9 Dalam hal Iuran yang telah dibayarkan oleh Peserta PBPU dan Peserta BP melebihi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dan ayat (8), BPJS Kesehatan memperhitungkan kelebihan pembayaran Iuran dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

Sehingga dengan begitu maka pernyataan mengenai besaran iuran yang akan dibayarkan sesuai kemampuan masing-masing tidaklah benar karena telah diatur dalam Pasal diatas. Sehingga Kelas Rawat Inap Standar bukanlah merupakan diskriminasi akan tetapi tujuan dari adanya Kelas Rawat Inap Standar tersebut merupakan cara agar peserta BPJS Kesehatan mendapatkan perlakuan yang sama sehingga tidak menimbulkan diskriminasi.

Tujuan utama dari Kelas Rawat Inap Standar ini secara ekstrim dapat menyamaratakan pelayanan. Kelas Rawat Inap Standar ini memiliki tujuan untuk menciptakan keadilan bagi masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, KRIS juga diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan BPJS Kesehatan.

Pemerintah telah memastikan bahwa penghapusan kelas BPJS Kesehatan tidak akan diikuti dengan kenaikan iuran.

3.2. Upaya Hukum

Upaya Hukum merupakan suatu sidang pada seseorang maupun badan hukum yang memiliki hak untuk menggugat pada suatu masalah mengenai putusan hakim dan merupakan tempat untuk para pihak yang merasa kurang puas akan Keputusan hakim karena tidak sesuai dengan apa yang diharapkan sehingga tidak merasakan adanya keadilan, mengingat hakim juga merupakan manusia sehingga tidak lepas dari melakukan kesalahan yang menyebabkan keputusan hakim tersebut salah di pihak lain.

3.2.1. Perbedaan Kategorisasi dengan Diskriminasi

Kategorisasi merupakan suatu inti pada aktivitas manusia serta pembuatan akal. Kategori merupakan suatu metode pengorganisasian, sebuah “mekanisme klasifikasi” ialah seperangkat kotak yang mana sesuatu dapat dimasukkan dengan tujuan untuk melakukan suatu pekerjaan hingga produksi birokrasi atau pengetahuan (Bowker dan Star, 2000). Kategorisasi dapat membantu untuk menyederhanakan serta dapat memandu perilaku atau tindakan pada kehidupan sehari-hari sehingga menjadikannya rutin atau lebih terstruktur sehingga menjadikan dunia menjadi kompleks (Vergne dan Wry, 2014). Kategorisasi merupakan suatu cara untuk memilah sudut pandang serta tindakan pada suatu kegiatan manusia yang mematuhi pada tindakan biasa dan terorganisir. Pada pertama kali seseorang mendapatkan suatu objek, mungkin dapat dikatakan sulit pada mengkategorikannya, akan tetapi pada waktunya proses tersebut menjadi rutinitas tanpa disadari dan kategori tersebut dapat diterima begitu saja.

Keberagaman merupakan isu moral serta keadilan sosial berdasarkan pada asumsi apabila terdapat individu dalam beberapa kategori tertentu dirugikan jika dibandingkan pada kategori lainnya. Logika keadilan sosial bermula pada Undang-Undang Anti Diskriminasi yang memiliki tujuan untuk melindungi setiap orang yang mengalami diskriminasi pada tempat kerja maupun pada Masyarakat secara luas (Uni Eropa, 2000). Kategori dapat juga digunakan sebagai pengidentifikasian pada kelompok minoritas yang terkena diskriminasi, serta dapat memperkuat posisi mereka pada masyarakat, dan dapat melawan diskriminasi yang mereka hadapi. Kategori sosial dapat terjadi pada saat kita membedakan ras, warna kulit, gender, serta kelas, yang dimana hal tersebut mengacu kepada status sosial, status ekonomi, maupun kekuasaan. Sesuai pada tujuan melakukan kategorian yaitu bertujuan untuk melawan

diskriminasi, yang dimana pada satu kategori tersebut menjadi pusat perhatian karena terdapat salah satu pihak dianggap dirugikan sehingga situasi tersebut harus diatasi. Kategorisasi pada beberapa hal dapat dikatakan membantu untuk mengidentifikasi beban kesehatan yang tidak seimbang, sehingga kategori sendiri merupakan hal yang berguna dalam mengidentifikasi kesehatan yang tidak proporsional.

Kategorisasi sering sekali disamakan dengan diskriminasi yang mana bisa menjadi diskriminasi ataupun tidak tergantung dari sudut pandang orang tersebut. Akan tetapi tidak semua kategorisasi merupakan diskriminasi, sebagai contoh dapat kita lihat dalam kehidupan sehari-hari salah satunya pada ojek online atau sering dikenal dengan ojol. Dalam ojek online sendiri seperti grab maupun gojek terdapat 2 (dua) pilihan salah satunya menggunakan motor dan mobil, tentu saja harga ojek online dengan menggunakan mobil sangat mahal dan berbeda dengan ojek online menggunakan motor yang harganya cenderung lebih murah akan tetapi perbedaan tersebut wajar mengingat pergi dengan menggunakan mobil dapat memberikan kenyamanan sehingga tidak kepanasan maupun kehujanan akan tetapi harga yang dibayarkan cukup terjangkau dan estimasi sampai lokasi pun bisa lebih lama apabila terkena macet berbeda dengan yang menggunakan motor. Jika memilih menggunakan ojek online dengan motor maka harga cenderung lebih murah dan cepat sampai lokasi namun apabila kondisi cuaca sedang hujan ataupun panas maka konsumen tidak dapat kenyamanan berbeda dengan motor.

Dari contoh diatas merupakan kategorisasi bukanlah diskriminasi karena dengan apa yang dibayarkan maka konsumen mendapatkan kenyamanan, akan menjadi diskriminasi apabila harga ojek online menggunakan mobil sama dengan motor sehingga para konsumen memilih untuk memakai mobil sehingga ojek online motor sepi peminat sehingga secara tidak langsung merupakan diskriminasi karena adanya pengucilan terhadap kelompok tertentu baik itu secara sengaja ataupun tidak sengaja.

Kategorisasi dapat menjadi senjata untuk melawan diskriminasi apabila cara penggunaannya benar akan tetapi dapat menjadi diskriminasi apabila dalam penerapannya salah karena kategorisasi hampir sama dengan diskriminasi apabila tidak digunakan dengan baik dan benar. Tidak semua kategorisasi merupakan diskriminasi sehingga kategorisasi berbeda dengan diskriminasi namun tidak menutup kemungkinan apabila kategorisasi merupakan diskriminasi salah satunya yaitu terjadi dalam lowongan kerja seperti yang dicari yaitu hanya yang berpenampilan menarik atau *good looking* hal tersebut merupakan diskriminasi karena adanya perbedaan sehingga dalam kategorisasi lowongan pekerjaan terdapat diskriminasi. Maka dari itu kategorisasi dapat menjadi diskriminasi jika digunakan

secara tidak tepat sehingga yang memiliki tujuan awal sebagai melawan diskriminasi bisa menjadi faktor pendukung dalam diskriminasi.

Kategorisasi memiliki peran penting dalam melawan diskriminasi biasanya digunakan minoritas yang kerkena diskriminasi sehingga dapat memperkuat posisi mereka pada masyarakat maupun dalam berorganisasi dan dalam memerangi diskriminasi yang sedang mereka hadapi sering kali terdapat beberapa kategori yang sama dalam Undang-Undang Anti Diskriminasi Nasional yang merupakan arahan dari Uni Eropa dan Deklarasi Hak Asasi Manusia PBB (Annete Risberg, 2018). Kategorisasi juga dapat digunakan sebagai alat untuk mengidentifikasi kelompok yang menjadi sasaran diskriminasi sehingga kategorisasi merupakan hal yang penting dalam melawan diskriminasi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dalam bermasyarakat.

Dalam BPJS Kesehatan terdapat kategorisasi kelas yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3, dalam kategorisasi tersebut bukanlah termasuk diskriminasi karena dalam penanganan maupun pelayanan kesehatan yang didapatkan semua kelas hampir sama, yang menjadi pembeda hanyalah fasilitas yang didapatkan. Mengingat tiap kelas dalam peserta BPJS Kesehatan membayar sesuai kemampuan mereka maka sangat wajar apabila semakin mahal membayar iuran maka fasilitas yang didapatkan juga akan semakin lengkap dan juga bagus dibandingkan kelas yang lain.

3.2.2. Pengaduan Peserta BPJS Kesehatan

Pasal 48 ayat (1) Undang-Undang BPJS dijelaskan bahwa BPJS diwajibkan untuk membuat unit pengendali mutu pelayanan serta penanganan pengaduan Peserta. Mengikuti pada Pasal 48 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau lebih dikenal dengan UU BPJS, sehingga BPJS wajib untuk menangani suatu pengaduan paling lama yaitu selama 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya pengaduan.

Prosedur pada unit pengendali mutu pelayanan serta penanganan pengaduan peserta program jaminan kesehatan telah diatur pada Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

Dalam melakukan pengaduan maka peserta BPJS Kesehatan bisa melakukan pengajuan melalui Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta BPJS yang sesuai pada beberapa Tingkat wilayah tertentu seperti :

- a. Dalam pengendali mutu pelayanan dan penanganan pengaduan peserta pada tingkat pusat dapat dilakukan dengan Departemen Unit Pengendali Mutu Pelayanan serta Penanganan Pengaduan Peserta pada lingkungan grup kepesertaan. Diatur pada Pasal 2 ayat (1) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014.
- b. Sedangkan pada tingkat Divisi Regional dapat dilakukan dengan fungsional oleh Departemen Pemasaran serta Kepesertaan. Diatur pada Pasal 2 ayat (2) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014.
- c. Serta pada tingkat cabang dapat dilakukan melalui fungsional dengan Unit Kepesertaan serta Pelayanan Peserta. Hal tersebut diatur pada Pasal 2 ayat (3) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014.
- d. Akan tetapi pada tingkat cabang pengaduan juga dapat dilakukan dengan menggunakan BPJS Kesehatan Center, serta melalui Kantor Layanan Operasional Kabupaten atau dikenal dengan KLOK, dan juga melalui Liaison Office (LO). Ketentuan tersebut diatur pada Pasal 2 ayat (4) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014.

Adanya pengaduan dari peserta BPJS Kesehatan terjadi karena terdapat ketidakpuasan bagi peserta BPJS Kesehatan terhadap informasi, manfaat yang diterima maupun tidak diterima dan juga pada pelayanan, hal tersebut diatur pada pasal 3 ayat (1) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014. Pada pasal tersebut berbunyi *“Peserta yang tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada BPJS Kesehatan”*.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014 mengatur mengenai prosedur pengaduan yang dapat dilakukan bagi peserta BPJS Kesehatan baik itu secara langsung ataupun tidak langsung.

- a. Pengaduan secara langsung dapat dilakukan dengan cara :
 - Tatap muka, dalam prosedur ini maka pasien yang merupakan peserta BPJS Kesehatan dapat menemui petugas BPJS Kesehatan yang berada pada kantor BPJS Kesehatan, dan dapat juga pada saat adanya kunjungan dari petugas BPJS Kesehatan yang berada di lokasi peserta BPJS,
 - *Call center* 500400 yang merupakan Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan atau *Hotline service* pada tiap unit kerja.
- b. Pengaduan secara tidak langsung dapat dilakukan dengan cara :
 - *Email*

- Surat menyurat
- *Website*
- *SMS gateway*
- Media sosial milik BPJS Kesehatan

Dengan adanya pengaduan maka BPJS Kesehatan memiliki kewajiban untuk menangani pengaduan tersebut dengan waktu paling lama 5 (lima) hari kerja dari masuknya pengaduan tersebut, hal tersebut diatur dalam pada pasal 3 ayat (2) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2014. Pada kurun waktu 5 (lima) hari yang diberikan maka aduan peserta BPJS Kesehatan yang masuk dapat selesai dengan maksimal.

Dalam praktik tersebut terdapat 2 (dua) hal yang dapat terjadi, yaitu bisa menjadi penyelesaian masalah dengan pengaduan tersebut akan tetapi juga dapat gagal dalam menyelesaikan aduan tersebut. Hal tersebut dapat berhasil apabila peserta BPJS Kesehatan sudah menerima hak-hak tertentu mendapatkan jaminan dari BPJS Kesehatan telah terpenuhi.

Tidak dapatnya terselesaikan atau gagal untuk menyelesaikan aduan tersebut dapat terjadi jika pihak peserta BPJS Kesehatan masih merasa kurang puas dengan adanya Solusi yang diberikan dari pihak BPJS Kesehatan. Akan tetapi apabila terjadi gagal dalam menyelesaikan aduan maka bisa ditindaklanjuti dari peserta BPJS Kesehatan yaitu melakukan dengan upaya mediasi terhadap BPJS Kesehatan yang akan dimediasi dengan mediator independent.

3.2.3. Upaya Hukum dengan Mediasi

Mediasi dapat dilakukan apabila dalam penyelesaian sengketa dengan pengaduan melalui Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta tidak dapat terselesaikan atau penyelesaiannya menurut peserta yang melakukan pengaduan kurang memuaskan. Penyelesaian sengketa dengan mediasi dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang secara khusus diatur mengenai mekanisme penyelesaian sengketa secara mediasi yaitu pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

Menurut salah satu pendapat ahli mengenai mediasi yaitu Gary Goodpaster mengatakan bahwa mediasi merupakan suatu cara untuk memecahkan masalah dengan negosiasi yang dimana terdapat pihak yang tidak memihak atau netral dapat bekerja dengan pihak yang memiliki sengketa dengan tujuan agar dapat membantu mereka untuk mendapatkan kesepakatan perjanjian dengan hasil memuaskan. Akan tetapi mediator tidak memiliki

wewenang dalam memutuskan sengketa terhadap kedua belah pihak berbeda dengan hakim maupun arbiter. Namun kedua belah pihak memberikan kuasa kepada mediator agar dapat membantu kedua belah pihak dalam menyelesaikan persoalan atau sengketa di antara mereka. Asumsinya yaitu pihak ketiga yang merupakan mediator dapat merubah keadaan serta dinamika sosial dalam hubungan konflik dengan cara mempengaruhi kepercayaan serta tingkah laku pribadi para pihak, seperti dapat memberikan pengetahuan maupun informasi, atau dengan cara negosiasi yang lebih efektif sehingga dapat membantu para pihak dalam menyelesaikan permasalahan yang disengketakan. (Gary Goodpaster, 2013).

Terdapat ciri khas pada mediasi yaitu pada pihak ketiga atau mediator memiliki posisi yang netral. Mediator memiliki tugas yaitu untuk membantu para pihak yang memiliki sengketa pada penyelesaian masalah serta mediator tidak memiliki suatu kewenangan dalam mengambil keputusan sehingga mediator hanyalah suatu fasilitator belaka. (Rachmadi Usman, 2013). Dengan adanya mediasi maka para pihak berharap agar mendapatkan titik tengah dalam penyelesaian sengketa maupun permasalahan yang sedang terjadi bagi kedua belah pihak sehingga langkah selanjutnya yaitu kedua belah pihak akan membuat kesepakatan bersama yang dimana dalam mengambil Keputusan tersebut bukanlah berada pada tangan pihak ketiga atau mediator melainkan pada tangan kedua belah pihak yang bersengketa.

Undang-Undang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa mengkategorikan bahwa mediasi merupakan suatu bentuk dalam alternatif penyelesaian sengketa karena pada dasarnya sengketa ataupun adanya perbedaan pendapat perdata bisa diselesaikan dengan para pihak dengan alternatif penyelesaian sengketa yang harus didasarkan dengan itikad baik sehingga dapat mengesampingkan penyelesaian dalam pengadilan. Usaha dalam menyelesaikan sengketa dengan pihak ketiga atau mediator dapat dilakukan dengan cara pihak mediator memegang teguh kerahasiaan dan dalam waktu paling lama yaitu 30 (tiga puluh) hari wajib untuk mencapai kesepakatan pada bentuk yang tertulis dan wajib ditandatangani oleh kedua belah pihak yang bersangkutan.

Untuk mendapatkan kepastian hukum, maka dalam Pasal 6 ayat 7 Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa bahwa dalam kesepakatan penyelesaian sengketa yang tertulis merupakan final dan bersifat mengikat bagi para pihak agar dilaksanakan dengan itikad baik dan wajib untuk didaftarkan ke Pengadilan Negeri dalam kurun waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak adanya tanda tangan. Dalam kesepakatan penyelesaian sengketa wajib untuk selesai dalam waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak di daftarkan.

Penyelesaian sengketa dengan mediasi adalah upaya terakhir untuk kedua belah pihak agar sengketa dapat terselesaikan dengan persuasif. Namun apabila mediasi gagal sehingga

kedua belah pihak masih merasa kurang puas maka dapat untuk mengajukan permasalahan tersebut atau sengketa ke dalam pengadilan.

3.2.4. Upaya Hukum berdasarkan Hukum Perdata

Dasar hukum dalam penyelesaian sengketa peserta BPJS Kesehatan melawan Rumah Sakit yaitu Pasal 32 huruf c Undang-Undang Rumah Sakit berbunyi :

- 1) “ Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:
 - a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/ miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. Menyelenggarakan rekam medis;
 - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
 - j. Melaksanakan sistem rujukan;
 - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
 - m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;

- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Hak yang dilanggar adalah hak pasien untuk memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi. Terdapat frasa “tanpa diskriminasi”, yang berarti tidak boleh ada perbedaan perlakuan dalam pelayanan kesehatan antara pasien umum dan pasien peserta BPJS Kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit sebagaimana disebutkan di dalam Pasal 29 Ayat (1) huruf b Undang-Undang Rumah Sakit sejatinya wajib diberikan oleh rumah sakit kepada setiap masyarakat, termasuk masyarakat yang menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pasien peserta BPJS Kesehatan berhak atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Seluruh pegawai atau karyawan rumah sakit baik dari unsur kesehatan maupun non-kesehatan dapat memberikan implikasi kepada rumah sakit, yaitu sebuah pertanggungjawaban rumah sakit. Hal yang dapat menjadi acuan pertanggungjawaban rumah sakit atas tindakan atau perbuatan karyawannya adalah Pasal 1367 KUHPperdata.

Menurut pasal 1365 KUHPperdata, maka yang dimaksud dengan perbuatan melanggar hukum adalah perbuatan yang melawan hukum yang dilakukan oleh seseorang yang karena salahnya telah menimbulkan kerugian bagi orang lain. Dalam ilmu hukum dikenal 3 kategori dari perbuatan melawan hukum, yaitu sebagai berikut: (Djojodirdjo, M.A. Moegni, 1979: 53)

- a. Perbuatan melawan hukum karena kesengajaan.
- b. Perbuatan melawan hukum tanpa kesalahan (tanpa unsur kesengajaan maupun kelalaian)

c. Perbuatan melawan hukum karena kelalaian.

Dalam Pasal 1356 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) menyatakan bahwa setiap orang berhak menuntut rugi atas suatu perbuatan melawan hukum yang merugikannya. Sehingga apabila terdapat tenaga kesehatan yang melakukan diskriminasi terhadap pasien BPJS Kesehatan dan menyebabkan pasien tersebut mengalami kerugian maka pihak peserta BPJS Kesehatan yang mengalami kerugian dapat meminta ganti rugi kepada rumah sakit akibat tenaga medis yang terdapat dalam fasilitas kesehatan terutama rumah sakit melakukan perbuatan melawan hukum.

3.2.5. Upaya Hukum berdasarkan Hukum Perlindungan Konsumen

Perlindungan Konsumen menurut Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen adalah segala upaya yang menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan konsumen dan pelaku usaha (pengusaha) pada dasarnya adalah hubungan hukum yang menimbulkan hak dan kewajiban secara timbal balik antara kedua belah pihak.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen Pasal 3 dijelaskan mengenai tujuan Perlindungan Konsumen salah satunya yaitu meningkatkan kualitas barang atau jasa yang menjamin kelangsungan usaha produksi barang atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen. Dan pada Pasal 4 dijelaskan mengenai hak konsumen yaitu:

1. Hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan/atau jasa;
2. Hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
3. Hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
4. Hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan;
5. Hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa Perlindungan Konsumen secara patut;
6. Hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
7. Hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;

8. Hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya;
9. Hak-hak yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya.

Dari hak tersebut memunculkan adanya kewajiban yang wajib dipenuhi oleh konsumen sehingga diatur pada Pasal 5 dijelaskan mengenai kewajiban konsumen yaitu :

- a. Membaca atau mengikuti petunjuk informasi dan prosedur pemakaian atau pemanfaatan barang dan/atau jasa, demi keamanan dan keselamatan;
- b. Beritikad baik dalam melakukan transaksi pembelian barang dan/atau jasa;
- c. Membayar sesuai dengan nilai tukar yang disepakati;
- d. Mengikuti upaya penyelesaian hukum sengketa Perlindungan Konsumen secara patut.

Tidak hanya dari konsumen saja akan tetapi pelaku usaha juga memiliki kewajiban yang wajib untuk dipenuhi, sehingga kewajiban pelaku usaha telah diatur dalam Pasal 7 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen yang berbunyi :

- a. Beritikad baik dalam melakukan kegiatan usahanya;
- b. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan dan pemeliharaan;
- c. Memperlakukan atau melayani konsumen secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif;
- d. Menjamin mutu barang dan/atau jasa yang diproduksi dan/atau diperdagangkan berdasarkan ketentuan standar mutu barang dan/atau jasa yang berlaku;
- e. Memberi kesempatan kepada konsumen untuk menguji, dan/atau mencoba barang dan/atau jasa tertentu serta memberi jaminan dan/atau garansi atas barang yang dibuat dan/atau yang diperdagangkan;
- f. Memberi kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian atas kerugian akibat penggunaan, pemakaian dan pemanfaatan barang dan/atau jasa yang diperdagangkan;
- g. Memberi kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian apabila barang dan/atau jasa yang diterima atau dimanfaatkan tidak sesuai dengan perjanjian.

Dalam Pasal diatas dengan adanya diskriminasi terhadap peserta BPJS Kesehatan dapat menghapus hak bagi pengguna BPJS Kesehatan yaitu pada huruf c yaitu memperlakukan konsumen tanpa diskriminatif.

Rumah Sakit sebagai pelaku usaha memiliki kewajiban untuk memberikan kompensasi atau ganti rugi kepada peserta BPJS Kesehatan yang dirugikan akibat dari tenaga medis dalam rumah sakit. Sesuai dalam Pasal 7 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen huruf (g) mewajibkan untuk pelaku usaha memberikan kompensasi atau ganti rugi yang diterima karena tidak sesuai dengan perjanjian.

Peserta BPJS Kesehatan yang mengalami kerugian dapat mengajukan gugatan terhadap pelaku usaha atau disini pelaku usaha yaitu rumah sakit. Dalam menggugat pelaku usaha maka konsumen dapat melihat dalam Pasal 45 yaitu berbunyi :

- (1) Setiap konsumen yang dirugikan dapat menggugat pelaku usaha melalui lembaga yang bertugas menyelesaikan sengketa antara konsumen dan pelaku usaha atau melalui peradilan yang berada di lingkungan peradilan umum.
- (2) Penyelesaian sengketa konsumen dapat ditempuh melalui pengadilan atau di luar pengadilan berdasarkan pilihan sukarela para pihak yang bersengketa.
- (3) Penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menghilangkan tanggungjawab pidana sebagaimana diatur dalam Undang-undang.
- (4) Apabila telah dipilih upaya penyelesaian sengketa konsumen di luar pengadilan, gugatan melalui pengadilan hanya dapat ditempuh apabila upaya tersebut dinyatakan tidak berhasil oleh salah satu pihak atau oleh para pihak yang bersengketa.

Dalam Pasal 46 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen menjelaskan mengenai persyaratan dalam menggugat pelaku usaha yaitu :

- (1) Gugatan atas pelanggaran hukum usaha dapat dilakukan oleh:
 - a. Seorang konsumen yang dirugikan atau ahli waris yang bersangkutan;
 - b. Sekelompok konsumen yang mempunyai kepentingan yang sama;
 - c. Lembaga Perlindungan Konsumen swadaya masyarakat yang memenuhi syarat, yaitu berbentuk badan hukum atau yayasan, yang dalam anggaran dasarnya menyebutkan dengan tegas bahwa tujuan didirikannya organisasi tersebut adalah untuk kepentingan Perlindungan Konsumen dan telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan anggaran dasarnya;
 - d. Pemerintah dan/atau instansi terkait apabila barang dan/atau jasa yang dikonsumsi atau dimanfaatkan mengakibatkan kerugian materi yang besar dan/atau korban yang tidak sedikit.

- (2) Gugatan yang diajukan oleh sekelompok konsumen, lembaga Perlindungan Konsumen swadaya masyarakat atau pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, huruf c, atau huruf d diajukan kepada peradilan umum.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kerugian materi yang besar dan/atau korban yang tidak sedikit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Dalam menyelesaikan sengketa antara peserta BPJS Kesehatan dengan rumah sakit dapat dilakukan diluar pengadilan yaitu dengan melakukan mediasi untuk mencapai kesepakatan mengenai ganti rugi sehingga menjamin agar kejadian tersebut tidak dapat terulang Kembali sehingga konsumen dalam hal ini yaitu peserta BPJS Kesehatan tidak akan mengalami kerugian kembali, hal tersebut telah diatur dalam Pasal 47 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

Namun jika permasalahan tersebut tidak dapat terselesaikan dengan mediasi maka upaya hukum yang dapat ditempuh yaitu melalui pengadilan. Apabila penyelesaian tersebut melalui pengadilan maka dalam Pasal 48 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen menjelaskan bahwa mengacu pada ketentuan tentang peradilan umum yang berlaku dengan memperhatikan ketentuan dalam Pasal 45.

Sementara itu rumah sakit yang sebagai pihak bertanggung gugat memiliki arti sebagai badan hukum yang dipilih sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan. Dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan, dijelaskan bahwa program BPJS Kesehatan tersebut merupakan program dari pemerintah atau negara dengan tujuan yaitu menjamin serta memberikan kepastian perlindungan maupun kesejahteraan sosial bagi seluruh masyarakat. Bahkan BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang berlandaskan prinsip gotong-royong nirlaba dengan prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, dana amanat, memiliki kepesertaan yang bersifat wajib, serta hasil dari pengelolaan dana jaminan sosial yang nantinya keseluruhan dana tersebut digunakan untuk pengembangan program serta kepentingan peserta BPJS Kesehatan.

Dalam penyelesaian sengketa antara peserta BPJS Kesehatan dengan rumah sakit maka pemerintah membentuk badan penyelesaian sengketa konsumen sebagaimana diatur dalam Pasal 49 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Terdapat beberapa tugas dan wewenang yang dimiliki oleh badan penyelesaian sengketa konsumen sesuai dengan Pasal 52 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen menyebutkan beberapa tugas dan wewenang yang dimiliki oleh badan penyelesaian sengketa konsumen yaitu :

- a. Melaksanakan penanganan dan penyelesaian sengketa konsumen, dengan cara melalui mediasi atau arbitrase atau konsiliasi;
- b. Memberikan konsultasi perlindungan konsumen;
- c. Melakukan pengawasan terhadap pencantuman klausula baku;
- d. Melaporkan kepada penyidik umum apabila terjadi pelanggaran ketentuan dalam Undang-undang ini;
- e. Menerima pengaduan baik tertulis maupun tidak tertulis, dari konsumen tentang terjadinya pelanggaran terhadap perlindungan konsumen;
- f. Melakukan penelitian dan pemeriksaan sengketa perlindungan konsumen;
- g. Memanggil pelaku usaha yang diduga telah melakukan pelanggaran terhadap perlindungan konsumen;
- h. Memanggil dan menghadirkan saksi, saksi ahli dan/atau setiap orang yang dianggap mengetahui pelanggaran terhadap Undang-undang ini;
- i. Meminta bantuan penyidik untuk menghadirkan pelaku usaha, saksi, saksi ahli, atau setiap orang sebagaimana dimaksud pada huruf g dan huruf h, yang tidak bersedia memenuhi panggilan badan penyelesaian sengketa konsumen;
- j. Mendapatkan, meneliti dan/atau menilai surat, dokumen, atau alat bukti lain guna penyelidikan dan/atau pemeriksaan;
- k. Memutuskan dan menetapkan ada atau tidak adanya kerugian di pihak konsumen;
- l. Memberitahukan putusan kepada pelaku usaha yang melakukan pelanggaran terhadap perlindungan konsumen;
- m. Menjatuhkan sanksi administratif kepada pelaku usaha yang melanggar ketentuan Undang-undang ini.

Dalam hal ini dapat dilihat dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, konsumen dapat secara langsung meminta ganti kerugian kepada pelaku usaha yaitu rumah sakit, hal ini tertuang dalam Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 yang menyatakan bahwa pelaku usaha bertanggung jawab memberi ganti rugi atas kerusakan, pencemaran dan/atau kerugian konsumen akibat mengkonsumsi barang dan atau jasa yang dihasilkan atau diperdagangkan. Dokter atau tenaga kesehatan dan rumah sakit dapat dimintakan tanggung jawab hukum, apabila melakukan kelalaian atau kesalahan yang menimbulkan kerugian bagi pasien sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan. Pasien dapat menggugat tanggung jawab hukum kedokteran (medical liability), dalam hal dokter berbuat kesalahan atau kelalaian. Dokter tidak dapat berlindung dengan dalih perbuatan yang

tidak sengaja, sebab kesalahan atau kelalaian dokter yang menimbulkan kerugian terhadap pasien menimbulkan hak bagi pasien untuk menggugat ganti rugi.

Begitu pula untuk ganti rugi terhadap perbuatan melawan hukum berupa kesengajaan atau kelalaian yang menyebabkan luka atau cacatnya anggota badan, maka ganti rugi diberikan dengan syarat yang sama dengan ganti rugi karena perbuatan melawan hukum yang berupa kesengajaan atau kelalaian yang menyebabkan orang mati sebagaimana di atas. Hanya saja ganti rugi yang dapat dituntut dalam hal menyangkut perbuatan melawan hukum yang berupa kesengajaan atau kelalaian yang menyebabkan luka atau cacatnya anggota badan adalah penggantian biaya penyembuhan dan ganti rugi yang disebabkan oleh luka atau cacat tersebut (Pasal 1371 KUH Perdata).

Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Perlindungan Konsumen. Dalam pasal tersebut konsumen hanya mendapatkan salah satu bentuk penggantian kerugian yaitu ganti kerugian atas harga barang atau hanya berupa perawatan kesehatan, padahal konsumen telah menderita kerugian bukan hanya kerugian atas harga barang tetapi juga kerugian yang timbul dari biaya perawatan kesehatan. Pemberian ganti kerugian juga dalam tenggang waktu 7 (tujuh) hari sejak terjadinya transaksi (Pasal 19 ayat (3) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999).

Pihak rumah sakit sebagai pengelola pelayanan kesehatan masyarakat, dengan untuk melindungi pasien dan masyarakat serta melindungi sumber daya di rumah sakit maka sesuai dengan ketentuan Pasal 46 Undang-Undang Rumah Sakit sebagai pihak yang bertanggungjawab secara hukum yang berbunyi :

“Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit”.

Rumah sakit yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan yang terdapat di dalam peraturan perundang-undangan, dalam hal ini Undang-Undang Rumah Sakit, dapat dimintakan pertanggungjawaban.