

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin (Pasal 28H UUD 1945). Dalam suatu kehidupan selalu menggambarkan suatu tingkat sosial yang berbeda. Mulai dari pekerjaan maupun pendapatan ekonomi dan itu merupakan sumber dari adanya sebuah kemiskinan dan diskriminasi kehidupan yang kemudian ditandai dengan perbedaan antara stratifikasi sosial antara masyarakat dari kelas atas, menengah, dan bawah. Kemiskinan merupakan salah satu hambatan terbesar bagi sebuah negara berkembang terutama untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup rakyatnya. Tingkat kemiskinan juga menjadi penyebab masyarakat miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang tergolong mahal.<sup>1</sup>

Kemahalan akan biaya kesehatan tidak menjamin kualitas yang baik pada kesehatan itu sendiri karena kualitas kesehatan masyarakat Indonesia selama ini tergolong rendah. Rendahnya status kesehatan masyarakat kurang mampu disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis dan kendala biaya (*cost barrier*).<sup>2</sup> Selain itu perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat juga

---

<sup>1</sup> Devitha Angesti Tiyasasih, *Perlindungan Hukum Bagi Pasien Pengguna BPJS*, Visi Media, Jakarta, hlm, 1.

<sup>2</sup> Wiku Adisasmito, *Sistem Kesehatan*, Rajawali Persada, Jakarta, 2007, hlm, 13.

merupakan kendala bagi pemerintah untuk memajukan perkembangan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan.

Dalam rangka mempercepat terselenggaranya sistem jaminan nasional secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia, maka dibentuklah suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yaitu BPJS dengan Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011. BPJS merupakan transformasi dari empat badan usaha milik negara BUMN yaitu PT. Askes, Jamsostek, Taspen dan Asabri. Untuk dapat tercatat sebagai anggota, masyarakat harus mendaftar melalui kantor BPJS Kesehatan dengan membawa kartu identitas (KTP) serta pasfoto. Setelah mengisi formulir pendaftaran dan membayar iuran lewat bank (BRI, BNI dan Mandiri), calon anggota akan mendapat kartu BPJS Kesehatan yang bisa langsung digunakan untuk mendapat pelayanan kesehatan. Iuran yang dibayarkan ke bank disesuaikan dengan jenis kepesertaan.

Anggota yang terdaftar sebagai penerima bantuan iuran (PBI) adalah anggota pekerja penerima upah dan bukan penerima upah, dan ada pula bukan pekerja yang jumlahnya sudah ditetapkan oleh pemerintah. Peserta penerima upah seperti pekerja perusahaan swasta, membayar jumlah iuran sebesar 4,5% dari upah satu bulan dan ditanggung oleh pemberi kerja 4 persen dan 5% ditanggung pekerja. Sedangkan PNS dan pensiunan PNS membayar iuran sebesar 5% dengan rincian 3% ditanggung pemerintah dan 2% ditanggung pekerja.

Peserta bukan penerima upah seperti pekerja sektor informal besaran iuran yang harus dibayarkan, sesuai dengan jenis kelas perawatan yang

diambil. Untuk ruang perawatan kelas III Rp 25.500, kelas II Rp 42.500 dan kelas I Rp59.500.

Adanya jaminan kesehatan nasional (JKN) oleh BPJS bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan agar setiap peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan. Pengertian definisi jaminan kesehatan, dengan prinsip asuransi sosial berdasarkan:

1. Kegotongroyongan antara masyarakat kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah.
2. Anggota yang bersifat wajib dan tidak selektif.
3. Iuran yang dibayarkan perbulan berdasarkan persentase upah/penghasilan.
4. Jaminan Kesehatan Nasional Bersifat nirlaba.

Usaha-usaha kesehatan tersebut khususnya dalam mengubah perilaku harus lebih bersifat pendekatan dari bawah (*bottom up approach*) berdasarkan kebutuhan dan kondisi sosial budaya masyarakat setempat. Untuk itu dibutuhkan orang-orang yang kreatif dan inovatif atau yang dikenal sebagai wirausahawan sosial yang dapat mengembangkan dan menjalankan usaha-usaha pemantapan perilaku sehat bertumpu pada masyarakat.<sup>3</sup>

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) pada Pasal 28 huruf (h) mencantumkan bahwa:“setiap orang hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

---

<sup>3</sup> *Ibid.* Hlm, 14.

Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Selanjutnya Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menetapkan bahwa: setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dibidang kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan pemerintah dan pemerintah daerah. Dapat disimpulkan bahwa pemerintah harus bertanggung jawab untuk memberikan kehidupan khususnya dalam bidang kesehatan terhadap masyarakat yang kurang mampu.

Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional juga menyatakan bahwa Jaminan Kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Jadi kesimpulannya adalah jelas bahwa dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), maka bangsa Indonesia telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pasal 5 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tersebut mengamanatkan pembentukan badan yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Meski sempat dilakukan *judicial*

*review* oleh PT. JAMSOSTEK, PT. TASPEN, PT. ASABRI, dan PT/ ASKES atas Undang-Undang tersebut, namun Mahkamah Konstitusi melalui putusan atas perkara Nomor 007/PUU-III/2005 memberikan kepastian hukum bagi BPJS dalam melaksanakan program jaminan sosial diseluruh Indonesia. Pada Nopember 2011 baru terwujud Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Pasal 22 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menjelaskan bahwa: “Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan”.

Pemerintah memberikan kepastian dalam jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu dengan cara membayarkan iuran-iuran tersebut melalui anggaran yang dimiliki oleh pemerintah, sehingga para warga yang kurang mampu mendapatkan hak-haknya khususnya dalam hal kesehatan.

Untuk mengetahui lebih lanjut perubahan sistem BPJS serta hambatan yang terjadi setelah berlakunya Undang-Undang tentang BPJS di Rumah Sakit Senopati Bantul, maka diperlukan penelitian mendalam di bagian pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul. Erat kaitannya dengan penerimaan pasien sebagai awal identifikasi pasien dan penetapan cara bayar serta kondisi pasien yang berperan dalam proses klaim penggantian biaya. Oleh karena itu peneliti melakukan penelitian dengan judul **“PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI**

## **PESERTA BPJS (BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL) DI RSUD PENEMBAHAN SENOPATI BANTUL”.**

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul?
2. Faktor-faktor apakah yang menghambat pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang menghambat pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul.

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

##### 1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah wawasan mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul. Penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi masyarakat yang menggunakannya.

##### 2. Manfaat praktis

Menambah pengetahuan mengenai tahapan-tahapan penyelesaian kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul, dan mengetahui secara langsung masalah-masalah yang berkaitan dengan BPJS.

Bagi rumah sakit sebagai bahan masukan bagi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Penembahan Senopati Bantul.