



INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research

Volume 4 Nomor 1 Tahun 2024 Page 7854-7864

E-ISSN 2807-4238 and P-ISSN 2807-4246

Website: <https://j-innovative.org/index.php/Innovative>

Dampak Sistem Rujukan Berjenjang dan Solusi Pemecahannya Bagi Pasien Peserta BPJS Kesehatan Di Kota Pekanbaru

Mieke Trisnawati^{1✉}, Indra Afrita²

Universitas Lancang Kuning

Email: MikeTrisnawati7@gmail.com^{1✉}

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sistem rujukan berjenjang bagi pasien peserta BPJS Kesehatan dan solusi pemecahannya. Penelitian ini menggunakan pendekatan empiris (yuridis sosiologis) menggunakan sumber data dan bahan hukum dalam sumber data terbagi menjadi dua bagian yaitu data primer dan sekunder sedangkan bahan hukum terbagi tiga bagian yaitu bahan hukum primer, sekunder dan tersier yang dimana bagian-bagiannya sangat penting untuk menjadi dasar penulisan karya ilmiah ini. Penelitian ini menggunakan responden dan narasumber untuk menguatkan dalil-dalil penulisan. Untuk mencapai tujuan tersebut penulis menggunakan teknik pengumpulan data berupa wawancara serta meminta data – data kepada pihak yang terkait. Penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif yaitu penelitian yang dilakukan untuk mendapatkan data-data sekunder dan bahanbahan yang berhubungan dengan penelitian yang diperoleh dari berbagai sumber. Hasil penelitian ini mendapatkan tiga rumusan masalah yaitu Upaya yang dapat dilakukan pasien pengguna BPJS Kesehatan, Faktor pendukung dan penghambat dalam mendapatkan perlindungan hukum bagi pasien BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: *Rujukan Berjenjang, Pemecahannya, Peserta BPJS*

Abstract

This study aims to protect BPJS Health patients in obtaining legal protection and inhibiting and supporting factors in legal protection for BPJS Health patients. This study uses an empirical approach (sociological juridical) using data sources and legal materials. The data sources are divided into two parts, namely primary and secondary data, while legal materials are divided into three parts, namely primary, secondary and tertiary legal materials where the parts are very important to be the basis for writing this scientific work. This study uses respondents and informants to strengthen the arguments of writing. To achieve this goal the authors use data collection techniques in the form of interviews and requesting data from related parties. The research used is qualitative research, namely research conducted to obtain secondary data and materials related to research obtained from various sources. The results of this study obtained three formulations of the problem, namely Efforts that can be made by patients using BPJS Kesehatan, supporting and inhibiting factors in obtaining legal protection for BPJS Kesehatan patients.

Keywords: *Tiered Referral, Solution, BPJS Participants*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan faktor utama bagi setiap individu untuk melangsungkan kehidupan dan kesehatan merupakan hak asasi manusia (HAM). Hal ini dimuat pada Pasal 25 ayat (1) Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang menyatakan, "Setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada diluar kekuasaannya". Diamanatkan pula dalam Undang- Undang Dasar 1945 bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia, hal tersebut dimuat pada Pasal 28H ayat (1) dan ayat (3). Pada Pasal 28H ayat (1) dinyatakan bahwa, "Setiap orang berhak hidup sejahtera dari lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Pada Pasal 28H ayat (3) dinyatakan bahwa, "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat". Selanjutnya, pada Pasal 34 ayat 3 dinyatakan bahwa, "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan umum yang layak". Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah berkewajiban memelihara dan memberikan fasilitas serta pelayanan yang layak bagi setiap individu (masyarakat) pada aspek kesehatan. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan

sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian, kesehatan selain sebagai hak asasi manusia, kesehatan juga merupakan suatu investasi (Muhammad Sadi, 2015). Karena kesehatan adalah hak dan investasi, setiap warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin, untuk itu diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat.

Kualitas kesehatan masyarakat Indonesia masih tergolong rendah, hal ini disebabkan oleh banyak faktor pula. Faktor-faktor tersebut dapat berupa kurangnya kesadaran dari masyarakat akan kesehatannya, ketidakmampuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan karena biaya yang mahal maupun pelayanan yang tidak memadai. Dengan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia yang masih tergolong rendah dapat berpengaruh pada kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara, serta setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat (Muhammad Sadi, 2015). Upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia yaitu salah satunya dengan cara

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional menjadikan jaminan kesehatan wajib melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Dibentuknya BPJS Kesehatan bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat Indonesia. Namun, meski memiliki manfaat, BPJS Kesehatan juga menghadapi sejumlah kendala. Terutama, aturan terbaru terkait rujukan berjenjang membuat akses pasien menjadi lebih rumit dan tidak efisien. Sistem rujukan memperlambat proses perawatan, mengakibatkan biaya tambahan, dan kurangnya fasilitas di rumah sakit tipe D memengaruhi kualitas layanan kesehatan. Pasien BPJS Kesehatan mengalami kesulitan dalam mendapatkan perawatan yang tepat waktu dan terhambat oleh kebijakan yang kurang efisien.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi literatur (*library research*) (P. Andi, 2012). Jenis pendekatan penelitian yang digunakan oleh peneliti di dalam penelitian ini adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan teori dan asas hukum. Penelitian hukum normatif didefinisikan penelitian yang mengacu kepada norma-norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan maupun putusan pengadilan.

Penelitian hukum normatif bisa juga disebut sebagai penelitian hukum doctrinal (Jonaedi Effendi & Johnny Ibrahim, 2018).

Prosedur dalam penelitian ini dilaksanakan dengan tahapan-tahapan yaitu mengumpulkan data Pustaka, membaca, mencatat, menelaah, mengumpulkan konsep atau naskah kemudian dilakukan elaborasi dan eksplanasi terhadap data atau teks yang terkumpul berkaitan dengan topik pembahasan utama di dalam penelitian ini. Hal ini sesuai dengan pendapat Zed (M. Zed, 2008) yang mengatakan bahwa riset Pustaka tidak hanya sebatas urusan membaca dan mencatat literatur atau buku, melainkan serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data Pustaka, membaca, mencatat serta mengolah suatu bahan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Pasien Peserta BPJS Kesehatan dan Solusi Pemecahannya Khususnya Di Kota Pekanbaru

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menyatakan adanya dua jenis program jaminan sosial, yaitu jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), fokus pembahasan dalam penelitian ini adalah mengenai BPJS Kesehatan (Rizki Imam Hidayat et al., 2016). Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengatur bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial menekankan pada gotong royong antara berbagai kelompok dalam masyarakat dan iuran berdasarkan penghasilan, sementara prinsip ekuitas menekankan pada kesamaan dalam mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan medis, tanpa memandang besaran iuran yang telah dibayarkan. Pasal 4 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang mengatur prinsip kegotongroyongan dan prinsip nirlaba telah sesuai dengan prinsip asuransi sosial (Andi Lala & Tulus Rahayu, 2020). Mekanisme gotong royong ditegaskan dalam menciptakan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.. Bahkan pada bagian penjelasan umum telah ditegaskan terkait mekanisme gotong royong dalam rangka mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia antara lain:

1. Peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepersertaan wajib bagi seluruh rakyat;
2. Peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi;
3. Peserta yang sehat membantu yang sakit.

Selanjutnya sehubungan dengan prinsip ekuitas disebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi peserta yang akan diperoleh disesuaikan dengan kebutuhan medis dan bukan berdasarkan seberapa besar iuran yang telah dibayarkan. Pemenuhan terhadap prinsip ekuitas kemudian diterapkan dalam Pasal 42 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mengatur lebih lanjut tentang sistem rujukan penyelenggaraan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Ketentuan mengenai sistem rujukan tersebut kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, melalui Pasal 2 diatur pembagian 3 tingkatan atau berjenjang pelayanan kesehatan perorangan, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan tingkat dasar yang diberikan di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan kesehatan, dan rumah sakit pratama oleh dokter dan dokter gigi. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai dengan ketentuan perundangundangan.
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dengan menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis dengan menggunakan pengetahuan dan teknologi sub spesialisik. Perlu dipahami terlebih dahulu, mekanisme sistem rujukan dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal serta harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya sebagaimana diatur dalam Pasal 7 sampai dengan Pasal 17 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

Adapun hal tersebut sehubungan pengecualian dari sistem rujukan berjenjang dapat dilakukan dalam kondisi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan:

1. Terjadi keadaan gawat darurat;
2. Terjadi bencana;
3. Adanya kekhususan permasalahan kesehatan pasien;

4. Pertimbangan geografis; dan
5. Pertimbangan ketersediaan fasilitas.

Pemberlakuan peraturan sistem rujukan berjenjang ini memberikan dampak positif bagi rumah sakit di Kota Pekanbaru sebagaimana keterangan dalam wawancara dengan BPJS Pekanbaru yang menyatakan, "Sehingga seringkali dahulu terjadi penumpukan pasien di suatu faskes, yang pada akhirnya pasien tersebutpun mengeluh karena antrian yang panjang tersebut." Pernyataan serupa juga dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru yang menyatakan, "Seperti lebih mudahnya peserta/pasien mengakses pelayanan kesehatan dan tidak membebankan suatu wilayah atau rumah sakit karena adanya penumpukan pasien. Serta rumah sakit lainnya akhirnya ada pasiennya, sebelum adanya sistem ini rumah sakit tipe D maupun C sepi pasien."

Hal yang sama juga ditegaskan oleh pihak Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru yang bertipe B bahwa, "Dari segi rumah sakit sisi positifnya rumah sakit akan bekerja sesuai kompetensinya. Apapun atau pasien yang masuk ke rumah sakit ini sudah tersaring terlebih dahulu dari rumah sakit yang adalah sistem berjenjang tersebut dan sampai pada rumah sakit kami yang memang itu kompetensi dari rumah sakit kami. Jika memang penyakitnya masih bisa ditangani oleh rumah sakit tipenya dibawah kami maka pasien tersebut akan ditangani oleh rumah sakit tersebut. Tidak seperti dahulu yang belum ada sistem rujukan berjenjang tersebut, semua pasien BPJS dapat masuk ke rumah sakit ini untuk mendapatkan pelayanan, sehingga berdampak dari pelayanan banyak dan panjang. Selain itu dengan adanya sistem rujukan berjenjang ini antrian pasien menjadi lebih cepat, penanganan pasien berdasarkan komptensinya dan jika pasien tersebut memang harus berobat ke subspesialis maka dari rujukan berjenjang tersebut pasien langsung dapat ditangani oleh subspesialis." Dampak positif lainnya juga dirasakan oleh Rumah Sakit Prima Pekanbaru yang bertipe C menyatakan bahwa, "Dengan adanya rujukan berjenjang ini menurut saya menjadi lebih bagus, jadi rumah sakit memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi rumah sakit ini. Jadi kalau pasien tersebut memang kompetensinya di rumah sakit tipe ini cukup diselesaikan di tipe ini dan kalau penyakit pasien butuh level diatas rumah sakit ini maka harus di rujuk ke rumah sakit tersebut. Menurut hemat penulis sama- sama menguntungkan bagi pasien maupun rumah sakit." Berbeda dengan yang dirasakan oleh pasien pengguna BPJS Kesehatan, dalam penelitian ini dilakukan wawancara dengan 3 pasien pengguna BPJS Kesehatan sebagai sampel, berikut hasil wawancaranya.

1. Mardiani, seorang ibu rumah tangga dengan Nomor BPJS 0000656214928 menuturkan: "Sistem rujukan tersebut saya rasa kurang tepat, seharusnya sistem pengklasifikasian rumah sakit disesuaikan dengan iuran yang kita bayarkan untuk

pelayanan BPJS tersebut. Seharusnya dalam klasifikasi rumah sakit pun harus disesuaikan dari kelas iuran yang sudah dibayarkan.”

2. Wawan Setiawan, seorang karyawan swasta dengan Nomor BPJS 0000656215266 mengungkapkan: “Menurut saya hal itu melelahkan, membutuhkan waktu yang banyak. Intinya terlalu ribet. Saya harus melalui rumah sakit yang tipenya di bawah RS Awal Bross Pekanbaru baru bisa di rujuk ke rumah sakit PKU. Ya seharusnya jangan ribet-ribet. Kita menggunakan BPJS juga membayar iuran perbulan dan tepat waktu setiap bulannya. Kalau memang BPJS tidak dapat meng-cover seharusnya pasien diberi pilihan untuk membayar biaya tambahan saja daripada harus ribet-ribet seperti itu.” Berdasarkan kedua keterangan peserta BPJS Kesehatan di atas menunjukkan bahwa pemberlakuan sistem rujukan berjenjang dinilai mempersulit peserta sebab harus melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama atau tingkat bawah terlebih dahulu baru kemudian dilakukan rujukan ke tingkat lanjutan atau tingkat lebih tinggi. Peserta beranggapan bahwa seharusnya klasifikasi rumah sakit disesuaikan dengan iuran kelas yang dibayarkan atau diberikan pilihan untuk membayar tambahan biaya supaya mendapatkan fasilitas kesehatan yang diinginkan peserta.
3. Budiarmo, seorang karyawan swasta dengan Nomor BPJS 0000656214219 menuturkan: “Saya tidak tahu soalnya dari klinik saya langsung di rujuk ke rumah sakit Prima Pekanbaru. Saya hanya bingung kenapa saya langsung di rujuk ke rumah sakit tersebut, padahal ada rumah sakit seperti Awal Bross yang lebih bagus dan jaraknya lebih dekat dari rumah saya.” Meninjau ketiga keterangan hasil wawancara ketiga peserta BPJS Kesehatan di atas dikerucutkan menjadi 4 permasalahan atas pemberlakuan sistem rujukan berjenjang. Keempat permasalahan tersebut yaitu ketidaktahuan peserta terhadap sistem rujukan berjenjang, keluhan atas klasifikasi rumah sakit tidak berdasarkan iuran BPJS Kesehatan, mekanisme sistem rujukan berjenjang dan biaya tambahan, dan rujukan rumah sakit yang lebih jauh.

Lebih lanjut analisa atas permasalahan akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Ketidaktahuan peserta terhadap sistem rujukan BPJS Kesehatan sering terkait dengan kurangnya akses informasi terbuka mengenai layanan ini. Prinsip keterbukaan yang diatur dalam undang-undang menyatakan perlunya penyediaan informasi yang lengkap, akurat, dan jelas bagi peserta. Meskipun Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru telah melakukan berbagai sosialisasi tentang BPJS Kesehatan melalui BPJS, dinas kesehatan, puskesmas, dan media massa, namun kadang-kadang masyarakat kurang tertarik dengan informasi tersebut kecuali saat mereka membutuhkannya. BPJS

Pekanbaru menyatakan akan memberikan edukasi tentang aturan sistem rujukan kepada peserta yang merasa dirugikan, dilakukan oleh staf Pusat Pelayanan Informasi Penanganan Pengaduan (PPIP) yang bekerja sama dengan rumah sakit dan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan Kota Pekanbaru juga telah melakukan sosialisasi selama lima tahun melalui media sosial, televisi, radio, puskesmas, dan organisasi masyarakat. Pemerintah daerah Kota Pekanbaru juga terlibat dalam mencatat kepesertaan BPJS untuk masyarakatnya, dengan pendaftaran bagi yang tidak mampu menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

2. Keluhan terkait klasifikasi rumah sakit yang tidak bergantung pada iuran BPJS sebenarnya telah diatur secara jelas melalui prinsip ekuitas dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Prinsip ini menegaskan bahwa layanan kesehatan bagi peserta harus disesuaikan dengan kebutuhan medis, bukan berdasarkan besarnya iuran yang dibayarkan. Klasifikasi rumah sakit didasarkan pada fasilitas dan kemampuan pelayanan yang dimiliki sesuai dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pasal 42 Undang-Undang yang sama juga mengatur sistem rujukan, mempertimbangkan kasus atau masalah kesehatan yang spesifik yang dialami oleh pasien. Regulasi ini dijelaskan lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012, yang menegaskan bahwa rujukan harus berdasarkan pada kondisi medis spesifik yang dihadapi oleh pasien.
3. Mekanisme sistem rujukan berjenjang dan biaya tambahan
Menurut keterangan dari pihak Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru dan BPJS Kesehatan Kota Pekanbaru mengatakan mekanisme sistem rujukan berjenjang yang mengharuskan peserta untuk diperiksa pada fasilitas kesehatan tingkat pertama atau primer terlebih dahulu kemudian baru bisa dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan telah terdapat dasar hukum yang mengatur yaitu :
 - a. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan;
 - c. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Sistem rujukan berjenjang dibentuk untuk meningkatkan pelayanan kesehatan secara optimal. Sebelumnya, tanpa sistem ini, pasien menumpuk di faskes tanpa pengaturan, mengakibatkan antrean panjang dan keluhan dari pasien. Dengan regulasi ini, diharapkan pelayanan menjadi lebih merata dan optimal karena di Kota Pekanbaru terdapat banyak faskes dan rumah sakit berbagai tipe. Terkait biaya tambahan, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan memberikan kelonggaran bagi peserta BPJS

Kesehatan, sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Elmas Dwi Ainsiyah Suhaidi et al., 2015).

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan memberikan fleksibilitas bagi peserta BPJS Kesehatan yang ingin tingkatkan perawatan, termasuk rawat jalan eksekutif. Mereka dapat membayar selisih biaya yang tidak dijamin BPJS melalui asuransi tambahan atau secara pribadi, kecuali untuk sejumlah peserta tertentu seperti PBI Jaminan Kesehatan, peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah, serta peserta PPU yang mengalami PHK dan anggota keluarganya.

Hal ini berlaku dalam ranah fasilitas pelayanan kesehatan pada tingkat yang telah disesuaikan dengan kasus dan kompetensi fasilitas kesehatan. Namun apabila peserta atas permintaan sendiri untuk dirujuk ke pelayanan kesehatan lain yang tidak sesuai maka pelayanan kesehatan tersebut tidak lagi dijamin oleh BPJS Kesehatan (Hazbullah Tabrany, 2015). Selain itu, pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional bahwa pasien yang ingin meningkatkan kelas perawatan dibagi menjadi 2 jenis:

1. Sampai dengan kelas I, maka diberlakukan urun biaya selisih tarif kelas ruang perawatan yang dipilih dengan biaya yang telah dijamin;
2. Jika naik ke kelas perawatan VIP, maka diberlakukan urun biaya sebesar selisih tarif VIP lokal dengan tarif kelas perawatan yang telah dijamin.

Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 Tahun 2012 menyatakan rujukan hendaknya dilakukan ke fasilitas kesehatan terdekat yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru menyebut awalnya terjadi kasus rujukan ke luar kabupaten, namun sejak itu tidak terulang. Jika pasien tinggal di daerah perbatasan, akan dipilih rumah sakit yang dekat dengan syarat tipe rumah sakit sesuai dengan penyakit pasien. Panduan praktis rujukan sudah tersedia di situs web BPJS dan diatur dalam Surat Keputusan Gubernur. Langkah antisipatif sudah diambil oleh pemerintah, BPJS Kesehatan, dan rumah sakit dengan menyediakan wadah bagi peserta BPJS Kesehatan terkait keluhan sistem rujukan (Takdir, 2018).

Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru memfasilitasi pengaduan masyarakat tentang masalah kesehatan melalui berbagai saluran komunikasi seperti website, pesan WhatsApp, SMS, telepon, dan langsung ke fasilitas kesehatan terkait. Mereka bertanggung jawab untuk menampung semua keluhan yang disampaikan. JSS (Jogja Smart Service) di Kota Pekanbaru juga menyediakan layanan serupa untuk warga. BPJS Kesehatan dan rumah sakit seperti Awal Bross dan Prima Pekanbaru memiliki tempat khusus untuk pengaduan pasien. Di

rumah sakit, staf PIPP (Petugas Informasi Pelayanan Peserta) dari rumah sakit atau BPJS Kesehatan menerima keluhan dan memberikan edukasi kepada pasien (Sudjito Atmoredjo, 2016). Ada mekanisme pengaduan yang dijelaskan dalam diagram alir, memungkinkan pasien BPJS Kesehatan mengadukan masalah sistem rujukan langsung ke rumah sakit atau kantor BPJS, baik secara langsung maupun melalui telepon, surat, email, dan media sosial yang menyebut nama BPJS Kesehatan.

Pihak Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru menyatakan bahwa jika pengaduan terkait BPJS Kesehatan tidak terselesaikan dalam 5 hari atau melewati batas waktu penanganan, penyelesaian sengketa dilakukan melalui mediasi selama 30 hari kerja. Jika mediasi berhasil, hasilnya akan final dan mengikat bagi semua pihak. Namun, jika mediasi tidak berhasil, penyelesaian dapat dilanjutkan melalui pengadilan. Dalam prakteknya, Dinas Kesehatan cenderung melibatkan lembaga Ombudsman untuk membantu menyelesaikan masalah yang tidak dapat diatasi oleh rumah sakit atau BPJS Kesehatan.

SIMPULAN

Kesimpulan yang dapat ditarik dari hasil pembahasan bahwa perlindungan hukum yang dapat dilakukan oleh pasien BPJS berupa yakni seperti: Pasien dapat melakukan pengaduan secara langsung maupun tidak langsung. Pengaduan secara langsung dapat berupa tatap muka langsung dengan pihak terkait dengan datang ke bagian pengaduan rumah sakit maupun kantor BPJS Kesehatan terdekat, maupun melalui media telepon service center atau hotline service. Dan pengaduan tidak langsung melalui surat menyurat, sms gateway, email, website dan media sosial beratas namakan BPJS Kesehatan. Dengan pihaknya rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Namun jika pihak tersebut belum bisa menyelesaikan permasalahan tersebut maka akan diselesaikan dengan bantuan Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru bekerjasama dengan lembaga Ombudsman. Selain itu, jika pasien masih belum puas atas pengaduan maupun jangka waktu penyelesaian melalui pengaduan sudah lewat, maka dapat dilakukan penyelesaian sengketa melalui mediasi (non litigasi) maupun penyelesaian melalui pengadilan (litigasi).

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Lala, & Tulus Rahayu. (2020). Rekonstruksi Undang-Undang BPJS Dalam Perspektif Hukum Positif Pada Pasal 27 dan 35 Undang-Undang dasar 1945. *Jurnal Pengkajian Penelitian Ekonomi Dan Hukum Islam*, 5(2), 164–167.
- Elmas Dwi Ainsiyah Suhaidi, Utary Maharani Barus, & Edy Ikhsan. (2015). Perlindungan Hukum Bagi Pasien Pengguna Jamkesmas dalam Pelayanan Kesehatan di RSUD DR.

- RM. DJOELHAM BINJAI Terkait Berlakunya BPJS di Bidang Kesehatan. *USU Law Journal*, 3(3).
- Hazbullah Tabrany. (2015). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Rajagrafindo Persada.
- Jonaedi Effendi, & Johnny Ibrahim. (2018). *Metode Penelitian Hukum Normatif dan Empiris*. Kencana.
- M. Zed. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Obor Indonesia.
- Muhammad Sadi. (2015). *Etika dan Hukum Kesehatan (Teori dan Aplikasinya di Indonesia)*. Kencana Prenadamedia Group.
- P. Andi. (2012). *Metode Penelitian Kualitatif dalam Perspektif Rancangan Penelitian*. Ar-Ruzz Media.
- Rizki Imam Hidayat, Achmad Busro, & Dewi Hendrawati. (2016). *Wanprestasi dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial yang Diselenggarakan oleh BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah (Studi Kasus di RSUD Cibonong)*. 5(3).
- Sudjito Atmoredjo. (2016). *Kajian Yuridis Malpraktik (Tanggung Jawab Dokter, Rumah sakit dan Hak- Hak Pasien)*. PT. Pradyana Paramita.
- Takdir. (2018). *PENGANTAR HUKUM KESEHATAN*. Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo.