



**WANPRESTASI DALAM PELAKSANAAN JAMINAN SOSIAL YANG  
DISELENGGARAKAN OLEH BPJS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
(STUDI KASUS DI RSUD CIBINONG)**

Rizki Imam Hidayat\*, Achmad Busro, Dewi Hendrawati  
Program Studi S1 Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Diponegoro  
E-mail : [rzkhidayat24@gmail.com](mailto:rzkhidayat24@gmail.com)

**Abstrak**

Kesehatan merupakan hak dari seluruh masyarakat, karena kesehatan merupakan modal utama bagi manusia dalam hidup. Di Indonesia kita mengenal suatu program yang bernama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan BPJS sebagai pihak yang ditunjuk Pemerintah untuk menjalankan program ini, namun dalam penerapannya belakangan ini banyak media yang memberitakan mengenai perlakuan tidak sama yang diberikan oleh pihak rumah sakit antara pasien BPJS dengan pasien non-BPJS. Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini ialah yuridis empiris. Hasil penelitian hukum ini menunjukkan bahwa pihak RSUD Cibinong tidak membedakan perlakuan antara pasien BPJS dengan pasien non-BPJS keduanya tetap mendapatkan pelayanan terbaik namun dalam penerapannya memang pasien BPJS diwajibkan mengikuti ketentuan tambahan yang telah disepakati oleh rumah sakit dengan BPJS, pembayaran biaya pengobatan pasien BPJS dilakukan dalam lima belas hari kerja dan tarifnya sesuai dengan INA-CBG's. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pihak RSUD Cibinong tidak memenuhi unsur wanprestasi.

Kata kunci : Rumah sakit, BPJS, Wanprestasi

**Abstract**

*Health is the most important thing for human in life. In Indonesia, we know a program called Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) with BPJS as a party that appointed by the Government to run the program, but on the implementation these days a lot of media reported on treatment differentiate that given by the hospital among BPJS and non-BPJS patients. The method used in this research is empirical jurisdiction. The results of this legal research shows that the Cibinong Hospital doesn't make differentiate treatment between BPJS and non-BPJS patients, both of them still get the best services but in practice BPJS patients required to do additional provisions that have been agreed by the hospital and BPJS, payment of medical expenses of patients BPJS paid in fifteen working days and the tariff in according to INA-CBG's. The results of this study indicate that Cibinong Hospital doesn't comply the elements of default.*

*Keywords : Hospital, BPJS, Default*

**I. PENDAHULUAN**

Kesehatan merupakan hak dari seluruh masyarakat, karena kesehatan merupakan modal utama bagi manusia dalam hidup. Sebanyak apapun harta yang dimiliki oleh seseorang, bisa menjadi tidak berarti apabila tidak dibarengi dengan

anugerah kesehatan. Bahkan kesehatan dapat dikatakan sebagai aspek penting dari Hak Asasi Manusia (HAM) hal ini dimuat dalam deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang dikeluarkan pada tanggal 10 November 1948. Sebagaimana disebutkan dalam deklarasi HAM



Pasal 25 ayat (1) yang menyebutkan “Setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya. Pemerintah sebagai pemegang kekuasaan berkewajiban menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memadai dan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat. Dalam upaya pemenuhan kesehatan sebagai hak asasi manusia, maka pemerintah yang mempunyai tugas dan kewenangan untuk menyejahterakan warga negaranya mempunyai kewajiban untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak-hak tersebut. Kewajiban Pemerintah untuk memenuhi hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia memiliki landasan yuridis internasional dalam Pasal 2 ayat (1) Konvensi Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya. Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.

Kewajiban pemerintah ini juga ditegaskan dalam Pasal 8 UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Dibidang kesehatan, Pasal 14 UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”. Pasal 15 UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk

mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”. Aspek kesehatan harus dijadikan pertimbangan penting dalam setiap kebijakan pembangunan. Salah satu bentuk implementasinya adalah kewajiban pemerintah untuk menyediakan anggaran yang memadai untuk pembangunan kesehatan dan melibatkan masyarakat luas dalam pembangunan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah pada rakyatnya dikenal istilah *Universal Coverage* yaitu jaminan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk.

Di Indonesia kita mengenal suatu program yang bernama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diatur dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Kesehatan Nasional sebagai payung hukum untuk melindungi hak kesehatan masyarakat Indonesia yang merupakan hak dasar sebagai manusia yang dilindungi oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan dimuat dalam *Universal Declaration of Human Rights* agar tercapai masyarakat Indonesia yang sehat. Dalam perwujudannya, dengan program JKN seluruh penduduk dijamin mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa harus mengeluarkan biaya, namun bukan berarti benar-benar gratis, tapi mekanisme pembiayaannya diatur sedemikian rupa sehingga setiap penduduk tidak perlu mengeluarkan biaya pada saat mendapatkan pelayanan, melainkan akan dibayar oleh seseorang atau institusi.

Pada tanggal 31 Desember 2013 Pemerintah meresmikan program bernama Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sebagai pengganti program sebelumnya bernama ASKES (Asuransi Kesehatan) yang telah beroperasi sejak tahun 2005 dibawah PT. ASKES (PERSERO) dan BPJS Ketenagakerjaan (Pengganti JAMSOSTEK) yang bertujuan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi pada 1 Juli 2014 keduanya merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional. Namun dalam penerapannya belakangan ini banyak media yang memberitakan mengenai banyaknya perlakuan tidak sama yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit kepada pasien BPJS jika dibandingkan dengan fasilitas yang diberikan pada pasien non-BPJS, dari pemberitaan tersebut seolah terlihat jika Rumah Sakit lebih mengutamakan pasien non-BPJS daripada pasien BPJS. Contoh yang banyak diberitakan oleh media adalah ditolaknya pasien yang hanya berbekal kartu BPJS pada saat ingin berobat di rumah sakit, atau pasien BPJS yang tidak mendapatkan kamar di rumah sakit sehingga ditempatkan di lorong-lorong rumah sakit.

Dari uraian diatas, maka permasalahan yang dapat diangkat adalah :

1. Apakah pihak RSUD Cibinong membedakan perlakuan antara pasien BPJS dengan pasien non-BPJS serta bagaimana proses pembayaran biaya

pengobatan tertanggung pada rumah sakit?

2. Apakah pelaksanaan BPJS di RSUD Cibinong memenuhi unsur wanprestasi?

## II. METODE

Metode Pendekatan yang penulis gunakan dalam penelitian ini adalah metode Yuridis Empiris yang secara deduktif dimulai dari analisa Pasal-Pasal Undang-Undang Dasar 1945, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial beserta aturan pelaksanaan BPJS lalu dilanjutkan dengan penelitian langsung di lapangan. Dimana pendekatan yuridis adalah pendekatan yang mengacu pada hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.<sup>1</sup> Metode pengumpulan data menggunakan data primer, sekunder, dan tersier. Dalam penelitian ini peneliti mengolah dan menganalisis seluruh data yang telah diperoleh dengan menggunakan metode kualitatif.

## III. HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Perbedaan Perlakuan Antara Pasien BPJS dengan Pasien non-BPJS serta Proses Pembayaran Biaya Pengobatan Tertanggung Pada Rumah Sakit

---

<sup>1</sup> Roni, Hanintjo S, *Metodologi Penelitian dan Jurimetri*, (Jakarta : Ghalia Indonesia, 1990), halaman 20.

## 1. Gambaran Umum Tentang RSUD Cibinong

Rumah Sakit Umum Daerah Cibinong berdiri pada tahun 1982 pada areal seluas 41.974 M<sup>2</sup> dengan luas bangunan 415 M<sup>2</sup>. Seiring berjalannya waktu, RSUD Cibinong semakin berkembang, hingga perluasan lahan dan pembangunan terus dilakukan. Hingga kini luas areal tanah menjadi 53.170 M<sup>2</sup> dengan luas bangunan menjadi 16.023M<sup>2</sup>. RSUD Cibinong pada awal berdiri berada dibawah naungan Kepala Kantor Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Barat. Kemudian pada tahun 1986 dilakukan serah terima RSUD Cibinong dari Kakandep Propinsi Jawa Barat kepada Bupati Daerah Tingkat II Kabupaten Bogor. Serah terima ini tertuang dalam Berita Acara Serah Terima nomor 95/Kanwil/TU/III/86.

Pada tahun 2002 Rumah Sakit Cibinong telah lulus akreditasi dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. YM.00.03.2.2.669. Akreditasi mencakup lima jenis pelayanan yang terdiri dari Manajemen Administrasi RS, Pelayanan Medik, Pelayanan Keperawatan, Rekam Medis, dan IGD.<sup>2</sup> Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN, penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan

Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada dapat berupa:

- a. puskesmas atau yang setara;
- b. praktik dokter;
- c. praktik dokter gigi;
- d. klinik pratama atau yang setara
- e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa:

- a. klinik utama atau yang setara;
- b. rumah sakit umum; dan
- c. rumah sakit khusus.

Peningkatan kelas rumah sakit Cibinong dari tipe C menjadi tipe B Non Pendidikan terjadi pada tahun 2003 dan dikukuhkan dengan Kepmenkes RI Nomor 1046/Menkes/SK/II/03 dan SK Bupati Bogor Nomor 445/77/Kpts/Huk/2004. Pada tahun 2009 sesuai dengan SK Bupati No. 445/338/Kpts/Huk/2009, Badan Rumah Sakit Umum Daerah Cibinong ditetapkan sebagai satuan kerja perangkat daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD). Diharapkan dengan menjadi BLUD, RSUD Cibinong dapat meningkatkan kinerjanya dalam melayani masyarakat.

Operasional pelayanan kesehatan RSUD Cibinong dimulai hanya dengan pelayanan klinik umum pada tahun 1982 dan pada tahun 1986 pelayanan bertambah dengan 10 tempat tidur untuk

<sup>2</sup> [Http://rsudcibinong.bogorkab.go.id](http://rsudcibinong.bogorkab.go.id), diakses tanggal 26 Maret 2016 Pukul 18:35 WIB.

pelayanan rawat inap umum. Dalam perkembangannya hingga sekarang, RSUD Cibinong memiliki 233 tempat tidur untuk pelayanan rawat inap termasuk ruang perawatan intensif dan perinatologi. Pelayanan poliklinik rawat jalan semakin lengkap, demikian pula dengan pelayanan penunjang.<sup>3</sup>

## **2. Perbedaan Perlakuan Antara Pasien BPJS dengan Pasien Non-BPJS di RSUD Cibinong**

Menurut Dr. Okeu Lestari dari Sekretariat Klaim BPJS RSUD Cibinong, perlakuan dari pihak rumah sakit terhadap pasien BPJS dengan pasien non-BPJS sama, RSUD Cibinong tidak membedakan perlakuan pasien BPJS dan non-BPJS keduanya tetap mendapatkan pelayanan terbaik<sup>4</sup>, namun dalam penerapannya tetap harus disesuaikan dengan aturan yang berlaku bagi masing-masing pasien. Misalnya dapat terlihat dari contoh berikut:

1. Prosedur pelayanan kesehatan pasien BPJS pada rawat jalan tingkat lanjutan menurut naskah kerjasama rumah sakit dengan BPJS, pasien BPJS wajib menyertakan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, sedangkan pasien non-BPJS jika dirasa perlu mendapatkan tindakan medis bisa berobat kapan saja ke rumah sakit tanpa perlu membawa surat rujukan.

2. Prosedur perawatan pasien BPJS dalam hal ruang inap yang menjadi hak peserta penuh menurut Pasal 5 ayat (6) naskah kerjasama rumah sakit dengan BPJS berikut :

- a. Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi;
- b. PIHAK PERTAMA membayar kelas perawatan Peserta sesuai haknya dalam keadaan sebagaimana dimaksud pada huruf a;
- c. Apabila kelas perawatan sesuai hak Peserta telah tersedia, maka Peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak Peserta;
- d. Perawatan satu tingkat lebih tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat a paling lama 3 (tiga) hari;
- e. Dalam hal terjadi perawatan sebagaimana dimaksud pada huruf d lebih dari 3 (tiga) hari, selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau dengan persetujuan pasien dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara.

Dari peraturan tersebut terlihat bahwa dalam hal ruang perawatan yang menjadi hak pasien BPJS penuh, pasien hanya diperbolehkan dirawat di ruang perawatan satu kelas di atasnya dalam jangka waktu 3 (tiga) hari, jika lebih dari tiga hari ruang perawatan yang menjadi hak pasien masih belum tersedia maka pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan

<sup>3</sup> Ibid., diakses tanggal 26 Maret 2016 Pukul 18:35 WIB.

<sup>4</sup> Wawancara tanggal 23 Mei 2016 Pukul 11.37 WIB.



lain yang setara, sedangkan untuk pasien non-BPJS bisa menempati ruang perawatan yang diinginkan tanpa batasan waktu sampai pasien sembuh namun harus mengeluarkan biaya pribadi sesuai dengan tarif yang ditentukan dalam PERDA terkait tarif pelayanan di RSUD Cibinong.

3. Penanganan terhadap persalinan pada pasien BPJS, berikut adalah prosedur persalinan sesuai dengan ruang lingkup dan prosedur pelayanan kesehatan yang dimuat dalam naskah kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS :

- a. Pada kondisi kehamilan normal ANC harus dilakukan di faskes tingkat pertama. ANC di tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan sesuai indikasi medis berdasarkan rujukan dari faskes tingkat pertama.
- b. Penjaminan persalinan adalah benefit bagi peserta BPJS Kesehatan dan tidak ada batasan jumlah persalinan yang ditanggung
- c. Persalinan normal diutamakan dilakukan di faskes tingkat pertama
- d. Penjaminan persalinan normal di faskes rujukan tingkat lanjutan hanya dapat dilakukan dalam kondisi gawat darurat
- e. Yang dimaksud kondisi gawat darurat pada poin (4) di atas adalah perdarahan, kejang pada kehamilan, ketuban pecah dini, gawat janin dan kondisi lain yang

mengancam jiwa ibu dan bayinya.

Dari ketentuan tersebut dapat dilihat bahwa dalam hal persalinan normal, pasien BPJS diutamakan untuk menjalankan persalinan di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti PUSKESMAS, persalinan normal yang bisa dilakukan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan seperti RSUD Cibinong hanyalah jika dalam keadaan darurat, berbeda dengan pasien non-BPJS yang bisa melakukan persalinan normal langsung di rumah sakit.

4. Pemberian obat, berikut adalah prosedur pemberian obat sesuai dengan ruang lingkup dan prosedur pelayanan kesehatan yang dimuat dalam naskah kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS :

- a. Pemberian obat untuk pelayanan RJTL dan RITL berdasarkan resep obat dari dokter spesialis/subspesialis yang merawat, berpedoman pada Fornas yang sesuai dengan indikasi medis dan merupakan komponen paket INA CBG's. Faskes dan jejaringnya wajib menyediakan obat-obat yang diperlukan.
- b. Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada Faskes rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan kepala/direktur rumah sakit. Penggunaan obat diluar

Fornas sudah termasuk dalam pembiayaan paket INA CBG's tidak boleh dibebankan kepada peserta dan tidak boleh ditagihkan kepada BPJS Kesehatan.

Dari ketentuan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian obat bagi pasien BPJS tetap berdasarkan resep dokter sesuai dengan indikasi medis, namun obat yang ditanggung oleh BPJS hanyalah obat yang telah disetujui dalam formularium nasional dan termasuk dalam paket INA-CBG's, berbeda dengan pasien non-BPJS yang pemberian obatnya hanya berdasarkan pada resep dokter sesuai indikasi medis.

### **3. Proses Pembayaran Biaya Pengobatan Tertanggung Pada Rumah Sakit**

Pihak BPJS membayarkan biaya pengobatan tertanggung pada rumah sakit sesuai dengan perhitungan INA CBGs berdasarkan rekam medis pasien, hal ini berbeda dengan pasien non-BPJS yang biaya perawatannya ditetapkan oleh Peraturan Daerah sesuai *real cost* RSUD. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Pasal 15 tarif pelayanan kesehatan di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mengacu pada standar tarif INA-CBG's. Standar tarif INA-CBG's tercantum dalam Lampiran Peraturan Menteri ini.

Dalam dunia pengobatan atau lingkungan rumah sakit kita sering mendengar istilah INA CBGs, bagi orang awam yang tidak pernah membaca atau berobat kerumah sakit pasti bingung mengenai hal tersebut, INA-CBG merupakan sebuah singkatan dari *Indonesia Case Base Groups* yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah.<sup>5</sup> Menurut Pasal 1 Ketentuan Umum Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Indonesian - Case Based Groups (INA-CBG's) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. INA-CBG's merupakan sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Arti dari Case Base Groups (CBG) itu sendiri, adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Misalnya, seorang pasien menderita demam berdarah. Dengan demikian, sistem INA-CBG sudah "menghitung" layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan

---

<sup>5</sup> <http://www.bpjs-kesehatan.net/>, diakses tanggal 22 Maret 2016 pukul 18:58 WIB.

sembuh. INA-CBG merupakan kelanjutan dari aplikasi INA-DRG yang lisensinya berakhir pada tanggal 30 September 2010 lalu. (Untuk diketahui, pemerintah harus membayar lisensi sebesar 4 miliar untuk INA-DRG). INA-CBG menggantikan fungsi dari aplikasi INA-DRG.

Sistem INA-CBG dikembangkan dari sistem casemix dari UNU-IIGH (The United Nations University-International Institute for Global Health). Proyek UNU INA-CBG ini didanai oleh Australian Agency for International Development (AusAID). Manual untuk INA-CBG ini sendiri telah resmi diserahkan pada Kementerian Kesehatan Indonesia pada tanggal 9 Januari 2013 lalu.<sup>6</sup>

Menurut Dr. Okeu pembayaran biaya pengobatan tertanggung (pasien BPJS) yang dirawat di RSUD Cibinong kepada pihak rumah sakit dilakukan dalam 15 hari kerja setelah pengajuan klaim oleh pihak RSUD Cibinong dan dalam penerapannya telah sesuai dengan poin pertama terkait kewajiban pihak BPJS terhadap rumah sakit yang dimuat dalam naskah kerjasama antara BPJS dengan rumah sakit.<sup>7</sup>

## **B. Wanprestasi dalam pelaksanaan BPJS di RSUD Cibinong**

Dalam perjanjian timbal balik seperti perjanjian kerjasama antara

rumah sakit dengan BPJS, wanprestasi disebabkan jika salah satu pihak tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan dan hal ini terjadi karena adanya kesalahan dari pihak tersebut. Misalnya dalam perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS disebutkan jika ingin berobat ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan seperti rumah sakit, pasien BPJS wajib membawa surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti PUSKESMAS dan terdaftar sebagai peserta BPJS dengan membawa kartu peserta BPJS. Dalam hal ini jika pasien telah memenuhi prosedur tersebut namun ditolak oleh pihak rumah sakit, maka pihak rumah sakit telah melanggar isi perjanjian kerjasama tersebut dan bisa dikatakan telah melakukan wanprestasi. Karena dalam hal ini prestasi yang harus dilakukan oleh pihak rumah sakit sesuai dengan prosedur pelayanan kesehatan pada rawat jalan tingkat lanjutan yang dimuat dalam poin a naskah kerjasama rumah sakit dengan BPJS adalah dengan berbuat sesuatu yaitu memberikan pelayanan kesehatan pada pasien yang terdaftar sebagai peserta BPJS dan memiliki kartu keanggotaan BPJS serta membawa surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Jika dilihat dari pemberitaan di media, dengan menolak atau menempatkan pasien BPJS di lorong-lorong, pihak rumah sakit seolah telah melakukan bentuk wanprestasi yang ketiga, yaitu memenuhi prestasi tetapi tidak sesuai atau keliru atas kewajiban yang dimuat dalam naskah kerjasama rumah sakit dengan BPJS antara lain:

<sup>6</sup> Ibid., diakses tanggal 22 Maret 2016 pukul 18:58 WIB.

<sup>7</sup> Wawancara tanggal 23 Mei 2016 Pukul 11.37 WIB



a. Memberikan kamar perawatan sesuai dengan hak peserta

b. Melayani peserta BPJS dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi rumah sakit

c. Mendukung program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan BPJS Kesehatan.

Tidak dipenuhinya prestasi oleh debitur pada umumnya merupakan suatu ingkar janji atau wanprestasi, kecuali bila tidak dipenuhinya prestasi oleh debitur karena ada suatu peristiwa diluar kemampuannya, seperti dalam hal penuhnya kamar yang dimiliki rumah sakit pada saat terjadinya KLB (Kejadian Luar Biasa) dikarenakan kapasitas ruangan yang tidak seimbang dengan jumlah pasien yang sangat banyak, dalam hal ini pihak rumah sakit telah beritikad baik dengan tetap berusaha untuk melakukan pengobatan terhadap pasien meskipun harus ditempatkan di lorong-lorong rumah sakit, pada dasarnya hal ini telah sesuai dengan Pasal 5 Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien terkait kewajiban rumah sakit untuk menjalankan fungsi sosial termasuk didalamnya kewajiban rumah sakit untuk melakukan pelayanan terhadap korban bencana dan kejadian luar biasa seperti pada saat musim demam berdarah. Artinya menurut peraturan tersebut, dalam hal kejadian luar biasa rumah sakit dilarang menolak pasien yang

hendak berobat, baik pasien BPJS maupun pasien non-BPJS, dan dalam penerapannya di rumah sakit dalam hal terjadinya kejadian luar biasa memang pasien yang tidak mendapatkan ruang perawatan bukan hanya pasien BPJS saja melainkan terdapat juga pasien non-BPJS. Biasanya hal ini terjadi pada saat musim penghujan pada bulan oktober sampai maret, jumlah pasien demam berdarah akan meningkat dengan signifikan hingga pemerintah menetapkannya sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB), dalam keadaan ini biasanya pasien yang berobat akan sangat banyak sehingga tidak bisa semuanya ditampung di kamar rumah sakit karena terbatasnya ruangan yang ada. Berdasarkan hal diatas tindakan pihak rumah dengan menempatkan pasien di lorong-lorong RS pada saat terjadi kejadian luar biasa bisa dikatakan dilakukan dalam keadaan *Overmacht* (keadaan memaksa). Karena sesuai dengan prosedur yang ditetapkan dalam naskah perjanjian kerjasama rumah sakit dengan BPJS, jika tidak dalam keadaan KLB apabila ruang perawatan yang dimiliki rumah sakit sedang penuh maka yang dilakukan oleh pihak rumah sakit adalah merujuk pasien ke fasilitas kesehatan lain yang setara, sedangkan ditolaknya pasien BPJS biasanya terjadi karena pasien tidak memenuhi syarat administrasi seperti tidak membawa kartu BPJS dan tidak membawa surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Adapun yang dimaksud keadaan memaksa adalah suatu keadaan yang terjadi setelah dibuatnya perjanjian, yang menghalangi debitur untuk memenuhi prestasinya. Keadaan ini

tidak dapat dipersalahkan dan tidak harus menanggung risiko, serta hal itu tidak terpikirkan oleh para pihak pada saat membuat perjanjian. Jika debitur tidak memenuhi prestasi karena tidak ada kesalahan dan keadaan memaksa itu tidak dapat dipertanggung jawabkan debitur<sup>8</sup>

Dalam hal penempatan pasien di lorong rumah sakit jelas dikarenakan adanya halangan dari pihak rumah sakit untuk menempatkan pasien di ruang perawatan, yaitu karena ruangan yang ada telah penuh sehingga hal ini membuat pihak rumah sakit terpaksa untuk menempatkan pasien di tempat lain seperti di lorong. Hal tersebut juga bukan terjadi karena kesalahan pihak rumah sakit, melainkan karena keterbatasan ruangan yang dimiliki sedangkan jumlah pasien yang datang terlalu banyak. Dengan demikian dalam keadaan ini, pihak rumah sakit jelas telah memenuhi unsur terjadinya *overmacht* (keadaan memaksa).

#### IV. KESIMPULAN

Berdasarkan uraian dari hasil penulisan hukum yang berjudul “Wanprestasi Dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial yang Diselenggarakan Oleh BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah (Studi Kasus di RSUD Cibinong)” secara detail dapat penulis simpulkan beberapa pokok penting yaitu :

1. Pihak RSUD Cibinong tidak pernah membedakan pelayanan pada

pasien BPJS dengan pasien non-BPJS, keduanya mendapat pelayanan terbaik, dari segi penanganan medis maupun pemberian obat, namun dalam pelaksanaannya pasien BPJS selain harus mengikuti prosedur yang berlaku di rumah sakit, juga harus mengikuti prosedur tambahan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional serta perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS. Berbeda dengan pasien non-BPJS yang tarif pelayanan kesehatannya diatur dalam PERDA, besaran biaya pengobatan pasien BPJS ditentukan melalui penghitungan INA-CBG's dan dibayarkan oleh pihak BPJS dalam waktu lima belas hari kerja sejak pengajuan klaim oleh rumah sakit.

2. Terkait penempatan pasien BPJS di lorong rumah sakit, pihak RSUD Cibinong tidak melanggar perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS, dalam penerapannya pihak rumah sakit telah menjalankan prosedur pelayanan pasien dengan benar dan ini hanya terjadi dalam kasus KLB (Kejadian Luar Biasa) karena dalam hal kejadian luar biasa seperti mewabahnya penyakit demam berdarah di musim hujan, rumah sakit wajib untuk menerima pasien meskipun ruang perawatan telah penuh karena tidak seimbangnya ruang perawatan dengan jumlah pasien yang sangat banyak karena sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.69 Tahun 2014 rumah sakit wajib menjalankan fungsi sosial. Hal inilah yang akhirnya

---

<sup>8</sup> Achmad Busro, Hukum Perikatan Berdasar Buku III KUH Perdata, (Yogyakarta:Pohon Cahaya,2011), halaman 34.



membuat pasien terpaksa sampai dirawat di lorong rumah sakit. Dalam kondisi kejadian luar biasa, pasien yang dirawat di luar ruang perawatan bukan hanya pasien BPJS, pasien non-BPJS pun bisa saja ditempatkan diluar ruangan. Dengan demikian pihak rumah sakit bisa dikatakan tidak memenuhi unsur wanprestasi melainkan dalam keadaan memaksa (*overmacht*) sehingga tidak bisa memenuhi prestasi yang seharusnya dilakukan.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien

### **C. Internet**

<http://www.bpjs-kesehatan.go.id>

<Http://rsudcibinong.bogorkab.go.id>

## **V. DAFTAR PUSTAKA**

### **A. Buku**

Busro, Achmad. 2011. *Hukum Perikatan Berdasar Buku III KUH Perdata*. Pohon Cahaya, Yogyakarta.

Roni, Hanintijo S. 1990. *Metodologi Penelitian dan Jurimetri*. Ghalia Indonesia, Jakarta.

### **B. Peraturan Perundang-Undangan**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan

Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial