



## Penerapan Prinsip Kesetaraan Relasi Puskesmas Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nomor 7 Tahun 2019

Ardiansah<sup>1</sup>, Eddy Asnawi<sup>2</sup>, Dwi Agustina Fajarwati<sup>3</sup>

Universitas Lancang Kuning Pekanbaru<sup>1,2,3</sup>  
*ardiansah@unilak.ac.id<sup>1</sup>, Dwiagustina.fdr@gmail.com<sup>3</sup>*

---

**Info Artikel :**

Diterima : 14 Januari 2022

Disetujui : 18 Januari 2022

Dipublikasikan : 24 Februari 2022

---

**ABSTRAK**

Puskesmas dalam sistem JKN/ BPJS memiliki peran yang besar kepada peserta BPJS kesehatan. Pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang harus memiliki persyaratan pokok yaitu, tersedia dan berkesinambungan, mudah dicapai, mudah dijangkau, dapat diterima dan wajar, serta bermutu. Penurunan mutu FKTP dapat berimbas kepada penghitungan pembayaran kapitasi untuk FKTP. Menurut Pasal 4 Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama menyebutkan Angka kontak merupakan salah satu indikator untuk melihat pemanfaatan Puskesmas. Jika mutu pelayanan FKTP menurun tentunya akan berdampak pada jumlah angka kontak pasien dengan FKTP. Dampak lain yang muncul adalah seperti berkurangnya pembayaran kapitasi yang berpengaruh kepada intensif tenaga kerja di FKTP. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya rasa ketidakadilan atas hak yang seharusnya diperoleh. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaturan relasi puskesmas dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasal 4 Nomor 7 Tahun 2019 serta mengetahui idealnya konsep relasi Puskesmas dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berdasarkan Hukum Positif Indonesia. Metode penelitian yang digunakan oleh penulis adalah penelitian normatif yang dilakukan dengan cara menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, ataupun doktrin-doktrin hukum, serta pencarian literatur menggunakan data base untuk menjawab isu hukum yang di hadapi dalam penulisan. Penerapan tarif yang di terapkan BPJS kepada Puskesmas adalah sistem kapitasi, dimana pembayaran klaim dimuka setiap bulan pada fasilitas kesehatan dengan berdasar jumlah pasien yang mendaftarkan di fasilitas kesehatan tersebut tanpa menghitung jenis dan jumlah layanan kesehatan yang diberikan. Sistem ini efektif namun menekan fasilitas kesehatan untuk melayani dengan klaim dibawah biaya pokok layanan kesehatan sehingga fasilitas kesehatan bersikap resisten dan memberikan layanan yang seadanya dan cenderung buruk. Oleh sebab itu dibutuhkan kebijakan yang lebih efektif agar terjadi kesetaraan demi menciptakan kualitas mutu yang baik di dalam pelayanan kesehatan. Kebijakan yang terkait dengan relasi Puskesmas dengan BPJS harus berpatokan kepada dasar dari kewajiban Negara Indonesia dalam menjamin hak rakyat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan Pasal 28 H dan Pasal 34 UUD Negara Republik Indonesia tahun 1945, serta melihat kembali atas tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang memenuhi standar tersebut dan melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Pasal 35 dan 36 Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang JKN.

**Kata Kunci :**  
*Abstrak,  
Puskesmas,  
BPJS.*

### **ABSTRACT**

*Health centers in the JKN/BPJS system have a major role in BPJS health participants. Quality services are services that must have basic requirements, namely, available and sustainable, easily accessible, easily accessible, acceptable and reasonable, and of good quality. The decline in the quality of FKTP can affect the calculation of capitation payments for FKTP. According to Article 4 of BPJS Regulation Number 7 of 2019 concerning Instructions for Implementation of Performance-Based Capitation Payments at first-level health facilities, the contact number is one indicator to see the utilization of the Puskesmas. If the quality of FKTP services decreases, it will certainly have an impact on the number of patient contacts with FKTP. Other impacts that arise are such as reduced capitation payments which have an effect on labor intensiveness in FKTP. This can cause a sense of injustice to the rights that should be obtained. This study aims to analyze the relationship between the Puskesmas and the Social Security Administering Body based on the Regulation of the Social Security Administering Body Article 4 Number 7 of 2019 and to find out the ideal concept of the relationship between the Puskesmas and the Social Security Administering Body based on Indonesian Positive Law. The research method used by the author is normative research which is carried out by finding the rule of law, legal principles, or legal doctrines, as well as searching literature using data bases to answer legal issues faced in writing. The application of the tariff applied by BPJS to Puskesmas is a capitation system, in which the payment of claims in advance every month at health facilities is based on the number of patients who register at the health facility without calculating the type and number of health services provided. This system is effective but pressures health facilities to serve with claims below the basic cost of health services so that health facilities are resistant and provide services that are meager and tend to be poor. Therefore, more effective policies are needed so that equality occurs in order to create good quality in health services. Policies related to the relationship between Puskesmas and BPJS must be based on the basis of the obligations of the State of Indonesia in guaranteeing the right of the people to obtain proper health services in accordance with Article 28 H and Article 34 of the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia, as well as reviewing the responsibilities of the Government and the Government. Regions to provide health facilities that meet these standards and cooperate with BPJS Health in accordance with Articles 35 and 36 of Presidential Regulation Number 111 of 2013 concerning JKN.*

**Keywords :**  
*Abstract,  
Puskesmas,  
BPJS*

### **PENDAHULUAN**

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar yang selanjutnya di sebut dengan UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 ditegaskan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Dengan diakuinya kesehatan sebagai salah satu hak asasi manusia yaitu seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai Makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan Anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh Negara, hukum, pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat, dan martabat manusia, maka peranan Negara dalam pemenuhan kebutuhan dasar rakyat sangat diperlukan terutama didalam bentuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Menyadari betapa luasnya hal tersebut, pemerintah melalui sistem kesehatan nasional, berupaya menyelenggarakan kesehatan yang bersifat menyeluruh terpadu, merata, dan dapat diterima serta terjangkau agar terciptanya kesetaraan kesehatan di seluruh lapisan masyarakat. Upaya tersebut diselenggarakan sebagai kebijakan negara dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal pada pelayanan kesehatan.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial juga terus berkembang sesuai amanat pada perubahan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Pasal 34 ayat (2) yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini tentunya menjadi dasar pemerintah dan pemangku kepentingan terkait harus memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya, Khususnya program jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional.

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Untuk menjamin akses setiap warga negara terhadap pelayanan kesehatan maka di bentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan dimana BPJS bertugas menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disebut dengan JKN dengan menggunakan asuransi kesehatan sosial (*mandatory*) dan berlaku sejak 1 Januari 2014.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan di era JKN dengan membangun kerja sama relasi dengan semua fasilitas kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan menjelaskan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. FKTP berupa Puskesmas atau yang setara yang harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif.

Puskesmas dalam sistem JKN/ BPJS memiliki peran yang besar kepada peserta BPJS kesehatan. Pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang harus memiliki persyaratan pokok yaitu, tersedia dan berkesinambungan, mudah dicapai, mudah dijangkau, dapat diterima dan wajar, serta bermutu. Pemerintah dan Pemerintah Daerah berdasarkan Pasal 66 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan sebagai penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan. Oleh sebab itu fasilitas kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai amanah Pasal 67 ayat 2 Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Hal ini tentunya tidak luput dari peranserta Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah baik di kota ataupun daerah.

Peranserta Puskesmas sebagai fasilitas tingkat pertama milik pemerintah dalam mewujudkan kesehatan masyarakat, Puskesmas memiliki kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai upaya kesehatan masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Pasal 52 yang menjelaskan Upaya kesehatan masyarakat tersebut diselenggarakan salah satunya bertujuan untuk mencapai kinerja Puskesmas dalam penyelenggaraan JKN.

Berfokus kepada kedua ketentuan di atas tentunya memberikan pandangan bahwasannya seluruh Puskesmas berkewajiban ikutserta dalam penyelenggaraan JKN bersama BPJS. Sedangkan dari ketentuan di atas, Pasal 67 ayat 2 Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan memberikan penjelasan hanya FKTP milik pemerintah yang memenuhi persyaratan saja yang wajib bekerja sama dengan BPJS. Kerja sama tersebut di tegaskan dalam Pasal 67 ayat 4 dimana kerja sama tersebut dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.

Ketentuan yang di atur didalam Pasal 67 ayat 2 Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan dan Pasal 52 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat memberikan pandangan yang berbeda, dimana Pasal 67 ayat 2 berfokus kepada hubungan Puskesmas dan BPJS bersifat kontrak, sedangkan Pasal 52 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat hubungan Puskesmas dan BPJS bersifat wajib didalam mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional bersama BPJS. Hal ini tentunya akan menimbulkan benturan peraturan dalam pengaturan tentang kerja sama Puskesmas dengan BPJS.

Jika di tinjau lebih lanjut standarisasi Puskesmas sebagai FKTP milik pemerintah dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif memiliki standarisasi yang sama dengan standar FKTP yang dapat bekerja sama dengan BPJS. Namun ketersediaan peralatan, tenaga kesehatan, dan obat-obatan di bandingkan dengan jumlah peserta JKN menjadi permasalahan didalam standarisasi BPJS, hal ini disebabkan tidak samanya pendapatan daerah satu dengan daerah lain sebagai dasar pemenuhan kebutuhan FKTP. Resiko yang muncul apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tidak dilaksanakan adalah terjadi penurunan mutu pelayanan di FKTP sehingga pasien tidak dapat menerima pelayanan yang komprehensif, dan mengakibatkan munculnya ketidakpuasan pelayanan dan berkurangnya kepercayaan pasien terhadap mutu pelayanan di FKTP. Mutu pelayanan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan diatur dalam Pasal 86 Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, dimana kendali mutu dan kendali biaya berfungsi untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Penurunan mutu FKTP dapat berimbas kepada penghitungan pembayaran kapitasi untuk FKTP. Menurut Pasal 4 Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama menyebutkan Angka kontak merupakan salah satu indikator untuk melihat pemanfaatan Puskesmas. Jika mutu pelayanan FKTP menurun tentunya akan berdampak pada jumlah angka kontak pasien dengan FKTP. Dampak lain yang muncul adalah seperti berkurangnya pembayaran kapitasi yang berpengaruh kepada jasa pelayanan tenaga kerja di FKTP. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya rasa ketidakadilan atas hak yang seharusnya diperoleh.

Keberhasilan Jaminan Kesehatan Nasional harus diimbangi dengan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Untuk mendukung hal tersebut perlu adanya kebijakan terkait pemenuhan kebutuhan FKTP di daerah. Pemenuhan kebutuhan Puskesmas dalam memenuhi standar FKTP yang di tentukan oleh BPJS dapat didukung dengan adanya kebijakan pemerintah terkait.

Implementasi suatu sistem tidak akan berjalan baik jika pelaksanaannya tidak sesuai dengan ketentuan kebijakan atau pedomannya. Masalah pencapaian angka kontak sebagai tolak ukur pembayaran kapitasi tentunya harus lebih memperhatikan kondisi

yang terjadi di masing-masing FKTP sebagai wujud kesetaraan relasi antara BPJS dan Puskesmas. Dalam hal ini diperlukan tinjauan atas pedoman aturan yang berlaku yang disesuaikan dengan kondisi yang ada, terutama dari segi hubungan relasi kesetaraan Puskesmas dengan BPJS untuk menyelesaikan permasalahan yang dialami serta meningkatkan mutu dan kualitas kinerja Puskesmas dalam melayani kesehatan masyarakat.

## **METODE PENELITIAN**

### **1. Metode pendekatan**

Penelitian ini merupakan penelitian Normatif. Penelitian normatif merupakan proses menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, ataupun doktrin-doktrin hukum, serta pencarian literatur menggunakan *data base* untuk menjawab isu hukum yang di hadapi dalam penulisan.

### **2. Sumber data**

Penelitian hukum ini didasarkan pada data yang berasal dari data sekunder, dimana data sekunder diperoleh dari hasil kepustakaan atau penjelasan terhadap berbagai literature atau bahan pustaka yang berkaitan dengan masalah dan materi penelitian.

#### **a. Penelitian kepustakaan**

Data yang diperoleh dari penelitian kepustakaan ini adalah data sekunder. Data sekunder diperoleh dari:

##### **1) Bahan Hukum Primer**

Yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat, meliputi:

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- b. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- c. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional
- d. Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas
- e. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
- f. Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

##### **2) Bahan Hukum Sekunder**

Yaitu bahan hukum yang memberikan penjelasan atau keterangan lanjutan mengenai badan hukum primer, seperti

- a. Buku-buku yang berkaitan berupa tulisan-tulisan, pendapat para ahli hukum, artikel, literatur yang ada hubungannya dengan masalah-masalah perlindungan konsumen, kesehatan, puskesmas dan lain-lain yang relevan dengan penelitian.
- b. Artikel-artikel data beberapa situs internet

##### **3) Bahan hukum tersier.**

Untuk pengembangan yang lebih luas dan mendalam tentang penelitian, maka diperlukan juga bahan penunjang yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder. Seperti *ensiklopedi, indeks kumulatif*.

### 3. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini di gunakan teknik studi dokumenter (studi kepustakaan). Selain itu penelitian ini juga menggunakan teknik pengumpulan literatur menggunakan *data base* untuk mengakses jurnal ilmiah lainnya, serta wawancara non struktur sebagai penunjang dalam penelitian.

### 4. Analisis Data

Data-data penelitian yang dikumpul dari bahan hokum primer,sekunder, dan tersier selanjutnya dianalisis secara deskriptif kualitatif. Teknik analisa ini tidak menggunakan angka-angka atau statistic, namun lebih kepada penjelasan-penjelasan dalam bentuk kalimat yang dipaparkan secara lugas. Data yang telah dideskripsikan selanjutnya disimpulkan dengan metode deduktif, yakni menyimpulkan dari pernyataan yangbersifat umum kedalam pernyataan yang bersifat khusus.

### 5. Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan didalam penelitian ini menggunakan logika berfikir deduktif, dimana penalaran hukum yang berlaku umum pada kasus persoalan hukum factual dan konkrit. Proses yang terjadi dalam dedukasi adalah konkritisasi (hukum), karena temuan-temuan hukum berupa nilai-nilai, asas-asas, konsep-konsep, dan norma-norma hukum yang dirumuskan secara umum dalam hukum positif, kemudian di konkritisasi (dijabarkan) dan diterapkan guna menyelesaikan persoalan hukum konkrit yang dihadapi, sehingga diperoleh kesimpulan sebagai jawaban atas permasalahan hukum yang diajukan sebelumnya.

## PEMBAHASAN

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, maka kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat yang dilindungi oleh Undang- Undang Dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera (*welfare society*). Dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 ditegaskan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

ebijakan penyelenggaraan Jaminan Sosial hanya oleh BPJS yang merupakan suatu badan hukum publik tersendiri di luar pemerintah atau *quasi government*/pararastal. Padahal kewajiban untuk memberikan jaminan sosial dibebankan oleh konstitusi kepada pemerintah dari sisi pendanaan dan operasional tetapi justru dialihkan kepada pihak lain.

Dapat dimaknai bahwa pemerintah menyerahkan kewajibannya untuk memenuhi hak setiap warga negara untuk memperoleh jaminan sosial itu kepada badan hukum di luar pemerintah sekaligus memindahkan beban pendanaannya yang seharusnya dari kantong pemerintah kepada warga negara yang menjadi peserta.

Sistem asuransi yang termaktub dalam UU BPJS membebankan iuran dengan jumlah tertentu kepada warga negara sebagai hak warga Negara tentu tidak sesuai dengan konsep umum Jaminan sosial dimana jaminan sosial bagi seorang warga negara itu adalah hak, sebaliknya yang menanggung kewajiban dalam hal ini adalah pembiayaan sebagai konsekuensi sistem jaminan sosial adalah negara sebagaimana yang tercantum dalam konstitusi. BPJS selaku wadah tunggal pelaksana sistem jaminan sosial terlihat tidak siap dalam mengemban tugas sebagai penyelenggara sistem jaminan sosial di negeri yang luas ini dikarenakan berbagai keterbatasan yang dimiliki oleh

BPJS sehingga terdengar banyak keluhan tentang lambannya kinerja BPJS dalam hal pelayanan kesehatan maupun ketenagakerjaan. Keluhan ini termasuk juga layanan klaim pembayaran oleh instansi mitradan oleh peserta. Ketidak Mampuan BPJS dalam mengcover layanan di seluruh Indonesia tentu tidak sesuai dengan harkat kemanusiaan warga negara yang butuh untuk mengakses layanan jaminan sosial nasional tetapi terhambat dengan kelambanan lembaga BPJS.

Penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang dilakukan oleh BPJS berdasarkan UU BPJS juga membebankan sanksi kepada warga negara seperti dicantumkan dalam Pasal 17 ayat 1 “Pemberi Kerja selain penyelenggara negara yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dan setiap orang yang tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dikenai sanksi administratif.

Sanksi Administratif dalam UU No. 24 Tahun 2011 pasal 17 ayat 2 Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:

1. teguran tertulis;
2. denda; dan/atau
3. tidak mendapat pelayanan publik tertentu.

Pasal 17 ayat 3 UU BPJS “Penaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dilakukan oleh BPJS. Pasal 17 ayat 4 “Penaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan oleh Pemerintah atau pemerintah daerah atas permintaan BPJS”.

Sanksi administratif yang diberikan untuk warga negara yang tidak mengikuti BPJS dapat dikenai sanksi administratif berupa tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu dimana yang termasuk dengan pelayanan publik tertentu antara lain pemoresesan izin usaha, izin mendirikan bangunan, bukti kepemilikan hak tanah dan bangunan tidak sesuai dengan konstitusi UUD 1945 pasal 28 H ayat (4) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 bahwa “setiap orang berhak mempunyai hak milik pribadi dan hak milik tersebut tidak boleh diambil alih secara sewenang-wenang oleh siapapun.”

Untuk lebih lanjut besaran standar tarif pembayaran fasilitas di atur dalam Pasal 4 Peraturarn BPJS Nomor 7 Tahun 2019 yang menyebutkan bahwa “BPJS memiliki otoritas kebijakan yang independen sepanjang digunakan sebesar besarnya bagi kepentingan manfaat yang diterima peserta. BPJS Kesehatan menerbitkan Peraturan tentang Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).”

Implementasi KBK diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Penerapan sistem KBK ini merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan layanan kepada peserta JKN-KIS agar efektif di FKTP.

Pelaksanaan Pembayaran KBK dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

1. Angka Kontak (AK)

Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta berdasarkan jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.

2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP, sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya.

3. Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)

Rasio Peserta Prolanis Terkendali merupakan indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien *Diabetes Mellitus* tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi *Essensial* (HT).

Dari ketentuan-ketentuan peraturan di atas terlihat jelas BPJS juga menggunakan sistem dan paradigma asuransi. BPJS menerapkan standar system tariff yang berbeda untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama (FKRTL). Pelayanan kesehatan FTKP menerapkan system tarif kapitasi dan FKRTL diterapkan dalam system tariff Indonesian-Case Based Groups (INA-CBG's).

Sistem tarif kapitasi adalah pembayaran klaim dimuka setiap bulan pada fasilitas kesehatan dengan berdasar jumlah pasien yang mendaftar di fasilitas kesehatan tersebut tanpa menghitung jenis dan jumlah layanan kesehatan yang diberikan. Sistem tariff INA-CBG's adalah system pembayaran dengan klaim secara paket dengan pengelompokan diagnosis penyakit maupun prosedur. System-system tarif ini menguntungkan BPJS Kesehatan untuk mengontrol biaya klaim. Sistem ini efektif namun menekan fasilitas kesehatan untuk melayani dengan klaim dibawah biaya pokok layanan kesehatan sehingga fasilitas kesehatan bersikap resisten dan memberikan layanan yang seadanya dan cenderung buruk.

BPJS Kesehatan menerapkan sistem tarif tersebut karena BPJS beroperasi dengan paradigma asuransi yang berlogika bisnis dalam rangka membantu keuangan negara sehingga harus menambah pemasukan dan sekaligus menekan pengeluaran. Paradigma ini dapat dilihat dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan dimana diperbolehkan bagi BPJS Kesehatan untuk menginvestasikan aset dalam berbagai instrument dimana untuk Jaminan Sosial Kesehatan ada 3 instrumen yang boleh di jadikan ajang investasi tanpa pembatasan yaitu Surat Berharga Negara, Surat Berharga BI sehingga cukup jelas bahwa BPJS Kesehatan didesain untuk menyerap Surat berharga Negara dan BI.

Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP. Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi: Angka Kontak, Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB). Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta serta upaya FKTP terhadap kesehatan Peserta pada setiap 1000 (seribu) Peserta terdaftar di FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Indikator AK dihitung dengan formulasi perhitungan jumlah peserta yang melakukan kontak dibagi dengan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dikalikan seribu.

Dikaitkan dengan teori proses, BPJS sebagai wadah atau Badan Hukum Penyelenggara Program JKN yang pada intinya hanya berfungsi sebagai pengelola administrasi Program JKN mulai pendaftaran hingga penerima iuran peserta, melakukan pembayaran kepada FKTP dan pengelola aset BPJS Kesehatan merupakan fungsi, tugas, wewenang, hak dan kewajiban BPJS Kesehatan. Namun dalam UU BPJS tidak ada

Pasal yang menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan baik fasilitas maupun mutu pelayanan sepenuhnya merupakan tanggung jawab fasilitas kesehatan yang telah ditunjuk. Hal ini tentunya harus menjadi sebuah dasar perbaikan sebuah kebijakan mengingat BPJS adalah Badan Hukum yang bertanggung jawab atas berjalannya penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang tentunya harus bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan baik fasilitas ataupun mutu dari pelayanan kesehatan itu sendiri.

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) dalam penyelenggaraan merupakan satu kesatuan sistem yang tidak dapat dipisahkan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Fasilitas kesehatan tingkat pertama kita kenal sebagai puskesmas atau yang setara, praktik dokter atau praktik dokter gigi, ataupun berupa klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit tingkat/kelas D pratama atau yang setara sesuai dengan peraturan yang berlaku. Penggolongan ini dilakukan karena adanya keterbatasan penyediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama, khususnya pelayanan puskesmas yang ada di daerah. Puskesmas sendiri terbagi atas dua macam, yaitu Puskesmas milik pemerintah, dan Puskesmas Swasta.

Dalam Pasal 67 ayat (2) Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa “Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan”, sedangkan Pasal 67 ayat (3) menyebutkan bahwa “Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan”. Hal ini tentunya menimbulkan ketidak setaraan diantara fasilitas kesehatan milik pemerintah dengan fasilitas kesehatan milik swasta. Fasilitas kesehatan milik negara diwajibkan untuk bekerja sama dengan BPJS, sedangkan fasilitas milik swasta memiliki hak untuk memilih. Pada umumnya yang terjadi adalah banyak fasilitas kesehatan milik swasta yang tidak menjalin kerja sama dengan BPJS, hal ini disebabkan karena besaran dana kapitasi yang rendah, dan kurangnya ketersediaan fasilitas yang dimiliki untuk memenuhi uji kelayakan.

Puskesmas sendiri sebagai fasilitas kesehatan milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah diwajibkan akan keikut sertaannya dalam kerja sama dengan BPJS, dalam hal ini dipertegas didalam Pasal 67 ayat (2) dimana fasilitas kesehatan milik pemerintah dan fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah yang dapat bekerja sama yaitu jika sudah memenuhi persyaratan kelayakan. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwasannya kerja sama tersebut akan terjadi jika fasilitas kesehatan milik pemerintah tersebut telah memenuhi syarat.

Namun dengan adanya Pasal 52 huruf (c) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat yang menjelaskan bahwa Upaya Kesehatan Masyarakat bertujuan untuk mencapai kinerja Puskesmas dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, dan Pasal 34 (3) UUD NRI 1945 yang mengamanatkan bahwa penyediaan fasilitas kesehatan merupakan wujud tanggung jawab negara. Kedua peraturan tersebut terlihat jelas dan tegas dalam amanatnya yang mewajibkan pemerintah dan Puskesmas dalam keikutsertaannya dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Dengan adanya kebijakan tersebut pemerintah daerah yang tentunya hanya memiliki Fasilitas Kesehatan yaitu Puskesmas tingkat daerah memiliki beban yang dan tanggung jawab yang besar dalam keikutsertaannya menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan sebuah kewajiban.

Menurut George C.Edward, implementasi kebijakan dipengaruhi beberapa faktor, di antaranya adalah faktor Sumber Daya, dimana meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan

secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya finansial. Jika dikaitkan dengan kebijakan-kebijakan yang telah di bahas diatas dimana pemerintah daerah memiliki kewajiban dalam pelaksanaan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, pemerintah daerah sebagai pemilik kepentingan telah sangat jelas dan konsisten demi mencapai tujuan kesehatan masyarakat tentunya hal tersebut akan dilaksanakan dengan tujuan tercapainya kebijakan tersebut, walaupun adanya kekurangan sumber daya tenaga kesehatan, dan kurangnya fasilitas dalam fasilitas kesehatan tersebut dikarenakan kurangnya anggaran daerah. Hal ini tentunya akan menimbulkan resiko dari kebijakan itu sendiri.

Resiko tersebut dapat berupa kurang puasnya masyarakat atas pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan tersebut dan menurunnya mutu dari tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Oleh sebab itu sebuah kebijakan juga harus memperhatikan faktor sumber daya tersebut, hal ini agar sebuah kebijakan dapat berjalan dengan baik, jelas, dan konsisten sesuai dengan tujuan kebijakan yang akan dicapai.

## **KESIMPULAN**

1. Hubungan relasi Puskesmas dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial belum terlaksana dengan baik. Hal tersebut di sebabkan oleh adanya kebijakan mengenai hubungan Puskesmas dengan BPJS. Puskesmas pada dasarnya memiliki tujuan yang harus di capai yaitu mencapai kinerja penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang hal tersebut bersifat wajib karena merupakan amanat yang sudah di atur didalam Pasal 51 dan 52 Undang-Undang Pusat Kesehatan Masyarakat Nomor 43 Tahun 2019. Sedangkan didalam Pasal 67 Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan hubungan Puskesmas dan BPJS menjadi sebuah perjanjian, dimana perjanjian itu hanya mengikat kepada yang melakukan perjanjian saja dalam hal ini hanya Puskesmas yang memenuhi syarat saja yang dapat menjalin kerja sama dengan BPJS. Hal tersebut tentunya memberikan tata cara pola relasi yang berbeda. Namun dengan adanya pemerintah daerah dalam hal ini sebagai pemangku kepentingan dan memiliki wewenang dalam hal tersebut, keberhasilan penentuan kebijakan sebagian bergantung pada keabsahan asumsi yang dibuat oleh pemangku kepentingan yang berwenang dalam kebijakan dan risiko-risiko yang akan dihadapi dalam kebijakan tersebut. Risiko potensial yang signifikan terutama datang dari pemangku kepentingan yang memiliki pengaruh tinggi dan kepentingannya mungkin terganggu atau tidak terlalu menjadi prioritas dalam kebijakan. Puskesmas sendiri merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan penting dalam pelaksanaan BPJS harus siap untuk menjalankan kewajiban tersebut agar dapat mencapai tujuan yang diamanatkan Undang-Undang Pusat Kesehatan Masyarakat. Kebijakan tersebut mengakibatkan banyaknya kekurangan dalam menjalankan emban tersebut seperti kurangnya sumber daya kesehatan dan tidak lengkapnya peralatan fasilitas kesehatan yang dapat membuat kurang percayanya masyarakat terhadap Puskesmas didalam memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu, KBK yang menggunakan indikator AK menjadi basis pembayaran dana fasilitas kesehatan yang merujuk kepada Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2019 membuat dana untuk membayar tenaga kesehatan tidak maksimal yang mengakibatkan kurang maksimalnya kinerja tenaga kesehatan pada fasilitas

kesehatan. Tentunya hal ini mengakibatkan berkurangnya mutu dari fasilitas kesehatan itu sendiri.

2. Konsep relasi Puskesmas dan BPJS yang ideal agar sesuai hukum positif Indonesia yaitu dengan memperhatikan kebijakan-kebijakan yang berlaku dengan melihat bagaimana implementasi keberhasilan kebijakan tersebut didalam realisasinya. Kebijakan yang dianggap tidak memberikan dampak yang baik selama proses berjalannya dan di annggap tidak sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai perlu diadakan di adakannya evaluasi agar kebijakan tersebut disempurnakan sebagaimana mestinya. Kebijakan yang terkait dengan relasi Puskesmas dengan BPJS harus berpatokan kepada dasar dari kewajiban Negara Indonesia dalam menjamin hak rakyat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan Pasal 28 H dan Pasal 34 UUD Negara Republik Indonesia tahun 1945, serta melihat kembali atas tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang memenuhi standar tersebut dan melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Pasal 35 dan 36 Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang JKN.

#### **SARAN**

1. Di perlukannya keefektifan pengaturan mengenai hubungan Fasilitas kesehatan dengan BPJS agar dapat berjalan sebagaimana seharusnya, tentunya tidak terjadinya benturan kebijakan agar segala kewajiban dan tugas dapat diwujudkan dengan baik.
2. Adanya peningkatan kualitas mutu atas kinerja dari fasilitas kesehatan dalam hal ini adalah Puskesmas. Hal tersebut tentunya harus dimulai dengan adanya perbaikan fasilitas kesehatan, pengembangan sumberdaya kesehatan, melengkapi peralatan fasilitas kesehatan dan adanya kelayakan atas hak-hak yang harus diberikan kepada tenaga kesehatan agar dapat mengemban tugas dengan baik sesuai tujuan yang harus di capai oleh Puskesmas.

#### **DAFTAR PUSTAKA.**

- A. G Subarsono, 2011, *Analisis Kebijakan Publik Konsep Teori dan Aplikasi* (Yogyakarta:Pustaka Pelajar),
- A. Widiada Gunakaya, 2017, "*Hukum Hak Asasi Manusia*", Yogyakarta, Andi,
- Ardiansyah, S.H., M.Ag. M.H dkk , *Pedoman Penulisan Tesis, Program Studi Magister Ilmu Hukum*, 21 Juni 2019.
- Ardiansyah, silm oktapani, *Politik Hukum Pemenuhan Hak katas Kesehatan Rakyat Indonesia Berdasarkan UU SJSN dan Undang-Undang BPJS*.
- Arif Saprianto dan Dyah Mutiarin , '*Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Tentang Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan OutCome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta)*', dalam jurnal *Government and Public Policy*, Vol 4., No 1, Februari 2017.
- Ayu wulandari, Sudarman, Ikhsan, "*Inovasi BPJS Kesehatan Dalam Pemberian Layanan Kepada Masyarakat : Aplikasi Mobile JKN*", dalam jurnal *Public Policy jpp@utu.ac.id*, Vol 5, No. 2 Oktober 2019.
- Bahder Johan Nasution, 2005, *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*, Jakarta; Rineka Cipta
- Bahder Johan Nasution, 2013, *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*, Jakarta: Rineka Cipta

- Dr. H ishaq.SH.M.Hum, 2016, *Metode Penelitian Hukum Dan Penulisan Skripsi, Thesis, dan Desertasi*. Bandung : Alfabeta.
- H.A.R. Tillar & Riant Nugroho, , 2012, *Kebijakan Pendidikan (Pengantar Untuk Memahami Kebijakan Pendidikan Dan Kebijakan Pendidikan Sebagai Kebijakan Publik)* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Hubaib Alif Khariza, “Program Jaminan Kesehatan Nasional : Studi Deskriptif tentang Faktor-Faktor Yang dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional,” *Kebijakan dan Manajemen Publik*”3 2015.
- Indonesia.go.id, portal informasi indonesia, “Mengenal 6 fitur baru Aplikasi JKN, diakses 24 Desember 2020.
- Jamkesnew.com ,portal resmi BPJS Kesehatan, ‘Pengembangan KBK BPJS Kesehatan Sorong Sosialisasi peraturan BPJS no 7 tahun 2019’, di akses 18 Oktobr 2019.
- Nikken larasati, *Kuaitas pelayanan program jaminan Kesehatan Nasional dalam Rangka menjamin Perlindungan Kesehatan bagi Peserta BPJS dr. M Soewandi* kota Surabaya , Vol 4 No. 2 Mei-Agtustus 2016.
- Kedua, Jakarta; Kencana.
- Koeswadji, 1984, *Hukum dan Masalah Medik*, Surabaya: Universitas Airlangga,
- Konsideran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.903/Menkes/Per/V/2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
- Leo Agustino, 2008, *Dasar-Dasar Kebijakan Publik* Bandung :Afabet ,
- M Irfan Islamy, 2009*Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara* , Jakarta: Bumi Aksara
- M. Agus Santoso, 2014,*Hukum,Moral & Keadilan Sebuah Kajian Filsafat Hukum*, Ctk.
- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada FKTP.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.903/Menkes/Per/V/2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
- Prima maharani putri, patria bayu murdi, “*Pelayanana kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional sebagai program Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan*”.
- Retma Balqis Bestari, “Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang”, Website : <http://www.fisip.undip.ac.id> / Email : [fisip@undip.ac.id](mailto:fisip@undip.ac.id).
- Sulastomo, 2008, *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*, Jakarta; Rajawali Pers PT. RajaGrafindo Persada.
- Taufik, Hardi Warsono, “*Birokrasi Baru Untuk New Normal: Tinjauan Model Perubahan Birokrasi Dalam Pelayanan Publik di Era Covid-19*”, dalam *Jurnal Ilmu Administrasi Publik*, VOI 2, No 1, Juni 2020.
- Undang – Undang Nomor 26 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang - Undang Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas.
- Undang- Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial: Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 nomor 150,Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456.