

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Umum Tentang BPJS Kesehatan**

##### **2.1.1 Pengertian Jaminan Sosial**

Jaminan sosial adalah perlindungan yang diberikan oleh masyarakat bagi anggota-anggotanya untuk resiko-resiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan, sejauh mungkin, untuk menghindari peristiwa-peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan/atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak.<sup>1</sup>

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

##### **Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN**

Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip pada SJSN:

###### **1. Prinsip Kegotong-royongan**

Prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko

---

<sup>1</sup> Zaeni Asyhadie, 2007. *Aspek-Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*, Mataram: Rajawali Pers. Hlm. 33.

tinggi. Hal ini dapat terwujud karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

## 2. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan. Sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

## 3. Prinsip Portabilitas

Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

## 4. Prinsip Kebersertaan Bersifat Wajib

Kebersertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kebersertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.<sup>2</sup>

### **2.1.2 Pengertian BPJS Kesehatan**

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil,

---

<sup>2</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Jakarta: International Labour Organization. Hlm. 6

Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

BPJS merupakan asuransi kesehatan yang secara umum didasarkan pada gagasan kerja sama di antara sekelompok orang yang membentuk lembaga, organisasi atau ikatan profesi dengan kesepakatan setiap orang membayar sejumlah uang tahunan untuk digunakan sebagai dana berobat bagi anggota yang tertimpa sakit dengan prinsip tertentu. Asuransi adalah sikap ta'awun yang telah diatur dengan sistem yang sangat rapi antara sejumlah besar manusia. Semuanya telah siap mengantisipasi suatu peristiwa, jika sebagian mereka mengalami peristiwa tersebut maka semuanya saling menolong dalam menghadapi peristiwa tersebut dengan sedikit pemberian yang diberikan oleh masing-masing peserta, dengan pemberian tersebut mereka dapat menutupi kerugian-kerugian yang dialami oleh peserta yang tertimpa musibah. Berdasarkan hal tersebut, asuransi adalah ta'awun yang terpuji yaitu saling tolong menolong dalam berbuat kebajikan dan takwa, saling membantu antara sesama, dan mereka takut dengan bahaya yang mengancam mereka.<sup>3</sup>

BPJS Kesehatan merupakan sebuah badan penyelenggara jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial maksudnya ialah mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta guna memberikan perlindungan kepada peserta atas resiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya.

---

<sup>3</sup> [https://id.wikipedia.org/wiki/BPJS\\_Kesehatan](https://id.wikipedia.org/wiki/BPJS_Kesehatan), diakses pada 7 Februari 2024  
Muhammad Syakir Sula, 2004, *Asuransi Syariah (Life and General) Konsep dan Sistem Operasional*, Jakarta : Gema Insani, hlm. 28-29

Sesuai dengan Undang-Undang jaminan kesehatan nasional, BPJS dilaksanakan berdasarkan prinsip kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, yakni seluruh penduduk wajib jadi peserta jaminan sosial dan wajib membayar premi atau iuran tiap bulannya.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.<sup>4</sup>

Di dalam program BPJS jaminan sosial dibagi kedalam 5 jenis program jaminan sosial dan penyelenggaraan yang dibuat dalam 2 program penyelenggaraan, yaitu :

1. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.
2. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian yang direncanakan dapat dimulai mulai 1 Juli 2015.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah peleburan 4 (empat) badan usaha milik negara menjadi satu badan hukum, 4 (empat) badan usaha yang dimaksud adalah PT TASPEN, PT JAMSOSTEK, PT ASABRI, dan PT ASKES. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini berbentuk seperti asuransi, nantinya semua warga Indonesia diwajibkan untuk mengikuti program ini. Dalam mengikuti

---

<sup>4</sup> Asih Eka Putri, 2014. *Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung. Hlm.7

program ini peserta BPJS di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu untuk masyarakat yang mampu dan kelompok masyarakat yang kurang mampu.

Peserta kelompok BPJS di bagi 2 kelompok yaitu:

- a. PBI (yang selanjutnya disebut Penerima Bantuan Iuran) jaminan kesehatan, yaitu PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-undang SJSN yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah
- b. Bukan PBI jaminan kesehatan

### **2.1.3 Sejarah BPJS Kesehatan**

BPJS Kesehatan mulai resmi beroperasi pada 1 Januari 2014. Dasar pendirian beroperasinya BPJS Kesehatan adalah pada tahun 2004 pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.<sup>5</sup>

Namun, cikal bakal jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah dimulai sejak zaman kolonial Belanda. Setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya

---

<sup>5</sup> <https://bpjs-kesehatan.go.id> . Akses 12 Februari 2024.

untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu. Ia mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat. Kondisi saat itu, kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini.

Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya. Hal ini sebagai tindak lanjut dari munculnya Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 230 Tahun 1968 Tentang Peraturan Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri, Penerima Pensiun serta anggota keluarganya, pada tanggal 15 Juli 1968. Atas dasar tersebut, maka tanggal 15 Juli 1968 dimaknai sebagai hari lahir BPDPK yang merupakan cikal bakal BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dalam perjalanan BPDPK, Pemerintah saat itu menginginkan cakupan kepesertaan terus diperluas dan tidak berhenti sampai pada pemeliharaan kesehatan pegawai negeri saja. Selain itu skema BPDPK yang masih menganut sistem *fee for service* dirasa memberatkan dana jaminan kesehatan saat itu.

Pemerintah akhirnya menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. Atas dasar tersebut, BPDPK berubah status dari sebuah badan penyelenggara yang berada di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi Badan Usaha Milik Negara (BUMN), yakni Perum Husada Bhakti (PHB). PHB bertugas meningkatkan program jaminan dan pemeliharaan kesehatan bagi para peserta yang terdiri dari PNS, TNI/Polri, pensiunan, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarga mereka. Harapannya PHB sebagai perusahaan dapat dikelola secara lebih profesional mengelola sebuah program asuransi, dalam hal ini asuransi sosial.<sup>6</sup>

Di era PHB, perusahaan ini terus memperkuat sistem dan program yang dengan prinsip pengelolaan asuransi sosial. Misalnya diterapkan konsep *managed care*, dengan sistem ini diharapkan pelayanan kesehatan bermutu diberikan kepada peserta dengan biaya yang efektif dan efisien. Di era ini sistem klaim perserorangan dan *fee for service* dihapus, dan mulai diterapkan sistem kapitasi di Puskesmas dan sistem paket di rumah sakit. PHB juga memperkuat sistem rujukan, menerapkan konsep dokter keluarga, dan pertama kali menerapkan konsep Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) yang menjadi cikal bakal Formularium Nasional yang saat ini digunakan dalam Program JKN. Alhasil di era PHB, perusahaan ini mengalami penghematan dana jaminan kesehatan yang sebelumnya tidak bisa dilakukan saat masih menjadi BPDPK.

Kinerja PHB yang baik, menginisiasi pemerintah untuk memperluas ruang gerak PHB melalui pelbagai program. Melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992, PHB berubah menjadi PT Askes (Persero), selain peserta *existing*,

---

<sup>6</sup> <https://bpjs-kesehatan.go.id> . Akses 12 Februari 2024.

cakupan kepesertaannya mulai menjangkau karyawan BUMN melalui Program Askes Komersial. Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). Program ini kemudian dikenal menjadi Program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa. PT Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) bekerjasama dengan Pemerintah Daerah, yang ditujukan bagi masyarakat yang belum dilayani oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta.<sup>7</sup>

Sebelum bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan, cakupan kepesertaan PT Askes (Persero) sudah mencapai lebih dari 76 juta jiwa serta jumlah fasilitas kesehatan yang bekerja sama terus meningkat, cakupan manfaat pun semakin luas termasuk menjamin penyakit berbiaya katastrofik. PT Askes (Persero) juga terus mempersiapkan diri untuk memperkuat SDM, infrastruktur dan sistem informasi manajemen dalam rangka bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan sebagai komitmen dalam implementasi UU SJSN dan UU BPJS yang harus diimplementasikan pada 1 Januari 2014. Hal inilah yang menjadi cikal bakal pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

#### **2.1.4 Pertanggungjawaban BPJS**

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim

---

<sup>7</sup> <https://bpjs-kesehatan.go.id> . Akses 12 Februari 2024.

diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Apabila terjadi ketidaksepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang Diberikan Asosiasi fasilitas kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis seperti akomodasi. Misalnya: peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan Iuran biaya tambahan. Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta Penerima Bantuan Iurna (PBI).<sup>8</sup>

BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.

1. Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit dua media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.
2. Periode laporan dimulai dari 1 Januari hingga 31 Desember

---

<sup>8</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Jakarta: International Labour Organization. Hlm. 15

### **2.1.5 Defenisi Kepatuhan Membayar Iuran**

Kepatuhan membayar iuran merujuk pada kewajiban atau tanggung jawab seseorang atau suatu entitas untuk membayar iuran atau kontribusi secara teratur sesuai dengan peraturan atau persyaratan yang berlaku. Menurut Budatmanto dalam Salman dan Sarjono, kepatuhan dapat didefinisikan sebagai tindakan untuk melakukan atau tidak melakukan aktivitas tertentu sesuai dengan peraturan dan hukum yang berlaku. Perilaku kepatuhan adalah tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kewajiban dengan cara yang sesuai dengan peraturan yang berlaku.<sup>9</sup>

### **2.1.6 Kepesertaan**

Peserta JKN terdiri dari seluruh penduduk Indonesia, termasuk warga negara asing yang telah bekerja minimal 6 bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. Kepesertaan JKN dibagi menjadi dua jenis, yaitu:<sup>10</sup>

1. Penerima Bantuan Iuran-Jaminan Kesehatan (PBI-JK) merupakan sebuah program jaminan kesehatan yang ditujukan untuk individu-individu dari kalangan masyarakat yang kurang mampu secara finansial.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari:
  - a. Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah kategori yang mencakup individu yang bekerja di bawah pengawasan pemberi kerja dan menerima gaji atau upah sebagai imbalan. PPU terbagi menjadi PPU yang diatur oleh negara dan PPU yang tidak diatur oleh negara. Contohnya mencakup Pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota

---

<sup>9</sup> Murpratiwi O, Nugroho Teguh Benianto, Sujoko. Analisis Kemudahan Melakukan Pembayaran, Ability To Pay dan Kepatuhan Pembayaran Iuran Peserta Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Pada Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Kantor Cabang Magelang (2020). *J Ekon Bisnis dan Manaj.* 2022;1(4). Hlm. 230–57

<sup>10</sup> Risdianti, Batara AS. Faktor yang Berhubungan dengan Penunggakan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan Mandiri di Kelurahan Bunga Eja Beru Kecamatan Tallo Kota Makasar. *Wind Public Health Journal.* 2021;2(3). Hlm. 06–17

Kepolisian Negara Republik Indonesia, pejabat negara, pegawai pemerintah dan swasta, serta pekerja yang menerima upah. Ini juga mencakup Warga Negara Asing (WNA) yang menerima upah di Indonesia selama minimal enam bulan.

- b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) merujuk pada individu yang bekerja atau memiliki usaha dengan risiko yang ditanggung sendiri. Kategori ini mencakup berbagai profesi seperti notaris, petani, sopir, peternak, pedagang, LSM, nelayan, penyedia jasa, bidan praktik swasta dan pekerja lainnya yang memiliki kemampuan untuk membayar iuran JKN.
- c. Peserta Bukan Pekerja (BP) terdiri dari dua subkategori, yaitu BP Penyelenggara Negara dan BP Non Penyelenggara Negara.
  1. BP Penyelenggara Negara mencakup individu-individu yang termasuk dalam kategori Penerima Pensiun (pejabat Negara, TNI, POLRI, PNS daerah/pusat), veteran dan perintis Kemerdekaan. Mereka adalah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang memiliki status sebagai mantan pejabat negara atau penerima pensiun dari lembaga pemerintah.
  2. BP Non Penyelenggara Negara meliputi individu yang termasuk dalam kategori pemberi kerja, investor dan BP lainnya yang memiliki kemampuan untuk membayar iuran JKN.

### **2.1.7 Besaran Iuran Peserta**

Menurut Peraturan Presiden No. 64 Tahun 2020, mengenai Jaminan Kesehatan, jumlah iuran JKN ditentukan berdasarkan jenis kepesertaan.

Berikut adalah jumlah iuran yang berlaku untuk setiap peserta sesuai ketentuan tersebut:<sup>11</sup>

1. Peserta PBI, merupakan peserta yang tidak membayar iuran dikarenakan iurannya sudah ditanggung dan dibayarkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
2. Peserta PBP memiliki kewajiban membayar iuran sendiri atau melalui pihak lain atas peserta, dengan tarif sebagai berikut:
  - a. Kelas satu dengan tarif Rp.150.000 per bulan untuk satu orang.
  - b. Kelas dua dengan tarif Rp.100.000 per bulan untuk satu orang.
  - c. Kelas tiga dengan tarif Rp.35.000 per bulan untuk satu orang.
  - d. Peserta PPU membayar iuran secara bersama-sama dengan pemberi kerja, dengan ketentuan iuran sebesar 1% dibayarkan oleh peserta terkait dan 4% dibayarkan oleh pemberi kerja

### **2.1.8 Dampak dari Keterlambatan Membayar Iuran**

Keterlambatan pembayaran iuran dapat mengakibatkan beberapa konsekuensi yang dapat menghambat akses peserta terhadap pelayanan kesehatan, seperti yang dijelaskan dalam Perpres No. 64 Tahun 2020. Berikut adalah konsekuensi yang dapat terjadi: <sup>12</sup>

1. Status peserta akan menjadi nonaktif mulai dari tanggal 1 pada bulan berikutnya setelah batas pembayaran iuran jatuh tempo. Dalam kondisi tersebut, layanan jaminan kesehatan akan dihentikan sementara.

---

<sup>11</sup> BPJS Kesehatan [Internet]. BPJS Kesehatan. Available from: <https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/>

<sup>12</sup> Panduan Layanan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), 2018. Rekayasa: Jurnal Teknik Sipil. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Hlm. 1–70

2. Apabila peserta membayar iuran bulanan yang sedang berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan tidak kurang dari 24 bulan, kepesertaan dapat diaktifkan kembali dari penghentian sementara penjaminan pelayanan kesehatan.
3. Jika peserta memerlukan rawat inap dalam waktu 45 hari sejak pengaktifan kembali, peserta akan dikenakan denda pelayanan sesuai ketentuan yang berlaku.

Dengan demikian, penting bagi peserta untuk membayar iuran tepat waktu guna memastikan kelancaran dan kontinuitas akses terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh JKN.

Menurut PP No. 64 Tahun 2020, denda pelayanan juga dikenal sebagai denda keterlambatan pembayaran adalah sebesar 5% dari biaya diagnosis awal pelayanan kesehatan rawat inap, dikalikan dengan jumlah bulan iuran kesehatan yang belum dibayar atau tertunggak. Terdapat beberapa ketentuan terkait denda pelayanan ini, yaitu:

1. Jumlah bulan paling banyak 12 (dua belas) bulan ; dan
2. Besar denda paling tinggi Rp 30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).
3. Pemberi kerja bertanggung jawab membayar denda peserta PPU.

Dengan demikian, jika terjadi keterlambatan pembayaran iuran, peserta akan dikenakan denda berdasarkan perhitungan yang telah ditetapkan. Adapun batas maksimal denda yang dapat dikenakan juga telah diatur agar tidak melebihi jumlah tertentu.

### **2.1.9 Landasan Hukum BPJS Kesehatan**

Peraturan perundang-undangan yang memerintahkan dan memberi kewenangan penyelenggaraan JKN terbentang luas, mulai dari Undang-undang Dasar RI 1945 hingga Peraturan Menteri dan Lembaga. Pemerintah telah mengundangkan 22 (dua puluh dua) Peraturan Perundang-undangan yang menjadi dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan. Hingga akhir Februari 2014, dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan diatur dalam 2 (dua) Pasal Undang-undang Dasar RI 1945, 2 (dua) buah Undang-Undang, 6 (enam) Peraturan Pemerintah, 5 (lima) Peraturan Presiden, 4 (empat) Peraturan Menteri, dan 1 (satu) Peraturan BPJS Kesehatan.

1. Undang-undang Dasar 1945.
2. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
3. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang tata cara pengenaan sanksi administratif kepada pemberi kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja, dan penerima bantuan iuran dalam penyelenggaraan jaminan sosial.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang

Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan. f. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang perubahan ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

6. Peraturan Presiden Nomor 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.
7. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
8. Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Hal ini juga terkait mengenai besaran iuran yang harus dibayarkan oleh peserta BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2020).

## **2.2 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional**

Manfaat adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya. JKN terdiri dari dua jenis, yaitu: Manfaat medis berupa layanan kesehatan yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang diatur oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Termasuk pelayanan obat dan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan preventif dan promotif meliputi:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan
2. Imunisasi dasar
3. Keluarga berencana
4. Skrining kesehatan

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Pelayanan di luar prosedur
- b. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. *General check-up*/pengobatan alternative
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan
- f. Pelayanan kesehatan saat bencana
- g. Percobaan bunuh diri penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri/bunuh diri/narkoba.

Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
  1. Administrasi kesehatan
  2. Pelayanan promotif dan preventif
  3. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
  4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif

5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
6. Tranfusi darah sesuai kebutuhan medis
7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

### **2.3 Defenisi Kepatuhan**

Kepatuhan adalah fenomena yang mirip dengan penyesuaian diri. Perbedaannya terletak pada segi pengaruh legitimasi (kebalikan dengan paksaan atau tekanan sosial), dan selalu terdapat suatu individu, yakni pemegang otoritas.<sup>1</sup> Obedience (kepatuhan) didefinisikan sebagai sikap disiplin atau perilaku taat terhadap suatu perintah maupun aturan yang ditetapkan, dengan penuh kesadaran. Kepatuhan sebagai perilaku positif dinilai sebagai sebuah pilihan. Artinya individu memilih untuk melakukan, mematuhi, merespon secara kritis terhadap aturan, hukum, norma sosial, permintaan maupun keinginan dari seseorang yang memegang otoritas ataupun peran penting.<sup>13</sup>

Kepatuhan membayar iuran merujuk pada kewajiban atau tanggung jawab seseorang atau suatu entitas untuk membayar iuran atau kontribusi secara teratur sesuai dengan peraturan atau persyaratan yang berlaku. Menurut Budatmanto dalam, kepatuhan dapat didefinisikan sebagai tindakan untuk melakukan atau tidak melakukan aktivitas tertentu sesuai dengan peraturan dan hukum yang berlaku. Perilaku kepatuhan adalah tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kewajiban dengan cara yang sesuai dengan peraturan yang berlaku.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Anita Dwi Rahmawati, 2015. *Kepatuhan Santri Terhadap Aturan di Pondok Pesantren Modern*, Thesis: Universitas Muhammadiyah Surakarta. Hlm.3.

<sup>14</sup> Murpratiwi O, Nugroho Teguh Benianto, Sujoko, 2022. *Analisis Kemudahan Melakukan Pembayaran, Ability To Pay dan Kepatuhan Pembayaran Iuran Peserta Mandiri Jaminan*

Darley dan Blass dalam Hartono, kepatuhan merupakan sikap tingkah laku Individu yang dapat dilihat dengan aspeknya mempercayai (belief), menerima (accept) dan melakukan (act) sesuatu atas permintaan atau perintah orang lain. Mempercayai dan menerima merupakan dimensi kepatuhan yang berhubungan dengan sikap individu, sedangkan melakukan atau bertindak termasuk dimensi kepatuhan yang berhubungan dengan aspek tingkahlaku seseorang. Patuh terhadap peraturan berarti perilaku taat dan patuh terhadap peraturan yang berlaku, memiliki sikap menerima serta ikhlas melaksanakan peraturan- peraturan yang berlaku dengan keteguhan hati tanpa paksaan.

Pengertian yang telah dikemukakan di atas tentang kepatuhan terdapat empat unsur utama, yaitu:

1. Adanya pihak yang memiliki otoritas yang menuntut kepatuhan,
2. Adanya pihak yang dituntut untuk melakukan kepatuhan,
3. Adanya obyek atau isi tuntutan tertentu dari pihak yang memiliki otoritas untuk dilaksanakan oleh pihak lain,
4. Adanya konsekuensi dari perilaku yang dilakukan.

Teori kepatuhan telah banyak diteliti pada ilmu-ilmu sosial khususnya dibidang psikologis dan sosiologi yang lebih menekankan pada pentingnya proses sosialisasi dalam mempengaruhi perilaku kepatuhan seorang individu. Menurut Tyler terdapat dua perspektif dalam literatur sosiologi mengenai kepatuhan kepada hukum, yang disebut instrumental dan normatif. Perspektif instrumental mengasumsikan individu secara utuh didorong oleh kepentingan pribadi dan tanggapan terhadap perubahan-perubahan yang berhubungan dengan perilaku.

---

*Kesehatan Nasional: Studi Pada Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Kantor Cabang Magelang* (2020. J Ekon Bisnis dan Manaj. 1(4). Hlm. 230–257

Perspektif normatif berhubungan dengan apa yang orang anggap sebagai moral dan berlawanan dengan kepentingan pribadi. Seorang individu cenderung mematuhi hukum yang mereka anggap sesuai dan konsisten dengan norma-norma internal mereka. Komitmen normatif melalui moralitas personal (*normative commitment through morality*) berarti mematuhi hukum karena hukum tersebut dianggap sebagai suatu keharusan, sedangkan komitmen normatif melalui legitimasi (*normative commitment through legitimacy*) berarti mematuhi peraturan karena otoritas penyusun hukum tersebut memiliki hak untuk mendikte perilaku.

### **2.3.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan**

Menurut Lawreen Green, ada banyak faktor yang mempengaruhi perilaku sehingga menghasilkan perilaku positif. Perilaku positif yang dimaksud di sini adalah perubahan perilaku seseorang, seperti menjadi mampu taat atau tidak taat. Faktor-faktor ini termasuk:<sup>15</sup>

#### **1. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*)**

Faktor-faktor yang sudah ada dan mendorong terjadinya perilaku tertentu disebut faktor predisposisi. Ini melibatkan elemen seperti sikap, pengetahuan, keyakinan, nilai (termasuk tradisi, norma sosial, dan pengalaman), struktur sosial (seperti pekerjaan, tingkat pendidikan, dan suku), serta karakteristik demografis (seperti usia dan jenis kelamin).

#### **2. Faktor pemungkin atau pendukung (*Enabling factors*)**

Faktor pendukung merujuk pada elemen-elemen yang memungkinkan atau memfasilitasi realisasi motivasi atau aspirasi. Hal ini mencakup fasilitas dan

---

<sup>15</sup> Irwan, 2017. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Gorontalo: CV. Absolute. Hlm. 1–227

infrastruktur yang tersedia, bersama dengan lingkungan fisik, seperti metode pembayaran dan potensi sanksi.

### 3. Faktor penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor-faktor yang mendukung atau mendorong perilaku setelah terjadi disebut faktor penguat. Ini mencakup sikap atau tindakan dari individu atau kelompok referensi dalam masyarakat, seperti dukungan dari keluarga atau orang-orang di sekitarnya.

Ada berbagai penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembayaran. Adapun faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan yaitu:

#### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merujuk pada segala informasi yang dimiliki oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), termasuk pengetahuan tentang tanggung jawab pembayaran iuran dan informasi lain yang terkait dengan program JKN. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi perilaku peserta dalam melakukan pembayaran iuran, karena ketidaktahuan tentang iuran dapat meningkatkan risiko ketidakpatuhan peserta dalam melakukan pembayaran. Pemahaman yang mendalam akan memberikan peserta kemampuan untuk membuat keputusan yang lebih positif, termasuk dalam hal mematuhi kewajiban pembayaran premi BPJS.<sup>16</sup>

Hal ini sejalan dengan pandangan teoritis yang diungkapkan oleh Notoatmodjo, yang menyatakan bahwa pengetahuan merujuk pada hasil dari proses pengenalan dan penilaian yang terjadi setelah ketika seseorang mengamati suatu objek atau informasi tertentu. Pengetahuan yang kognitif

---

<sup>16</sup> Adani J, 2019. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pembayaran Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Kota Depok Tahun 2019*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2019, hlm.11.

dianggap sebagai komponen yang sangat penting yang memengaruhi tindakan seseorang.

## 2. Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga merujuk pada total individu yang masih tinggal atau berdiam diri dalam rumah yang sama dengan kepala keluarga, dan masih menjadi tanggungan rumah tangga tersebut untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Jumlah tanggungan dibagi menjadi kategori berikut: <sup>17</sup>

- a. Tanggungan besar, jika banyaknya tanggungan  $> 4$  orang.
- b. Tanggungan kecil, jika banyaknya tanggungan  $\leq 4$  orang.

## 3. Metode Pembayaran

Metode pembayaran merujuk pada cara yang akan digunakan oleh peserta BPJS Kesehatan untuk memenuhi kewajibannya. Bagi peserta mandiri, mereka diwajibkan membayar iuran melalui kanal pembayaran yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan agar mendapatkan akses layanan di fasilitas kesehatan serta mendapatkan jaminan perlindungan dari BPJS Kesehatan. Dalam hal metode pembayaran iuran JKN, BPJS Kesehatan telah menyediakan berbagai opsi saluran pembayaran yang dapat digunakan baik pembayaran secara tunai maupun non tunai. Berikut ini adalah metode pembayaran iuran JKN: <sup>18</sup>

### a. Metode pembayaran tunai

Metode pembayaran tunai adalah suatu cara atau sistem pembayaran di mana transaksi dilakukan dengan menggunakan uang tunai secara langsung.

Dalam metode pembayaran tunai, transaksi biasanya dilakukan secara instan

---

<sup>17</sup> Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022. *Panduan Layanan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)*. Kemenkes. Hlm. 11

<sup>18</sup> *Ibid*

dan langsung. Adapun tempat pembayaran iuran BPJS Kesehatan secara tunai yaitu melalui kantor BPJS Kesehatan, kantor pos, pegadaian, teller bank, agen BRILink, alfamart dan indomaret.

b. Metode pembayaran non-tunai

Metode pembayaran non-tunai merujuk pada cara yang spesifik untuk mengoperasikan atau menerapkan metode pembayaran yang tidak melibatkan uang tunai secara langsung. Adapun pembayaran BPJS Kesehatan non-tunai dapat melalui internet Banking, SMS Banking, mobile Banking, mobile JKN fintech sistem pembayaran dan e-commerce yang menjadi mitra BPJS Kesehatan (GoPay, OVO, Dana, Traveloka, ShopeePay dan Tokopedia).