



Prosedur Pelayanan Kesehatan terhadap Pasien BPJS Kesehatan (Studi pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Serang)

Sefa Martinesya^{1*}, Lizy Marcelina Butarbutar², Fuad Brylian Yanri¹, Wirda Garizahaq¹, Yoga Dwi Setyoko¹

¹Universitas Dharma Indonesia, Indonesia

²Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, Indonesia

*Corresponding Author's e-mail: sefa.martinesya@gmail.com

Article History:

Received: November 30, 2025

Revised: December 3, 2025

Accepted: December 27, 2025

Keywords:

Prosedur, Pelayanan Kesehatan, Pasien, BPJS Kesehatan

Abstract: Ketidaksesuaian antara ketentuan normatif dengan realitas pelayanan kesehatan di lapangan menunjukkan bahwa pentingnya penelitian ini untuk mengkaji secara mendalam mengenai bagaimana negara, melalui rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan publik, memenuhi amanat konstitusi dalam sektor kesehatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis mendalam mengenai sejauh mana prosedur pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS Kesehatan telah direalisasikan dalam praktik pelayanan kesehatan di rumah sakit, khususnya di RSUD Kota Serang. Penelitian ini menggunakan penelitian hukum normatif yang juga menggunakan penelitian lapangan dengan data primer sebagai penunjang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Prosedur pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia belum efektif dan optimal, karena pelaksanaannya belum sepenuhnya mampu menjamin aksesibilitas layanan kesehatan yang merata bagi seluruh peserta BPJS, terutama bagi masyarakat di daerah yang memiliki keterbatasan sarana dan tenaga medis. Sistem rujukan berjenjang yang menjadi syarat utama dalam mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan kerap kali menjadi hambatan, khususnya ketika puskesmas tidak beroperasi 24 jam, dokter tidak selalu tersedia, atau tidak adanya alternatif klinik maupun praktik dokter mandiri yang terjangkau. Akibatnya, masyarakat yang datang langsung ke rumah sakit tanpa rujukan terpaksa ditolak atau diarahkan kembali ke FKTP, meskipun mereka membutuhkan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini penting untuk memberikan gambaran nyata terkait ketimpangan antara ketentuan normatif pelayanan kesehatan dan implementasinya di rumah sakit, khususnya bagi peserta BPJS Kesehatan, karena prosedur pelayanan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan belum berjalan secara efektif, sehingga akses layanan kesehatan belum merata.

Copyright © 2025, The Author(s).

This is an open access article under the CC-BY-SA license



How to cite: Martinesya, S., Butarbutar, L. M., Yanri, F. B., Garizahaq, W., & Setyoko, Y. D. (2025). Prosedur Pelayanan Kesehatan terhadap Pasien BPJS Kesehatan: (Studi pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Serang). *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 4(12), 4242-4254. <https://doi.org/10.55681/sentri.v4i12.5121>

PENDAHULUAN

Hak atas pelayanan, dalam sistem ketatanegaraan Indonesia, merupakan bagian dari hak konstitusional warga negara yang dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup Sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya

jaminan negara terhadap hak tersebut diperkuat dalam ketentuan Pasal 34 ayat (3) UUDNRI 1945 yang menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Pelayanan kesehatan yang merupakan bagian dari hak konstitusional warga negara tersebut menegaskan tanggung jawab negara dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai dan bebas dari diskriminasi bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam pelaksanaannya, hak tersebut diaktualisasikan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang memungkinkan peserta BPJS untuk memperoleh akses terhadap pelayanan medis di fasilitas kesehatan yang telah bermitra, termasuk Rumah Sakit. Namun, implementasi di lapangan masih menyisakan berbagai persoalan, seperti perlakuan diskriminatif terhadap pasien BPJS, waktu tunggu yang lama, pelayanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan medis, hingga persoalan administratif yang menyulitkan pemenuhan hak pasien. Hal ini menimbulkan permasalahan penting mengenai sejauh mana negara hadir dalam menjamin hak-hak dalam pelayanan kesehatan yang adil, manusiawi, dan sejalan dengan prinsip negara hukum yang melindungi martabat warga negara.

Secara filosofis, kata pelayanan kesehatan merupakan perwujudan dari nilai kemanusiaan dan keadilan sosial yang menjadi dasar negara Indonesia seperti tercantum dalam sila kedua dan kelima Pancasila. Hak tersebut tidak hanya merupakan kebutuhan dasar individu, melainkan juga bagian dari martabat manusia yang wajib dijamin dan dilindungi oleh negara. Dalam pandangan filsafat hukum, Negara memiliki peran sentral sebagai penyelenggara kesejahteraan rakyat termasuk dalam hal menjamin akses layanan kesehatan yang setara bagi seluruh warganya tanpa diskriminasi. Konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) menempatkan pemerintah sebagai pemangku kewajiban utama untuk memenuhi hak-hak sosial dan ekonomi warga negara, termasuk hak atas pelayanan kesehatan, sebagai bentuk tanggung jawab moral dan hukum dalam kehidupan berbangsa dan bernegara.¹ Oleh karena itu, setiap bentuk pengabaian terhadap pemenuhan hak pelayanan kesehatan, khususnya bagi pasien peserta BPJS, merupakan pelanggaran terhadap prinsip dasar keadilan dan kemanusiaan yang menjadi landasan utama konstitusi dan filsafat negara.

Adapun secara sosiologis, pelayanan kesehatan yang merata dan layak merupakan kebutuhan pokok masyarakat yang memiliki pengaruh langsung terhadap kualitas hidup, produktivitas sosial, dan keadilan distributif dalam kehidupan bermasyarakat. Ketika akses terhadap pelayanan kesehatan tidak berjalan secara adil, khususnya bagi pasien peserta BPJS yang berasal dari kalangan ekonomi menengah ke bawah, maka akan terjadi kesenjangan sosial yang berpotensi memunculkan ketidakpercayaan terhadap institusi negara. Masyarakat menilai kehadiran negara tidak cukup dirasakan ketika hak-hak dasar, seperti pelayanan kesehatan, tidak diberikan secara optimal atau bahkan dibedakan berdasarkan status keanggotaan jaminan sosial. Dalam masyarakat yang majemuk, keberadaan sistem jaminan kesehatan seperti BPJS seharusnya mampu menciptakan rasa aman sosial (*social security*) dan memperkuat solidaritas antarkelompok sosial.² Oleh karena itu, negara harus menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada peserta BPJS berjalan adil, setara, dan tidak mengabaikan prinsip kesetaraan hak sosial dalam kehidupan masyarakat.

Jaminan terhadap hak atas pelayanan kesehatan selain telah ditegaskan dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUDNRI 1945, juga telah dirumuskan dalam berbagai peraturan perundang-undangan sebagai aturan pelaksana di bawah UUDNRI 1945,

antara lain telah diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut Undang-Undang SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (selanjutnya disebut Undang-Undang BPJS), yang mengatur secara eksplisit mengenai hak peserta BPJS untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan tidak diskriminatif. Selain itu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga menempatkan hak atas kesehatan sebagai bagian integral dari hak asasi manusia.

Hak pasien peserta BPJS dalam konteks jaminan kesehatan nasional diatur dalam Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang SJSN, yang menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk memperoleh jaminan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar hidup layak. Kemudian Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang SJSN, dikatakan bahwa setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Lebih lanjut dalam Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang SJSN, ditegaskan bahwa manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan prinsip portabilitas.

Adapun pada Undang-Undang BPJS, hak peserta sebagai pasien BPJS diatur dalam Pasal 11 huruf a Undang-Undang BPJS, yang menyatakan bahwa peserta berhak memperoleh manfaat jaminan sosial sesuai dengan program yang diikuti. Lebih lanjut dalam Pasal 15 ayat (1) Undang-Undang BPJS, dikatakan bahwa BPJS Kesehatan wajib memberikan informasi yang lengkap dan benar mengenai hak dan kewajiban peserta serta prosedur pelayanan jaminan kesehatan.

Hak pasien dalam Undang-Undang Kesehatan dapat dilihat pada Pasal 4 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan, yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada Pasal 6 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai data dan informasi pelayanan kesehatan. Selanjutnya dalam Pasal 7 huruf c Undang-Undang Kesehatan dikatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh perlakuan yang manusiawi, adil, dan tanpa diskriminasi dalam menerima pelayanan kesehatan. Dengan demikian, secara normatif, negara memiliki kewajiban hukum untuk menjamin bahwa setiap pasien peserta BPJS, sebagai bagian dari warga negara, mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar hukum, profesionalitas medis, dan prinsip keadilan tanpa diskriminasi.

Berdasarkan hasil penelitian sementara melalui wawancara dengan Yoga Dwi Setyoko, selaku Pengurus Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia (FS PMI) Jamkes Watch, pelayanan kesehatan terhadap pasien peserta BPJS yang merupakan pekerja, masih sangat tidak optimal, misalnya saat ada pekerja yang sakit dan dirujuk ke rumah sakit daerah, pasien yang merupakan anggota serikat pekerja kerap dipersulit ketiadaan kamar yang tersedia sesuai dengan kelas, tidak sesuainya obat yang diresepkan, lamanya waktu tunggu saat melakukan berobat jalan, dan lain sebagainya.³

Dengan demikian, meskipun berbagai regulasi telah mengatur secara tegas mengenai hak pasien dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional, termasuk kewajiban negara untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang adil dan layak, namun pada tataran implementasi atau pelaksanaannya, masih ditemukan kesenjangan antara norma hukum dengan realitas di lapangan. Fenomena keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diskriminatif serta keterlambatan pelayanan pada pasien peserta BPJS masih terus terjadi, termasuk di RSUD Kota Serang. Sehingga terdapat kesenjangan antara regulasi yang menjamin hak konstitusional pasien dan pelaksanaan di rumah sakit.

Menurut Yulia Susanti, dkk., kendala lainnya yang dihadapi pasien peserta BPJS terkait dengan proses klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit.⁴ Keterlambatan pengajuan klaim oleh rumah sakit kepada BPJS dapat menyebabkan tertundanya pembayaran, yang pada akhirnya berdampak pada ketersediaan obat dan alat kesehatan bagi pasien. Hal ini menunjukkan adanya tantangan dalam mekanisme administrasi yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien peserta BPJS.⁵

Urgensi penelitian terhadap prosedur pelayanan kesehatan bagi pasien BPJS Kesehatan berangkat dari adanya kewajiban konstitusional negara untuk menjamin hak atas kesehatan sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUDNRI 1945. Hak tersebut kemudian dijabarkan lebih lanjut dalam berbagai perangkat peraturan perundang-undangan seperti Undang-Undang SJSN, Undang-Undang BPJS, dan Undang-Undang Kesehatan, yang secara tegas mengatur hak peserta BPJS untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, adil, dan tanpa diskriminasi. Namun, realitas pelayanan kesehatan di lapangan menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara norma hukum dan implementasinya, antara lain berupa perlakuan diskriminatif, lamanya waktu tunggu, ketidaksesuaian obat, hingga hambatan administratif dalam pemenuhan hak pasien. Kondisi tersebut mengindikasikan adanya celah regulasi maupun kelemahan dalam mekanisme penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berdampak langsung pada tidak terpenuhinya hak konstitusional warga negara. Oleh karena itu, penelitian ini menjadi penting untuk menilai efektivitas regulasi yang ada sekaligus menguji sejauh mana negara benar-benar menjalankan mandatnya sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dalam kerangka negara kesejahteraan.

Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang merata dan layak sebagai bagian dari kualitas hidup dan jaminan keamanan sosial. Keluhan masyarakat, termasuk pekerja yang menjadi peserta BPJS, mengenai sulitnya akses kamar rawat inap, waktu tunggu yang panjang, serta ketidaksesuaian obat dan layanan menunjukkan bahwa implementasi prosedur pelayanan belum berjalan optimal. Selain itu, permasalahan administratif seperti keterlambatan pengajuan klaim oleh rumah sakit turut berdampak pada ketersediaan obat dan alat kesehatan, sehingga memperburuk kualitas layanan yang diterima pasien. Kesenjangan antara substansi hukum dan praktik pelayanan tersebut berpotensi menurunkan kepercayaan publik terhadap negara dan penyelenggara pelayanan kesehatan. Dengan demikian, penelitian ini memiliki urgensi strategis untuk mengidentifikasi hambatan faktual dalam penerapan prosedur pelayanan peserta BPJS, mengevaluasi efektivitas aturan yang berlaku, serta memberikan rekomendasi perbaikan agar prinsip keadilan, nondiskriminasi, dan pemenuhan hak kesehatan dapat terwujud secara nyata dalam sistem pelayanan kesehatan nasional.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan yang akan diteliti mengenai bagaimana prosedur pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia?

LANDASAN TEORI

Konsep negara hukum kesejahteraan (*welfare state*) tidak dapat dilepaskan dari prinsip-prinsip hak asasi manusia, kerena keduanya saling melengkapi dalam memastikan eksistensi negara yang tidak hanya menjamin ketertiban hukum, akan tetapi juga kesejahteraan warganya.⁶ Menurut Karel Vasak, hak asasi manusia terbagi ke dalam tiga bagian, antara lain:

1. HAM generasi pertama, yaitu hak sipil dan politik (*civil and political rights*), seperti hak atas kebebasan dan perlindungan dari kekuasaan negara yang represif.
2. HAM generasi kedua, yaitu hak ekonomi, sosial, dan budaya (*economic, social and cultural rights*), termasuk dalamnya hak jaminan sosial dan pelayanan kesehatan yang layak.
3. HAM generasi ketiga, hak kolektif (*solidarity rights*), seperti hak atas pembangunan, lingkungan hidup yang baik, dan perdamaian.⁷

Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa hak atas pelayanan kesehatan yang diberikan melalui BPJS merupakan bagian dari HAM generasi kedua, yang mewajibkan negara untuk aktif memenuhi kebutuhan dasar masyarakat melalui kebijakan dan pelayanan publik. Hak ini bersifat positif, yang berarti negara tidak boleh hanya bersikap pasif, tetapi harus melakukan tindakan nyata dalam memberikan perlindungan dan pelayanan kesehatan yang merata dan bermartabat.⁸

Negara hukum kesejahteraan memandang bahwa hak-hak sosial, seperti hak atas kesehatan, bukan sekadar fasilitas tambahan, melainkan bagian integral dari hak asasi manusia yang wajib dijamin oleh negara. Dalam hal ini, teori hak asasi manusia, khususnya hak ekonomi, sosial, dan budaya (hak ekosob), menempatkan pelayanan kesehatan sebagai hak dasar yang melekat pada setiap individu dan tidak dapat dicabut oleh siapa pun. Teori negara hukum dan teori hak asasi manusia tersebut bersatu dalam perspektif konstitusi, yaitu terkait hak warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan peran dan tanggung jawab negara dalam menyelenggarakan dan memenuhi fasilitas pelayanan kesehatan warganya. Sejalan dengan konsep negara hukum kesejahteraan dan teori HAM generasi kedua yang menekankan pentingnya peran negara dalam memenuhi hak-hak sosial warga negara, teori keadilan Aristoteles juga dapat memberikan landasan filosofis yang kuat bagi urgensi pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan. Aristoteles, dalam bukunya *Nicomachean Ethics*, membagi keadilan menjadi dua bentuk utama, yaitu keadilan distributif dan keadilan kolektif. Dalam konteks penelitian ini, keadilan distributif yang relevan untuk digunakan sebagai pisau analisis. Aristoteles menekankan bahwa keadilan distributif berkaitan dengan bagaimana negara atau institusi publik membagi sumber daya dan layanan kepada warga negara secara proporsional dan tidak diskriminatif. Keadilan bukan berarti semua orang menerima hal yang sama, akan tetapi setiap orang menerima sesuai dengan hak dan kebutuhannya.⁹

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian hukum normatif, yang bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang prosedur pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia (Studi pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Serang). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan undang-undang dan pendekatan konseptual. Penelitian ini menggunakan berbagai data sekunder seperti peraturan perundang-undangan, teori hukum, dan dapat berupa pendapat para sarjana. Penelitian hukum normatif ini juga menggunakan penelitian lapangan dengan data primer sebagai penunjang. Adapun teknik pengumpulan data di dalam penelitian ini akan dilakukan dengan cara studi dokumentasi dan wawancara yang dilakukan terhadap bapak Mu'ammar, selaku Direktur pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Serang, dan Yoga Dwi Setyoko, selaku Pengurus Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia (FS PMI) Jamkes Watch.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, merupakan regulasi komprehensif yang mengatur hak dan kewajiban warga negara dalam bidang kesehatan, serta menyusun kerangka sistem kesehatan nasional yang terintegrasi, termasuk mekanisme jaminan sosial melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam Undang-Undang Kesehatan tersebut, pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan kesehatan BPJS diatur secara eksplisit sebagai bagian dari upaya negara dalam menjamin terpenuhinya hak konstitusional warga atas kesehatan. Pada BPJS Kesehatan terbagi menjadi dua kategori, yaitu:

1. Peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI), yaitu peserta akan menerima bantuan iuran dari pemerintah yang iuran bulanannya dibayar oleh pemerintah.
2. Peserta BPJS Non Penerima Bantuan Iuran (BPJS Non-PBI), yaitu peserta BPJS yang iuran bulanannya dibayar sendiri oleh peserta BPJS tersebut.

Selanjutnya perbedaan BPJS PBI dan BPJS Non-PBI terletak pada beberapa faktor, antara lain:

1. Sistem Pembayaran: Iuran BPJS Non PBI dibayarkan setiap bulan oleh peserta ataupun perusahaan tempat peserta bekerja, pembayaran dapat dilakukan melalui transfer bank atau *e-wallet*. Bagi peserta BPJS PBI, iuran bulanan ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah, sehingga peserta tidak perlu untuk membayar tagihan serta berobat secara gratis.
2. Besaran Iuran

Tahun 2025, Pemerintah telah menetapkan bahwa kelas perawatan 1, 2, dan 3 akan dihapus paling lambat 30 Juni 2025, hal ini sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Sehingga, berlakunya Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun menjadikan sistem lama tidak berlaku dan digantikan oleh sistem Kelas Rawat Inap Standar (KRIS).

Adanya penghapusan tersebut, maka besaran iuran per kelas lama, yaitu Kelas 1 sebesar Rp150.000,-; Kelas 2 Rp100.000,-; dan Kelas 3 sebesar Rp35.000,- tidak lagi berlaku setelah masa transisi selesai. Namun, selama masa transisi hingga 1 Juni 2025, iuran tetap mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Dengan demikian, setelah penghapusan, seluruh peserta akan ditempatkan dalam sistem KRIS yang tidak membagi ruang rawat berdasarkan elitism kelas, melainkan satu standar pelayanan merata untuk semua peserta JKN. Namun sampai saat ini (pertanggal 7 Agustus 2025), besaran iuran yang berlaku pasca KRIS belum diumumkan secara resmi atau belum ada tarif baru yang dipublikasikan, sehingga iuran saat ini masih mengacu pada ketentuan kelas lama hingga terbitnya regulasi lanjutan.

3. Pendaftaran: Masyarakat yang mempunyai keinginan untuk menjadi anggota peserta BPJS Non-PBI dapat mendaftarkan secara mandiri melalui JKN Mobile. Dalam hal ini, proses serta persyaratan tidak rumit, karena peserta hanya mengisi data diri yang berupa Nomor Induk Kependudukan (NIK) dan Kartu Keluarga (KK). Akan tetapi, ini tidak berlaku bagi peserta BPJS PBI, karena pendaftaran peserta BPJS PBI hanya dapat dilakukan atas rekomendasi dari dinas sosial setempat atau mendaftarkan diri ke perangkat desa/kelurahan dengan sejumlah tahapan untuk menjadi penetapan anggota Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS).

4. Fasilitas Kesehatan: Peserta BPJS Non PBI bebas untuk memilih fasilitas kesehatan terdekat sesuai dengan wilayah domisili. Selain itu, peserta BPJS Non PBI juga mempunyai kesempatan naik kelas perawatan jika ruang rawat inap ditingkatannya sedang penuh. Sementara itu, peserta BPJS PBI hanya mendapatkan akses berobat pada fasilitas tingkat 1 seperti puskesmas saja, peserta juga tidak dapat naik kelas perawatan jika fasilitas kesehatan penuh.

Berdasarkan hal tersebut, maka dapat dikatakan bahwa BPJS PBI dan BPJS Non-PBI berbeda dalam sistem pembayaran, pendaftaran, besaran iuran, serta akses terhadap fasilitas kesehatan. BPJS PBI ditujukan bagi masyarakat yang tidak mampu dengan iuran ditanggung pemerintah dan akses layanan terbatas, sedangkan BPJS Non-PBI mewajibkan peserta membayar iuran sendiri dan memberikan fleksibilitas lebih dalam memilih layanan kesehatan. Pertanggal 30 Juni 2025, sistem kelas 1, 2, dan 3 dihapus dan digantikan oleh sistem KRIS, namun hingga saat ini besaran iuran baru pasca penetapan KRIS belum ditetapkan secara resmi oleh pemerintah.

Adapun prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan dilakukan melalui sistem rujukan berjenjang dan berbasis kapitasi. Hal ini juga dibenarkan oleh Mu'ammarr, selaku Direktur RSUD Kota Serang, bahwa terdapat sistem rujukan berjenjang untuk pasien BPJS. Sistem rujukan berjenjang ini merupakan suatu mekanisme pelayanan kesehatan yang mengharuskan pasien BPJS Kesehatan untuk memulai pelayanan dari tingkat dasar (primer) sebelum dapat mengakses layanan di tingkat lanjutan (sekunder dan tersier), kecuali dalam keadaan gawat darurat atau kondisi khusus tertentu.¹⁰

Sistem berjenjang tersebut diatur dalam tiga tingkatan utama, antara lain:

1. Tingkat Pertama (Primer), disebut sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), seperti:
 - a. Puskesmas
 - b. Klinik Pratama
 - c. Dokter Praktik MandiriDi sini, peserta BPJS Kesehatan menerima pelayanan dasar seperti pemeriksaan umum, pengobatan ringan, tindakan medis sederhana, serta pelayanan promotive dan preventif.
2. Tingkat Lanjutan (Sekunder dan Tersier), yang disebut sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), seperti:
 - a. Rumah Sakit Umum
 - b. Rumah Sakit KhususPasien hanya dapat dirujuk ke FKRTL apabila kondisi kesehatannya tidak dapat ditangani di FKTP, dan memerlukan pemeriksaan atau tindakan spesialistik.

Namun, menurut Mu'ammarr, adanya prosedur rujukan berjenjang ini tidak sepenuhnya diketahui oleh masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, sehingga ketidaktahuan tersebut sering kali menyebabkan kesalahpahaman ketika mereka langsung mendatangi RSUD Kota Serang tanpa melalui prosedur rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti puskesmas, klinik, atau dokter praktik mandiri.¹¹ Akibatnya, RSUD Kota Serang tidak dapat langsung menerima pasien tersebut, hal ini karena penyakit yang diderita pasien belum memenuhi syarat sebagai kondisi gawat darurat atau penyakit kronis tertentu yang dikecualikan dari sistem rujukan., dalam situasi seperti ini, pihak RSUD Kota Serang hanya dapat melayani pasien sebagai pasien umum, atau pasien diarahkan kembali ke FKTP untuk memperoleh rujukan sesuai prosedur.

Adapun, beberapa penyakit yang tidak bisa langsung ditangani di rumah sakit sebagai FKRTL dan harus melalui FKTP terlebih dahulu, hal ini sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1186/2022 tentang Panduan Praktis Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, terdapat 142 (seratus empat puluh dua) penyakit yang dapat ditangani di FKTP sehingga tidak dapat dirujuk ke rumah sakit, antara lain:

Tabel. 1 Daftar Penyakit yang Dapat Ditangani di FKTP sehingga Tidak Dapat Dirujuk ke Rumah Sakit

No.	Diagnosa	No.	Diagnosa
1	Kejang demam	71	Kehamilan normal
2	Tetanus	72	Aborsi spontan komplit
3	HIV/AIDS tanpa komplikasi	73	Anemia defisiensi besi pada kehamilan
4	Tension Headache	74	Rupture perineum tingkat ½
5	Migren	75	Anses folikel rambut / kelenjar sebasea
6	Bellspalsy	76	Mastitis
7	Vertigo	77	Cracked nipple
8	Gangguan Somatoform	78	Inverted nipple
9	Insomnia	79	Diabetes melitus tipe 1
10	Benda asing di konjungtiva	80	Hipoglikemia energi-protein
11	Konjungtivitis	81	Defisiensi vitamin
12	Pendarahan subkonjungtiva	82	Devisiensi mineral
13	Mata kering	83	Dislipidemia
14	Blefaritis	84	Hiperurisemia
15	Hordeolum	85	Obesitas
16	Trikiasis	86	Anemia defisiensi besi
17	Episkleritis	87	Limfadenitis
18	Hypermetropia ringan	88	Demam dengue
19	Myopia ringan	89	Malaria
20	Astigmatism ringan	90	Leptospirosis (tanpa komplikasi).
21	Presbyopia	91	Reaksi anafilaktik
22	Buta senja	92	Ulkus pada tungkai
23	Otitis eksterna	93	Lipoma
24	Otitis media akut	94	Veruka vulgaris
25	Serumen prop	95	Moluskum contagiosum
26	Mabuk perjalanan	96	Herpes simpleks tanpa komplikasi
27	Furunkel pada hidung	97	Impertigo
28	Rhinitis akut	98	Impertigo ulseratif (ektima)
29	Rhinitis vasomotor	99	Folikulitis superfisialis
30	Rhinitis alergika	100	Furunkel, karbunkel
31	Benda asing	101	Eritrasma
32	Epistaksis	103	Erysipelas
33	Influenza	104	Skrofuloderma
34	Pertussis	105	Lepra
35	Faringitis	106	Sifilis stadium 1 dan 2
36	Tonsilitis	107	Tinea kapitis
37	Laringitis	108	Tinea barbe
38	Asma bronkial	109	Tinea fasiculalis
39	Bronchitis akut	110	Tinea corporis
40	Pneumonia, bronkopneumonia	111	Tinea manus
41	Tuberculosis paru tanpa komplikasi	112	Tinea unguium
42	Hipertensi esensial	113	Tinea kruris
43	Kandidiasis mulut	114	Tinea pedis

44	Ulkus mulut (aptosa, herpes)	116	Pityriasis vesikolor
45	Parotitis	117	Kandidosis mukokutan ringan
46	Infeksi pada umbilicus	118	Cutaneus larva migran
47	Gastritis	119	Filariasis
48	Gastroenteritis (termasuk kolera giardiasis)	120	Pediculosis kapitis
49	Refluks gastroesofagus	121	Pediculosis pubis
50	Demam tifoid	122	Skabies
51	Intoleransi makanan	123	Reaksi gigitan serangga
52	Keracunan makanan	124	Dermatitis konkak iritan
53	Penyakit cacing tambang	125	Dermatitis atopic (kecuali recalcitrant)
54	Strongyloidiasis	127	Dermatitis numularis
55	Askariasis	128	Napkin eczema
56	Skistosomiasis	129	Dermatitis seboroik
57	Taeniasis	130	Pityriasis rosea
58	Hepatitis A	131	Akne vulgaris ringan
59	Disentri basiler, disentri amuba	132	Hidradenitis supuratif
60	Hemoroid grade ½	133	Dermatitis perioral
61	Infeksi saluran kemih	134	Miliaria
62	Gonore	135	Urtikaria akut
63	Pielonefritis tanpa komplikasi	136	Exanthematous drug eruption, fixed drug eruption
64	Parafimosis	137	Vulnus laseratum,
65	Sindrom duh (discharge) genital (gonore dan non-gonore	138	Luka bakar derajat 1 dan 2
66	Infeksi saluran kemih bagian bawah	139	Kekerasan tumpul
67	Vulvitis	140	Kekerasan tajam
68	Vaginitis	141	Punctum
69	Vaginosis bakterialis	142	DHF
70	Salpingitis		

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa daftar 142 penyakit di atas tidak dapat dirujuk ke rumah sakit, termasuk RSUD Kota Serang. Menurut Mu'ammar, selaku Direktur RSUD Kota Serang, apabila RSUD Kota Serang tetap menerima pasien peserta BPJS Kesehatan yang datang tanpa rujukan dari FKTP dan menderita penyakit yang tidak tergolong gawat darurat maupun bukan termasuk pengecualian dalam sistem rujukan berjenjang, maka konsekuensinya adalah RSUD Kota Serang tidak dapat mengajukan klaim biaya pelayanan kepada BPJS Kesehatan.

Hal ini disebabkan karena pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan prosedur manajemen rujukan sebagaimana diatur dalam sistem JKN. BPJS Kesehatan hanya menanggung biaya pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan ketentuan yaitu:

1. Dimulai dari FKTP sebagai pintu masuk utama.
2. Rujukan ke FKRTL hanya diberikan berdasarkan indikasi medis yang tidak dapat ditangani di FKTP.
3. Kecuali dalam kondisi gawat darurat, penyakit kronis tertentu, atau pelayanan khusus yang diatur dalam peraturan.

Berdasarkan hal tersebut, dapat dikatakan bahwa jika RSUD Kota Serang melayani pasien tanpa memenuhi ketentuan rujukan tersebut di atas, maka seluruh biaya pelayanan menjadi tanggung jawab RSUD Kota Serang atau harus dialihkan ke pembiayaan pribadi pasien sebagai pasien umum. Hal ini tentu merugikan pihak RSUD Kota Serang, baik

secara finansial maupun administratif, karena beban pelayanan tidak sebanding dengan pendapatan dari skema JKN.

Apabila dikaitkan dengan teori hak asasi manusia, khususnya hak ekonomi, sosial, dan budaya (hak ekosob), menempatkan pelayanan kesehatan sebagai hak dasar yang melekat pada setiap individu dan tidak dapat dicabut oleh siapa pun. Teori negara hukum dan teori hak asasi manusia tersebut bersatu dalam perspektif konstitusi, yaitu terkait hak warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan peran dan tanggung jawab negara dalam menyelenggarakan dan memenuhi fasilitas pelayanan kesehatan warganya.

Dengan demikian, prosedur pelayanan kesehatan melalui rujukan berjenjang bagi peserta BPJS Kesehatan merupakan bentuk konkret dari pelaksanaan hak atas kesehatan yang melekat pada setiap individu. Hak atas pelayanan kesehatan adalah bagian dari HAM yang tidak dapat dicabut, dan negara memiliki kewajiban mutlak untuk menjamin pemenuhannya. Dalam konteks ini, sistem rujukan berjenjang yang mengharuskan pasien memulai pelayanan dari FKTP sebelum memperoleh akses ke RSUD Kota Serang sebagai rumah sakit FKRTL dapat dipahami sebagai upaya regulative negara untuk menjamin pelayanan kesehatan yang efisien dan berjenjang sesuai kapasitas medis. Namun, ketika sistem tersebut tidak disertai dengan pemahaman yang memadai dari masyarakat sebagai peserta BPJS Kesehatan, maka berpotensi menghambat pemenuhan hak atas kesehatan itu sendiri.

Ketidaktahuan masyarakat mengenai prosedur rujukan menjadi hambatan factual dalam mengakses layanan kesehatan, sebagaimana yang terjadi di RSUD Kota Serang. Banyak pasien yang langsung datang ke rumah sakit tanpa rujukan dari FKTP karena tidak memahami adanya sistem berjenjang, di mana dalam keadaan demikian, meskipun pasien merupakan peserta BPJS, RSUD Kota Serang tidak dapat menerima pasien tersebut sebagai peserta JKN, kecuali dalam kondisi darurat atau pengecualian tertentu.

Konsekuensinya apabila RSUD Kota Serang tetap menerima pasien peserta BPJS Kesehatan, maka rumah sakit tidak dapat mengklaim biaya pelayanan ke BPJS Kesehatan, atau pasien harus kembali ke FKTP untuk mendapat rujukan, atau pasien harus membayai sendiri sebagai pasien umum. Sehingga secara administratif, prosedur ini sah, namun dari perspektif HAM hal ini menunjukkan adanya ketimpangan antara norma hukum yang bersifat ideal dengan realitas pelaksanaan yang belum mendukung akses yang merata terhadap hak atas kesehatan.

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa implementasi sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan seringkali tidak berjalan secara ideal, terutama di daerah-daerah yang memiliki keterbatasan infrastruktur kesehatan. Salah satu realitas yang paling sering ditemui adalah fakta bahwa FKTP seperti Puskesmas di sejumlah wilayah tidak beroperasi selama 24 jam penuh, kalaupun ada, keberadaan tenaga medis seperti dokter seringkali tidak standby di tempat, khususnya pada malam hari atau di luar jam kerja regular. Hal ini menyebabkan pelayanan menjadi sangat terbatas, bahkan pada kondisi yang mendesak sekalipun.

Selain itu, banyak daerah, terutama di wilayah pinggiran kota atau pedesaan, tidak memiliki klinik pratama yang terdaftar dalam sistem BPJS, atau sangat terbatas jumlahnya. Jarak antara tempat tinggal masyarakat dengan klinik atau dokter praktik mandiri pun sering kali cukup jauh, sehingga menyulitkan pasien BPJS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar secara cepat. Kondisi geografis, keterbatasan transportasi, serta kurangnya informasi juga menyebabkan kesulitan akses ke FKTP.

Kondisi tersebut menimbulkan dilema tersendiri bagi pasien BPJS. Ketika mereka membutuhkan pelayanan kesehatan di luar jam operasional FKTP, satu-satunya pilihan yang tersedia adalah langsung mendatangi rumah sakit. Namun, sesuai prosedur rujukan berjenjang yang diterapkan BPJS Kesehatan, rumah sakit seperti RSUD Kota Serang tidak dapat melayani pasien BPJS tanpa adanya rujukan dari FKTP, kecuali dalam kondisi gawat darurat atau pengecualian tertentu. Akibatnya, pasien sering kali ditolak atau hanya dapat dilayani sebagai pasien umum dan harus menanggung biaya pelayanan sendiri.

Dalam perspektif konstitusional, sebagaimana tercantum dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945, negara menjamin hak warga negara atas pelayanan kesehatan serta berkewajiban menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Dengan demikian, teori hak asasi manusia menempatkan pelayanan kesehatan bukan sebagai fasilitas yang dapat diakses hanya dengan syarat administratif tertentu, melainkan sebagai hak konstitusional yang harus dijamin pemenuhannya. Ketika prosedur administratif justru menjadi penghalang akses terhadap pelayanan medis yang dibutuhkan, negara dianggap belum sepenuhnya memenuhi tanggung jawabnya atas hak atas kesehatan masyarakat dengan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai di daerah-daerah terpencil, seperti Puskesmas 24 Jam yang dokternya selalu tersedia atau standby di tempat, atau adanya klinik Pratama.

Apabila dikaitkan dengan teori Keadilan, di mana teori keadilan menurut Aristoteles dapat memberikan landasan filosofis yang kuat bagi urgensi pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan. Aristoteles, dalam bukunya *Nicomachean Ethics*, membagi keadilan menjadi dua bentuk utama, yaitu keadilan distributif dan keadilan kolektif. Dalam konteks penelitian ini, keadilan distributif yang relevan untuk digunakan sebagai pisau analisis. Aristoteles menekankan bahwa keadilan distributif berkaitan dengan bagaimana negara atau institusi publik membagi sumber daya dan layanan kepada warga negara secara proporsional dan tidak diskriminatif. Keadilan bukan berarti semua orang menerima hal yang sama, akan tetapi setiap orang menerima sesuai dengan hak dan kebutuhannya.¹²

Dengan demikian, keterbatasan akses masyarakat terhadap FKTP seperti Puskesmas yang tidak buka 24 jam, ketiadaan dokter yang berjaga di Puskesmas, serta ketiadaan klinik pratama atau dokter praktik mandiri, menunjukkan adanya ketimpangan dalam distribusi layanan kesehatan. Aristoteles menyatakan bahwa keadilan distributif menuntut negara untuk mendistribusikan sumber daya dan layanan secara proporsional, berdasarkan kebutuhan dan kondisi masing-masing individua atau kelompok. Artinya, keadilan bukanlah memberikan perlakuan yang sama secara absolut, melainkan memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan hak setiap warga negara. Dalam konteks pelayanan kesehatan pada pasien BPJS, negara seharusnya memastikan bahwa setiap warga negara, terlepas dari lokasi geografis atau kondisi sosial-ekonominya, memiliki akses yang layak dan memadai terhadap FKTP sebagai pintu masuk utama dalam sistem JKN.

Ketika masyarakat di daerah terpencil atau pinggiran kota tidak memiliki FKTP yang beroperasional penuh atau bahkan tidak memiliki akses sama sekali ke dokter, maka sistem rujukan berjenjang yang diberlakukan secara seragam justru menciptakan ketidakadilan struktural. Pasien BPJS Kesehatan sebagai warga negara dipaksa untuk mengikuti prosedur yang dalam kenyataannya tidak dapat diakses dan pada akhirnya terpaksa mendatangi rumah sakit tanpa rujukan. Akibatnya, mereka tidak hanya berisiko ditolak sebagai pasien BPJS, tetapi juga menanggung beban biaya sendiri, atau menghadapi keterlambatan penanganan medis. Negara, dalam hal ini melalui institusi BPJS Kesehatan

dan Kementerian Kesehatan, seharusnya menyesuaikan kebijakan sistem rujukan dengan kondisi faktual di lapangan. Upaya tersebut meliputi penambahan FKTP di daerah sulit akses, penyediaan dokter yang standby, serta membuka jalur pengecualian administratif yang adil bagi wilayah-wilayah dengan keterbatasan.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat dikatakan bahwa prosedur pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia belum efektif dan optimal, karena pelaksanaannya belum sepenuhnya mampu menjamin aksesibilitas layanan kesehatan yang merata bagi seluruh peserta BPJS, terutama bagi masyarakat di daerah yang memiliki keterbatasan sarana dan tenaga medis. Sistem rujukan berjenjang yang menjadi syarat utama dalam mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan kerap kali menjadi hambatan, khususnya ketika puskesmas tidak beroperasi 24 jam, dokter tidak selalu tersedia, atau tidak adanya alternatif klinik maupun praktik dokter mandiri yang terjangkau. Akibatnya, masyarakat yang datang langsung ke rumah sakit tanpa rujukan terpaksa ditolak atau diarahkan kembali ke FKTP, meskipun mereka membutuhkan pelayanan kesehatan.

Situasi ini tidak hanya menimbulkan beban tambahan bagi pasien dan rumah sakit, tetapi juga mencerminkan belum terpenuhinya hak konstitusional warga negara atas pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut menunjukkan kegagalan negara dalam memenuhi kewajiban dasarnya untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang setara dan non-diskriminatif bagi setiap individu. Hak atas kesehatan merupakan hak dasar yang tidak dapat dicabut dan wajib dipenuhi oleh negara tanpa memandang kondisi geografis, sosial, atau ekonomi warga negaranya. Lebih lanjut, bila dianalisis melalui teori keadilan distributif, negara semestinya mendistribusikan layanan kesehatan secara proporsional sesuai dengan kebutuhan masyarakat, bukan secara seragam. Dalam hal ini, masyarakat di daerah terpencil atau kurang berkembang justru memerlukan perhatian dan perlakuan lebih untuk mencapai keadilan yang substansial. Oleh karena itu, regulasi dan sistem pelayanan kesehatan nasional perlu disempurnakan agar mampu menjamin hak asasi setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak dan adil, tanpa terhambat oleh mekanisme prosedural yang tidak adaptif terhadap realitas lapangan.

KESIMPULAN

Prosedur pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia belum efektif dan optimal, karena pelaksanaannya belum sepenuhnya mampu menjamin aksesibilitas layanan kesehatan yang merata bagi seluruh peserta BPJS, terutama bagi masyarakat di daerah yang memiliki keterbatasan sarana dan tenaga medis. Sistem rujukan berjenjang yang menjadi syarat utama dalam mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan kerap kali menjadi hambatan, khususnya ketika puskesmas tidak beroperasi 24 jam, dokter tidak selalu tersedia, atau tidak adanya alternatif klinik maupun praktik dokter mandiri yang terjangkau. Akibatnya, masyarakat yang datang langsung ke rumah sakit tanpa rujukan terpaksa ditolak atau diarahkan kembali ke FKTP, meskipun mereka membutuhkan pelayanan kesehatan.

DAFTAR REFERENSI

1. Asshiddiqie, Jimly. *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara*. (Jakarta: Rajawali Pers, 2020): 53.
2. Soekanto, Soerjono. *Sosiologi Suatu Pengantar*. (Jakarta: Rajawali Pers, 2019): 245

3. Setyoko, Yoga Dwi. Pengurus Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia (FS PMI) Jamkes Watch. Wawancara pada 18 Mei 2025 pukul 20.05 WIB.
4. Susanti, Yulia, Syofirman Syofyan, Khairani, dan Bambang Hermanto. "Hak Pasien dalam Menentukan Layanan Kesehatan dalam Hubungannya dengan Kelas Rawat Inap Standar BPJS Kesehatan". *Jurnal UNES Law Review*, Vol. 6 No. 4, (Juni, 2024): 12188.
5. Taslim, Raditya Kevin Adrianto, dan Andreasta Meliala. "Mekanisme Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Siloam Kupang". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 27 No. 02 (Juni, 2024): 72.
6. Asshiddiqie, Jimly. *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara*. (Jakarta: Rajawali Pers, 2020): 120-121.
7. Vasak, Karel. "Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to Give Force of Law to the Universal Declaration of Human Rights". *UNESCO Courier*, (November, 1977): 29–32. Dikutip dari El-Muhtaj, Majda. *Dimensi-dimensi HAM: Mengurai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya*. (Jakarta: Rajawali Pers, 2018): 151.
8. Latif, Yudi. *Negara Paripurna: Historisitas, Rasionalitas, dan Aktualitas Pancasila*. (Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2021): 315.
9. Aristoteles. *Nicomachean Ethics*. terj. W.D. Ross. (Oxford: Oxford University Press, 2009). Dikutip dari Asshiddiqie, Jimly. *Gagasan Konstitusi Sosial: Institusionalisasi dan Konstitusionalisasi Kebijakan Sosial Ekonomi dalam Negara Hukum Indonesia*. (Jakarta: Konstitusi Press, 2022): 63.
10. Mu'ammar. Selaku Direktur Rumah Sakit Umum (RSUD) Kota Serang. Wawancara pada 10 Juli 2025 pukul 15.00 WIB.
11. Mu'ammar. Selaku Direktur Rumah Sakit Umum (RSUD) Kota Serang. Wawancara pada 10 Juli 2025 pukul 15.00 WIB.
12. Aristoteles. *Nicomachean Ethics*. terj. W.D. Ross. (Oxford: Oxford University Press, 2009). Dikutip dari Asshiddiqie, Jimly. *Gagasan Konstitusi Sosial: Institusionalisasi dan Konstitusionalisasi Kebijakan Sosial Ekonomi dalam Negara Hukum Indonesia*. (Jakarta: Konstitusi Press, 2022): 63.