



Dilema Etik Tenaga Medis dalam Pelayanan Kesehatan Sakit Kritis di Era Jaminan Kesehatan Nasional

Agnes Minarni¹, Diah Arimbi², Anis Retnowati³

¹Sekolah Tinggi Hukum Militer, ²Universitas Jenderal Achmad Yani, ³Universitas Brawijaya, Indonesia

E-mail: agnesminarni@yahoo.com, arimbi2510@gmail.com, anis.retnowati@sthm.ac.id

Article Info	Abstract
Article History Received: 2025-08-05 Revised: 2025-09-12 Published: 2025-10-07 Keywords: <i>Ethical Dilemma; ICU; BPJS; INA-CBGs; Health Law.</i>	Critical illness care in the Intensive Care Unit (ICU) faces serious challenges under Indonesia's National Health Insurance (JKN) system. One key issue is the inadequacy of INA-CBGs tariffs by BPJS Kesehatan, which often fail to cover the real costs of complex treatments. This situation creates ethical dilemmas for medical personnel in applying the principles of beneficence, nonmaleficence, autonomy, and justice. This research aims to analyze the regulatory disharmony and its ethical impact. The study adopts a normative legal method using statutory and regulatory approaches. Results show misalignment between the Health Law No. 17/2023, Government Regulation No. 28/2024, and Ministerial Regulation No. 3/2023, affecting ethical practice and the quality of critical care services.
Artikel Info	Abstrak
Sejarah Artikel Diterima: 2025-08-05 Direvisi: 2025-09-12 Dipublikasi: 2025-10-07 Kata kunci: <i>Dilema Etik; ICU; BPJS; INA-CBGs; UU Kesehatan.</i>	Pelayanan pasien sakit kritis di ruang Intensive Care Unit (ICU) menghadapi tantangan besar di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Salah satunya adalah keterbatasan tarif INA-CBGs dari BPJS Kesehatan yang tidak sebanding dengan kompleksitas dan biaya aktual pelayanan. Hal ini menciptakan dilema etik bagi tenaga medis dalam menjalankan prinsip beneficence, nonmaleficence, autonomy, dan justice. Penelitian ini bertujuan menganalisis disharmonisasi regulasi kesehatan dan dampaknya terhadap etika profesi tenaga medis. Metode yang digunakan adalah penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan. Hasil menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, PP No. 28 Tahun 2024, dan Permenkes No. 3 Tahun 2023, yang berimplikasi pada dilema etik dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan kritis.

I. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak dasar manusia yang dijamin dalam konstitusi Indonesia. Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 menegaskan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera, lahir dan batin, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, negara memiliki kewajiban untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang adil dan berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia. Sebagai bentuk tanggung jawab tersebut, pemerintah membentuk sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 yang mengamanatkan pendirian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. JKN dimaksudkan sebagai sistem pembiayaan kesehatan berbasis asuransi sosial yang menjangkau seluruh penduduk Indonesia, tanpa membedakan latar belakang ekonomi (Kurniawan, 2022).

Namun dalam pelaksanaannya, skema JKN menghadapi tantangan serius, khususnya dalam pembiayaan pelayanan kesehatan berbiaya tinggi seperti perawatan pasien kritis di ruang Intensive Care Unit (ICU). Skema tarif yang

digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah sistem tarif tetap berdasarkan kelompok diagnosis dan prosedur medis yang dikenal dengan INA-CBGs (Indonesian Case Base Groups). Meskipun efisien secara administratif, banyak penelitian menunjukkan bahwa tarif ini tidak mencerminkan biaya aktual yang dibutuhkan rumah sakit (Sari & Nugroho, 2020).

Layanan ICU dikenal sebagai salah satu unit pelayanan yang paling mahal dalam rumah sakit. Penggunaan teknologi tinggi seperti ventilator, alat monitoring lanjutan, serta kebutuhan perawatan intensif 24 jam oleh tenaga kesehatan membuat biaya pelayanan ICU jauh lebih besar dibandingkan pelayanan rawat inap biasa (Örnek et al., 2020). Biaya ini belum sepenuhnya tertutupi oleh tarif INA-CBGs, sehingga menciptakan beban finansial bagi rumah sakit. Akibatnya, muncul kondisi dilematis bagi tenaga medis. Mereka dituntut untuk memberikan pelayanan yang sesuai standar medis dan etika profesi, namun dibatasi oleh regulasi tarif yang tidak mencukupi. Hal ini menciptakan dilema etik, terutama dalam konteks empat prinsip etika biomedis: beneficence, nonmaleficence,

autonomy, dan justice (Beauchamp & Childress, 2019; Wahyuni et al., 2023).

Prinsip beneficence, yaitu kewajiban untuk memberikan manfaat dan mencegah bahaya, menjadi sulit diterapkan secara maksimal. Tenaga medis menghadapi kendala dalam memberikan tindakan medis terbaik karena terbentur keterbatasan tarif BPJS. Misalnya, pemilihan terapi disesuaikan bukan pada kondisi ideal klinis pasien, melainkan pada kemampuan pembiayaan berdasarkan plafon INA-CBGs (Kurniawan, 2022). Lebih jauh lagi, prinsip nonmaleficence atau tidak membahayakan juga sering dikompromikan. Sebagai contoh, pemakaian alat bantu napas seperti HFNC (High Flow Nasal Cannula) yang sebenarnya lebih aman dan nyaman untuk pasien terkadang tidak dipilih karena tarifnya tidak diakomodasi oleh BPJS, sehingga dokter 'dipaksa' memilih ventilator invasif yang berisiko menyebabkan infeksi (Ventilator-Associated Pneumonia) (Yuliana et al., 2024).

Prinsip autonomy atau hak pasien untuk menentukan pilihan perawatan juga terganggu. Pasien dan keluarga sering tidak memiliki pilihan lain selain mengikuti terapi standar sesuai tarif BPJS, karena rumah sakit dilarang menarik iuran tambahan di luar klaim. Larangan ini termuat dalam Permenkes No. 3 Tahun 2023, sehingga pasien kehilangan hak untuk menentukan pilihan medis terbaik karena alasan pembiayaan (Dewi, 2021). Prinsip justice atau keadilan dalam pelayanan juga menjadi isu. BPJS membagi layanan berdasarkan kelas peserta, mulai dari kelas I, II, III, hingga Penerima Bantuan Iuran (PBI). Tarif layanan yang berbeda untuk tiap kelas ini berdampak pada kualitas perawatan yang diterima pasien, yang bertentangan dengan semangat nondiskriminatif dalam UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023 (Wahyuni et al., 2023; Yuliana et al., 2024).

Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit cenderung membatasi akses pasien BPJS ke ruang ICU karena risiko kerugian finansial yang tinggi. Studi Fajri Israq (2022) mengungkapkan bahwa pasien non-BPJS lebih mudah memperoleh perawatan ICU dibandingkan pasien BPJS, yang artinya terdapat ketimpangan akses yang mencederai prinsip keadilan dalam pelayanan. Salah satu akar persoalan adalah disharmoni regulasi antara UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, PP No. 28 Tahun 2024, dan Permenkes No. 3 Tahun 2023. UU dan PP menjamin pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien, sedangkan Permenkes menetapkan

plafon biaya tetap. Ketidaksesuaian ini menimbulkan ketidakpastian hukum bagi rumah sakit dan tenaga medis (Dewi, 2021).

BPJS sebagai penyelenggara pelayanan publik belum secara maksimal menjembatani ketidakseimbangan ini. Padahal berdasarkan UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan UU No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, BPJS wajib memberikan informasi dan pelayanan yang terbuka dan menjamin hak pasien serta perlindungan tenaga medis (Yuliana et al., 2024). Selain itu, evaluasi terhadap klasifikasi pasien PBI perlu dilakukan agar alokasi subsidi lebih tepat sasaran. Data dari BPS dan Kementerian Sosial masih belum sepenuhnya sinkron. Jika subsidi salah sasaran, maka akan semakin memperparah ketimpangan dalam pelayanan ICU (Kemenkes, 2023).

Dalam konteks tersebut, muncul kebutuhan untuk meninjau ulang skema INA-CBGs bagi pasien ICU serta memberikan perlindungan hukum bagi tenaga medis dalam menjalankan prinsip etika profesi. Dukungan dari Kementerian Kesehatan, BPJS, dan pemerintah daerah sangat dibutuhkan dalam menyelaraskan praktik pelayanan dengan regulasi dan amanat konstitusi.

Dengan demikian, penting untuk dilakukan kajian akademik dan hukum terhadap persoalan ini. Penelitian ini hadir untuk menganalisis secara mendalam dilema etik yang dihadapi tenaga medis dalam merawat pasien kritis peserta BPJS, serta merekomendasikan solusi berbasis etika dan keadilan regulatif demi keberlangsungan pelayanan ICU yang bermutu dan bermartabat.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan hukum normatif dengan metode analisis dokumen atau studi kepustakaan. Metode ini dipilih karena permasalahan utama yang dikaji berkaitan dengan analisis terhadap peraturan perundang-undangan dan prinsip-prinsip etika kedokteran dalam konteks sistem jaminan kesehatan nasional. Pendekatan hukum normatif memfokuskan kajian pada norma-norma hukum tertulis dan tidak tertulis yang menjadi acuan dalam praktik pelayanan kesehatan, khususnya pada pasien sakit kritis di ruang Intensive Care Unit (ICU) yang dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Pendekatan utama yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan perundang-undangan (*statute approach*). Pendekatan ini mengkaji dan menelaah secara sistematis

ketentuan hukum positif yang berlaku, terutama Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan UU Kesehatan, serta Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif INA-CBGs. Ketiga peraturan ini menjadi acuan utama dalam menilai adanya disharmoni hukum yang berdampak terhadap munculnya dilema etik bagi tenaga medis.

Selain bahan hukum primer, penelitian ini juga menggunakan bahan hukum sekunder yang meliputi dokumen akademik, buku teks, jurnal ilmiah, hasil penelitian terdahulu, serta artikel ilmiah yang relevan. Jurnal-jurnal yang dikaji mencakup karya ilmiah dalam lima tahun terakhir yang membahas etika kedokteran, pembiayaan kesehatan dalam skema BPJS, pelayanan ICU, dan dilema moral tenaga medis. Penggunaan literatur ini bertujuan memperkaya perspektif normatif dengan sudut pandang empiris dan bioetik.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumen terhadap berbagai sumber hukum dan non-hukum. Sumber hukum dikaji untuk melihat landasan yuridis mengenai hak atas kesehatan, standar pelayanan medis, dan kewenangan BPJS dalam menetapkan skema pembiayaan. Sementara itu, sumber non-hukum dianalisis untuk memahami dinamika praktik di lapangan yang dihadapi oleh rumah sakit dan tenaga medis dalam memberikan pelayanan kepada pasien BPJS di ICU.

Data yang terkumpul dianalisis secara kualitatif menggunakan penalaran deduktif. Penalaran deduktif digunakan untuk menarik kesimpulan dari norma-norma umum yang tercantum dalam peraturan perundang-undangan, untuk kemudian dikaitkan dengan praktik pelayanan kritis di lapangan. Melalui pendekatan ini, penelitian ini berupaya menemukan titik disharmoni antara norma hukum dan praktik implementasinya, serta mengidentifikasi potensi pelanggaran terhadap prinsip-prinsip etik profesi kedokteran.

Dalam menganalisis dilema etik tenaga medis, penelitian ini juga menggunakan kerangka berpikir etika biomedis yang dikembangkan oleh Beauchamp dan Childress (2019), yaitu empat prinsip utama: beneficence, nonmaleficence, autonomy, dan justice. Prinsip-prinsip ini kemudian diuji aplikasinya dalam konteks regulasi BPJS dan praktik pelayanan pasien sakit kritis.

Metode normatif ini juga memperhatikan asas hukum dan asas keadilan sosial sebagaimana tertuang dalam Pancasila dan UUD 1945. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya membahas permasalahan hukum dari sisi positifistik semata, tetapi juga mempertimbangkan nilai-nilai moral, kemanusiaan, dan etika profesi dalam pelayanan publik.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi pembuat kebijakan di bidang kesehatan, BPJS, serta lembaga legislatif dalam memperbaiki sistem jaminan kesehatan nasional agar lebih etis dan berkeadilan.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Disharmoni Regulasi dalam Pelayanan Kesehatan Kritis

Salah satu isu utama yang diangkat dalam penelitian ini adalah disharmoni antara berbagai regulasi yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 menegaskan bahwa pelayanan kesehatan harus berorientasi pada kebutuhan pasien. Pasal 189 ayat (1) huruf b UU Kesehatan menyebutkan bahwa rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien. Bahkan, Pasal 498 PP No. 28 Tahun 2024 menegaskan bahwa pelayanan harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan kesehatan pasien, bukan semata-mata berdasarkan kemampuan biaya atau plafon tarif.

Namun, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan kritis—terutama di ruang ICU—masih dibatasi oleh ketentuan tarif tetap melalui sistem INA-CBGs sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 3 Tahun 2023. Ketentuan ini menyebabkan tidak adanya fleksibilitas bagi rumah sakit untuk menyesuaikan tindakan medis berdasarkan kondisi klinis pasien yang kompleks, khususnya pada pasien dengan penyakit berat atau gagal multiorgan yang membutuhkan waktu lama di ICU. Sistem tarif tersebut menetapkan satu nilai pembayaran berdasarkan kelompok diagnosis, tanpa mempertimbangkan lama rawat, variasi terapi, atau tingkat keparahan pasien. Kondisi ini menyebabkan ketidakseimbangan antara amanat hukum dan implementasi teknis di lapangan, yang secara langsung berdampak

pada tenaga medis dan kualitas pelayanan kepada pasien.

1. Dilema Etik Tenaga Medis dalam Pelayanan ICU

Disharmoni peraturan tersebut menimbulkan dilema etik bagi tenaga medis. Dilema ini terutama terkait dengan empat prinsip utama bioetika yang dikemukakan oleh Beauchamp dan Childress, yaitu *beneficence* (berbuat baik), *nonmaleficence* (tidak membahayakan), *autonomy* (menghargai pilihan pasien), dan *justice* (keadilan).

Dalam konteks *beneficence*, tenaga medis berusaha memberikan pelayanan yang optimal demi kebaikan pasien. Namun, mereka seringkali tidak dapat memberikan perawatan terbaik karena terbentur plafon tarif INA-CBGs. Misalnya, penggunaan obat-obatan atau alat bantu napas yang lebih efektif tapi tidak ter-cover BPJS tidak dapat diberikan karena rumah sakit tidak memiliki dasar hukum untuk menarik selisih biaya dari pasien BPJS. Ini menyebabkan dokter terpaksa menyesuaikan terapi bukan berdasarkan kebutuhan klinis, tetapi berdasarkan skema pembiayaan yang tersedia.

Prinsip *nonmaleficence* juga mengalami tantangan. Tenaga medis dalam beberapa kasus harus memilih prosedur yang memiliki risiko lebih besar karena alasan biaya. Sebagai contoh, pasien dengan gangguan napas berat (seperti ARDS) mungkin membutuhkan terapi HFNC (High Flow Nasal Cannula), namun karena tarifnya tidak tercakup penuh dalam INA-CBGs, tenaga medis cenderung menggunakan ventilator invasif, yang memiliki risiko infeksi seperti Ventilator Acquired Pneumonia (VAP). Keputusan ini meskipun secara administratif dianggap “legal” berdasarkan regulasi BPJS, secara etik dapat merugikan pasien (Yuliana et al., 2024; Kurniawan, 2022).

Dilema etik juga muncul pada aspek *autonomy*. Pasien dan keluarga dalam kondisi sakit kritis tidak memiliki pilihan selain menerima terapi yang ditanggung BPJS, karena aturan Permenkes No. 3 Tahun 2023 secara eksplisit melarang penarikan biaya tambahan. Padahal, dalam prinsip etik medis, pasien memiliki hak untuk memilih atau menolak terapi setelah mendapatkan informasi yang lengkap.

Namun dalam konteks BPJS, pilihan itu tidak tersedia kecuali pasien memiliki asuransi tambahan atau mampu membayar layanan secara mandiri.

Pada prinsip *justice*, sistem BPJS Kesehatan secara teknis justru berpotensi menciptakan ketimpangan. Pembagian kelas layanan berdasarkan kelas kepesertaan menyebabkan perbedaan perlakuan terhadap pasien, termasuk dalam pemberian akses ruang ICU, kualitas alat, serta kelengkapan tindakan medis. Ini bertentangan dengan prinsip keadilan distributif dalam pelayanan kesehatan yang seharusnya tidak membedakan perlakuan berdasarkan status ekonomi peserta (Wahyuni et al., 2023).

2. Implikasi terhadap Mutu dan Keselamatan Pelayanan ICU

Kondisi dilema etik yang dihadapi tenaga medis tidak hanya berdampak pada kesejahteraan psikologis dan profesional mereka, tetapi juga berdampak langsung terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Penelitian Fajri Israq (2022) menunjukkan bahwa rumah sakit lebih cenderung memberikan ruang ICU kepada pasien non-BPJS karena pembiayaannya dianggap lebih realistis dan dapat menutup seluruh komponen biaya. Akibatnya, pasien peserta BPJS yang sedang dalam kondisi kritis berisiko tidak mendapatkan pelayanan yang layak sesuai kondisi medisnya.

Lebih jauh lagi, pelayanan ICU memerlukan fleksibilitas dalam keputusan klinis dan keterlibatan berbagai disiplin ilmu. Dalam situasi keterbatasan biaya, intervensi yang membutuhkan dukungan multidisiplin—seperti terapi nutrisi intensif, penggantian ginjal berkala, atau dukungan psikososial—seringkali tidak diberikan secara maksimal. Hal ini menyebabkan menurunnya kualitas perawatan dan meningkatnya risiko komplikasi bahkan kematian pada pasien ICU peserta BPJS.

Ketidakpastian hukum akibat disharmoni regulasi juga membuat rumah sakit dan tenaga medis enggan mengambil risiko dengan memberikan pelayanan maksimal bila tidak didukung oleh mekanisme pembiayaan yang memadai. Dalam jangka panjang, situasi ini bisa melemahkan sistem pelayanan kesehatan

nasional karena kehilangan kepercayaan dari masyarakat.

3. Rekomendasi Kebijakan dan Strategi Solusi

Untuk mengatasi persoalan tersebut, diperlukan upaya sistemik dari pemerintah, BPJS, dan pemangku kepentingan lainnya. Pertama, perlu dilakukan peninjauan ulang terhadap Permenkes No. 3 Tahun 2023, khususnya dalam hal pengaturan tarif INA-CBGs. Revisi ini harus mempertimbangkan kompleksitas kasus kritis dan memasukkan skema fleksibilitas tarif berbasis kebutuhan medis, bukan sekadar kelompok diagnosis.

Kedua, BPJS Kesehatan perlu membangun sistem pelacakan data yang akurat untuk membedakan peserta yang benar-benar layak menerima subsidi (PBI) dan yang tidak. Dengan data yang lebih presisi, pembiayaan bisa dialokasikan lebih tepat sasaran dan meminimalkan pemborosan (Kemenkes, 2023).

Ketiga, perlu dibuka ruang legal bagi pasien untuk membayar selisih biaya pelayanan apabila terapi yang dibutuhkan tidak ter-cover penuh oleh INA-CBGs, tentunya dengan mekanisme yang transparan dan diawasi oleh negara. Jika tidak, pilihan pasien akan terus dibatasi dan prinsip *autonomy* akan terus tercederai.

Terakhir, BPJS Kesehatan perlu memperkuat keterbukaan informasi kepada publik dan tenaga medis di seluruh rumah sakit. Kehadiran perwakilan BPJS di rumah sakit rujukan akan membantu memberikan edukasi, menjelaskan kebijakan, dan menjadi penghubung antara pasien dan sistem. Ini sejalan dengan amanat UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan UU No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.

IV. SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Pelayanan kesehatan terhadap pasien sakit kritis merupakan bentuk layanan yang sangat kompleks, mahal, dan menuntut ketepatan klinis yang tinggi. Dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pelayanan ini diatur oleh skema pembiayaan INA-CBGs yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Namun, keterbatasan tarif INA-CBGs yang tidak mencerminkan kebutuhan aktual di lapangan menyebabkan disharmoni antara prinsip

pelayanan kesehatan berbasis kebutuhan medis dan praktik pelayanan berdasarkan kemampuan biaya. Disharmoni ini terutama tampak pada ketidaksesuaian antara UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, PP No. 28 Tahun 2024, dan Permenkes No. 3 Tahun 2023.

Ketidaksesuaian regulasi tersebut berimplikasi langsung terhadap munculnya dilema etik bagi tenaga medis, khususnya dalam penerapan prinsip *beneficence*, *nonmaleficence*, *autonomy*, dan *justice*. Tenaga medis sering kali harus menyesuaikan keputusan klinis bukan berdasarkan ilmu kedokteran dan kondisi pasien, melainkan berdasarkan keterbatasan pembiayaan. Hal ini menyebabkan kualitas pelayanan pasien BPJS yang dirawat di ICU menjadi tidak setara dan berpotensi merugikan secara etik maupun medis.

Untuk mengatasi persoalan ini, diperlukan langkah konkret berupa peninjauan ulang tarif INA-CBGs, revisi kebijakan Permenkes terkait larangan menarik selisih biaya, peningkatan keterbukaan informasi oleh BPJS, serta pelibatan pemerintah daerah dalam menjamin subsidi pembiayaan bagi pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selain itu, penting untuk menyusun kebijakan berbasis kebutuhan pasien dan menjamin perlindungan hukum bagi tenaga medis agar dapat menjalankan tugas profesinya sesuai standar etik dan profesionalisme.

Dengan demikian, sistem jaminan kesehatan nasional ke depan perlu lebih menjunjung prinsip keadilan substantif, mengedepankan hak kesehatan sebagai hak asasi manusia, dan menciptakan iklim yang kondusif bagi tenaga medis untuk memberikan layanan yang bermartabat dan berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia.

B. Saran

Pembahasan terkait penelitian ini masih sangat terbatas dan membutuhkan banyak masukan, saran untuk penulis selanjutnya adalah mengkaji lebih dalam dan secara komprehensif tentang Dilema Etik Tenaga Medis dalam Pelayanan Kesehatan Sakit Kritis di Era Jaminan Kesehatan Nasional.

DAFTAR RUJUKAN

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif INA-CBGs.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.
- Kepmenkes RI No. HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Koordinasi Pembayaran Selisih Biaya melalui Asuransi Tambahan.
- Ikatan Dokter Indonesia. (2002). *Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaan*.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Fajri, Israq. (2021). "Analisis Sosio-Yuridis Terkait Pelaksanaan Peraturan Perundang-Undangan/Kebijakan Hukum Terhadap Pelayanan Rawat Intensif Rumah Sakit di Kota Batam Tahun 2019." *Journal of Law and Policy Transformation*, 6(1), 101–119.
- Örnek, T., et al. (2012). "Clinical Factors Affecting the Direct Cost of Patients Hospitalized with Acute Exacerbation of COPD." *International Journal of Medical Sciences*, 9(4), 285–290.
- Bruyneel, A., et al. (2023). "Cost Comparison and Factors Related to Cost per Stay in Intensive Care Units in Belgium." *BMC Health Services Research*, 23(1):986.
- Böhmer, C., et al. (2014). "Factors Influencing Lengths of Stay in the ICU for Trauma Patients." *Critical Care*, 18(4):R143.
- Yuliana, N., et al. (2024). "Evaluasi Implementasi BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rujukan." *Jurnal Kebijakan Publik*.
- Kurniawan, A. (2022). "Peran Etika Profesi dalam Pelayanan ICU di Era JKN." *Jurnal Etika Kedokteran*.
- Wahyuni, L. (2023). "Dilema Etik pada Tenaga Medis di RS Pendidikan." *Jurnal Bioetik*.
- Dewi, S. (2021). "Kepastian Hukum dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional." *Jurnal Hukum Kesehatan*.
- Sari, P. & Nugroho, A. (2020). "Analisis Biaya ICU dan Standar Tarif INA-CBGs." *Health Economics Journal*.
- Wijayanti, P. (2024). "Rumah Sakit, BPJS, dan Kecurangan yang Merugikan Banyak Pihak." *Kompas Health*. Diakses dari: <https://health.kompas.com/read/24L17095238268/rumah-sakit-bpjs-dan-kecurangan-yang-merugikan-banyak-pihak?page=all>
- Binekasri, R. (2025). "Menkes Budi Gunadi Akui Perbedaan Data Masih Jadi Kendala PBI JKN." *CNBC Indonesia*. Diakses dari: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20250715144557-4-649284>
- Karwur, C.E.T., Lumunon, T.H.W., & Tinangon, E.N. (2024). "Pemenuhan Hak Memperoleh Kesehatan Ditinjau dari Pasal 28H Ayat 1 UUD 1945." *Lex Privatum*, 13(2). <https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/lexprivatum/article/view/54002>