

FUNGSI DAN PERLINDUNGAN HUKUM VERIFIKATOR BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN ATAS DUGAAN FRAUD YANG DILAKUKAN FASILITAS KESEHATAN

¹Ni Luh Putu Maithryasari, ²Diah Arimbi, ³Budi Purnomo

^{1,2,3} Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia

*Corresponding Author e-mail: aniluhputu@gmail.com

Article History

Received: September

Revised: September

Published: October

Key Words:

Regulatory

Authority,

Pharmaceutical

Products, Medical

Devices.

Abstract: *The verifiers of the Social Security Administration Agency for Health (BPJS Kesehatan) play a crucial role in maintaining the integrity of the national health insurance system in Indonesia. They are responsible for verifying claims from healthcare facilities to ensure compliance with applicable standards and to prevent fraudulent activities that could harm the system. In performing this role, verifiers often face various risks, including potential legal action or physical threats from parties involved in suspected fraud. Therefore, legal protection for BPJS Kesehatan verifiers is essential. This protection includes preventive and repressive measures that ensure verifiers can carry out their duties independently and objectively, without fear of legal or physical threats. This study examines the function of BPJS Kesehatan verifiers and the legal protection framework available to safeguard them against allegations of fraud by healthcare facilities. Results of this study BPJS Kesehatan verifiers hold a crucial role in ensuring that claims adhere to established standards, preventing fraud, and maintaining transparency within the BPJS Kesehatan system. Their duties include claim verification, document review, and medical checks, and they are also part of the Anti-Fraud Team. To effectively carry out these responsibilities, verifiers are legally protected, allowing them to perform their duties without the risk of facing legal action. This legal protection encompasses both preventive and repressive measures designed to shield them from various threats, whether legal or physical, as long as they operate in accordance with the applicable guidelines.*

Kata Kunci:

Verifikator
Kesehatan, Fraud,
Perlindungan Hukum,
Fasilitas Kesehatan,
Jaminan Sosial.

Abstrack: Verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menjaga integritas sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia. Mereka bertugas memverifikasi klaim dari fasilitas kesehatan untuk memastikan kepatuhan terhadap standar yang berlaku serta mencegah terjadinya tindakan fraud yang dapat merugikan sistem. Dalam menjalankan tugas ini, verifikator sering kali menghadapi berbagai risiko, termasuk kemungkinan adanya ancaman gugatan hukum atau tekanan fisik dari pihak-pihak yang terlibat dalam dugaan fraud. Oleh karena itu, perlindungan hukum bagi verifikator BPJS Kesehatan menjadi sangat penting. Perlindungan ini meliputi ketentuan preventif dan represif yang memberikan jaminan bahwa verifikator dapat menjalankan tugasnya secara independen dan objektif, tanpa rasa takut akan ancaman hukum atau fisik. Penelitian ini mengkaji fungsi verifikator BPJS Kesehatan serta kerangka perlindungan hukum yang tersedia untuk melindungi mereka dalam menghadapi dugaan fraud yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan. Hasil penelitian ini diketahui bahwa Tim Verifikator BPJS Kesehatan memiliki peran krusial dalam memastikan klaim sesuai dengan standar yang ditetapkan, mencegah terjadinya fraud, serta menjaga transparansi dalam sistem BPJS Kesehatan. Tugas mereka mencakup verifikasi klaim, pemeriksaan berkas, dan pengecekan medis, di mana mereka juga menjadi bagian dari Tim Anti Fraud. Untuk menjalankan tugas tersebut, verifikator dilindungi oleh hukum, sehingga mereka dapat bekerja tanpa risiko menghadapi gugatan. Perlindungan hukum ini meliputi aturan preventif dan represif yang dirancang untuk melindungi mereka dari berbagai ancaman, baik hukum maupun fisik, selama mereka menjalankan tugas sesuai dengan pedoman yang berlaku.



Pendahuluan

Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang dijamin oleh Konstitusi Indonesia, sebagaimana tertuang dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945. Pasal ini menekankan bahwa setiap individu berhak hidup sejahtera secara fisik dan mental, memiliki tempat tinggal serta lingkungan yang baik, dan mendapatkan pelayanan kesehatan. Hak kesehatan ini melampaui kebutuhan dasar manusia, menjadi fondasi kesejahteraan masyarakat Indonesia. Kesehatan mencakup aspek fisik, mental, dan spiritual yang harus didukung oleh kebijakan dan program pemerintah yang berkelanjutan.

Pengakuan hak atas kesehatan dalam konstitusi bukanlah sekadar formalitas, melainkan cerminan dari komitmen negara untuk memastikan bahwa setiap orang, tanpa terkecuali, dapat menjalani kehidupan yang bermartabat. Hak kesehatan ini mencakup lebih dari sekadar pemenuhan kebutuhan dasar seperti makanan dan tempat tinggal; ia juga meliputi akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, lingkungan yang bersih dan aman, serta dukungan untuk kesehatan mental dan kesejahteraan spiritual. Dengan kata lain, kesehatan tidak hanya dilihat sebagai kondisi bebas dari penyakit, tetapi sebagai keadaan holistik yang mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan spiritual.

Lebih lanjut, hak atas kesehatan menjadi landasan penting dalam upaya negara untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Kesehatan yang baik merupakan prasyarat bagi tercapainya kehidupan yang produktif dan berkualitas, yang pada gilirannya berkontribusi pada pembangunan bangsa. Oleh karena itu, pemenuhan hak kesehatan memerlukan dukungan yang kuat dari kebijakan publik yang komprehensif serta program-program pemerintah yang berkelanjutan dan berorientasi jangka panjang. Kebijakan ini harus dirancang tidak hanya untuk mengatasi masalah kesehatan saat ini, tetapi juga untuk mencegah masalah kesehatan di masa depan, dengan memperhatikan berbagai determinan sosial yang mempengaruhi kesehatan, termasuk pendidikan, ekonomi, dan lingkungan.

Dengan demikian, hak atas kesehatan tidak dapat dipandang secara parsial atau terpisah dari hak asasi manusia lainnya. Ia harus dilihat sebagai bagian integral dari upaya negara dalam mewujudkan kesejahteraan umum dan menjamin bahwa setiap warga negara dapat menikmati kehidupan yang sehat, aman, dan produktif. Komitmen ini menuntut pemerintah untuk terus berinovasi dan meningkatkan akses serta kualitas pelayanan kesehatan, seraya memastikan bahwa kebijakan yang diterapkan mampu menjawab tantangan dan dinamika yang berkembang dalam masyarakat.

Pemerintah memiliki komitmen kuat dalam menjamin akses layanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh masyarakat, sebagaimana ditegaskan dalam berbagai regulasi hukum yang berlaku di Indonesia. Transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan pada tahun 2014 merupakan tonggak penting dalam sejarah jaminan sosial di Indonesia, menandai perubahan mendasar dalam tata kelola jaminan kesehatan dengan tujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan yang komprehensif dan inklusif bagi seluruh lapisan masyarakat di Indonesia. Dengan demikian, pemerintah tidak hanya berfokus pada penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas, tetapi juga memastikan bahwa setiap warga negara memiliki akses yang adil terhadap layanan tersebut melalui sistem jaminan sosial yang terintegrasi dan berkelanjutan.

Pemerintah Indonesia telah menunjukkan komitmen yang kuat dalam upaya menyediakan akses layanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh lapisan masyarakat. Komitmen ini diartikulasikan dengan jelas dalam berbagai peraturan perundang-undangan, termasuk Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menjadi

landasan bagi upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Indonesia. Undang-Undang ini tidak hanya mengatur mengenai hak dan kewajiban masyarakat dalam bidang kesehatan, tetapi juga menetapkan standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta, untuk menjamin kualitas layanan yang diterima oleh masyarakat.

Selain itu, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran memberikan kerangka hukum bagi pelaksanaan praktik kedokteran yang bertanggung jawab dan beretika. Undang-Undang ini menegaskan pentingnya kompetensi dan profesionalisme dalam praktik kedokteran, serta mewajibkan tenaga medis untuk terus meningkatkan kualitas layanan melalui pendidikan berkelanjutan dan penerapan standar medis yang tinggi. Dengan demikian, masyarakat diharapkan dapat memperoleh pelayanan medis yang aman, efektif, dan sesuai dengan standar internasional.

Salah satu langkah strategis yang diambil pemerintah dalam mewujudkan hak atas kesehatan adalah penerapan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang ini merupakan fondasi bagi penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang komprehensif, mencakup berbagai aspek kehidupan masyarakat, termasuk jaminan kesehatan. Sistem ini dirancang untuk memberikan perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, khususnya bagi mereka yang rentan secara ekonomi, agar mereka tetap memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang diperlukan.

Lebih lanjut, pemerintah memperkuat implementasi SJSN melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun yang mengatur pembentukan BPJS sebagai lembaga yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia. Transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan pada tahun 2014 menandai perubahan besar dalam pengelolaan jaminan kesehatan di Indonesia. Transformasi ini tidak hanya merubah bentuk kelembagaan, tetapi juga memperluas cakupan layanan kesehatan yang disediakan, sehingga mencakup seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali.

BPJS Kesehatan bertugas untuk memastikan bahwa setiap warga negara, tanpa memandang status ekonomi atau sosial, dapat mengakses layanan kesehatan yang diperlukan, mulai dari pelayanan kesehatan dasar hingga spesialisasi. Program ini juga dirancang untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan dengan mengelola sumber daya secara efektif dan efisien. Dalam konteks ini, BPJS Kesehatan berperan sebagai jembatan antara masyarakat dan fasilitas kesehatan, memastikan bahwa kebutuhan kesehatan masyarakat terpenuhi dengan layanan yang berkualitas dan merata di seluruh wilayah Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di bawah BPJS Kesehatan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, bertujuan memastikan seluruh warga negara mendapatkan akses layanan kesehatan yang komprehensif. Namun, program ini menghadapi berbagai tantangan, termasuk potensi kecurangan (fraud) yang berdampak pada anggaran dan kualitas pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan dan pemerintah telah menerapkan berbagai langkah pencegahan, namun deteksi terhadap fraud belum sepenuhnya efektif, sehingga diperlukan pengawasan yang lebih ketat untuk menjaga integritas dan keberlanjutan program JKN.

Tugas utama yang diemban oleh verifikator BPJS Kesehatan mencakup beberapa aspek penting yang bertujuan untuk memastikan keabsahan dan kepatuhan klaim yang diajukan oleh penyedia layanan kesehatan. Pertama, verifikator melakukan pemeriksaan administratif yang melibatkan pengecekan kelengkapan dan keakuratan dokumen klaim yang diajukan oleh provider, memastikan bahwa semua dokumen tersebut telah memenuhi ketentuan yang berlaku. Kedua, verifikator melakukan pemeriksaan medis untuk memastikan bahwa layanan

medis yang diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan standar medis yang berlaku dan aturan yang telah ditetapkan. Ketiga, verifikator bertanggung jawab untuk melaporkan dan menindaklanjuti temuan klaim yang mencurigakan atau tidak sesuai dengan ketentuan, serta melakukan tindakan lanjut berdasarkan prosedur yang telah ditetapkan untuk menjaga integritas sistem klaim BPJS Kesehatan.

Proses verifikasi klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan dilakukan melalui beberapa aplikasi, antara lain Pcare Sigap, VIDDI, dan Apotek Online. Berdasarkan hasil verifikasi, klaim dapat diklasifikasikan ke dalam empat kategori: layak, tidak layak, pending, dan dispute. Setelah verifikasi, hasil dari aktivitas ini akan didokumentasikan dan disampaikan kepada pihak terkait melalui dokumen bukti hasil verifikasi. Untuk klaim dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), hasil verifikasi didokumentasikan dalam bentuk Umpan Balik Hasil Verifikasi. Sementara itu, untuk klaim dari Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), hasil verifikasi dituangkan dalam Formulir Persetujuan Hasil Verifikasi (FPK).

Jika sebuah klaim dikategorikan sebagai tidak layak, pending, atau dispute, maka proses klaim akan berlanjut dengan pengecekan lebih lanjut terhadap berkas klaim tersebut dan pengiriman bukti hasil verifikasi kepada fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Dalam hal klaim dinyatakan tidak layak, langkah selanjutnya adalah melakukan registrasi klaim melalui aplikasi BOA berdasarkan dokumen klaim yang dinyatakan layak pada aplikasi VIDDI, kemudian hasil verifikasi tersebut akan disampaikan kembali kepada fasilitas kesehatan. Proses ini memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan benar-benar sesuai dengan standar dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, sehingga dapat meminimalisir terjadinya fraud dan menjaga efisiensi dalam pengelolaan keuangan negara (Manajemen Jaminan Pelayanan Kesehatan, 2023).

Peran verifikator sangat krusial dalam menjaga keberlanjutan dan integritas sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Mereka bertindak sebagai penjaga gerbang yang memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan memenuhi syarat dan ketentuan yang ada. Dengan adanya sistem verifikasi yang ketat, diharapkan potensi kecurangan dapat diminimalisir, sehingga dana yang tersedia dapat digunakan secara optimal untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh peserta JKN di Indonesia. Verifikator BPJS Kesehatan memiliki tanggung jawab penting dalam tiga aspek utama. Pertama, dalam pencegahan, verifikator berperan untuk memastikan setiap klaim diverifikasi secara cermat, sehingga ketelitian dalam verifikasi dapat mengurangi kesempatan bagi provider untuk melakukan kecurangan. Kedua, dalam deteksi, melalui proses verifikasi yang ketat, verifikator dapat mendeteksi adanya indikasi fraud.

Mereka yang menemukan ketidaksesuaian atau pola yang mencurigakan wajib melaporkannya untuk penyelidikan lebih lanjut. Ketiga, dalam penegakan hukum, temuan verifikator yang menunjukkan adanya indikasi fraud dapat menjadi dasar bagi BPJS Kesehatan untuk mengambil tindakan hukum terhadap provider yang melakukan kecurangan. Ini bisa mencakup pemutusan kontrak kerja sama, sanksi administratif, atau pelaporan ke pihak berwenang untuk proses hukum lebih lanjut. Menurut survei Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) dalam laporan yang dikenal sebagai Report to the Nations (RTTN) on Occupational Fraud and Abuse, kerugian yang dialami suatu organisasi karena fraud diperkirakan mencapai sekitar 5% dari pendapatan kotor organisasi (ACFE, 2020).

Namun dalam pelaksanaan proses verifikasi seringkali terjadi ketidaksepemahaman antara Verifikator BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan (Faskes) atas klaim pending, dispute ataupun tidak layak. Faskes berusaha untuk dapat mengklaim lebih tinggi

(upcoding) ataupun pemecahan episode layanan (fragmentasi dan readmisi) agar mendapatkan keuntungan finansial. Disatu sisi Verifikator sudah melakukan verifikasi sesuai dengan bisnis proses dan ketentuan yang berlaku. Salah satu contohnya penagihan klaim dengan pengkodean malnutrisi pada keganasan, malnutrisi pada Diabetes Melitus dan malnutrisi pada Tuberculosis. Fasilitas kesehatan menambahkan kodingan malnutrisi pada ketiga diagnosa tersebut agar terjadi peningkatan biaya klaim tanpa disertai penambahan hari rawat ataupun penanganan spesifik terhadap malnutrisinya sehingga verifikator melakukan aksi pending. Dikarenakan tetap tidak mendapatkan titik tengah setelah dilakukan aksi pending maka verifikator melakukan aksi dispute atas persetujuan Claim Adviser. Dispute klaim tersebut seringkali membutuhkan waktu lama untuk penyelesaiannya dikarenakan belum mencapai titik temu antara Faskes dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan menganggap verifikator BPJS Kesehatan sengaja mempersulit klaim tersebut untuk dapat dibayarkan dalam waktu segera, hal ini seringkali menjadi potensi untuk terjadinya tuntutan terhadap verifikator klaim. Dikarenakan belum adanya tulisan yang membahas terkait fungsi dan perlindungan verifikator BPJS Kesehatan dalam hukum maka penelitian ini masih sangat orisinal mengingat data yang digunakan adalah data-data yang terbaru.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis normatif yang menelaah sumber-sumber literatur dan undang-undang terkait regulasi fraud, perlindungan hukum, dan jaminan kesehatan. Fokus utama penelitian ini adalah menganalisis peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan, serta mengevaluasi perlindungan hukum yang diberikan kepada verifikator BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugasnya. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini meliputi aspek deskriptif dan preskriptif analitik. Aspek deskriptif bertujuan untuk menjelaskan regulasi dan menganalisis permasalahan yuridis dalam pelaksanaan JKN, termasuk peran dan tanggung jawab verifikator BPJS Kesehatan. Sementara itu, pendekatan preskriptif analitik bertujuan memberikan rekomendasi hukum untuk mengatasi tantangan yang dihadapi oleh verifikator, terutama dalam pengendalian fraud, serta merumuskan upaya memperkuat perlindungan hukum bagi verifikator BPJS Kesehatan. Penelitian ini menggunakan beberapa pendekatan, yaitu pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan analitis, dengan data primer yang diperoleh dari wawancara dan data sekunder dari dokumen resmi. Bahan hukum yang digunakan meliputi bahan hukum primer, sekunder, dan tersier. Pengolahan data dilakukan secara kualitatif dengan menyajikan hasil analisis dalam bentuk deskriptif, yang kemudian disimpulkan secara deduktif maupun induktif untuk memberikan pemahaman yang mendalam terhadap masalah yang diteliti.

Hasil dan Pembahasan

Fungsi dan Kedudukan Hukum Verifikator BPJS dalam Struktur Organisasi BPJS Kesehatan

Peran verifikator dalam mencegah fraud dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan sangatlah krusial. Verifikator memiliki sejumlah tanggung jawab yang harus dipenuhi untuk memastikan integritas dan keakuratan proses klaim. Salah satu tugas utama verifikator adalah menggunakan Aplikasi Verifikasi dalam setiap pemeriksaan klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan (Faskes). Aplikasi ini menjadi alat utama dalam memeriksa kebenaran data yang diajukan, sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan (Peraturan

BPJS Kesehatan No. 3 Tahun 2019 Pasal 8) yang mengharuskan proses verifikasi dilakukan secara digital untuk meningkatkan efisiensi dan transparansi.

Selanjutnya, verifikator harus memastikan bahwa verifikasi klaim dilakukan sesuai dengan kaidah INA-CBG (Indonesian Case-Based Groups) dan ketentuan lainnya seperti Pedoman Pelaksanaan, Petunjuk Teknis, dan Surat Edaran yang relevan. Kaidah INA-CBG, yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 77 Tahun 2019 Pasal 5, digunakan untuk menentukan tarif pelayanan kesehatan berdasarkan diagnosis dan prosedur yang dilakukan. Verifikator harus memverifikasi bahwa klaim sesuai dengan diagnosis dan tindakan yang sebenarnya terjadi agar tidak terjadi penyimpangan yang dapat menyebabkan kerugian finansial bagi BPJS Kesehatan.

Koordinasi yang efektif antara verifikator dan Faskes juga merupakan bagian penting dari tanggung jawab verifikator. Mereka harus memastikan bahwa dokumen pengajuan klaim disiapkan dengan benar dan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Ketentuan mengenai koordinasi ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2020 Pasal 9, yang menekankan pentingnya kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Faskes untuk menjaga keakuratan data klaim dan menghindari potensi fraud.

Dalam hal kerahasiaan data medis, verifikator diwajibkan untuk menjaga informasi medis yang terkandung dalam pengajuan klaim dengan sangat hati-hati. Kerahasiaan data ini diatur dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 12 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis Pasal 7. Pelanggaran terhadap kerahasiaan data dapat mengakibatkan hilangnya kepercayaan publik dan berdampak negatif pada reputasi BPJS Kesehatan.

Verifikator juga bertanggung jawab untuk memelihara dan menyimpan data berkas pengajuan klaim secara aman dan teratur. Pemeliharaan data yang baik penting untuk memastikan bahwa semua klaim terdokumentasi dengan lengkap dan dapat diakses bila diperlukan untuk audit atau pengecekan ulang. Hal ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 4 Tahun 2020 Pasal 6, yang mengatur tata kelola dokumen dan arsip dalam lingkungan pelayanan publik.

Verifikator harus memastikan bahwa Faskes mengajukan klaim tepat waktu sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Ketepatan waktu dalam pengajuan klaim sangat penting untuk menghindari keterlambatan pembayaran dan penundaan proses. Aturan mengenai batas waktu pengajuan klaim diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 5 Tahun 2020 Pasal 11, yang menetapkan jadwal pengajuan klaim oleh Faskes untuk memastikan bahwa klaim diproses dan dibayar tepat waktu.

Terakhir, verifikator harus melakukan pelaporan dan pertanggungjawaban proses verifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pelaporan yang akurat dan tepat waktu merupakan bentuk akuntabilitas yang penting dalam menjaga transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan klaim. Hal ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 6 Tahun 2020 Pasal 15, yang mengatur standar operasional prosedur verifikasi klaim serta aturan terkait lainnya.

Dengan menjalankan tugas-tugas ini sesuai dengan ketentuan hukum, verifikator berperan penting dalam mencegah terjadinya fraud dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, serta memastikan bahwa proses verifikasi klaim berlangsung dengan akurat dan sesuai aturan yang berlaku. Kemudian, Wewenang verifikator dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan sangatlah penting dan mencakup beberapa aspek yang krusial untuk memastikan keabsahan dan kelengkapan data klaim. Pertama, verifikator memiliki wewenang untuk

meminta klarifikasi terhadap klaim yang diajukan oleh Fasilitas Kesehatan (Faskes). Klarifikasi ini dilakukan ketika terdapat ketidaksesuaian atau keraguan terhadap informasi yang disampaikan dalam pengajuan klaim. Proses ini penting untuk memastikan bahwa semua informasi yang diberikan benar-benar sesuai dengan kondisi pasien dan prosedur medis yang telah dilakukan, sehingga tidak ada data yang menyesatkan atau berpotensi menyebabkan kesalahan dalam pembayaran klaim.

Selain itu, verifikator juga berwenang untuk memeriksa kesesuaian berkas klaim dengan ketentuan yang berlaku. Pemeriksaan ini mencakup verifikasi apakah dokumen yang diajukan oleh Faskes telah lengkap dan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Ini termasuk memastikan bahwa semua formulir, laporan, dan bukti pendukung telah dilampirkan dengan benar. Jika ditemukan kekurangan atau ketidaksesuaian, verifikator berhak untuk menolak atau meminta perbaikan berkas sebelum proses klaim dapat dilanjutkan. Langkah ini krusial untuk mencegah terjadinya fraud atau kesalahan dalam proses pembayaran klaim yang bisa merugikan pihak BPJS Kesehatan maupun peserta.

Lebih lanjut, verifikator memiliki wewenang untuk meminta kelengkapan berkas pendukung seperti Surat Izin Praktik (SIP) dari tenaga medis yang terlibat, resume medis yang merinci kondisi pasien, serta laporan operasi jika ada tindakan bedah yang dilakukan. Berkas-berkas pendukung ini diperlukan untuk memastikan bahwa semua prosedur medis telah dilakukan sesuai dengan standar profesi dan bahwa klaim yang diajukan benar-benar mencerminkan layanan yang diberikan. Dalam hal ini, verifikator bertindak sebagai pengawas untuk memastikan bahwa tidak ada tindakan medis yang dilebih-lebihkan atau tidak sesuai dengan standar pelayanan yang seharusnya.

Terakhir, jika diperlukan, verifikator juga memiliki wewenang untuk melakukan pengecekan langsung ke catatan medis (Medical Record) pasien. Pengecekan ini dilakukan untuk memastikan bahwa informasi yang tercantum dalam pengajuan klaim sesuai dengan catatan medis yang dimiliki oleh Faskes. Ini adalah langkah penting dalam mencegah terjadinya penipuan atau penggelapan informasi yang bisa terjadi jika klaim disusun berdasarkan data yang tidak akurat atau sengaja dimanipulasi. Dengan melakukan pengecekan langsung ke Medical Record, verifikator dapat memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan memang berdasarkan fakta medis yang telah didokumentasikan dengan baik oleh tenaga medis yang berwenang. Secara keseluruhan, wewenang verifikator ini dirancang untuk memastikan bahwa seluruh proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan berjalan sesuai dengan prinsip kejujuran, akurasi, dan kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku, serta untuk melindungi sistem dari potensi fraud atau penyalahgunaan yang dapat merugikan seluruh pihak yang terlibat.

Tim verifikator memiliki posisi strategis dalam struktur organisasi BPJS Kesehatan, dimana mereka tergabung dalam Tim Anti Fraud yang dibentuk khusus oleh BPJS Kesehatan. Tim ini bertugas sebagai unit pengawasan internal yang bertanggung jawab atas pencegahan dan penanganan dugaan tindakan fraud, baik yang dilakukan secara internal maupun eksternal. Peran utama dari tim verifikator ini adalah melakukan verifikasi terhadap klaim yang diajukan, memastikan bahwa setiap klaim tersebut sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku, serta mengidentifikasi setiap indikasi penyimpangan yang berpotensi merugikan sistem BPJS Kesehatan.

Dalam menjalankan tugasnya, tim verifikator bekerja sebagai bagian dari sistem pertahanan pertama terhadap fraud dalam operasional BPJS Kesehatan. Mereka tidak hanya bertugas memeriksa dokumen dan berkas klaim, tetapi juga memantau proses pengajuan klaim

untuk mendeteksi pola atau praktik yang mencurigakan yang dapat mengindikasikan adanya upaya penipuan. Sebagai bagian dari Tim Anti Fraud, tim verifikator juga dilengkapi dengan wewenang khusus untuk melakukan investigasi lebih lanjut jika ditemukan indikasi kuat adanya fraud, serta berkoordinasi dengan bagian lain dalam BPJS Kesehatan untuk mengambil tindakan yang tepat. Kedudukan tim verifikator dalam Tim Anti Fraud ini sangatlah penting karena mereka menjadi garda terdepan dalam upaya mencegah kerugian yang lebih besar bagi BPJS Kesehatan. Dengan fokus utama pada pencegahan, mereka berperan untuk memastikan bahwa sistem BPJS Kesehatan tetap berjalan dengan integritas yang tinggi, serta meminimalkan risiko terhadap potensi fraud yang bisa merusak kepercayaan publik terhadap layanan kesehatan yang disediakan. Selain itu, keberadaan tim verifikator dalam Tim Anti Fraud juga menunjukkan komitmen BPJS Kesehatan dalam membangun budaya transparansi dan akuntabilitas dalam setiap aspek operasionalnya.

Jika dikaitkan dengan teori kontingensi, peran tim verifikator dapat dilihat sebagai upaya adaptif yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk menyesuaikan pengelolaan klaim dan pencegahan fraud berdasarkan situasi dan kondisi yang ada. Teori kontingensi menyatakan bahwa tidak ada satu cara terbaik untuk mengelola organisasi; sebaliknya, keberhasilan suatu organisasi bergantung pada bagaimana struktur, proses, dan strategi disesuaikan dengan lingkungan eksternal dan internalnya. Dalam konteks BPJS Kesehatan, tim verifikator berfungsi sebagai mekanisme adaptif yang memungkinkan organisasi merespons kompleksitas dan risiko yang muncul dari pengelolaan klaim kesehatan, termasuk risiko hukum terkait fraud.

Dari perspektif ilmu hukum, keberadaan tim verifikator ini juga penting dalam upaya penegakan hukum dan kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku. Dengan memastikan bahwa setiap klaim telah diverifikasi secara akurat dan sesuai dengan ketentuan hukum, tim verifikator membantu mencegah terjadinya pelanggaran hukum yang dapat berakibat pada sanksi administratif atau bahkan pidana. Fungsi ini juga mendukung prinsip akuntabilitas dan transparansi dalam pelayanan kesehatan, yang merupakan aspek penting dalam menjaga integritas sistem hukum dan kepercayaan publik terhadap BPJS Kesehatan. Secara keseluruhan, tim verifikator berfungsi sebagai garda terdepan dalam upaya pencegahan fraud dan penegakan hukum di lingkungan BPJS Kesehatan, dengan tugas yang didasarkan pada prinsip adaptasi yang sejalan dengan teori kontingensi serta kepatuhan terhadap regulasi hukum yang berlaku.

Perlindungan Hukum terhadap Verifikator BPJS Kesehatan dari Risiko Gugatan Hukum Internal dan Eksternal

Perlindungan hukum terhadap verifikator BPJS Kesehatan, yang dihadapkan pada risiko gugatan hukum akibat temuan dugaan fraud di fasilitas kesehatan, dapat dianalisis melalui lensa teori perlindungan hukum yang dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon. Teori ini membagi perlindungan hukum menjadi dua jenis utama yaitu perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif.

Perlindungan hukum preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya sengketa atau pelanggaran hukum melalui penetapan aturan yang jelas dan panduan prosedural yang harus diikuti oleh pihak-pihak yang berkepentingan. Dalam konteks BPJS Kesehatan, perlindungan preventif bagi verifikator diwujudkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan ini menetapkan pedoman dan prosedur yang jelas bagi verifikator dalam menjalankan tugas verifikasi klaim dari fasilitas kesehatan. Dengan adanya

pedoman ini, verifikator dipandu untuk melakukan pekerjaannya secara profesional, objektif, dan berdasarkan data serta bukti yang valid, sehingga dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya pelanggaran hukum atau penyimpangan dalam pelaksanaan tugas mereka. Ini berarti bahwa selama verifikator mematuhi prosedur yang ditetapkan, mereka dilindungi dari risiko gugatan hukum yang mungkin timbul akibat temuan dugaan fraud.

Di sisi lain, perlindungan hukum represif adalah bentuk perlindungan yang bertujuan untuk menyelesaikan sengketa atau masalah hukum yang muncul setelah terjadinya pelanggaran atau tuduhan. Perlindungan ini menjadi relevan ketika verifikator BPJS Kesehatan menghadapi gugatan hukum akibat keputusan atau tindakan yang mereka ambil dalam menjalankan tugasnya. Dalam hal ini, Pasal 27 Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memberikan jaminan bahwa pegawai BPJS, termasuk verifikator, dilindungi dari segala bentuk ancaman, baik fisik maupun hukum, yang timbul akibat pelaksanaan tugasnya. Perlindungan ini diperkuat oleh KUHP Pasal 50, yang menyatakan bahwa seseorang tidak dapat dihukum jika menjalankan perintah jabatan yang sah. Ini berarti bahwa selama tindakan verifikator dilakukan sesuai dengan aturan dan dalam rangka melaksanakan tugas yang diberikan oleh BPJS Kesehatan, mereka tidak dapat dijerat oleh tuntutan hukum.

Teori perlindungan hukum oleh Hadjon ini menegaskan pentingnya adanya jaminan dan kepastian hukum bagi individu yang menjalankan tugas dalam kerangka hukum yang telah ditetapkan. Bagi verifikator BPJS Kesehatan, hal ini berarti bahwa selama mereka bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku dan didukung oleh bukti yang kuat, mereka dilindungi dari segala bentuk risiko hukum yang mungkin timbul akibat pelaksanaan tugas mereka. Perlindungan ini memberikan rasa aman dan kepastian bagi verifikator dalam menjalankan tugasnya, memungkinkan mereka untuk fokus pada upaya pencegahan dan penanggulangan fraud tanpa rasa takut akan konsekuensi hukum yang tidak adil. Dalam konteks yang lebih luas, perlindungan hukum ini juga berkontribusi pada integritas dan efektivitas sistem jaminan kesehatan nasional, dengan memastikan bahwa setiap elemen dari sistem tersebut, termasuk verifikator, dapat beroperasi dalam lingkungan yang mendukung dan aman secara hukum.

Selain perlindungan hukum yang langsung diberikan kepada tim verifikator, terdapat bentuk perlindungan hukum lainnya berupa pemberian sanksi terhadap pegawai internal BPJS Kesehatan yang terlibat dalam tindakan fraud. Perlindungan ini tidak hanya menyasar pada para verifikator yang melakukan tugas mereka, tetapi juga pada aspek internal organisasi itu sendiri. Dengan adanya mekanisme sanksi yang tegas terhadap pegawai yang terlibat dalam praktik fraud, BPJS Kesehatan berusaha menjaga integritas sistem dan mencegah terjadinya pelanggaran yang dapat merugikan sistem jaminan kesehatan.

Penerapan sanksi terhadap pegawai yang terlibat dalam tindakan fraud berfungsi sebagai langkah preventif untuk menegakkan disiplin dan akuntabilitas di dalam organisasi. Dalam konteks ini, Pasal 40 Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mengatur bahwa setiap pegawai BPJS yang melakukan tindakan yang merugikan kepentingan negara atau melanggar ketentuan hukum dapat dikenakan sanksi administratif hingga pemecatan. Hal ini mencerminkan upaya untuk memastikan bahwa seluruh anggota organisasi, termasuk pegawai internal, mematuhi aturan dan berperilaku sesuai dengan prinsip-prinsip etika dan hukum yang berlaku.

Perlindungan hukum berupa sanksi terhadap pegawai yang terlibat dalam fraud juga mencerminkan komitmen BPJS Kesehatan dalam menciptakan lingkungan kerja yang transparan dan akuntabel. Dengan menerapkan sanksi yang tegas, BPJS Kesehatan tidak hanya

mengatasi pelanggaran yang terjadi tetapi juga mencegah terjadinya kasus serupa di masa depan. Ini juga berfungsi untuk memperkuat kepercayaan publik terhadap BPJS Kesehatan sebagai lembaga penyelenggara jaminan kesehatan nasional yang mampu menjaga integritas dan kualitas layanannya.

Lebih jauh, mekanisme sanksi ini berperan penting dalam melindungi tim verifikator dari dampak negatif yang mungkin timbul akibat tindakan fraud pegawai internal. Dengan adanya sanksi yang jelas dan tegas, verifikator dapat bekerja dengan lebih percaya diri, mengetahui bahwa ada sistem yang mendukung dan melindungi mereka dari risiko yang timbul akibat tindakan pelanggaran yang dilakukan oleh anggota lain dalam organisasi. Hal ini pada gilirannya memperkuat keseluruhan sistem kontrol internal BPJS Kesehatan, memastikan bahwa seluruh proses verifikasi dan pengawasan dilakukan secara efektif dan sesuai dengan prinsip-prinsip hukum yang berlaku.

Kesimpulan

Kesimpulan pada penelitian ini diketahui bahwa Tim Verifikator BPJS Kesehatan memiliki peran krusial dalam memastikan klaim sesuai dengan standar yang ditetapkan, mencegah terjadinya fraud, serta menjaga transparansi dalam sistem BPJS Kesehatan. Tugas mereka mencakup verifikasi klaim, pemeriksaan berkas, dan pengecekan medis, di mana mereka juga menjadi bagian dari Tim Anti Fraud. Untuk menjalankan tugas tersebut, verifikator dilindungi oleh hukum, sehingga mereka dapat bekerja tanpa risiko menghadapi gugatan. Perlindungan hukum ini meliputi aturan preventif dan represif yang dirancang untuk melindungi mereka dari berbagai ancaman, baik hukum maupun fisik, selama mereka menjalankan tugas sesuai dengan pedoman yang berlaku.

Referensi

- Abdulkadir, Muhammad. (2004). *Hukum Dan Penelitian Hukum*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Ady Thea DA. Upaya Mencegah Kecurangan Dalam Program JKN, 1 Juli 2020. Diakses pada www.hukumonline.com, tanggal 28 Mei 2024.
- Albrecht, W. S., Albrecht, C. O., Albrecht, C. C., & Zimbelman, M. F. (2017). *Fraud Examination (4th Edition)*. Cengage Learning: Mason.
- American Academy Of Actuaries, Risk Pooling: How Health Insurance in the Individual Market Works, june 2023, www.actuary.org/sites/default/files/files/publications/RiskPoolingFAQ071417.pdf, tanggal pada 8 Juli 2024
- Andi Ashar. (2023). Aspek Yuridis Penerapan Sanksi Administratif Bagi Pelaku Kecurangan (FRAUD) Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Hukum, Politik Dan Ilmu Sosial*, 1(1), 156–161. <https://doi.org/10.55606/jhpis.v1i1.1738>
- Andika, BPJS Kesehatan Ungkap Kecurangan Klaim Rp 866 Miliar, diakses melalui <https://kendaripos.fajar.co.id/2023/12/09/bpjs-kesehatan-ungkap-kecurangan-klaim-rp-866-miliar/>
- Annisa, S. P., & Prakoso, L. Y. (2023). Penanganan Korupsi Berdasarkan Hukum Administrasi Negara. *Kultura: Jurnal Ilmu Hukum, Sosial, Dan Humaniora*, 1(2), 73–79. <https://doi.org/10.572349/kultura.v1i2.277>
- Ben Jones and Amy Jing. Prevention not cure in tackling health-care fraud. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(12). 2011
- BPJS Kesehatan. (2015). *Tindak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara)*.
- BPK. (2021). *Pengelolaan Atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun*

2021. Jakarta: Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia.
- Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud. Volume *kcvvmd2 Nomor 1 – Agustus 2016*, 2(1), 113–134. Diakses pada <https://jurnal.kpk.go.id/index.php/integritas/article/view/127/25>.
- Hadjon, Philipus M, et. al. (1994). *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- HS. Salim, dan Erlies Septiana Nurbani. (2022). *Penerapan Teori Hukum Pada Penelitian Tesis Dan Disertasi*. Depok : Rajawali Pers.
- Ida Sugiarti, Imas Masturoh, Fery Fadly; Efforts to prevent fraud in implementation of JKN (national health insurance). *AIP Conf. Proc.* 9 October 2023; 2510 (1): 060007. <https://doi.org/10.1063/5.0128625>
- Indonesia Chapter, A.C.F.E. (2020). *Survey Fraud Indonesia 2019*. Jakarta: ACFE Indonesia Chapter.
- Indonesia. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan mengatur tentang berbagai aspek operasional BPJS Kesehatan dalam menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Berita Negara RI Tahun 2020 Nomor 1634*. Jakarta.
- Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud). *Berita Negara RI Tahun 2019 Nnomor 803*. Jakarta.
- Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. *Berita Negara RI Tahun 2014 Nomor 874*. Jakarta.
- Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. *Lembar Negara Tahun 2016 Nomor 29*. Jakarta
- Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. *Lembar Negara RI Tahun 2016 Nomor 29*. Jakarta.
- Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. *Lembar Negara RI Tahun 2018 Nomor 165*. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). *Lembar Negara RI Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran RI Nomor 5256*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. *Lembar Negara RI Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran RI Nomor 4431*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. *Lembar Negara RI Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran RI Nomor 5063*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). *Lembar Negara RI Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran RI Nomor 4456*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- J. L. Ravelo. ‘WHO fraud , harassment cases on the rise’, p. 2017.2019.
- Janis, Novijan. (2014). *BPJS Kesehatan, Supply, dan Demand Terhadap Layanan Kesehatan*. Kepala Subbidang Analisis Risiko Ekonomi, Keuangan, dan Sosial.
- Kementerian PPN/Bappenas. *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, 2022.
- Komisi Pemberantasan Korupsi. *Pencegahan Kecurangan JKN*. Materi disampaikan dalam Rakernas Kesehatan 2020 di Jakarta.

- Maharani, Annisa Shinta. (2018). Analisis Fraud Pentagon Theory Dalam Mendeteksi Kecurangan Laporan Keuangan (Studi pada Perusahaan LQ-45 yang Terdaftar di Bursa Efek Indonesia (BEI) Periode 2014-2016).
- Marzuki, Mahmud. (2017). Penelitian Hukum: Edisi Revisi. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Nuraeni, Y. (2023). Legal Protection Of Health Bpjs Accountability Regarding Hospital Refuse For BPJS Program Participants. *Jurnal Sosial Sains Dan Komunikasi*, 1(02), 85–92. Retrieved from <https://jurnal.seaninstitute.or.id/index.php/sosak/article/view/223> pada tanggal 28 Juni 2024.
- Rapat Dengar Pendapat Komisi IX dengan Menteri Kesehatan RI, Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Direktur Utama BPJS Kesehatan, dan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, Penjelasan pelaksanaan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada tanggal 6 Juni 2024.
- Ridwan. (2016). Hukum Administrasi Negara. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Safitri, Auliya, Karlinda, & Nurcihikita, T. (2024). The Analysis Of The Implementation Of The National Health Insurance Fraud Prevention Program. *Journal of Health Management, Administration and Public Health Policies (HealthMAPs)*, 2(1), 52–63. <https://doi.org/10.52060/hmaps.v2i1.2217>
- Setiono. (2004). Rule of Law (Supremasi Hukum). Surakarta: Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.
- Soerjono Soekanto, Sri Mamudji. (2019). Penelitian Hukum Normatif, Suatu Tinjauan Singkat, Ed.1, Cet.19, Depok : PT.RajaGrafindo Persada.
- Sumber Internal “C03. Manajemen Jaminan Pelayanan Kesehatan” 2023
- The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage. Diakses pada https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tiro, Andi Amrullah Arif, 2014, Pengaruh Pengendalian Internal dan Kompensasi terhadap Kecenderungan Kecurangan (Fraud) pada Pemerintah Kota Palopo, Skripsi Universitas Hasanuddin Makassar.
- Wijayanti, R., Santoso, E., & Fakhriah, E. L. (2024). Legal Responsibility Of The Health Social Security Administrating Agency (Bpjs) For Failures Of Participants Personal Data. *International Journal of Asia Pasific Collaboration*, 2(2), 7–12. Retrieved from <http://ijapcollaboration.com/index.php/IJAPC/article/view/34>
- Yassir Arafat S.H., M.H. Prinsip-Prinsip Perlindungan Hukum Yang Seimbang Dalam Kontrak. *Jurnal Rechtsens*: 2015.