

## IMPLEMENTASI PERATURAN BPJS TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PASIEN BPJS KESEHATAN DI RSUD KABUPATEN BULELENG

Ni Wayan Nunik Apriliani, Ketut Guna Ratmaja, Harum Tri Mila Astiti, Ida Ayu Ekaputri Maharini, Putu Wila Astari, Ni Wayan Nanik Handayani

Jurusan Akuntansi, Universitas Pendidikan Ganesha, Singaraja, Bali, Indonesia

### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengungkap permasalahan yang terjadi dalam proses verifikasi data peserta BPJS dari pihak RSUD Buleleng kepada pihak BPJS Kesehatan Singaraja serta menjabarkan solusi yang dilakukan oleh pihak RSUD Buleleng dan pihak BPJS Kesehatan Singaraja dalam menghadapi permasalahan tersebut. Pengumpulan data dilakukan melalui teknik wawancara dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa permasalahan yang muncul adalah menyangkut sistem aplikasi yang digunakan pihak BPJS yang terus berubah-ubah sehingga penyetoran verifikasi data yang lambat dari pihak rumah sakit ke BPJS, hal ini tentu akan memperlambat penyetoran dana dari pihak BPJS ke Rumah Sakit. Masalah selanjutnya adalah mengenai permasalahan dalam pengurusan kartu BPJS baik penerima kartu PBI dan Non-PBI. Permasalahan-permasalahan di atas tentu akan berimplikasi terhadap pelayanan pasien peserta BPJS di RSUD Buleleng. Permasalahan-permasalahan yang klasik seperti penundaan pelayanan terhadap peserta BPJS, dan tidak dilayaninya peserta BPJS karena kartu BPJS aktif setelah dua minggu setelah pembuatan pun masih bisa ditemui di RSUD Buleleng.

**Kata kunci:** BPJS; pelayanan kesehatan; RSUD Kabupaten Buleleng

### Abstract

*This study aims to uncover the problems that occur in the verification process of BPJS participant data from Buleleng Regional Hospital to Singaraja Health BPJS and describe the solutions made by Buleleng Regional Hospital and Singaraja Health BPJS in dealing with these problems. Data collection is done through interview and documentation techniques. The results show that the problem that arises is related to the application system used by the BPJS which continues to change, so that the slow deposit of data verification from the hospital to the BPJS, this will certainly slow down the deposit of funds from the BPJS to the Hospital. The next problem is regarding problems in managing BPJS cards, both PBI and Non-PBI card recipients. The problems above will certainly have implications for the services of BPJS participant patients in Buleleng Hospital. Classic problems such as delays in service to BPJS participants, and not being served by BPJS participants because the BPJS card is active after two weeks after making, can still be found at Buleleng Regional Hospital.*

**Keywords:** BPJS; health services; Buleleng Regency Hospital

### 1. Pendahuluan

Tujuan sebuah negara adalah menciptakan kesejahteraan kepada seluruh rakyatnya. Dalam hal ini, maka Indonesia membentuk penyelenggaraan jaminan sosial yaitu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Tujuan dari institut ini memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap negara dan/atau anggota keluarganya. Sebelum BPJS tertentu, beberapa program jaminan sosial telah terbentuk, seperti Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) yang mencakup tentang jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, dan jaminan kematian bagi tenaga kerja. Selanjutnya Jaminan untuk pegawai Negeri yaitu TASPEN (Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri) dan ASKES (Asuransi Kesehatan dan untuk Prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI) dan PNS Kementerian Pertahanan/TNI/POLRI berserta keluarganya telah dilaksanakan Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Indonesia (ASABRI). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga penyelenggara jaminan sosial sehingga dengan adanya jaminan sosial, risiko keuangan yang dihadapi seseorang, baik itu karena memasuki usia

produktif, mengalami sakit, mengalami kecelakaan, dan bahkan kematian, akan diambil alih oleh lembaga yang menyelenggarakan Jaminan Sosial.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 berisi tentang Sistem Jaminan Sosial, BPJS merupakan badan hukum nirlaba dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 berisi tentang BPJS dibagi 2, BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, BPJS bertanggungjawab langsung kepada Presiden, BPJS berwenang menagih iuran, menempatkan dana, melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayan kesehatan diharapkan dapat memberikan pelayanan yang efektif, efisien, dan dituntut untuk memberikan informasi kesehatan yang tepat dalam pelayanan kesehatan dan menghasilkan data yang akurat. Di dalam penyelenggaraan pelayanan public, masih banyak dijumpai kekurangan, sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan kepada masyarakat. Jika kondisi seperti ini tidak direspon, maka akan menimbulkan citra yang kurang baik terhadap rumah sakit sendiri. Mengingat jenis pelayanan yang sangat beragam, maka dalam memenuhi pelayanan diperlukan pedoman yang digunakan sebagai acuan bagi instansi di lingkungan instansi kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah hak asasi manusia yang harus diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta. Untuk mencapai kualitas yang diharapkan oleh masyarakat perlu adanya kerjasama dan usaha yang berkesinambungan.

Namun, bisa kita lihat bagaimana hubungan antara BPJS dengan pihak Rumah Sakit saat ini kurang adanya kerja sama. Hal ini dapat kita lihat dari implementasi dan pelayanan rumah sakit terhadap pasien dengan tanggungan BPJS yang sering menimbulkan kontroversi. Tidak sedikit keluhan dari masyarakat mengenai pelayanan rumah sakit yang kurang baik.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dirumuskan beberapa permasalahan yaitu apa permasalahan yang terjadi dalam proses verifikasi data peserta BPJS dari pihak RSUD Buleleng kepada pihak BPJS Kesehatan Singaraja serta bagaimana solusi yang dilakukan oleh pihak RSUD Buleleng dan pihak BPJS Kesehatan Singaraja dalam menghadapi permasalahan tersebut.

## **2. Hasil dan Pembahasan**

### **2.1 Permasalahan yang Terjadi Dalam Proses Verifikasi Data Peserta BPJS Dari Pihak RSUD Buleleng Kepada Pihak BPJS Kesehatan Singaraja BPJS Kesehatan Cabang Singaraja**

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), Penerima Pensiun PNS dan TNI/Polri, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan usaha lainnya ataupun rakyat biasa. BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014 sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Singaraja beralamat di Jalan Ngurah Rai No.64, Kota Singaraja, kab. Buleleng. Adapun telp : (0362) 3437000, Hotline Service : 0852 3784 4364. BPJS Kesehatan Cabang Singaraja menggunakan prinsip penyelenggaraan dan aturan yang sama dengan BPJS Pusat yang ada di Jakarta Barat. Adapun dasar penyelenggarannya yaitu :

- a) Undang-undang Dasar 1945
- b) UU No. 23/1992 tentang Kesehatan
- c) UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
- d) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005.

Prinsip penyelenggaraan mengacu pada :

- a) Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
- b) Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan social.
- c) Pelayanan kesehatan dengan prinsip *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
- d) Program dilaksanakan dengan prinsip nirbala.
- e) Menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.
- f) Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.

Peserta jaminan kesehatan adalah penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola BPJS kesehatan. Artinya mereka tidak boleh tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan meskipun sudah memiliki jaminan kesehatan lain. Selain itu orang asing yang bekerja minimal 6 bulan di Indonesia dan telah membayar iuran peserta BPJS Kesehatan.



Dilihat dari skema di atas, kepesertaan BPJS Kesehatan ada dua kategori yaitu BPJS-PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan BPJS Non-PBI (Non Penerima Bantuan Iuran).

#### 1. Peserta BPJS-PBI (Penerima Bantuan Iuran)

Peserta PBI Jaminan Kesehatan adalah peserta yang mana pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. BPJS PBI adalah peserta BPJS khusus penerima bantuan iuran, setiap peserta yang dikategorikan sebagai BPJS-PBI tidak dibebani harus membayar iuran bulanan karena iuran bulanan akan dibayarkan oleh pemerintah. Semua orang tidak bisa menjadi peserta BPJS\_PBI karena hanya diperuntukkan untuk fakir miskin dan warga negara tidak mampu menurut dinas sosial. Adapun yang termasuk peserta PBI yaitu :

- a) Fakir Miskin , sebagaimana yang diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayar pemerintah sebagai peserta Jaminan Kesehatan yang diatur melalui peraturan pemerintah. Yang dikategorikan sebagai orang miskin yaitu orang yang sama sekali tidak memiliki sumber pencaharian dan/atau orang yang memiliki sumber mata pencaharian tetapi tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak.
- b) Orang tidak mampu, dimana orang yang memiliki sumber mata pencaharian tetapi dari usahanya dia hanya mampu untuk memenuhi kebutuhan dasar tanpa mampu untuk membayar iuran bulanan BPJS. Setiap warga miskin dan warga kurang mampu akan mendapatkan kartu BPJS-PBI yang didistribusikan oleh dinas sosial ke desa-desa sesuai dengan pendataan program perlindungan sosial.

- c) Orang yang cacat total tetap dan tidak mampu cacat fisik/mental sehingga seseorang tidak mampu melakukan pekerjaan yang penetapannya dilakukan oleh dokter.

2. Peserta BPJS Non-PBI (Non Penerima Bantuan Iuran)

Kategori yang ke dua adalah peserta BPJS Non-PBI (Non Penerima bantuan Iuran) adalah peserta BPJS Kesehatan dimana iuran atau premi bulanan dibayarkan sendiri oleh peserta yang bersangkutan. Peserta BPJS Non-PBI dikelompokkan lagi menjadi beberapa jenis sebagai berikut :

a) Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya

Yang dimaksud dengan pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah secara rutin seperti pegawai negeri sipil (PNS), anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai swasta dan semua pekerja yang menerima upah. Kategori BPJS PPU ini biasanya akan didaftarkan oleh instansi atau perusahaan dimana mereka bekerja. Kategori BPJS PPU ini biasanya akan didaftarkan oleh instansi atau perusahaan dimana mereka bekerja sebagai Peserta BPJS yang ditanggung oleh perusahaan atau badan usaha. Iuran bulanan untuk peserta BPJS yang ditanggung oleh perusahaan atau badan usaha dan sebagian lagi ditanggung oleh karyawan yang bersangkutan cukup untuk 1 orang bayar sekaligus 4 anggota keluarganya yang lain.

b) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)

Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas resiko sendiri seperti pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri. Jumlah peserta pekerja penerima upah dan anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan paling banyak 5 orang meliputi peserta, satu orang istri/suami yang sah dari peserta dan anak yang belum menikah, belum berpenghasilan dan belum berusia 21 tahun baik anak kandung atau angkat yang sah dari peserta. Yang dikategorikan sebagai pekerja bukan penerima upah adalah :

- 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri.
- 2) Pekerja tetapi bukan pekerja penerima upah termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia minimal 6 bulan.

Untuk warga negara sebagai pekerja bukan penerima upah (PBPU) harus menjadi peserta BPJS Mandiri dengan cara mendaftarkan diri beserta anggota keluarganya ke kantor BPJS sebagai peserta BPJS Mandiri atau perorangan. Peserta BPJS Mandiri iuran bulannya harus ditanggung sendiri oleh setiap peserta yang bersangkutan yang besar kecilnya tergantung dari kelas BPJS yang diambil.

c) Bukan Pekerja (BP)

Adalah setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan, terdiri atas :

- 1) Investor
- 2) Pemberi kerja atau pemilik perusahaan
- 3) Penerima pensiunan (Anggota TNI/Polri Penerima hak pensiun, PNS penerima hak pensiun), janda/duda beserta anak yatim penerima hak pensiun dari penerima pensiun yang mendapatkan hak pensiun)
- 4) Veteran perang
- 5) Perintis kemerdekaan
- 6) Janda/ duda atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan
- 7) Bukan pekerja tapi mampu membayar iuran.

Untuk kategori bukan pekerja yang mampu membayar iuran sesuai dengan kriteria di atas, maka harus mendaftar menjadi peserta BPJS Mandiri dimana iuran bulanan harus dibayar oleh sendiri yang besar kecilnya juga disesuaikan dengan kelas yang diambil.

Selain itu kepesertaan BPJS Kesehatan ada juga ketentuan anggota keluarga yang ditanggung oleh BPJS itu seperti :

a. Peserta BPJS yang ditanggung perusahaan

Anggota keluarga yang ikut menjadi tanggungan BPJS Kesehatan yang ditanggung oleh perusahaan adalah sebanyak 5 orang sebagai berikut :

- 1) Istri/suami yang sah dari peserta

- 2) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah, dengan criteria :
  - 3) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.
  - 4) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
  - 5) Kelima anggota keluarga tersebut, satu paket dengan orang tua / suami atau istri yang kepesertaannya ditanggung oleh BPJS, dimana iuran bulanan hanya dibayarkan sebesar satu peserta saja. Sebagian ditanggung perusahaan dan sebagian lagi diambil dari gaji pegawai atau karyawan yang bersangkutan. Dengan menjadi BPJS perusahaan tentunya iuran bulanan untuk peserta dan 4 orang anggota keluarganya akan jauh lebih ringan jika dibandingkan dengan iuran yang harus dibayar untuk peserta BPJS mandiri. Sedangkan untuk anggota keluarganya yang lain tetap harus menjadi peserta BPJS mandiri.
- b. Untuk BPJS Mandiri atau perorangan
- Setiap anggota keluarga yang tercantum dalam Kartu Keluarga harus didaftarkan menjadi peserta BPJS mandiri tanpa terkecuali dan iuran bulanan harus dibayarkan untuk masing-masing peserta, dimana besar kecilnya iuran peserta sesuai dengan kelas yang diambil.

### **RSUD Kabupaten Buleleng**

RSUD Kabupaten Buleleng adalah rumah sakit negeri kelas B. Rumah sakit ini mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis terbatas. Rumah sakit ini juga manampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten " Rumah Sakit Umum Daerah Buleleng ini adalah rumah sakit rujukan. Pasien yang datang kesini, peserta BPJS harus mendapat rujukan dulu dari puskesmas dan dokter keluarga. Waktu pasien sakit berobat dulu ke dokter keluarga, apabila tidak bisa ditangani baru dirujuk ke rumah sakit dimana harus bawa kartu BPJS. Sekarang harus dilengkapi dengan Kartu Keluarga untuk mengantisipasi kecurangan " kata Gusti Suhastika.

Tempat ini tersedia 231 tempat tidur inap, lebih banyak dibanding setiap rumah sakit di Bali yang tersedia rata-rata 60 tempat tidur inap. RSUD Kabupaten Buleleng berdiri tahun 1955 di Jalan Veteran No. 1 Singaraja ( Kini Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng ) pada saat ini digunakan sebagai RS Tentara dan juga untuk umum. Pada tahun 1959 RSUD Kabupaten Buleleng pindah ke Jalan Ngurah Rai No. 30 sekaligus menandai alih fungsi menjadi RSUD kelas C milik Depkes RI. Berdasarkan Keputusan Bupati Buleleng No. 511, tertanggal 22 September 1996 RSUD difungsikan sebagai uji coba menuju unit swadaya. Pada tanggal 20 Mei 1997 berdasarkan SK MenKes RI No.476. RSUD Kabupaten Buleleng ditetapkan sebagai RS Type B Non Pendidikan. Kemudian berdasarkan SK Bupati No. 524 tanggal 08 Oktober 2003 menetapkan RSUD Kabupaten Buleleng sebagai unit Swadana dan tidak dilanjutkan dengan SK Bupati No. 61 tanggal 24 Maret 2004 tentang penetapan tariff Kelas II.I Utama dan Madya Utama.

Pada tahun 1998 RSUD Kabupaten Buleleng lulus Akreditasi dengan 5 standar pelayanan RS untuk parameter Layanan Medik, Gawat Darurat, Keperawatan, Administrasi Manajemen, dan Rekam Medik dan tanggal 22 Maret 2000 dengan Standar Pelayanan RS, serta tanggal 03 Februari 2006 lulus akreditasi penuh dan mendapatkan Sertifikasi Akreditasi Rumah Sakit dari Menkes.

Dari segi keuangan, berdasarkan Peraturan Bupati No. 589 tanggal 26 Desember 2006 ditetapkan Status Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng sebagai Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Bertahap. Pada akhirnya Berdasarkan keputusan Bupati Buleleng No. 455/405/HK/2009 tentang RSUD Kabupaten Buleleng sebagai Badan Layanan Umum Daerah, maka secara resmi RSUD Kabupaten Buleleng ditetapkan sebagai BLUD.

Berdasarkan Pasal 20 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Negara telah menjamin kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan yang dijaminakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN). JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ( BPJS ). BPJS ditinjau dari pendirinya, didirikan oleh Negara atau pemerintah melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Kemudian ditinjau dari lingkup kerjanya. BPJS mengatur hubungan Negara dengan warga Negara di bidang pelayanan umum, yang dalam hal ini adalah menyelenggarakan program jaminan sosial demi tercapainya kesejahteraan sosial.

Sejak diberlakukannya Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) oleh Pemerintah, rumah sakit bekerja sama dengan BPJS dalam melayani pelayanan kesehatan pasien. Berdasarkan Pasal 23 Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, disebutkan bahwa jaminan kesehatan diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS. Fasilitas Kesehatan meliputi rumah sakit, dokter pratik, klinik, laboratorium, apotek, dan fasilitas kesehatan lainnya. Jalinan kerjasama antara BPJS dengan fasilitas kesehatan dilakukan dengan basis kontrak, yaitu perjanjian tertulis antara BPJS kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang terlibat. 1 Salah satu yang harus dirumuskan secara jelas dalam kontrak adalah pokok transaksi, seperti pelayanan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan untuk peserta program jaminan kesehatan, hak dan kewajiban dari masing-masing pihak, tata cara pelaksanaan hak dan kewajiban, masa berlakunya kontrak dan perpanjangannya, serta wanprestasi dan klausul lain yang umum terdapat dalam suatu kontrak.

Dengan demikian, kontrak BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan harus dibuat dengan baik agar saling menguntungkan bagi para pihak Pasien, dokter dan rumah sakit adalah pelaku utama dalam bidang pelayanan di rumah sakit yang memiliki hak dan kewajibannya sendiri. Pengaturan hak dan kewajiban tersebut terdapat didalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Rumah sakit dalam menangani kesehatan pasien dilakukan oleh dokter, hubungan pelayanan kesehatan antara pasien sebagai penerima pertolongan medis dan dokter sebagai pemberi pertolongan medis, merupakan subyek hukum. Artinya terhadap dokter berlaku juga ketentuan-ketentuan hukum umum sebagai dasar pertanggung jawaban hukum dalam menjalankan profesinya

Tenaga medis dalam menangani pasien di rumah sakit dalam program BPJS, perlu mendapatkan jaminan perlindungan hukum dalam rangka memberikan kepastian dalam melakukan upaya kesehatan kepada pasien. Peraturan perundang-undangan yang memberikan dasar perlindungan hukum bagi dokter antara lain sebagai berikut: Pertama, Pasal 50 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang BPJS dan Jasa Medik. Praktik kedokteran yaitu dokter memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional. Kedua, Pasal 27 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, yaitu bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dan melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. Ketiga, Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yaitu rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Keempat, Pasal 57 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yaitu perlindungan hukum diberikan kepada tenaga kesehatan yang melakukan tugasnya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional. Dengan demikian, apakah peraturan perundang-undangan tersebut sudah cukup melindungi tenaga medis dalam melayani pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam Program Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Berdasarkan data diatas, RSUD Buleleng adalah Rumah Sakit rujukan sebagai badan pelayanan kesehatan yang dalam hubungannya dengan BPJS adalah sebagai penyalur masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Kemudian BPJS menjembatani masyarakat dalam pembayaran kesehatan kepada Rumah Sakit Rujukan.

“Hubungan pihak BPJS Cabang Singaraja dengan RSUD Kabupaten Buleleng selama ini baik-baik saja”, ujar Kasubag Bendahara Gusti Suhastika. Menurutnya tidak ada masalah-masalah yang serius yang dialami dalam pelaksanaan BPJS ini. Senada dengan hal tersebut, pihak BPJS juga mengungkapkan hal yang sama, selama ini yang dialami hanya sebatas keterlambatan memverifikasi data dari pihak Rumah Sakit, namun pembayaran yang dilakukan sesuai dengan tagihan Rumah Sakit. Namun, jika ditelusuri lebih lanjut

masalah-masalah yang dihadapi dari pihak BPJS dan Rumah Sakit tidak sesederhana itu. Masalah-masalah keterlambatan memverifikasi tersebut menunjukkan buruknya sistem aplikasi yang diterapkan oleh pihak BPJS. Hal ini tentu akan mempengaruhi kualitas pelayanan kepada peserta BPJS.

“Adanya aplikasi baru menyebabkan bagian entry data menjadi susah karena harus menyesuaikan dengan sistem aplikasi baru agar klaim yang dikirim dapat diproses oleh pihak BPJS. Aplikasi baru itu menjadikan perbedaan pembayaran, dulu bayar sekian dan sekarang bayar sekian. Nah untuk kelebihan bayar tidak tahu bagaimana cara mengembalikan dan juga bila kekurangan bayar tidak tahu mau meminta dimana. Kami dari bagian keuangan merasa keberatan atas Keterlambatan proses pengajuan biaya kepada pihak BPJS karena kita disini membayari lebih dulu” ujar Gusti Suhastika. Mendengar penuturan Kasubag Bendahara tersebut terlihat bahwa ada keberatan dari pihak rumah sakit terhadap sistem BPJS Kesehatan Cabang Singaraja.

Dalam implementasinya, hubungan antara BPJS Kesehatan Cabang Singaraja dengan RSUD Kabupaten Buleleng terdapat beberapa masalah dan juga keluhan yang disampaikan oleh masing-masing pihak. Dari penelitian yang kami lakukan, masalah-masalah dan keluhan disampaikan oleh pihak RSUD Buleleng yaitu :

1. Pembayaran klaim tagihan yang tertunda-tunda dan dicicil-cicil, misal: klaim Maret belum lunas, yang Juni sudah dibayar 10%, sehingga kesannya membayar BPJS membayar tanpa menunda.
2. Peraturan tidak tertulis yang diterapkan oleh verifikator BPJS berlaku mundur dan tidak disepakati bersama, sehingga banyak klaim yang dinyatakan tidak layak, padahal sudah dilakukan pelayanan terhadap kasusnya, aturan sepihak dikeluarkan BPJS sejak Juni tetapi berlakunya mundur sejak 1 Januari.
3. Perubahan aplikasi dalam penambahan fitur menyebabkan keberatan dari pihak rumah sakit khususnya bagian entry data karena hal tersebut memperlambat proses verifikasi data.
4. Perubahan aturan yang kurang transparan sehingga banyak masyarakat luas kurang tahu bagaimana prosedur baru yang harus dilalui.

Dari pihak BPJS sendiri tentunya ada keluhan yang mengakibatkan proses pelayanan terhadap masyarakat menjadi terganggu. Inilah yang juga memberi dampak pada keterlambatan pembayaran klaim biaya pelayanan peserta BPJS di rumah sakit. Keluhan tersebut menyangkut pembayaran sebagai berikut :

1. Pembayaran premi oleh peserta BPJS yang tidak pernah tepat waktu. Banyak peserta BPJS yang lambat bayar atau membyar tidak sesuai dengan waktu yang ditetapkan.
2. Banyak peserta BPJS yang tidak melanjutkan pembayaran premi ketika sudah sembuh.

Selain permasalahan itu juga ada keluhan-keluhan dari peserta BPJS terhadap pihak BPJS Kesehatan yaitu :

1. Perubahan sistem pembayaran yang belum sempurna karena tidak disertai dengan sosialisasi yang memadai sehingga menimbulkan pertanyaan bagi masyarakat atas tagihan mereka.
2. Perubahan tariff pembayaran yang meningkat berdasarkan peraturan baru tentang BPJS Kesehatan, yaitu Perpres No. 19 Tahun 2016, iuran BPJS Kesehatan. Perubahan ini mengakibatkan keluhan bagi masyarakat karena harus membayar lebih besar dari sebelumnya.
3. Keluhan masyarakat kecil yang mendapat pelayanan kurang baik dari pihak RSUD Buleleng, seperti adanya pembedaan antara pasien BPJS dan pasien umum.

Permasalahan-permasalahan tersebut dikuatkan oleh pendapat peserta dan pasien BPJS Kesehatan. Dari 10 peserta dan pasien BPJS Kesehatan yang kami wawancarai, kami menyimpulkan beberapa masalah yang sering dihadapi oleh peserta dan pasien BPJS Kesehatan PBI dan Non-PBI. Rata-rata peserta maupu pasien PBI tidak menemui kendala yang terlalu signifikan, hanya saja dalam pengurusan administrasinya sedikit lambat. “Saya peserta BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran. Saya sudah menunggu dari kantor BPJS baru buka yaitu jam 8 sampai sekarang jam 10 saya belum juga dipanggil. Saya no urut 26 sedangkan sekarang yang dipanggil baru sampai no urut 14. Pelayanan ini lama , mungkin

dikarenakan pegawai yang melayani hanya ada 4 orang saja,” tutur Bapak Rudi (33 tahun). Senada dengan yang dikatakan oleh bapak Rudi, peserta lain, Kadek Utama (36 tahun) juga mengatakan bahwa pelayanan BPJS Kesehatan sudah bagus dimana ia mendapatkan kartu dari Kepala Desa sehingga ia tidak perlu mengurus lagi ke kantor cabang Singaraja. Namun, seperti yang kita ketahui bahwa Kartu BPJS berubah nama menjadi Kartu Indonesia Sehat (KIS), sehingga pengurusan untuk perubahan kartu ini di Kantor Cabang Singaraja cukup lama. Sedangkan peserta BPJS Kesehatan Non-PBI mengeluhkan adanya pembayaran yang rumit. “Pembayaran iuran yang dilakukan di bank seringkali lama karena sistem yang sering *error*. Sedangkan pembayaran iuran BPJS harus tepat waktu, jika tidak akan dikenakan denda. Jika membayar lewat Indomaret, besarnya iuran yang harus dibayar lebih besar dari iuran yang sebenarnya. Selain itu juga harus mencari bank ke kota dengan jarak tempuh yang cukup jauh karena di daerah Grokgak tidak ada bank untuk membayar iuran BPJS” ujar Putu Ariawan (31 tahun).

Selain peserta BPJS di kantor BPJS Kesehatan Cabang Singaraja, kami juga mewawancarai pasien BPJS di RSUD Kabupaten Buleleng. Menurut kerabat pasien BPJS yang kami wawancarai Ibu Hafifah (30 tahun) ia mengungkapkan bahwa ia baru 1 tahun menjadi peserta BPJS, selama ini pelayanan yang diberikan kepada ayahnya yang merupakan sakit jantung sudah bagus, tidak ada kesulitan-kesulitan yang dialami selama dirawat di RSUD Kabupaten Buleleng, dan tidak ada tambahan-tambahan tagihan yang dilakukan oleh Rumah Sakit, jika ada tambahan pembayaran karena membeli obat yang tidak ditanggung oleh BPJS. Senada dengan Ibu Hafifah, Made Sudiarta (53) juga mengatakan hal yang sama, hanya saja ia mengeluhkan masa aktif dari kartu BPJS yaitu 14 hari setelah pembuatan, jadi kartunya belum bisa digunakan pada anaknya yang sakit harus menunggu 14 hari untuk bisa digunakan. Hal ini juga dikatakan oleh kerabat pasien BPJS lain Nyoman Nuresni (52 tahun), Gede Werdiasa (30 tahun), dan Made Sarjana (31 tahun).

Namun salah satu pasien peserta BPJS yang kami Wawancarai mengungkapkan hal yang mencengngkan. “saya sedikit kecewa dengan pelayanan dari pihak Rumah Sakit karena pihak Rumah Sakit terkesan lebih mengutamakan pasien umum. Bapak saya sakit tumor usus dan masuk kelas satu, namun bapak saya tidak kunjung dioperasi, padahal bapak saya sudah parah penyakitnya, bahkan bapak saya sudah siap dioperasi di ruang operasi namun dibatalkan dengan alasan ada pasien darurat. Saya diberikan pilihan oleh dokter untuk memilih antara naik kelas atau pindah ke Rumah Sakit Kerta Usada agar operasinya bisa dipercepat. Kata dokter, jika pindah rumah sakit kartu BPJS bisa dipakai setelah 5 hari. Mengingat bapak saya sudah parah, akhirnya saya memilih untuk naik kelas saja ke VIP dari kelas 1 dan membayar setengah biaya operasi supaya cepat dioperasi.”

## **2.2 Solusi yang Dilakukan Oleh Pihak RSUD Buleleng dan Pihak BPJS Kesehatan Singaraja dalam Menghadapi Permasalahan Tersebut**

Untuk menanggulangi masalah-masalah di atas, perlu adanya koordinasi bersama untuk menanganinya. Pihak-pihak yang berkepentingan atau stakeholders harus bekerja sama saling bersinergi untuk menanggulangi kelemahan-kelemahan dari penyelenggaraan BPJS ini. Pemerintah dalam hal ini selaku pembuat regulasi harus selalu berbenah guna meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Namun, pemerintah tidak dapat bekerja sendiri, masyarakat juga harus mendukung sistem yang sudah ditentukan oleh pemerintah terutama dari pihak BPJS.

BPJS Kesehatan Cabang Singaraja dan RSUD Buleleng sebagai dua pihak yang sangat berperan penting dalam pelaksanaan program ini seharusnya harus dapat bersinergi dan duduk bersama mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul. Tanpa adanya kerja sama yang baik antara kedua belah pihak tersebut, mustahil program ini akan bisa berjalan dengan baik. BPJS dan Rumah Sakit merupakan pihak yang saling bergantung satu sama lain. Jadi, jika terjadi masalah dalam satu pihak tersebut akan mempengaruhi pihak lainnya, sehingga solusi dari masalah tersebut harus dipecahkan bersama-sama.

Masalah-masalah yang sering terjadi yaitu diantaranya keterlambatan penransferan dana dari pihak BPJS Kesehatan Cabang Singaraja ke rumah sakit yang disebabkan oleh pemverifikasian data yang lambat dari pihak Rumah Sakit. Lambatnya verifikasi data ini

disebabkan karena sistem aplikasi yang berubah-ubah dalam waktu yang tidak menentu. Dengan begitu mengakibatkan pihak rumah sakit khusus bagian keuangan yang bertugas untuk menangani pendataan merasa keberatan. Adapun solusi yang diambil untuk memecahkan masalah tersebut diantaranya :

- 1) Menyamakan sistem aplikasi yang digunakan di seluruh Indonesia, sehingga dalam memverifikasi data menjadi lebih cepat dan lebih mudah.

Selama ini sistem aplikasi yang digunakan masih menggunakan 4 sistem yang berbeda, yaitu SEP, SIM RS, INA CBG dan Verifikasi klaim. Untuk itulah diperlukan adanya penyatuan 4 sistem tersebut agar menjadi lebih sederhana dan mengoptimalkan waktu, sehingga diterbitkan sistem verifikasi yang terintegrasi dengan nama sistem aplikasi INA CBG's – SEP Integrated System (INASIS). Aplikasi ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada peserta maupun fasilitas kesehatan yang bermitra. Dengan terintegrasi langsung melalui sistem aplikasi INASIS, proses penagihan klaim dari RSUD Buleleng kepada BPJS Kesehatan Cabang Singaraja diharapkan menjadi lebih cepat karena pengiriman file tidak lagi dilakukan secara manual dari SIM RS ke SIM Verifikasi. Dengan aplikasi tersebut Rumah Sakit juga dapat mengetahui status penagihan mereka secara *real time*, sampai klaim dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Namun, "pihak RSUD Kabupaten Buleleng masih menggunakan sistem aplikasi yang lama yaitu sistem aplikasi INA CBG's", ujar Kasubag Bendahara Gusti Suhastika.

- 2) Memperbanyak sosialisasi tentang sistem aplikasi yang digunakan pihak BPJS kepada pihak Rumah Sakit

Salah satu penyebab lambatnya verifikasi data dari pihak Rumah Sakit adalah karena perubahan sistem aplikasi yang tidak disosialisasikan kepada pihak Rumah Sakit. Seharusnya, pihak BPJS Kesehatan Cabang lebih mengencangkan lagi sosialisasi setiap melakukan pergantian sistem aplikasi dari BPJS Pusat. Sehingga pihak Rumah Sakit tidak bingung dalam memverifikasi data guna mencairkan dana yang dibutuhkan di pihak Rumah Sakit dalam melayani pasien yang sudah terdaftar dalam BPJS.

- 3) Memperluas sosialisasi aturan bagi peserta BPJS dalam hal pembayaran iuran yang dilakukan

Sampai saat ini banyak sekali aturan-aturan BPJS yang mengalami perubahan baik dalam sistem pembayaran, denda, dan juga cara pendaftaran peserta. Seperti yang dikatakan oleh dirut RSUD Buleleng dr. Gede Wiartana, "Untuk BPJS Kesehatan Buleleng diharapkan melakukan sosialisasi terhadap perubahan-perubahan aturan sehingga masyarakat luas tahu prosedur yang harus dilalui. Ini juga akan berdampak pada pelayanan RSUD Buleleng." Dengan seringkalinya terjadi perubahan aturan akan membingungkan masyarakat sebagai peserta BPJS Kesehatan dalam melakukan pembayaran dan yang lainnya. BPJS Kesehatan Cabang Singaraja telah melakukan sosialisasi mengenai Jaminan Kesehatan Nasional ini diberbagai daerah seperti di Polres Buleleng dan Jembrana. Selain itu juga membuka posko pengaduan untuk melayani keluhan masyarakat akan pelayanan yang dilakukan.

### 3. Simpulan dan Saran

Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa Dari mini riset yang kami laksanakan mengenai hubungan BPJS Kesehatan Cabang Singaraja dengan RSUD Buleleng menurut penuturan kedua belah pihak bahwa hubungan kedua instansi tersebut baik-baik saja, namun pada kenyataannya masih banyak ditemukan masalah. Masalah-masalah tersebut diantaranya mengenai permasalahan yang menyangkut sistem aplikasi yang digunakan pihak BPJS yang terus berubah-ubah sehingga penyetoran verifikasi data yang lambat dari pihak rumah sakit ke BPJS, hal ini tentu akan memperlambat penyetoran dana dari pihak BPJS ke Rumah Sakit. Masalah selanjutnya adalah mengenai permasalahan dalam pengurusan kartu BPJS baik penerima kartu PBI dan Non-PBI. Menurut wawancara yang kami lakukan banyak peserta BPJS yang mengeluhkan pelayanan yang lambat dari pihak BPJS dalam pengurusan kartunya, salah satu penyebabnya adalah karena kuantitas

karyawan dari kantor BPJS Cabang Singaraja yang masih sedikit, rata-rata yang melayani pengurusan kartu ini hanya empat orang.

Permasalahan-permasalahan di atas tentu akan berimplikasi terhadap pelayanan pasien peserta BPJS di RSUD Buleleng. Permasalahan-permasalahan yang klasik seperti penundaan pelayanan terhadap peserta BPJS, dan tidak dilayaninya peserta BPJS karena kartu BPJS aktif setelah dua minggu setelah pembuatan pun masih bisa ditemui di RSUD Buleleng. Pengakuan-pengakuan dari pasien peserta BPJS seperti Bapak Made Tayoni dalam pembahasannya di atas yang menyatakan pelayanan terhadap peserta BPJS masih terkesan ditunda dan ada perbedaan terhadap pasien umum, menunjukkan masih banyak yang perlu diperbaiki mengenai pelayanan pasien BPJS. Pelayanan terhadap pasien peserta BPJS masih jauh dari kata keadilan, padahal pihak rumah sakit RSUD Buleleng medung-dungungkan bahwa tidak ada perbedaan pelayanan terhadap pasien peserta BPJS dengan pasien umum. Namun realita yang kami temukan di lapangan sangat berbeda, walaupun banyak pasien yang menyatakan pelayanan Rumah sakit sudah bagus, namun tidak sedikit juga yang mengeluh dengan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit.

Oleh karena itu, pemerintah maupun pemangku kepentingan yang terkait agar selalu berupaya memecahkan masalah yang sangat esensial mengenai hubungan Rumah Sakit dengan BPJS ini, agar hubungan yang baik bisa terjalin sehingga akan berimplikasi terhadap pelayanan kepada pasien peserta BPJS yang baik pula. Permasalahan-permasalahan seperti masalah aplikasi yang berubah-ubah, dan keterlambatan penyetoran dana dari pihak BPJS ke rumah sakit merupakan masalah yang harus dipecahkan bersama. Begitu juga dengan lambatnya pelayanan dari pihak BPJS kepada masyarakat akibat masih kurangnya pekerja kantor BPJS harus segera dicari solusinya, jangan sampai masyarakat dalam hal ini pasien peserta BPJS menjadi korbannya.

Berdasarkan simpulan di atas, maka saran yang dapat diberikan yaitu :

### 1) Bagi Penulis

Saran bagi penulis yaitu agar lebih memaparkan lebih jelas tentang penelitian mengenai Penilaian Kinerja Terhadap Kebijakan BPJS Pada Pelayanan Kesehatan Pasien BPJS di RSUD Kabupaten Buleleng, sehingga para pembaca lebih mudah memahami isi dari penelitian ini.

### 2) Bagi Pembaca

Saran bagi pembaca yaitu agar lebih memahami mengenai penelitian Penilaian Kinerja Terhadap Kebijakan BPJS Pada Pelayanan Kesehatan Pasien BPJS di RSUD Kabupaten Buleleng, maka dapat mencari refresi seperti penelitian-penelitian terdahulu, internet, buku atau yang lainnya sebagai bahan perbandingan terhadap penelitian ini, agar pengetahuan anda lebih banyak mengenai penelitian ini.

### 3) Bagi Pemerintah

Saran bagi pemerintah yaitu khususnya pihak BPJS dan Rumah sakit yang melayani pasien BPJS agar selalu memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Tidak ada lagi perbedaan antara pasien umum dan pasien peserta BPJS dalam hal pelayanannya di Rumah Sakit. Pihak Rumah Sakit harus cepat dan tanggap dalam pelayanan kepada pasien BPJS begitu juga dengan pelayan pihak BPJS. Supaya tidak terjadi lagi masalah-masalah yang kami temukan di pembahasan di atas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Prayudi, Made Aristia, dan Komang Adi Kurniawan Saputra. 2016. *Akuntansi pemerintahan*. Singaraja: Istiqlal publishing Group.
- Sineda Rudiputra. 2015. *Cegah Fraud, BPJS Kesehatan Luncurkan Aplikasi INASIS*. Diunduh tanggal 23 Desember 2016, <http://www.bpjs/inasis%202.htm>
- Aditya Ramadhan. 2015. *Aplikasi Inasis Untuk Jaminan Kesehatan Nasional Diluncurkan*. Diunduh tanggal 23 Desember 2016, <http://www.bpjs/inasis.htm>
- Dinkes Lumajang. 2014. *Pengertian, Dasar Hukum, Kepesertaan dan Manfaat BPJS Kesehatan*. Diunduh tanggal 23 Desember 2016, <http://www.BPJS/Pengertian,%20Dasar%20Hukum,%20Kepesertaan%20dan%20Manfaat%20BPJS%20Kesehatan.html>

- Sucipto Kuncoro. 2015. *Informasi BPJS Kesehatan dan KIS*. Diunduh tanggal 24 Desember 2016.  
[http://www.BPJS/Apakah%20Bisa%20Berhenti%20Dari%20BPJS%20Jika%20Tidak%20Bayar%20luran\\_%20-%20Info%20BPJS%20KIS.html](http://www.BPJS/Apakah%20Bisa%20Berhenti%20Dari%20BPJS%20Jika%20Tidak%20Bayar%20luran_%20-%20Info%20BPJS%20KIS.html)
- Boby Chandro Oktavianus. 2016. *Layanan yang Berubah Setelah Aturan BPJS 2016 Diperbaharui*. Diunduh tanggal 26 Desember 2016,  
<http://www.BPJS/Layanan%20yang%20Berubah%20Setelah%20Aturan%20BPJS%202016%20Diperbarui%20-%20Cermati.html>
- Rizqia Khoirunisa. 2016. *Mengenal Jenis Kepesertaan BPJS Kesehatan – (PBI, Non-PBI, PBP, PPU, BP)*. Diunduh tanggal 26 Desember,  
[http://www.Mengenal%20Jenis%20Kepsertaan%20BPJS%20Kesehatan%20-%20\(PBI,%20Non-PBI,%20PBP,%20PPU,%20BP\).html](http://www.Mengenal%20Jenis%20Kepsertaan%20BPJS%20Kesehatan%20-%20(PBI,%20Non-PBI,%20PBP,%20PPU,%20BP).html)