STUDI FENOMENOLOGI “PERMASALAHAN PASIEN BPJS

¹ Maria Loihala, ¹ Elisabeth Samaran

¹Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Sorong
Email : pabar_merlo@yahoo.co.id

Artikel history

Dikirim, Februari 4th, 2019

Ditinjau, Februari 19th, 2019

Diterima, Juni 13th, 2019

ABSTRACT

The Indonesian National Health Insurance (BPJS) is an institution established to organize social security programs in Indonesia based on Law Number 40 of 2004 and Law Number 24 of 2011. Patients who use the BPJS Health card, are required to follow the stages of the treatment flow starting from the First Level Provider. The purpose of the study was to analyze the effect of using the Indonesian National Health Insurance (BPJS) on referral patient satisfaction outside Papua in the Indonesian National Health Insurance (BPJS) Sorong city in 2018. The research design used is qualitative research. Qualitative research methods using the phenomenology approach. The population in this study were all BPJS patients in the Indonesian National Health Insurance (BPJS) Sorong City. The sample in this study used saturation point samples. The results of the study show the problems of Indonesian National Health Insurance (BPJS) patients in the Indonesian National Health Insurance (BPJS) Sorong City, namely referral problems namely tiered referrals that are quite complicated, often full space, slow work systems that are ignorance of online information systems and long queues due to slow system performance, lack of socialization, and the slow verification process of claims submitted by health facilities at Indonesian National Health Insurance (BPJS).

Keyword: Indonesian National Health Insurance, phenomenology study

ABSTRAK

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS adalah lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Masih banyak masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan aturan main BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian untuk menganalisis pengaruh pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap kepuasan pasien rujukan luar Papua di wilayah kerja BPJS kota Sorong Tahun 2018. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Populasi dalam penelitian ini adalah semua Pasien BPJS Di Wilayah Kerja BPJS Kota Sorong. Sampel dalam penelitian ini menggunakan sampel titik jenuh. Hasil penelitian menunjukkan permasalahan pasien BPJS di wilayah kerja BPJS Kota Sorong yaitu masalah rujukan yaitu rujukan berjenjang yang cukup ribet, ruang inap yang sering penuh, sistem kerja yang lambat yaitu ketidaktahuan sistem informasi online dan antrian panjang akibat sistem kinerja yang lambat, kurangnya sosialisasi, serta lambatnya proses verifikasi klaim yang diajukan fasilitas kesehatan pada BPJS Kesehatan.

Kata Kunci : BPJS, Study Fenomenologi

PENDAHULUAN

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah badan penyelenggara jaminan sosial yang bersifat wajib penduduk (*universal coverage*) yang telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Hartini, Arso, & Sriatmi, 2016). Berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah berdomisili di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS (Widyasih et al., 2014).

Pasien yang menggunakan layanan BPJS Kesehatan, diwajibkan untuk mengikuti beberapa tahapan alur berobat dimulai dari provider tingkat pertama. Jika provider tingkat pertama tidak mampu, maka pasien akan dirujuk ke tingkat pelayanan lebih tinggi, sesuai dengan kompetensinya. Pemberian rujukan harus dilakukan secara selektif sehingga di kalangan para dokter diharapkan terjadi kompetisi yang sehat dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi atau melebihi harapan.

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa karakteristik rujukan medis adalah adanya kerja sama antara fasilitas pelayanan kesehatan, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) rujukan, kelengkapan sumberdaya pendukung termasuk transportasi dan komunikasi,

kelengkapan pada formulir rujukan serta pelaksanaan rujukan kembali.

Menurut PERMENKES Nomor 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan, dalam pedoman sistem rujukan nasional, karakteristik rujukan yaitu rujukan berdasarkan indikasi prosedur rujukan yang terjadi pada kasus kegawatandaruratan, melakukan rujukan balik ke fasilitas perujuk, keterjangkauan fasilitas rujukan dan rujukan pertama dari fasilitas primer (Hartini, Arso, & Sriatmi, 2016).

Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memberlakukan sistem rujukan yang berjenjang, dimana pelayanan kesehatan dimulai di fasilitas kesehatan tingkat pertama (BPJS Kesehatan, 2016). Sistem rujukan mengatur ragam alur dari mana dan harus ke mana seseorang yang mempunyai masalah kesehatan tertentu untuk memeriksakan kesehatannya (Ali, et al., 2015). Sistem rujukan berarti bertujuan agar berjalan secara efektif sekaligus efisien yaitu berarti berkurangnya waktu tunggu dalam proses merujuk dan berkurangnya rujukan yang tidak perlu (Kemenkes RI, 2012).

Data yang didapatkan dari BPJS kesehatan nasional, penduduk Indonesia yang telah mendaftarkan diri menjadi anggota JKN sebanyak 156.790.287 jiwa (65,33%). Diketahui juga pada triwulan pertama tahun 2015 didapatkan 14.619.528 kunjungan difasilitas kesehatan tingkat pertama. Dari data tersebut sebanyak 2.236.379 kunjungan dirujuk dari pelayanan primer ketingkat pelayanan sekunder dan 214.706 kunjungan diantaranya merupakan rujukan nonspesialistik yang berarti

seharusnya tak perlu dirujuk dan fasilitas bisa diselesaikan di kesehatan tingkat pertama. Permasalahan sistem rujukan bukan hanya pada rujukan non spesialis juga ditemukan tetapi ketidaklengkapan pengisian formulir. Komunikasi sebelum rujukan merupakan salah satu yang tidak kalah pentingnya juga belum optimal dilaksanakan. Sehingga idealnya hanya 15% pasien yang dirujuk ke pelayanan sekunder dari 155 diagnosa penyakit, namun sampai saat ini jumlah rujukan ke pelayanan sekunder mencapai 15 % (BPJS Kesehatan, 2016).

Masih banyak masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan. Pemahaman masyarakat khususnya alur rujukan masih kurang sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Peserta JKN harus mengikuti sistem rujukan yang ada untuk penyakit apa pun, kecuali dalam keadaan darurat, bencana, harus berobat ke fasilitas kesehatan primer, tidak boleh langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Jika dilanggar maka peserta harus mengeluarkan biaya sendiri. Namun kenyataannya dilapangan sistem rujukan pasien dirasakan masih tidak efektif dan efisien, masih banyak masyarakat belum dapat menjangkau pelayanan kesehatan, akibatnya terjadi penumpukan pasien yang luar biasa di rumah sakit besar tertentu yang sebenarnya bisa diselesaikan di pelayanan kesehatan tingkat pertama atau tingkat ke dua. Masyarakat kemudian menilai sistem rujukan terkesan berbelit-belit/ birokrasinya cukup rumit, hal ini dipicu oleh keengganan masyarakat untuk mengantri dengan waktu yang sangat lama dilayanan primer seperti klinik/ puskesmas. Sehingga pasien langsung merujuk dirinya sendiri untuk

mendapatkan kesehatan tingkat kedua atau tingkat ketiga.

Keluhan lain terkait sistem rujukan BPJS yang dirasakan adalah ketidaksiapan tenaga kesehatan dan kurangnya fasilitas di layanan kesehatan primer, kasus yang seharusnya di tangani dilayanan primer/ sekunder tetapi langsung dirujuk ke rumah sakit tersier. Banyaknya sarana prasarana dan persediaan obat yang belum lengkap, sehingga pasien harus membeli ke luar dengan biaya sendiri. Tingkat kepercayaan masyarakat pada pelayanan kesehatan tingkat pertama masih kurang misalnya puskesmas atau klinik, tidak bisa dipungkiri kepuasan masyarakat terhadap puskesmas masih sangat rendah. Tidak jarang juga penolakan pasien di rumah sakit dengan alasan ruangan perawatan penuh, seharusnya pasien tersebut dapat dirujuk ke rumah sakit lain yang setingkat. Namun ada banyak rumah sakit yang menolak (swasta) atau belum siap untuk bekerjasama dengan BPJS.

Untuk menjamin berjalannya sistem rujukan berjenjang BPJS maka perlu dilakukan perbaikan-perbaikan, antara lain : peningkatan pemahaman petugas tentang sistem rujukan berjenjang. Perlu dilakukan sosialisasi yang terus menerus baik oleh pemerintah maupun oleh petugas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat terkait system rujukan berjenjang, mempermudah penderita penyakit kronis mengakses pelayanan kesehatan dengan berkurangnya antrian peserta penyakit kronis, mengisi kebutuhan fasilitas kesehatan dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, sehingga mampu menangani kasus sesuai tingkat layanannya, salah

satunya mengurangi kasus rujukan yang tidak perlu.

Menurut Dwi Ratnasari, 2017 bahwa Analisis pelaksanaan sistem rujukan di Puskesmas X Kota Surabaya berdasarkan Pedoman Sistem Rujukan Nasional diperoleh hasil bahwa syarat merujuk pasien di Puskesmas X Kota Surabaya telah memenuhi syarat merujuk pasien sesuai Pedoman Sistem Rujukan Nasional yaitu pada prosedur klinis dan prosedur administratif. Namun terdapat hal yang belum memenuhi syarat, dimana pasien yang diberi rujukan harusnya datang secara langsung di puskesmas untuk diperiksa dan diketahui kondisi medis pasien oleh dokter puskesmas sebelum dilakukan rujukan, namun hanya pihak keluarga pasien yang datang.

Dari banyaknya pasien yang dirujuk terdapat keluhan masyarakat tentang kurangnya sosialisasi sistem rujukan program BPJS Kesehatan yang menimbulkan kontroversi karena tidak jelasnya informasi yang di terima oleh masyarakat, sehingga manfaat BPJS Kesehatan tidak akan dirasakan oleh target BPJS Kesehatan apabila target yang menjadi sasaran tidak mengetahui manfaat dari program tersebut dan pasien tidak memperoleh kepuasan dari pelayanan yang diterima (Roesalya, 2014).

Kepuasan pasien adalah bagian yang integral dan menyeluruh dari kegiatan jaminan mutu pelayanan kesehatan. Survei kepuasan pasien adalah bagian yang penting dan perlu dilakukan bersamaan dengan pengukuran dimensi mutu pelayanan kesehatan yang lain. Keinginan serta kepuasan pasien dan atau masyarakat dapat diketahui melalui survei kepuasan pasien. Transformasi ekonomi pasti akan mengubah keinginan dan kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan, sehingga survei perlu

dilakukan secara berkala dan akurat (Pohan, 2007).

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Populasi dalam penelitian ini adalah semua Pasien Di Wilayah Kerja BPJS Kota Sorong. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 10 orang. Penelitian ini telah memenuhi kelayakan etik dari Komite Etik Poltekkes Kemenkes Sorong.

HASIL

1. Alasan Bapak/ibu memilih Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS

Alasan memakai kartu BPJS adalah karena faktor biaya.

“Sa gunakan BPJS....untuk memudahkan kita berobat..dan mendapatkan..penghasilan berobat yang bagus” (IU 1)

“Hm... biaya nya agak ringan” (IU 2)

“Alasannya...ini..apa...gak terlalu mahal bayarnya..kalo kita umum ni kan, ya agak mahal” (IU 5)

“Karena pasti kalau anak-anak sakit kurangi biaya, supaya tidak takut – takut lagi berobat” (IU 6)

“Untuk berobat kalau ada yang sakit bisa pakai, jangan kitong bayar – bayar lagi, kartu ini tara bikin susah katong” (IU 8)

Informan mengatakan tidak menunda ke rumah sakit dan adanya pengetahuan dan pengalaman sebelumnya bahwa penyakit semua ditanggung.

“Supaya kalau sakit kitong tara tunda atau tunggu pi di RS” (IU 7)

“Yang sa tahu itu kenapa sa pake BPJS karena biasa ada keluarga sakit baru ditanggung semua” (IU 10)

2. Pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS

Sebagian informan mengatakan bahwa pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS baik.

“Bagus” (IU 1)

“Biasa kumpulan RT dulu... sa kira pelayanan nya enak sih” (IU 2)

“Lebih baik dan lebih memudahkan....biaya” (IU 3)

“Sudah bagus sih, tapi berharap supaya lebih bagus lagi pelayanannya” (IU 10)

Ada informan yang mengatakan bahwa sebagian obat tidak ditanggung dan pasien umum lebih diprioritaskan.

“Cukup ini, tapi ada sebagian obat yang kita beli diluar yang tidak ada di rumah sakit” (IU 3)

“Agak lambat sih, biasa pasien umum dulu diprioritaskan” (IU 9)

3. Pelayanan Kesehatan Dengan Menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS Pada Sistem Rujukan

Sebagian besar informan menyebutkan bahwa mereka harus melalui beberapa tahap untuk bisa melakukan rujukan ke tingkat fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

“Agak ribet sih, kalo dirujuk kan harus ke puskesmas dulu, habis itu ke kantor BPJS dulu, habis itu ke puskesmas, baru ke RS, tapi biasa juga ada yang pas dirujuk toh baru kamar penuh, kan kasihan kalau begitu” (IU 1)

“Itu sudah ibu...biasa tuh katong harus dulu ke puskesmas toh, baru kalau dokter don bilang harus rujuk karena sakit operasi ya dirujuk, jadi kita harus lapor begitu ke BPJS, baru nanti tong balik lagi, itu yang bikin tong capek karena tidak ada uang taxi jadi tong jalan kaki jauh bolak balik” (IU 6)

“Itu rujukan harus ambil begitu dulu bawa pengantar kah dari puskesmas baru tong ke BPJS antri lagi baru ke RS” (IU 7)

Ada juga informan menyebutkan bahwa mereka belum menggunakan sistem rujukan.

“Kayaknya bagus, tapi sa itu belum pernah dirujuk jadi” (IU 4)

“Ah cuma ke puskesmas saja biasa langsung dikasih obat” (IU 9)

4. Rujukan Yang Diberikan Kepada Bapak/Ibu Atas Petunjuk Petugas

Informan menyebutkan bahwa rujukan yang diberikan kepada bapak/ibu atas petunjuk petugas.

“Enaknya kalo kita mau ke RS ke puskesmas dulu toh, nanti dirujuk toh begitu, kita sakit keras..minta rujukan untuk ke kota” (IU 2)

“Pernah dirujuk...” (IU 5)

“Torang ya dari dokter ibu toh, kalo dokter bilang tong jalan ya berarti ambil pengantar dari sini baru bisa merujuk” (IU 8)

Ada pula informan yang menyebutkan bahwa mereka belum pernah menggunakan sistem rujukan.

“Belum pernah dirujuk, tidak pernah ada masalah..” (IU 3)

“Hm...hm... saya belum pernah ibu keluar jadi, hahhahaaa.....” (IU 10)

5. Tata Cara Untuk Menggunakan Layanan BPJS Kesehatan khususnya sistem Rujukan Apakah Terbilang Mudah Dan Tidak Merepotkan

Sebagian besar informan menyebutkan bahwa sistem rujukan yang diberikan kepada bapak/ibu terbilang ribet dan merepotkan.

“Lebih bagus pengobatan nya daripada puskesmas..obatnya lebih banyak disana..alat lebih lengkap..iya..meskipun repot juga kasihan” (IU 2)

“Mudah ya iya, merepotkan juga karena harus pake surat pengantar, rumah sakit lagi, urus ini itu” (IU 5)

“Senang kok, karena meringankan beban biaya, kita bayar 50 ribu, jadi kurang 30 ribu, repot...kita kesana kemari lagi kita ke puskesmas sama

kita ke kantor nya lagi ambil de punya rujukan” (IU 8)

“Ada...kalo kita mau urus BPJS ya ribet... ini itu..kalo kita datang Cuma bawa KK, disuru hpulang lagi ambil surat nikah, suami istri..ya ribet” (IU 1)

Ada juga informan yang tidak tahu karena belum menggunakan sistem rujukan

“Kayaknya bagus, tapi sa itu belum pernah dirujuk jadi” (IU 4)

“Ya itu, sa tra tau nona...sa tra pernah jadi.....” (IU 10)

6. Informan Triangulasi

Apa saja permasalahan yang biasa ditemui pada pelayanan BPJS ?

“Biasa itu ada pasien datang dorang marah karena dong bilang kenapa diputar – putar, padahal memang seperti itu sistem rujukan nya toh, katanya juga sudah ada sistem online tapi mo bagaimana tidak bisa kita pungkiri, mungkin juga BPJS kurang sosialisasi kah jadi belum tahu, ada juga masih belum punya akses karena hp kan juga sebagian besar ni masih hp kayu kasihan ” (IT 1)

“Biasa sih kesulitan prosedur saja, ada yang masih kurang mengerti, biasa langsung kasih pengertian baru dong terima, yah begitu sudah tapi biasa juga mengeluh terus, biasa itu pasien marah karena antrian panjang, lama... sama juga lama proses klaim yang diajukan dari sini pada BPJS Kesehatan, jadi

biasa juga susah deng obat deng honor” (IT 2)

“Begini, tidak kayak asuransi swasta yang umumnya memiliki batasan dan syarat beberapa jenis penyakit, BPJS Kesehatan itu dirancang untuk menanggung segala jenis penyakit. BPJS Kesehatan menanggung anggota BPJS dari seluruh jenjang usia dan semua tingkat keparahan penyakit yang diderita. Besarnya biaya atau premi yang dibayarkan bukan berdasarkan usia, riwayat kesehatan, atau tingkat penyakit yang diderita, melainkan berdasarkan fasilitas kesehatan yang dinikmati. Fasilitas ini lalu dibagi menjadi kelas I sampai kelas III, kita menganut pola rujukan berjenjang, sehingga pasien tidak bisa bebas kalo mau memeriksakan diri ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang diinginkan. Nah pertama, pasien harus berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, klinik, atau dokter praktik perorangan yang bekerja sama dengan BPJS. Setelah itu jika fasilitas kesehatan tersebut tidak sanggup mengobati, maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau sekelas rumah sakit. Terbatasnya rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, membuat pasien BPJS Kesehatan seringkali harus mengantri untuk mendapatkan pelayanan. Meskipun begitu, sekarang ni semakin banyak dokter dan rumah sakit yang melayani peserta BPJS Kesehatan. Biaya untuk pengobatan dan pemeriksaan laboratorium juga termasuk dalam layanan BPJS Kesehatan. Sehingga pasien yang berobat tidak perlu

membayar lagi untuk layanan tersebut, asalkan tetap sesuai dengan prosedur atau ketentuan BPJS kesehatan yang berlaku. BPJS tidak menanggung biaya pemeriksaan penunjang atas permintaan pasien sendiri tanpa indikasi atau tidak sesuai diagnosis penyakit yang diberikan dokter. Penarikan biaya pada pasien BPJS akan berlaku jika peserta meminta fasilitas lebih tinggi dari hak yang seharusnya diperoleh. Contohnya ketika pasien meminta kelas perawatan lebih tinggi dari hak yang dimilikinya. Sehingga pasien perlu memberitahukan hal tersebut kepada pihak BPJS Kesehatan dan petugas rumah sakit jika saat dirawat hendak menggunakan kelas yang lebih tinggi dari premi yang dibayar ke BPJS.” (IT 3).

PEMBAHASAN

1. Alasan memilih Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia adalah bagian dari SJSN. Beberapa prinsip yang dianut pada JKN yaitu prinsip gotong royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, efektivitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (Suhanda, 2015). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS Kesehatan adalah Badan Usaha Milik Negara yang

ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa alasan informan memakai kartu BPJS adalah karena faktor biaya. Informan juga mengatakan dengan menggunakan BPJS, tidak menunda ke rumah sakit dan adanya pengetahuan dan pengalaman sebelumnya bahwa penyakit semua ditanggung. Berbagai hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa BPJS memberikan kemudahan bagi masyarakat dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Menurut asumsi peneliti bahwa BPJS telah memberikan mekanisme yang dapat meningkatkan keterjangkauan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Jangkauan fasilitas kesehatan diperluas sehingga mampu melayani kalangan masyarakat menengah ke bawah dan tidak hanya kalangan masyarakat menengah ke atas, seperti halnya pada persepsi masyarakat yang menganggap fasilitas kesehatan tidak terjangkau karena kesulitan ekonomi. Dengan demikian BPJS dapat memenuhi asas pemerataan layanan kesehatan bagi masyarakat.

Menurut teori Health Service Use dari Andersen dalam penelitian Debra dkk (2015) menyatakan bahwa perilaku masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan ditentukan oleh tingkat atau derajat penyakit yang dialami serta adanya kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan (*perceived need*). Adanya tingkat atau derajat penyakit yang

semakin dirasakan berat, maka individu tersebut akan semakin membutuhkan kesembuhan dengan demikian akan semakin perlu adanya pelayanan kesehatan, demikian juga dengan kebutuhan layanan kesehatan, jika semakin tinggi kebutuhan akan suatu layanan maka akan semakin tinggi pula keinginan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut (Manurung, 2008).

2. Pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS

Menurut informasi Departemen Komunikasi dan Hubungan Masyarakat BPJS Kesehatan dengan judul “Indeks Kepuasan Peserta dan Faskes terhadap BPJS Kesehatan Sukses Lampau Target” menyatakan bahwa dari total 17.280 responden masyarakat, sebanyak 81% menyatakan puas terhadap BPJS Kesehatan. Angka tersebut telah melewati target kepuasan masyarakat yang ditetapkan oleh pemerintah, yaitu sebesar 75%. Pelayanan kesehatan BPJS sebagai penerima jasa, keluarga peserta seringkali mengeluh kurang puas dengan pelayanan kesehatan yang diterimanya. Mereka menganggap bahwa pasien yang menjadi peserta asuransi kesehatan mendapat pelayanan dan perlakuan yang berbeda dengan pasien lain di beberapa Rumah Sakit, baik yang di rawat maupun yang hanya berobat. Menurut Khariza (2015), target yang ingin dicapai melalui pelaksanaan program Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit adalah pencapaian kepuasan pelanggan yang dapat

memberikan pengaruh positif bagi masyarakat, pencapaian kesembuhan pasien bisa maksimal dengan tolak ukur pasien tidak kembali ke Rumah Sakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian informan mengatakan bahwa pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS baik, sebagian pula informan mengatakan kurang baik karena sebagian obat tidak ditanggung dan pasien umum lebih diprioritaskan.

Menurut Mosadeghrad (2014) kualitas dalam perawatan kesehatan adalah produksi kerjasama antara pasien dan penyedia layanan kesehatan dalam lingkungan yang mendukung. Faktor personal dari penyedia dan pasien, dan faktor-faktor yang berkaitan dengan kesehatan yang organisasi, sistem kesehatan, dan lingkungan yang lebih luas mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.

Menurut asumsi peneliti sebagian informan mengatakan kurang baik terhadap pelayanan BPJS dikarenakan kepuasan masyarakat dibentuk oleh subyektivitas.

3. Pelayanan Kesehatan Dengan Menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS Pada Sistem Rujukan

Pelaksanaan sistem rujukan telah diatur dalam bentuk berjenjang yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga dan dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri namun berada disuatu sistem dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak

dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka akan menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan sekunder, demikian juga ke tingkat pelayanan tersier.

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2012), karakteristik rujukan medis adalah adanya kerja sama antara fasilitas pelayanan kesehatan, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) rujukan, kelengkapan sumberdaya pendukung termasuk transportasi dan komunikasi, kelengkapan formulir rujukan, komunikasi antar fasilitas kesehatan perujuk dan penerima rujukan serta pelaksanaan rujukan balik.

Menurut Permenkes Nomor 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan, dalam pedoman sistem rujukan nasional karakteristik rujukan meliputi rujukan berdasarkan indikasi, prosedur rujukan pada kasus kegawatan, melakukan rujukan balik kefasilitas perujuk, keterjangkauan fasilitas rujukan dan rujukan pertama dari fasilitas primer.

Sebagian informan mengatakan bahwa pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional / BPJS baik, sebagian pula mengatakan kurang baik. Pada kenyataannya, terdapat keluhan dari pihak keluarga pasien peserta BPJS karena harus mengeluarkan biaya untuk pembelian obat-obatan yang tidak dapat disediakan oleh pihak rumah sakit, tampak dengan adanya resep dokter untuk menggunakan obat-obatan di luar obat yang

disediakan BPJS guna membeli obat di apotek yang ditunjuk dokter tersebut dengan biaya pasien sendiri.

Penelitian Zuhrawardi (2008) terkait analisis pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama peserta wajib ASKES pada tiga puskesmas di Kota Aceh. Sekitar 30-75% rujukan adalah rujukan rawat jalan tingkat pertama, rujukan diberikan atas permintaan sendiri dan bukan atas indikasi medis.

Penyelenggaraan pelaksanaan rujukan JKN sudah adanya pembagian tugas tersendiri dalam mengelola sistem rujukan dan yang terlibat dalam pelaksanaan rujukan JKN. Menurut Duha, Timotius (2016) Setiap organisasi yang memiliki struktur organisasi, berarti menunjukkan adanya pembagian tugas dan jabatan secara hierarkis dari atas sampai ke tingkat bawah. Ini berguna agar setiap individu di dalam organisasi, mengetahui tanggung jawab yang dimiliki masing-masing. Hal tersebut juga dapat membantu peranan tugas masing-masing dalam menangani pelaksanaan rujukan JKN.

4. Rujukan Yang Diberikan Kepada Bapak/Ibu Atas Petunjuk Petugas

Di era Jaminan Kesehatan sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan pengobatan. Pelayanan kesehatan secara berjenjang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diberikan oleh Puskesmas, klinik Pratama serta Dokter Keluarga atau disebut juga fasilitas kesehatan primer. Fasilitas kesehatan pada tingkat kedua yaitu pelayanan kesehatan spesialistik oleh dokter

spesialis atau dokter gigi spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan klinik utama yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Fasilitas kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Abdullah, 2015).

Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan atau keluarganya, serta tenaga kesehatan yang berwenang harus memberikan penjelasan kepada pasien mengenai diagnosis dan terapi atau tindakan medis yang diperlukan oleh pasien, alasan dan tujuan dilakukan rujukan, risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan, transportasi rujukan, dan risiko atau penyulit yang dapat timbul selama perjalanan (Pasal 12)(Kemenkes RI, 2012).

Salah satu aspek penting untuk mengetahui terpenuhinya hak peserta BPJS Kesehatan adalah dengan melihat kesejahteraan pesertanya, salah satu aspek yang dapat dinilai yaitu melalui aspek pemenuhan hak pelayanan kesehatan. Apakah pelayanan kesehatan sudah diperoleh peserta BPJS Kesehatan dari Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa informan mengatakan sistem rujukan yang diberikan atas petunjuk petugas, ada juga yang

mengatakan belum pernah menggunakan sistem rujukan.

Menurut asumsi peneliti, informan yang belum memahami bagaimana sistem rujukan di era JKN dan masih banyak pasien yang beranggapan bahwa puskesmas bisa mengeluarkan surat rujukan ke rumah sakit karena itu adalah hak mereka meskipun penyakitnya masih bisa ditangani di puskesmas. Peneliti juga mengamati ada informan yang dengan inisiatif sendiri dan memaksa untuk mendapatkan rujukan karena masih adanya sugesti masyarakat jika berobat ke rumah sakit akan sembuh dari pada berobat di puskesmas.

5. Tata Cara Untuk Menggunakan Layanan BPJS Kesehatan khususnya sistem Rujukan Apakah Terbilang Mudah Dan Tidak Merepotkan

Berdasarkan Permenkes Nomor 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat menyebutkan bahwa kendala pelaksanaan Jaminan Kesehatan yang masih terjadi yaitu sistem rujukan belum berjalan secara optimal.

Sistem rujukan dapat dilakukan saat pasien mengalami sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Hal ini sama seperti kebijakan menurut UU no 44 tahun 2009 pasal 42 ayat 1 yang berbunyi sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit

atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, informan mengatakan bahwa tata cara untuk menggunakan layanan BPJS kesehatan khususnya sistem rujukan terbilang ribet dan merepotkan, dan ada pula informan yang mengatakan tidak tahu karena belum menggunakan sistem rujukan.

Dalam rangka kelancaran pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan ini menjadi acuan bagi badan penyelenggara jaminan kesehatan dan juga pemberi pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis (Goniwala, 2017). Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal (Ali, et al., 2015)

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa permasalahan pasien BPJS Di Wilayah Kerja BPJS Kota Sorong yaitu masalah rujukan yaitu rujukan berjenjang yang cukup ribet, ruang inap yang sering penuh, sistem kerja yang lambat yaitu ketidaktahuan sistem informasi online dan antrian panjang akibat sistem kinerja

yang lambat, kurangnya sosialisasi, serta lambatnya proses verifikasi klaim yang diajukan fasilitas kesehatan pada BPJS Kesehatan.

SARAN

1. Bagi BPJS Kesehatan

Saran untuk instansi BPJS Kesehatan yaitu agar meningkatkan kualitas pelayanannya, diantaranya ialah menyediakan fasilitas-fasilitas yang lebih baik lagi untuk kenyamanan peserta rujukan serta lebih meningkatkan lagi pelayanan yang diberikan oleh petugas dalam menangani keluhan yang disampaikan peserta BPJS Kesehatan. Sehingga dengan dipertahankan dan ditingkatkannya pelayanan yang diberikan akan meningkat keikutsertaan masyarakat menjadi peserta BPJS Kesehatan.

2. Bagi Fasilitas Kesehatan

Kepada penyelenggara kesehatan seperti klinik, Puskesmas, dan rumah sakit harus menyadari peran dan tanggung jawab dengan baik sehingga pelayanan kesehatan yang dilakukan berjalan dengan baik sesuai dengan harapan agar masyarakat terutama peserta atau pasien merasakan kenyamanan memperoleh pelayanan kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat memperluas ruang lingkup penelitian ini dengan melakukan penelitian yang lebih mendalam terhadap variabel dalam penelitian ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami ucapkan pada BPPSDM Kesehatan dan Poltekkes Kemenkes Sorong yang telah mendanai penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS.2014.*Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial____.2016. *INFO BPJS Kesehatan*.BPJS Kesehatan.
2. Hartini, H., Arso, S. P., & Sriatmi, A. (2016). *Analisis Pelayanan Rujukan Pasien BPJS di RSUD Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun Provinsi Jambi*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)*, 4(4), 49–59. Retrieved from <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/13940>
3. Roesalya, P. (2014). *Hubungan Terpaan Sosialisasi Bpjs Kesehatan Dan Sikap Masyarakat Pada Program Dengan Keputusan Masyarakat*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
4. Widyasih, E., Mubin, M. F., & Hidyati, E. (2014). *Presepsi Masyarakat Terhadap Pelayanan BPJS di RSI Kendal*. *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah 2014*, 274–279.
5. Kemenkes RI, 2013, Buku Saku FAQ (Frequently Asked Questions) BPJS Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
6. Lizarmin.2000.*Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kuta Alam Banda Aceh*, FKM Universitas Indonesia, Tesis, Jakarta.
7. Lumenta.1989. *Pelayanan Medis, Citra Konflik dan Harapan*,

- Tinjauan Fenomena Sosial.* Kamisius, Yogyakarta.
8. Muhammad. 2011. *Memahami Riset Perilaku dan Sosial.* Pustaka Cendikia Utama. Bandung.
<http://digilib.unila.ac.id/13607/20/DAFTAR%20PUSTAKA.pdf>
 9. Notoatmodjo. 2007. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*, Jakarta: Rineka Cipta, Jakarta.
 10. Parasuraman, Valerie A. Zeithmal, Leonard Berry, 1998, SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, Vol 64, No. 1. Peraturan Badan Penyelenggara
 11. Pohan. 2007 *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*, 144-154, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
 12. Rahman. 2006. *Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap di RS Islam Tasikmalaya.* FKM-Universitas Indonesia, Jakarta, Tesis
 13. Retnowati. 2010. *Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Formal Dengan Kesiediaan Melakukan Tes HIV (Human Immunodeficiency Virus) Di Surakarta, Skripsi.* Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
 14. Sabarguna, B, S, 2004, *Pemasaran Pelayanan Rumah Sakit, Sagung Seto,* Jakarta.
<http://lib.unnes.ac.id/22956/1/6411411107.pdf>
 15. Santoso. 2012. *Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas Iii Pada Rs. Roemani Muhammadiyah Semarang.*
http://eprints.undip.ac.id/35664/1/Skripsi_SANTOSO.pdf
 14. Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Bisnis.* Bandung: Alfabeta
 15. Supranto, J, 2011, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar,* Rineka Cipta, Jakarta.
<http://lib.unnes.ac.id/22956/1/6411411107.pdf>
 16. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
 17. Undang Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). 2011.