

BAB III

OBJEK PENELITIAN

A. Peristiwa Hukum Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Dalam hal bahwa menunjukan dapat mempengaruhi pelaksanaan para pelanggan. menurut beberapa ahli merupakan fungsi dari suatu kepuasan pelanggan atau dalam hal ini adalah pasien, rintangan dari suatu pengalihan, dan sebagian dari keluhan pasien. Pasien yang merasa terpuaskan dapat melakukan tindakan berulang sebagai penggunaan jasa secara berulang pada waktu yang akan datang dan memberitahukan pada orang lain atas kinerja produk jasa yang dirasakan. pada pasien di sini merupakan dampak dari kesetiaan atas suatu layanan atau jasa medis tertentu yang diwujudkan secara berkelanjutan dari kepuasan pasien dalam menggunakan fasilitas maupun jasa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit serta untuk menjadi pengguna secara berulang di rumah sakit yang bersangkutan. Loyalitas menjadi suatu bentuk nyata atas kesediaan pasien untuk menggunakan kembali, yang memiliki kekuatan dan sikap positif terhadap rumah sakit.

Selama bertahun-tahun memberikan pelayanan kepada masyarakat, BPJS Kesehatan telah memiliki jumlah peserta mencapai 2.336.926 jiwa per tahun 2020 hal ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah peserta jika dibandingkan dengan jumlah peserta tahun 2019 yang mencapai 221.580.743 juta jiwa. Indeks kepuasan peserta BPJS Kesehatan secara nasional pada tahun 2020 berhasil mencapai angka

88,51% namun pada tahun 2019 mengalami penurunan hingga angka 82%. Banyak hal yang mempengaruhi adanya penurunan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan BPJS Kesehatan. Pelayanan pelanggan dan pemenuhan hak persertanya merupakan hal yang sangat perlu untuk diperhatikan oleh sebuah instansi pemerintah seperti BPJS Kesehatan, karena bagian tersebut merupakan bagian yang sering berhadapan langsung dengan pelanggan dalam menangani keluhan, kritik, dan proses pelaksanaan penyelenggaraan BPJS.

Permasalahan yang sering terjadi  terkait dengan pelayanan BPJS Kesehatan secara umum berupa aturan mengenai kartu pengguna BPJS yang baru dapat aktif sepekan setelah pendaftaran diterima, kemudian rujukan lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan yang terbatas dan tidak fleksibel, rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan yang menerapkan alur pelayanan berjenjang, hingga permasalahan mengenai antrian panjang BPJS Kesehatan yang paling sering dikeluhkan oleh peserta. Seperti halnya yang terjadi di kantor BPJS Kesehatan cabang Karawang pada bulan April 2020 lalu. Permasalahan mengenai antrian panjang ini sudah cukup lama berlangsung dan sudah sepatutnya untuk dianggap serius oleh BPJS Kesehatan, mengingat bahwa antrian panjang yang sering terjadi baik di fasilitas kesehatan terutama rumah sakit akan sangat mempengaruhi tingkat kepuasan peserta terhadap program layanan BPJS Kesehatan nantinya. Pada permasalahan yang terjadi di lapangan ada seorang pasien pengguna BPJS Kesehatan di Kabupaten Karawang mendapatkan pelayanan yang kurang baik dari perawat, pasien dipaksa harus menunggu selama 3 jam untuk mendapatkan

penanganan, sedangkan pasien sangat butuh penanganan cepat. Hal ini terjadi karena perawat merasa kecewa dengan kebijakan BPJS Kesehatan yang menunggak upah kepada perawat. Sehingga perawat tidak melayani pengguna BPJS Kesehatan secara maksimal. Dalam permasalahan ini BPJS Kesehatan harus memperhatikan aspek-aspek yang berpengaruh pada Kualitas Pelayanan, Tingkat Kepuasan dan Loyalitas para pengguna. Permasalahan ini merupakan permasalahan yang berkaitan dengan Pemenuhan Hak persertanya dan kualitas pelayanan dari BPJS Kesehatan. Melalui fenomena-fenomena mengenai permasalahan pelayanan BPJS Kesehatan maka kualitas pelayanan perlu diperhatikan oleh BPJS Kesehatan karena hal tersebut nantinya akan mempengaruhi tingkat kepuasan dan loyalitas dari peserta BPJS Kesehatan.

B. Ketentuan Hak Tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-Undang Nomer 24 Tahun 2011). BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Adapun Hak dan Kewajiban Peserta BPJS Kesehatan

1. Hak Peserta

- a. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- b. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan; dan
- d. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

2. Kewajiban Peserta

- a. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku ;
- b. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
- c. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
- d. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

C. Pelaksanaan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011). BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan

dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Pelayanan BPJS Kesehatan di Jawa Barat belum dapat memenuhi standar pelayanan minimal yang diharapkan oleh masyarakat.

Berikut ini masih buruknya pelayanan BPJS kesehatan di RSUD Karawang adalah

1. BPJS menerapkan alur pelayanan dengan rujukan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit atau dokter spesialis, peserta wajib terlebih dahulu ke fasilitas kesehatan (faskes) tingkat I yang telah ditunjuk, yaitu puskesmas, dokter keluarga atau klinik, untuk mendapatkan surat rujukan. Kecuali gawat darurat, peserta tidak bisa langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Selama masalah kesehatan peserta bisa ditangani oleh faskes I, maka peserta tidak perlu dirujuk ke rumah sakit atau dokter spesialis. Keputusan merujuk ke rumah sakit adalah kewenangan faskes I. Kondisi yang sangat berbeda dengan proses di asuransi kesehatan. Dengan asuransi, peserta tidak butuh rujukan dan bisa langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis sesuai pilihannya
2. Puskesmas, yang notabene menjadi titik awal semua proses berobat di BPJS, jam kerjanya terbatas. Di akhir pekan, sabtu dan minggu, puskesmas tutup. Sementara, buat banyak karyawan, terutama di kota besar, karena

alasan kesibukan, pemeriksaan kesehatan baru bisa dilakukan di akhir pekan saat libur. Memang, peserta bisa ke faskes I lainnya, yaitu klinik atau dokter keluarga. Tapi, mereka ini jumlahnya masih terbatas. Selain itu, karena puskesmas tutup di akhir pekan, beban faskes I lainnya menjadi tinggi, imbasnya peserta harus antri panjang di sabtu dan minggu.

3. BPJS menetapkan bahwa peserta hanya boleh memilih satu faskes I untuk memperoleh rujukan. Peserta tidak bisa ke sembarang faskes I meskipun itu fasilitas kesehatan (faskes) yang sudah kerjasama dengan BPJS. Kondisi ini, misalnya, menyulitkan buat peserta yang lokasi pilihan faskes I jauh dari tempat bekerja atau dari rumah. Selain itu, jika sedang di luar kota dan akan berobat, peserta harus lebih dahulu menghubungi kantor BPJS terdekat, yang kemudian akan menunjukkan Faskes I mana yang bisa melayani. Peserta BPJS juga hanya bisa pergi ke rumah sakit yang disebutkan dalam surat rujukan dari Faskes I. Misalnya, dari puskesmas harus ke RSUD yang sudah ditunjuk. Peserta tidak bisa sembarang pergi ke rumah sakit lain meskipun rumah sakit tersebut kerjasama dengan BPJS. PT ASKES juga menerapkan rujukan tapi permintaan rujukan bisa dilakukan di semua puskesmas. Tidak ada ketentuan harus di puskesmas tertentu. Di era PT ASKES, peserta bisa memilih rumah sakit sesuai keinginan mereka selama rumah sakit tersebut kerjasama dengan PT ASKES.
4. Peserta BPJS hanya bisa berobat di rumah sakit yang sudah kerjasama dengan BPJS. Di rumah sakit yang belum kerjasama, peserta tidak bisa

menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Masalahnya tidak semua rumah sakit swasta sudah kerjasama dengan BPJS. Sementara, dengan asuransi kesehatan, peserta bisa berobat di semua rumah sakit. Di rumah sakit yang sudah kerjasama dengan asuransi kesehatan, pembayaran cukup dilakukan dengan menunjukkan kartu (cashless). Di rumah sakit yang belum kerjasama, pembayaran dengan sistem reimbursement.

5. Fasilitas kamar BPJS hanya sampai kelas 1. Tidak ada fasilitas kelas VIP keatas. Meskipun perawatan  kualitas dokter tidak dibedakan antar kelas, namun kenyamanan kamar tentunya berbeda antar kelas. Dalam asuransi kesehatan, kelas kamar yang ditawarkan lebih tinggi. Peserta bisa menikmati kelas VIP dan di atasnya.
6. Tantangan yang kerap dihadapi peserta BPJS dalam pelayanan kesehatan adalah:
 - A. antri panjang di rumah sakit;
 - B. kesulitan mendapatkan kamar rawat inap karena kamar untuk peserta BPJS sering penuh;
 - C. ada obat-obatan yang tidak dijamin oleh BPJS sehingga peserta harus menanggung sendiri

meskipun seharusnya gratis – selama sesuai kelas – peserta kadang masih harus membayar kelebihan plafond, yang jika tidak dibayar, rumah sakit enggan melayani. Ini keluhan yang kerap muncul di media. Kondisi ini terkait lonjakan peserta BPJS, yang telah mencapai 132 juta orang dan masih akan terus

bertambah. Kenaikkan permintaan dipicu oleh kewajibannya untuk ikut serta (ada sanksi) dan murahnya iuran. Sementara itu, di sisi lain, ketersediaan kamar dan tenaga medis di rumah sakit tidak bisa dengan cepat ditingkatkan, khususnya untuk peserta BPJS. Metode BPJS adalah membayar tagihan rumah sakit sesuai standar biaya perawatan, yang sudah diputuskan oleh pemerintah yang mungkin jumlahnya lebih rendah dari biaya aktual rumah sakit. Metode ini disinyalir ikut mempengaruhi kemauan rumah sakit menyediakan jumlah kamar untuk peserta BPJS. Sementara itu, asuransi kesehatan membayar sesuai biaya aktual yang ditagih oleh rumah sakit. Jarang sekali kita mendengar bahwa jumlah kamar kurang dalam pelayanan asuransi kesehatan.

