

IMPLEMENTASI PENERAPAN KEBIJAKAN PELAYANAN BPJS DI PUSKESMAS STABAT, KAB. LANGKAT

**Dewi Agustina¹, Maulidia Khairiah², Yulia Adinda³, Ika Amanda⁴, Sukma Khairani
hasibuan⁵**

yuliadnda@gmail.com¹

Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

ABSTRAK

Pelayanan merupakan salah satu bentuk pemberian jasa kepada masyarakat seperti di bidang kesehatan maupun yang lainnya. Pelayanan yang baik dapat dilihat dari kepuasan pelanggan terhadap jasa yang diberikan. Jika masyarakat menganggap baik pelayanan tersebut, sehingga memungkinkan untuknya datang kembali ke pelayanan tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implementasi penerapan kebijakan pada pelayanan kesehatan BPJS dan menyesuaikan dengan kebijakan pelayanan BPJS yang sudah ditetapkan. Penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif yaitu mendapatkan data dan menjelaskan data tersebut secara deskriptif. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu menyebarkan kuesioner kepada masyarakat serta meminta data langsung ke Puskesmas. Metode pengambilan sample dilakukan dengan teknik probalitu sampling yaitu memberikan peluang kepada masyarakat yang sesuai dengan penelitian ini. Penelitian ini dapat digunakan untuk mengevaluasi penerapan pelayanan kesehatan di Puskesmas Stabat. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa penerapan pelayanan BPJS sudah teralisasi dengan baik seperti kamar rawat inap, sistem rujukan dan pembiayaan pengobatan. Hasil dari penelitian ini bahwa masyarakat juga sudah mendapatkan pelayanan yang memang seharusnya pengguna BPJS dapatkan.

Kata Kunci: *Pelayanan, Telenursing, jaminan, ODGJ, kebijakan.*

PENDAHULUAN

Masyarakat memerlukan sesuatu yang digunakan untuk menjamin hidup mereka. Karena jika dilihat dari stratifikasi masyarakat, terdapat masyarakat yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan karena disebabkan keterbatasannya. Maka dari itu Negara membantu dalam menyelesaikan permasalahan seperti dan juga dalam rangka mewujudkan UUD dan juga Pancasila.

Dalam pembukaan UUD RI dijelaskan pada alinea keempat yaitu untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Meningkatkan pembangunan kesehatan juga menjadi hal yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Salah satu bentuknya adalah dengan menyelenggarakan jaminan kesehatan.

Sistem jaminan sosial nasional merupakan program nasional yang bertujuan untuk menjamin perlindungan sosial dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat 1, ayat 2, dan ayat 3 serta Pasal 34 ayat 1 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia sejak tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001,

Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu. (UU RI NO.24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Pelayanan merupakan salah satu bentuk pemberian jasa kepada masyarakat seperti di bidang kesehatan maupun yang lainnya. Pelayanan yang baik dapat dilihat dari kepuasan pelanggan terhadap jasa yang diberikan. Jika masyarakat menganggap baik pelayanan tersebut, sehingga memungkinkan untuknya datang kembali ke pelayanan tersebut.

Lima dimensi pada service quality antara lain bukti fisik, perhatian, kehandalan, ketanggapan dan jaminan kepastian. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memhatikan tingkat kepuasan pasien pada 5 dimensi tersebut, dimulai dari pelayanan awal ketika pasien mendaftar hingga pasien tersebut keluar dari Rumah sakit. (Zeithaml dkk 2012: 170 dalam Muhammad Fajriyah dkk 2022:86).

Yang terjadi pada masyarakat sekarang ini yang menggunakan BPJS adalah mereka mendapatkan pelayanan yang berbeda dengan masyarakat yang tidak menggunakan BPJS. Sehingga dari hal tersebut diperlukan adanya evaluasi terhadap Penerapan pelayanan yang diberikan sehingga dapat mengetahui permasalahan yang membuat perbedaan tersebut.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan, adalah badan hukum yang didirikan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan usaha publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. (PERMENKES No.28 tahun 2014)

Badan Penyelenggara jaminan sosial (BPJS) memberikan jaminan kesehatan terhadap berbagai kalangan seperti PNS, POLRI, Pensiunan, orang biasa dan banyak lagi. UU BPJS mengatakan bahwa peran dari BPJS adalah agar jaminan sosial yang diberikan dari pemerintah dapat dilakukan secara merata dan memantau agar peserta yang terdaftar sebagai BPJS agar menerima pelayanan yang dijamin dalam jaminan sosial tersebut.

Hal ini berdasarkan Pasal 3 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang UU Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Berdasarkan Pasal 24 Undang-Undang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Tahun 2011, tujuan BPJS Kesehatan adalah memberikan pelayanan yang layak kepada setiap warga negara, peserta dan/atau anggota keluarga. Anggota yang memenuhi kebutuhan pokok masyarakat Indonesia

Yang terjadi pada masyarakat sekarang ini yang menggunakan BPJS adalah mereka mendapatkan pelayanan yang berbeda dengan masyarakat yang tidak menggunakan BPJS. Sehingga dari hal tersebut diperlukan adanya evaluasi terhadap Penerapan pelayanan yang diberikan sehingga dapat mengetahui permasalahan yang membuat perbedaan tersebut.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode survey untuk mengumpulkan data yang diperlukan. Metode kuantitatif adalah sebuah metode penelitian yang menggunakan data berupa angka dan statistik untuk menjawab masalah penelitian. Peneliti menggunakan kuesioner untuk mengumpulkan data dari 40 responden sebagai sampel penelitian yang dipilih secara acak dari masyarakat berusia 20-50 tahun yang menggunakan layanan kesehatan di Puskesmas Stabat. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Stabat, Kabupaten Langkat, Sumatera Utara. Analisis data yang didapatkan dari pengumpulan data survei tersebut akan dibandingkan dengan kebijakan yang ditetapkan pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan Badan Penyelenggara jaminan Sosial (BPJS).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rawat_inap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Iya	37	92.5	92.5	92.5
Tidak	3	7.5	7.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Hasil penelitian ini didapatkan dari 40 responden yang dianalisis bahwa sebanyak 37 orang (92,5%) mendapatkan kamar untuk rawat inap. Sehingga Penerapan Pelayanan BPJS tersebut sudah bagus. Dan juga yang menjadi keluhan masyarakat mengenai tidak mendapatkan kamar adalah sebagai berikut.

Kat_keluhanmasyarakat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hanya untuk umum	10	25.0	25.0	25.0
hak kelas penuh	7	17.5	17.5	42.5
Hanya untuk penyakit tertentu	17	42.5	42.5	85.0
semua kelas rawat penuh	6	15.0	15.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa terdapat 4 kategori yaitu hanya untuk umum, hak kelas penuh, hanya untuk penyakit tertentu, dan semua kelas rawat penuh. Pada kategori hanya untuk umum terdapat 25% yaitu 10 orang. 17.5% untuk kategori hak kelas penuh yaitu Hasil penelitian yang disajikan dalam bagian ini adalah hasil "bersih". Dan juga terdapat kategori hanya untuk penyakit tertentu yaitu sebanyak 42% (17 orang) dan semua kelas rawat penuh sebanyak 15% (6 orang). selain itu untuk menganalisis bagaimana implementasi pelayanan yang diberikan pada peserta BPJS yaitu mendapatkan anjuran untuk pemeriksaan penunjang.

mendapatkan_anjuran_untuk_pemeriksaan_penunjang

	Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Iya	29	72.5	72.5	72.5
Tidak	11	27.5	27.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Anjuran pemeriksaan penunjang juga menjadi salah satu indikatornya. Dalam tabel tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 72.5% mendapatkan pemeriksaan penunjang. Dan 27.5% tidak mendapatkannya. Hal ini juga mungkin karena dalam kuesioner yang disebar, responden tersebut memiliki penyakit yang ringan sehingga tidak memerlukan pemeriksaan penunjang.

Faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi keputusan ini perlu diperhatikan. Salah satu hipotesis adalah bahwa responden yang tidak melakukan pemeriksaan penunjang mungkin memiliki penyakit yang lebih ringan atau gejala yang tidak memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Hal ini dapat dikaitkan dengan kenyamanan atau keamanan responden dalam memandang kondisi kesehatan mereka.

Penyelidikan lebih lanjut mungkin diperlukan untuk memahami motivasi di balik keputusan ini. Kuesioner yang disebar dapat menjadi alat yang efektif untuk mengumpulkan informasi lebih lanjut tentang persepsi dan pengetahuan responden terkait pemeriksaan penunjang. Pengembangan strategi penyuluhan atau edukasi kesehatan dapat menjadi langkah berikutnya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan penunjang, terutama dalam deteksi dini penyakit.

Penting untuk mencatat bahwa hasil ini memberikan landasan yang kuat untuk pengembangan intervensi kesehatan masyarakat yang lebih efektif. Dengan memahami pola perilaku pemeriksaan penunjang, sistem kesehatan dapat disesuaikan untuk memberikan dukungan yang lebih baik kepada masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka.

membayar_ketika_medapatkan_obat_dan_pemeriksaan_lainnya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Iya	33	82.5	82.5	82.5
Valid Tidak	7	17.5	17.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Pada data tersebut dapat dilihat bahwa frekuensi untuk membayar ketika berobat adalah 17.5%. dan 82.5 % tidak membayar obat yang diberikan. Sehingga dari hasil tersebut, maka persentase tidak membayar lebih besar dari tidak membayar. Untuk kategori yang membayar ketika berobat adalah responden tersebut memerlukan pemeriksaan lainnya yang tidak ditanggung BPJS.

Pembahasan

Data pengguna BPJS yang mengunjungi BPJS di Puskesmas Stabat dalam 5 bulan terakhir

Bulan	Banyak peserta
Juli	2695
Agustus	2748
September	2365
Oktober	2282
November	1174

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa pada bulan Juli sebanyak 2695 pasien, bulan Agustus 2748 pasien, Bulan September 2365 pasien, bulan Oktober 2282 pasien, bulan November 1174 pasien. Analisis data menunjukkan bahwa ada fluktuasi jumlah pasien setiap bulan, yang dapat mengindikasikan faktor-faktor tertentu yang memengaruhi kunjungan pasien.

Pentingnya data ini terletak pada pemahaman terhadap tren kunjungan pasien, yang dapat menjadi dasar untuk perbaikan layanan kesehatan. Sebagai contoh, peningkatan jumlah pasien pada bulan Agustus dan penurunan tajam pada bulan November dapat menjadi fokus untuk investigasi lebih lanjut.

Selanjutnya, perlu dilakukan analisis lebih mendalam terkait profil pasien, jenis pelayanan yang paling banyak dicari, dan waktu pelayanan yang paling sibuk. Metode ini membutuhkan pendekatan ilmiah yang dapat diuraikan dalam bagian "Metode" dari laporan ini, dengan batasan maksimal 800 kata.

Hasil analisis dapat dijabarkan dengan rinci dalam bagian "Hasil," memberikan gambaran yang komprehensif tentang temuan dan implikasinya terhadap pelayanan kesehatan. Pembahasan kemudian dapat menjelaskan lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mungkin memengaruhi hasil, serta memberikan rekomendasi untuk perbaikan.

Dengan menggunakan struktur ini, laporan dapat mencapai tujuan komunikatifnya secara efektif, memberikan informasi yang akurat dan relevan dalam batasan kata yang ditentukan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang didirikan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga keuangan masyarakat yang didirikan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memberikan jaminan kesehatan kepada berbagai kalangan, antara lain PNS, POLRI, pensiunan, dan masyarakat umum.

Sesuai UU BPJS, peran BPJS adalah memastikan jaminan sosial yang diberikan oleh pemerintah dilaksanakan secara merata dan memantau agar peserta yang terdaftar sebagai BPJS menerima manfaat yang dijamin oleh jaminan sosial.

Hal ini sesuai dengan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Pasal 3 Berdasarkan Pasal 24 Undang-Undang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Tahun 2011, BPJS Kesehatan bertujuan untuk menjamin kecukupan jaminan kesehatan bagi setiap peserta dan/atau keluarganya. Kepesertaan memenuhi kebutuhan dasar warga negara Indonesia Jenis pelayanan kesehatan Hak peserta pelayanan kesehatan BPJS. Terdapat dua tingkat layanan kesehatan yang tersedia dalam layanan kesehatan ini dalam pelaksanaan hak kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Artinya, pelayanan kesehatan tingkat pertama hingga lanjutan.

1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), seperti puskesmas setempat, klinik, dokter swasta atau rumah sakit besar, merupakan tempat peserta pertama kali mengalami permasalahan kesehatan.

Sebagai bagian dari sistem kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berencana meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan memberikan layanan kesehatan yang komprehensif untuk keperluan promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Detail mengenai jenis layanan kesehatan yang menjadi hak peserta BPJS dan disediakan oleh penyedia layanan kesehatan primer sebagai pelaksana pelayanan kesehatan dijelaskan secara lebih terperinci dalam Lampiran No. 28 Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2014 yang berjudul "Pedoman Nasional Penyelenggaraan Perpajakan."

Bagian C dari sistem asuransi kesehatan mencakup hal-hal berikut: manajemen layanan, promosi dan pencegahan kesehatan, pengujian, pengobatan dan konsultasi medis, perawatan medis non-profesional, pelayanan dan pasokan kesehatan, transfusi darah untuk keperluan medis, pemeriksaan laboratorium dasar, serta perawatan rawat inap tingkat pertama yang disarankan berdasarkan indikasi medis.

2) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

Pasien rujukan dilayani oleh dua institusi medis: rumah sakit minimal tipe C dan rumah sakit utama. Pemberian pelayanan kesehatan merupakan tugas FKRTL dan berbagai pelayanan kesehatan harus dilaksanakan. Ini adalah hak peserta BPJS kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS yang memenuhi syarat dan fasilitas kesehatan rujukan lanjutan diatur lebih rinci dalam Lampiran No. 28 Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2014. Konten dari Bagian C Program Jaminan Kesehatan Nasional mencakup manajemen layanan, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi ahli dari spesialis dan subspecialis, intervensi spesialis baik bedah maupun non-bedah yang didasarkan pada indikasi medis, penggunaan obat-obatan dan bahan medis sekali pakai, Layanan dukungan diagnostik yang diperluas berdasarkan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan donor darah, layanan klinis forensik, proses pemakaman pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (tanpa memasukkan peti mati), perawatan non-intensif, perawatan di rumah sakit dalam kondisi intensif, dan penerapan akupunktur medis. Dari hasil yang telah didapatkan bahwasannya responden tersebut mendapatkan pelayanan rujukan dan juga tidak membayar pengobatan. Dari hasil tersebut dapat dikatakan penerapan yang dilakukan adalah baik. Dan juga dari pemberian kamar rawat inap terdapat 92.5 % yang mendapatkan kamar, 7.5 % lainnya adalah tidak pasien rawat inap ataupun kamar di Rumah Sakit tersebut penuh Sehingga dapat dikatakan pemberian kamar diterapkan dengan baik.

Pada tabel di atas menjelaskan data pengguna BPJS yang mengunjungi Puskesmas Stabat dalam kurun waktu lima bla terakhir (juni-november). Dari data tersebut dapat diperkirakan terdapat kurang lebih 2000 peserta yang menggunakan BPJS. Pembahasan hasil penelitian dan pengujian yang dicapai berupa penjelasan teoritis kualitatif dan kuantitatif.

Tujuan pembahasan artikel ini adalah: (1) untuk merumuskan masalah dan menjawab pertanyaan penelitian (2) untuk menunjukkan bagaimana hasil tersebut diperoleh; (3) menafsirkan/menafsirkan hasil; (4) integrasi temuan penelitian dengan struktur pengetahuan yang sudah ada; (5) Penciptaan teori baru atau modifikasi teori yang sudah ada.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian di atas terlihat bahwa implementasi kebijakan pelayanan BPJS berjalan dengan baik di Puskesmas Stabat Kabupaten Langkat. Pengguna BPJS adalah masyarakat yang ingin mendapatkan jaminan pasca asuransi. Hasil survei menunjukkan bahwa layanan BPJS, termasuk fasilitas rawat inap, sistem rujukan, dan pendanaan pengobatan, dilaksanakan sesuai kebijakan yang telah ditetapkan. Evaluasi berkala diperlukan untuk memastikan kualitas layanan yang diberikan dan untuk memastikan bahwa layanan tersebut memenuhi standar yang ditetapkan. Usulan penelitian ini adalah untuk terus memperbaiki implementasi kebijakan pelayanan BPJS agar menjadi lebih baik lagi. Penting untuk melakukan evaluasi secara berkala guna menilai mutu layanan yang disediakan. Kerena mungkin saja kualitas tersebut menurun di suatu waktu.

DAFTAR PUSTAKA

- Davi Kurniawan 2021, “Skripsi Implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Permata Bunda Kota Medan”. Program Studi Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Sumatera Utara.
- Menkes RI. 2014. Peraturan Menteri kesehatan RI No. 4 tahun 2014. Tentang edoman penyelenggaraan Badan penyelenggaraan Jaminan Sosial.
- Muhammad 2022. Implementasi Pelayanan Badan Pnyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. JUurnal Respon Publik. Vol. 16. No.9 Tahun 2022. Hlm 85-92. Buku dengan urutan penulisan: Penulis, tahun. judul buku (harus ditulis miring) volume (jika ada). edisi (jika ada). nama penerbit: kota penerbit .
- Nainggolan (2020). Penerapan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta BPJS yang Kurang Mampu Berdasarkan UU No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Doktrina: Journal of Law. 3 (2): 108-118
- Nugroho Riant, (2014), Kebijakan Publik di Negara-Negara Berkembang, Jakarta, (Pustaka Pelajar).
- Sihombing. P. A, Perimanta Riji Ginting, Heru Putra R.T Perangin-Angin, Yoghi Sahat Mangihut