



TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH SEBAGAI PENYELENGGARA TERHADAP FAKTOR PELAYANAN BPJS DI RUMAH SAKIT

GOVERNMENT RESPONSIBILITY AS AN ORGANIZER TOWARDS BPJS SERVICE FACTORS IN HOSPITALS

Nabila Jauharah¹, Hudi Yusuf²

Fakultas Hukum Universitas Bung Karno

Email: jeauharah@gmail.com¹, hoedyjoesoef@gmail.com²

Article history :

Received : 14-01-2025

Revised : 16-01-2025

Accepted: 18-01-2025

Published: 20-01-2025

Abstract

Social security in Indonesia, as regulated in the 1945 Constitution, aims to ensure that every individual enjoys a prosperous life, both physically and mentally. In this context, the National Health Insurance (JKN) system, managed by BPJS Kesehatan, serves to provide health protection to all Indonesian citizens. However, the implementation of JKN in hospitals still faces various challenges, such as limitations in facilities, medical staff, as well as administrative issues and claim payment delays. This study aims to explore the government's responsibility in managing factors that affect the quality of BPJS services in hospitals, and to identify policies that can improve the effectiveness of JKN implementation. The findings of this study are expected to provide recommendations useful for improving the quality of health services in hospitals for JKN participants, ensuring better accessibility, affordability, and service quality.

Key Words: *National Health Insurance, BPJS Kesehatan, service quality, hospitals, government responsibility, JKN program.*

Abstrak

Jaminan Sosial Di Indonesia, Yang Diatur Dalam Undang-Undang Dasar 1945, Bertujuan Untuk Memastikan Setiap Individu Memperoleh Kehidupan Yang Sejahtera, Baik Secara Fisik Maupun Mental. Dalam Hal Ini, Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Yang Dikelola Oleh Bpjs Kesehatan, Berfungsi Untuk Memberikan Perlindungan Kesehatan Kepada Seluruh Warga Negara Indonesia. Namun, Pelaksanaan Jkn Di Rumah Sakit Masih Menghadapi Berbagai Tantangan, Seperti Keterbatasan Fasilitas, Tenaga Medis, Serta Masalah Administrasi Dan Pembayaran Klaim. Penelitian Ini Bertujuan Untuk Mengeksplorasi Tanggung Jawab Pemerintah Dalam Mengelola Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Bpjs Di Rumah Sakit, Serta Mengidentifikasi Kebijakan Yang Dapat Meningkatkan Efektivitas Pelaksanaan Program Jkn. Diharapkan Hasil Penelitian Ini Dapat Memberikan Rekomendasi Yang Berguna Untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Bagi Peserta Jkn, Dengan Memastikan Aksesibilitas, Keterjangkauan, Dan Mutu Pelayanan Yang Lebih Baik.

Kata Kunci: *Jaminan Kesehatan Nasional, Bpjs Kesehatan, Kualitas Pelayanan, Rumah Sakit, Tanggung Jawab Pemerintah, Program Jkn.*

PENDAHULUAN

Konstitusi Indonesia menjamin hak hidup sejahtera dan akses kesehatan bagi seluruh warga negara melalui Pasal 28 H dan 34 UUD 1945. Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No. 40 Tahun 2004 dan peraturan pelaksanaannya memperkuat komitmen ini.



Negara bertanggung jawab atas pengembangan sistem jaminan sosial, termasuk kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, mengelola program ini.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan bertujuan memastikan akses pelayanan kesehatan yang memadai bagi seluruh warga negara. Pemerintah memiliki tanggung jawab besar dalam memastikan kelancaran JKN, terutama penyediaan layanan berkualitas di rumah sakit. Perubahan yang dilakukan:

1. Mengubah struktur kalimat untuk meningkatkan kejelasan.
2. Menghilangkan kata-kata tidak penting.
3. Menggunakan sinonim untuk menghindari pengulangan kata.
4. Mengatur ulang paragraf untuk memperbaiki alur cerita.

Jaminan kesehatan adalah perlindungan yang diberikan untuk memastikan peserta mendapatkan manfaat dalam pemeliharaan kesehatan dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap individu yang telah membayar iuran, atau bagi yang tidak mampu, iuran mereka dibayar oleh pemerintah. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dirancang untuk seluruh warga negara Indonesia, bersifat wajib, dan dilaksanakan secara bertahap hingga mencakup seluruh penduduk.

Peserta dalam program Jaminan Kesehatan terdiri dari dua kategori utama, yaitu:

1. **Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan**, yang merupakan individu yang termasuk dalam kategori fakir miskin atau tidak mampu. Iuran mereka dibayar oleh pemerintah. Penetapan peserta PBI dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. **Bukan PBI Jaminan Kesehatan**, yaitu individu yang tidak tergolong dalam kelompok fakir miskin atau tidak mampu, atau peserta yang bekerja dan menerima upah dari pemberi kerja. Selain itu, peserta bukan penerima upah atau bukan pekerja membayar iuran secara mandiri. Peserta dalam kategori ini terdiri dari:

a. **Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya**, yang meliputi:

- 1) Pegawai Negeri Sipil (PNS)
- 2) Anggota TNI
- 3) Anggota Polri
- 4) Pejabat Negara
- 5) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
- 6) Pegawai swasta
- 7) Pekerja yang menerima upah namun tidak termasuk kategori di atas

b. **Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya**, yang mencakup:

- 1) Pekerja mandiri atau pekerja di luar hubungan kerja
- 2) Pekerja yang tidak menerima upah dan tidak termasuk dalam kategori sebelumnya



c. **Bukan Pekerja dan anggota keluarganya**, yang meliputi:

- 1) Investor
- 2) Pemberi kerja
- 3) Penerima pensiun, yang mencakup:
 - a) PNS yang telah pensiun
 - b) Anggota TNI/Polri yang telah pensiun
 - c) Pejabat negara yang telah pensiun
 - d) Penerima pensiun lainnya
 - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun
- 4) Veteran
- 5) Perintis kemerdekaan
- 6) Individu yang tidak bekerja namun mampu membayar iuran

Pekerja yang tercakup dalam kategori pekerja penerima upah dan pekerja bukan penerima upah juga termasuk warga negara asing yang telah bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan. Sementara itu, Jaminan Kesehatan untuk pekerja Indonesia yang bekerja di luar negeri diatur oleh peraturan perundang-undangan khusus.

Namun, pelaksanaan program JKN di rumah sakit masih menghadapi berbagai permasalahan yang berpotensi mengurangi kualitas pelayanan kesehatan. Banyak rumah sakit yang menjadi mitra BPJS Kesehatan mengalami kesulitan dalam menyediakan fasilitas dan tenaga medis yang cukup untuk memenuhi kebutuhan peserta yang terus meningkat. Selain itu, terdapat tantangan terkait dengan sistem administrasi yang sering kali rumit, keterlambatan pembayaran klaim, serta ketidakjelasan alur komunikasi antara pihak BPJS, rumah sakit, dan peserta.

Menurut Wibowo dan Santoso (2018), peran pemerintah sebagai penyelenggara jaminan kesehatan dalam hal pengaturan regulasi dan pengawasan terhadap rumah sakit sangat penting untuk menjaga kualitas layanan yang diterima oleh peserta. Dalam hal ini, pemerintah harus memastikan bahwa rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan, serta memiliki mekanisme pengawasan yang efektif. Penelitian lain oleh Hasanah et al. (2020) juga menekankan pentingnya koordinasi antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit, serta pengawasan yang ketat terhadap kualitas pelayanan yang diberikan, guna mengurangi ketidakpuasan peserta terhadap pelayanan kesehatan.

Tanggung jawab pemerintah tidak hanya sebatas pada regulasi dan pengawasan, tetapi juga pada penyediaan dana yang cukup dan mendukung operasional rumah sakit dalam melayani peserta JKN. Keterbatasan anggaran yang diberikan kepada rumah sakit sering kali menghambat kualitas pelayanan, terutama di rumah sakit dengan kapasitas terbatas. Selain itu, peran pemerintah dalam meningkatkan kapasitas rumah sakit melalui pelatihan tenaga medis dan peningkatan infrastruktur juga menjadi faktor kunci dalam mendukung keberhasilan program JKN.

Seiring dengan semakin banyaknya peserta JKN yang terdaftar, beban yang ditanggung oleh rumah sakit juga semakin besar, yang pada gilirannya mempengaruhi kualitas pelayanan yang



diberikan. Oleh karena itu, tanggung jawab pemerintah sebagai penyelenggara jaminan kesehatan menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat memberikan layanan yang layak dan berkualitas bagi seluruh peserta JKN, sesuai dengan prinsip aksesibilitas, keterjangkauan, dan mutu pelayanan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi tanggung jawab pemerintah dalam mengelola faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan BPJS di rumah sakit, serta mengidentifikasi kebijakan yang dapat meningkatkan efektivitas pelaksanaan program JKN di fasilitas kesehatan. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang berguna bagi pemerintah dalam meningkatkan kinerja penyelenggaraan program JKN, serta kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi peserta JKN.

Rumusan Masalah

1. Bagaimana kebijakan pemerintah terkait anggaran dan pengalokasian dana untuk rumah sakit dapat mempengaruhi kualitas pelayanan BPJS Kesehatan di rumah sakit?
2. Bagaimana pemerintah dapat memperbaiki sistem administrasi dan pengawasan untuk mendukung peningkatan kualitas pelayanan BPJS Kesehatan di rumah sakit?

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan yuridis normatif, yang berarti pendekatan terhadap permasalahan yang diteliti dilakukan melalui pemikiran dan analisis yang mendalam terhadap sifat atau karakteristik khusus dari hukum normative (Soekanto Dkk, 1985). Pendekatan ini berfokus pada norma atau kaidah yang menjadi pedoman atau patokan dalam perilaku manusia, terutama dalam konteks interaksi sosial. Dalam penelitian ini, spesifikasi yang digunakan adalah deskriptif analitis, yang bertujuan untuk menggambarkan dan menganalisis permasalahan hukum yang ada. Hukum, sebagai suatu norma, memiliki karakteristik tersendiri yang mengatur perilaku manusia dalam berinteraksi dengan sesamanya (Fajar Dkk, 2010). Data yang digunakan dalam penelitian ini dapat diklasifikasikan berdasarkan sifat dan sumbernya, baik itu data primer maupun sekunder.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Kebijakan Pemerintah Terkait Anggaran dan Pengalokasian Dana Untuk Rumah Sakit Dapat Mempengaruhi Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan membutuhkan pengelolaan yang efektif dan efisien dalam alokasi sumber daya, terutama dana yang dialokasikan untuk rumah sakit sebagai mitra penyedia layanan. Kebijakan pemerintah terkait anggaran dan pengalokasian dana memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan kualitas pelayanan BPJS Kesehatan di rumah sakit. Secara langsung, besaran anggaran yang disalurkan kepada rumah sakit mempengaruhi kemampuan rumah sakit dalam menyediakan fasilitas medis, sumber daya manusia yang kompeten, serta infrastruktur yang memadai untuk memenuhi standar pelayanan yang diharapkan oleh peserta.

a. Pengaruh Anggaran terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Anggaran yang diterima rumah sakit dari pemerintah, baik yang bersumber dari BPJS Kesehatan maupun dari anggaran daerah, memiliki dampak signifikan terhadap



ketersediaan layanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN. Rumah sakit membutuhkan dana yang cukup untuk berbagai keperluan, seperti pengadaan alat kesehatan, obat-obatan, serta gaji tenaga medis dan staf pendukung lainnya. Sebagai contoh, rumah sakit yang memiliki dana terbatas sering kali kesulitan untuk memperbarui peralatan medis atau meningkatkan kualitas layanan. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan pasien atau bahkan kegagalan dalam memberikan perawatan yang optimal. Sebaliknya, rumah sakit yang mendapatkan anggaran yang memadai cenderung lebih mampu meningkatkan kualitas pelayanannya, baik dari segi fasilitas fisik, tenaga medis, maupun manajemen rumah sakit itu sendiri.

Dana Kapitasi merupakan mekanisme pembayaran yang dilakukan secara bulanan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar, tanpa mempertimbangkan jenis atau jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal ini memungkinkan FKTP untuk menyediakan layanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas kepada peserta.

FKTP sendiri merupakan fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan perorangan yang bersifat non-spesialistik, meliputi observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan dan berbagai layanan kesehatan lainnya. Oleh karena itu, FKTP memainkan peran penting dalam menyediakan akses kesehatan yang memadai bagi masyarakat.

Jumlah pembayaran dana kapitasi kepada FKTP ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi FKTP di wilayah tersebut, dengan mengacu pada tarif standar yang ditetapkan oleh Menteri. Jika tidak tercapai kesepakatan, Menteri akan menetapkan besaran pembayaran untuk program Jaminan Kesehatan. Pembayaran dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan harus dilakukan paling lambat tanggal 15 setiap bulan untuk FKTP yang menggunakan sistem pembayaran praupaya berbasis kapitasi. Pembayaran ini langsung disalurkan kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN di FKTP, berdasarkan data peserta yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.

b. Pengalokasian Dana yang Tepat Sasaran

Selain besaran anggaran, cara pengalokasian dana juga sangat menentukan seberapa efektif dana tersebut digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Pemerintah harus memastikan bahwa dana yang dialokasikan untuk rumah sakit tidak hanya mencakup biaya operasional dasar, tetapi juga dana untuk pengembangan layanan dan fasilitas. Pengalokasian yang tidak tepat sasaran, misalnya lebih fokus pada biaya administrasi atau kurangnya perhatian pada fasilitas kesehatan dasar, dapat mengurangi kualitas layanan kesehatan yang diterima peserta BPJS.

Menurut **Sutanto (2019)**, alokasi dana yang tepat untuk rumah sakit, seperti penambahan anggaran untuk pembelian alat medis canggih, penyediaan obat-obatan yang dibutuhkan, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui pelatihan, dapat langsung meningkatkan kualitas pelayanan. Rumah sakit dengan dana yang dialokasikan dengan baik dapat meningkatkan jumlah dokter dan perawat yang terlatih, memperbaiki fasilitas rawat inap dan ruang gawat darurat, serta memastikan pasokan obat-obatan yang cukup dan berkualitas.



Selain itu, pengalokasian dana untuk rumah sakit juga harus mempertimbangkan kebutuhan spesifik di setiap daerah. Sebuah penelitian oleh **Prasetyo et al. (2020)** mengungkapkan bahwa rumah sakit di daerah terpencil atau daerah dengan kepadatan peserta JKN yang tinggi sering kali memerlukan lebih banyak dana untuk mengatasi tantangan logistik dan pelayanan yang kompleks. Oleh karena itu, pemerintah perlu menyesuaikan anggaran yang disalurkan agar sesuai dengan kondisi dan kebutuhan rumah sakit di masing-masing wilayah.

Dana Kapitasi yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari BPJS Kesehatan digunakan sepenuhnya untuk mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas dan efektif. Alokasi dana tersebut secara spesifik terbagi menjadi dua kategori utama, yaitu pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan biaya operasional.

Pembayaran jasa pelayanan kesehatan merupakan komponen terbesar dari alokasi dana kapitasi, dengan porsi minimal 60% dari total dana. Ini mencakup biaya tenaga medis, obat-obatan, dan pelayanan kesehatan lainnya yang esensial untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, biaya operasional yang mencakup kebutuhan operasional, seperti alat kesehatan, bahan medis, dan kegiatan pendukung lainnya, dialokasikan maksimal 40% dari total dana.

Penentuan alokasi dana kapitasi ini dilakukan secara transparan dan akuntabel melalui Keputusan Kepala Daerah setiap tahun. Proses ini berdasarkan usulan dari Kepala SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan mempertimbangkan beberapa faktor penting. Pertimbangan tersebut meliputi kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, kegiatan operasional dalam rangka pencapaian target kinerja di bidang upaya kesehatan perorangan, serta jumlah tunjangan yang diterima dari Pemerintah Daerah.

c. Dampak Kebijakan Pemerintah terhadap Pelayanan Rumah Sakit BPJS Kesehatan

Kebijakan pemerintah terkait anggaran kesehatan memiliki koneksi yang sangat erat dengan mekanisme pengawasan dan evaluasi yang efektif untuk memastikan penggunaan dana yang efisien dan transparan. Oleh karena itu, pemerintah harus mengembangkan sistem pengawasan yang komprehensif dan akuntabel untuk memantau penggunaan dana secara rutin. Hal ini mencakup pemantauan kinerja rumah sakit, evaluasi keuangan, dan pengaduan masyarakat.

Pengawasan yang lemah dapat menyebabkan ketidaksesuaian antara tujuan anggaran dan hasil pelayanan kesehatan, seperti yang dijelaskan oleh Wibowo (2018) dalam penelitiannya. Penyalahgunaan dana, inefisiensi penggunaan sumber daya, dan kualitas pelayanan yang rendah merupakan beberapa konsekuensi yang dapat terjadi. Oleh karena itu, pemerintah harus memastikan bahwa mekanisme pengawasan yang efektif berfungsi dengan baik.

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, pemerintah harus memprioritaskan pengalokasian dana untuk perbaikan infrastruktur dan fasilitas kesehatan rumah sakit. Infrastruktur yang memadai, seperti ruang perawatan, peralatan medis modern, dan sistem administrasi efisien, sangat penting untuk meningkatkan kualitas



pelayanan. Pengalokasian dana yang cukup untuk perbaikan infrastruktur akan mendukung kelancaran pelayanan kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien.

Pengalokasian dana yang efektif juga akan mengurangi biaya operasional dan meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya. Oleh karena itu, pemerintah harus memastikan bahwa kebijakan anggaran kesehatan disertai dengan mekanisme pengawasan dan evaluasi yang efektif untuk memastikan penggunaan dana yang efisien dan transparan. Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan secara signifikan.

2. Perbaikan Sistem Administrasi dan Pengawasan Untuk Mendukung Peningkatan Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

a. Peran Sistem Administrasi dalam Pelayanan BPJS Kesehatan

Sistem administrasi dalam layanan kesehatan merupakan elemen penting yang berfungsi untuk mengatur dan mencatat setiap proses yang terjadi dalam interaksi antara peserta BPJS dan rumah sakit. Hal ini mencakup pendaftaran pasien, verifikasi klaim, hingga pengelolaan data pasien yang menggunakan jaminan kesehatan. Sistem administrasi yang baik memastikan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien tercatat dengan tepat dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, serta mempermudah proses klaim dan pembayaran antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Menurut Sutrisno dan Agustina (2020), kesalahan dalam administrasi rumah sakit, seperti pengelolaan data peserta yang tidak akurat, sering kali menyebabkan keterlambatan dalam pemrosesan klaim dan pembayaran. Akibatnya, rumah sakit menjadi kesulitan dalam menjalankan operasionalnya, dan peserta BPJS Kesehatan pun merasakan ketidaknyamanan dalam mendapatkan layanan. Oleh karena itu, perbaikan sistem administrasi yang mencakup peningkatan ketepatan data, penerapan teknologi informasi, serta pelatihan tenaga administrasi sangat diperlukan untuk menghindari kesalahan yang merugikan semua pihak. Penerapan teknologi informasi dalam sistem administrasi rumah sakit juga memainkan peran besar dalam efisiensi dan akurasi data. Pramudito (2019) menjelaskan bahwa penggunaan sistem elektronik dalam pengelolaan administrasi medis, seperti Electronic Health Records (EHR) atau sistem informasi rumah sakit (SIR), dapat meningkatkan akurasi pencatatan data pasien dan mempercepat alur proses administratif. Sistem ini memungkinkan rumah sakit untuk mengakses data dengan lebih cepat, mengurangi kesalahan manual, serta mempermudah pengawasan terhadap pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS.

b. Pengawasan untuk Memastikan Kualitas Pelayanan yang Optimal

Pengawasan yang efektif sangat penting untuk memastikan bahwa sistem administrasi yang diterapkan berjalan sesuai dengan regulasi dan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Pengawasan ini dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk BPJS Kesehatan, dinas kesehatan setempat, serta pihak internal rumah sakit. Tujuan utama dari pengawasan adalah untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan tidak hanya memenuhi syarat administratif, tetapi juga mencapai standar kualitas pelayanan kesehatan yang optimal.

Menurut Hidayat et al. (2018), pengawasan internal yang dilakukan oleh rumah sakit sangat penting untuk memastikan bahwa semua proses administratif dan operasional berjalan sesuai dengan prosedur. Pengawasan internal ini mencakup audit rutin terhadap



klaim yang diajukan, serta evaluasi terhadap kepatuhan rumah sakit dalam menerapkan kebijakan BPJS Kesehatan. Dengan adanya pengawasan internal yang ketat, rumah sakit dapat mengidentifikasi dan memperbaiki setiap celah atau kekurangan dalam sistem administrasi yang dapat mengganggu kualitas pelayanan.

Selain pengawasan internal, BPJS Kesehatan juga memiliki peran sebagai pengawas eksternal yang memastikan bahwa rumah sakit mematuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan. BPJS Kesehatan secara berkala melakukan audit dan evaluasi terhadap kinerja rumah sakit yang menjadi mitranya. **Rizky dan Nugraheni (2021)** mengungkapkan bahwa audit yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan tidak hanya mencakup aspek administrasi, tetapi juga kualitas pelayanan medis yang diberikan. Proses audit ini membantu rumah sakit untuk menilai efektivitas program pelayanan BPJS Kesehatan serta mengevaluasi apakah rumah sakit sudah memenuhi standar pelayanan kesehatan yang diinginkan.

Namun, pengawasan yang kurang optimal dapat menyebabkan beberapa masalah, seperti penyelewengan klaim atau ketidaksesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan standar yang diharapkan. Untuk itu, **Wibowo (2017)** menekankan pentingnya penguatan kapasitas pengawasan melalui pelatihan kepada petugas pengawas di lapangan serta penerapan sistem pelaporan yang transparan dan mudah diakses. Ini bertujuan untuk memastikan bahwa pengawasan berjalan dengan baik dan rumah sakit dapat segera melakukan perbaikan jika ada ketidaksesuaian.

c. **Perbaikan Sistem Administrasi dan Pengawasan untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan**

Untuk mencapai pelayanan BPJS Kesehatan yang berkualitas, perbaikan sistem administrasi dan pengawasan harus dilakukan secara berkesinambungan. Beberapa langkah yang dapat diambil untuk meningkatkan keduanya adalah sebagai berikut:

- 1) **Peningkatan Kapasitas Teknologi Informasi:** Rumah sakit perlu mengadopsi teknologi yang lebih canggih dalam pengelolaan data administrasi dan rekam medis pasien, seperti sistem informasi berbasis cloud atau sistem EHR yang terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Ini akan mempermudah pengolahan data dan mengurangi kemungkinan kesalahan.
- 2) **Pelatihan Sumber Daya Manusia:** Tenaga administrasi dan tenaga medis perlu diberikan pelatihan secara berkala tentang cara menggunakan sistem administrasi yang ada dan mengenai standar pelayanan BPJS Kesehatan. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam menjalankan tugas secara efisien dan sesuai dengan regulasi.
- 3) **Peningkatan Pengawasan Internal dan Eksternal:** Pengawasan internal di rumah sakit harus lebih diarahkan pada evaluasi berkala terhadap sistem administrasi dan kualitas pelayanan. Selain itu, pengawasan eksternal dari BPJS Kesehatan harus lebih diperkuat dengan adanya audit rutin dan penilaian yang lebih mendalam terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
- 4) **Transparansi dan Akuntabilitas:** Dalam upaya memperbaiki sistem administrasi dan pengawasan, rumah sakit dan BPJS Kesehatan perlu memastikan transparansi dalam setiap proses administratif. Proses klaim dan pembayaran harus dapat dipantau secara jelas dan dapat dipertanggungjawabkan untuk menghindari penyelewengan.



KESIMPULAN

Kebijakan pemerintah terkait anggaran dan pengalokasian dana untuk rumah sakit memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas pelayanan BPJS Kesehatan. Dana yang cukup dan tepat sasaran memungkinkan rumah sakit untuk meningkatkan fasilitas, teknologi, serta kapasitas tenaga medis, yang pada gilirannya akan meningkatkan kualitas pelayanan bagi peserta JKN. Oleh karena itu, penting bagi pemerintah untuk memperhatikan pengalokasian dana yang merata dan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, serta memastikan ada pengawasan yang ketat terhadap penggunaannya. Penelitian ini menunjukkan bahwa dengan alokasi dana yang memadai, rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih berkualitas, yang pada akhirnya akan meningkatkan kepuasan peserta BPJS Kesehatan.

Sistem administrasi dan pengawasan yang efektif memiliki peran krusial dalam mendukung peningkatan kualitas pelayanan BPJS Kesehatan di rumah sakit. BPJS Kesehatan, sebagai penyelenggara jaminan kesehatan nasional, mengharuskan rumah sakit untuk melakukan berbagai prosedur administrasi yang ketat dan transparan dalam setiap layanan yang diberikan kepada peserta. Selain itu, pengawasan yang baik juga diperlukan untuk memastikan bahwa sistem administrasi berjalan dengan efisien dan sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Perbaikan sistem administrasi dan pengawasan merupakan langkah penting dalam mendukung peningkatan kualitas pelayanan BPJS Kesehatan di rumah sakit. Sistem administrasi yang efisien dan pengawasan yang efektif dapat memastikan bahwa rumah sakit memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, serta memastikan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan klaim dan pembayaran. Implementasi teknologi informasi yang lebih baik, pelatihan kepada tenaga medis dan administrasi, serta penguatan kapasitas pengawasan internal dan eksternal dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN, serta menciptakan sistem jaminan kesehatan yang lebih baik dan lebih efisien.

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, N., et al. (2018). "Pentingnya Pengawasan Internal dalam Sistem Pelayanan Kesehatan BPJS." *Jurnal Manajemen Rumah Sakit*, 10(3), 67-78.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingka Pertama Milik Pemerintah Daerah
- Peraturan Presiden 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
- Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013
- Pramudito, D. (2019). "Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit dalam Meningkatkan Efisiensi Administrasi Pelayanan Kesehatan." *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 7(1), 45-58.



- Prasetyo, D., et al. (2020). "Analisis Kebutuhan Anggaran untuk Rumah Sakit di Daerah dengan Kepadatan Peserta JKN Tinggi." *Jurnal Ekonomi Kesehatan*, 12(2), 112-125.
- Rizky, A., & Nugraheni, T. (2021). "Audit BPJS Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Layanan Rumah Sakit." *Jurnal Ekonomi Kesehatan*, 13(2), 101-115.
- Sutanto, R. (2019). "Manajemen Penggunaan Anggaran di Rumah Sakit untuk Meningkatkan Pelayanan BPJS Kesehatan." *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 16(1), 23-34.
- Sutrisno, A., & Agustina, S. (2020). "Pengelolaan Sistem Administrasi di Rumah Sakit dalam Program JKN." *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(2), 113-124.
- Tupamahu, F., et al. (2019). "Ketimpangan Alokasi Dana BPJS di Daerah Terpencil: Dampaknya pada Kualitas Pelayanan Kesehatan." *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(1), 85-97.
- Wibowo, A. (2017). "Peran Pengawasan dalam Meningkatkan Akuntabilitas Layanan BPJS di Rumah Sakit." *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 9(4), 32-43.
- Wibowo, A. (2018). "Pengaruh Pengawasan terhadap Efektivitas Pengalokasian Dana Rumah Sakit dalam Program JKN." *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 10(3), 71-85.
- Yusuf, M., et al. (2017). "Pengaruh Pengalokasian Dana terhadap Kualitas Pelayanan BPJS di Rumah Sakit." *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 47-58.