

Menakar Harapan Pasien BPJS

PROGRAM Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah berusia lebih dari 2,5 tahun harus diakui telah meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Aspek pembiayaan yang dahulu disinyalir sebagai faktor penghambat utama masyarakat pergi berobat, sudah tidak lagi menjadi kendala. Meskipun sangat terasa manfaatnya, program ini ternyata membawa efek samping lain, yakni membeludaknya masyarakat yang berkunjung ke fasilitas kesehatan.

Banyaknya jumlah pasien ini mendorong pihak rumah sakit membuat berbagai kebijakan agar mampu melayani pasien secara optimal, sekaligus mempertahankan kinerja keuangan rumah sakit tetap baik.

Harapan utama

Tidak sedikit masyarakat yang merasa kurang puas saat menggunakan fasilitas BPJS di rumah sakit. Selain panjangnya antrian, beberapa kebijakan yang diberlakukan pihak rumah sakit bagi peserta BPJS dinilai menurunkan kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Situasi ini memunculkan beberapa harapan

spesifik yang diinginkan oleh pasien BPJS saat mengakses layanan kesehatan.

Di samping keinginan untuk mendapatkan kesembuhan serta layanan yang responsif dan ramah seperti halnya pasien pada umumnya, para peserta BPJS mengharapkan adanya keadilan dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya. Tidak jarang, pasien mendapatkan kesan adanya perlakuan yang berbeda antara ketika seseorang menggunakan fasilitas BPJS dan saat menjadi pasien umum yang membayar secara langsung.

Adanya perbedaan antara keterangan yang disampaikan oleh pihak rumah sakit dan pengamatan pribadi pasien mengenai ketersediaan fasilitas, juga menimbulkan dampak serius mengenai tingkat kepercayaan pasien terhadap rumah sakit. Tidak jarang pasien diinformasikan bahwa ruangan rawat inap penuh, tetapi menemukan fakta sendiri bahwa banyak ruangan yang kosong dan tidak terisi. Meskipun kasus-kasus semacam ini membutuhkan klarifikasi dari pihak pengelola rumah sakit, aspek transparansi dan keterbukaan infor-

masi jelas menjadi faktor kunci yang harus diperhatikan agar kepercayaan masyarakat tetap terjaga.

Adanya persepsi yang kuat di benak peserta BPJS bahwa seluruh kebutuhan biaya berobatnya sudah dijamin, menimbulkan harapan tidak adanya biaya tambahan yang harus dikeluarkan saat pasien berobat. Oleh karena itu, kendala seperti persediaan obat yang kosong atau adanya keterbatasan fasilitas dan tenaga di rumah sakit harus dikomunikasikan dengan amat hati-hati.

Upaya antisipasi

Keadilan (*equity*), keterbukaan informasi, dan tidak adanya biaya tambahan merupakan aspek-aspek penting bagi pasien peserta BPJS, di samping harapan mendapatkan kesembuhan dan layanan berkualitas sebagaimana pasien pada umumnya.

Hilmi Sulaiman Rathomi

Dosen FK Universitas Islam Bandung
Direktur Clarity for Development



Untuk mengembalikan tingkat kualitas layanan sesuai dengan harapan pasien, beberapa upaya tentu perlu ditempuh bukan hanya oleh pengelola rumah sakit, tetapi juga oleh pemerintah dan pihak BPJS sendiri.

Pihak pengelola rumah sakit harus memperhatikan dengan cermat penerapan prinsip keadilan dalam melayani seluruh pasien, bukan hanya bagi peserta BPJS. Hal ini perlu dicamkan benar karena pada kondisi *universal coverage* di tahun 2019 nanti, hampir semua pasien adalah peserta BPJS. Penerapan prinsip keadilan bukan berarti menyamaratakan segala sesuatunya, melainkan mengupayakan hak mendasar semua pasien untuk mendapatkan layanan yang bemutu terpenuhi secara seimbang. Adanya perbedaan waktu tunggu tentu merupakan sesuatu yang wajar

mengingat jumlah pasien yang berbeda jauh. Namun, tingkat keramahan dan daya tanggap petugas, serta kualitas dan jenis obat tidak boleh dibedakan siapapun pasiennya dan apa pun kelas perawatannya.

Peningkatan jumlah rumah sakit yang melayani pasien peserta BPJS jelas perlu diakselerasi segera. Rumah sakit tentu memiliki keterbatasan kemampuan untuk meningkatkan kapasitas layanannya karena butuh biaya yang tidak sedikit untuk membangun ruangan, menambah jumlah SDM, dan menambah jam operasional. Untuk itu, BPJS selaku pembeli layanan kesehatan tentu harus melakukan ekspansi jumlah rumah sakit yang bekerja sama, demi mengurai penumpukan jumlah pasien yang berujung ketidakpuasan.

Selain itu, semua pihak mulai dari pemerintah, pengelola faskes, tenaga kesehatan, BPJS, dan tokoh masyarakat, juga harus bahu-membahu mengubah pola pikir masyarakat mengenai program JKN agar tidak memandang program ini sebagai suatu transaksi untung-rugi. *Mindset* gotong royong perlu

dimunculkan secara sistematis agar masyarakat tidak memandang iuran BPJS sebagai pengorbanan yang telah mereka keluarkan sehingga harus dimanfaatkan dengan cara berobat agar tidak merugi. Apabila pola pikir ini tidak kunjung bergeser, bukan mustahil di masa mendatang jumlah kunjungan akan semakin membeludak dengan makin banyaknya peserta JKN.

Terakhir, alih-alih harus mengeluarkan biaya penambahan fasilitas dan SDM yang tidak sedikit, BPJS dan pengelola rumah sakit harus mampu memanfaatkan teknologi, terutama teknologi informasi untuk mengurai penumpukan pasien yang selalu terjadi di waktu tertentu. Penggunaan sistem yang memberikan informasi proses layanan yang sedang berlangsung diharapkan mampu mengurai *overload* kapasitas layanan yang terjadi di waktu-waktu tertentu sehingga waktu tunggu lebih singkat, dan respons tenaga kesehatan lebih baik dalam kacamata pasien. Untuk mewujudkan semua hal tadi, kolaborasi semua pihak tentu merupakan kata kunci yang tidak dapat ditawar lagi.
