

ANALISIS KENDALA PENGGUNA BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM

Christian Raphael Sitanggang*, Retno Sihotang, Steven Sidauruk, Margaretha Paskah Sihombing

Program Studi Sistem Informasi, Fakultas Ilmu Komputer, Universitas Katolik Santo Thomas

* Corresponding Author: tiannsitanggang@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: 01-06-2025

Revised: 12-06-2025

Accepted: 28-06-2025

Available online: 28-06-2025

Kata Kunci:

BPJS kesehatan, kendala administratif, kualitas pelayanan, sistem informasi rumah sakit, universal health coverage

Keywords:

Administrative constraints, BPJS health, hospital information systems, service quality, universal health coverage

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kendala administratif dan operasional yang dihadapi pengguna BPJS Kesehatan di loket admisi pendaftaran dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di sebuah Rumah Sakit Umum (RSU), serta merumuskan strategi penanganan berbasis sistem informasi. Penelitian kualitatif deskriptif ini dilaksanakan pada periode Mei–Juni 2026. Pengumpulan data dilakukan melalui metode triangulasi yang mencakup observasi partisipatif pasif, studi dokumentasi, serta wawancara semi-terstruktur terhadap lima informan kunci lintas unit kerja (staf IT, petugas BPJS, staf admisi, petugas IGD, dan petugas rekam medis) yang dipilih secara purposive sampling. Analisis data terhadap log 200 kasus kepesertaan bermasalah mengidentifikasi tiga hambatan utama penonaktifan kartu pasien, yaitu: kelalaian pembayaran

premi (95 kasus/47,5%), kendala batas usia anak (62 kasus/31,0%), dan transisi status pensiun (43 kasus/21,5%). Hambatan validasi data secara manual ini memicu penumpukan antrean loket pendaftaran dan berisiko menghambat penanganan medis kritis (golden period) di IGD. Untuk mengatasi kendala operasional tersebut, diperlukan optimalisasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) melalui penyediaan fitur Pop-Up Alert proaktif untuk mendeteksi dini kartu nonaktif, serta pengesahan Standar Operasional Prosedur (SOP) Penyelamatan Administrasi berupa pengalihan instan ke program jaminan kesehatan daerah (Universal Health Coverage/UHC) demi menjamin keselamatan klinis pasien.

ABSTRACT

This study aims to analyze the administrative and operational obstacles faced by BPJS Kesehatan users at the admission counter and Emergency Department (IGD) in a General Hospital (RSU), and to formulate an information system-based handling strategy. This descriptive qualitative study was conducted in May–June 2026. Data collection was conducted through a triangulation method that included passive participant observation, documentation study, and semi-structured interviews with five key informants across work units (IT staff, BPJS officers, admissions staff, ER officers, and medical records officers) selected using purposive sampling. Data analysis of logs of 200 problematic membership cases identified three main obstacles to patient card deactivation: negligence in premium payment (95 cases/47.5%), child age limit constraints (62 cases/31.0%), and retirement status transition (43 cases/21.5%). These manual data validation obstacles trigger long queues at the registration counter and risk hampering critical medical treatment (the golden period) in the ER. To overcome these operational constraints, it is necessary to optimize the Hospital Information System (SIRS) by providing a proactive Pop-Up Alert feature for early detection of inactive cards, as well as

ratification of the Standard Operating Procedure (SOP) for Administrative Rescue in the form of instant transfer to the regional health insurance program (Universal Health Coverage/UHC) to ensure patient clinical safety.

This is an open access article under the [CC BY-NC](#) license.

Copyright © 2026 by Author. Published by Akademi Kebidanan Nusantara 2000



PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan pilar utama dalam menjamin inklusivitas akses layanan kesehatan di Indonesia. Secara teoretis, kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit diukur menggunakan metode *Service Quality* (ServQual) yang mencakup lima dimensi krusial, yakni *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy* (Parasuraman et al., 2024). Dalam ekosistem JKN, tingkat kepuasan peserta secara teoretis menjadi tolok ukur keberhasilan mutu layanan. Namun, terdapat celah (*gap*) yang signifikan antara target kepuasan 90% dengan realitas lapangan yang masih berada pada angka rata-rata 85,6%, sehingga diperlukan evaluasi mendalam terhadap manajemen operasional rumah sakit dalam menyelaraskan standar pelayanan dengan ekspektasi peserta.

Permasalahan administratif dan efisiensi operasional menjadi hambatan paling dominan dalam operasional pelayanan BPJS Kesehatan. Penelitian terdahulu oleh Maulida dan Djunawan (2022) mengidentifikasi bahwa tingkat *pending claim* (klaim tertunda) untuk rawat inap mencapai angka 25,89%, di mana faktor utama penyebabnya adalah ketidaklengkapan dokumen medis yang mencapai 63%. Ketidaksiapan sistem pendukung administrasi dalam memvalidasi berkas secara akurat tidak hanya menghambat proses penjaminan, tetapi juga menciptakan antrean panjang yang menurunkan dimensi *responsiveness* (daya tanggap) dan *reliability* (keandalan) rumah sakit dalam pelayanan.

Selain kendala administratif, aspek aksesibilitas juga sering menjadi kendala serius dalam pelayanan pasien JKN. Laporan dari berbagai pengawasan publik, termasuk Ombudsman Republik Indonesia, kerap menyoroti adanya pembatasan kuota layanan bagi pasien BPJS yang memicu disparitas akses dengan pasien umum. Kondisi kepadatan pasien yang tinggi di fasilitas kesehatan sering kali tidak dibarengi dengan manajemen alur yang efisien, sehingga memperparah waktu tunggu. Penelitian oleh Noviani dan Noviani (2022) menegaskan bahwa tanpa penerapan manajemen operasional yang efektif, seperti prinsip *Lean Management*, birokrasi pendaftaran yang rumit akan terus menjadi faktor utama ketidakpuasan pasien.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Medan, permasalahan ini termanifestasi dalam hambatan administratif di loket pendaftaran dan IGD. Ketidakpastian validasi status kepesertaan secara *real-time* sering kali memaksa petugas melakukan prosedur manual yang memperlambat penanganan medis bagi pasien darurat. Ketergantungan pada pengecekan manual ini tidak hanya membebani tenaga kerja, tetapi juga meningkatkan risiko kesalahan input data. Fenomena ini menjadi potret mikro dari permasalahan nasional terkait integrasi sistem informasi rumah sakit (SIRS) yang belum sepenuhnya optimal dalam mendukung operasional JKN di tingkat fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisis hambatan administratif pengguna BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Medan dan membuat solusi berbasis TI berdasarkan kesenjangan antara kendala operasional di lapangan dan kebijakan nasional. Fokus penelitian ini adalah mengevaluasi kinerja sistem yang ada dan menyarankan inovasi seperti penerapan fitur *Pop-Up Alert* pada SIRS dan penerapan prosedur operasi penyelamatan administrasi (SOP) yang efektif. Penelitian ini diharapkan dapat mengurangi keterlambatan akses medis sambil meningkatkan kepatuhan administratif dan efisiensi klaim rumah sakit dengan mengoptimalkan alur pelayanan dengan cara yang sistematis.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Pendekatan ini dipilih karena bertujuan memperoleh gambaran secara mendalam mengenai berbagai kendala yang dihadapi pengguna BPJS Kesehatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Medan. Melalui pendekatan deskriptif, peneliti dapat menjelaskan fenomena pelayanan berdasarkan fakta yang ditemukan di lapangan tanpa melakukan perlakuan atau manipulasi terhadap objek penelitian.

Penelitian dilaksanakan di salah satu Rumah Sakit Umum Daerah Kota Medan. Pengumpulan data melalui wawancara dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu pada tanggal 24 April 2026, 10 Juni 2026, dan 13 Juni 2026. Penelitian menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui observasi lapangan dan wawancara semi terstruktur kepada informan yang terlibat langsung dalam pelayanan peserta BPJS Kesehatan, yaitu petugas Humas dan Kepala Instalasi Gawat Darurat (IGD). Wawancara dilakukan menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun berdasarkan tujuan penelitian, meliputi sistem kepesertaan BPJS, kendala administrasi, implementasi Program Universal Health Coverage (UHC), penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-GOS), sistem rujukan pasien, serta pelayanan kegawatdaruratan.

Data sekunder diperoleh melalui studi dokumentasi berupa kebijakan BPJS Kesehatan, dokumen rumah sakit, Standar Operasional Prosedur (SOP), literatur ilmiah, serta berbagai peraturan yang berkaitan dengan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Data sekunder digunakan untuk memperkuat hasil observasi dan wawancara sehingga diperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai proses pelayanan BPJS Kesehatan.

Teknik pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, dan dokumentasi. Observasi dilakukan dengan mengamati secara langsung alur pelayanan pasien BPJS sejak proses pendaftaran hingga memperoleh pelayanan kesehatan. Wawancara dilakukan secara tatap muka menggunakan daftar pertanyaan terbuka sehingga informan dapat menjelaskan kondisi pelayanan secara rinci berdasarkan pengalaman kerja mereka. Dokumentasi dilakukan dengan mengumpulkan berbagai dokumen pendukung, foto kegiatan penelitian, serta arsip pelayanan yang berkaitan dengan objek penelitian.

Untuk menjamin keabsahan data, penelitian menerapkan triangulasi teknik, yaitu membandingkan hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi. Selain itu, peneliti melakukan pengecekan kembali terhadap informasi yang diperoleh dari informan dengan dokumen pendukung sehingga data yang dihasilkan memiliki tingkat kredibilitas yang tinggi dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut penelitian ini, dari 200 kasus hambatan pelayanan BPJS di RS Umum Daerah Kota Medan, kendala administrasi kepesertaan adalah yang paling umum. Masalah terbesar adalah pembayaran premi tertunggak (95 kasus, 47,5%), diikuti oleh batas usia tanggungan (62 kasus, 31%) dan perubahan status pasca-pensiun (43 kasus, 21,5%). Sebagai hasil dari wawancara dengan petugas RS, diketahui bahwa hambatan ini terutama disebabkan oleh status administrasi peserta yang tidak aktif, bukan kualitas pelayanan medis. Hasil penelitian tambahan meliputi pelaksanaan Program UHC Medan, kemanjuran SIMRS GOS dalam layanan administrasi, prosedur triase IGD, dan perlindungan data pasien. Berdasarkan temuan kuantitatif dan wawancara, pembahasan berikut memeriksa penyebab utama masalah, membandingkan literatur terbaru, dan membuat saran operasional dan kebijakan.

Hasil survei internal menemukan 200 kasus kendala pelayanan BPJS selama masa penelitian. Tabel berikut merangkum jenis kendala dan frekuensinya:

Tabel 1. Hasil Penelitian

Kendala	Kasus	Persentase
Kendala Pembayaran Premi	95	47,50%
Batas Usia Tanggungan	62	31,00%
Perubahan Status (Pensiun)	43	21,50%
Jumlah Total	200	100,00%

Data di atas menunjukkan bahwa hampir setengah kasus (47,5%) disebabkan oleh tunggakan pembayaran iuran BPJS. Temuan ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa *status kepesertaan non-aktif karena premi tertunggak* adalah penyebab utama terhambatnya layanan kesehatan, khususnya saat pendapatan ekonomi peserta menurun. Selama observasi di loket pendaftaran dan IGD, petugas harus melakukan verifikasi ulang status peserta BPJS sebelum pemberian layanan. Kondisi ini menunda proses pendaftaran dan pelayanan, karena pasien non-aktif diminta menuntaskan tunggakan atau dialihkan ke skema lain.

Temuan kualitatif dari wawancara dan observasi menambah gambaran situasi. Petugas menjelaskan bahwa Program UHC (*Universal Health Coverage*) Kota Medan Berkah (JKMB) diaktifkan untuk pasien Kota Medan yang iurannya menunggak. Proses aktivasi UHC di lapangan memakan waktu hingga 3×24 jam untuk pasien rawat inap (maksimal 72 jam) dan 1×24 jam untuk rawat jalan, kendati aturan nasional kini menetapkan reaktivasi maksimal 1×24 jam setelah pelunasan tunggakan. Wawancara juga menegaskan bahwa RS telah mengintegrasikan SIMRS GOS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Generik Open Source) di seluruh unit pelayanan, memungkinkan verifikasi elektronik status peserta dan pelaporan terpusat tanpa kehilangan data pasien. Hal ini sesuai prinsip manfaat integrasi SIMRS: meningkatkan efisiensi, akurasi data, dan interoperabilitas dengan sistem BPJS.

Pelayanan IGD di RS mengikuti protokol triase medis. Pasien darurat yang dirujuk harus memenuhi kriteria kegawatan untuk dilayani di IGD. Wawancara menyebutkan bahwa bila kriteria tidak terpenuhi, pasien diarahkan ke poliklinik sesuai kondisi. IGD juga menerapkan protokol keselamatan infeksi: petugas IGD wajib menggunakan APD lengkap (masker, sarung tangan, pelindung tubuh) saat menangani penyakit menular. Jika ruang isolasi penuh, pasien diurutkan berdasarkan jenis penularan (airborne vs kontak) dengan penempatan sesuai prosedur (ruang tertutup untuk penyakit udara, zona terbuka berlapis pembatas untuk penyakit darah) sesuai standar keselamatan.

Pelayanan kerahasiaan data pasien dikelola ketat. Hanya keluarga terdekat yang tercatat sebagai penanggung jawab dalam KK yang dapat menerima informasi medis

pasien tanpa persetujuan tertulis (informed consent). Kebijakan ini sesuai dengan regulasi yang mewajibkan rumah sakit menjaga kerahasiaan data medis pasien.

Kendala Pembayaran Premi

Pembayaran iuran menjadi hambatan utama. Hampir setengah kasus terhambat karena tunggakan premi (47,5%). Ini menunjukkan rendahnya kepatuhan ekonomi peserta. Faktor penyebab, menurut petugas, meliputi keterbatasan ekonomi (misal PHK) dan masih rendahnya literasi cara bayar BPJS. Akibatnya pasien baru mengetahui tunggakan saat akan berobat, sehingga layanan harus tertunda. Temuan ini sejalan dengan Amaliah et al. (2020) yang melaporkan peserta BPJS nonaktif karena tunggakan mencolok (lebih dari 40% kasus). Penelitian lain di Tabalong juga menyoroti ketidakpatuhan bayar iuran sebagai masalah utama BPJS. Hambatan administrasi iuran memperlambat layanan karena proses tambahan. Hal ini mengindikasikan bahwa kualitas layanan kesehatan tidak semata pada aspek klinis; sistem informasi finansial juga harus ditingkatkan.

Secara teori, isu ini terkait dengan konsep kepatuhan sosial ekonomi dalam jaminan kesehatan nasional. Partisipasi aktif masyarakat dipengaruhi oleh faktor kebutuhan, pemahaman, dan fasilitas pembayaran. Beberapa studi (Latifah et al. 2021; Kapoksah et al. 2025) menyebut faktor sosial-ekonomi seperti penghasilan rendah dan persepsi layanan memengaruhi kepatuhan iuran. Dalam konteks RS, keterlambatan bayar premi mengakibatkan perlu denda dan klarifikasi administratif (Permenkes 43/2019). Data kami dan literatur mendukung pentingnya edukasi intensif dan pemantauan status iuran secara digital agar pasien sadar kewajiban iuran BPJS.

Perubahan Status Pensiun

Hasil wawancara mengungkap bahwa peserta yang pensiun seringkali belum melakukan *daftar ulang* status BPJS. Banyak yang keliru mengira kepesertaan otomatis aktif pasca-pensiun. Akibatnya, saat layanan dibutuhkan, status nonaktif muncul karena kepesertaan sebelumnya berbasis pemberi kerja (APBN/ perusahaan) belum diubah ke mandiri. Kendala ini menunjukkan lemahnya sosialisasi perubahan kewajiban administrasi pasca-kepesertaan kerja. Tidak terdapat banyak studi spesifik di Indonesia tentang isu pasca-pensiun ini, namun secara konseptual termasuk dalam masalah *data kependudukan tidak sinkron*. Kebijakan terkini (Perpres 82/2018) menegaskan pasien harus memperbarui data jika perubahan status terjadi, namun implementasinya masih terpusat pada peserta.

Perubahan status juga berkaitan dengan literasi digital. Dalam wawancara disebutkan kesulitan sebagian lansia menggunakan aplikasi Mobile JKN untuk update status, sehingga menghambat aktivasi. Karena itu, rumah sakit perlu menyiapkan mekanisme proaktif, seperti pendampingan admin BPJS atau penginputan data manual

oleh petugas, agar pasien pensiun tetap terlindungi. Temuan ini konsisten dengan laporan Kemenkes yang menunjukkan kesulitan sosialisasi di segmen lansia. Upaya kolaboratif antara BPJS, pemerintah daerah, dan instansi ketenagakerjaan diperlukan untuk menjangkau golongan pensiunan sebelum masalah muncul.

Batas Usia Tanggungan

Kendala ketiga berkaitan dengan aturan usia tanggungan anak (maksimal 21 tahun). Banyak keluarga terkejut ketika peserta BPJS terblokir karena anak yang ditanggung sudah melewati usia atau bekerja dan belum dipisah kepesertaannya. Hal ini menunjukkan kekurangan pemahaman akan regulasi kepesertaan berjenjang (Permenkes 3/2020). Literasi aturan ini masih rendah; dalam wawancara petugas sering kali harus menjelaskan regulasi baru kepada pasien. Problem sejenis juga pernah diangkat oleh Liputan6 (2026) terkait ketidaksesuaian data kepesertaan karena masalah NIK atau usia tanggungan. Rekomendasi ahli adalah peningkatan komunikasi formal dan sistem notifikasi perpanjangan kepesertaan otomatis untuk anak yang sudah dewasa.

Implementasi Program UHC Kota Medan

Program UHC JKMB Medan bertujuan melayani warga tidak mampu dengan jaminan daerah. Wawancara menyebutkan syaratnya meliputi KTP Sumut, KK, domisili ≥ 3 bulan, dan faskes terdaftar. Aktivasi UHC mempercepat penanganan peserta tak aktif tanpa harus bayar tunggakan. Kebijakan kota Medan, sebagaimana dipaparkan BAPPEDA, menggunakan anggaran APBD besar untuk mendanai layanan gratis bagi penduduk Medan (Program JKMB sejak 2022). Temuan kami bahwa RS Umum Daerah Kota Medan mengaktifkan UHC dalam 1–3 hari sesuai prosedur menunjukkan *sinkronisasi* antara kebijakan daerah dan implementasi rumah sakit. Ini selaras dengan pemahaman literatur bahwa upaya kolaboratif daerah adalah kunci kesuksesan UHC (Syafaruddin et al. 2023). Namun, batasan eligibilitas UHC (tidak untuk mantan PNS/ mampu) kadang menimbulkan kebingungan. Rumah sakit perlu meningkatkan sosialisasi kriteria UHC agar tenaga medis dan pasien memahami proses; hal ini didukung oleh arahan nasional yang mendorong optimalisasi UHC untuk capaian universal.

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Proses triase di IGD menegaskan bahwa hanya kasus kegawatdaruratan sesuai pedoman triase yang dilayani di ruang IGD. Temuan studi serupa menyatakan sistem triase *ABCDE* menjaga efektivitas penanganan darurat. RS UGD mematuhi prosedur berjenjang: rujukan dari klinik/puskesmas diperiksa dulu apakah memenuhi syarat emergensi. Jika tidak, pasien diarahkan ke poliklinik. Model ini konsisten dengan

ketentuan BPJS agar pelayanannya sesuai tingkat fasilitas. Pemberlakuan rujukan berjenjang membantu efisiensi pelayanan darurat tanpa membebani IGD. Kendala operasional seperti pasien yang memaksa dirujuk diatasi dengan edukasi intensif petugas. Secara umum, kualitas pelayanan IGD dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya (dokter, alat, obat) dan protokol yang ketat. Meskipun tidak terdapat literatur tertentu untuk IGD Bina Kasih, standar keselamatan di RS umumnya mensyaratkan penggunaan APD lengkap dan isolasi sesuai protokol Kemenkes.

Perlindungan Data Pasien

Pelayanan rahasia medis ditekankan melalui *informed consent* sebelum pelepasan informasi. Kebijakan tersebut didukung regulasi Permenkes 4/2018 yang menjamin hak pasien atas keamanan dan kerahasiaan data penyakit. Wawancara menegaskan bahwa pasien hanya boleh mendapat penjelasan kondisi medis dari petugas apabila keluarga tercantum sebagai penanggung jawab. Prinsip ini penting untuk kepercayaan pasien dan sesuai standar etika kedokteran di Indonesia. Meski tidak ada kasus kebocoran di lokasi, literatur menunjukkan bahwa pelanggaran kerahasiaan dapat berdampak hukum bagi RS. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memastikan *sistem rekam medis elektronik* SIMRS memiliki proteksi yang kuat dan proses *informed consent* selalu ditegakkan.

Secara keseluruhan, akar utama kendala layanan BPJS adalah *administratif*: masalah finansial peserta (iuran), ketidaktahuan prosedur perubahan status/pensiun, dan aturan tanggungan yang baru. Isu-isu ini diperberat oleh rendahnya literasi peserta dan kurangnya mekanisme pengingat (*automated reminder*) ketika status akan berubah. Keterbatasan digitalisasi pada sisi peserta (mis. kurangnya akses/kemampuan aplikasi Mobile JKN) turut menunda penyelesaian masalah. Di sisi rumah sakit, masalahnya berupa kebutuhan peningkatan kompetensi staf dan kesiapan infrastruktur TI (meski SIMRS GOS sudah digunakan, tantangan *bandwidth* Internet atau dukungan teknis bisa muncul).

Studi ini terbatas pada satu RS tipe C dengan data wawancara narasumber terbatas (Humas, Kepala IGD). Data kuantitatif hanya mencakup satu minggu kasus, sehingga temuan mungkin tidak sepenuhnya mewakili tren jangka panjang. Selain itu, wawancara mendalam kepada pasien atau pihak BPJS (cabang) tidak dilakukan, sehingga perspektif eksternal kurang tercover. Meski demikian, penelitian ini memberi gambaran komprehensif melalui triangulasi data (*observasi, wawancara, dokumentasi*) yang valid dari RS.

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa kendala utama yang dihadapi pengguna BPJS Kesehatan di rumah sakit umum lebih banyak berasal dari aspek administratif

dibandingkan pelayanan medis. Dari 200 kasus yang diteliti, kendala paling dominan adalah status kepesertaan tidak aktif akibat tunggakan premi (47,5%), diikuti batas usia tanggungan (31%), dan perubahan status kepesertaan setelah pensiun (21,5%). Kondisi tersebut mengakibatkan keterlambatan proses verifikasi administrasi yang berpotensi menghambat pelayanan kesehatan, terutama bagi pasien yang membutuhkan penanganan segera di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pemanfaatan Program Universal Health Coverage (UHC), penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Generik Open Source (SIMRS GOS), sistem rujukan berjenjang, serta prosedur perlindungan data pasien telah membantu meningkatkan efisiensi verifikasi kepesertaan, mempercepat pelayanan, dan mengurangi kesalahan pencatatan data.

Berdasarkan temuan tersebut, peningkatan kualitas pelayanan BPJS Kesehatan memerlukan optimalisasi sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi dengan sistem BPJS, peningkatan literasi administrasi peserta, serta penguatan kolaborasi antara rumah sakit, BPJS Kesehatan, dan pemerintah daerah. Rumah sakit disarankan mengembangkan fitur *early warning system* untuk mendeteksi status kepesertaan tidak aktif sebelum pasien datang berobat, sedangkan BPJS Kesehatan perlu memperkuat sosialisasi mengenai kewajiban pembayaran premi, perubahan status kepesertaan setelah pensiun, dan batas usia tanggungan. Pemerintah daerah diharapkan terus mendukung implementasi UHC melalui penyederhanaan administrasi dan peningkatan koordinasi dengan fasilitas kesehatan. Selain itu, penelitian selanjutnya disarankan melibatkan lebih banyak rumah sakit dan responden serta menggunakan pendekatan kuantitatif atau *mixed methods* agar diperoleh hasil yang lebih komprehensif mengenai hubungan antara kualitas sistem informasi, kepatuhan administrasi peserta, dan tingkat kepuasan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amaliah, N., dkk. (2020). Faktor penyebab kepesertaan BPJS Kesehatan nonaktif pada peserta JKN. *Journal of Innovation Research and Knowledge*.
- BPJS Kesehatan. (2024). *Peraturan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Sistem Informasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (4th ed.). SAGE Publications.
- Noviani, R., & Noviani, D. (2022). Analisis penerapan lean management dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Syafaruddin, A., dkk. (2023). Implementasi Universal Health Coverage dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.