

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Tahun 2003 pemerintah menyiapkan rancangan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)¹. Rancangan SJSN disosialisasikan ke berbagai pihak termasuk ke Perguruan Tinggi dan Lembaga Swadaya Masyarakat. SJSN mencakup beberapa jaminan seperti kesehatan, kematian, pensiun, kecelakaan kerja, termasuk pengangguran untuk mereka yang kehilangan pekerjaan – *unemployment benefit*. SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. SJSN diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan / atau anggota keluarganya²

Di dalam konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), semua masyarakat termasuk Warga Negara Asing yang tinggal di Indonesia lebih dari 6 bulan menjadi tanggungjawab JKN. Sampai pertengahan Tahun 2003, penduduk Indonesia yang sudah memiliki jaminan kesehatan meningkat sampai 20,2%. Meskipun demikian, sebagian besar penduduk Indonesia (79,8%) terutama dari sektor informal masih belum memiliki jaminan kesehatan. Mereka inilah yang seharusnya dijadikan sasaran utama program JKN. Prinsip pelaksanaan JKN adalah mengubah sistem pembayaran kesehatan secara individu (*out of pocket*) menjadi kolektif (*collective risk*

sharing). Untuk itu, program jaminan kesehatan harus dikelola secara profesional oleh perusahaan asuransi yang sudah terakreditasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).³

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan / atau anggota keluarganya. Dalam melaksanakan fungsi yang terdapat dalam UU No. 24 tahun 2011 pasal 9 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS bertugas untuk melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja, menerima bantuan iuran dari Pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat dan/ atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, dan memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.⁴

Fasilitas pelayanan kesehatan di BPJS dibagi menjadi 2 yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) Pelayanan FKTP yang diberikan meliputi DPP (Dokter Praktek Perorangan), Dokter gigi, Klinik Pratama dan Puskesmas, sedangkan untuk FKRTL meliputi Rumah Sakit (RS). Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut dapat digunakan oleh pasien dengan gratis dengan menunjukkan kartu BPJS dan sudah melunasi iuran bulanan wajib. Untuk tunggakan dalam pembayaran iuran maksimal 1 bulan, jika melebihi dari bulan itu maka tidak akan diberikan pelayanan secara gratis.⁵

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi PBI (Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan) yaitu fakir miskin dan orang tidak mampu, dimana iurannya dibayarkan oleh Pemerintah kepada BPJS Kesehatan. Peserta PBI wajib memberikan data mengenai diri sendiri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada Pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS Kesehatan dan Non PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan) yang antara lain Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja. Contoh: pegawai pemerintah, pegawai swasta, wiraswasta/ pengusaha, artis, investor, TNI/Polri, Ibu rumah tangga, dll.⁴

Menurut UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS Pasal 48 ayat (1) menyatakan bahwa BPJS wajib membentuk Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta. Penanganan komplain yang diberikan oleh BPJS secara efektif dapat memberikan rasa puas dan persepsi tentang pelayanan yang baik oleh peserta.⁴ Dari data survey awal wawancara penulis dengan 10 peserta BPJS Kesehatan, masalah yang ada antara lain pemesanan kamar untuk melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit, tetap membayar walaupun dengan jumlah yang tidak banyak biaya rawat inap meskipun menggunakan BPJS Kesehatan dalam melakukan Rawat Inap, antrian banyak jika menggunakan BPJS Kesehatan, meminta surat rujukan terlebih dahulu dari dokter keluarga jika akan memeriksakan kehamilan, kesalahan sistem di BPJS Kesehatan, misal sudah membayar tetapi tercantum belum membayar. Dari kesemua jawaban tersebut menyatakan bahwa semua peserta pernah mengalami keluhan di BPJS. Menurut data

yang bersumber dari Laporan Data Penanganan Keluhan Peserta BPJS Kantor Cabang Boyolali di Kantor Operasional Kabupaten Boyolali Tahun 2015 terdapat 4 keluhan pada Bulan Juni, 2 keluhan pada Bulan Juli dan 4 keluhan pada Bulan Agustus dan 3 keluhan pada Bulan September.

Jumlah keluhan tersebut terdiri atas keluhan lisan dan keluhan tertulis. Untuk prosentase penyampaian keluhan dari data 4 bulan terakhir, paling banyak 60% keluhan disampaikan melalui datang ke kantor BPJS Kesehatan, 20% penyampaian keluhan melalui *email*, 10% penyampaian melalui telepon dan 10% penyampaian melalui *website*. Prosentase pada pokok masalah keluhan juga paling banyak dari masalah pelayanan administratif yaitu sebesar 40% yang mencakup pelayanan di kantor BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan (Faskes), dan Mitra Kerja.

Jika ibu membuat bayinya kartu BPJS Kesehatan tanpa meminta surat rekomendasi dari Dinas Sosial maka kartu dapat aktif dan digunakan setelah 14 hari dari hari pembuatan, tetapi jika pasien meminta surat rekomendasi dari Dinas Sosial maka kartu dapat langsung digunakan untuk perawatan bayi tersebut (khusus untuk peserta PBI dengan syarat dan ketentuan dari Dinas Sosial), lalu 30% keluhan dari masalah pelayanan non medis yang mencakup akomodasi kelas rawat, sarana medik dan sikap petugas dalam melayani, contohnya yaitu banyaknya pasien yang ditolak dirumah sakit dengan menggunakan BPJS jika melakukan pelayanan sesuai dengan kelasnya, tetapi jika pasien mau naik kelas (contoh perawatan kelas 1 menjadi kelas VIP) maka pasien akan mendapatkan kamar. Terdapat 30% dalam biaya diluar ketentuan yang mencakup biaya pelayanan dan biaya obat, contohnya obat yang sesuai indikasi medis (Formularium Nasional) akan

dijamin oleh BPJS Kesehatan, tetapi obat diluar indikasi medis (contoh: obat vitamin yang diminta sendiri oleh pasien) tidak akan dijamin oleh BPJS Kesehatan dan pasien harus membayarnya sendiri. Untuk data jumlah peserta BPJS Kesehatan tahun 2015 secara keseluruhan sebanyak 23.832.018 jiwa, dan untuk jumlah peserta di Kantor BPJS Kantor Cabang Boyolali sebanyak 1.474.624 jiwa, yang semuanya terdiri dari PNS Aktif, Penerimaan pensiun PNS, Pensiun TNI/POLRI, Veteran/Perintis Kemerdekaan, dan PTT/Dokter/Bidan. Dalam data yang disebutkan diatas terlihat bahwa setiap bulannya keluhan peserta mengalami penurunan walaupun semua responden yang penulis wawancarai memiliki masalah dalam pelayanan BPJS.

Penurunan jumlah keluhan tersebut disebabkan karena BPJS Kesehatan Cabang Boyolali sudah berusaha untuk meningkatkan kepuasan kepada peserta dengan memberikan pelayanan yang semaksimal mungkin. Beberapa hal yang sudah dilakukan antara lain: Meningkatkan sosialisasi mengenai hak dan kewajiban kepada peserta, meniadakan *cost sharing* di rumah sakit, melakukan *customer visite*, memberikan kesempatan mengikuti *medical checkup* dan *pap smear*, membagikan buku pedoman/ info ASKES, menyampaikan *hotline service*, dan Hallo Askes 500400.

Peneliti tertarik untuk mengetahui pelaksanaan dalam penanganan keluhan pelanggan oleh petugas BPJS Kesehatan Cabang Boyolali, karena terdapat penurunan keluhan dari para peserta BPJS dari bulan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti ingin melihat pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi yang dilakukan oleh petugas BPJS Boyolali, sehingga perlu dilakukan kegiatan analisis yang merupakan salah satu fungsi manajemen yang sangat penting. Adanya

sebuah mekanisme penanganan keluhan akan memudahkan Pemerintah untuk mengakomodasi kepentingan-kepentingan pelayanan publik.¹⁹ Adanya kegiatan evaluasi juga akan dapat dibuat keputusan yang sangat penting untuk perbaikan-perbaikan selanjutnya, sehingga kedepannya proses pelaksanaan akan semakin baik. Oleh sebab itu pelaksanaan keluhan dan pelayanan informasi dilakukan berdasarkan modifikasi teori yang dikemukakan oleh Azrul Azwar dan Jogiyanto karena didalam variabel yang penulis gunakan ada keterkaitan dengan teori tersebut, yang mencakup elemen *input*, *proses*, *output*, serta *outcome* yang ada serta capaian keberhasilan yang ditargetkan oleh BPJS Kesehatan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka pertanyaan yang akan diajukan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang (KC) Boyolali?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang (KC) Boyolali.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan faktor-faktor SDM yang meliputi: Kualitas, Kuantitas, Kemampuan dan Keterampilan.

- b. Menggambarkan faktor-faktor Sarana dan Prasarana
- c. Menggambarkan faktor-faktor *Standard Operating Procedure* (SOP)
- d. Menggambarkan faktor-faktor Perencanaan Pelaksanaan Keluhan
- e. Menggambarkan faktor-faktor Pelaksanaan Penanganan Keluhan
- f. Menggambarkan faktor-faktor Jumlah Keluhan Pelanggan
- g. Menggambarkan faktor-faktor Kepuasan Pelanggan

D. Manfaat Penelitian

- a. Bagi Peneliti

Mendapatkan pengetahuan tentang prosedur dari penanganan keluhan dimulai dari masuknya keluhan hingga keluhan dapat tertangani yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang Boyolali.

- b. Bagi BPJS Kesehatan KC Boyolali

Sebagai bahan informasi, masukan dan rekomendasi untuk dapat melakukan evaluasi penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi dalam upaya peningkatan mutu atau kualitas pelayanan. Dengan cara terus memperbaiki kebijakan yang ada seiring dengan perkembangan dan perubahan yang terjadi, maka dapat meningkatkan pelayanan dalam penanganan keluhan pelanggan.

- c. Bagi Fakultas Kesehatan

Menambah referensi penelitian ilmiah mahasiswa terutama terkait dengan pelaksanaan petugas BPJS Kesehatan KC Boyolali, terkait penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi. Harapannya dapat mencapai derajat kepuasan pelanggan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Variabel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
1.	Nurul Afriani (2012)	Analisis Penanganan Keluhan Pelanggan oleh Instalasi Pemasaran dan Humas Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Tahun 2012	Keluhan Pelanggan RSUP Fatmawati, Fasilitas, SOP, Pelaksanaan SOP, Pengawasan, Evaluasi	Deskriptif Kualitatif	Penanganan keluhan dapat dikatakan selesai apabila pelanggan merasa puas dan mengerti terhadap solusi yang petugas berikan
2.	Lailatul Maghfiroh (2014)	Analisis Pelaksanaan Penanganan pelanggan oleh petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang Madiun	Sumber daya Manusia, Pendanaan, Sarana Prasarana, SOP, material, Sasaran, Informasi	Deskriptif Kualitatif	BPJS Kc. Madiun dapat menangani keluhan pada saat itu juga dan cepat. Namun perlu penambahan jumlah SDM

					untuk
					menyesuaikan
					jumlah peserta
					yang semakin
					banyak.
3.	Dhyah	Pengaruh	Variabel Keadilan	Deskriptif	Variabel
	Setyorini	Penanganan	Distributif, Variabel	Kualitatif	kepuasan
	(2008)	Keluhan Pelayanan	Keadilan		terhadap
		Kesehatan	Prosedural,		penanganan
		terhadap	Variabel Keadilan		keluhan dapat
		Kepercayaan	Interaksional,		memoderasi
		Pasien di Rumah	Variabel		hubungan
		Sakit Umum	Kepuasan		antara variabel
		Daerah	Terhadap		keadilan dengan
		Panembahan	Penanganan		kepercayaan.
		Senopati	Keluhan, Variabel		
		Kabupaten Bantul	Kepercayaan		

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu berbeda dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti pada saat ini. Perbedaan tersebut ada pada penelitian Lailatul Maghfiroh yang pembedanya hanya pada lokasi penelitian yaitu di Madiun untuk penelitian yang terdahulu, dan yang akan penulis teliti berlokasi di Boyolali.

F. Lingkup Penelitian

a. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini merupakan penelitian di Bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya ilmu manajemen kesehatan khususnya tentang evaluasi pelaksanaan program.

b. Lingkup Materi

Materi dalam penelitian ini adalah analisis pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi oleh petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang Boyolali.

c. Lingkup Lokasi

Lokasi penelitian ini adalah dibagian pelayanan pelanggan Kantor BPJS Kesehatan Kantor Cabang Boyolali.

d. Lingkup Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif (*explanatory research*) yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu keadaan secara obyektif.

e. Lingkup Objek

Sasaran dalam penelitian ini adalah seluruh petugas di bagian pelayanan penanganan keluhan pelanggan di kantor BPJS Kesehatan.

f. Lingkup Waktu

Rencana penelitian ini akan dilakukan mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan, penyusunan laporan sampai dengan ujian skripsi mulai bulan November sampai dengan Mei.