

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Didalam kehidupan sehari-hari manusia melakukan kegiatan dalam berbagai ragam bentuk seperti sekolah, bekerja dan melakukan kegiatan lainnya. Didalam beraktivitas, kesehatan hal yang paling penting dan jika terlalu banyak melakukan kegiatan, maka seseorangpun akan merasakan akibatnya tanpa sadar akan mudah diserang oleh penyakit yang berbahaya dan jasmaninya pun tidak sehat. Maka dengan itu kesadaran diri dari masyarakat akan muncul dan mereka akan membutuhkan pengobatan jika terserang penyakit melalui jasa pelayanan kesehatan. Untuk mendapatkan jaminan kesehatan tersebut perlunya asuransi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dalam pengobatan jika terserang penyakit.

Pada saat sekarang ini pelayanan dibidang kesehatan hal yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat dan kesehatan hal yang penting bagi manusia untuk bertahan hidup dalam melakukan aktivitas. Dengan kesadaran masyarakat mengetahui pentingnya kesehatan, sehingga mendorong masyarakat untuk berpikir bahwa mereka berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan terus meminta peningkatan dalam pelayanan kesehatan yang telah mereka rasakan selama ini agar bisa lebih meningkat sesuai dengan apa yang mereka harapkan.

Masyarakat saat ini berpikir bahwa pelayanan kesehatan itu biayanya cukup mahal sehingga akses kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih rendah dan yang kurang mampupun tidak mampu untuk menikmati pelayanan kesehatan. Sehingga dikeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang

mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Jaminan Kesehatan Nasional dikelola melalui suatu badan pemerintah yang disebut dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 BPJS terbagi dua, BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan mempunyai prinsip kegotoroyongan yang diwujudkan dengan kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah ataupun penghasilannya. Dengan adanya prinsip kegotongroyongan BPJS Kesehatan membantu jaminan kesehatan masyarakat dengan membayar iuran perbulannya sesuai dengan fasilitas kesehatan yang dipilih masyarakat. Fasilitas kesehatan BPJS terdiri dari fasilitas tingkat pertama, kedua dan ketiga. Dengan demikian pelayanan jaminan kesehatan akan didapatkan masyarakat sesuai yang diinginkan.

Dengan adanya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan maka masyarakat menuntut untuk meningkatkan terus pelayanan kesehatan. Maka dengan itu timbullah keluhan terhadap BPJS Kesehatan. Dengan adanya keluhan maka diperlukanlah etika dalam penanganan keluhan terhadap peserta BPJS. Karena etika menjadi sebuah kebiasaan yang dilakukan masyarakat dimana mereka akan mempertanyakan benar dan salah yang dilakukan dalam bertindak.

Etika yaitu suatu tindakan yang dilakukan dengan tujuan untuk mencapai sesuatu yang baik atau akibat yang ditimbulkannya pun bermanfaat, etika juga tergolong sebagai filsafat moral atau ilmu yang membahas nilai dan norma. Dengan demikian, etika memberikan pengaruh dalam melakukan tindakan, dalam menghadapi seseorang dengan cara pelayanan yang baik atau berperilaku baik (Lukman, 2013).

Pelayanan yang dilakukan sesuai etika sangat menguntungkan bagi perusahaan maka dengan itu perusahaan melakukan pelayanan dengan baik, dengan adanya pelayanan yang baik maka akan sangat berpengaruh bagi masyarakat. Karena etika pelayanan berkaitan dengan cara berhubungan dengan manusia lainnya, tindakan yang mengatur perilaku atau tingkah laku manusia dalam bermasyarakat. Tingkah laku ini perlu diatur agar tidak melanggar norma-norma atau kebiasaan yang berlaku dimasyarakat. Hal ini disebabkan karena norma-norma atau kebiasaan masyarakat berbeda.

Menurut BPJS (2014), sebagai pelaksana program jaminan kesehatan BPJS Kesehatan terbilang sukses memenuhi komitmennya untuk melayani kebutuhan dasar kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang handal, unggul dan terpercaya. Hal tersebut ditunjukkan oleh hasil survei kepuasan peserta dan fasilitas kesehatan terhadap BPJS Kesehatan yang dilakukan salah satu lembaga survei ternama, Myriad Research Comitted. Dari total 17.280 responden masyarakat, sebanyak 81% menyatakan puas terhadap BPJS Kesehatan. Angka tersebut melampaui target kepuasan masyarakat yang ditetapkan oleh pemerintah, yaitu sebesar 75%. Persentase total sebesar 81% itu merupakan gabungan dari indeks kepuasan peserta terhadap layanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), Kantor Cabang, dan BPJS Kesehatan Center.

Menurut BPJS (2014), indeks kepuasan untuk layanan yang bersifat administratif di Kantor Cabang dan BPJS Kesehatan Center adalah sebesar 80%. Jika dianalisa berdasarkan jenis peserta, indeks kepuasan peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP) dalam memperoleh pelayanan di FKTP dan FKRTL, relatif sama tingginya, yaitu sebesar 80% hingga 81%. Hal serupa terlihat pula di Kantor Cabang, dimana indeks kepuasan untuk ketiga jenis peserta non-PBI tersebut adalah 79%.

Menurut BPJS (2014), sementara di BPJS Kesehatan Center, indeks kepuasannya adalah 79% untuk PPU serta 80% untuk PBP dan BP. Dari sisi kepuasan fasilitas kesehatan terhadap BPJS Kesehatan, hasil yang dicapai pun sukses melampaui harapan. Sebelumnya, pemerintah menetapkan angka 65% sebagai target, namun berdasarkan hasil survey Myriad, nyatanya indeks kepuasan fasilitas kesehatan terhadap BPJS Kesehatan mencuat di angka 78%.

Meski sudah meningkat kepuasan terhadap pelayanan kesehatan di BPJS Kesehatan tetapi masih ada lagi keluhan yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan perlu terus meningkatkan kepuasan pelayanan kesehatan dari keluhan yang diberikan oleh masyarakat, maka diperlukan lah penanganan dalam menghadapi keluhan tersebut. Agar terus dapat meningkatkan kepuasan peserta terhadap pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan, sehingga keluhan yang dihadapi BPJS Kesehatanpun akan berkurang.

Seperti yang telah dibahas diatas, penulis tertarik untuk membuat Tugas Akhir yang berjudul “Etika Penanganan Keluhan Pada Peserta BPJS Kesehatan Cabang Solok”.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan yang dibahas pada tugas akhir ini adalah bagaimana penerapan etika penanganan keluhan peserta di BPJS Kesehatan Cabang Solok?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka dapat diketahui bahwa tujuan penelitian adalah untuk mengetahui penerapan etika penanganan keluhan peserta di BPJS Kesehatan Cabang Solok.

1.4 Metode Penelitian

Metode observasi merupakan suatu proses pengamatan dan pencatatan secara sistematis kejadian-kejadian, perilaku, objek-objek, yang dilihat dan hal-hal lain yang diperlukan dalam mendukung penelitian yang sedang dilakukan oleh penulis. Metode observasi dilakukan dengan mengumpulkan data dan mengamati langsung dilapangan (Arifin, 2011).

Didalam BPJS Kesehatan pengamatan yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dengan terlibat langsung dan juga dapat dilakukan pengamatan dengan melihat dan mencatat kejadian.

1.5 Manfaat Magang

Adapun manfaat dari magang ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Pembaca

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan dan memberikan sumbangan terhadap penelitian serupa mengenai etika penanganan keluhan pada peserta BPJS Kesehatan cabang Solok.

2. Bagi Perusahaan



Penelitian ini dapat memberikan masukan kepada BPJS Kesehatan Cabang Solok dalam meningkatkan pelayanan terhadap peserta BPJS Kesehatan Cabang Solok.

1.6 Tempat dan Waktu Magang

Waktu dan tempat magang dilaksanakan di BPJS Kesehatan cabang Solok, dengan waktu 40 hari terhitung mulai dari tanggal 18 Desember 2017 sampai dengan tanggal 15 Februari 2018.

1.7 Sistematika Penulisan

Secara garis besar pembahasan studi ini terdiri dari lima bab, dengan sistematika pembahasan sebagai berikut :

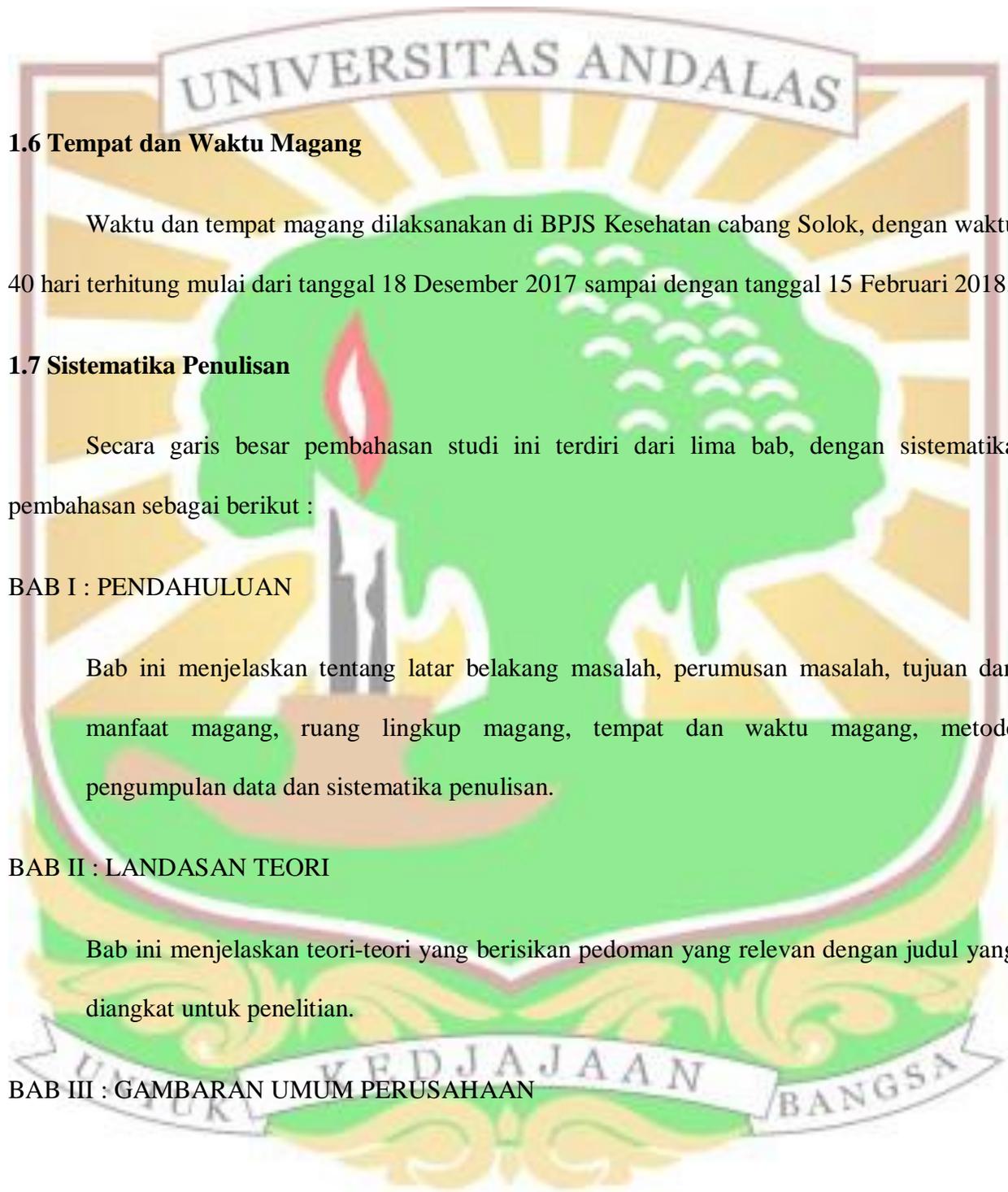
BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini menjelaskan tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan dan manfaat magang, ruang lingkup magang, tempat dan waktu magang, metode pengumpulan data dan sistematika penulisan.

BAB II : LANDASAN TEORI

Bab ini menjelaskan teori-teori yang berisikan pedoman yang relevan dengan judul yang diangkat untuk penelitian.

BAB III : GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN



Bab ini lebih membahas mengenai gambaran umum perusahaan, sejarah singkat perusahaan, struktur organisasi perusahaan dan juga kegiatan yang ada pada BPJS Kesehatan Cabang Solok.

BAB IV : PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang etika penanganan keluhan pada peserta BPJS Cabang Solok.

BAB V : PENUTUP

Bab terakhir ini merupakan kesimpulan dan saran-saran perbaikan pembahasan studi yang disertai dengan saran-saran perbaikan yang sekiranya bermanfaat bagi BPJS Kesehatan Cabang Solok.

