

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menjaga kesehatan sangatlah penting, karena dengan tubuh yang sehat seseorang dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan leluasa. Semua orang pastinya mendambakan tubuh yang sehat, baik itu kesehatan rohani maupun kesehatan jasmani. Mungkin bagi sebagian orang yang masih pada usia muda, kesehatan tidak terlalu menjadi perhatian, karena masa muda masih memiliki daya tahan tubuh yang kuat, tapi bagaimana dengan kesehatan dimasa yang akan datang, tentu perlu diperhatikan mulai sekarang, karena kesehatan sekarang merupakan investasi dimasa yang akan datang.

Apabila kesehatan mulai terganggu dan tubuh mulai sering diserang penyakit. Maka barulah timbul kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan. Dengan adanya kesadaran tersebut maka masyarakat membutuhkan dan mulai mencari jasa-jasa pelayanan yang dapat menjamin kesehatan, seperti asuransi-asuransi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat tersebut.

Salah satu asuransi yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yaitu Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan, dimana BPJS kesehatan ini bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat tanpa melihat status sosial atau tanpa terkecuali. Karena setiap orang yang hidup berhak memiliki tubuh yang sehat. Seperti dijelaskan dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat

tinggal dan mendapatkan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Pemerintah berharap semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya.

Sejak mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014 peserta BPJS kesehatan program JKN-KIS terus mengalami peningkatan yang signifikan. Program JKN-KIS yang telah diselenggarakan oleh BPJS kesehatan kurang lebih 5 tahun per 10 Agustus 2018, jumlah pesertanya telah mencapai 200.734.183 jiwa atau sekitar 77% dari total penduduk Indonesia. Selain peningkatan jumlah peserta, fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan pun terus bertambah yaitu sebanyak 22.390 fasilitas kesehatan dan rumah sakit mencapai 2.424 yang telah bekerja sama dengan pihak BPJS kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018). Sedangkan untuk peningkatan jumlah peserta pada BPJS Cabang Padang sampai 30 Juli 2017 yang mencakup Kota Padang, Padang Pariaman, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Mentawai, dan Kabupaten Pesisir Selatan telah mencapai 1.424.318 jiwa. Selain itu BPJS kesehatan Cabang Padang juga bekerja sama dengan 68 fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) yang terdiri dari 29 rumah sakit dan 195 fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) (Harianhaluan, 2017).

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan ini memiliki 3 kelas, mulai dari kelas 1 sampai kelas 3. Masing-masing dari kelas tersebut tentu memiliki beberapa perbedaan. Baik itu dari segi penanganan maupun pelayanan yang diberikan. Dengan adanya perbedaan kelas pelayanan kesehatan yang diberikan BPJS kesehatan Cabang Padang kepada peserta tersebut, tentunya menimbulkan banyak opini dan juga keluhan-keluhan dari masyarakat tentang kualitas pelayanan yang didapatkan. Seperti

peserta BPJS sering kali tidak dilayani dengan baik oleh pihak rumah sakit dan lambatnya penanganan medis, selain itu prosedur yang panjang sehingga meresahkan dan membingungkan peserta. Setelah dilakukan *survey*, pengaduan dan keluhan terbanyak yaitu masalah keterbatasan kamar, biaya, obat, dan ruang ICU. Masalah keterbatasan kamar yang menjadi faktor utama yang paling dikeluhkan peserta BPJS kesehatan Cabang Padang. Setelah dilakukan penyelidikan ternyata keterbatasan kamar tidaklah yang menjadi kendala, karena kamar di setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Cabang Padang sudah mencukupi, hanya saja kamar yang tersedia banyak ditempati untuk peserta BPJS kelas satu dan kelas dua untuk pegawai penerima upah, sedangkan untuk peserta BPJS kesehatan kelas tiga sedikit (Harianhaluan, 2017). Maka peserta BPJS kesehatan kelas tiga beranggapan bahwa mereka tidak mendapatkan hak yang seharusnya mereka dapatkan dan mereka merasa bahwa kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tidak sesuai dengan yang mereka inginkan sehingga pelayanan tersebut jauh dari kata puas. Menurut Panjaitan dan Yuliati (2016), kepuasan konsumen diartikan sebagai suatu keadaan dimana harapan konsumen terhadap pelayanan di suatu perusahaan sesuai dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen tersebut. Jika pelayanan yang di terima konsumen jauh dari yang diharapkan, maka konsumen akan merasa kecewa dan tidak puas dengan pelayanan yang diberikan.

Dengan kondisi jumlah kepesertaan yang terus bertamah dan banyaknya keluhan-keluhan dari peserta terhadap pelayanan rumah sakit yang bekerja sama dengan pihak BPJS kesehatan Cabang Padang ini, sehingga menuntut BPJS kesehatan untuk terus melakukan peningkatan kualitas pelayanan yang dapat memberikan kepuasan kepada peserta. Karena dengan pelayanan yang baik dari sebuah organisasi akan menimbulkan respon yang positif dan akan membentuk suatu kenyamanan masyarakat

dan ketika masyarakat sudah nyaman maka akan timbul loyalitas (Lupiyoadi, 2013). Masyarakat bisa dikatakan telah loyal kepada suatu perusahaan jika, masyarakat tersebut tidak hanya menunjukkan perilaku pembelian secara berulang tetapi juga cenderung bersikap positif kepada penyedia jasa tersebut walaupun situasi dan usaha-usaha pemasaran memiliki potensi untuk merubah perilaku masyarakat tersebut (Oliver, 2010). Untuk menciptakan kenyamanan dan menumbuhkan loyalitas peserta, maka pihak BPJS kesehatan memberikan kemudahan kepada peserta dengan cara, proses pengelolaan administrasi kepesertaan harus berjalan dengan singkat, cepat, dan, tetap. Selain itu, didukung oleh perkembangan teknologi informasi yang banyak memberikan manfaat kemudahan diberbagai aspek kegiatan baik perorangan maupun kelompok (Sunyoto, 2014).

Perkembangan teknologi informasi ini dimanfaatkan oleh pihak BPJS kesehatan dalam melakukan kerja sama dengan pihak rumah sakit untuk berkomitmen mengoptimalkan pemberian informasi dan penanganan pengaduan secara *on site* maupun *mobile* dengan dukungan aplikasi Saluran informasi dan penanganan pengaduan (SIPP) yang terkoneksi online dan *realtime*. Dengan demikian penanganan pengaduan dapat direspon dengan cepat oleh pihak rumah sakit dan BPJS kesehatan secara bersamaan. Maka dengan adanya penerapan aplikasi SIPP oleh pihak BPJS kesehatan, diharapkan dapat membantu peserta BPJS kesehatan dalam memperoleh informasi-informasi yang dibutuhkan oleh peserta. Selain itu dapat membantu penanganan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh peserta terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Aplikasi SIPP merupakan aplikasi yang digunakan untuk pencatatan permintaan informasi dan penanganan pengaduan yang sedang atau yang sudah ditindaklanjuti

wajib dicatat dalam aplikasi saluran informasi dan penanganan pengaduan tersebut oleh pihak rumah sakit. Selain itu, aplikasi SIPP ini juga dapat digunakan oleh peserta BPJS untuk menanyakan informasi dan tempat untuk mengajukan keluhan atas pelayanan yang didapatkan di rumah sakit. Aplikasi SIPP ini mulai efektif digunakan oleh BPJS kesehatan, rumah sakit, maupun peserta pada bulan Mei 2017, dengan presentase permintaan informasi sebanyak 81,28% sedangkan untuk pengaduan peserta sebesar 18,72% (Citra, 2019). Setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan masing-masing hanya memiliki satu aplikasi SIPP begitu juga dengan kantor Cabang BPJS kesehatan. Selain itu, username dari aplikasi SIPP ini hanya dimiliki oleh satu orang setiap kantor Cabang, begitu pun pada rumah sakit. Dengan adanya aplikasi SIPP ini sangat membantu pihak rumah sakit untuk melakukan Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) yang dibutuhkan oleh peserta dapat direspon dengan cepat oleh pihak rumah sakit. Ada empat masalah pokok yang sering ditanyakan oleh peserta dan yang menjadi keluhan, yaitu masalah iuran, administrasi, pelayanan kesehatan, dan masalah obat-obatan. Dulu untuk mendapatkan informasi dan untuk melakukan pengaduan, peserta harus datang langsung ke kantor Cabang atau peserta juga dapat menghubungi via telephone ke BPJS kesehatan *care center* 1500400 (BPJS Kesehatan, 2017).

Sekarang untuk mempermudah peserta memperoleh informasi yang berkaitan dengan BPJS kesehatan dan juga untuk melakukan pengaduan atas pelayanan yang didapatkan selama di rumah sakit, seperti tidak tersedianya obat di rumah sakit dan juga ketika peserta berobat menggunakan kartu BPJS kesehatan, tetapi masih dipungut biaya yang sama halnya dengan orang yang bukan peserta dari BPJS, maka peserta tersebut dapat melakukan pengaduan tanpa harus datang lagi ke kantor Cabang tetapi

dapat mengakses langsung melalui aplikasi SIPP di <http://sipp.bpjs-kesehatan.go.id>. Dengan aplikasi SIPP ini segala bentuk keluhan tentang administrasi kepesertaan dan pelayanan lainnya difasilitas kesehatan dapat ditangani dengan segera dan direspon dengan cepat oleh pihak rumah sakit. Sehingga aplikasi ini sangat membantu dan mempermudah peserta untuk memperoleh informasi. Sesuai dengan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 Pasal 3 tentang BPJS, prinsip keterbukaan yang merupakan salah satu prinsip sistem jaminan sosial nasional. Prinsip keterbukaan artinya prinsip yang mempermudah akses informasi yang lengkap benar, dan jelas setiap peserta.

Penerapan Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP) ini merupakan bentuk *service recovery* yang dilakukan pihak BPJS kesehatan Cabang Padang untuk menangani keluhan-keluhan dari peserta. *Service recovery* itu sendiri adalah tindakan yang harus dilakukan oleh suatu perusahaan untuk merespon terjadinya kegagalan jasa (*service failure*) akibat dari pemberian pelayanan yang tidak sesuai dengan keinginan pelanggan (Zeithaml et al, 2013). *Service recovery* bukan hanya sekedar penanganan dari perusahaan atau organisasi, melainkan interaksi secara langsung yang dilakukan penyedia layanan dengan pelanggan, karena *service recovery* ini bertujuan yaitu bagaimana cara penyedia jasa memberikan kepuasan kepada pelanggan atas jasa yang telah diberikan (Lupiyoadi, 2013). Melakukan pemulihan layanan merupakan cara yang paling penting dalam menciptakan kepuasan untuk pelanggan dan juga sebagai bukti dari penyedia jasa, bahwa penyedia jasa tersebut telah berkomitmen akan memberikan kepuasan dan meningkatkan kualitas pelayanan pada pelanggan.

Dari latar belakang yang telah dibahas di atas, maka penulis tertarik untuk membuat Tugas Akhir dengan judul “Penerapan Saluran Informasi dan Penanganan

Pengaduan (SIPP) sebagai *Service Recovery* pada Peserta BPJS Kesehatan Cabang Padang”.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah yang akan dibahas pada tugas akhir ini adalah:

Bagaiman penerapan saluran informasi dan penanganan pengaduan (SIPP) Sebagai *service recovery* pada peserta BPJS kesehatan Cabang Padang?

1.3 Tujuan Magang

Untuk mengetahui penerapan Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP) sebagai *service recovery* pada peserta BPJS kesehatan Cabang Padang.

1.4 Manfaat Magang

Manfaat magang ini terbagi dua, yaitu manfaat teoritis dan praktis:

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari magang ini diharapkan dapat memperluas wawasan dan menambah ilmu pengetahuan pembaca tentang Penerapan Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan (SIPP) sebagai *Service Recovery* pada Peserta BPJS Cabang Padang.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, hasil dari magang ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi perusahaan untuk mempermudah peserta dalam mendapatkan informasi dan penanganan pengaduan melalui aplikasi SIPP sebagai *service recovery*.

1.5 Tempat dan Waktu Magang

Waktu dan tempat magang dilaksanakan di BPJS Kesehatan Cabang Padang, dengan waktu 40 hari kerja (2 bulan) terhitung mulai dari tanggal 18 Maret 2019 sampai 15 Mei 2019.

1.6 Metode Magang

1. Metode Partisipasi

Yaitu penulis secara langsung ikut terlibat dalam kegiatan pelayanan di unit pelayanan peserta di kantor BPJS kesehatan Cabang Padang. Untuk mendapatkan informasi mengenai objek yang diteliti, maka penulis melakukan pengamatan dan pencatatan secara sistematis tentang objek yang diteliti tersebut.

2. Metode Observasi

Yaitu untuk mendapatkan informasi mengenai objek yang diteliti, penulis mencatat dan mengumpulkan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung sesuai kondisi yang ada di kantor BPJS kesehatan Cabang Padang.

3. Wawancara

Yaitu penulis melakukan wawancara dengan salah satu karyawan dibagian Unit Penanganan Penagaduan Peserta (UP3) untuk mendapatkan informasi-informasi mengenai objek yang sedang diteliti.

1.7 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penyusunan tugas akhir ini adalah:

BAB I: PENDAHULUAN

Dalam bab ini membahas beberapa unsur yang terdiri dari, Latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, tempat dan waktu magang, sistematika penulisan.

BAB II: LANDASAN TEORI

Dalam bab ini diuraikan berbagai teori-teori penelitian yang relevan dengan judul.

BAB III: GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

Dalam bab ini membahas mengenai gambaran umum perusahaan tentang sejarah perusahaan, visi misi perusahaan, struktur organisasi, serta aktivitas-aktivitas yang ada dalam BPJS kesehatan Cabang Padang.

BAB IV: PEMBAHASAN

Dalam bab ini menguraikan tentang penerapan saluran informasi dan penanganan pengaduan (SIPP) sebagai *service recovery* pada peserta BPJS kesehatan Cabang Padang.

BAB V: PENUTUP

Pada bab ini akan membuat kesimpulan dan saran yang ditujukan kepada pihak yang berkepentingan dan berkelanjutan yang dilanjutkan dengan bagian akhir penelitian yaitu daftar rujukan.