

ANALISIS PELAKSANAAN PENANGANAN KELUHAN PELANGGAN DAN PELAYANAN INFORMASI DI BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG SEMARANG

Diah Eka Novitasari, Septo Pawelas Arso, Eka Yunila Fatmasari

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan,
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro

Email : diaheka.novitasari@yahoo.com

Abstract :

BPJS Kesehatan has a target in 2019 that is to cover all Indonesians, there are some problems with increasing health services, one of them is an increase in complaints in BPJS Kesehatan branch office Semarang. The objective of this study is to analyze the implementation of customer complaints handling and information services in BPJS Kesehatan branch office Semarang. The type of research is qualitative research with descriptive approach through observational method and a survey was conducted for participants as an output amplifier for the implementation of customer complaint handling. Key informants included front liner staff, participant complaint handling staff, front liner supervisors and triangulation informants including Head of KPP, Head of USDMKP, 5 Participants, and research respondents totaling 85 participants. The results showed on certain days participant complaint handling staff serving the participants exceed the workload (1:30), training from the center only followed by jobholders, counters 11 and 12 are still in the grievance room while laying service counters had to be parallel to other counters, promoting mobile JKN still not optimal, participant complaint handling staff sometimes forget to ask participants to fill out of CSTI (Customer Satisfaction Index). Output of the implementation of customer complaints handling in BPJS Kesehatan branch office Semarang has been objective, responsive, coordinative, effective and efficient, accountable and transparent in accordance with the results of a survey conducted to participants. The suggestion is adding participant complaint handling staff in the office for certain days, optimization of Mobile JKN Ambassador, making warning alarm set during customer complaints handling services and posting information at the door of the complaint room regarding the obligation to bring supporting evidence to participants.

Keywords : BPJS Kesehatan, complaints handling, information services

PENDAHULUAN

UU No.40 Tahun 2004 menjelaskan tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang di dalamnya menetapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai salah satu program jaminan sosial dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. UU SJSN membentuk dua organ yang bertanggungjawab dalam

penyelenggaraan program jaminan sosial nasional, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).⁽¹⁾ Pada 1 Januari 2014 Pemerintah resmi mengoperasikan BPJS Kesehatan atas perintah UU BPJS. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang memiliki target dimana pada tahun 2019 seluruh

penduduk Indonesia harus menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Di tahun 2017 terjadi perubahan struktur organisasi BPJS Kesehatan dimana dalam peraturan terbarunya yaitu Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 10 Tahun 2017 Tentang Struktur Organisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017 terdapat Bidang Kepesertaan dan Pelayanan banyaknya peserta BPJS Kesehatan menurut Kabupaten/Kota di Jawa Tengah Juni 2014, kota Semarang memiliki jumlah peserta PBI sebanyak 270.096 jiwa dan peserta Non PBI yang terdiri dari peserta PPU sebanyak 322.249 jiwa, peserta PBPJ sebanyak 56.635 jiwa dan peserta Bukan Pekerja sebanyak 68.032 jiwa. Dapat dilihat bahwa peserta PPU (Pekerja Penerima Upah) memiliki jumlah peserta BPJS Kesehatan terbanyak di Kota Semarang.

Dari Laporan Data Penangan Keluhan Peserta BPJS Kesehatan Cabang Semarang Tahun 2017 Semester 2 (bulan Juli-Desember) Tahun 2017 terdapat 737 keluhan yang terdata oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang. Keluhan tersebut terdiri dari keluhan tatap muka (tertulis) sebanyak 90,5% (667 keluhan), keluhan melalui mobile sebanyak 8,28% (61 keluhan), keluhan melalui website sebanyak 0,95% (7 keluhan), keluhan telepon sebanyak 0,14% (1 keluhan), dan keluhan yang disampaikan melalui selain yang disampaikan di atas sebanyak 0,14% (1 keluhan). Sedangkan untuk Laporan Data Penangan Keluhan Peserta BPJS Kesehatan Cabang Semarang Tahun 2018 (bulan Januari- Februari) di dapatkan data keluhan sebanyak 706 kasus. Keluhan tersebut terdiri dari keluhan tatap muka (tertulis) sebanyak 72,38% (511 keluhan), keluhan

Peserta.⁽²⁾ Dengan adanya bidang tersebut maka banyaknya pengaduan keluhan peserta dan masyarakat sangat mempengaruhi mutu maupun kualitas dari kinerja BPJS Kesehatan, selain itu tingkat kepuasan peserta terhadap pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dapat diukur berdasarkan banyaknya pengaduan keluhan peserta.

Menurut data BPJS Kesehatan Divisi Regional VI, Jawa Tengah tentang keluhan melalui mobile sebanyak 26,49% (187 keluhan), keluhan melalui website sebanyak 0,42% (3 keluhan), dan keluhan yang disampaikan melalui telepon sebanyak 0,71% (5 keluhan).

Dari data keluhan diatas dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan jumlah keluhan, dibuktikan dengan data bulan Juli-Desember tahun 2017 sebanyak 737 keluhan ($\bar{x} = 123$ keluhan/bulan) dan data bulan Januari-Februari tahun 2018 sebanyak 706 keluhan ($\bar{x} = 353$ keluhan/bulan). Keluhan yang paling banyak diterima oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang (Januari-Februari 2018) adalah keluhan iuran BPJS Program JKN-KIS dengan jumlah 65,01% (459 keluhan), keluhan pelayanan administrasi sebanyak 26,91% (190 keluhan), keluhan pelayanan kesehatan sebanyak 7,08% (50 keluhan) dan keluhan pelayanan obat sebanyak 0,99% (7 keluhan). Keluhan iuran BPJS Program JKN-KIS menjadi keluhan terbanyak dikarenakan adanya perubahan kebijakan pembayaran dari *open payment* menuju *close payment* untuk peserta PPU yang berlaku pada bulan Februari 2018.

BPJS Kesehatan sebenarnya sudah melakukan beberapa usaha untuk meningkatkan kepuasan peserta terhadap pelayanan BPJS Kesehatan diantaranya BPJS Kesehatan melakukan monitoring dan evaluasi

penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan dengan membentuk Tim Monev Penyelenggaraan JKN minimal 2 kali dalam setahun atau setiap 6 bulan, BPJS Kesehatan berinovasi dengan memberikan berbagai fasilitas untuk mempermudah akses Peserta JKN-KIS dalam menjangkau pelayanan antara lain dengan adanya Pelayanan Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) di rumah sakit, *Care Center* BPJS Kesehatan 1500400, Aplikasi Mobile JKN yang di dalamnya terdapat menu pendaftaran peserta baru dan keluarga tambahan, pendaftaran pengguna Mobile JKN, dan lain-lain. Dengan berbagai usaha yang telah dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang ternyata masih belum dimanfaatkan secara optimal oleh peserta dan ditemukan adanya peningkatan keluhan peserta BPJS Kesehatan berdasarkan data keluhan yang diterima oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang.

Berdasarkan studi pendahuluan ditemukan bahwa rata-rata jumlah keluhan peserta yang masuk di BPJS Kesehatan Cabang Semarang meningkat dan kemudahan-kemudahan aplikasi yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan belum dimanfaatkan secara optimal oleh peserta. Semakin banyaknya pengaduan keluhan peserta dapat menunjukkan bahwa masyarakat tidak merasa puas atas pelayanan yang mereka terima baik dari masalah administrasi, medis maupun non medis meliputi keluhan iuran BPJS Program JKN-KIS, keluhan pelayanan administrasi, dan keluhan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang?

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui metode observasional dan dilakukan survei kepada peserta sebagai penguat *output* pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan di BPJS Kesehatan Cabang Semarang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni s.d Juli 2018 di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang. Informan penelitian ditentukan secara *non probability sampling* menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan utama meliputi staf front liner, staf penanganan pengaduan peserta, supervisor front liner dan informan triangulasi meliputi Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, Kepala Bidang Umum, SDM dan Komunikasi Publik, 5 Peserta, serta responden penelitian yang berjumlah 85 peserta dari hasil perhitungan sampel estimasi proporsi Levy & Lameshow.

Variabel penelitian adalah input, proses, dan output. Input terdiri dari *man, money, material, method*. Proses terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Dan output yang dilihat dari terselenggaranya penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan prinsip penanganan keluhan yaitu objektif, responsif, koordinatif, efektif dan efisien, akuntabel serta transparan. Instrumen penelitian menggunakan pedoman observasi, pedoman wawancara menggunakan jenis pertanyaan *open ended question*, kamera, lembar observasi, alat perekam, buku dan alat tulis serta lembar kuesioner. Pengumpulan data didapatkan dari hasil observasi dengan pedoman observasi dan hasil wawancara mendalam pada informan penelitian, studi pustaka, serta hasil kuesioner dari survei peserta tentang *output* pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan. Analisis data dalam

penelitian kualitatif meliputi pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Sedangkan untuk survei penelitian pengolahan data yang diperlukan adalah *editing*, *coding*, *entry* dan *tabulating*. Untuk analisis data menggunakan analisis univariat yang digunakan untuk mengetahui gambaran atau deskripsi dari masing-masing variable penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input

Unsur-unsur yang mempengaruhi variabel masukan (*input*) menurut unsur dasar manajemen yang digunakan dalam pekerjaan manajemen yang tidak bersifat mencari keuntungan dikenal dengan 4M yaitu *man*, *material*, *money* dan *method*, antara lain.⁽³⁾

1. Petugas di Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta (*man*)

Staf front liner terdiri dari staf administrasi kepesertaan (*back office*), staf front liner, dan staf penanganan pengaduan peserta. Staf front liner memiliki tugas memberikan informasi (langsung dan tidak langsung) dan pelayanan kepada peserta yaitu pelayanan cepat (*Fast Track*), pelayanan perubahan data dan cetak kartu, dan pelayanan korporasi. Sedangkan untuk staf penanganan pengaduan peserta bertugas memberikan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan (*soft complain* dan *hard complain*). Staf front liner diawasi oleh supervisor front liner.

Dalam menentukan jumlah staf, BPJS Kesehatan Cabang Semarang menggunakan perhitungan analisis beban kerja, merupakan suatu teknik manajemen yang dilakukan secara sistematis untuk memperoleh

informasi mengenai tingkat efektivitas dan efisiensi kerja organisasi berdasarkan volume kerja. Efektivitas dan efisiensi kerja adalah perbandingan antara bobot/beban kerja dengan jam kerja efektif dalam rangka penyelesaian tugas dan fungsi organisasi.⁽⁴⁾ Diterapkan sistem perbandingan antara staf dengan peserta yaitu untuk pelayanan penanganan pengaduan peserta 1:30 dan dalam sehari kisaran 60-80 peserta. Sedangkan pelayanan peserta lainnya 1:70 dan dalam sehari dapat melayani 500 peserta. Pada hari tertentu, jumlah peserta yang datang untuk mendapatkan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan, mencapai 100 orang/hari sedangkan staf penanganan pengaduan peserta yang ada di kantor hanya 2 staf sehingga melebihi beban kerja yang ditetapkan.

Keterampilan yang perlu dimiliki oleh seluruh staf Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta adalah pelayanan prima, *communication skill*, mengendalikan diri (emosi), *product knowledge* (mengetahui produk yang dijual dan kesesuaian dengan SOP) dan *handling solution*. Terkait pelatihan yang diberikan kepada staf, BPJS Kesehatan memberikan pelatihan mengenai pelayanan prima, sedangkan untuk aktivitas setiap harinya dilakukan *briefing* sebelum jam pelayanan dibuka. Namun untuk pelatihan hanya diikuti oleh pegawai tetap sedangkan PTT hanya *sharing*, pembekalan dan pendampingan oleh bidang terkait.

Penelitian serupa yang dilakukan oleh Cahya Belinda (2016) menjelaskan bahwa

pendidikan dan pelatihan kepada petugas seperti pelayanan prima diberikan oleh BPJS Kesehatan secara berkala 1 tahun sekali yang diberikan kepada petugas secara bergantian.⁽⁵⁾

2. **Modal yang digunakan dalam pemberian informasi dan penanganan keluhan pelanggan (money)**

BPJS Kesehatan Cabang Semarang mendapatkan anggaran atau biaya operasional dari pusat terkait dengan pemberian informasi baik secara langsung (sosialisasi) maupun tidak langsung (media cetak dan media elektronik) sedangkan untuk penanganan pengaduan peserta tidak ada anggaran khusus yang digunakan karena tidak membutuhkan biaya operasional. Anggaran yang diberikan sesuai dengan RKA (Rencana Kerja Anggaran) yang diajukan. Untuk usulan RKA sistemnya berjenjang. Kantor Cabang mengusulkan RKA ke Deputian wilayah dan selanjutnya diberikan ke pusat. Apabila pusat menyetujui RKA tersebut maka anggaran tersebut akan diturunkan ke kantor cabang melalui Deputian wilayah. Anggaran yang diberikan oleh pusat dirasa cukup. Anggaran diolah sefleksibel mungkin, apabila ada salah satu kegiatan yang anggarannya masih kurang maka ditutup dengan anggaran kegiatan lainnya yang dirasa lebih.

3. **Sarana prasarana yang digunakan dalam pemberian informasi dan penanganan keluhan pelanggan (material)**

Sarana prasarana yang mendukung dalam pelayanan peserta meliputi komputer, alat tulis, mesin antrian, ruang pengaduan, tablet/supel (suara

pelanggan), *reminder kit*, *lift*, leaflet, poster, banner, koran, petunjuk arah, mesin antrian, wifi, kursi tunggu, kursi prioritas, AC, kamar mandi, televisi, dan ruang laktasi.

Dari hasil penelitian dan observasi, secara keseluruhan sarana prasarana yang disediakan oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang sudah layak dan memadai. Apabila terjadi kerusakan sarana prasarana maka dapat melaporkan ke bagian umum, karena staf umum bertugas dalam persediaan, pemeliharaan aset, penghapusan, dan menerima laporan kerusakan fasilitas dari bidang terkait.

Aplikasi-aplikasi yang dapat dimanfaatkan oleh peserta meliputi mobile JKN dan *care center* 1500400. Sedangkan untuk badan usaha dapat menggunakan website new edabu. Aplikasi mobile JKN menjadi terobosan baru BPJS Kesehatan karena aplikasi tersebut dapat mempermudah akses peserta namun masih banyak yang belum memanfaatkan aplikasi tersebut.

4. **Metode/ SOP yang digunakan dalam pemberian informasi dan penanganan keluhan pelanggan (method)**

Secara keseluruhan metode yang digunakan oleh staf BPJS Kesehatan Cabang Semarang dalam memberikan pelayanan peserta sama, yaitu sesuai dengan kode etik dan pelayanan prima BPJS Kesehatan. Namun ada beberapa metode yang harus diterapkan untuk masing-masing staf, untuk staf front liner metode yang diterapkan yaitu tatap muka, mendengar dengan baik, menggali kebutuhan/ informasi peserta dan memberi solusi dengan empati, sedangkan untuk staf penanganan

pengaduan peserta metode yang penting diterapkan yaitu mendengarkan, memberikan rasa empati, memberikan solusi, dan meminta maaf baik pihak BPJS Kesehatan benar maupun salah.

Standar sikap yang digunakan oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang diatur dalam 8 pedoman umum berinteraksi yaitu SEMATA (Senyum, Empti, Kontak mata), sambut dengan berdiri, mengucapkan salam, sikap duduk tegak, fokus, hindari *killer words*, memberikan solusi dengan cepat, ucapan terima kasih dan nama.⁽⁶⁾ Namun untuk penyambutan berdiri oleh staf front liner tidak diberlakukan, hal tersebut boleh dilakukan apabila saat menggunakan mesin antrian trouble dan setelah peserta dipanggil dua kali tidak ada respon, maka staf diperbolehkan berdiri.

Proses

Unsur-unsur yang mempengaruhi variabel proses menurut George R. Terry dalam teori fungsi administrasi unsur proses dikenal dengan POAC yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan, antara lain.⁽³⁾

1. Perencanaan

Strategi yang digunakan BPJS Kesehatan Cabang Semarang sebelum jam pelayanan peserta dibuka yaitu melakukan *briefing* pagi untuk mempersiapkan kebutuhan pendukung pelayanan peserta seperti sarana prasarana, jaringan, form, selain itu juga mempersiapkan *knowledge*, *communication skill* dan *handling solution* setiap staf.

BPJS Kesehatan melakukan kerjasama dengan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil) untuk

mempermudah pendataan peserta dan melalui aplikasi mobile JKN semua data peserta dapat terpantau karena setiap transaksi, data-data, dan aktivitas peserta terlihat melalui aplikasi tersebut. Pihak yang bertanggungjawab atas pemberian informasi adalah seluruh staf BPJS Kesehatan baik kepala cabang, kepala bidang, staf, maupun PTT (Pegawai Tidak Tetap) yang disebut dengan Duta BPJS Kesehatan.

2. Pengorganisasian

Dalam mekanisme pemberian informasi dan penanganan pengaduan peserta, dibagi menjadi dua jenis keluhan yaitu keluhan yang bersifat ringan (*soft complain*) dan keluhan yang bersifat berat (*hard complain*).

Penanganan *soft complain* dapat diselesaikan dengan cara peserta masuk ke ruang pengaduan untuk menyampaikan keluhan, setelah itu staf penanganan pengaduan peserta akan mengidentifikasi keluhan peserta dan memberikan solusi dari keluhan tersebut baik dengan atau tanpa bantuan staf Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta lainnya. Hal serupa disampaikan dalam penelitian Nurul Afriani (2012) bahwa dalam mengidentifikasi keluhan, petugas menggali data dan informasi yang lengkap dengan melakukan koordinasi ke satuan kerja terkait agar dapat diketahui penyebab dari keluhan tersebut dan dapat dicarikan solusi secara tepat.⁽⁷⁾

Sedangkan untuk *hard complain*, staf penanganan pengaduan peserta meminta peserta menunggu beberapa menit untuk menemui staf bidang yang sama atau staf bidang lain, peserta juga dapat menemui sendiri staf bidang

lain dengan arahan dari staf pengaduan.

Supervisor front liner menambahkan bahwa untuk permasalahan yang tidak bisa diselesaikan oleh staf front liner maka staf front liner meminta bantuan kepada staf front liner lainnya, apabila masih belum terselesaikan masuk ke ruang pengaduan, jika masih belum terselesaikan juga maka dapat dikonsultasikan ke supervisor front liner, dan terakhir apabila masih belum terselesaikan bisa meminta bantuan kepala bidang.

3. Pelaksanaan

Alur pelaksanaan pelayanan peserta bisa secara langsung maupun tidak langsung. Pelayanan secara langsung yaitu peserta datang ke kantor lalu mengambil no antrian yang dibantu oleh security sesuai dengan keperluan peserta, setelah mendapatkan no antrian peserta menunggu di ruang tunggu sampai no antrian peserta dipanggil, dan kemudian menuju ke loket pelayanan. Sedangkan pelayanan peserta tidak langsung dapat menghubungi *care center* 1500400, melalui mobile JKN dan SIPP. Keluhan yang masuk hari itu sebisa mungkin dijawab oleh staf penanganan pengaduan peserta hari itu juga.

Dalam memberikan pelayanan harus selalu bersikap sesuai pedoman umum berinteraksi, yang meliputi SEMATA (Senyum, Emapti, Kontak mata), mengucapkan salam, sikap duduk tegak, fokus, hindari *killer words*, memberikan solusi dengan cepat, ucapan terima kasih dan sebut nama.⁽⁶⁾ Apabila menemui kendala seperti peserta marah, maka staf harus tetap menjaga sikap terutama SEMATA, dan tidak

terbawa emosi serta harus tetap fokus dalam memberikan pelayanan.

Penanganan keluhan disesuaikan dengan dengan SLA (*Service Level Agreement*), yaitu kesepakatan batas minimum layanan yang akan diberikan BPJS Kesehatan bagi para peserta yang menyampaikan keluhan.⁽⁶⁾ Penanganan *soft complain* membutuhkan waktu pelayanan <15 menit. *Soft complain* meliputi aktivasi kartu, pembayaran dan administrasi. Sedangkan untuk *hard complain* membutuhkan waktu pelayanan >15 menit, contohnya keluhan tentang pelayanan rumah sakit. Apabila melebihi 15 menit maka peserta akan dibawa ke belakang (ruang bidang kepesertaan) agar tidak mengganggu antrian yang lain.

Waktu pelayanan dapat dilihat melalui aplikasi CSTI yang sangat membantu dalam mengukur tingkat kepuasan peserta dan melihat waktu pelayanan yang diberikan serta langsung terhubung ke pusat. Namun dari hasil observasi peneliti ditemukan bahwa staf penanganan pengaduan peserta kadang lupa untuk meminta peserta mengisi CSTI sehingga setelah mendapatkan pelayanan, peserta langsung meninggalkan ruangan tanpa memberikan penilaiannya.

4. Pengawasan

Pengawasan pelayanan peserta dilakukan oleh supervisor front liner, apabila supervisor front liner tidak bisa menangani permasalahan peserta maka akan langsung ditangani oleh Kepala Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta. Pengawasan juga bisa melalui group telegram (monitoring), melalui BPS (*Based*

Practice Sharing)/*role play* yang bertujuan agar *product knowledge* dapat terserap ke semua link.

Evaluasi yang dilakukan BPJS Kesehatan Cabang Semarang yaitu dengan mengirimkan laporan ke pusat terkait SMKPBK (Sistem Manajemen Kinerja Pegawai Berbasis Kompetensi) atau *checklist* ke kantor pusat mengenai *case by case* yang terjadi di loket agar tidak terjadi masalah berulang, waktu penyelesaian masalah, *communication skill* secara personal. Dari pusat akan memberikan *feedback* terkait dengan data-data atau keluhan yang terbaca di SIPP mengenai tren tertinggi keluhan, tren tertinggi informasi, serta dari pusat memberikan solusi dari data tersebut. Selain itu ada juga evaluasi dari pusat berupa *mystery guest* yang dilakukan dua kali dalam setahun sekitar akhir Maret atau awal April dan September, yaitu dengan menyamar menjadi peserta, bertugas untuk menilai standar, SLA dan kesesuaian SOP. Setelah itu hasilnya akan dikirimkan dan dinilai oleh pusat. BPJS Kesehatan Cabang Semarang juga melakukan evaluasi yang dilakukan oleh supervisor dalam bentuk *role play* minimal seminggu sekali.

Output

Unsur-unsur yang mempengaruhi variabel keluaran (*ouput*) sesuai dengan prinsip penanganan keluhan yang terdiri dari objektif, responsif, koordinatif, efektif dan efisien, akuntabel, serta transparan. Berikut deskripsi variabel *output* terkait pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan di BPJS Kesehatan Cabang Semarang.

1. Objektif

Menurut SNI ISO (2009), yang dimaksud objektivitas adalah setiap keluhan sebaiknya ditangani secara adil, objektif dan tidak bias dengan prosedur yang jelas sesuai proses penanganan keluhan.⁽⁸⁾

PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, menjelaskan bahwa penanganan keluhan yang objektif adalah penanganan keluhan masyarakat harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.⁽⁹⁾

Peserta dalam menyampaikan pengaduan ke BPJS Kesehatan Cabang Semarang dianjurkan untuk membawa bukti pendukung. Selanjutnya bukti pendukung akan dicek oleh petugas melalui mobile JKN. Bukti pendukung dapat diminta oleh staf atau dikembalikan lagi ke peserta. Penanganan keluhan dikatakan objektif apabila penanganan keluhan sesuai dengan kondisi yang ada dan sesuai dengan aturan atau seimbang antara hak dan kewajiban peserta serta tidak melanggar aturan yang berlaku.

Dari 85 responden penelitian ditemukan bahwa pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan di BPJS Kesehatan Cabang Semarang sudah objektif sebesar 96,5% dan sisanya 3,5% menyatakan belum objektif. Hal ini terjadi karena 3 responden penelitian (3,5%) tidak membawa bukti pendukung sehingga keluhan peserta sulit diproses dan kevalidan data peserta juga diragukan.

2. Responsif

PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan

Program Jaminan Kesehatan Nasional, Pelaksanaan penanganan keluhan yang responsif adalah setiap pengaduan dan permasalahan perlu/ditanggapi secara cepat dan tepat.⁽⁹⁾ Penanganan keluhan yang dilakukan oleh staf penanganan pengaduan termasuk cepat dan tepat sasaran. Rata-rata penanganan keluhan peserta kurang lebih 10 menit dan solusi yang diberikan kepada peserta sudah tepat sasaran atau sesuai dengan kebutuhan peserta.

Dari 85 responden penelitian ditemukan 2 responden penelitian (2,4%) yang merasa bahwa solusi yang diberikan tidak sesuai dengan keluhan yang disampaikan peserta. Hal ini didasari karena peserta BPJS Kesehatan masih belum paham mengenai prosedur pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan Cabang Semarang sehingga menimbulkan kesalahpahaman informasi peserta. Namun secara prosedur atau dari sudut pandang BPJS Kesehatan, solusi yang diberikan sudah sesuai dengan aturan yang berlaku bukan sesuai dengan keinginan peserta.

3. Koordinatif

PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang dimaksud koordinatif adalah penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan dengan kerjasama yang baik di antara pejabat yang berwenang dan terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.⁽⁹⁾

Tata kerja dalam pelaksanaan penanganan keluhan peserta BPJS Kesehatan yaitu *soft complain* dapat diselesaikan dengan cara peserta masuk ke ruang pengaduan untuk menyampaikan keluhan, staf penanganan pengaduan peserta akan mengidentifikasi keluhan tersebut, segera memberikan solusi atas keluhan tersebut dengan atau tanpa meminta bantuan dari staf Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta lainnya. Sedangkan untuk *hard complain*, staf penanganan pengaduan peserta meminta peserta menunggu beberapa menit untuk menemui staf bidang lain atau peserta dapat menemui sendiri staf bidang lain dengan arahan dari staf penanganan pengaduan peserta.

Hasil observasi dan penelitian ditemukan bahwa penanganan keluhan yang dilakukan oleh staf penanganan pengaduan sudah koordinatif, namun koordinasi yang dilakukan oleh staf penanganan pengaduan peserta hanya sebatas koordinasi dengan staf Bidang Kepesertaan dan Pelayanan Peserta karena semua keluhan yang disampaikan oleh responden penelitian bersifat *soft complain* sehingga penanganan keluhan terhitung cepat dan tidak melibatkan banyak pihak serta dapat tertangani di ruang pengaduan peserta.

4. Efektif dan Efisien

Menurut dimensi mutu layanan kesehatan, dimensi efektivitas adalah kemampuan layanan kesehatan mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit dan perkembangan penyakit merupakan persyaratan bahwa layanan kesehatan tersebut

efektif. Efektivitas layanan kesehatan bergantung pada standar layanan kesehatan yang digunakan secara konsisten, tepat, dan disesuaikan dengan lingkungan atau wilayah layanan kesehatan tersebut.⁽¹⁰⁾

Sedangkan dimensi efisiensi adalah efisiensi layanan kesehatan berkaitan dengan sumber daya kesehatan yang tersedia. Layanan kesehatan yang efisien dapat melayani lebih banyak pasien atau masyarakat dengan memanfaatkan sumber daya kesehatan yang ada walaupun jumlahnya terbatas.⁽¹⁰⁾

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti ditemukan bahwa penanganan keluhan peserta sudah efektif, keluhan peserta di BPJS Kesehatan Cabang Semarang dapat diselesaikan dengan cepat, solusi yang diberikan sesuai kebutuhan peserta atau sesuai dengan hak dan kewajiban peserta, solusi dapat dipahami dan diterima oleh peserta serta peserta merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh staf penanganan pengaduan peserta.

Ditinjau dari efisien, pelaksanaan penanganan keluhan sudah efisien. Pelaksanaan penanganan keluhan peserta tidak membutuhkan biaya, memaksimalkan staf penanganan pengaduan peserta yang ada di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang yang berjumlah 2 staf yang dirasa jumlahnya sudah cukup, namun jika dilihat dari beban kerja yang ditetapkan, pada hari-hari tertentu staf penanganan pengaduan peserta melayani peserta melebihi kapasitas yang ditentukan.

Dari 85 responden, ditemukan 2 responden penelitian (2,4%)

yang merasa bahwa solusi yang diberikan tidak tepat sasaran atau tidak bisa diterima oleh peserta dan peserta merasa tidak mendapatkan jalan keluar atas keluhan yang disampaikan.

5. Akuntabel

SNI ISO (2009) menjelaskan dalam prinsip-prinsip panduan penanganan keluhan, salah satunya adalah akuntabilitas dimana organisasi sebaiknya memastikan bahwa akuntabilitas terhadap tindakan dan keputusan organisasi beserta pelaporannya yang berkenan dengan penanganan keluhan ditetapkan dengan jelas.⁽⁸⁾

Berdasarkan PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang dimaksud akuntabel adalah penanganan keluhan masyarakat dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur yang berlaku.⁽⁹⁾

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti ditemukan bahwa dalam pelaksanaan penanganan keluhan peserta, setiap aktivitas atau kegiatan staf penanganan pengaduan peserta dapat dipertanggungjawabkan atau seseuai dengan aturan yang berlaku.

Dari 85 responden penelitian ditemukan bahwa 100% responden menilai bahwa pelaksanaan penanganan keluhan peserta di BPJS Kesehatan Cabang Semarang sudah akuntabel atau dapat dipertanggungjawabkan, dikarenakan semua responden menyatakan bahwa pelayanan yang diberikan oleh staf

penanganan pengaduan peserta sudah sesuai standar dan dapat dipastikan kebenarannya.

6. Transparan

PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang dimaksud transparan adalah penanganan keluhan masyarakat dilakukan berdasarkan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka, sehingga masyarakat yang berkepentingan dapat mengetahui perkembangan tindak lanjutnya.⁽⁹⁾

Pelaporan pengaduan keluhan peserta dilakukan melalui SIPP yang langsung terhubung ke pusat dan nantinya pusat akan memberikan *feedback* atas laporan tersebut. Peserta dapat melihat ataupun memantau setiap perubahan data yang merupakan tindak lanjut penanganan keluhan melalui mobile JKN karena secara otomatis perubahan data tersebut langsung terhubung ke mobile JKN. Aplikasi mobile JKN ini dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat, hal ini sesuai dengan teori dimensi mutu layanan kesehatan tepatnya dimensi keterjangkauan atau akses terhadap layanan kesehatan dimana layanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa.

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti ditemukan bahwa penanganan keluhan yang dilakukan oleh staf penanganan pengaduan peserta sudah transparan, setiap staf penanganan pengaduan memberikan penjelasan atau informasi, selalu membukakan data-data peserta baik melalui data di komputer atau mobile JKN

dan apabila ada perubahan data maupun pelaporan, hasilnya dapat dipantau peserta BPJS Kesehatan melalui mobile JKN, sehingga akses peserta lebih mudah.

Dari 85 responden penelitian ditemukan bahwa pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan di BPJS Kesehatan Cabang Semarang sudah transparan sebesar 80% dan sisanya 20% menyatakan belum transparan. Hal ini terjadi karena 17 responden (20%) belum memanfaatkan aplikasi mobile JKN yang menampilkan informasi atau data-data peserta sehingga responden merasa bahwa data-data peserta tidak dapat diakses oleh peserta. Secara keseluruhan pelaksanaan penanganan keluhan peserta sudah transparan (jelas dan terbuka), staf penanganan pengaduan peserta selalu memberikan penjelasan yang jelas, konkrit atau sesuai data-data peserta dan tidak ada yang ditutup-tutupi dari peserta.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan observasi mengenai pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan pelayanan informasi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang, didapatkan kesimpulan dari variabel input yaitu pada hari tertentu staf penanganan pengaduan melayani peserta melebihi beban kerja yang ditetapkan (1:30) dan pelatihan dari pusat hanya diberikan untuk pegawai tetap, terdapat anggaran operasional dari pusat sesuai dengan RKA yang diajukan, sarana prasarana sudah lengkap dan layak digunakan, namun penempatan loket belum sesuai

dengan peraturan yang berlaku. Aplikasi mobile JKN sedang gencar dipromosikan namun masih banyak peserta yang belum menggunakan mobile JKN, staf memberikan pelayanan sesuai dengan SOP dan pedoman pelayanan prima.

Sedangkan dari variabel proses yaitu melakukan kerjasama dengan Dukcapil dalam memastikan kevalidan data peserta dan melakukan *briefing* yang dipimpin oleh kepala cabang sebelum jam pelayanan dibuka, pengorganisasian dilakukan dengan meminta bantuan staf front liner lainnya, supervisor, kepala bidang dan bidang lainnya apabila ada permasalahan peserta yang tidak bisa ditangani, sikap staf sudah baik dalam memberikan pelayanan, namun masih ditemukan staf penanganan pengaduan peserta yang lupa untuk meminta peserta mengisi CSTI dan pengawasan internal dilakukan oleh supervisor front liner dalam bentuk *roleplay* setiap seminggu sekali. Evaluasi dari pusat (*mystery guest*) dua kali dalam setahun dan penilaian *checklist* yang dikirimkan ke pusat.

Dari variabel output diketahui bahwa pelaksanaan penanganan keluhan peserta sudah objektif, responsif, koordinatif, efektif dan efisien, akuntabel serta transparan. Masih ditemukan peserta yang tidak membawa bukti pendukung saat menyampaikan keluhan, ditemukan peserta yang merasa solusi yang diberikan tidak tepat dan peserta tidak bisa menerima solusi tersebut dikarenakan kesalahpahaman informasi yang diterima peserta.

B. Saran

1. Bagi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang

a. Input

- 1) Penambahan staf penanganan pengaduan peserta di kantor pada hari tertentu dengan menghitung kembali analisis beban kerja.
- 2) Pengoptimalan Duta Mobile JKN dengan lebih aktif mempromosikan dan menyaring peserta BPJS Kesehatan agar menggunakan aplikasi mobile JKN.
- 3) Melakukan penataan ulang ruangan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang.

b. Proses

Membuat *warning alarm* yang *disetting* selama pelayanan penanganan pengaduan keluhan peserta dan sebagai pengingat agar staf tidak lupa meminta peserta untuk mengisi CSTI.

c. Output

- 1) Memasang informasi di pintu ruang pengaduan tentang kewajiban membawa bukti pendukung sebelum menuju loket 11 dan 12.
- 2) Membagikan buku saku kepada peserta yang dianggap perlu, berisikan informasi seputar BPJS Kesehatan.

2. Bagi Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil

Meningkatkan hubungan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Dukcapil dengan melakukan penambahan pencatatan penduduk terutama yang menjadi peserta BPJS Kesehatan dari segi fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan oleh peserta sehingga tidak hanya terbatas pada data administratif seperti nama, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, nomor KK, NIK dan alamat penduduk.

3. Bagi peneliti lain

Melakukan penelitian dengan tema yang sama di BPJS Kesehatan namun memfokuskan pada pelaksanaan penanganan *hard complain*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Indonesia; 2004.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Peraturan Direksi No.10 tentang Struktur Organisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan [Internet]. Indonesia; 2017 p. 1. Available from: <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/unduh/index/831>
3. Verawati BR. Gambaran Manajemen Pelatihan Tenaga Perawat di Bidang Keperawatan RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2008. Universitas Diponegoro; 2009.
4. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Pedoman Analisis Beban Kerja di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah. 2008.
5. Belinda C. Analisis Pelaksanaan Penanganan Keluhan Pelanggan dan Pelayanan Informasi oleh Petugas BPJS Kesehatan Kantor Cabang Boyolali. 2016;
6. BPJS Kesehatan. Pedoman Pelayanan Prima BPJS Kesehatan.
7. Afriani N. Analisis Penanganan Keluhan Pelanggan oleh Instalasi Pemasaran dan Humas Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Tahun 2012. Universitas Indonesia; 2012.
8. Badan Standarisasi Nasional. Manajemen mutu – Kepuasan pelanggan – Pedoman penanganan keluhan pada organisasi (SNI ISO 10002:2009). 2009.
9. Republik Indonesia. PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. 2014.
10. Pohan IS. Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan. Widyastuti P, editor. EGC; 2006.
11. BPJS Kesehatan. Kode Etik BPJS Kesehatan.
12. Aryani D, Rosinta F. Pengaruh Kualitas Layanan terhadap Kepuasan Pelanggan dalam Membentuk Loyalitas Pelanggan. Ilmu Adm dan Organ. 2010;29–30.
13. BPJS Kesehatan. Daftar JKN-KIS Kini Bisa Lewat Telepon [Internet]. 16 Mei 2017. 2017 [cited 2018 Aug 18]. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/456/Daftar-JKN-KIS-Kini-Bisa-Lewat-Telepon>