

# LAPORAN PENELITIAN

## EFEKTIFITAS PENANGANAN PENGADUAN PELAYANAN JKN DI FASILITAS KESEHATAN MITRA DAN KANTOR BPJS KESEHATAN



**PRAKARSA**  
JAWA TIMUR

"Membangun Representasi Politik Warga Dalam Kebijakan Publik"

Sekretariat: Tuwiri RT 01/V, Tambakrigadung, Kec. Tikung, Lamongan. Telp/fax : 0322 - 316519, Email: [prakarsa\\_la@yahoo.co.id](mailto:prakarsa_la@yahoo.co.id), Website: [www.prakarsa-jatim.com](http://www.prakarsa-jatim.com)



Policy Advocacy



Community Organizing



Research

November 2015

## **PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena limpahan rahmat-Nya Laporan Penelitian Efektifitas Penanganan Pengaduan Pelayanan JKN di fasilitas kesehatan mitra dan kantor BPJS Kesehatan yang dilaksanakan oleh Prakarsa Jawa Timur di 6 (enam) daerah yaitu Kota Solo, Kota Semarang, Kabupaten Sumedang, Kota Mojokerto, Kabupaten Jenepono dan Kabupaten Lamongan dapat diselesaikan dengan baik.

Tujuan dari laporan penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran mengenai efektifitas penanganan pengaduan pelayanan masyarakat yang diberikan oleh fasilitas kesehatan mitra BPJS dan kantor BPJS Kesehatan, tanggapan masyarakat terhadap penanganan pengaduan yang telah disampaikan, sistem penanganan pengaduan yang digunakan oleh fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan. Penelitian ini menyajikan beberapa hasil penelitian sesuai dengan tujuan, sasaran pelaksanaan, waktu dan tempat pelaksanaan penelitian, serta output yang dihasilkan dari pelaksanaan penelitian.

Laporan penelitian ini semoga dapat menjadi bahan evaluasi dan tolok ukur dalam pelaksanaan penanganan pengaduan dalam pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional. Sistematis, prosedur dan alur penanganan pengaduan terhadap pelayanan JKN ini menjadi salah satu indikator dari keberhasilan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional. Dari hasil penelitian ini, diharapkan adanya perbaikan dalam penanganan pengaduan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan mitra BPJS maupun pihak BPJS kesehatan sendiri. Rekomendasi dari hasil penelitian ini merupakan sebuah indikator dalam perbaikan penanganan pengaduan yang diharapkan menjadi pertimbangan kebijakan BPJS Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan.

Lamongan, November 2015

Penyusun

## DAFTAR ISI

Pengantar .....	i
Daftar Isi .....	ii
Daftar Tabel .....	iv
Daftar Grafik .....	v
Daftar Bagan .....	vi
Daftar Gambar .....	vii

### **BAB I : Pendahuluan**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4

### **BAB II : Kerangka Konseptual**

2.1 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan sebagai Hak Dasar Warga .....	6
2.2 Pelayanan Publik Kesehatan dan Partisipasi Masyarakat .....	8
2.3 Pengaduan Masyarakat Sebagai Umpan Balik Untuk Perbaikan Pelayanan .....	10
2.4 Mekanisme Penanganan Keluhan .....	11

### **BAB III : Metode Penelitian**

3.1 Desain Penelitian .....	14
3.2 Pengumpulan dan Analisis Data .....	15
3.3 Lokasi Penelitian .....	22
3.4 Peneliti dan Tahapan Kerja .....	23

## **BAB IV : Hasil Penelitian dan Pembahasan**

4.1	Sistem Penanganan Keluhan Di Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan	
4.1.1	Sistem Penanganan Keluhan Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama .....	27
4.1.2	Sistem Evaluasi Penanganan Keluhan di Rumah Sakit .....	31
4.2	Sistem, Sarana dan Petugas Penanganan Keluhan di Kantor BPJS Kesehatan	
4.2.1	Sistem dan Sarana Penanganan Keluhan di Kantor BPJS Kesehatan.....	33
4.2.2	Petugas Penanganan Keluhan di Fasilitas Kesehatan dan Kantor BPJS Kesehatan .....	39
4.2.3	Sistem Rekap dan Pelaporan Penanganan Keluhan .....	42
4.3	Penilaian Masyarakat Atas Pelayanan Program JKN .....	45
4.4	Penilaian dan Tanggapan Masyarakat Atas Tindak Lanjut Pengaduan dalam program JKN	
4.4.1	Penanganan keluhan oleh Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan .....	58
4.4.2	Pengetahuan Masyarakat tentang Mekanisme Pengaduan Dan Penanganan Keluhan Pelayanan .....	59
4.4.3	Upaya Faskes/Kantor BPJS kesehatan dalam mensosialisasikan mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan .....	61
4.4.4	Kepercayaan Terhadap Faskes .....	63
4.4.5	Saran Masyarakat Untuk Meningkatkan Efektifitas Penanganan Pengaduan .....	65
4.4.6	Peran Serta Masyarakat untuk meningkatkan efektifitas penanganan pengaduan .....	66

## **BAB V : PENUTUP**

5.1	Kesimpulan .....	68
5.2	Rekomendasi .....	70

## **Daftar Pustaka**

## **Lampiran-lampiran**

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Lokasi dan Pelaksanaan Lapangan .....	22
Tabel 3.2 Tahapan dan Alur Penelitian .....	26
Tabel 4.1 Komponen Sistem Penanganan Keluhan di Kantor BPJS-Kesehatan .....	33
Tabel 4.2 Keberadaan Petugas Khusus Penanganan Keluhan .....	41
Tabel 4.3 Sistem Rekap dan Pelaporan Penanganan Keluhan .....	45

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1 :Keluhan terhadap pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit .....	47
Grafik 2 : Keluhan masyarakat terhadap Pelayanan di BPJS .....	52
Grafik 3 : Keluhan Administratif yang disampaikan ke BPJS .....	54
Grafik 4 : Keluhan Medis yang disampaikan ke BPJS .....	56

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1 : Alur Pelayanan Permintaan Informasi Dan Penanganan Keluhan .....	35
Bagan2 : Bagan Penanganan Ke`luhan di Kantor Layanan Operasional Kabupaten Lamongan .....	39
Bagan 3 : Mekanisme Sistem Dan Prosedur Penanganan Pengaduan RSUD dr. Soegiri Lamongan .....	44

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : Wawancara Peneliti dengan Petugas Puskesmas di Jenepono .....	16
Gambar 2 : Kantor KLOK Kabupaten Jenepono .....	37
Gambar 3 : Mesin Antrian Kantor BPJS Kesehatan Sumedang dan Petugas Penanganan Pengaduan .....	40
Gambar 4 : Buku Register Penanganan Pengaduan Puskesmas Tanjungsari- Sumedang .....	43
Gambar 5 : FGD bersama warga pengguna BPJS di Kabupaten Sumedang .....	46



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan kebutuhan dan hak dasar rakyat yang wajib diberikan oleh pemerintah, hal ini seperti tertuang dalam UUD 1945 dan UU nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (JSN) dan Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dimana Pemerintah wajib memberikan jaminan kesehatan pada rakyat Indonesia dengan baik dan benar.

Melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) maka masyarakat akan terjamin dalam memperoleh pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap mulai di Faskes Tingkat Pertama sampai di Faskes Lanjutan, bahkan jika harus melakukan tindakan operasi sekalipun, masyarakat tidak dipungut biaya lagi. Dengan sistem gotong royong ini maka kualitas pelayanan kesehatan yang didapat setiap warga negara dapat lebih terjamin dan lebih berkualitas.

Berdasarkan data di website BPJS Kesehatan, per Desember 2014 jumlah peserta telah mencapai 132.833.559 peserta dengan melibatkan Fasilitas Kesehatan Puskesmas sebanyak 9783, Klinik Pratama 216 dan dokter praktek sebanyak 2823. Jika melihat jumlah peserta masih ada sekitar separuh jumlah penduduk yang belum mendaftarkan BPJS dari perkiraan jumlah penduduk Indonesia tahun 2015 sekitar 252.370.792 jiwa. Hal ini tentunya menjadi tantangan dan permasalahan sendiri bagi BPJS sebagai badan yang telah

ditetapkan pemerintah dalam mengelola pelayanan kesehatan sesuai UU nomor 24 Tahun 2011.

Memasuki tahun 2015 tentunya pelaksanaan BPJS Kesehatan sudah berjalan, banyak temuan-temuan atau permasalahan dalam penerapannya, bisa jadi ada yang sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan atau ada penyimpangan-penyimpangan dalam pelaksanaannya mulai dari pendaftaran sampai pelayanan di klinik dan Rumah Sakit.

Untuk memperbaiki kualitas pelayanan, maka diperlukan umpan balik dari masyarakat sebagai pengguna langsung pelayanan BPJS Kesehatan sebagai upaya perbaikan layanan. Berangkat dari permasalahan tersebut diperlukan sebuah survey untuk memotret atau menilai kondisi pelayanan BPJS Kesehatan yang terjadi di lapangan, mulai dari pendaftaran sampai dengan pelayanan di Rumah Sakit.

Sesuai amanat UU 25 tahun 2009, bahwa peran masyarakat telah dijamin dalam Undang-Undang ini dalam menyampaikan keluhan atas pelayanan publik yang diberikan penyelenggara pelayanan publik. Faktanya selama ini keluhan-keluhan yang disampaikan dari masyarakat tidak pernah mendapatkan respon dan umpan balik yang diharapkan. Hal ini disebabkan tidak adanya keseriusan pengelola BPJS Kesehatan dalam memberikan ruang dan membangun sistem penanganan keluhan masyarakat dengan baik. Dengan lemahnya sistem pengaduan masyarakat, maka hal ini akan berdampak pada layanan terhadap pengguna BPJS Kesehatan yang sering mendapat layanan kurang maksimal.

Penelitian ini berfokus pada upaya mengidentifikasi permasalahan penanganan pengaduan layanan JKN. Hal ini penting karena tanpa mekanisme

penanganan pengaduan yang baik dikhawatirkan akuntabilitas pelayanan di Fasilitas Kesehatan mitra BPJS Kesehatan menjadi rendah. Ditengarai bahwa masih belum optimalnya tingkat kepuasan peserta JKN salah satunya disebabkan oleh belum berfungsinya mekanisme penyampaian dan penanganan pengaduan peserta. Padahal sesuai Permenkes 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, maka apabila terjadi masalah antara Peserta dengan fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan maka Peserta dapat mengajukan pengaduan/keluhan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan bisa diteruskan ke kantor BPJS Kesehatan setempat, Tim Monev Kabupaten/Kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan selaku mediator).

Berangkat dari paparan di atas maka PRAKARSA Jawa Timur melakukan survey dan penguatan masyarakat dalam menyampaikan keluhan pelayanan BPJS di Faskes Mitra BPJS dan kantor BPJS yang bersinggungan langsung dengan peserta BPJS. Survey pada 6 daerah (Solo, Semarang, Sumedang, Mojokerto dan Jember) dalam kurun waktu Agustus-September 2015 dengan merujuk pada Permenkes 28 tahun 2015 dan KepmenPANRB 24 tahun 2014 dan UU 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang di atas, maka terumuskan beberapa point masalah terkait dengan penanganan pengaduan pelayanan JKN antara lain:

1. Bagaimana sistem penanganan pengaduan JKN di Kantor BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan?

2. Bagaimana efektifitas penanganan pengaduan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kantor BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan?
3. Bagaimana penilaian dan tanggapan masyarakat pengguna JKN dalam menyampaikan pengaduan program JKN di tingkat Fasilitas Kesehatan (Faskes) dan Kantor BPJS Kesehatan?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Memotret sistem penanganan pengaduan JKN di tingkat Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan.
2. Memotret efektifitas penanganan pengaduan JKN di tingkat Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan.
3. Mengetahui penilaian dan tanggapan masyarakat pengguna JKN dalam menyampaikan pengaduan program JKN di tingkat Fasilitas Kesehatan (Faskes) dan Kantor BPJS Kesehatan.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

Riset ini diperlukan untuk mengetahui sejauh mana BPJS Kesehatan dalam mengelola sistem pengaduan masyarakat selama ini. Hasil penelitian diperlukan untuk perbaikan pelayanan publik yang sedang berjalan dimana penyelenggara pelayanan publik menjalankan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Pelayanan (SP) sesuai peraturan yang ada. Secara rinci manfaat penelitian ini adalah;

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi gambaran mengenai penanganan keluhan masyarakat atas layanan JKN di tingkat Fasilitas Kesehatan (Faskes) dan Kantor BPJS.
2. Sebagai umpan balik mengenai seberapa besar kepuasan publik terhadap kinerja penanganan keluhan oleh BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan mitranya.
3. Sebagai informasi tambahan kepada pemerintah, khususnya beberapa kementerian terkait penyelenggaraan JKN dan BPJS Kesehatan dalam rangka merumuskan kebijakan pelayanan kesehatan .

## BAB II

### KERANGKA KONSEPTUAL

#### 2.1 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan sebagai Hak Dasar Warga

Sebagai salah satu sektor yang sangat vital dalam pelayanan publik, kebijakan di sektor kesehatan merupakan isu krusial dalam dinamika kebijakan publik. Apalagi pelayanan kesehatan sangat terkait dengan problem pembiayaan, dimana masih dipandang mahal oleh rata-rata masyarakat di Indonesia. Oleh karenanya masalah Kesehatan harus menjadi perhatian utama bagi pemerintah, disamping masalah alokasi anggaran maupun kualitas pelayanan yang harus ditingkatkan sesuai tingkat aspirasi atau kepuasan masyarakat.

Pada titik dimana tingkat pendidikan dan sumberdaya manusia Indonesia semakin meningkat, maka konsekuensinya adalah aspirasi pelayanan publik kesehatan juga semakin berkembang. Sebagai gugus utama pelayanan warga, badan-badan publik sebagai penyedia layanan kesehatan semakin harus menata berbagai sistem pelayanan. Sistem pelayanan mengacu pada kecepatan pelayanan, sistem komputerisasi, integralisasi semua jenis pelayanan, peralatan, sistem dan prosedur tindak lanjut keluhan ketidakpuasan layanan. Tentu tidak bisa diabaikan pula adalah efisiensi *overhead cost* pelayanan paling tidak meliputi efisiensi penggunaan anggaran terutama pada pengadaan barang dan jasa.

Penataan sistem layanan kesehatan pada penyedia layanan publik seperti Puskesmas dan Rumah Sakit daerah diharapkan menjadi arus besar pembangunan kesehatan, baik ditingkat nasional maupun daerah. Beberapa isu strategis dalam

elayanan kesehatan yang telah disadari pemerintah, dan kemudian melahirkan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, antara lain;

1. Adanya hambatan dalam keberlanjutan pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota karena anggaran yang kurang memadai baik sumber, besaran, kelembagaan dan peruntukannya.
2. Masih kecilnya alokasi anggaran kesehatan pemerintah propinsi untuk orang miskin sehingga perlu disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat miskin, sekaligus diterminasi pada upaya promotif dan preventif kesehatan.
3. Pembebasan biaya rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas yang telah dilaksanakan di banyak daerah tidak akan secara otomatis meningkatkan cakupan (akses) pelayanan, karena masih ada biaya diluar biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung masyarakat miskin.
4. Adanya kesenjangan koordinasi dan pembagian tugas yang jelas antara propinsi dan kabupaten/kota terutama dalam *sharing* penganggaran kesehatan (Ali, 2013).

Sekali lagi untuk mendukung optimalisasi pelayanan dasar kesehatan, maka pelaksanaan asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin sebagai bagian dari pelaksanaan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional akan mendorong dari peningkatan akses orang miskin terhadap layanan kesehatan. Hal ini tentu harus didukung peningkatan *sharing* anggaran antara propinsi dan kabupaten dengan peningkatan akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan. Selain itu, tidak kalah pentingnya adalah bahwa pencapaian indikator-indikator kesehatan masyarakat, tidak bisa mengabaikan kapasitas partisipasi masyarakat. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan yang didasarkan pada upaya preventif dan

promotif kesehatan masyarakat dengan paradigma pembangunan kesehatan berkelanjutan, memerlukan sistem pelayanan kesehatan yang didasarkan pada prinsip akuntabilitas dan keterbukaan. Sebuah paradigma pelayanan publik yang berorientasi kepuasan masyarakat (*customer satisfaction*).

## **2.2 Pelayanan Publik Kesehatan dan Partisipasi Masyarakat**

Pada kasus-kasus ketidakpuasan masyarakat atas layanan kesehatan, khususnya dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), rantai masalah terentang dari kurangnya pemahaman masyarakat miskin terkait prosedur pengurusan, sampai minimnya kepercayaan masyarakat pada kualitas pelayanan kesehatan JKN. Kenyataan demikian seyogyanya menjadi bahan evaluasi yang penting terutama bagi BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan (Faskes) mitranya. Evaluasi pelayanan publik terutama untuk mewujudkan mekanisme sosialisasi yang efektif kepada masyarakat sehingga pelayanan publik bisa lebih responsif, jauh dari kesan prosedur berbelit dan diskriminatif (Budi, 2007).

Dalam konteks kekinian, kemampuan dan pengalaman yang telah dimiliki BPJS Kesehatan dan Faskes mitranya hendaknya mampu mendorong pihak manajemen lembaga ini untuk semakin mengembangkan satu fokus layanan yang berorientasi pada aspirasi masyarakat. Dalam bahasa awam, mereka harus bertekad untuk semakin mengutamakan apa yang diinginkan masyarakat. Di kutub lain, masyarakat tentu diharapkan mampu mengembangkan partisipasi yang tinggi terhadap keberlangsungan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Masyarakat harus terus mendorong fasilitas kesehatan menjalani suatu sistem pelayanan yang berorientasi pada kepuasan masyarakat dalam memperoleh pelayanan yang



berkualitas. Di sini berkembang logika dasar bahwa baik atau buruknya pelayanan publik tidak semata bergantung pada kinerja lembaga publik. Kesemua itu juga sangat dipengaruhi oleh tingkat efektifitas pengawasan oleh civil society.

Hasil evaluasi oleh masyarakat, baik berupa saran maupun pengaduan, penyelenggara layanan kesehatan hendaknya menjadikan titik landas optimalisasi pemberian pelayanan yang bermuara pada kepuasan customer. Apabila masyarakat tidak memiliki kemauan di dalam memberikan masukan terkait mutu pelayanan publik, tentu hasil review menjadi sekedar formalitas belaka. Oleh karena itu, tersedianya informasi terkait prosedur penanganan keluhan bisa menjadi salah satu sarana masyarakat untuk melakukan penilaian kinerja pelayanan publik, khususnya kesehatan. Keluhan maupun penilaian tersebut menjadi basis argumentasi bagi manajemen penyelenggaraan layanan publik untuk menempuh berbagai langkah membenahan kualitas pelayanan. Pengawasan masyarakat tidak bisa lagi dipandang sebagai kata menakutkan dalam penyelenggaraan pelayanan publik (Ali, 2007). Bila lembaga publik mendengungkan kebutuhan akan partisipasi masyarakat, maka konsekuensinya adalah keterbukaan mereka menerima kritik dan keluhan masyarakat.

Bila lembaga pelayanan publik mendengungkan kebutuhan akan partisipasi masyarakat, maka konsekuensinya adalah keterbukaan mereka menerima kritik dan keluhan masyarakat. Pertama, pelayanan publik harus membuktikan bahwa pengelolaan alokasi dana pemerintahan, seperti pada BPJS Kesehatan, harus mampu secara signifikan mendongkrak kualitas layanan kesehatan di Indonesia. Kedua, kelembagaan pelayanan akan semakin dituntut tampil sebagai lembaga publik yang lebih transparan dan responsif menjawab aspirasi masyarakat. Ketiga,

membuktikan diri sebagai lembaga publik yang akuntabel, yang bisa berdampak pada semakin baiknya kualitas pelayanan yang dibayar masyarakat pengguna.

### **2.3 Pengaduan Masyarakat Sebagai Umpan Balik Untuk Perbaikan Pelayanan**

Keluhan masyarakat dipandang sebagai upaya penyampaian rasa ketidakpuasan atau ketidaksesuaian atas suatu pelayanan public yang diterima masyarakat atas pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan publik. Keluhan masyarakat sebagai bagian feedback atau umpan balik penilaian atas kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, dengan keluhan masyarakat yang masuk ke penyedia layanan diharapkan penyedia layanan mampu memperbaiki kualitas layanan yang disediakan. Selain untuk memperbaiki kualitas layanan public keluhan masyarakat juga dapat dibuat sebagai perencanaan pelayanan public ke masyarakat.

Dengan adanya pengelolaan keluhan masyarakat yang baik, maka penyedia layanan juga bisa berinovasi pada layanan yang diberikan sehingga mendorong kualitas layanan public semakin baik dan berkualitas. Begitu pentingnya keluhan masyarakat ini bahkan dimuat dalam pasal 36 dan 37 UU nomer 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, selanjutnya Pemerintah juga menerbitkan Peraturan Pemerintah nomer 76 tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik. Pasal 18 PP nomer 76 tahun 2013 mengamanatkan diterbitkannya Peraturan menteri, untuk menindaklanjuti secara teknis maka diterbitkan KemenPANRB nomer 24 tahun 2014 yang mengatur secara rinci mekanisme penanganan keluhan masyarakat pada pelayanan publik.

Pelayanan BPJS sebagai bagian pelayanan publik juga diatur penanganan keluhan masyarakat seperti tertuang dalam Permenkes Nomer 28 Tahun 2014. sesuai Permenkes 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, maka apabila terjadi masalah antara Peserta dengan fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan maka Peserta dapat mengajukan pengaduan/keluhan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan bisa diteruskan ke kantor BPJS Kesehatan setempat, Tim Monev Kabupaten/Kota, Tim Monev Provinsi, Tim Monev Pusat, dan Menteri Kesehatan selaku mediator.

#### **2.4 Mekanisme Penanganan Keluhan**

Pengelolaan pengaduan dimaksudkan sebagai kegiatan penanganan pengaduan sesuai dengan mekanisme dan tata cara pengelolaan pengaduan, sedangkan pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan Standar Pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh Penyelenggara. Pemerintah telah menetapkan sebuah Sistem Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Nasional yang selanjutnya disebut SP4N adalah sistem yang terintegrasi dalam pengelolaan pengaduan secara berjenjang pada setiap Penyelenggara dalam kerangka sistem informasi pelayanan publik.

Berdasarkan urutan regulasi, maka mekanisme Penanganan Keluhan diatur dalam UU 25 tahun 2009 pasal 36 dan 37, PP nomer 76 tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik, KemenPANRB nomer 24 tahun 2014

dan untuk penanganan keluhan JKN diatur dalam Permenkes 28 tahun 2014. Sementara mekanisme Keluhan telah diatur secara detail di PP nomor 76 tahun 2013 dan di KemenPANRB nomor 24 tahun 2014, namun sayangnya pada Permenkes 28 tahun 2014 tidak lagi sinkron dengan dua regulasi PP nomor 76 tahun 2013 dan di KemenPANRB Nomer 24 tahun 2014.

Hal yang patut disayangkan adalah jaminan penyampaian keluhan masyarakat cenderung diabaikan penanganannya oleh Fasilitas Kesehatan dan Kantor BPJS selaku pengelola program JKN. KemenPANRB Nomer 24 Tahun 2014 sebagai turunan PP 76 tahun 2013 sangat detil menjelaskan komponen mekanisme penanganan keluhan pelayanan publik, dimana diatur:

- Ruang lingkup,
- keluhan yang berkembang menjadi tuntutan,
- Fungsi lembaga atau Pemda dalam penanganan keluhan masyarakat,
- Pengelolaan pengaduan di tingkat penyelenggara,
- Sarana pengelolaan pengaduan,
- Akuntabilitas, transparansi dan partisipasi masyarakat

Sementara Permenkes Nomer 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN dalam BAB VII Monitoring, Evaluasi dan Penanganan Keluhan dijelaskan bahwa prinsip penanganan keluhan adalah obyektif, responsive, koordinatif, efektif, akuntabel, dan transparan. Mekanisme Penangan keluhan juga dibagi menjadi 4 skema yaitu :

- a. Antara peserta dengan fasilitas kesehatan
- b. Antara peserta dengan BPJS Kesehatan
- c. Antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan

d. Antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Dari 4 mekanisme tersebut dua diantaranya yang langsung berhadapan dengan peserta, yaitu antara peserta dengan fasilitas kesehatan dan antara peserta dengan BPJS Kesehatan.

Secara konseptual, ditemukan bahwa antara KemenPANRB Nomer 24 tahun 2014 dan Permenkes Nomer 28 Tahun 2014 menunjukkan ketidaksinkronan dalam pengelolaan penanganan pengaduan. Jika KemenPANRB mengatur secara detil dan *rigid* Ruang lingkup, fungsi kelembagaan, pengelolaan pengaduan, sarana pengaduan, mekanisme, manajemen, dan partisipasi masyarakat. Maka di Permenkes hanya mengatur prinsip dan mekanisme penanganan keluhan.

Dalam KemenPANRB Nomer 24 Tahun 2014 dengan detil dijelaskan pengelolaan, system, mekanisme, manajemen penanganan dan partisipasi, hal ini sangat berbeda jauh dengan ketentuan penanganan keluhan masyarakat yang diatur dalam Permenkes 28 tahun 2014 yang hanya mengatur mekanisme penanganan pengaduan melibatkan 4 pihak. Maka pelayanan program JKN harusnya merujuk KemePANRB 24 dalam penanganan pengaduan masyarakat. Dengan merujuk atau berpedoman pada KemenPANRB 24 maka kualitas penanganan keluhan masyarakat lebih menyeluruh dan mampu untuk merumuskan perencanaan perbaikan layanan JKN berikutnya, karena partisipasi masyarakat sangat kuat didorong sebagai keterlibatan masyarakat untuk turut memperbaiki kualitas layanan.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Pada dasarnya penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif, dengan teknik penggalan data: 1) *Participatory-Observation*, 2) Wawancara mendalam, 3) dan studi dokumen. Selain untuk menjawab rumusan masalah sehingga tercapai tujuan penelitian, data dari masing-masing teknik penggalan data akan digunakan sebagai upaya triangulasi. Oleh karena itu, penelitian ini menempatkan peneliti sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data. Peneliti melakukan mengobservasi langsung objek dan menggali data dari subyek penelitian. Pendekatan kualitatif dalam penelitian ini, meski tetap didukung dengan data-data kuantitatif, diyakini telah menghasilkan data deskriptif sesuai tujuan penelitian.

Di samping menggali data dari subyek, penelitian juga menelusuri data dari informan atau keyperson, yang dapat memberikan data masukan yang berarti. Informan atau keyperson di antaranya terdiri dari pegiat lembaga swadaya masyarakat yang dipandang mengetahui pelayanan BPJS Kesehatan, pegiat organisasi profesi pelayanan kesehatan, seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan Ikatan Dokter Indonesia (IDI), sekaligus akademisi di bidang kesehatan. Pada kunjungan lapangan dimana memungkinkan secara ketersediaan waktu, dan urgensi kebutuhan data, maka untuk tujuan triangulasi dilakukan FGD dengan sejumlah responden.

Ruang lingkup penelitian ini terbatas pada system penanganan keluhan yang disediakan mulai di Faskes tingkat Pertama (Puskesmas) dan Faskes tingkat Lanjutan (Rumah Sakit) serta kantor Cabang BPJS Kesehatan. Dimana aspek system yang diteliti adalah :

**a. Sistem Penanganan Keluhan**

Sistem yang dimaksud disini terbatas pada mekanisme keluhan dan sarana dan fasilitas keluhan yang disediakan.

**b. Petugas Penanganan Keluhan**

Petugas penanganan keluhan disini memotret keberadaan, kewenangan, tanggungjawab dan system organisasi yang terkait penanganan keluhan.

**c. Pelaporan Penanganan Keluhan**

Pelaporan dan rekapan penanganan keluhan sebagai system pengumpulan data dan pelaporan ke instansi terkait.

Selain itu, penelitian ini juga telah mendapatkan gambaran kondisi dan tingkat kepuasan masyarakat pengguna Faskes Tingkat pertama (Puskesmas), Faskes tingkat lanjutan (Rumah Sakit) dan kantor BPJS Kesehatan.

### **3.2 Pengumpulan dan Analisis Data**

Dalam pelaksanaan riset ini, data primer diambil dari subyek penelitian, khususnya pengguna layanan program JKN yang menggunakan Fasilitas Kesehatan dan Kantor BPJS Kesehatan. Bagi pengguna fasilitas kesehatan telah banyak digali pemahaman mereka terhadap sistem dan mekanisme keluhan yang disediakan Fasilitas Kesehatan, sekaligus persepsi mereka terhadap efektifitas penanganan keluhan. Sementara pada kelembagaan BPJS Kesehatan, digali

kapasitas petugas dalam merespon keluhan dalam menangani keluhan masyarakat. Di dalam kelembagaan BPJS Kesehatan pula, akan diteliti bagaimana sistem penanganan pengaduan yang telah ada dijalankan, khususnya dalam mengurus administrasi klaim dan pengurusan Kartu BPJS Kesehatan.



*Gambar 1 : Wawancara Peneliti dengan Petugas Puskesmas di Jeneponto*

Wawancara dilakukan menggunakan panduan kuisisioner tertutup dan terbuka dengan dua kelompok responden. Responden pertama adalah kelompok penyedia layanan yang terdiri dari petugas layanan yang bertugas menangani keluhan di Puskesmas, Rumah Sakit dan Kantor BPJS-Kesehatan. Kelompok kedua adalah responden pengguna layanan yang memiliki kartu BPJS Kesehatan dan pernah menggunakan kartu BPJS di Puskesmas atau Rumah Sakit. Survey kualitatif ini menggunakan metode sampling acak, dimana setiap responden memiliki



kesempatan yang sama baik sebagai penerima layanan maupun petugas layanan.

Sampling responden masyarakat berjumlah 12-15 orang.

Instrumen penggalan data, khususnya panduan wawancara dan *participatory observation* terdiri dari:

**1. Wawancara/Kuisisioner dengan Masyarakat Pengguna Layanan Fasilitas Kesehatan/Aktifis, Tokoh Organisasi Profesi, dan Akademisi;**

- a. Bagaimana penilaian saudara atas penanganan keluhan pelayanan kesehatan yang telah diupayakan oleh Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan ini?
- b. Apakah saudara mengetahui adanya mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan kesehatan di Faskes/Kantor BPJS-kesehatan ini?
- c. Menurut saudara apakah mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan kesehatan di Faskes/Kantor BPJS-kesehatan ini telah cukup diketahui oleh pengguna layanan?
- d. Apakah ada upaya Faskes/Kantor BPJS kesehatan ini mensosialisasikan mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan?
- e. Apakah penanganan keluhan pelayanan kesehatan mempengaruhi kepercayaan pasien di Faskes ini?
- f. Apakah yang semestinya dilakukan Faskes/kantor BPJS untuk meningkatkan efektifitas penanganan pengaduan?
- g. Apakah yang hendaknya dilaksanakan kalangan masyarakat untuk meningkatkan efektifitas penanganan pengaduan?

**2. *Pertanyaan Wawancara dengan Petugas/Kantor BPJS-Kesehatan***

- a. Siapa yang bertanggungjawab menangani keluhan pasien BPJS-Kesehatan?
- b. Kualifikasi apakah seorang petugas penanganan keluhan pasien BPJS Kesehatan?
- c. Apakah Faskes/Kantor BPJS Kesehatan mengalokasikan anggaran tahunan untuk meningkatkan efektifitas penanganan keluhan pasien BPJS Kesehatan?
- d. Ragam/jenis pengaduan apa yang sering diutarakan pasien/pengguna JKN/BPJS Kesehatan di Faskes/Kantor BPJS-Kesehatan?
- e. Problem/kendala apa saja dalam melaksanakan pemenuhan hak pengguna layanan JKN/BPJS Kesehatan untuk melakukan pengaduan sebagaimana diatur dalam peraturan/perundangan?
- f. Bagaimana sejauh ini problem/kendala tersebut ditangani?
- g. Apakah ada supervisi rutin dari kantor pusat/lebih atas terhadap efektifitas penanganan keluhan pengguna JKN/BPJS Kesehatan?
- h. Kalau ada bagaimana supervisi dilakukan?
- i. Apakah ada kegiatan khusus/rutin untuk mensosialisasikan hak pasien pengguna JKN/BPJS Kesehatan untuk melakukan pengaduan?

**3. *Panduan Observasi dan studi dokumen***

- a. Adakah bagan alur prosedur pengaduan keluhan pengguna layanan yang bisa dibaca oleh pengguna layanan JKN/BPJS Kesehatan? Kalau ada bagaimana efektifitasnya?

- b. Adakah petugas khusus yang menangani keluhan pengguna layanan JKN di Faskes/Kantor BPJS Kesehatan? Kalau ada bagaimana efektifitasnya?
- c. Adakah sarana/peralatan/teknologi komunikasi yang membantu pasien menyampaikan keluhan layanan JKN/BPJS Kesehatan? Kalau ada bagaimana efektifitasnya?
- d. Adakah media sosialisasi di tempat publik atau di media massa lokal, di luar area Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan yang menginformasikan tentang mekanisme pengaduan dan penanganannya? Kalau ada bagaimana efektifitasnya?
- e. Apakah tersedia dokumen-dokumen (SOP, MoU, Pakta Integritas), yang menjadi pijakan upaya peningkatan layanan JKN, khususnya dalam penanganan pengaduan? Kalau ada bagaimana efektifitasnya?

Di dalam pengumpulan data, beberapa problem yang telah diantisipasi dalam pelaksanaan penelitian antara lain:

- **Instrumen penelitian khususnya pertanyaan wawancara/Kuisisioner:**

Diperlukan kualitas kuisisioner yang memadai, yang fleksibel, mampu membaca kebutuhan lapangan. Untuk mengantisipasi adanya pertanyaan yang belum mencakup atau memotret kondisi faktual lapangan maka tim peneliti terlebih dulu mengujicobakan kuisisioner tersebut. Oleh karenanya sebelum mobilisasi tim peneliti, maka pada tahap pengembangan instrumen penggalan data (tahapan kegiatan kedua), khusus daftar pertanyaan kuisisioner/panduan wawancara dilakukan uji coba bersama stakeholder (relawan) di Kabupaten Lamongan.

- **Penggalian data secara mandiri oleh asisten peneliti:**

Ketika asisten peneliti melaksanakan penggalian data tidak bersama peneliti utama, dikhawatirkan data yang digali kurang menasar pada tujuan penelitian. Untuk mengantisipasi maka telah dilakukan:

1. Sebelum mobilisasi asisten peneliti ke lokasi penelitian, peneliti utama harus mampu menjelaskan sedetail mungkin situasi dan kondisi lapangan, termasuk contact persons (mitra kluster kesehatan Prorep) yang bisa menjembatani hubungan asisten peneliti dengan pihak-pihak terkait (responden).
2. Peneliti utama harus mampu menjelaskan teknis penggalian data, sekaligus memastikan asisten peneliti mampu mendayagunakan instrumen penelitian.
3. Kontrol yang ketat terhadap kinerja asisten peneliti melalui komunikasi intensif dengan peneliti utama sebagai koordinator riset.
4. Peneliti utama mampu melakukan cross check antar temuan atau data untuk uji konsistensi dalam kerangka kerja triangulasi. Kesemuanya agar kualitas dan hasil riset dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan output yang diharapkan.

- **Jawaban yang inkonsisten:**

Jika ditemukan jawaban yang cenderung sering inkonsisten maka peneliti harus mengulang dan memberikan pemahaman atas pertanyaan yang disampaikan kepada responden, Kemudian dimungkinkan melakukan pindah

responden bila surveyor meragukan jawaban responden tersebut karena banyaknya inkonsistensi jawaban.

Pada tahap analisis, metode kualitatif yang dominan digunakan dalam penelitian ini akan yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari para responden. Data kualitatif demikian akan diolah dalam kerangka interpretatif. Sementara data dokumenter hasil riset yang bersifat kuantitatif akan diolah dengan analisis statistik, dan content analysis. Setiap data yang diperoleh dari responden, dalam penyajian di laporan penelitian akan dilakukan penyamaran nama responden demi tujuan etika penelitian. Penggunaan data hasil riset akan dikomunikasikan dengan pengelola program JKN di wilayah atau daerah riset sampai di tingkat nasional. Untuk menjamin kualitas dan jaminan mutu hasil riset, maka tim lapangan atau surveyor juga dilakukan pengawasan melekat atas hasil-hasil riset. Metode cross check ulang pada beberapa responden juga diperlukan untuk menjamin kualitas dan tingkat kerahasiaan jawaban responden.

Sebagaimana tujuan penelitian, maka analisis data penelitian difokuskan pada upaya menggali landasan empiris bagi perbaikan sistem penanganan pengaduan program JKN di semua fasilitas Kesehatan BPJS, termasuk pelayanan dan penanganan pengaduan di kantor BPJS. Hasil analisis akan direkomendasikan ke pengelola program JKN, sistem penanganan pengaduan yang dibangun diharapkan bisa bersinergi dengan memanfaatkan teknologi tepat guna, sehingga *feed back* yang dihasilkan dari masyarakat akan dengan cepat diketahui dan dapat ditangani secara efektif. Dengan dibangunnya sistem pengaduan ini diharapkan

pula ada perencanaan yang berbasis pengaduan masyarakat sehingga penyelenggara BPJS mampu menyusun program dengan tepat dan akurat.

### 3.3 Lokasi Penelitian

Riset penanganan pengaduan ini dilaksanakan di 6 lokasi di Lamongan, Mojokerto, Semarang, Solo, Sumedang dan Jenepono. Di dalam proyeksi kecukupan data dari setiap daerah lokasi penelitian, maka secara keseluruhan minimal melibatkan 15 subyek penelitian. Jumlah responden, sebagaimana pendekatan kualitatif tidak ditentukan secara baku, namun sesuai kebutuhan akan ketercukupan data penelitian.

**Tabel 3.1**

**Lokasi dan Pelaksanaan Lapangan**

<b>Tanggal</b>	<b>Daerah</b>	<b>Puskesmas</b>	<b>Rumah Sakit</b>	<b>Kantor BPJS</b>
19-20 Agust	Solo	Sibella Sangkrah		Kantor Cabang
18- Agust	Semarang	Pudak Payung Pegandan		
1-2 Sept	Sumedang	Tanjungsari	RSUD	Kantor Cabang
11-12 Sept	Mojokerto	Kedundung Blooto	RSUD	Kantor Cabang
21-22 Septe	Jenenponto	Binamu Kota	RSUD	Kantor Layanan Operasional (KLO)
23 – 30 Sept	Lamongan	Lamongan Modo Turi	RSUD	Kantor Layanan Operasional (KLO)

### **3.4 Peneliti dan Tahapan Kerja**

#### **1. Peneliti Utama (interviewer/coordinator)**

Satu orang peneliti utama ini adalah tenaga peneliti ahli pelayanan publik kesehatan, dengan pengalaman 2 tahun melakukan riset di tingkat nasional, khususnya berkenaan dengan mekanisme pengaduan layanan publik, dimana akan bekerja selama 18 hari. Sebagai peneliti utama, selain bertindak sebagai penggali data yang bersangkutan akan bertindak sebagai team leader yang bertugas mengkoordinasikan kegiatan penelitian di 6 lokasi penelitian. Peneliti utama juga akan menyusun panduan kunjungan/penelitian lapangan, memastikan tidak ada kendala hubungan/komunikasi dengan BPJS Kesehatan dan pemerintah daerah setempat.

Peneliti utama juga akan bertanggung jawab pada kelancaran kerja peneliti lapangan, mengatur perjalanan dan akomodasi yang dibutuhkan. Dia juga akan memonitor hasil-hasil penggalan data (observasi, wawancara, studi dokumen), dan akhirnya bertanggungjawab pada analisis data dan penyiapan laporan.

#### **2. Asisten Peneliti (1 orang peneliti lapangan)**

Satu orang asisten peneliti dengan pengalaman 2 tahun bergiat dalam advokasi kebijakan pelayanan publik kesehatan, dimana akan bekerja selama 18 hari. Tugas utama asisten peneliti adalah membantu peneliti utama mendapatkan data-data penelitian, baik secara mandiri maupun bersama Peneliti Utama. Pada saat bertugas secara mandiri, dengan monitoring dari Peneliti Utama, maka Asisten peneliti melaksanakan semua teknik

penggalan data di lokasi penelitian, sekaligus menulis catatan lapangan dan menginventarisir dokumen-dokumen terkait.

Sebelum riset dilaksanakan, dalam koordinasi Program Manager, kedua peneliti melakukan penyamaan persepsi, pemahaman dan tujuan riset. Pertemuan ini terutama ditujukan untuk dicapainya pola koordinasi, pembagian kerja, dan komunikasi yang efektif sebagaimana tujuan penelitian. Keluaran dari pertemuan ini paling tidak:

- a. Peneliti utama dan asisten peneliti mendapatkan debriefing dari program manager mengenai scope of work masing-masing.
- b. Asisten peneliti mendapatkan pelatihan singkat dari peneliti utama bagaimana melakukan penggalan data, terutama teknik wawancara dengan setiap kelompok responden.
- c. Asisten peneliti memahami metode penulisan catatan lapangan yang nantinya akan dikembangkan menjadi laporan penelitian oleh peneliti utama.

### **3. Tahap keempat: Mobilisasi tim peneliti.**

Pengumpulan data riset dilakukan oleh peneliti utama bersama asisten peneliti. Alokasi waktu untuk setiap lokasi/daerah penelitian adalah 3 hari termasuk waktu perjalanan pergi pulang homebase. Dalam tiga hari tersebut peneliti harus mampu mendayagunakan waktu yang tersedia untuk melakukan wawancara, observasi, dan bila dipandang sangat dibutuhkan dilakukan FGD untuk memperkuat validasi temuan-temuan lapangan.

### **4. Tahap kelima : Penulisan laporan hasil riset.**



Dalam tahap ini peneliti utama menginventarisir data, data reduction, melakukan kategorisasi, analisis sesuai kerangka rumusan masalah dan tujuan penelitian, dan penyusunan laporan hasil riset.

Setelah tersusun laporan penelitian, maka upaya selanjutnya adalah merancang kampanye dan sosialisasi perbaikan sistem pengaduan program JKN. Publikasi hasil riset diperlukan sebagai salah satu pertanggungjawaban ke publik atas hasil riset yang telah dilakukan. Hasil riset akan disebarakan dengan menggunakan beberapa media publikasi yang tersedia di masing-masing tingkatan. Diharapkan dengan publikasi hasil riset ini masyarakat lebih memahami pola pengaduan layanan, serta pengelola JKN dapat membangun sistem penanganan pengaduan yang lebih baik sehingga kepercayaan masyarakat semakin tinggi terhadap program JKN.

**Tabel 3.2**

**Tahapan dan Alur Pelaksanaan Riset**

<b>TAHAP</b>	<b>AKTIFITAS</b>	<b>PENANGGUNG JAWAB PELAKSANA</b>
<b>PERENCANAAN</b>	Rekrutmen peneliti, masing-masing dengan kualifikasi Peneliti Utama dan Asisten Peneliti.	Program Manajer
	Briefing bersama kedua peneliti yang terekrut terutama mengacu pada <i>research protocol</i> dan <i>Scope of work</i> .	Program Manager
	Supervisi pengembangan detail research planning yang harus dikembangkan oleh peneliti utama.	Program Manager
	Fasilitasi pertemuan peneliti utama dan asisten peneliti, agar terbentuk tim peneliti yang solid, juga prosedur kerja penelitian akurat sesuai target program	Program Manager
<b>PELAKSANAAN</b>	Setiap anggota tim peneliti – sesuai kesepakatan 2 peneliti -- mengunjungi masing-masing tiga daerah sasaran penelitian.	Tim Peneliti
	Untuk setiap kunjungan satu daerah, peneliti harus menyelesaikan target output penelitian dalam 3 hari, termasuk untuk traveling.	Tim Peneliti
	Penelitian/penggalan data lapangan, karenanya akan diselesaikan dalam 18 hari oleh team peneliti.	Tim Peneliti
<b>PELAPORAN DAN PUBLIKASI</b>	Penyusunan Draft Laporan Hasil Penelitian	Tim Peneliti
	Draft laporan penelitian yang telah diselesaikan Peneliti diajukan ke program manager untuk mendapatkan review dan tanggapan.	Tim Peneliti dan program Manager
	Publikasikan hasil penelitian untuk bisa mendapatkan tanggapan dari pemerintah dan publik.	Tim Peneliti dan program Manager

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Sistem Penanganan Keluhan Di Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS-Kesehatan**

##### **4.1.1 Sistem Penanganan Keluhan Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Sistem penanganan keluhan belum tersedia di semua fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) mitra BPJS-Kesehatan, baik di Puskesmas, klinik kesehatan dan dokter pribadi. Hasil wawancara di Puskesmas lokasi penelitian, baik di Solo, Semarang, Mojokerto, Sumedang, Jenepono maupun Lamongan sama sekali tidak tersedia sistem yang baku dalam penanganan keluhan. Pengakuan yang didapat dari responden, mengungkapkan bahwa penanganan keluhan ditangani secara langsung oleh Kepala Puskesmas dengan dibantu staf yang ada, tanpa disiapkan, atau penunjukkan resmi petugas khusus yang menangani keluhan.

Baik tempat berupa meja atau ruang khusus, maupun petunjuk informasi penyampaian keluhan berupa papan mekanisme penyampaian keluhan di sebagian besar lokasi penelitian tidak ditemukan. Pengakuan salah seorang petugas di Puskesmas Blooto Mojokerto, bahwa penyampaian keluhan dilakukan melalui nomer SMS, dilengkapi pelaksanaan penilaian kepuasan pengguna secara periodik. Namun petugas ini juga mengakui bahwa keluhan masyarakat cenderung hanya untuk diselesaikan dan diatasi sebatas kewenangan pihak Puskesmas. Sayangnya bila dipandang keluhannya berada di luar kemampuan pihak Puskesmas, maka tidak ada koordinasi dalam menindaklanjuti keluhan ke

instansi induk, seperti Dinas Kesehatan, maupun RSUD daerah sebagai mitra pelayanan kesehatan.

Di semua Puskesmas di Solo, Semarang, Mojokerto, Sumedang, Jeneponto dan Lamongan sistem penyampaian keluhan hanya menyediakan kotak saran saja, yang menurut sebagian besar responden tidak berfungsi dengan baik, dikarenakan Kotak Saran tersebut tidak pernah disosialisasikan fungsi, manfaat, dan tatacara menyampaikan keluhan. Selain itu juga tidak disediakan kertas dan alat tulisnya, sehingga keberadaan kotak saran hampir tidak berfungsi dalam meningkatkan kualitas maupun akuntabilitas pelayanan.

Keterbatasan fungsi Kotak Saran ini telah dipahami oleh warga pengguna layanan Puskesmas. Seperti salah satu responden di Lamongan, menganggap berbeda antara fungsi kotak saran dengan kotak pengaduan. Kotak Saran dipersepsikan sebagai wadah penampung aspirasi atas keadaan yang dilihat atau ditemui oleh siapa saja terhadap pelayanan maupun infrastruktur fasilitas kesehatan, meskipun yang bersangkutan tidak mengalami secara langsung. Responden ini lebih menginginkan adanya saluran pengaduan layanan tersendiri ketimbang Kotak Saran yang dipandang tidak mampu mewartakan keluhan pasien.

***“Adanya Kotak Saran Pak, bukan Kotak Pengaduan, karena saya tidak tahu apa saja hak-hak atas pelayanan yang seharusnya saya terima jadi tidak tahu apa yang harus saya sarankan kepada pihak Rumah Sakit. Padahal saya mau mengeluh pada minimnya perhatian (durasi visit/pemeriksaan) dan informasi tentang penyakit yang saya derita dari dokter atau perawat, mungkin aturannya memang seperti itu, jadi saya tidak berani mengeluh, takut malah salah” kata Ibu Ely S. dari Kecamatan Tikung yang pada saat diwawancara sedang menunggu anaknya pasca operasi Usus Buntu di RSUD Dr. Soegiri.***

Lemahnya penanganan dan tindaklanjut keluhan warga di Puskesmas sangat terkait dengan lemahnya posisi Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk tindakan penanganan keluhan di setiap lembaga. Di daerah penelitian jarang ditemukan keterangan yang memastikan adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) pengelolaan keluhan masyarakat. SOP yang ditemukan di Puskesmas lebih mengutamakan aspek-aspek tindakan medis, seperti:

- a. Tata alur pelayanan
- b. Tata Usaha
- c. Poli Umum
- d. Poli Gigi
- e. Kesehatan Ibu dan Anak dan KB
- f. UGD
- g. Rawat Inap, dan
- h. Pustu

Ketiadaan alur penanganan keluhan dalam SOP Puskesmas demikian menyebabkan Penanganan keluhan dilakukan secara parsial, seadanya, sebisanya dan semampunya petugas yang ada.

Temuan menarik terdapat pada beberapa Puskesmas sampling di Sumedang, Lamongan dan Mojokerto yang sudah memiliki Surat Keputusan (SK) Kepala Puskesmas tentang Tim Penanganan Keluhan. Pada satu sisi, komitmen dan kesadaran kepala Puskesmas untuk menempatkan penanganan keluhan pengguna layanan demikian patut diapresiasi. Namun, SK Tim Penanganan Pengaduan tersebut tidak berjalan optimal, bahkan cenderung menjadi sekedar dokumen internal lembaga. SK tersebut hanya untuk melengkapi syarat

administratif pemenuhan tipe pengelola layanan. Hal ini yang menyebabkan SK tersebut tidak pernah berfungsi secara optimal. Ketika ditanyakan kepada seorang petugas Puskesmas apakah SK yang ada bisa dilaksanakan oleh tim, petugas ini mengaku cukup kesulitan karena SK Tim Penanganan Keluhan belum dilengkapi dengan Petunjuk Pelaksanaan atau Prosedur baku Penangan Keluhan. Hal ini mungkin terkait SK Tim Penanganan Keluhan diterbitkan ketika Puskesmas dituntut memenuhi persyaratan akreditasi.

Sistem monitoring dan evaluasi serta supervisi dari atasan tidak pernah secara khusus membahas penanganan keluhan dan pengelolaannya. Sosialisasi penanganan keluhan ke masyarakat juga cenderung sebagai pelengkap tanpa ada rumusan yang bagus agar masyarakat mau memberikan masukan perbaikan layanan publik melalui penyampaian keluhan.

Salah satu Puskesmas di Semarang (Pudak Payung), kepala Puskesmas telah membuat system SMS Gateway, hanya saja system SMS Gateway ini terbatas pada kader Puskesmas saja masih belum terakses untuk semua masyarakat, selain itu system ini tidak mendapat dukungan kuat dari Pemerintah daerah Kota Semarang, sehingga keberadanya menjadi kurang maksimal akibat kurangnya sosialisasi. Sementara Puskesmas di Solo, Semarang dan Mojokerto lebih cenderung menggunakan system Indeks Kepuasan Konsumen (IKM) untuk mengukur tingkat kepuasan pelayanan kepada masyarakat. Metode pengukuran IKM dengan menyebarkan angket atau kuisisioner kepada pengguna layanan secara langsung pada saat responden menggunakan layanan kesehatan. Angket yang disebar sebanyak 100 kuisisioner dibagi secara acak. Setelah angket terkumpul lalu diolah dan dilaporkan pada pimpinan terkait.

#### **4.1.2 Sistem Evaluasi Penanganan Keluhan di Rumah Sakit**

Kondisi yang agak baik untuk system Penanganan Keluhan ada di Rumah Sakit sebagai Faskes lanjutan yang menyediakan loket khusus BPJS-Kesehatan sekaligus penanganan keluhan dengan menempatkan satu orang petugas BPJS sebagai penanggungjawab di loket/tempat khusus yang hanya menangani keluhan terkait BPJS-Kesehatan di Rumah Sakit. Tetapi mengenai system penanganan keluhan di Rumah Sakit sendiri mirip di Puskesmas, dimana hanya tersedia kotak saran tanpa tersedia alat tulis. Keluhan hanya ditangani oleh unit terkait seperti Unit Layanan Medik (Yanmed) di Mojokerto atau Bagian Humas di Jenepono. Di Lamongan, secara struktural ada SK Tim Khusus Penanganan Komplain dan Pengaduan yang diketuai oleh Kepala Bidang Pelayanan, tapi dalam pelaksanaannya ditangani langsung oleh Kasubid Humas yang justru tidak termasuk dalam SK dimaksud<sup>1</sup>.

Di seluruh lokasi belum ada Rumah Sakit yang menempatkan petugas dan tempat khusus bagi masyarakat atau pasien yang akan menyampaikan keluhan. Sehingga masyarakat atau pasien sama sekali tidak tahu cara menyampaikan keluhan. Kondisi seperti ini sebenarnya diketahui dan disadari oleh pihak manajemen Rumah Sakit, tetapi ketika ditanyakan keberadaan mekanisme komplain semua menjawab akan segera kami persiapkan untuk mekanisme penanganan keluhan tersebut. "Saat ini memang baru ada SK Timnya, tapi tidak Lama Lagi Mekanisme pasti segera dibuat karena kami juga sedang berbenah dalam rangka menghadapi Akreditasi" Demikian disampaikan oleh Kabid Pelayanan RS Mojokerto, Dina Ariyani. Sementara Kasubid Humas RSUD Dr.

---

<sup>1</sup> SK Nomor: 188/11/KEP/413.209/2014 Tentang Pembentukan Tim Khusus Penanganan Komplain/Pengaduan Terhadap Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Lingkungan RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

Soegiri Lamongan menyampaikan bahwa tim akreditasi sedang bekerja untuk memenuhi segala prasyarat termasuk menyediakan tempat khusus penanganan keluhan.

”Saat ini memang baru ada SK Timnya, tapi tidak Lama Lagi Mekanisme pasti segera dibuat karena kami juga sedang berbenah dalam rangka menghadapi Akreditasi”  
Demikian disampaikan oleh Kabid Pelayanan RS Mojokerto, Dina Ariyani.

Di enam daerah lokasi penelitian, belum ada Rumah Sakit yang menempatkan petugas dan tempat khusus bagi masyarakat atau pasien yang akan menyampaikan keluhan. Sehingga masyarakat atau pasien sama sekali tidak tahu cara menyampaikan keluhan. Kondisi seperti ini sebenarnya diketahui dan disadari oleh pihak manajemen Rumah Sakit, tetapi ketika ditanyakan keberadaan mekanisme komplain semua menjawab akan segera kami persiapkan untuk mekanisme penanganan keluhan tersebut. Kepala Rumah Sakit tipe C di Jenepono bahkan berkomitmen dan berjanji akan segera menyiapkan mekanisme Penanganan Keluhan ini, dikarenakan dalam kurun waktu 3 bulan terakhir banyak sekali keluhan masyarakat yang masuk khususnya terkait ketersediaan obat. Proses penerbitan Surat Keputusan Direktur RS Jenepono yang sudah disahkan saat ini ditangani oleh bagian Humas RS Jenepono.



## 4.2 Sistem, Sarana dan Petugas Penanganan Keluhan di Kantor BPJS-Kesehatan

### 4.2.1 Sistem dan Sarana Penanganan Keluhan di Kantor BPJS-Kesehatan

Untuk di kantor Cabang BPJS-Kesehatan, sistem yang dibangun dalam penanganan keluhan sudah cukup bagus, terutama hal ini nampak di Kota Solo, Kabupaten Sumedang, dan Kota Mojokerto. Peneliti menggunakan pendekatan beberapa indikator untuk mempermudah pengukuran kualitas penanganan keluhan di Kantor BPJS Kesehatan. Indikator yang dibuat merujuk pada KepmenPANRB 24 Tahun 2014.

**Tabel 4.1**

**Komponen Sistem Penanganan Keluhan di Kantor BPJS-Kesehatan**

No	Kab/kota	Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6	Ind 7	Ind 8	Ind 9
1	<b>Lamongan</b>	Ada	Ada	Tidak	Tidak	Ada	Ada	Tidak	Tidak	Tidak
2	<b>Mojokerto</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Tidak	Tidak	Tidak
3	<b>Solo</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Tidak	Tidak	Tidak
4	<b>Sumedang</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Tidak	Tidak	Tidak
5	<b>Jeneponto</b>	Tidak	Ada	Tidak	Tidak	Ada	Ada	Tidak	Tidak	Tidak

Indikator 1 : SK Penetapan Petugas Penanganan Keluhan

Indikator 2 : Dasar/ Regulasi Sistem Penanganan Keluhan

Indikator 3 : Ketersediaan Petugas Khusus Penanganan Keluhan

Indikator 4 : Ketersediaan ruangan khusus penanganan keluhan

Indikator 5 : Ketersediaan sarana penyampaian keluhan

- Indikator 6 : Adanya tanggapan kembali dari penyedia layanan atas keluhan yang masuk
- Indikator 7 : Adanya publikasi keluhan yang masuk termasuk penanganannya.
- Indikator 8 : Adanya laporan rutin atas penanganan keluhan dan dipublikasikan.
- Indikator 9 : Adanya forum yang membahas keluhan masyarakat antara penyedia layanan dan pengguna layanan.

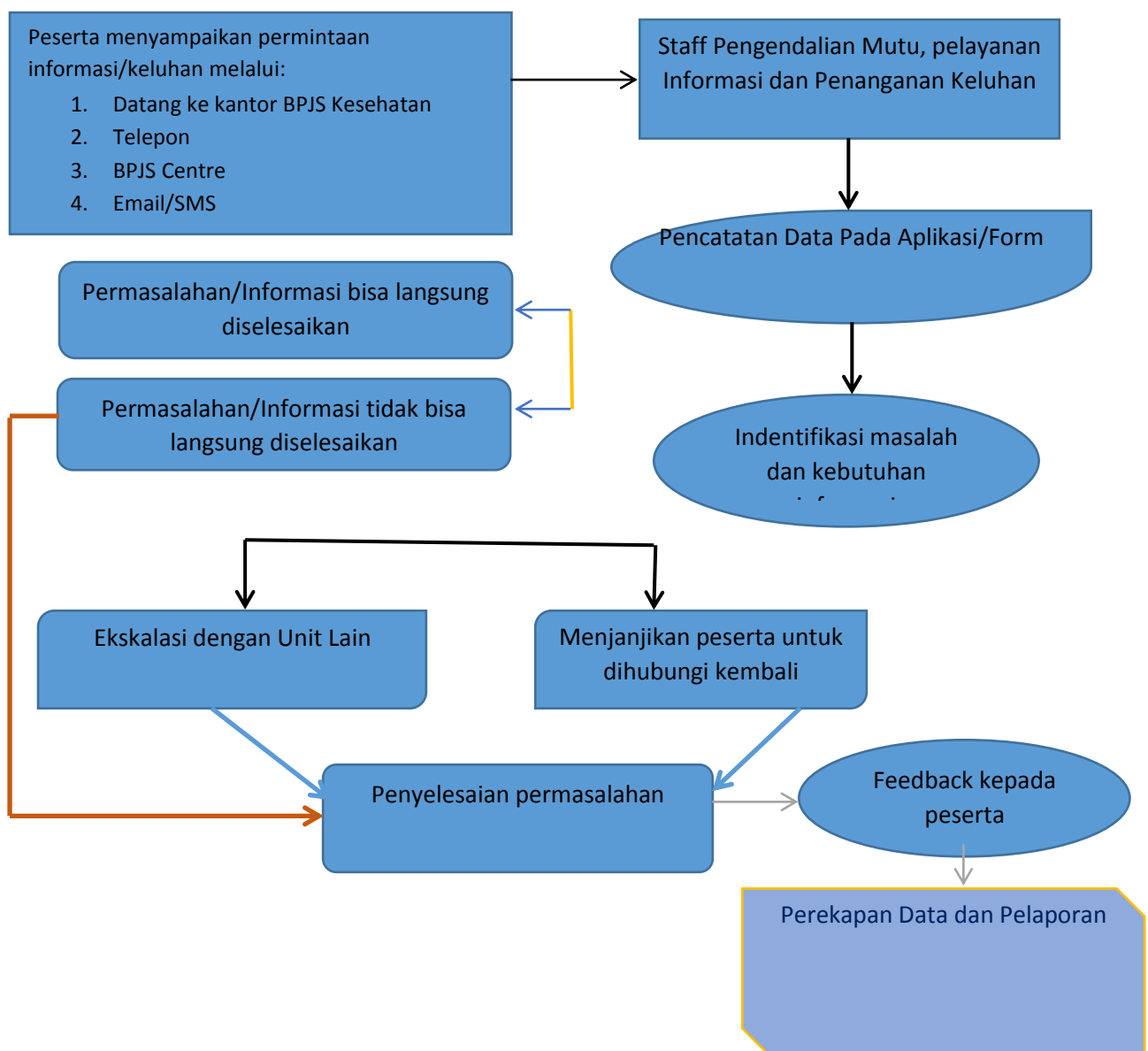
Kantor BPJS Kesehatan di lima daerah yang berhasil diwawancarai di dalam melaksanakan penanganan keluhan, bekerja berdasarkan Bisnis Proses yang secara teknis mengatur penanganan keluhan masyarakat. Dalam bisnis proses dijelaskan tahapan-tahapan ketika keluhan masyarakat disampaikan, jika keluhan bisa langsung diselesaikan oleh petugas yang ditunjuk maka keluhan dapat segera diselesaikan, tetapi jika memerlukan keterlibatan dan kewenangan pimpinan atau instansi lain, maka petugas menyampaikan untuk meminta waktu memberi jawaban atas keluhan yang masuk. Jika jawaban sudah diterima maka akan disampaikan ke pihak yang menyampaikan keluhan tersebut. Sayangnya dalam Bisnis Proses tidak dijelaskan kurun atau batasan waktu pemberian respon atas keluhan yang masuk. Jadi lama tidaknya waktu penjelasan keluhan sebagai tindak lanjut pengaduan, sangat tergantung pada isi keluhan dan kemampuan petugas penanganan keluhan.

Di enam daerah sasaran penelitian, baik keluhan maupun hasil penanganannya tidak dipublikasikan baik secara langsung maupun secara periodik setiap bulan

maupun setiap tahun oleh Kantor BPJS Kesehatan. Kondisi yang juga terjadi di semua Kantor BPJS Kesehatan di lokasi penelitian adalah tidak adanya forum khusus yang membahas keluhan masyarakat antara penyedia layanan dan pengguna layanan.

**Bagan 1 :**

**ALUR PELAYANAN PERMINTAAN INFORMASI DAN PENANGANAN KELUHAN**



Penanganan keluhan yang lebih sistematis terdapat di Kantor Cabang Solo dan Sumedang dimana masyarakat bisa datang langsung di ruangan khusus penanganan keluhan dengan mengisi formulir keluhan. Di dua daerah ini didapati adanya petugas khusus yang menangani keluhan, petunjuk dan tempat khusus juga disediakan untuk masyarakat yang akan menyampaikan keluhan secara langsung. Selain datang langsung, masyarakat dapat menyampaikan melalui SMS Centre (hotline) pada nomer khusus yang telah ditentukan, respon keluhan melalui SMS centre (hotline) melalui SMS balik pada nomer pengirim.

Sistem keluhan terkoneksi langsung yang ada di kantor cabang terhubung dengan divisi regional, sehingga keluhan bisa langsung terpantau, pun demikian dalam kurun waktu tertentu ada forum *teleconference* seminggu sekali membahas permasalahan penanganan keluhan antara kantor cabang dengan divisi regional.

“Lemahnya sosialisasi mengenai tata cara penyampaian keluhan, menyebabkan sistem penanganan pengaduan yang telah ada jarang sekali dimanfaatkan masyarakat”.

Petugas yang menangani keluhan juga pernah diberikan pelatihan khusus penanganan keluhan, termasuk pengelolaanya dan cara pelaporannya. Sedangkan sarana dan prasarana di Kantor cabang BPJS dengan merujuk bisnis proses maka semua sarana dan prasarana tersedia dengan baik, tersedia formulir penyampaian keluhan termasuk respon atau solusi untuk menyelesaikan keluhan tersebut. Tetapi lemahnya sosialisasi mengenai tata cara penyampaian keluhan, menyebabkan sistem penanganan pengaduan yang telah ada jarang sekali dimanfaatkan masyarakat.

Karena struktur di KLOK hanya ada petugas 3-4 orang yang terdiri dari Kepala KLOK, petugas Kepesertaan dan Petugas Verifikator yang ditempatkan di Rumah Sakit, maka keluhan masyarakat banyak disampaikan ke petugas verifikator yang berada di Rumah Sakit, lalu petugas verifikator menginput keluhan masyarakat untuk dikirim ke kantor Cabang.

Berbeda dengan Kantor Cabang BPJS Kesehatan, Kantor Layanan Operasional Kabupaten (KLOK) BPJS-Kesehatan, seperti di Jeneponto, tidak disediakan petugas dan ruang khusus penanganan keluhan. Karena struktur di KLOK hanya ada petugas 3-4 orang yang terdiri dari Kepala KLOK, petugas Kepesertaan dan Petugas Verifikator yang ditempatkan di Rumah Sakit, maka keluhan masyarakat banyak disampaikan ke petugas verifikator yang berada di Rumah Sakit, lalu petugas verifikator menginput keluhan masyarakat untuk dikirim ke kantor Cabang. Sehingga kantor KLOK yang membawahi satu kabupaten tidak memiliki system penanganan keluhan, karena semua langsung diinput ke penanggungjawab (PIC) Penanganan keluhan yang ada di kantor cabang atau Kepala Kantor Cabang akan turun membantu menyelesaikan permasalahan di wilayah kantor Layanan Operasional.



Gambar 2 : Kantor KLOK Kabupaten Jeneponto

Demikian pula Kantor BPJS-Kesehatan Lamongan yang juga berstatus KLO, belum ada unit khusus penangan keluhan. Penanganan keluhan, diserahkan tanggungjawabnya kepada Staf Pemasaran, Kepesertaan dan Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Pengaduan Peserta. Dalam implementasinya keluhan keluhan yang masuk langsung ditangani oleh siapa saja petugas yang ada baik di kantor maupun oleh PIC BPJS-K di masing-masing Rumah Sakit Mitra sepanjang bisa diselesaikan, jika tidak, baru dikoordinasikan kepada staf tersebut. “Jika terdapat keluhan peserta dari wilayah KLO yang langsung masuk ke Kantor Cabang, maka akan dilakukan investigasi oleh *mystery guest* yang kemudian berdasarkan laporannya pihak KLO akan diundang ke kantor Cabang untuk klarifikasi dan penyelesaian” Kata M. Dwi Rianegara Staf Pemasaran, Kepesertaan, dan Unit Pengendali Mutu Pelayanan, Pengaduan Peserta KLOK

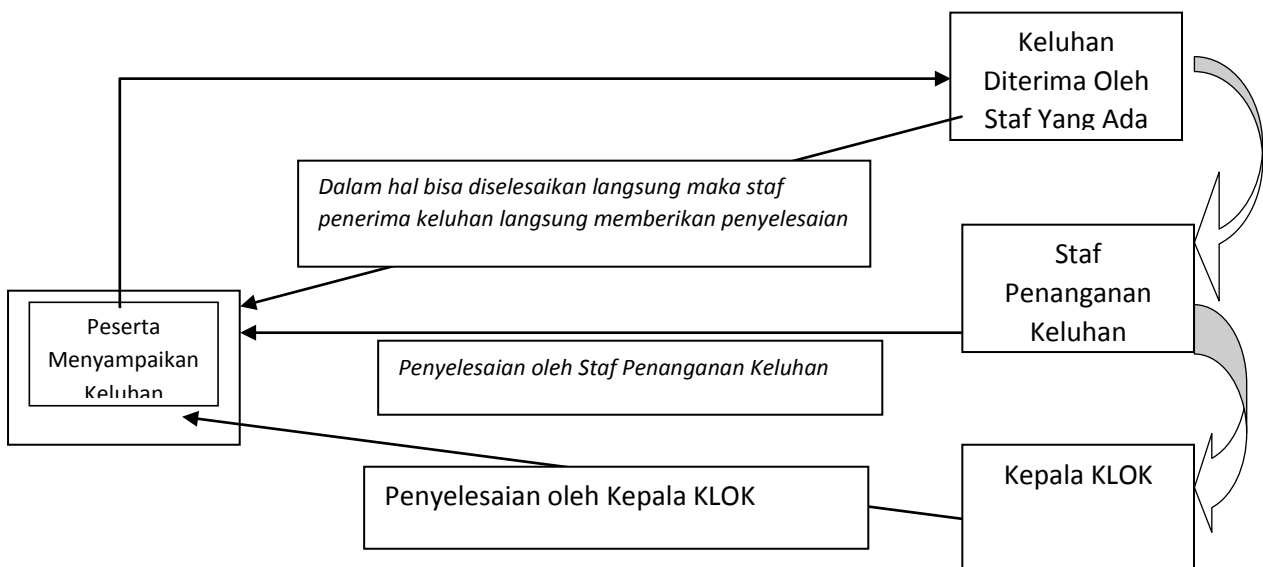
Lamongan. Keterbatasan penanganan pengaduan di KLO juga bisa dipahami karena pelatihan penanganan keluhan terbatas pada petugas penanganan keluhan di kantor cabang, belum sampai pada petugas-petugas di KLO.

“Jika terdapat keluhan peserta dari wilayah KLO yang langsung masuk ke Kantor Cabang, maka akan dilakukan investigasi oleh *mystery guest*,.. yang kemudian berdasarkan laporannya pihak KLO akan diundang ke kantor Cabang untuk klarifikasi dan penyelesaian” Kata M. Dwi Rianegara Staf Pemasaran, Kepesertaan, dan Unit Pengendali Mutu Pelayanan, Pengaduan Peserta KLOK Lamongan.

## Bagan 2 :

### Bagan Penanganan Keluhan di Kantor Layanan Operasional

#### Kabupaten Lamongan



#### **4.2.2 Petugas Penanganan Keluhan di Fasilitas Kesehatan dan Kantor BPJS Kesehatan**

Petugas khusus penanganan keluhan di fasilitas kesehatan mitra BPJS terutama di Puskesmas dan Rumah Sakit tidak ada, semua penanganan keluhan langsung ditangani sekaligus penanggungjawab keluhan oleh kepala Puskesmas, di beberapa Puskesmas dibantu oleh staff yang ada dan yang bisa menangani misalnya para kabid atau kasubag TU. Semua Puskesmas di Sumedang, Solo, Jeneponto, Semarang dan Mojokerto tidak ada petugas Penanganan Keluhan, sehingga pengguna layanan yang akan menyampaikan keluhan tidak tahu kemana dan kepada siapa keluhan disampaikan. Keluhan biasanya disampaikan langsung kepada siapa saja petugas yang ditemui, jika petugas tersebut bisa menyelesaikan masalah maka keluhan cukup sampai disitu, tetapi jika petugas tersebut tidak bisa menyelesaikan masalah maka akan dilimpahkan ke Kepala Puskesmas.

**Kepala Puskesmas Sangkrah Solo :** Kalau ada pasien yang complain akan diatasi dulu oleh petugas yang didepan, bisa petugas loket atau dokter atau lainnya, nah baru jika komplainnya berat tidak bisa diatasi maka saya yang akan turun tangan untuk menyelesaikan.

Kami masih belum punya rekapan atau laporan complain dari pasien, karena komplainnya langsung bisa kita selesaikan seketika itu

Di Rumah Sakit sebagai Faskes lanjutan hampir mirip dengan di Puskesmas, dimana tidak ada petugas khusus yang menerima keluhan, kebanyakan petugas penerima keluhan digabungkan ke unit layanan medik (Yanmed) atau Bagian Humas. Petugas di Yanmed atau Humas menerima keluhan dari petugas di loket depan jika tidak mampu mengatasi keluhan yang



ada. Jadi bisa dikatakan di Puskesmas dan Rumah Sakit di enam daerah penelitian sama sekali tidak ditempatkan petugas untuk menangani keluhan dari masyarakat atau pasien pengguna layanan.

*Gambar 3 : Mesin Antrian Kantor BPJS Kesehatan Sumedang  
dan Petugas Penanganan Pengaduan*

Sedangkan di kantor Cabang BPJS, petugas khusus penanganan keluhan ditempatkan secara khusus juga dengan ruangnya. Sehingga masyarakat yang menyampaikan keluhan bisa langsung ke ruang tersebut yang sudah ada petunjuk khusus untuk menyampaikan keluhan. Petugas tersebut juga menangani keluhan yang masuk melalui *hotline centre*. Kecuali di Jenepono dan Lamongan sebagai Kantor Layanan Operasional (KLO) maka petugas verifikasi atau petugas pemasaran merangkap petugas penanganan keluhan yang ditempatkan di Rumah Sakit, setiap keluhan yang masuk langsung diinput dalam format yang tersedia dan dikirimkan ke kantor Cabang BPJS untuk direkap dan ditindaklanjuti.

#### **Tabel 4.2**

#### **Keberadaan Petugas Khusus Penanganan Keluhan**

No	Kab/kota	Puskesmas	RSU	Kantor/ KLOK BPJS
1	Lamongan	Tidak ada	ada	Ada
2	Jeneponto	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3	Mojokerto	Ada	Ada	Ada
4	Solo	Tidak ada	Tidak ada	Ada
5	Sumedang	Tidak ada	Tidak ada	Ada
6	Semarang	Tidak ada	Tidak ada	Ada

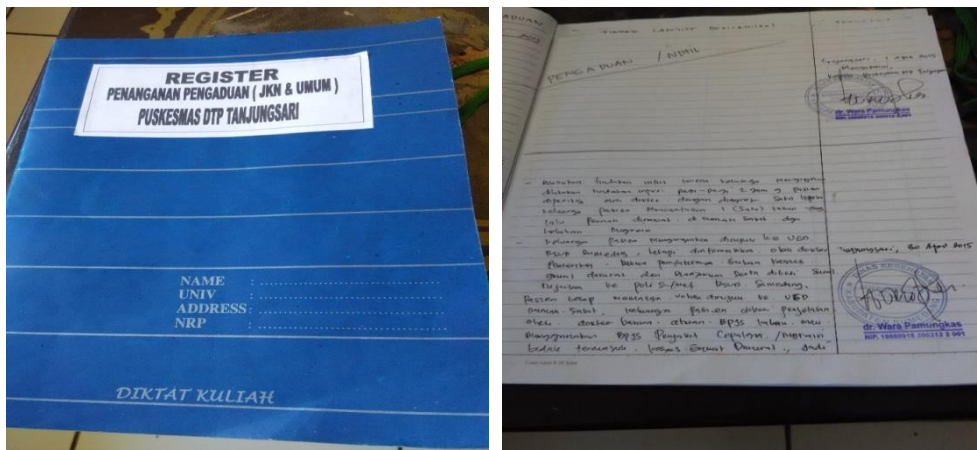
Kecuali di Kota Mojokerto, tidak ada Petugas yang khusus menerima dan menangani keluhan. Semua Petugas bisa menerima keluhan kemudian penanganannya dibahas bersama Kepala Puskesmas. Di Kota Mojokerto didapati bahwa Petugas Khusus yang ditetapkan sesuai SK Kepala Puskesmas ditugaskan menangani dan menyelesaikan keluhan. Oleh petugas ini, sepanjang keluhan dari pengguna layanan mampu ditangani, maka tindak lanjut penanganan tidak sampai melibatkan Kepala Puskesmas.

#### **4.2.3 Sistem Rekap dan Pelaporan Penanganan Keluhan.**

##### **1. Faskes mitra BPJS Kesehatan**

Di Puskesmas dan Rumah Sakit karena penanganan keluhan langsung diselesaikan, maka tidak pernah ada rekap keluhan yang masuk dari masyarakat, demikian juga dengan pelaporannya tidak pernah ada system pelaporan yang dibuat (Jeneponto, Solo dan Semarang). Hanya sebagian Puskesmas yang memiliki system rekap dan laporan penanganan keluhan (Mojokerto dan Sumedang). Semua Puskesmas banyak mengandalkan

survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) untuk mengukur tingkat kualitas layanan dari masyarakat. Survey ini sering digunakan oleh Puskesmas karena dianggap lebih mudah dan cepat dengan cara menyebarkan angket atau kuisisioner ke pengguna layanan yang datang ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Faktor lain penggunaan metode IKM ini karena sudah ditentukan oleh Peraturan Pemerintah.



*Gambar 4 : Buku Register Penanganan Pengaduan*

*Puskesmas Tanjungsari-Sumedang*

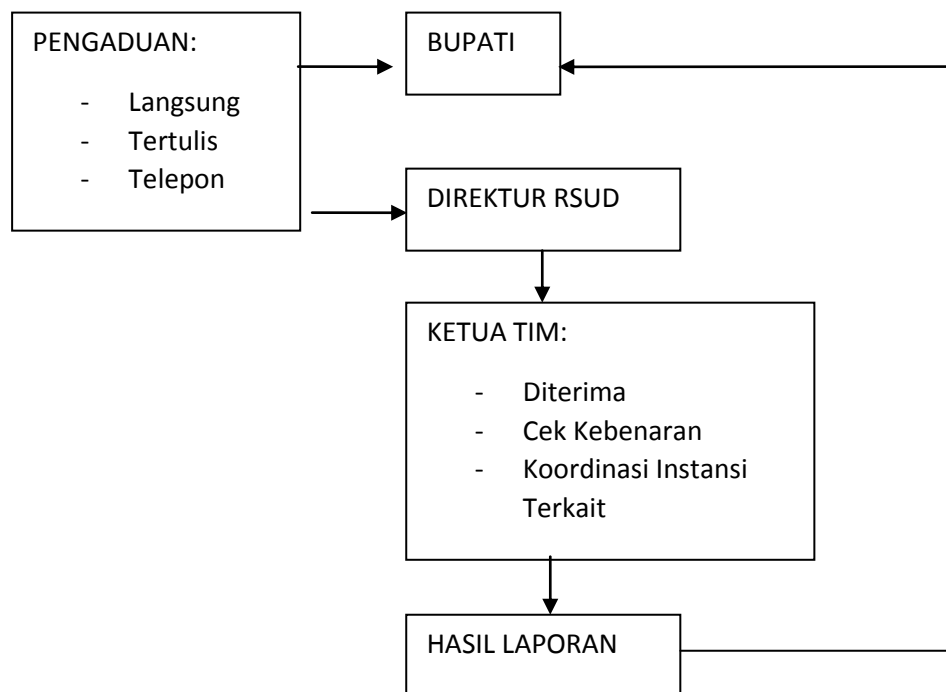
Supervisi yang dilakukan pejabat di atasnya dilakukan secara umum saja tidak pernah membahas khusus tentang penanganan keluhan dari masyarakat yang masuk. Sehingga tidak pernah ada rekapan keseluruhan atas keluhan masyarakat yang masuk, maka laporan keluhan masyarakat juga tidak pernah ada, sehingga Puskesmas dan Rumah Sakit belum memiliki sistem perencanaan yang baik dalam upaya memperbaiki layanan berdasarkan umpan balik masyarakat berbasis keluhan masyarakat. Di Lamongan, dari tiga Puskesmas sasaran juga belum melakukan perekapan maupun Laporan Keluhan Masyarakat. Sementara di RSUD perekapan daftar

keluhan serta pelaporan penyelesaiannya sudah dilaksanakan secara periodik oleh kepala sub bagian humas sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan.

**Bagan 3 :**

**Mekanisme Sistem Dan Prosedur Penanganan Pengaduan**

**RSUD dr. Soegiri Lamongan.**



**2. Kantor BPJS Kesehatan**

Untuk kantor Cabang BPJS di Solo dan Sumedang system rekap dan laporan dilakukan dengan baik. Keluhan yang masuk diinventarisir dan direkap secara rutin lalu dilaporkan kepada pimpinan sebagai bentuk laporan keluhan masyarakat. Ada jadwal tertentu dalam sebulan sekali untuk membahas keluhan-keluhan yang masuk dengan melibatkan staff dan

pimpinan terkait, baik di level kantor Cabang maupun Kantor Layanan Operasional.

Sistem *call centre* menjadi andalan utama system penanganan pengaduan di kantor BPJS Kesehatan, dengan system tersebut maka dengan mudah kantor BPJS memiliki data rekapan atas keluhan yang masuk dan dapat menyusun laporan rutinnya atas keluhan masyarakat yang masuk.

Sedangkan di Jeneponto yang masih berstatus KLOK maka system pelaporan dan rekap langsung diinput ke Kantor Cabang di Bantaeng, jadi salah satu petugas yang ditempatkan di RS Jeneponto merangkap menjadi petugas penanganan keluhan di Kabupaten Jeneponto tetapi pelaporan dan rekap langsung ditangani oleh petugas penanganan keluhan di kantor Cabang Bantaeng.

**Tabel 4.3**

**Sistem Rekap dan Pelaporan Penanganan Keluhan.**

No	Kab/kota	Puskesmas	RSU Daerah	Kantor BPJS
1	Lamongan	Tidak ada	ada	Ada
2	Jeneponto	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3	Mojokerto	Ada	Tidak Ada	Ada
4	Solo	Tidak ada	Tidak ada	Ada
5	Sumedang	Tidak ada	Tidak ada	Ada
6	Semarang	Tidak ada	Tidak ada	Ada

#### **4.3 Penilaian Masyarakat Atas Pelayanan Program JKN**

Sumber data pada bagian ini lebih banyak digali dari FGD bersama kelompok masyarakat pengguna layanan Puskesmas maupun Rumah Sakit. Dari aspek filosofis slogan JKN yang diterjemahkan melalui *Tagline* BPJS-Kesehatan “Kalau

Gotong Royong semua Tertolong”, peserta FGD sepakat bahwa JKN memiliki tujuan yang baik bagi pemerataan akses pelayanan kesehatan. Lapisan masyarakat dengan kemampuan bayar tinggi (*high payment ability*) pelayanan kesehatan, didorong untuk membantu masyarakat dengan kemampuan bayar rendah (*low payment ability*) agar mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Di sisi lain, hasil FGD di enam daerah juga mengungkapkan bagaimana Pelayanan kesehatan dalam skema JKN ini masih saja berkulat pada keluhan rendahnya kualitas pelayanan. Peserta FGD juga masih memandang lemahnya posisi pasien untuk mengetahui hak-haknya sebagai peserta JKN. Sekaligus bagaimana terdapat di enam daerah penelitian persepsi terkait berbelitnya prosedur *klaim* pembiayaan dan rujukan. Keluhan demikian tidak hanya dari pasien miskin penerima bantuan iuran (PBI), juga tidak terkecuali dinyatakan peserta JKN mandiri (non PBI).



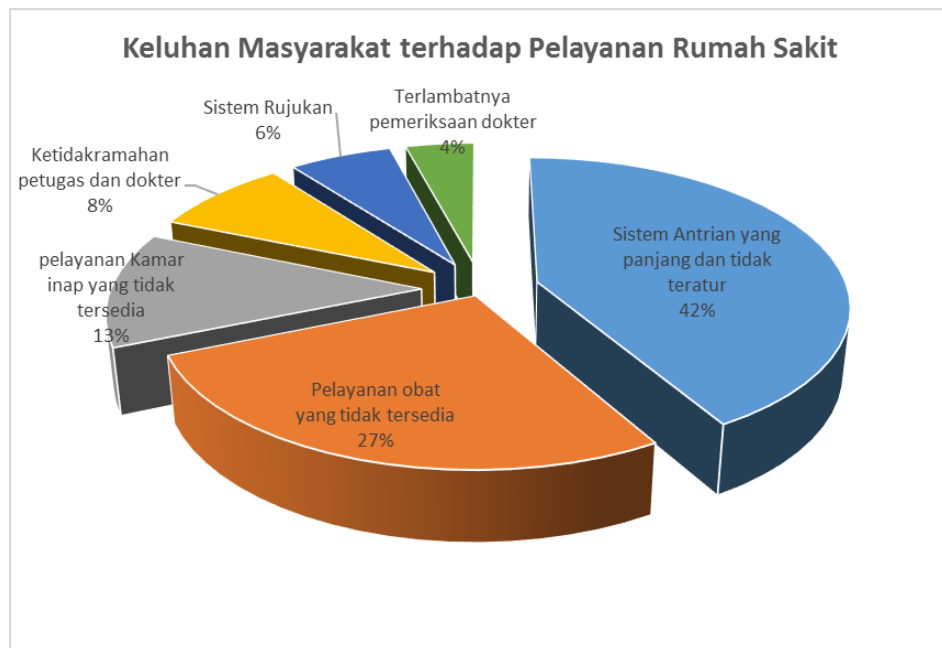
*Gambar 5 : FGD bersama warga pengguna BPJS di Kabupaten Sumedang*

Melalui FGD yang dilaksanakan di enam daerah penelitian, bisa tergambar pula bagaimana tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang paling sering dikeluhkan.

**a. Keluhan Masyarakat terhadap pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit**

Puskesmas dan rumah sakit merupakan salah satu penyedia layanan kesehatan kepada masyarakat. Kinerja Puskesmas dan rumah sakit berbanding lurus dengan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Bentuk pelayanan dan sikap petugas medis yang diberikan kepada masyarakat menjadi point penting dalam mengukur tingkat kualitas pelayanan Puskesmas dan rumah sakit. Pelayanan kesehatan ini termasuk pelayanan kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan. Tingkat kualitas pelayanan dapat diukur dengan melakukan riset yang dilakukan Prakarsa Jawa Timur terhadap 6 (enam) Kabupaten/Kota di 4 (empat) propinsi berbeda. Hasil riset tersebut menunjukkan bahwa masyarakat khususnya responden riset mayoritas mengeluhkan beberapa hal tentang sistem antrian, sistem rujukan, pelayanan obat, kinerja dokter dan petugas medis.

Beberapa keluhan responden tersebut dapat disajikan dalam grafik dibawah ini :



*Grafik 1 :Keluhan terhadap pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit*

Grafik diatas menunjukkan bahwa kinerja Puskesmas dan rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan kepada masyarakat baik masyarakat peserta BPJS Kesehatan maupun masyarakat umum masih kurang optimal. Hal ini disampaikan oleh responden yang mengeluhkan tentang pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas dan rumah sakit. Beberapa indikator tentang rendahnya kinerja dan kualitas pelayanan antara lain:

**1. Sistem antrian yang panjang dan tidak teratur**

Responden mengeluhkan sistem antrian yang terdapat di Puskesmas dan Rumah Sakit. Sistem antrian yang dimaksud adalah penanganan dan pengelolaan antrian pasien yang mendaftar dan memeriksakan kesehatannya. Di seluruh lokasi riset, sebanyak 20 responden atau 42% responden berpendapat bahwa sistem antrian di beberapa Puskesmas dan rumah sakit masih belum teratur dan sering mengalami kendala



dalam hal menumpuknya pasien yang antri mendapatkan pelayanan. Sistem antrian yang digunakan oleh Puskesmas dan rumah sakit masih manual dan hanya satu pintu. Hal ini mengakibatkan menumpuknya pasien dan lambatnya penanganan pasien. Pasien di Puskesmas dan rumah sakit juga mengeluhkan tentang antrian yang belum teratur. Antrian yang belum teratur ini mempunyai maksud bahwa pasien hanya mengumpulkan kartu berobat atau kartu rekam medis di tempat atau keranjang yang disediakan.

## **2. *Pelayanan obat yang tidak tersedia***

Pelayanan obat yang diberikan oleh Puskesmas dan Rumah Sakit sering mengalami keterlambatan. 13 responden atau 27% responden mengeluhkan terbatasnya persediaan obat yang ada di Puskesmas. *Stock* obat yang disediakan oleh Puskesmas hanya sebatas obat-obat untuk penyakit biasa. Pasien yang menderita penyakit dalam masih harus membeli obat sendiri di apotik. Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bersinggungan langsung dengan masyarakat tidak mampu menyediakan obat-obat yang dibutuhkan oleh masyarakat. Menurut responden dari pemberi layanan, berpendapat bahwa Puskesmas hanya menerima obat dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Puskesmas mempunyai keterbatasan dalam mengusulkan dan merekomendasikan persediaan obat-obatan sesuai dengan kebutuhan

masyarakat. Pemberian obat-obatan menggunakan sistem jatah per bulan. Setiap Puskesmas dan rumah sakit sudah dialokasikan anggaran untuk pengadaan obat-obatan. Prioritas obat yang seharusnya disediakan oleh Puskesmas dan rumah sakit adalah obat untuk penyakit biasa.

### ***3. Pelayanan kamar inap yang tidak tersedia***

Keluhan ini dikhususkan kepada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Pelayanan kamar inap untuk pasien ini masih sangat terbatas. Sebanyak 6 (enam) atau 13% responden berpendapat bahwa kamar inap yang disediakan di Puskesmas sangat terbatas. Bahkan, di beberapa Puskesmas belum menyediakan kamar inap untuk pasien. Kamar inap ini dibutuhkan untuk melayani pasien yang membutuhkan penanganan khusus dan yang masih dapat ditangani di Puskesmas. Responden juga mengeluhkan fasilitas dan kelayakan kamar inap yang disediakan di Puskesmas. Kamar inap yang telah disediakan sering kali tidak layak dan fasilitas medis yang disediakan juga masih belum cukup baik.

### ***4. Ketidakramahan petugas dan dokter***

Sikap tenaga medis dan dokter yang memberikan pelayanan kepada pasien juga menjadi keluhan responden. 4 (empat) atau 8% responden mengeluhkan tentang sikap dan perilaku petugas medis dan dokter saat menangani pasien. Menurut responden, sikap yang seringkali ditunjukkan oleh petugas medis dan dokter adalah tidak ramah, acuh ta acuh, kurang sabar, dan tidak mendengarkan keluhan penyakit yang diderita oleh pasien. Sikap yang kurang ramah ini menjadi perhatian responden

mengingat, petugas medis dan dokter mempunyai kewajiban dalam memberikan pelayanan prima kepada masyarakat. Pelayanan prima tidak hanya ditunjukkan pada kesembuhan pasien, namun indikator lainnya adalah sikap petugas medis dan dokter. Hal ini mengakibatkan ketidakpuasan masyarakat khususnya responden dalam menerima layanan kesehatan. Terlebih lagi, adanya perbedaan sikap yang ditunjukkan oleh petugas medis dalam menangani pasien BPJS Kesehatan dengan pasien non BPJS.

#### **5. Sistem Rujukan.**

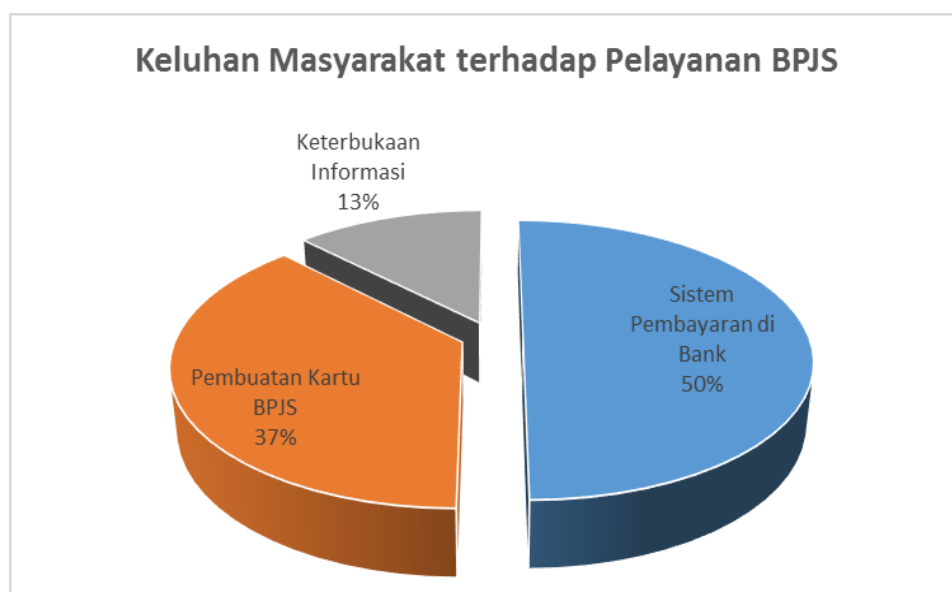
Sistem rujukan yang dimaksud disini adalah rujukan pasien BPJS Kesehatan dari Puskesmas ke Rumah Sakit. Sebanyak 3 (tiga) atau 6% responden mengeluhkan sistem rujukan yang selama ini dilakukan dari Puskesmas ke rumah sakit. Menurut responden, sistem rujukan yang dilakukan le Puskesmas dan Rumah Sakit sering tidak sesuai dengan aturan yang ada. Kesalahan pengisian formulir rujukan, ketidaksesuaian diagnosa penyakit, prosedur penerima rujukan, penolakan ruma sakit terhadap pasien rujukan merupakan beberapa masalah yang dikeluhkan oleh responden. Proses verifikasi formulir yang telah dikirimkan oleh Puskesmas ke rumah sakit masih membutuhkan waktu yang cukup lama. Kejadian yang sering dialami oleh responden adalah pasien sering ditolak oleh rumah sakit hanya karena surat rujukan yang disampaikan masih terdapat kesalahan.

## 6. Terlambatnya pemeriksaan dokter

Dari 20 (dua puluh) responden, sebanyak 2 (dua) atau 4% responden mengeluhkan pemeriksaan dokter terhadap pasien yang masih sering terlambat. Keterlambatan pemeriksaan rutin pasien rawat ini dianggap responden sebagai lemahnya pelayanan yang diberikan oleh petugas medis dan dokter terhadap pasien.

### b. Keluhan Masyarakat terhadap Pelayanan di BPJS Kesehatan

Pelayanan BPJS Kesehatan yang dimaksud disini adalah pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan ini meliputi pelayanan pembayaran, pelayanan kepesertaan, pelayanan klaim dan pelayanan keluhan. Peserta BPJS Kesehatan menyampaikan keluhan kepada BPJS Kesehatan tentang pelayanan yang telah diterima. Beberapa keluhan yang disampaikan oleh responden direpresentasikan oleh grafik dibawah ini:



Grafik 2 : Keluhan masyarakat terhadap Pelayanan di BPJS

Dari pengumpulan data yang dilakukan, peneliti menemukan 3 keluhan masyarakat terhadap pelayanan BPJS Kesehatan yaitu:

**1. Sistem Pembayaran di bank**

50% Responden mengeluhkan tentang sistem pembayaran iuran BPJS Kesehatan setiap bulan. Sistem pembayaran yang dikeluhkan adalah responden merasa keberatan apabila pembayaran iuran BPJS Kesehatan dilakukan melalui Bank yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Responden mengalami kesulitan dalam membayar iuran. Loker pembayaran yang disediakan oleh BPJS Kesehatan masih kurang maksimal. Hal ini mengakibatkan responden mempunyai tunggakan pembayaran iuran BPJS Kesehatan dengan alasan tidak tersedianya loket pembayaran dan hanya melalui bank.

**2. Pembuatan Kartu BPJS**

37% responden berpendapat bahwa pembuatan kartu peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sering mengalami keterlambatan. Selain itu, kartu BPJS Kesehatan tersebut masih terdapat kesalahan dalam penulisan biodata peserta yang tercantum dalam kartu tersebut. Keterlambatan penyerahan dan pembuatan kartu BPJS Kesehatan mengakibatkan lambatnya atau pasien BPJS Kesehatan tidak dapat menikmati pelayanan jaminan kesehatan secara gratis.

**3. Keterbukaan Informasi**

Selain itu, 13% responden mengeluhkan tentang keterbukaan informasi yang meliputi informasi terkait kebijakan JKN, prosedur pelayanan dan

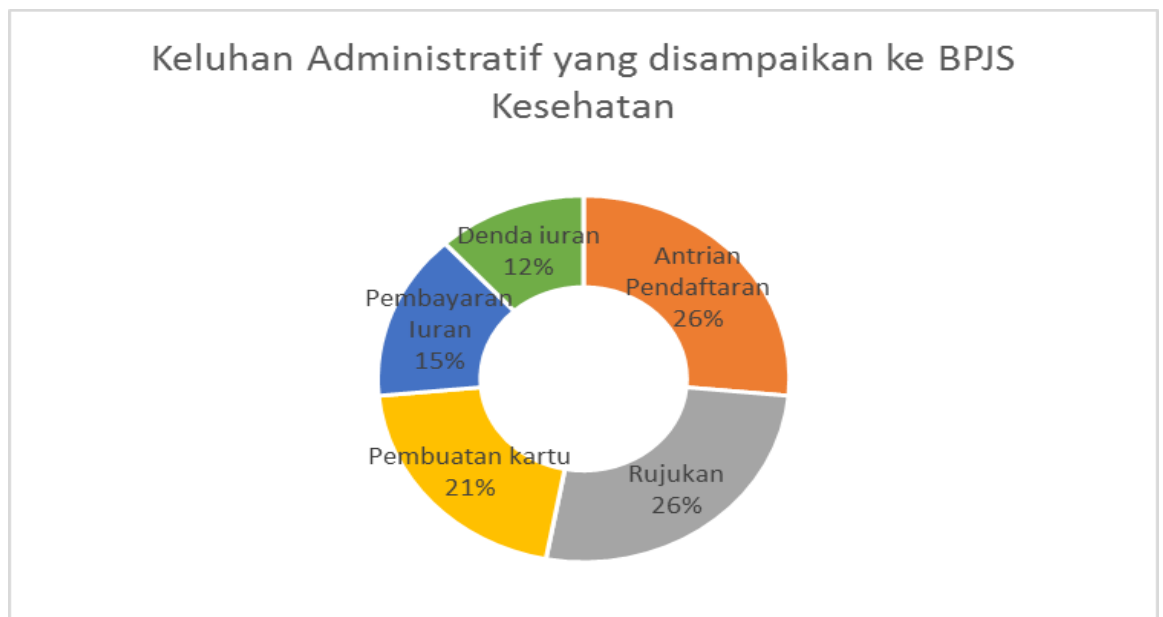
prosedur kepesertaan. Responden menyatakan bahwa BPJS Kesehatan masih sangat lemah dalam melakukan sosialisasi tentang perubahan kebijakan JKN kepada masyarakat. Responden tidak mengetahui dan tidak pernah mendapatkan informasi dari BPJS Kesehatan.

**c. Keluhan yang sering diterima BPJS Kesehatan**

Keluhan yang sering diterima oleh kantor Cabang BPJS terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

**1. Keluhan Administratif.**

BPJS Kesehatan menyampaikan bahwa keluhan administrasi yang disampaikan oleh peserta BPJS Kesehatan adalah antrian pendaftaran, administrasi rujukan, pembuatan kartu, pembayaran iuran, Denda iuran. Keluhan administrasi yang sering diterima BPJS Kesehatan digambarkan dalam grafik di bawah ini:



*Grafik 3 : Keluhan Administratif yang disampaikan ke BPJS*

26% responden menyatakan bahwa keluhan yang diterima oleh BPJS Kesehatan adalah tentang antrian pendaftaran peserta BPJS Kesehatan dan administrasi rujukan. Keluhan antrian ini disampaikan responden karena mereka masih mengalami antrian yang panjang apabila mendaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan. Penanganan pendaftar peserta BPJS Kesehatan juga masih belum maksimal karena minimnya petugas pendaftaran. Selain itu, responden mengeluhkan administrasi rujukan. Responden menyatakan bahwa masyarakat mengeluhkan administrasi rujukan yang harus dipenuhi oleh pasien BPJS Kesehatan.

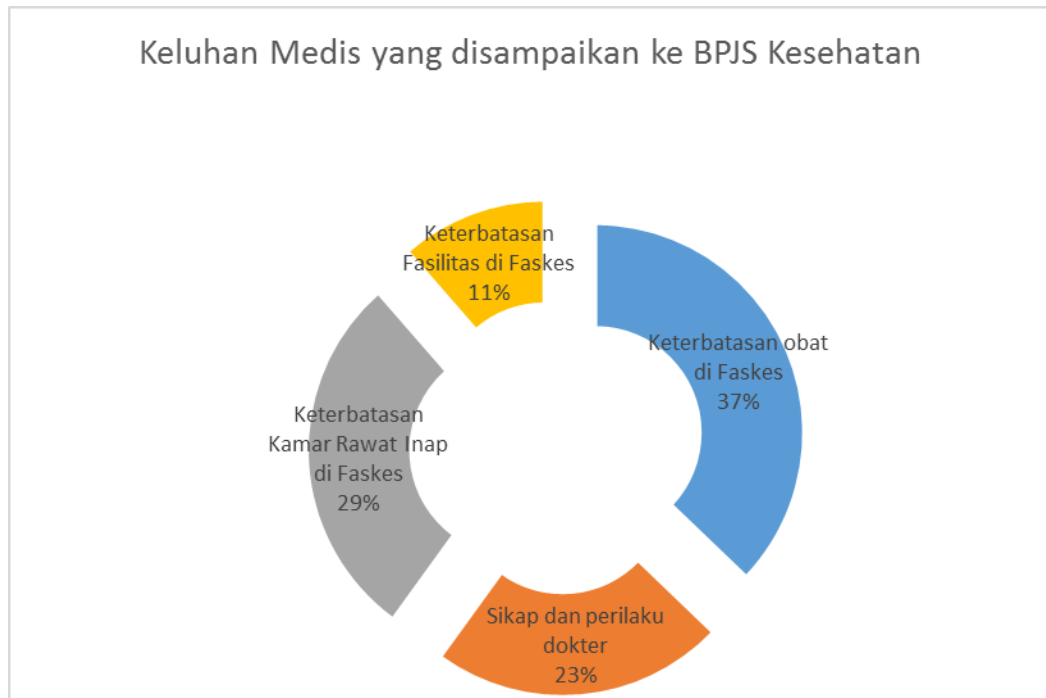
21% responden menyatakan bahwa keluhan yang diterima oleh BPJS Kesehatan adalah pembuatan kartu. Pembuatan kartu yang dikeluhkan oleh masyarakat terutama lamanya kartu yang diterima oleh peserta BPJS Kesehatan. Lamanya kartu yang diterima tersebut disebabkan karena BPJS Kesehatan masih memerlukan proses verifikasi data dan persyaratan yang lainnya. Keluhan lain yang disampaikan kepada BPJS Kesehatan adalah masalah pembayaran iuran BPJS Kesehatan. sebanyak 15% responden menyatakan bahwa masyarakat mengeluhkan sistem pembayaran iuran BPJS Kesehatan setiap bulan. Keluhan peserta BPJS Kesehatan ini disebabkan beberapa faktor yaitu jarak tempuh ke tempat pembayaran yang jauh, peserta BPJS Kesehatan tidak mempunyai rekening bank, dan masih lemahnya pemahaman peserta BPJS Kesehatan terhadap prosedur pembayaran. Berdasarkan keluhan tentang pembayaran iuran, peserta BPJS mengeluhkan tentang

denda yang harus dibayar oleh peserta BPJS Kesehatan. Sebanyak 12% responden menyatakan peserta BPJS Kesehatan mengeluhkan hal tersebut. Dengan rumitnya prosedur pembayaran, peserta BPJS Kesehatan terbebani denda yang harus dibayar sebagai konsekuensi dari keterlambatan pembayaran iuran BPJS Kesehatan.

## **2. Keluhan Medis yang disampaikan ke BPJS Kesehatan**

Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat dengan menunjuk BPJS Kesehatan sebagai pelaksana JKN. BPJS Kesehatan menjalankan program tersebut dengan beberapa pelayanan jaminan kesehatan kepada masyarakat secara langsung. Salah satu pelayanan yang diberikan adalah pelayanan medis. Pelayanan medis ini meliputi ketersediaan obat-obatan, ketersediaan fasilitas kesehatan, pelayanan dokter dan petugas medis lain, pelayanan rawat inap. Didalam menyelenggarakan pelayanan medis tersebut, terdapat beberapa keluhan yang disampaikan oleh masyarakat khususnya peserta BPJS Kesehatan. keluhan-keluhan yang disampaikan kepada BPJS Kesehatan tersebut digambarkan dalam grafik dibawah ini:





Grafik 4 : Keluhan Medis yang disampaikan ke BPJS

Penelitian yang telah dilakukan ini mempresentasikan bahwa BPJS Kesehatan menerima beberapa keluhan masyarakat terkait dengan pelayanan medis yang mereka terima. Grafik diatas memperlihatkan bahwa 37% keluhan peserta BPJS Kesehatan yang disampaikan kepada BPJS Kesehatan adalah keterbatasan obat di fasilitas kesehatan. Keterbatasan obat yang dimaksud adalah persediaan obat yang ada di Puskesmas. Peserta BPJS Kesehatan menyampaikan bahwa obat-obatan yang tersedia di Puskesmas masih sangat minim. Hal ini disebabkan obat-obatan yang disediakan di Puskesmas tersebut dialokasikan oleh Dinas Kesehatan. Puskesmas hanya menyediakan obat-obatan yang digunakan untuk pasien yang dapat ditangani oleh Puskesmas. Obat-

obatan penyakit dalam atau pun penyakit kronis lain disediakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut.

Keluhan lain adalah tentang sikap dan perilaku dokter dan petugas medis lain. 23% keluhan menyatakan bahwa peserta BPJS Kesehatan masih mengeluhkan sikap dan perilaku dokter dalam memberikan pelayanan pasien BPJS Kesehatan yang masih belum optimal. Peserta BPJS Kesehatan merasa pelayanan yang diterimanya masih kurang dan cenderung diskriminasi. Perbedaan pelayanan antara pasien BPJS Kesehatan dengan pasien non BPJS Kesehatan sangat berbeda. Sikap dan perilaku dokter ini berimbas pada kualitas pelayanan jaminan kesehatan yang diterima oleh pasien peserta BPJS Kesehatan.

Kemudian, 29% keluhan yang diterima oleh BPJS Kesehatan adalah keterbatasan kamar rawat inap di fasilitas kesehatan baik di FKTP maupun FKTL. Peserta BPJS Kesehatan mengeluhkan terbatasnya kamar rawat inap yang disediakan untuk pasien BPJS Kesehatan. Terlebih lagi, Puskesmas masih banyak yang belum mempunyai kamar rawat inap. Disamping itu, pasien BPJS Kesehatan juga mengeluhkan akses terhadap kamar rawat ini yang hanya dapat menempati kamar kelas III. Pasien BPJS Kesehatan juga mengeluhkan fasilitas yang ada di Puskesmas dan rumah sakit. 11% peserta BPJS Kesehatan menyampaikan keluhan kepada BPJS Kesehatan tentang fasilitas yang ada di Puskesmas dan rumah sakit. Peserta BPJS Kesehatan mengalami kesulitan dalam mendapatkan fasilitas medis yang dibutuhkan oleh

pasien. Maka dari itu, pasien BPJS Kesehatan sering mengalami keterlambatan pelayanan medis baik di FKTP maupun FKTL.

**Petugas Penanganan Keluhan di Kantor BPJS Sumedang :**  
Komplain yang masuk banyak dari telepon dan sms, tetapi seringkali masyarakat juga mengeluhkan pelayanan medis (obat-obatan) yang seharusnya itu adalah tanggungjawab Rumah Sakit, karena BPJS hanya mentransfer uang saja, sedangkan yang melakukan pengadaan obat-obatan adalah Faskesnya sendiri

#### **4.4 Penilaian dan Tanggapan Masyarakat Atas Tindak Lanjut Pengaduan dalam program JKN.**

Temuan-temuan berikut diperoleh dari pengakuan responden yang digali melalui FGD di enam daerah penelitian. FGD dilaksanakan bersama kalangan masyarakat, pegiat sosial di LSM yang memiliki fokus kegiatan dalam advokasi pelayanan kesehatan, sekaligus melibatkan akademisi.

##### **4.4.1 Penanganan keluhan oleh Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan**

Responden atau peserta FGD di daerah penelitian mengaku selama ini tidak merasakan manfaat atas system penanganan keluhan yang disediakan oleh Faskes mitra BPJS baik Puskesmas maupun Rumah Sakit. Penanganan keluhan terhadap pelayanan kesehatan yang telah diupayakan oleh Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan masih sangat kurang. Responden menyatakan bahwa mayoritas Faskes belum memiliki unit pengaduan masyarakat maupun menempatkan

petugas khusus untuk penanganan pengaduan. Namun hanya beberapa faskes yang sudah memiliki Tim Penanganan Pengaduan. Dengan kondisi ini, responden menilai keberadaan penanganan keluhan tidak memiliki arti dan fungsi yang maksimal dalam memperbaiki kualitas pelayanan public.

Sedangkan penilaian system penanganan keluhan di kantor BPJS selama ini cukup baik, hal ini dikarenakan kantor BPJS menyediakan ruang dan petugas khusus untuk masyarakat yang akan menyampaikan keluhan, tetapi keberadaan ruang dan petugas khusus ini kurang disosialisasikan secara maksimal terkait tata cara menyampaikan keluhan sehingga masyarakat yang menyampaikan keluhan dengan cara datang langsung ke Kantor BPJS relatif sedikit, yang banyak masyarakat menyampaikan keluhan melalui telepon (call centre) atau sms, yang memang dianggap lebih mudah dan murah. Keberadaan system penanganan keluhan melalui telpon atau sms dirasa sangat membantu masyarakat dalam menyampaikan keluhan meskipun solusi yang diberikan terkadang kurang memuaskan.

#### **4.4.2 Pengetahuan Masyarakat tentang Mekanisme Pengaduan Dan Penanganan Keluhan Pelayanan**

Sebagian besar responden di daerah penelitian mengaku tidak mengetahui adanya mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan kesehatan terutama di Faskes Puskesmas dan Rumah Sakit. Hal ini karena dibuktikan dengan lebih dari 75% responden menyatakan tidak mengetahui mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan kesehatan di Faskes.

Hal ini disebabkan baik Puskesmas maupun rumah sakit belum pernah sekali pun mengadakan sosialisasi ke masyarakat atau pengguna.

Sedangkan mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan di Kantor BPJS, menurut peserta FGD, sudah banyak diketahui masyarakat. Mekanisme yang sering dipilih adalah melalui telpon dan SMS karena dianggap paling efektif. Sedangkan tata cara menyampaikan keluhan dengan datang langsung ke kantor BPJS masih relative sedikit. Akan tetapi, responden lebih sering menyampaikan keluhan ke petugas BPJS yang berada di Rumah Sakit. Jadi keberadaan mekanisme keluhan dan penanganannya banyak diketahui masyarakat yang berada di Rumah Sakit karena sekaligus melakukan pemeriksaan kesehatan di RS tersebut. Keluhan yang disampaikan oleh masyarakat adalah terkait dengan pelayanan rumah sakit, bukan keluhan terkait dengan layanan BPJS. Hal ini disebabkan rumah sakit tidak mempunyai sistem penanganan keluhan yang baik.

Dari sejumlah pendapat responden tersebut, Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan seharusnya mempunyai langkah-langkah untuk mengatasi kurangnya pengetahuan tentang mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan kesehatan. Langkah-langkah antisipasi kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap penanganan pengaduan adalah *pertama*, menetapkan dan mengimplementasikan standar kinerja yang dikomunikasikan kepada pelanggan. *Kedua*, mengkomunikasikan pentingnya penanganan keluhan layanan kepada seluruh jajaran organisasi, mulai dari pimpinan sampai staf lini depan. *Ketiga*, memberikan pemahaman kepada pelanggan mengenai cara menyampaikan keluhan, baik melalui brosur, pamflet, maupun buku petunjuk khusus berisi informasi lengkap mengenai prosedur penyampaian dan penanganan keluhan.

*Keempat*, memanfaatkan dukungan teknologi seperti customer call centers dan internet untuk memberikan kemudahan dan akses 24 jam yang efektif.

#### **4.4.3 Upaya Faskes/Kantor BPJS kesehatan dalam mensosialisasikan mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan.**

Sebagaimana pengakuan responden yang digali melalui FGD di enam daerah penelitian, upaya sosialisasi yang dilakukan oleh Faskes Puskesmas terkait dengan mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan masih kurang maksimal. Responden menyatakan tidak pernah mengetahui adanya sosialisasi tentang mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan pelayanan baik dari Faskes maupun Kantor BPJS. Hal ini disebabkan faskes Puskesmas dan rumah sakit tidak melakukan sosialisasi mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan secara khusus. Sosialisasi dilakukan bersamaan dengan kegiatan sosialisasi materi atau topik lainnya. Sebagai contoh di Puskesmas Sangkrah Kota Solo, Kepala Puskesmas memiliki media yang bisa melibatkan masyarakat yaitu melalui pertunjukan wayang kulit. Dalam kegiatan pertunjukan wayang kulit tersebut, kepala Puskesmas merangkap sebagai dalang dan ditengah pertunjukan, mensosialisasi program-program Puskesmas termasuk didalamnya mensosialisasikan penanganan pengaduan pelayanan Puskesmas Sangkrah. Sehingga responden menganggap faskes tidak melakukan sosialisasi mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan.

Sedangkan untuk Faskes Rumah Sakit, pengakuan peserta FGD juga menyatakan belum adanya media sosialisasi dari pihak Rumah Sakit terkait mekanisme keluhan dan penanganan keluhan pelayanan. Di setiap Rumah Sakit,

pihak yang bertanggung jawab menangani keluhan berbeda-beda. Rumah Sakit Jeneponto menugaskan Bagian Humas dan Rumah Sakit di Mojokerto menugaskan Bagian Pelayanan Medik (Yanmed) sebagai perwakilan rumah sakit dalam menangani keluhan masyarakat. Kegiatan sosialisasi tentang mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan hanya sebatas kepada pengunjung yang mengeluhkan layanan kesehatan di rumah sakit. Sosialisasi baik berupa media visual berupa spanduk ataupun papan informasi tidak pernah digunakan oleh pihak rumah sakit. Responden menyatakan bahwa mereka tidak pernah mengetahui upaya rumah sakit dalam mensosialisasikan alur dan tata cara menyampaikan dan menangani keluhan dari pengunjung.

**Kepala RS Jeneponto :** Kami siap akan melaksanakan penanganan pengaduan masyarakat, karena 3 bulan terakhir ini banyak sekali complain yang masuk ke kami terkait masalah obat-obatan

**Bagian Humas RS Jeneponto :** Kami sudah memiliki SK tim Penanganan Pengaduan, kami sudah merencanakan untuk melaksanakan system penanganan pengaduan di RS ini, kami merasakan memang kotak saran yang ada tidak efektif sama sekali

Sedangkan sosialisasi mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dilakukan bersamaan dengan sosialisasi program BPJS Kesehatan. Seperti yang dilakukan oleh Kantor BPJS Sumedang, Jeneponto dan Solo, mereka diundang oleh instansi-instansi tertentu untuk menjelaskan program-program BPJS Kesehatan sekaligus mensosialisasikan mekanisme keluhan dan penanganan pengaduan layanan. Selain itu, Kantor Cabang BPJS Kesehatan Solo dan Sumedang seringkali melakukan koordinasi

dengan Faskes mitra BPJS Kesehatan dan Dinas terkait di lingkungan Pemerintah Daerah setempat yang kemudian dimanfaatkan BPJS Kesehatan untuk melakukan sosialisasi mekanisme keluhan dan penanganan pengaduan.

Upaya yang dilakukan baik Puskesmas, rumah sakit maupun BPJS Kesehatan dalam melakukan sosialisasi mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan tidak dilakukan secara baik. Responden menyatakan bahwa kegiatan sosialisasi yang selama ini dilakukan tidak efektif dalam memberikan pengetahuan masyarakat tentang alur dan tata cara pengaduan dan penanganan keluhan. Mayoritas responden tidak terlibat langsung dalam kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh faskes maupun BPJS Kesehatan. Responden mengharapkan adanya upaya dalam memperbaiki mekanisme pengaduan dan penanganan keluhan baik media sosialisasi maupun intensitas pelaksanaan sosialisasi tersebut.

#### **4.4.4 Kepercayaan Terhadap Faskes**

Peserta FGD di 6 daerah sebagian besar sependapat bahwa lemahnya penanganan keluhan dan pengaduan yang tidak tertata baik sangat mempengaruhi kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan Faskes mitra BPJS Kesehatan. Di Sumedang, ada salah satu responden yang saat diwawancarai marah-marah dengan Puskesmas karena responden merasa Puskesmas tidak mampu menangani anggota keluarganya yang sakit sehingga mengakibatkan salah satu anggota keluarga meninggal. Keluhan yang disampaikan oleh responden tidak ditangani dengan baik oleh pihak Puskesmas. Keluhan yang disampaikan tidak direspon dan cenderung diabaikan oleh Puskesmas.



Responden tersebut merasa sudah tidak percaya dengan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas.

**Pasien Puskesmas Tanjungsari Sumedang :** Saya merasakan pelayanan di Puskesmas Rawat Inap ini sangat jelek dan kotor, pernah orang tua saya opname disini tetapi Kamar ianpanya sangat kotor sekali, Toiletnya jorok, lampunya mati, ketika saya melakukan complain ke petugas Puskesmas, malah saya yang dibilangin sok cerewet. Bahkan orang tua saya meninggal dunia setelah terlambat di bawa ke RS di Sumedang

Mekanisme pengaduan yang disampaikan oleh pengguna layanan sering tidak mendapatkan respon dari Puskesmas maupun rumah sakit. Responden memandang bahwa keluhan yang disampaikan tidak bermanfaat terhadap peningkatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit. Hal ini juga terjadi di BPJS Kesehatan, keluhan yang seringkali disampaikan dan tidak mendapatkan respon yang memuaskan, menimbulkan ketidakpercayaan masyarakat terhadap mutu dan kualitas pelayanan BPJS Kesehatan. Keluhan masyarakat terhadap pelayanan kantor BPJS Kesehatan yang seringkali disampaikan adalah terkait Sistem pembayaran di bank, system iuran, dan cara pendaftaran peserta BPJS. Responden mengaku sering hanya mendapatkan jawaban dari pihak BPJS Kesehatan bahwa BPJS Kesehatan hanya sebagai pelaksana kebijakan. Keluhan tentang sistem pembayaran iuran BPJS dan persyaratan pendaftaran peserta BPJS tidak dapat ditindaklanjuti oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan berdalih bahwa mekanisme dan prosedur pelayanan BPJS Kesehatan berpusat dari Kementerian Kesehatan.

Dari hasil wawancara dan diskusi dengan responden, penanganan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan mempengaruhi kepercayaan

responden terhadap Puskesmas, rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Kualitas dari penanganan keluhan menjadi salah satu indikator untuk menentukan kualitas pelayanan sebuah lembaga penyedia layanan. Karena mekanisme penanganan pengaduan/komplain diperlukan untuk mempertahankan pengguna layanan, menumbuhkan kepercayaan pengguna layanan, dan memperbaiki pelayanan kesehatan berdasarkan dari keluhan yang disampaikan oleh pengguna layanan di Puskesmas, rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

#### **4.4.5 Saran Masyarakat Untuk Meningkatkan Efektifitas Penanganan Pengaduan**

Peserta FGD hampir semua mensepakati bahwa Puskesmas, rumah sakit, dan BPJS Kesehatan harus mempunyai tempat dan petugas khusus dalam menerima dan menangani keluhan tentang pelayanan yang diberikan. Tanggapan responden ini sesuai dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 24 tahun 2014 yang menyatakan bahwa setiap instansi penyedia pelayanan bagi masyarakat wajib menyediakan petugas untuk penanganan keluhan pelayanan.

Setiap faskes, baik Puskesmas dan rumah sakit, membentuk Unit Penanganan Pengaduan dan mempunyai prosedur kerja yang jelas. Hal ini untuk mengantisipasi keluhan yang disampaikan oleh masyarakat agar tertangani dengan cepat dan efektif. Selain itu, instansi di atas Faskes seperti Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan di daerah seharusnya melakukan supervisi terkait sistem dan mekanisme penanganan keluhan pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit. Selain membentuk Unit Penanganan Pengaduan, Puskesmas dan rumah sakit seharusnya membentuk forum stakeholders yang melibatkan

masyarakat pengguna layanan, pembuat kebijakan, dinas terkait untuk bersama-sama membuat mekanisme keluhan dan penanganan pengaduan layanan.

Pengelolaan pengaduan masyarakat khususnya melalui telepon dan SMS oleh Kantor BPJS Kesehatan dipandang responden sudah berjalan dengan baik, tetapi perlu ditingkatkan dalam penanganan keluhan dengan menggunakan metode datang langsung dengan cara membentuk sebuah forum yang melibatkan masyarakat dan stakeholder pelayanan BPJS, sehingga masyarakat memiliki ruang dan kesempatan yang cukup banyak dalam menyampaikan keluhan.

#### **4.4.6 Peran Serta Masyarakat untuk meningkatkan efektifitas penanganan pengaduan.**

Garis besar hasil FGD di enam daerah menunjukkan bagaimana peran aktif masyarakat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan mutal dilakukan. Melalui lembaga-lembaga atau forum yang terbentuk, agar masyarakat lebih aktif dalam menyampaikan keluhan. Peserta FGD sepakat bila terdapat upaya penyampaian keluhan dari masyarakat maka perbaikan layanan dapat memiliki dasar yang akurat. Jika masyarakat mampu memberikan masukan dan keluhan untuk peningkatan perbaikan layanan maka Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan akan memiliki dasar perencanaan dan perbaikan layanan yang disediakan.

Responden juga menyampaikan bahwa keterlibatan masyarakat dalam perumusan program dan kegiatan di Puskesmas sangat diperlukan untuk meningkatkan aksesibilitas dan meningkatkan pelayanan Puskesmas kepada masyarakat. Mekanisme pengaduan dan penanganan pengaduan harus dibahas bersama-sama masyarakat sehingga sistem penanganan pengaduan berjalan

lebih efektif. Masyarakat tidak boleh lagi bersifat apatis dan bersikap tidak mau repot dengan urusan pengaduan. Masyarakat harus turut andil agar menciptakan pengelolaan pengaduan yang komprehensif dan sistimatis. Kesadaran masyarakat untuk berperan aktif menggunakan layanan pengaduan dalam menyampaikan pengaduannya dapat mendorong Faskes/Kantor BPJS meningkatkan kualitas pelayanannya dan memenuhi amanat UU 25 tahun 2009 tentang Pelayanan publik.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

1. Sistem penanganan pengaduan di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) sebagai fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan belum berjalan sebagaimana ketentuan penyelenggaraan JKN maupun pelayanan publik. Di Puskesmas, pengaduan pasien peserta BPJS ditangani langsung oleh Kepala Puskesmas, ataupun langsung ditanggapi staf yang kebetulan bertugas, tanpa keterampilan maupun penunjukkan khusus sebagai petugas pelayanan pengaduan. Meski ada ketetapan dari pimpinan RSUD tentang keberadaan tim penanganan pengaduan, pelaksanaan penanganan dan tindaklanjut pengaduan di Rumah sakit hanya ditangani oleh petugas di loket depan. Ketetapan kepala Puskesmas maupun Direktur RSUD dalam bentuk Surat Keputusan tim penanganan pengaduan juga tidak bisa dijalankan karena di enam daerah penelitian, tidak ada Puskesmas dan RSUD yang telah menetapkan prosedur standar (SOP) yang mengatur tentang Penanganan Keluhan masyarakat.
2. Ketiadaan sistem atau prosedur standar penanganan dan tindak lanjut pengaduan ini menyebabkan di 6 daerah penelitian sulit ditemukan Puskesmas dan RSUD yang telah secara efektif melaksanakan rekapitulasi dan pelaporan tentang keluhan masyarakat sebagai bahan evaluasi secara periodik. Meski Puskesmas dan RSUD sebagian besar berdalih bahwa

pengukuran kepuasan pelanggan mereka lebih mengandalkan survey IKM, hal ini tentunya tidak cukup akurat dan efektif. Di sinilah letak persoalannya, tanpa adanya upaya rekap dan pelaporan maka keluhan masyarakat belum dipandang penting oleh Puskesmas dan RSUD sebagai bahan evaluasi kinerja, peningkatan kinerja dan perencanaan program kerja. Artinya, paling tidak di 6 daerah lokasi penelitian, tindaklanjut penanganan keluhan masyarakat terkait program JKN belum efektif mempengaruhi perencanaan program maupun penyelenggaraan JKN di Faskes mitra BPJS Kesehatan.

3. Sistem penanganan pengaduan JKN di Kantor BPJS Kesehatan didasarkan pada Bisnis Proses yang mengatur secara sistematis prosedur dan alur penanganan pengaduan. Pada 4 Kantor Cabang BPJS Kesehatan (Solo, Semarang, Mojokerto, Sumedang) telah disediakan ruangan dan petugas khusus pengaduan, sekaligus SMS Centre seperti di Semarang dan Solo. Sistem keluhan di Kantor BPJS adalah datang langsung dan via hotline atau sms centre. Sistem pengaduan pada tingkat kantor cabang memang telah memadai, namun dalam implementasinya sistem tersebut cukup sulit diterapkan di Kantor Layanan Operasional Kabupaten (KLOK) BPJS Kesehatan. Seperti KLOK Lamongan dan Jenepono, dengan kepesertaan BPJS Kesehatan yang semakin meningkat namun sistem penanganan keluhan lebih banyak bergantung pada keputusan dari kantor cabang.
4. Di dalam pelaksanaan penanganan pengaduan, Kantor BPJS Kesehatan telah mendasarkan diri pada ketersediaan sesuai 9 indikator terkait pengaduan pelayanan publik dalam KepmenPANRB 24 Tahun 2014. Kantor BPJS Kesehatan juga telah menerapkan sistem laporan periodik kepada atasan

terkait keluhan yang masuk dari masyarakat. Namun efektifitas sistem penanganan pengaduan dipandang masyarakat masih perlu ditingkatkan. Hal ini terutama dari kurangnya sosialisasi BPJS Kesehatan kepada masyarakat terkait mekanisme pengaduan yang ada.

5. Terbatasnya sarana penyampaian pengaduan dalam program JKN, khususnya di tingkat Faskes mitra BPJS Kesehatan menyebabkan menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap kemanfaatan JKN. Masyarakat memandang penting agar BPJS Kesehatan dan Faskes mitranya lebih mengoptimalkan sosialisasi prosedur pelayanan dan hak-hak peserta BPJS Kesehatan melalui forum pengguna dan penyedia layanan. Pertemuan “pengguna dan penyedia” layanan dipandang masyarakat akan mampu mendorong keterbukaan manajemen dan prinsip akuntabilitas yang berujung pada perbaikan kualitas layanan JKN.

## **5.2. Rekomendasi**

Untuk meningkatkan efektifitas penanganan pengaduan oleh Faskes maupun Kantor BPJS harus melakukan beberapa hal antara lain;

1. Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan mengalokasikan sumber daya manusia dan infrastruktur yang memadai untuk pengembangan dan penyempurnaan sistem penanganan pengaduan.
2. Adanya komitmen dari Faskes dan BPJS Kesehatan untuk menyelesaikan masalah pengaduan dalam rangka peningkatan kualitas layanan.

3. Faskes dan Kantor BPJS Kesehatan menginformasikan secara jelas dan akurat kepada pengguna layanan tentang tata cara penyampaian komplain dan pihak-pihak yang dapat dihubungi untuk menangani keluhan tersebut.
4. Faskes dan Kantor BPJS harus menjamin bahwa pengguna layanan secara bebas, mudah, dan murah dapat menyampaikan pengaduan.
5. Prosedur pengaduan yang dirumuskan oleh Puskesmas, rumah sakit dan BPJS Kesehatan harus sederhana dan mudah dipahami oleh masyarakat.
6. Setiap pengaduan yang diterima oleh faskes dan BPJS Kesehatan harus ditangani secepat mungkin. Rentang waktu penyelesaian yang realistis diinformasikan kepada pengadu. Selain itu, setiap perkembangan atau kemajuan dalam penanganan pengaduan yang sedang diselesaikan senantiasa dikomunikasikan kepada pengadu yang bersangkutan.
7. Setiap pengaduan mendapatkan perlakuan sama atau adil, tanpa membedakan latar belakang pengadu. Menjaga kerahasiaan keluhan dan data mengenai komplain disusun sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk rekapitulasi pengaduan sebagai upaya perbaikan berkesinambungan.
8. Kementerian Kesehatan hendaknya menekankan persyaratan terkait implementasi sistem penanganan keluhan dalam penilaian akreditasi RSUD dan Puskesmas.



## **DAFTAR PUSTAKA**

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (JSN)

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial,

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan

Peraturan Pemerintah nomer 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik.

KemenPANRB Nomer 24 Tahun 2014 Pedoman Penyelenggaraan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Secara Nasional