

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kondisi kesehatan di Indonesia terbilang buruk, hal tersebut bisa dilihat dari *Life Expectationat birth* (LE) atau umur harapan hidup waktu lahir masyarakat Indonesia yang masih rendah. Umur harapan hidup waktu lahir adalah suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup yang akan dicapai oleh penduduk sejak lahir.

Penyebab buruknya aspek kesehatan di Indonesia adalah tidak meratanya pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerataan dalam aspek kesehatan sangat sulit dicapai di Indonesia mengingat kondisi geografis Indonesia yang berpulau-pulau yang membuat pembangunan fasilitas kesehatan pada daerah-daerah tertentu masih sangat kurang. Hal tersebut diperparah dengan kesenjangan ekonomi rakyat Indonesia membuat hanya masyarakat berpenghasilan tinggi yang mampu menjangkau biaya kesehatan yang cenderung mahal. Sedangkan, masyarakat yang berpenghasilan rendah tidak dapat menjangkau biaya layanan kesehatan sehingga muncul diskriminasi pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, pemerintah pada tahun 2004 mengeluarkan Undang-Undang no.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh rakyat indonesia. salah satu program dari SJSN adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Pada tanggal 01 Januari 2014 PT Asuransi Kesehatan akan bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia termasuk warga asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia.

BPJS sebagai salah satu perusahaan milik negara yang bergerak di bidang penyelenggaraan asuransi secara nasional, yang dalam pelaksanaannya mengacu pada UU No. 40 Tahun 2004 dan UU Nomor 24 tahun 2011. Sesuai UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. Sedangkan berdasarkan UU No 24 tahunm 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia diantaranya lembaga Asuransi jaminan kesehatan PT. Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenakerjaan PT. Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan membukukan kinerja yang semakin baik. Pertumbuhan tersebut terlihat dari naiknya jumlah peserta. Sesuai data BPJS Kesehatan pada akhir 2013 jumlah peserta sebanyak 116.122.065 jiwa. Jumlah peserta BPJS Kesehatan terus meningkat hingga mencapai 130.286.703 jiwa pada tahun 2014. Dan hingga tahun 2015 jumlah peserta BPJS Kesehatan terus meningkat hingga 157.400.000 jiwa.

Peningkatan jumlah peserta BPJS Kesehatan pada setiap tahunnya berbanding terbalik dengan kenyataan bahwa pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada pasien masih kurang baik. Hal ini ditandai dengan jumlah panggilan yang masuk

ke *call center* BPJS Kesehatan terus menunjukkan peningkatan yang tajam. Data yang terecam di *call center* pada 2013 tercatat 27.119 panggilan. Lalu pada 2014 meningkat tajam menjadi 483.215 panggilan. Sementara pada bulan Juni 2015 jumlah panggilan yang dilakukan ke *call center* tercatat 438.311 panggilan dan 67% panggilan yang masuk merupakan panggilan yang mengadukan keluhan.<sup>1</sup>

Menurut Direktur Kepesertaan dan Pemasaran BPJS Kesehatan Sri Endang Tidarwati keluhan yang paling sering diadukan antara lain pelayanan administrasi, pelayanan medis, maupun non medis, biaya di luar ketentuan serta pelayanan obat.

Pandangan pasien terhadap pelayanan BPJS Kesehatan masih kurang baik. Hal ini ditandai dengan adanya isu yang berkembang di media elektronik tentang keluhan dari masyarakat bahwa adanya perbedaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien umum dibandingkan dengan pasien BPJS dimana pihak rumah sakit lebih mengutamakan pasien umum dibandingkan pasien peserta BPJS Kesehatan.

Peningkatan jumlah pengaduan ke *call centre* BPJS Kesehatan dan pandangan pasien terhadap pelayanan BPJS Kesehatan tersebut merupakan indikator belum stabilnya tingkat kepuasan pasien BPJS. Rendahnya pelayanan medis maupun non medis yang diberikan menimbulkan anggapan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien pengguna BPJS masih kurang baik. BPJS Kesehatan sebagai

---

<sup>1</sup> <http://poskotanews.com/2015/07/08/bpjs-kesehatan-layani-pengaduan-call-center>

Penyelenggara Jaminan Kesehatan seharusnya mampu menuntut tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien sehingga masyarakat mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu.

Kepuasan pelanggan adalah sebagai perasaan suka/tidak seseorang terhadap suatu produk setelah ia membandingkan prestasi produk tersebut dengan harapannya (Kotler 2005:36). Kepuasan pelanggan adalah indikator utama dari standar suatu fasilitas kesehatan. Mutu pelayanan merupakan suatu ukuran kepuasan pelanggan. Sedangkan sikap karyawan terhadap pelanggan juga akan berdampak terhadap kepuasan pelanggan dimana kebutuhan pelanggan dari waktu ke waktu akan meningkat, begitu pula tuntutan akan mutu pelayanan yang diberikan.

Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, efisien dan lebih efektif. Pelayanan dalam hal ini di artikan sebagai jasa atau service yang disampaikan oleh pemilik jasa yang berupa kemudahan, kecepatan, hubungan, kemampuan dan keramah-tamahan yang ditujukan melalui sikap dan sifat dalam memberikan pelayanan untuk kepuasan pelanggan. Berikut ini adalah 5 dimensi kualitas pelayanan adalah empathy , tangible , reliability , responsiveness , assurance.

Sebagai Penyelenggara Jaminan Kesehatan maka BPJS Kesehatan diharapkan mampu menuntut tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dengan baik, dalam rangka mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Atas dasar tersebut, penulis memberi judul Karya

Ilmiah ini “**ANALISIS KEPUASAAN PASIEN PESERTA BPJS KESEHATAN (BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL)**”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bedasarkan latar belakang masalah diatas maka penulis merumuskan yang menjadi pokok permasalahan yaitu bagaimanakah kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)?

## **C. Tujuan dan Manfaat**

Tujuan dari penulisan adalah untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien peserta BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

Dari analisis ini diharapkan dapat bermanfaat serta memberikan kontribusi bagi Penulis, Universitas Negeri Jakarta (UNJ), khususnya Prodi DIII Pemasaran pada Fakultas Ekonomi (FE), BPJS Kesehatan, dan pembaca secara umum.

### **1. Bagi Penulis**

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan guna mempratekan teori dan ilmu pengetahuan praktis yang belum diperoleh dibangku perkuliahan.

### **2. Bagi Perusahaan**

Memberikan sumbangan pemikiran bagi perusahaan yang bersangkutan dalam hal jaminan kesehatan.

### **3. Bagi Fakultas**

Sebagai syarat menyelesaikan pendidikan AMD Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Jakarta. Disamping itu dapat menambah ilmu pengetahuan bidang ilmu manajemen dan melatih penulis untuk dapat menerapkan teori-teori yang diperoleh

di bangku perkuliahan serta untuk menanamkan perbendaharaan dan sekaligus menambah referensi .

#### 4. Bagi Pembaca

Hasil analisis ini diharapkan juga dapat menambah bahan informasi dan referensi penulis lain yang akan menyusun Karya Ilmiah.