

## **BAB II**

### **PROFIL OBJEK PENELITIAN**

#### **A. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)**

Berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka pada tanggal 1 Januari 2014 PT Askes (Persero) bertransformasi kelembagaan menjadi BPJS Kesehatan. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban.

Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat, Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden dan PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan. BPJS berkantor pusat di Jl. Proklamasi no 94 A, Pegangsaan, Jakarta Pusat. BPJS Kesehatan memiliki kantor perwakilan ditingkat provinsi serta kantor cabang ditingkat kabupaten kota. BPJS Kesehatan kota Yogyakarta sendiri sebagai kantor cabang utama yang beralamatkan di jalan Gedong Kuning 130A Yogyakarta, sedangkan 4 kabupaten lainya yang ada di DIY yaitu Kulon Progo, Gunung Kidul, Bantul, dan Sleman sebagai Kantor Layanan Operasional (KLO)

## **B. Visi dan Misi BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)**

### **B.1. Visi BPJS Kesehatan**

Terwujudnya Jaminan Kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia

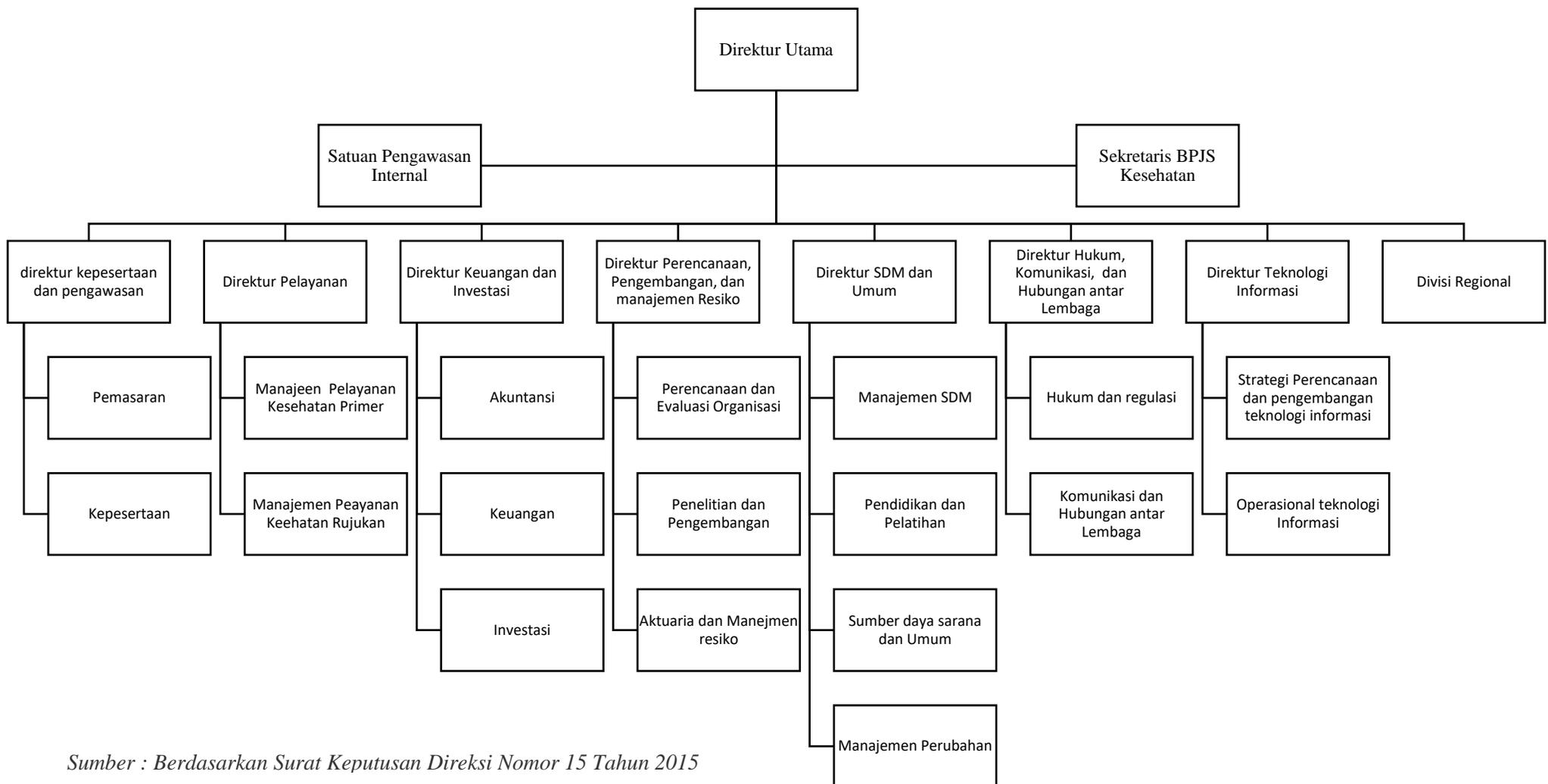
### **B.2. Misi BPJS Kesehatan**

1. Meningkatkan kualitas layanan yang berkeadilan kepada peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melalui sistem kerja yang efektif dan efisien.
2. Memperluas kepesertaan JKN-KIS mencakup seluruh Indonesia paling lambat 1 Januari 2019 melalui peningkatan kemitraan dengan seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat serta meningkatkan kepatuhan kepesertaan.
3. Menjaga kesinambungan program JKN-KIS dengan mengoptimalkan kolektibilitas iuran, sistem pembayaran fasilitas kesehatan dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.
4. Memperkuat kebijakan dan implementasi program JKN-KIS melalui peningkatan kerja sama antar lembaga, kemitraan, koordinasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan.
5. Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dengan didukung dengan SDM yang profesional, penelitian, perencanaan dan evaluasi, pengelolaan proses bisnis dan manajemen resiko yang efektif dan efisien serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.

### **C. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Pusat**

BPJS Kesehatan memiliki jajaran direksi dan pengawasan yang terstruktur. Puncak struktur organisasi di tempati oleh Direktur Utama yang didampingi oleh sekretaris BPJS Kesehatan dan Satuan Pengawasan Internal. BPJS Kesehatan memiliki Sub Direksi yang dinaungi oleh Direksi Utama yakni terdapat 7 sub Direksi yang berhubungan langsung dengan Direksi Utama diantaranya: Direksi Kepesertaan dan Pemasaran, Direksi Pelayanan, Direktur Keuangan dan Investasi, Direksi Perencanaan Pengembangan dan Manajemen Resiko, Direksi Sumber daya manusia dan Umum, Direksi Hukum Komunikasi dan Hubungan antar Lembaga dan Direksi Teknologi Informasi. Setiap jajaran sub Direksi juga menaungi beberapa Kepala Grup departemen yang berkaitan dengan bidang sub Direksi itu sendiri. Selain jajaran sub Direksi, Divis regional juga berada dibawah naungan langsung terhadap Direksi Utama sehingga ini menjadi sebuah titik dimana BPJS Kesehatan Pusat dan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Regional (Divre) berkoordinasi

**Bagan 2.1.**  
**Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Pusat**

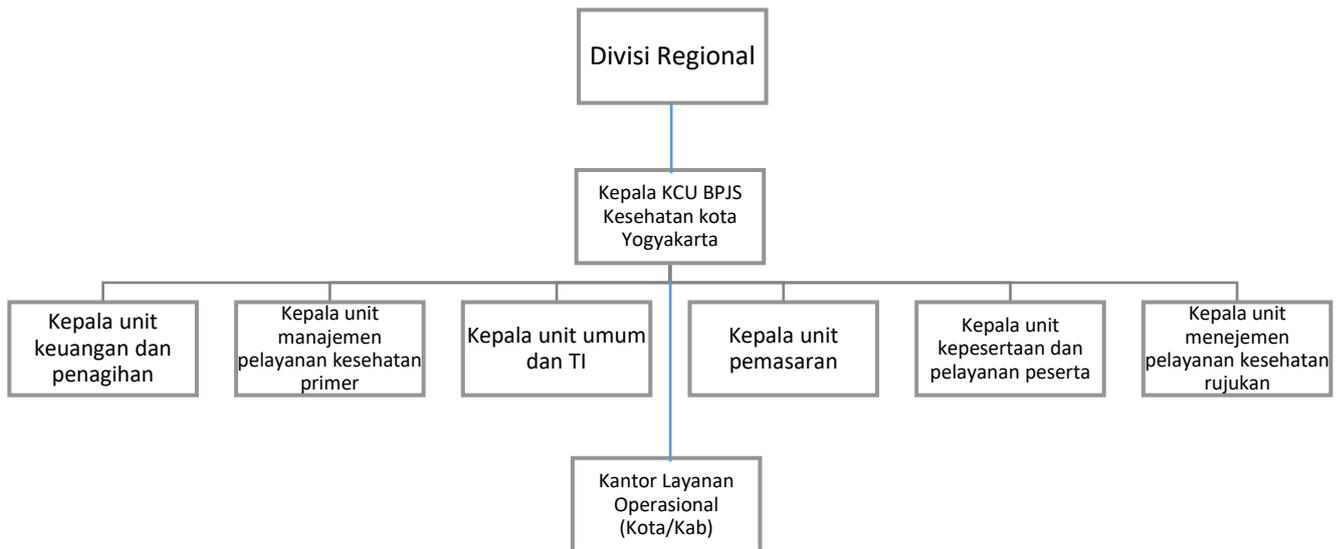


Sumber : Berdasarkan Surat Keputusan Direksi Nomor 15 Tahun 2015

#### D. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta

**Bagan 2.2.**

**Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta**



*Sumber : Berdasarkan Surat Keputusan Direksi Nomor 15 Tahun 2015*

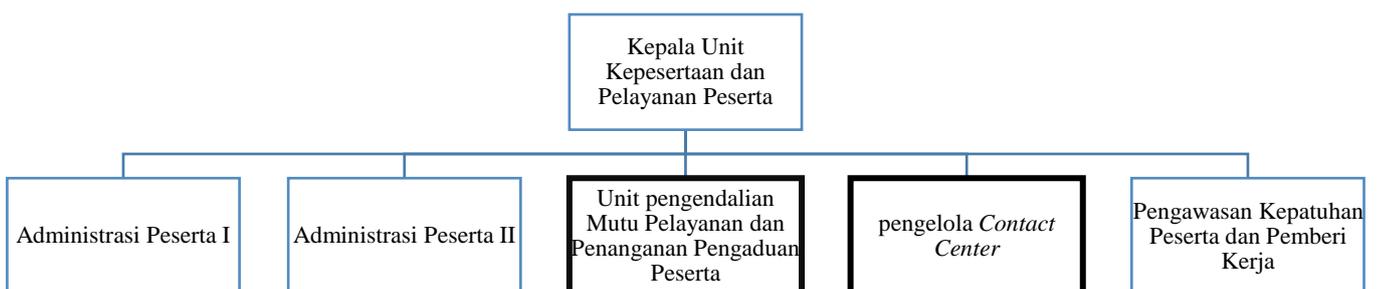
1. Kepala Cabang Utama BPJS Kesehatan kota Yogyakarta
2. Kepala unit keuangan dan penagihan
3. Kepala unit manajemen pelayanan kesehatan primer
4. Kepala unit umum dan TI
5. Kepala unit pemasaran
6. Kepala unit kepesertaan dan pelayanan peserta
7. Kepala unit manajemen pelayanan kesehatan rujukan
8. Kantor layanan operasional kabupaten Kulon Progo
9. Kantor layanan operasional kabupaten Gunung Kidul
10. Kantor layanan operasional kabupaten Bantul

Tugas dari setiap kepala cabang, unit dan KLO (Kantor Layanan Operasional) yaitu:

1. Kepala cabang BPJS Kesehatan kota Yogyakarta bertugas dalam bertanggung jawab atas seluruh unit yang ada di BPJS Kesehatan.
2. Kepala unit keuangan dan penagihan bertugas dalam mengurus gaji, membayar publikasi, mengelola pemasukan dan pengeluaran mengenai keuangan.
3. Kepala unit manajemen kesehatan primer bertugas menangani fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, Klinik, dan dokter yang ingin bekerjasama dengan BPJS kesehatan dengan cara pedesialing atau menyeleksi dokter baru. Selain itu unit manajemen pelayanan kesehatan primer bertugas dalam memelihara fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk dalam pembayaran fasilitas kesehatan.
4. Kepala unit umum dan TI bertugas dalam mengerjakan pekerjaan yang tidak dikerjakan unit lainnya, mendukung seluruh unit kantor, *supporting*, berhubungan langsung dengan pihak eksternal, dan pemeliharaan TI bertugas dalam aplikasi secara teknis.
5. Kepala unit pemasaran bertugas dalam melakukan kampanye mengenai BPJS Kesehatan, memberikan informasi, pengenalan dan edukasi mengenai prosedur dan sistem yang ada pada BPJS Kesehatan. Selain itu unit pemasaran bertugas dalam mencari potensi untuk perekrutan kerjasama dengan badan usaha dan perusahaan.

6. Kepala unit kepesertaan dan pelayanan peserta bertugas dalam melakukan edukasi kepada peserta BPJS Kesehatan yang sudah memiliki kartu BPJS Kesehatan. Tugas bagian kepesertaan lainnya yaitu berhubungan dengan pihak internal.
7. Kepala unit manajemen pelayanan kesehatan rujukan bertugas dalam berhubungan rumah sakit dan menangani rumah sakit yang ingin bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
8. Kantor layanan operasional kabupaten Gunung Kidul, Sleman, Kulon Progo dan bantu bertugas dalam berkoordinasi dan melaporkan kepada kepala unit cabang pusat BPJS Kesehatan Yogyakarta mengenai jumlah peserta yang mendaftar pada masing-masing kabupaten dan melaporkan jumlah kartu yang harus dicetak oleh BPJS Kesehatan Yogyakarta.

**Bagan 2.3.**  
**Struktur Organisasi Divisi Kepesertaan dan Pelayanan Peserta**



*Sumber : Berdasarkan Surat Keputusan Direksi Nomor 15 Tahun 2015*

Tugas pokok departemen Unit pengendalian Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta (UPMP4) dan departemen *Contact Center* yakni :

1. Bertanggung jawab dalam setiap aktivitas komunikasi dan edukasi yang dijalani BPJS Kesehatan terhadap pesertanya baik secara lisan maupun tertulis.
2. Melakukan *complain handling* terhadap permasalahan yang terjadi yang dialami para pesertanya.
3. Mengelola aktivitas kontak manajemen dalam melayani pesertanya via media pelayanan tertulis.
4. Merancang program yang berkaitan dengan peningkatan mutu layanan terhadap peserta.

#### E. Sasaran BPJS Kesehatan

Dalam poin ini terdapat dua bagian penjabaran yakni sasaran organisasi dan sasaran pasar. Sasaran organisasi ialah sasaran yang ditetapkan untuk kepentingan organisasi yakni pencapaian organisasi kedepannya. Sasaran pasar merupakan target pasar organisasi dalam menjual/memasarkan produk/jasanya.

##### E.1. Sasaran Organisasi

1. Tercapainya kepesertaan semesta sesuai peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2019.
2. Tercapainya jaminan pemeliharaan kesehatan yang optimal dan berkesinambungan.
3. Terciptanya kelembagaan BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

## E.2. Sasaran Pasar

Sasaran Pasar BPJS Kesehatan adalah peserta yang terdiri dari semua orang termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang telah tinggal minimal enam bulan di Indonesia dan telah memenuhi persyaratan tertentu meliputi:

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) : fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari :

Tabel 2.1.

	Kriteria Peserta
Pekerja penerima upah dan keluarganya	Pegawai Negeri Sipil (PNS), Anggota TNI, POLRI, Pejabat negara, Pegawai Pemerintah dan non Pegawai Pemerintah, Pegawai Swasta, dan Pekerja yang tidak termasuk dalam jenis pekerjaan sebelumnya termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang telah tinggal di Indonesia selama enam bulan
Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri</li> <li>b. Pekerja yang tidak termasuk poin sebelumnya yang bukan penerima upah termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan</li> </ol>

Bukan pekerja dan anggota keluarganya	Investor, pemberi kerja, penerima pension yang terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pension,</li> <li>b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pension,</li> <li>c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pension,</li> <li>d. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pension, Penerima pensiun lain dan</li> <li>e. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pension, Veteran, perintis kemerdekaan, Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd e yang mampu membayar iuran</li> </ol>
---------------------------------------	--

Sumber : <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/11>

Anggota keluarga yang ditanggung:

Tabel 2.2.

Jenis pekerja	Kriteria anggota keluarga
Pekerja Penerima Upah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang</li> <li>2. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria : Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal</li> </ol>

Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas)
Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua</li> <li>2. yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll</li> </ol>

Sumber : <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/11>

#### F. Tata Nilai Organisasi

BPJS Kesehatan menetapkan dan mengembangkan tata nilai organisasi yang terdiri dari 4 (empat) elemen, yaitu :

##### a. Integritas

Merupakan prinsip dalam menjalani sebuah tugas dan tanggung jawab melalui keselarasan berfikir, berkata dan berperilaku sesuai dengan keadaan sebenarnya.

##### b. Professional

Merupakan karakter dalam menjalankan tugas dengan kesungguhan, sesuai kompetisi dan tanggung jawab yang telah diberikan.

##### c. Pelayanan Prima

Merupakan tekad dalam memberikan pelayanan terbaik dengan ikhlas kepada seluruh peserta.

##### d. Efisiensi Operasional

Merupakan upaya untuk mencapai kinerja optimal melalui perencanaan yang tepadu dan penggunaan anggaran yang rasional sesuai kebutuhan.

## G. Fungsi, Tugas dan Manfaat BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan berperan dalam menyelenggarakan program jaminan social kepada seluruh penduduk Indonesia, yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan social bagi seluruh penduduk Indonesia. Oleh karena itu UU BPJS memberikan fungsi dan tugas kepada BPJS Kesehatan.

### G.1. Fungsi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi social dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi dasar kesehatan.

### G.2. Tugas BPJS Kesehatan

Dalama melaksanakan fungsinya, BPJS Kesehatan bertugas untuk:

1. Melakukan dan menerima pendaftaran peserta
2. Mengumpulkan iuran dari peserta
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan social untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan social
6. Membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan social
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan social kepada peserta dan masyarakat

## H. Kebijakan Umum (Pelayanan dan Kepesertaan)

BPJS Kesehatan memiliki banyak rangkaian kebijakan salah satu diantaranya adalah kebijakan pelayanan dan kepesertaan yang berkaitan dengan fokus penelitian yakni hubungan perusahaan dengan pelanggan. Adapun isi kebijakan tersebut ialah:

### H.1. Pelayanan

1. Organisasi memastikan manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik dan peraturan yang berlaku.
2. Organisasi memastikan pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan memenuhi mutu pelayanan yang berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya.
3. Organisasi memastikan penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh sesuai standar mutu fasilitas kesehatan.
4. Organisasi memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai dengan standar yang ditetapkan serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta.
5. Organisasi memastikan proses administrasi klaim sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundangan.

## H.2. Kepesertaan

1. Organisasi menetapkan kebijakan administrasi kepesertaan, pembentukan unit pengendali mutu dan penanganan pengaduan peserta.
2. Organisasi melakukan pengelolaan *masterfile* kepesertaan
3. Organisasi melakukan pengembangan pelayanan administrasi kepesertaan.

### I. Complain Handling 2014

Berdasarkan data yang didapat peneliti menjelaskan bahwa pada tahun 2014 merupakan masa transisi dimana segala kondisi operasional sedang mengalami peralihan dan masih kurang kondusif sehingga dalam penelitian ini memanfaatkan data pada tahun 2014 sebagai acuan seberapa penting peran *Customer Relationship Management* dalam perkembangan kualitas pelayanan di tahun berikutnya.

**Tabel 2.3.**  
**Rekapitulasi Jumlah Keluhan Peserta (Berdasarkan Progres Penyelesaian) BPJS Kesehatan Kantor cabang Yogyakarta tahun 2014**

Progres penyelesaian			Jumlah keluhan	Waktu penyelesaian			Jumlah keluhan selesai
belum direspon	on process	selesai		1 s.d 3 hari kerja	4 s.d 5 hari kerja	>5 hari kerja	
0	0	300	300	265	27	8	300

*Sumber : Arsip BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta periode 2014*