

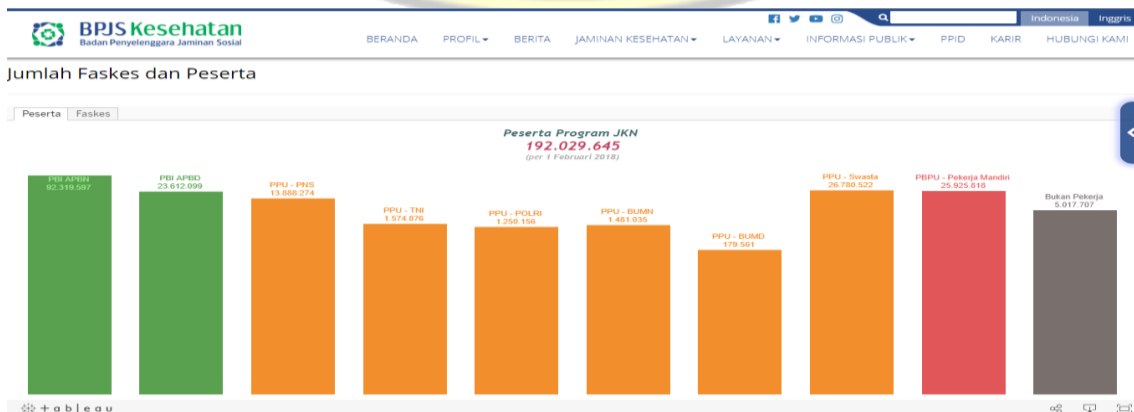
BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Signifikansi Penelitian

Pelayanan keluhan dari BPJS Kesehatan kepada masyarakat khususnya masyarakat yang menjadi peserta KIS (Kartu Indonesia Sehat) adalah salah satu contoh komunikasi antara badan organisasi BPJS Kesehatan dengan anggotanya. Baik itu kritik, masukan, saran, atau keluhan yang dirasakan oleh anggotanya (Peserta KIS). BPJS Kesehatan harus mampu memberikan jawaban atas keluhan para anggota pesertanya. Hal tersebut guna menanggulangi kesalahpahaman (*miss understanding*) dalam penerimaan informasi yang akan berdampak pada ketidaknyamanan diantara kedua belah pihak.

Keluhan masyarakat merupakan bentuk penerapan dari pengawasan masyarakat atau respon ketidakpuasan masyarakat. Keluhan tersebut dapat diungkapkan secara tertulis maupun tidak tertulis atau baik disampaikan secara langsung maupun tidak langsung. Keluhan dari masyarakat dapat menjadi bahan evaluasi bagi suatu organisasi untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanannya. Serta memberikan nilai positif bagi organisasi. Sehingga organisasi dapat mengetahui apa yang menjadi kelemahan atau kekurangannya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Tetapi jika keluhan masyarakat tidak dapat diatasi dengan baik, maka akan merusak reputasi atau citra badan organisasi tersebut dimata publik.

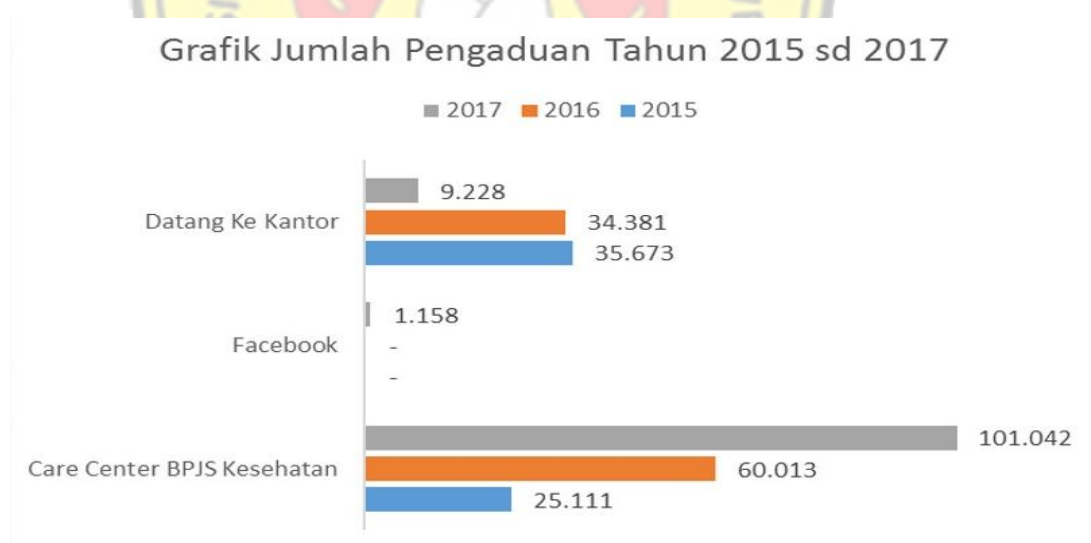


Gambar 1. Jumlah Peserta Program JKN

Sumber: <https://bpjs-kesehatan.go.id>

Pada gambar 1 jumlah peserta program JKN yang didapat dari **bpjs-kesehatan.go.id** bahwa pada tahun 2018 ini, terhitung dari tanggal 1 Februari 2018 peserta kartu JKN-KIS sudah mencapai 192.029.645 orang yang menggunakannya. Kartu JKN-KIS berfungsi sebagai kartu jaminan kesehatan, yang dapat digunakan untuk mendapatkan layanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan. Sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita oleh pengguna kartu tersebut. Dengan banyaknya pengguna kartu JKN-KIS, pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan masyarakat belum maksimal. Karena adanya keterbatasan fasilitas dan SDM, keluhan dari masyarakat belum dapat diatasi dengan baik.

Semenjak adanya *care center* pada tahun 2014, semakin meningkat jumlah masyarakat yang menghubungi BPJS Kesehatan melalui saluran komunikasi tersebut. Hal tersebut dapat dibuktikan dari data di gambar 2 ini, bahwa pengaduan keluhan dari masyarakat terkait penggunaan kartu BPJS atau JKN-KIS paling banyak melalui *care center* pada tahun 2017.



Gambar 2. Grafik Jumlah Pengaduan

Sumber: Data BPJS Kesehatan

Keluhan yang masuk ke dalam BPJS Kesehatan itu berbagai macam. Data yang peneliti dapatkan ada 10 besar jenis keluhan yang sering diterima, hal tersebut dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

TABEL 1. TOP 10 Pengaduan Keluhan

NO	SUB KATEGORI (Inbound)	JUMLAH
1	SMS VA tidak diterima oleh Calon Peserta lebih dari 3 hari setelah pendaftaran	1281
2	Kartu JKN KIS belum diterima lebih dari 7 hari setelah pembayaran pertama	776
3	Nomor VA tidak terdaftar/blank, saat melakukan pembayaran	508
4	Iuran bulan sebelumnya sudah dibayarkan, namun tagihan bulan berjalan dua bulan	269
5	Tagihan iuran tidak sesuai dengan jumlah Peserta terdaftar	219
6	Non-aktif Penangguhan Peserta	164
7	Iuran sudah dibayarkan, ada dalam data realtime namun tidak ada dalam data FTP	102
8	Iuran sudah dibayarkan namun tidak ada dalam data realtime maupun FTP	94
9	Nomor VA tidak dikenal (Pembayaran Pertama Kali)	92
10	Non-aktif karena iuran	72
Sub Total		3577

Selain keluhan yang telah disebutkan diatas, menurut Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) dalam berita yang di *update health.detik.com* , ada 4 masalah umum yang paling sering ditemukan dalam pengaduan keluhan BPJS Kesehatan. Pertama, antrean berobat yang lama dan panjang. Kedua, ada kesenjangan antara cakupan manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dengan biaya operasional rumah sakit untuk melakukan tindakan. Akibatnya, banyak rumah sakit, terutama rumah sakit swasta yang menolak pasien rujukan BPJS dengan alasan kamar yang penuh. Ketiga, tentang kebijakan yaitu, kebijakan yang dibuat oleh Presiden Joko Widodo yang mengeluarkan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Menurut YLKI, dengan adanya kebijakan baru tersebut membuat anggota peserta BPJS Kesehatan bingung dalam soal pergantian kartu. Pada awalnya kartu tersebut dinamakan kartu BPJS Kesehatan lalu dirubah menjadi KIS (Kartu Indonesia Sehat). Walaupun kartunya berbeda, tetapi fungsi kartu tersebut tetap sama. Keempat, kurangnya sosialisasi sistem tarif INA-CBGs (*Indonesia Case Base Groups*) yang belum dilaksanakan dengan maksimal. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Contoh kasusnya adalah masih ada rumah sakit yang memulangkan pasien karena menganggap kartu yang dipakai sudah habis.

Kasus rumah sakit yang memulangkan pasien karena menganggap kartu yang dipakai sudah habis. Ini artinya, sosialisasi sistem tarif INA-CBGs (*Indonesia Case Base Groups*) belum dilaksanakan dengan maksimal. INA-CBG merupakan sistem

pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis. Di gambar 3 ini merupakan berita yang dikutip oleh healthdetik.com:



Gambar 3. Berita healthdetik.com

Sumber: <https://health.detik.com>

Untuk menanggapi keluhan tersebut, BPJS Kesehatan menyediakan pelayanan dalam bentuk *online* dan *offline*. Dalam pelayanan *online*, BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan bisa melalui *care center* dengan menghubungi nomor 1500-400. *Care center* tersebut bisa dihubungi selama 24 jam. Tetapi karena banyaknya jumlah peserta, pelayanan BPJS Kesehatan melalui *care center* belum maksimal. Karena masih banyak peserta yang mengalami kesulitan untuk menghubungi *care center* tersebut. Sehingga para peserta sulit untuk terhubung. Peserta harus beberapa kali menelpon baru bisa terhubung oleh *care center*. Hambatan *care center* dalam menjawab atau merespon telepon masuk yang lama dikarenakan tingginya jumlah *call* yang masuk dan jumlah *agent* yang *standby* itu tidak sesuai. Karena *agent inbound* yang bekerja hanya 25 orang. *Agent inbound* adalah *agent* yang bertugas dalam menjawab dan menerima telepon masuk. Jadi, kalau saat 25 *agent* itu diwaktu yang sama sedang mengangkat telepon semua, maka *call* yang masuk otomatis akan tertahan. Sehingga peserta yang menghubungi *care center* BPJS Kesehatan harus menunggu antrian telepon terlebih dahulu, jika ingin terhubung.

Selain melalui *care center*, pelayanan *online* bisa dilakukan melalui media sosial *facebook* BPJS Kesehatan. Masyarakat dapat menyampaikan keluhannya melalui media sosial *facebook* dengan cara berkomentar di beranda *official account facebook* BPJS Kesehatan. Admin dari *facebook* BPJS Kesehatan tersebut, akan *fast response* dalam menanggapi keluhan dari masyarakat. Sedangkan pelayanan BPJS Kesehatan dalam bentuk *offline* yaitu dapat diakses dengan cara mendatangi langsung ke kantor BPJS Kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal masyarakat.

Strategi komunikasi pelayanan BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan masyarakat dapat melalui pelayanan *online* dan *offline*. Sehingga keluhan tersebut dapat diatasi dan diperbaiki dengan cepat. Penelitian ini bermaksud untuk mempelajari lebih jauh tentang alasan pemilihan jalur *offline* dan *online*. Lalu untuk dapat mengetahui bagaimana implementasi BPJS Kesehatan di lapangan dalam menanggapi keluhan. Sehingga peneliti dapat memberikan saran kepada BPJS Kesehatan untuk dapat mengevaluasi kesalahan yang telah terjadi. Serta BPJS Kesehatan dapat memaksimalkan pelayanannya dalam menanggapi keluhan masyarakat. Sehingga informasi yang disampaikan dapat tersalurkan dengan baik.

1.2 Fokus Penelitian

Pada penelitian ini peneliti ingin tahu lebih jauh tentang alasan pemilihan dua jalur komunikasi yaitu *online* dan *offline* di BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan masyarakat, masyarakat yang dimaksud adalah anggota peserta dari BPJS Kesehatan dan untuk mengetahui bagaimana implementasi di lapangan. Penelitian ini dilakukan di Kantor Pusat BPJS Kesehatan. Karena pihak-pihak yang mengendalikan pelayanan tersebut berada di kantor Pusat.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Sesuai permasalahan diatas maka dapat disimpulkan pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Mengapa BPJS Kesehatan menggunakan dua saluran komunikasi *online* dan *offline* dalam menanggapi keluhan masyarakat?
2. Bagaimana strategi komunikasi BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan masyarakat?

3. Bagaimana BPJS Kesehatan mengidentifikasi keluhan masyarakat dan menentukan solusi yang tepat untuk menjawab keluhan masyarakat?

I.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk menganalisis alasan BPJS Kesehatan menggunakan dua saluran komunikasi *online* dan *offline* dalam menanggapi keluhan masyarakat.
2. Untuk mengetahui strategi komunikasi BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan masyarakat.
3. Untuk mengetahui cara BPJS Kesehatan dalam mengidentifikasi keluhan masyarakat dan menentukan solusi yang tepat untuk menjawab keluhan masyarakat.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian dapat dilihat secara akademis dan secara praktis

1. Manfaat Akademis

Secara akademis, hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui sejauh mana penerapan teori-teori mengenai ilmu komunikasi dan *public relations* yang dikemukakan oleh para ahli pada kenyataan yang ada di masyarakat. Analisa yang dilakukan diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu komunikasi khususnya dalam strategi komunikasi untuk menanggapi berbagai macam keluhan.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai saran atau solusi yang efektif yang dilakukan Kantor Pusat BPJS Kesehatan dalam menanggapi keluhan masyarakat.

1.6 Sistematika Penelitian

Sistematika penelitian dalam penelitian ini sebagai berikut:

BAB I: PENDAHULUAN

Bab ini berisi tentang signifikansi penelitian, fokus penelitian, pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penelitian.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini, tertera teori-teori komunikasi yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan. Terdiri dari teori dasar, definisi konsep dan kerangka berpikir.

BAB III: METODE PENELITIAN

Bab ini berisikan metode penelitian, metode pengumpulan data, penetapan informan, teknik analisis data, teknik keabsahan data, serta waktu dan lokasi penelitian.

BAB IV: HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menganalisis hasil – hasil penelitian.

BAB V: PENUTUP

Bab ini membahas mengenai kesimpulan dan saran.

DAFTAR PUSTAKA

Berisi judul buku, jurnal, dan bahan-bahan penerbitan lainnya yang dilengkapi dengan tahun terbit, nama pengarang, dan informasi seputar berbagai sumber yang digunakan.

LAMPIRAN