

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan negara harus menjamin agar semua penduduknya dapat hidup sehat dan produktif. Kesehatan setiap warga negara harus dijamin oleh sebuah sistem yang memungkinkan semua penduduk terbebas dari beban biaya pengobatan yang mahal. Seperti yang dikatakan oleh Tandon (2016) dalam kuliah umum “Penyelenggaraan *Universal Health Coverage* di Beberapa Negara Berkembang” mengatakan bahwa, semua orang harus dipastikan menerima pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa harus mengalami *financial hardship*. *Universal Health Coverage* merupakan sistem kesehatan di mana setiap warga memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dengan biaya yang terjangkau (WHO, 2005 dalam Murti, 2010). Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang dalam masa transisi menuju sistem pelayanan *Universal Health Coverage*, terdapat asuransi kesehatan untuk meringankan beban tanggungan terhadap kesehatan, sehingga masyarakat tidak mengalami *financial hardship*.

Terdapat dua Asuransi Kesehatan di Indonesia, yaitu Asuransi Sosial dan Asuransi Komersial (Salihin, 2010). Asuransi Sosial merupakan asuransi yang menyediakan jaminan sosial bagi masyarakat yang dibentuk oleh pemerintah dan dikelola oleh badan hukum yang telah ditentukan pemerintah. Asuransi sosial bertujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh karena kepesertaan asuransi sosial bersifat wajib. Sedangkan asuransi komersial merupakan asuransi kesehatan yang kepesertaannya bersifat sukarela dengan membayar sejumlah premi yang besarnya sesuai keinginan individu pemilik asuransi berdasarkan tingkatan yang ditetapkan oleh *provider* (perusahaan asuransi umum). Asuransi kesehatan sosial dan asuransi komersial memiliki banyak perbedaan dari segi kepesertaan, perhitungan premi, manfaat yang ditawarkan, premi yang dibayarkan, peran pemerintah maupun tujuan pengelolaan

asuransi (Triandaru, Sigit, & Budisantoso, 2009). Untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh maka negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang disahkan ke dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 guna memberikan jaminan sosial yang menyeluruh dan memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya (Undang-Undang RI, 2004). Dalam pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) perlu dibentuk badan hukum untuk menyelenggarakan jaminan sosial ini.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau yang disingkat BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk penyelenggaraan dan pengelolaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial memiliki prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta yang telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Terdapat dua ruang lingkup BPJS sebagaimana dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 pasal 6 ayat 1 dan 2 yaitu, BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun dan Jaminan Kematian. Salah Satu Program yang diselenggarakan oleh BPJS adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, yang mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014 sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 pasal 60 ayat (1). Pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak lagi berpusat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Undang-Undang RI, 2011).

Penyelenggara Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) sebagaimana yang terdapat pada Undang-Undang Nomor 71 Tahun

2013. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama terdiri dari Puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit kelas D pratama atau yang setara. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan terdiri dari klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Leander, 2015). Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terhadap peserta dilakukan dengan sistem pelayanan kesehatan berjenjang dimana saat peserta membutuhkan pelayanan kesehatan, peserta diwajibkan untuk datang ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terlebih dahulu sebelum mereka mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diimplementasikan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan menargetkan semua penduduk Indonesia dapat terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019 mendatang (Putri, Wagiono, & Aji, 2016). Peserta BPJS terus mengalami peningkatan dimana pada tahun 2014 jumlah peserta BPJS sebanyak 133,4 juta, tahun 2015 sebanyak 156,79 juta dan tahun 2016 sebanyak 171,9 juta. Cakupan Kepesertaan JKN sampai dengan 2016 mencapai 67,6% dari total penduduk Indonesia (Rusady, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan JKN di Indonesia masih belum mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), yang dimana menargetkan 95% penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN.

Selain belum semua masyarakat ikut program JKN yaitu masih banyak peserta yang tidak patuh terhadap peraturan BPJS disebabkan salah satunya adalah ketidaktahuan peserta. Selain itu, banyak peserta yang masih kebingungan mengenai sistem rujukan program JKN yang diatur oleh BPJS Kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS pun belum tentu paham mengenai peraturan program JKN yang seharusnya dipatuhi demi kelancaran program sistem jaminan kesehatan ini. Oleh karena program Jaminan Kesehatan Nasional mewajibkan seluruh masyarakat menjadi peserta, maka BPJS sebagai penyelenggara program harus terus melakukan sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat. Agar masyarakat dapat memahami manfaat dari program Jaminan Kesehatan Nasional. Agar masyarakat yang sudah terdaftar menjadi peserta

Jaminan Kesehatan Nasional – Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (JKN-BPJS) bisa memanfaatkan pelayanan kesehatan yang sudah disediakan oleh BPJS. Sehingga masyarakat tidak hanya terdaftar sebagai peserta tetapi juga lebih memahami manfaat dari program JKN-BPJS (Putri, Wagiono, & Aji, 2016)

Masih adanya peserta BPJS yang memiliki pengetahuan rendah tentang manfaat program JKN. Alasannya adalah karena rata-rata orang yang mengikuti BPJS adalah PNS maupun pegawai perusahaan swasta yang secara otomatis terdaftar sebagai peserta BPJS, karena setiap perusahaan wajib untuk mendaftarkan pegawainya sebagai peserta BPJS. Sesuai dengan amanat Pepres No.111 Tahun 2013, yang berisi bahwa pemberi kerja maupun perusahaan baik berskala kecil hingga berskala besar wajib mendaftarkan diri dan pekerjanya untuk menjadi peserta BPJS dan membayar iuran sesuai dengan ketentuan yang ada selambat-lambatnya 1 Januari 2015. Namun hal tersebut dapat menyebabkan belum tentu orang yang terdaftar menjadi peserta BPJS sudah mengetahui dengan baik tentang asuransi JKN yang diberikan oleh BPJS karena mereka hanya sekedar terdaftar sebagai anggota BPJS Kesehatan (Putri, Wagiono, & Aji, 2016).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mewajibkan seluruh masyarakat Indonesia untuk mendaftarkan diri sebagai peserta. Meskipun kepesertaan BPJS bersifat wajib, tetapi masyarakat yang sudah terdaftar menjadi peserta memiliki hak untuk mengikuti program asuransi kesehatan tambahan. Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari haknya yang di dapatkan sebagai peserta BPJS dapat mengikuti asuransi kesehatan tambahan (Peraturan Presiden, 2016). Untuk lebih jelasnya dijelaskan dalam Permenkes Nomor 71 Tahun 2013, pasal 21 ayat 1 menyebutkan bahwa peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Masing-masing perusahaan asuransi pada dasarnya memiliki perbedaan dalam menawarkan ciri-ciri, manfaat, syarat-syarat umum serta faktor-faktor lainnya. Setiap individu memiliki masing-masing pertimbangan terhadap jasa

asuransi yang ditawarkan. Terkadang individu melihat dari bentuk dan lamanya suatu perlindungan yang diberikan, proses administrasi, proses pelayanan umum, dan bahkan jumlah uang angsuran serta kemampuan finansial suatu perusahaan asuransi merupakan faktor yang menjadi bahan pertimbangan dalam memilih jasa asuransi (Khair, 2014). Hal ini yang memungkinkan seseorang memiliki 2 asuransi. Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang dilakukan oleh (Kharisma, 2016) terhadap 10 pemegang asuransi sosial dan asuransi komersial, sebanyak 60% merasakan manfaat kegunaan menggunakan asuransi komersial karena menggunakan asuransi komersial dapat menutupi kekurangan biaya yang dibayarkan oleh asuransi sosial. Selain itu juga dapat memberikan jaminan kesehatan yang lebih baik menggunakan dua asuransi kesehatan. Sedangkan, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 60 masyarakat pemegang asuransi sosial dan komersial yang mempunyai minat terhadap pemanfaatan asuransi kesehatan sosial dan asuransi kesehatan komersial secara bersamaan adalah 63,7% (Kharisma, 2016). Hal ini menunjukkan bahwa, masyarakat tidak hanya minat terhadap satu jenis asuransi kesehatan, tetapi masyarakat memiliki minat terhadap dua jenis asuransi kesehatan atau bahkan lebih.

I.2 Rumusan Masalah

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) telah beroperasi sejak 1 Januari 2014. Kepesertaan jaminan kesehatan ini bersifat wajib karena merupakan salah satu jaminan yang menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial. Ditargetkan tahun 2015-2019 jumlah peserta jaminan kesehatan ini mencapai 95% dari total penduduk Indonesia. Namun, menurut Rusady (2017) hingga 2016 cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) hanya mencapai 65% dari total penduduk Indonesia. Meskipun pemerintah telah mengadakan Jaminan Kesehatan Nasional, tetapi masih ada jaminan kesehatan yang dikelola oleh perusahaan-perusahaan swasta. Seperti halnya PT. Collega Inti Pratama yang tetap menyediakan jaminan kesehatan bagi pegawainya di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan kesehatan yang disediakan berupa Collega Helath Protection. Sehingga

karyawan yang sudah terdaftar menjadi peserta BPJS memiliki dua jenis jaminan kesehatan. Maka dari itu, peneliti ingin melakukan penelitian yang berkaitan dengan *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai PT Collega Inti Pratama, untuk menilai asuransi mana yang menjadi minat *preferensi* untuk digunakan.

I.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah, maka yang menjadi pertanyaan penelitian adalah

- a. Bagaimana *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai PT. Collega Inti Pratama Tahun 2017?
- b. Adakah perbedaan *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai PT. Collega Inti Pratama Tahun 2017 pada masing-masing divisi?

I.4 Tujuan Penelitian

I.4.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai PT Collega Inti Pratama Tahun 2017.

I.4.2 Tujuan Khusus

- a. Menilai *preferensi* pemilihan jenis jaminan kesehatan berdasarkan jenis kelamin, status pernikahan, divisi kerja, pengalaman, kepuasan, dan kepercayaan pada pegawai PT Collega Inti Pratama Tahun 2017.
- b. Membandingkan *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai di setiap divisi PT. Collega Inti Pratama Tahun 2017.

I.5 Manfaat Penelitian

I.5.1 Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini sebagai pengaplikasian ilmu-ilmu yang didapat selama perkuliahan berlangsung dan dapat meningkatkan wawasan serta pengetahuan

tentang *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai PT Collega Inti Pratama serta memperoleh pengalaman langsung dalam merencanakan, melaksanakan dan menyusun hasil penelitian.

I.5.2 Manfaat Bagi Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dokumentasi data penelitian untuk dijadikan sebagai referensi mengenai *preferensi* pegawai terhadap jaminan kesehatan.

I.5.3 Manfaat Bagi Karyawan PT. Colega Inti Pratama

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan karyawan PT. Colega Inti Pratama sebagai responden. Sehingga responden bisa lebih memahami program jaminan kesehatan dari perusahaan (PT Collega Inti Pratama) dan jaminan kesehatan dari BPJS (Jaminan Kesehatan Nasional). Sehingga responden bisa lebih bijak dalam pemilihan penggunaan/pemanfaatan jaminan kesehatan.

I.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menilai, mengukur dan membandingkan *preferensi* penggunaan jaminan kesehatan pada pegawai PT Collega Inti Pratama Tahun 2017. Penelitian ini dilakukan di PT Collega Inti Pratama. Sampel untuk penelitian ini merupakan pegawai dari sepuluh divisi yang ada di PT Collega Inti Pratama, yaitu sebanyak 110 orang. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain studi *cross sectional* yang dilakukan pada bulan Mei-Juni 2017. Pengambilan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang dibagikan dan diisi oleh responden (pegawai PT. Collega Inti Pratama).