

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1. Latar Belakang Masalah

Disebutkan dalam sistem kesehatan Nasional bahwa semua warga negara Indonesia berhak untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal, agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat dengan sikap, suasana kekeluargaan dan bergotong royong.

Masalah yang dihadapi pemerintah dalam pembangunan kesehatan pada dasarnya dikelompokkan menjadi dua yaitu : (1) Sistem Pelayanan Kesehatan dan (2) Sistem Pembiayaan Kesehatan. Masalah yang sering dihadapi dalam sistem Pembiayaan Kesehatan adalah keterbatasannya dana pemerintah serta kurangnya efisiensi dalam kecenderungan kenaikan biaya yang tidak terkendali dan tidak terjangkau oleh masyarakat.

Sesuai dengan arah kebijakan pembangunan maka perlu dimobilisasi dana untuk pembiayaan kesehatan agar tercipta keserasian dan keseimbangan antara subsidi yang diberikan pemerintah dengan biaya yang dibedakan kepada masyarakat. Upaya ini terutama menyangkut dana potensial untuk pemeliharaan kesehatan dengan cara penyelenggaraan sistem pembiayaan kesehatan yang berbasis pada prinsip-prinsip asuransi kesehatan.

Sistem ini merupakan salah satu jawaban untuk menganalisa semakin

yang akan dibahas dalam bab ini adalah pemeliharaan kesehatan akibat adanya

perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi kedokteran yang semakin canggih.

Dalam perkembangannya kini, jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil dan penerima pensiunan beserta keluarganya diselenggarakan oleh PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia.

Bisa dikatakan untuk saat ini PT Askes Indonesia merupakan perusahaan asuransi kesehatan (askes) yang paling populer di masyarakat Indonesia dibanding perusahaan asuransi kesehatan yang lain. Dikarenakan perusahaan asuransi ini telah melaksanakan program keluarganya dalam rentang waktu yang telah cukup lama.

Meski telah cukup lama berkiprah di bidang pelayanan jasa asuransi kesehatan, tidak jarang masih kita dengar berbagai keluhan dari pelanggan (customer) terhadap pelayanan yang diberikan oleh PT Askes Indonesia.

Pelayanan yang dikeluhkan pelanggan meliputi : pelayanan administrasi, pelayanan kesehatan yang diberikan mitra PT. Askes Indonesia serta pemenuhan kebutuhan pelanggan akan informasi terhadap program askes itu sendiri.

Indikator ketidakpuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan yang diberikan tercermin pula dalam berbagai aduan masyarakat lewat rubrik surat pembaca di berbagai surat kabar. Dari sejumlah kasus yang terjadi di masyarakat yang diamati oleh penulis, khususnya menandai proses pengurusan administrasi asuransi kesehatan, terlihat suatu fenomena yang menarik. Dimana

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

sebagai perantara untuk mengurus proses administrasinya. Hal ini sangat dimungkinkan karena ketidaktahuan peserta / keluarga peserta askes terhadap prosedur administrasi yang harus dilakukan.

Kurangnya pengetahuan pelanggan terhadap asuransi kesehatan itu sendiri merupakan salah satu penyebab timbulnya ketidakpuasan / keluhan pelanggan. Keterbatasan pengetahuan yang dimiliki pelanggan menyebabkan pelanggan tidak tahu akan hak dan kewajibannya maupun prosedur menggunakan jasa askes yang seharusnya dilakukan. Minimnya pengetahuan yang dimiliki pelanggan dapat menjadi sumber dari ketidakpuasan dan kesalahpahaman.

Pemberian informasi yang memadai bagi pelanggan sangat mempengaruhi tingkat kepuasan terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Masalah kepuasan pelanggan harus menjadi perhatian utama bagi penyedia jasa asuransi kesehatan, jika tidak ingin ditinggalkan pelanggannya, mengingat makin kompetitifnya persaingan di sektor jasa asuransi kesehatan saat ini.

## **I.2. Perumusan Masalah**

Dari berbagai fenomena di atas dapat menarik suatu perumusan masalahnya : **Sejauh mana tingkat pengetahuan dan kepuasan pelanggan jasa PT Askes Indonesia terhadap asuransi kesehatan ?**

## **I.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai :

a. Tingkat pengetahuan Pegawai Negeri Sipil di Dinas Kesehatan DIY

- b. Tingkat kepuasan Pegawai Negeri Sipil di Dinas Kesehatan DIY mengenai pelayanan asuransi kesehatan yang dinerikan PT. Askes Indonesia.

#### **I.4. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat serta masukan positif kepada instansi terkait, dalam hal ini PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, dalam rangka :

- a. Peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan bagi pelanggan asuransi kesehatan yaitu PT. Askes Indonesia.
- b. Memberikan gambaran bagi penulis sejauh mana tingkat pengetahuan Pegawai Negeri Sipil di Dinas Kesehatan DIY mengenai asuransi kesehatan dan tingkat kepuasan terhadap pelayannya.

#### **I.5. Tinjauan Pustaka**

Hasil penelitian Wiranto (1991) tentang kepuasan total terhadap perawatan ibu hamil di poliklinik kebidanan dan penyakit kandungan RSUD Dr. Sarjito menunjukkan bahwa kepuasan merupakan konsep yang multi dimensional. Karena kepuasan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang memberikan sumbangan terhadap kepuasan. Faktor tersebut antara lain faktor kemudahan pelayanan, faktor kualitas pelayanan, dan faktor hubungan antara pribadi. Sedangkan faktor pendidikan dan tidak menunjukkan korelasi yang bermakna terhadap kepuasan perawatan masa hamil

Hasil penelitian Marquis dkk, pada tahun 1983 memperlihatkan adanya kecenderungan yang tinggi dari pasien untuk beralih ke tempat pelayanan kesehatan yang lain apabila pasien tidak puas.

Kesimpulan penelitian Farida (1995) menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien askes lebih rendah dari pasien non askes terutama dalam hal : pelayanan perawatan dan pelayanan administrasi. Secara keseluruhan pasien askes menunjukkan tingkat kepuasan yang lebih rendah dari pasien non askes dalam lima aspek pelayanan rumah sakit meliputi :

- a. Pelayanan Dokter
- b. Pelayanan Perawat
- c. Pelayanan Penunjang
- d. Pelayanan Sarana Fisik
- e. Pelayanan Administrasi

Ware (1978) dan Davies (1983) dari hasil penelitiannya menunjukkan bahwa anggota *prepaid pland* cenderung untuk lebih puas terhadap biaya perawatan dibandingkan dengan mereka yang memanfaatkan *fee for service provider* tetapi kurang puas dengan aspek perawatan yang lain.

Menurut Carmel (1985) ada beberapa variable untuk memprediksikan kepuasan, yaitu :

- 1) Faktor sosiodemografi, psikososial pasien yang berkaitan dengan kesehatan.
- 2) Faktor karakteristik hubungan dokter, perawat dengan pasien seperti dengan komunikasi dan pertukaran informasi

- 3) Faktor karakteristik dari organisasi seperti struktur dan tipe dari rumah sakit.

Hasil penelitian Carmel (1985) juga menunjukkan bahwa umur dan lama mondok merupakan prediktor kepuasan yang baik. Sedangkan tingkat pendidikan dan jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap kepuasan pasien.

### 1.5.1 Asuransi Kesehatan

#### A. Pengertian Umum

Asuransi merupakan suatu usaha jasa keuangan yang dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan munculnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti tentang hidup atau meninggalnya seseorang. Pengertian asuransi kesehatan pada dasarnya dikembangkan dari pengertian secara keseluruhan. (Sulastomo, 1993).

Azwar (1988) mendefinisikan asuransi kesehatan sebagai suatu system dalam pembiayaan kesehatan dimana dilakukan pengelolaan dana yang berasal dari iuran teratur peserta untuk membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan peserta.

Bentuk klasik asuransi kesehatan terdiri dari tiga pokok yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Ketiga pokok tersebut adalah:

1. Tertanggung atau peserta yang dimaksud adalah yang terdaftar sebagai anggota, membayar iuran (premi) dengan jumlah dan mekanisme yang telah ditentukan

suatu kemungkinan kerugian yang besar yang mungkin akan timbul jika ada asuransi. Dalam pelaksanaannya diperlukan persyaratan yaitu jumlah anggota yang besar (modul Askes MMR UGM, 1996).

### 1.5.3. Pengelompokan

Asuransi kesehatan dikelompokkan menjadi beberapa macam yaitu :

1. Ditinjau dari pengelolaan dana dibedakan antara dana yang dikelola pemerintah dan dana yang dikelola oleh swasta.
2. Ditinjau dari keikutsertaan anggota diberikan asuransi wajib untuk kelompok atau penduduk tertentu dan asuransi yang keikutsertaannya bersifat sukarela.
3. Ditinjau dari jumlah peserta yaitu peserta satu keluarga yang terdiri dari ayah ibu, anak-anak dan peserta dalam kelompok masyarakat atau suatu instansi.
4. Ditinjau dari peranan badan asuransi yang hanya bertindak sebagai pengelola dana saja dan badan asuransi yang disamping sebagai pengelola dan juga sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang disebut *Health Maintenance Organization* (HMO).
5. Ditinjau dari jenis pelayanan yang ditanggung macamnya antara lain :
  - a) Prinsip kerugian besar yaitu suatu prinsip yang mengasuransikan biaya yang tidak sanggup ditanggungnya sendiri, sehingga badan asuransi tidak menanggung biaya yang kecil

- b) Prinsip Dolar Besar yaitu badan asuransi akan sanggup menutup seluruh biaya medis sehingga badan asuransi menekankan pentingnya perawatan pencegahan penyakit.
- c) Prinsip Coinsurance yaitu bertanggung jawab ikut memikul sebagian biaya pelayanan kesehatan yang telah digunakan misalnya peserta 20 % badan asuransi 80 % (Azwar, 1988, Salmin, 1999, Farida, 1995).

#### **I.5.4. Asuransi Kesehatan di Indonesia**

Cikal bakal pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1950 ketika pemerintah Indonesia mulai melaksanakan kesehatan bagi pegawai negeri sipil dan penerima pensiun. Pelaksanaannya menggunakan system restusi. Sebagai penyelenggara Departemen Kesehatan, sedangkan dananya diambil dari APBN.

Asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil di Indonesia mulai diperkenalkan pertama kali tahun 1969 dengan keluarnya surat keputusan Presiden No. 230/1968 yang mengatur pelaksanaannya pemeliharaan kesehatan bagi kesehatan (Dep Kes 1970).

Sebagai pengelola keuangan asuransi kesehatan bagi PNS, penerima pensiunan, veteran, dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya saat ini adalah PT Askes Indonesia . Hal ini dilandasi oleh PP No. 69 tahun 1991 yang menetapkan PT Askes untuk menyelenggarakan program kesehatan bagi PNS dan bersifat wajib

PT Askes Indonesia sendiri sampai saat ini telah mengalami tiga kali perubahan bentuk perusahaan, pertama tahun 1986 ketika ditetapkan dengan keputusan presiden menjadi BPDPK (Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan). Kemudian tahun 1984 sebesar PP No. 23 tahun 1984 ditetapkan sebagai Perum Husada Bakti (PHB), dan terakhir sesuai dengan PP No. 6 tahun 1992 dirubah statusnya dari perusahaan umum menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero).

Dalam program asuransi kesehatan ini PT Askes Indonesia belum mempunyai fasilitas pelayanan kesehatan sendiri. Pada saat ini masih menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan melalui puskesmas, rumah sakit pemerintah dan beberapa daerah menggunakan rumah sakit swasta. (Sulastomo 1993 ; Dep Kes 1970).

Bagi peserta wajib, PT Askes Indonesia mengutamakan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dan ABRI yang tersebar diseluruh Indonesia, dengan penggunaan jaringan kesehatan yang terstruktur. Pelayanan kesehatan spesialistik melalui sistem rujukan.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama dilakukan di Puskesmas. Sedangkan pelayanan rujukan dapat dilakukan di rumah sakit pemerintah (336 buah RS) rumah sakit khusus : kusta, mata, jantung dan orthopedic (69 buah) RS ABRI (170 buah) dan RS swasta sebanyak 46 buah