

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi Asuransi

Menurut Undang-Undang No.40 Tahun 2014 tentang peransuransian, asuransi merupakan perjanjian diantara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dengan pemegang polis, yang menjadi dasar atau acuan bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi dengan imbalan untuk:

- a. Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian yang dideitanya, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan maupun tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung/pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti, atau
- b. Memberikan pembayaran dengan acuan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidup si tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

Definisi asuransi menurut Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), tentang asuransi atau pertanggungan pasal 246 bahwa, asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian dimana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tentu.

Asuransi jiwa menurut AAJI, adalah program perlindungan dalam bentuk pengalihan risiko ekonomis atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Asuransi jiwa erat kaitannya dengan pengendalian risiko dalam kehidupan. Menghindari risiko

merupakan suatu yang selalu dilakukan oleh semua orang. Namun saat sebuah risiko tidak dapat dihindari, maka satu-satunya cara adalah dengan mengendalikan risiko itu sendiri.

Menurut Guntara, Deny (2016) menyimpulkan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada Asuransi adalah:

- a. Subyek Hukum (Penanggung dan Tertanggung),
- b. Persetujuan bebas antara penanggung dan tertanggung,
- c. Benda asuransi dan kepentingan tertanggung,
- d. Tujuan yang ingin dicapai,
- e. Risiko dan premi,
- f. Evenemen (peristiwa yang tidak pasti) dan ganti kerugian,
- g. Syarat-syarat yang berlaku,
- h. Polis asuransi.

2.1.2 BPJS Kesehatan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Menurut Putri, Eka Asih (2014) BPJS adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana

Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk mengembangkan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.1.3 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam sistem jaminan sosial nasional (2014), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi menerima bantuan iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang terdiri atas:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu: pegawai negeri sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat Negara, pegawai pemerintah non pegawai negeri, pegawai swasta, pekerja lainnya.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu : pekerja mandiri termasuk warga Negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, terdiri dari: investor, pemberi kerja, penerima pensiunan, veteran, perintis kemerdekaan, dan lainnya.

Menurut pendapat Putri, Nora Eka (2014) , Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam penerapan program jaminan kesehatan nasional adalah sebagai berikut:

- 1) Prinsip kegotongroyongan,
Artinya peserta mampu membantu peserta yang kurang mampu dan peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Hal ini karena kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh penduduk tanpa pengecualian.
- 2) Prinsip Nirlaba,
Artinya pengelolaan dana BPJS adalah nirlaba bukan untuk mencari laba.
- 3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas.
- 4) Prinsip portabilitas,
Dimaksud untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah NKRI.
- 5) Prinsip kepesertaan bersifat wajib,
Artinya wajib bagi seluruh rakyat Indonesia menjadi peserta JKN.
- 6) Prinsip dana amanat,
Artinya dana yang terkumpul berupa titipan kepada badan penyelenggara yang dikelola sebaik-baiknya.
- 7) Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

a. Regulator

Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain kementerian coordinator kesejahteraan rakyat, kementerian kesehatan, kementerian keuangan, kementerian sosial,

kementerian tenaga kerja dan transmigrasi, kementerian dalam negeri, dan dewan jaminan sosial nasional (DJSN).

- b. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),
Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
- c. Pemberi Pelayanan Kesehatan,
Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).
- d. Badan Penyelenggara,
Badan penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

2.1.4 Manfaat JKN

Menurut buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam sistem jaminan sosial nasional (2014), Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans.

Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan,

Meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

- b. Imunisasi dasar,
meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan campak.
- c. Keluarga Berencana,
Meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- d. Skrining kesehatan,
Diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Tidak sesuai prosedur,
- b. Pelayanan diluar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS,
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik,
- d. General checkup,
- e. Pengobatan alternatif,
- f. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan,
- g. Pelayanan kesehatan pada saat bencana,
- h. Pasien bunuh diri/penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/bunuh diri/narkoba.

2.1.5 Asuransi COB

Menurut Dewi, Fera Mutiara, and Budi Hidayat (2017) Adanya program JKN pada Januari 2014, disambut baik oleh peserta yang belum memiliki jaminan kesehatan. Namun, bagi peserta yang telah menggunakan jaminan kesehatan perusahaan (Jamsostek atau asuransi

komersial), kehadiran program JKN yang wajib dapat memaksa peserta dan menimbulkan ketidaknyamanan. Hal ini karena sebelumnya mereka telah terbiasa menikmati paket manfaat dan pelayanan yang lebih baik.

Untuk mengantisipasi kekhawatiran tersebut, Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) menyatakan bahwa meskipun prinsip bisnis BPJS Kesehatan (asuransi sosial) dan asuransi komersial berbeda, keduanya dapat tetap saling bersinergi melalui mekanisme koordinasi manfaat atau Coordination of Benefit (COB).

Fungsi COB adalah untuk mengkoordinasikan santunan/manfaat asuransi diantara dua atau lebih asurandur yang menjamin orang yang sama dengan tujuan untuk mencegah terjadinya pembayaran yang berlebih dari biaya yang harus dibayarkan. Dalam mekanisme COB, peserta JKN memperoleh beberapa keuntungan yaitu memungkinkan naik kelas perawatan, mendapatkan benefit yang tidak ditanggung dalam JKN, mendapatkan perawatan lanjutan eksklusif, dan dapat berobat ke RS swasta yang belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Menurut pendapat Arimbi, Rukmi Dyah (2016) bahwa, ada 19 perusahaan asuransi jiwa dan 11 perusahaan asuransi umum yang telah melakukan koordinasi manfaat dengan BPJS Kesehatan. Koordinasi manfaat adalah suatu proses koordinasi pelayanan kesehatan diantara dua atau lebih asurandur yang menjamin orang yang sama, tujuannya untuk mencegah terjadinya pembayaran yang berlebih dari biaya yang harus dibayarkan kepada provider atau tertanggung.

Sesuai dengan prinsip koordinasi manfaat BPJS Kesehatan, koordinasi manfaat yang diperoleh peserta tidak melebihi total jumlah biaya pelayanan kesehatan, yang artinya jika jumlah biaya perawatan yang diklaim rumah sakit lebih besar dari tariff Indonesia Case Base Groups (Ina CBG's), asuransi tambahan akan membayar selisihnya namun jika tidak melebihi tarif Ina CBG's maka tidak akan ada

pembayaran dari asuransi tambahan sebagai penjamin kedua (Arimbi, Rukmi Dyah. 2016).

2.1.6 Faktor-faktor yang menyebabkan peserta JKN KIS naik kelas perawatan di Rumah Sakit Wawa Husada

Perlindungan jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata di seluruh penduduk Indonesia telah dilaksanakan oleh pemerintah melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Banyak pihak-pihak yang ikut membantu terselenggarakannya program ini mulai dari pemerintah sebagai regulator, fasilitas kesehatan baik fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas tingkat lanjut, dan BPJS Kesehatan itu sendiri.

Fasilitas kesehatan yang mendukung program JKN tidak hanya rumah sakit milik pemerintah saja. Akan tetapi fasilitas kesehatan swasta juga diharapkan mampu mendukung terselenggaranya program JKN. Dengan adanya fasilitas kesehatan swasta ini diharapkan dapat memberikan keseimbangan antara *demand* dan *supply* terhadap pelayanan kesehatan (jurnal kesehatan masyarakat, 2015).

Salah satu fasilitas kesehatan swasta yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan yaitu Rumah Sakit Wawa. Upaya yang dilakukan Rumah Sakit Wawa Husada dalam menyelenggarakan program jaminan kesehatan sudah tertuang jelas pada Visi dan Misi rumah sakit. Visi Rumah Sakit Wawa Husada menjadi rumah sakit unggul dalam pelayanan untuk mencapai kepuasan pelanggan. Adapun misinya yaitu dengan menyediakan sarana dan prasarana yang berkualitas, memberikan pelayanan secara profesional dan sepenuh hati.

Menurut jurnal kebijakan kesehatan Indonesia (2016), kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak hal yaitu tingkat

pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, pekerjaan, lingkungan secara fisik, budaya, pengalaman hidup serta kepribadian pasien.

Saat pasien maupun keluarganya memilih naik kelas rawat tentunya ada berbagai faktor yang dipertimbangkan sebagai dasar pertimbangan benefit dan cost. Hal ini sesuai dengan teori pilihan rasional. Rasionalitas mengarahkan individu untuk mencari cara yang paling efektif untuk mencapai tujuan tertentu tanpa mengurangi nilai tujuan tersebut (Jurnal kebijakan kesehatan Indonesia, 2016).

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi dalam permintaan pelayanan kesehatan. Berbagai faktor yang mempengaruhi adalah kebutuhan berbasis fisiologis, penilaian pribadi akan status kesehatan, variabel-variabel ekonomi seperti tarif, penghasilan masyarakat, asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan, variabel-variabel demografis dan umur, serta jenis kelamin. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan semakin tinggi tingkat pendapatan semakin tinggi kelas rawat yang diminati (Jurnal kebijakan kesehatan Indonesia, 2016).

Menurut Faletehan Health Journal, tahun 2018 yang berjudul “analisis faktor yang mempengaruhi pemilihan kelas kepesertaan jaminan kesehatan nasional” bahwa, mutu pelayanan kesehatan adalah memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Penilaian mutu pelayanan kesehatan didasarkan pada lima dimensi mutu, diantaranya *tangibles, reliability, responsiveness, assurance dan empathy*. Mutu pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan pada pelanggan yang pada akhirnya pelanggan akan memanfaatkan dan merekomendasikan pelayanan kesehatan tersebut pada orang disekitarnya. Sebaliknya jika masyarakat memiliki pengalaman yang buruk ketika memanfaatkan pelayanan kesehatan, membuat masyarakat beranggapan bahwa fasilitas kesehatan tidak dapat melayani dengan baik dan memenuhi harapan masyarakat.

Naik kelas perawatan memang boleh dilakukan apabila pasien ingin mendapatkan pelayanan yang lebih tinggi dari haknya di BPJS

Kesehatan. Pasien harus membayar selisih biaya atas haknya dengan biaya pribadi maupun asuransi komersial. Menurut peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 51 tahun 2018 tentang pengenaan urun biaya dan selisih biaya dalam program jaminan kesehatan. Urun biaya yang dimaksud adalah tambahan biaya yang dibayar peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan. Sedangkan selisih biaya adalah tambahan biaya yang dibayar peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya. Menurut pasal 10 peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif. Namun peserta dikenakan selisih biaya antara biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan tersebut. Ketentuan pembayaran selisih biaya dijelaskan pada pasal 11 yaitu untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap diatas kelas 1, harus membayar selisih biaya paling banyak sebesar 75% dari tarif INA-CBG kelas 1.

Berdasarkan hasil praktek kerja lapangan di Rumah Sakit Wawa Husada bahwa jumlah pasien rawat inap pada Januari-Juni 2019 terdapat 9.392 pasien, yang terbagi menjadi 4.687 pasien kelas 3; 3.188 pasien kelas 2; 1.515 pasien kelas 1. Sedangkan jumlah pasien BPJS Kesehatan kelas 1 yang naik kelas ke kelas perawatan VIP di Rumah Sakit Wawa Husada sebanyak 236 pasien. Pasien yang ingin naik kelas perawatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang akan peneliti teliti.

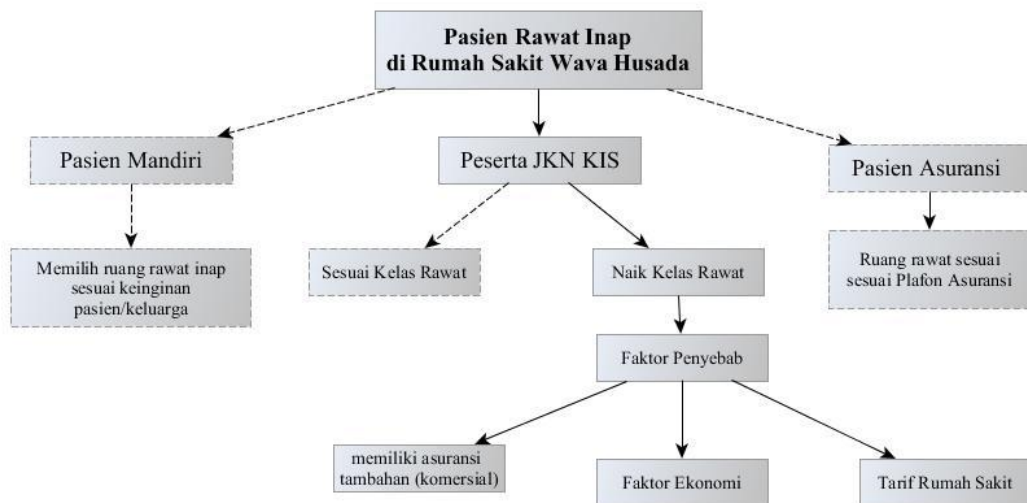
Namun berdasarkan hasil wawancara dengan pegawai di Rumah Sakit Wawa Husada bahwa, salah satu faktor yang menyebabkan pasien naik kelas perawatan karena mempunyai asuransi komersial yang COB dengan BPJS Kesehatan. Pasien menganggap bahwa dengan adanya COB antara asuransi komersial dengan BPJS Kesehatan ini pasien tidak lagi memikirkan selisih biaya yang harus dibayarkan akibat naik kelas perawatan. Selain itu bagi pasien yang memiliki asuransi tambahan akan cenderung memilih untuk naik kelas

perawatan karena selisih biayanya akan ditanggung oleh asuransi lain yang mereka punya.

2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Berikut adalah kerangka konsep penelitian tentang faktor-faktor yang menyebabkan peserta JKN KIS naik kelas perawatan di Rumah Sakit Wawa Husada.

Gambar 2.1
Kerangka Konsep



————— : Area yang diteliti

- - - - - : Area yang tidak diteliti