

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut *World Health Organization* (WHO) kesehatan merupakan kelengkapan jasmani, psikis, dan keterbatasan. Sementara definisi kesehatan dalam UU No. 36 Tahun 2009 kesehatan merupakan kondisi sehat jasmani rohani yang mendukung seseorang dalam meningkatkan produktivitasnya. Kesehatan adalah hak dasar setiap orang tanpa memandang ras, agama, politik, ekonomi atau sosial. Pengendalian kesehatan berbeda pada masing-masing negara karena bergantung pada penyakit yang diderita masyarakatnya. Berdasarkan *The Legatum Prosperity Index 2017* Indonesia menduduki peringkat 101 dari 149 negara yang memiliki indeks kesehatan terendah. Indonesia berada di bawah negara Thailand, Malaysia, Vietnam, dan Laos. Sehingga harus mendapatkan perhatian yang lebih dari pemerintah untuk meningkatkan pelayanan dan jaminan kesehatan. Pemerintah memiliki peran dalam mengatur, membina dan mengawasi setiap kegiatan dalam mewujudkan kesehatan yang merata di Indonesia.

Upaya pemerintah Indonesia dalam menjamin kesehatan masyarakatnya telah dimulai sejak tahun 1948. Pada tahun 1968, diberi nama Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan dan peserta jaminan diperluas hingga mencakup keluarga pensiunan. Kemudian pada 1983, BPDPK berubah menjadi BUMN dengan nama Perum Husada Bhakti (PHB). Tahun 1992, Perum Husada Bhakti menjadi PT. Askes dan diperluas hingga menjangkau karyawan BUMN. Selanjutnya, pemerintah melakukan transformasi guna menjamin

kesehatan masyarakat Indonesia melalui UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Pada Januari 2005, PT. Askes dipilih untuk menjalankan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin. Kemudian disebut sebagai Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dengan menargetkan masyarakat miskin sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya ditanggung oleh negara. Tahun 2011 pemerintah mengesahkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU tersebut, berisikan tentang penyelenggaran jaminan sosial secara universal untuk warga Indonesia. Sejak awal adanya BPJS jumlah peserta yang terdaftar dalam program ini terus meningkat. Tahun 2017, jumlah peserta telah mencapai 187,98 juta jiwa dengan persentase 72,97% dari jumlah penduduk Indonesia. Pada tahun pertama BPJS sudah mengalami defisit, tercermin dari jumlah beban yang lebih tinggi dibandingkan iuran (Agustio, 2018).

Pada tahun 2018 beban yang harus ditanggung oleh BPJS mencapai Rp68,5 triliun, sedangkan iuran yang diterima hanya Rp60,6 triliun. Pemerintah turut memberikan suntikan dana untuk mengatasi defisit tersebut. Dana yang diberikan sebesar Rp6,8 triliun pada 2016, Rp3,6 triliun di 2017, dan Rp10,25 triliun pada 2018. Menteri Keuangan Sri Mulyani mengatakan bahwa terdapat empat faktor penyebab defisitnya BPJS, yaitu iuran yang rendah, peserta yang tidak disiplin dalam membayar iuran, tingkat keaktifan yang masih rendah dalam membayar iuran, dan pembiayaan untuk penyakit katastropik (kanker, jantung, dan gagal ginjal) yang sangat besar. Menurut Kemenkeu Biro Komunikasi dan Layanan Informasi menyatakan bahwa untuk menutupi defisit anggaran BPJS maka

pemerintah menaikkan iuran pada masing-masing kelas dimana pada kelas 1 dan 2 naik 100 persen sedangkan untuk kelas 3 naik 65 persen. Kelas 1 yang awalnya Rp80.000 naik menjadi Rp160.000, kelas 2 yang awalnya Rp51.000 menjadi Rp110.000, lalu kelas 3 yang awalnya Rp25.500 naik menjadi Rp42.000. Menurut Pasal 14 UU Nomer 24 tahun 2011 tentang kepesertaan wajib BPJS kesehatan. Hal ini dikarenakan BPJS kesehatan yang digunakan untuk menjamin kesejahteraan seluruh warga negara. BPJS mengutamakan prinsip gotong royong dengan cara membantu warga yang sakit dan tidak mampu melalui iuran yang dibayarkan oleh peserta tiap bulannya (Wicaksono, 2019).

Kebijakan kenaikan iuran BPJS yang ditetapkan mulai Januari 2020 dapat mempengaruhi masyarakat. Sehingga fokus penelitian ini tertuju pada respon masyarakat mengenai bagaimana minat pengguna terhadap BPJS ketika pemerintah menetapkan kebijakan kenaikan iuran BPJS dan bagaimana dampaknya terhadap kesejahteraan masyarakat.

Sebagaimana menurut Badan Pusat Statistik (BPS) bahwa indikator untuk mengetahui tingkat kesejahteraan masyarakat ada delapan yaitu pertama pendapatan, kedua konsumsi atau pengeluaran keluarga, ketiga keadaan tempat tinggal, keempat fasilitas tempat tinggal, kelima kesehatan anggota keluarga, keenam kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan, ketujuh kemudahan masuk ke jenjang pendidikan, kedelapan kemudahan mendapatkan fasilitas transportasi.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian berjudul Pengaruh Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap Tingkat Kesejahteraan Peserta di Kabupaten Luwu.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah apakah kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan dalam penelitian ini, yaitu untuk mengetahui pengaruh kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan terhadap tingkat kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini, yaitu:

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Bagi perkembangan ilmu pengetahuan, penelitian ini akan memberikan tambahan pengetahuan dalam bidang ekonomi pembangunan terkait pengaruh kebijakan BPJS kesehatan terhadap tingkat kesejahteraan peserta.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan pertimbangan terutama bagi pihak pemerintah dalam menerapkan kebijakan yang tepat terkait BPJS kesehatan sehingga dapat mempengaruhi kesejahteraan peserta BPJS.

## **1.5 Ruang Lingkup dan Batasan Penelitian**

Ruang lingkup dan batasan dalam penelitian ini yaitu kebijakan yang diberlakukan oleh BPJS kesehatan di Kabupaten Luwu berupa sosialisasi

program, pemahaman program dan ketepatan sasaran. Pada kesejahteraan peserta BPJS kesehatan di Kabupaten Luwu terdiri dari kebutuhan pokok, kebutuhan social dan kebutuhan pengembangan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Teoritis**

##### **2.1.1 Kebijakan BPJS Kesehatan**

###### **1. Pengertian BPJS**

Jaminan sosial adalah perlindungan yang di berikan oleh masyarakat bagi anggotanya untuk resiko atau peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak. Secara singkat jaminan sosial diartikan sebagai bentuk perlindungan sosial yang menjamin seluruh rakyat agar dapat mendapatkan kebutuhan dasar yang layak.

Di dalam program BPJS jaminan sosial di bagi kedalam 5 jenis program jaminan sosial dan penyelengaran yang dibuat dalam 2 program penyelengara, yaitu:

- a. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah jaminan kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.
- b. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian yang di rencanakan dapat dimulai pada 1 Juli 2015.

Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan penyelenggara jaminan sosial adalah peleburan 4 (empat) badan usaha milik Negara menjadi satu badan hukum, 4 (empat) badan usaha yang dimaksud adalah PT. TASPEN, PT. JAMSOSTEK, PT. ASABRI, dan PT. ASKES. Badan penyelenggara jaminan sosial ini berbentuk asuransi, nantinya semua warga Indonesia diwajibkan untuk mengikuti program ini.

## **2. Visi dan Misi BPJS**

Program yang di jalankan oleh pemerintah ini mempunyai visi dan misi. Visi dan misi dari program BPJS Kesehatan adalah:

### **a. Visi BPJS Kesehatan**

Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang, unggul dan terpercaya.

### **b. Misi BPJS Kesehatan**

- 1) Membangun kemitran strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 2) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitran yang optimal dengan fasilitas kesehatan.

- 3) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS kesehatan secara lebih efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- 4) Membangun BPJS kesehatan yang lebih efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
- 5) Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen resiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- 6) Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasional BPJS kesehatan.

### **3. Indikator kebijakan BPJS Kesehatan**

Pelaksanaan program kesehatan terus diperbaiki, karena peserta BPJS Kesehatan, mitra BPJS Kesehatan atau fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik dan dokter terus bertambah. Adanya program jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan ini sangat membantu masyarakat untuk meringankan biaya pengobatannya, sehingga pada saat sekarang ini banyak ditemui pasien yang menggunakan layanan BPJS Kesehatan. Untuk mengukur efektivitas program BPJS Kesehatan dapat dilihat dari beberapa indikator-indikator kebijakan BPJS kesehatan, yaitu:

#### **a. Sosialisasi program**

Upaya sosialisasi yang dilakukan agar bisa menjembatani apa yang diharapkan oleh Pemerintah Daerah, Faskes dan BPJS dengan masyarakat dalam hal ini peserta BPJS, sehingga tidak terjadi perbedaan persepsi. Adanya sosialisasi

program ini diharapkan masyarakat dapat mengetahui, memahami dan mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal dari program ini.

b. Pemahaman program

Program BPJS Kesehatan tidak hanya harus dipahami oleh pihak pelaksana saja, tetapi juga harus di pahami oleh masyarakat sebagai penerima layanan BPJS Kesehatan. Salah satu upaya untuk memberikan pemahaman mengenai program ini yang telah dilakukan oleh pemerintah dengan mengeluarkan Buku Saku FAQ (Frequently Asked Questions) BPJS Kesehatan. Upaya ini sepertinya tidak diketahui oleh semua masyarakat atau peserta karena hanya dipublikasikan melalui media internet, sehingga timbul beberapa masalah seperti kurangnya pemahaman masyarakat mengenai program BPJS Kesehatan ini, salah satunya masalah pada unsur pengaplikasiannya, khususnya pada aspek rujukan. Kebanyakan dari masyarakat belum paham mengenai sistem rujukan.

c. Ketepatan sasaran

Sesuai dengan Visi BPJS Kesehatan yaitu “cakupan semesta 2024”, bahwa paling lambat tanggal 01 Januari 2024, seluruh penduduk Indonesia memiliki Jaminan Kesehatan Nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

## **2.1.2 Kesejahteraan Masyarakat**

### **1. Pengertian Kesejahteraan Masyarakat**

Kesejahteraan menurut kamus besar Bahasa Indonesia berasal dari kata sejahtera yang mempunyai makna sama, sentosa, makmur, dan selamat (terlepas dari segala macam gangguan, kesukaran, dan sebagainya) (Poerwadarminto, 2014).

Kesejahteraan dapat diartikan perasaan hidup yang setingkat lebih tinggi dari kebahagiaan. Orang merasa hidupnya sejahtera apabila ia merasa senang, tidak kurang suatu apapun dalam batas yang mungkin dicapainya, jiwanya tentram lahir dan batin terpelihara, ia merasakan keadilan dalam hidupnya, ia terlepas dari kemiskinan yang minyiksa dan bahaya kemiskinan yang mengancam (Abbas, 2013).

Dalam bahasa Inggris masyarakat disebut *society*, asal kata dari *socius* yang berarti kawan. Adapun kata "masyarakat" berasal dari bahasa Arab, yaitu syrik artinya bergaul. Adanya saling bergaul ini tentu karena ada bentuk-bentuk aturan hidup, yang bukan disebabkan oleh manusia sebagai perseorangan, melainkan oleh unsur-unsur kekuatan lain dalam lingkungan sosial yang merupakan kesatuan (Soelaeman, 2011).

Kesejahteraan sosial adalah kondisi sejahtera dari suatu masyarakat. Kesejahteraan meliputi kesehatan, keadaan ekonomi, kebahagiaan, dan kualitas hidup rakyat (Suud, 2011). Manusia adalah makhluk masyarakat, selalu hidup bersama dan berada diantara manusia lain dalam bentuk kongret bergaul, berkomunikasi, dan berinteraksi.

Beberapa pengertian masyarakat tentang masyarakat sebagaimana disebutkan (Hanafie, 2016), antara lain:

- a. Masyarakat adalah kelompok manusia yang telah memiliki tatanan kehidupan, norma-norma, adat istiadat yang sama-sama ditaati dalam lingkungannya sehingga memiliki ciri kehidupan yang bahas.
- b. Masyarakat adalah kelompok individu yang diorganisasikan mengikuti satu cara hidup tertentu

- c. Masyarakat adalah kelompok manusia yang terbesar dan mempunyai kebiasaan, tradisi, sikap, dan perasaan persatuan yang sama.

Kesejahteraan masyarakat adalah suatu institusi atau bidang kegiatan yang melibatkan aktivitas teorganisir yang diselenggarakan baik oleh lembaga-lembaga pemerintah maupun swasta yang bertujuan mencegah, mengatasi atau memberikan kontribusi terhadap pemecahan masalah sosial, dan peningkatan kualitas hidup individu, kelompok dan masyarakat.

Kesejahteraan masyarakat memiliki beberapa makna yang relatif berbeda, meskipun substansinya tetap sama. Kesejahteraan masyarakat pada intinya mencangkup tiga konsep, yaitu:

- a. Kondisi kehidupan atau keadaan sejahtera, yakni terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan jasmaniah, rohaniah, dan sosial
- b. Institusi, arena atau bidang kegiatan yang melibatkan lembaga kesejahteraan masyarakat dan berbagai profesi kemanusiaan yang menyelenggarakan usaha kesejahteraan masyarakat dan pelayan sosial.
- c. Aktivitas, yakni suatu kegiatan-kegiatan atau usaha terorganisir untuk mencapai kondisi sejahtera.

Pengertian kesejahteraan masyarakat sosial yang menunjuk pada segenap aktivitas pengorganisasian dan pendistribusian pelayan sosial bagi kelompok masyarakat, terutama kelompok yang kurang beruntung (Suharto, 2011). Kesejahteraan masyarakat merupakan suatu tata cara dalam dan penghidup sosial, material dan spiritual dan yang diliputi oleh rasa keselamatan kesusilaan dan ketentraman lahir batin yang meningkat bagi setiap warga negara untuk

mengadakan usaha pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial bagi diri, keluarga dan masyarakat (Dura, 2016).

Tujuan diselenggarakan kesejahteraan sosial. Pertama meningkatkan taraf kesejahteraan, kualitas, dan kelangsungan hidup. Kedua, memulihkan fungsi sosial dalam rangka mencapai kemandirian. Ketiga, meningkatkan ketahanan sosial masyarakat dalam mencegah dan menangani masalah kesejahteraan sosial. Keempat, meningkatkan kemampuan kepedulian dan tanggung jawab sosial dunia usaha dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial secara melembaga dan berkelanjutan. Kelima, meningkatkan kemampuan dan kepedulian masyarakat dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial secara melembaga dan berkelanjutan. Keenam, meningkatkan kualitas manajemen penyelenggaraan kesejahteraan sosial.

Keterbatasan indikator ekonomi dalam mempresentasikan tingkat kesejahteraan masyarakat telah meningkatkan perhatian dunia terhadap aspek sosial dalam pembangunan. Kemajuan pembangunan yang selama ini lebih banyak dilihat dari indikator ekonomi, seperti pertumbuhan ekonomi dan penurunan kemiskinan dinilai belum cukup untuk menggambarkan tingkat kesejahteraan yang sesungguhnya (Sodiq, 2015). Tatanan kehidupan, norma-norma yang mereka miliki itulah yang menjadi dasar kehidupan sosial dalam lingkungan mereka, sehingga dapat membentuk suatu kelompok manusia yang memiliki ciri-ciri kehidupan yang khas.

Dalam pertumbuhan dan perkembangannya, masyarakat digolongkan menjadi masyarakat sederhana (tradisional) dan masyarakat modern (maju).

a. Masyarakat sederhana (tradisional)

Masyarakat tradisional sebagai bentuk dari kehidupan berkaitan yang erat dengan lingkungan hidup, baik manusia maupun benda-benda lain atau kondisi alamnya. Dalam lingkungan masyarakat sederhana, pola pembagaian pekerjaan berdasarkan jenis kelamin, yang bertitik tolak dari latar belakang adanya kelemahan dan kemampuan fisik antara laki-laki dan perempuan dalam menghadapi tantangan alam yang buas pada saat itu.

b. Masyarakat maju (modern)

Masyarakat maju memiliki aneka ragam kelompok sosial yang dikenal dengan kelompok organisasi kemasyarakatan yang tumbuh dan berkembang berdasarkan kebutuhan serta tujuan tertentu dalam lingkup regional sampai internasional.

Masyarakat sederhana kehidupannya berbeda dengan masyarakat maju. Perbedaan-perbedaan ini berasal dari adanya perbedaan yang mendasar dari keadaan lingkungan, yang mengakibatkan adanya dampak terhadap personalitas dan segi-segi kehidupan. Masyarakat sederhana maupun masyarakat maju masing-masing dapat diperlakukan sebagai sistem jaringan yang kekal dan penting serta dapat pula dibedakan masyarakat yang bersangkutan dengan masyarakat yang lain.

Setiap orang memiliki keinginan untuk sejahtera, suatu keadaan yang serba baik, atau suatu kondisi dimana orang-orangnya dalam keadaan makmur, dalam keadaan sehat dan damai. Sejahtera yaitu suatu kondisi masyarakat yang telah terpenuhi kebutuhan dasarnya. Dan mutu pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, lapangan pekerjaan, dan kebutuhan lainnya seperti, lingkungan

bersih, aman dan nyaman. Untuk mencapai kesejahteraan manusia melakukan berbagai macam usaha misalnya, bidang pertanian, perdagangan, pendidikan, kesehatan, serta keagamaan, pertahanan keamanan. Ukuran kesejahteraan ekonomi inipun bisa dilihat dari dua sisi yaitu, konsumsi dan produksi (skala usaha) (Shadar, 2013).

## **2. Indikator Kesejahteraan**

Dalam usaha untuk mendeskripsikan tingkat kesejahteraan itu, tidak bisa dilepaskan dari penggolongan keluarga sejahtera, sehingga keluarga sejahtera perlu dikembangkan menjadi wahana pembangunan anggotanya yang utama dan pertama. Untuk mendapatkan gambaran tentang klasifikasi kesejahteraan perlu diketahui tingkatan keluarga sejahtera.

Ada tiga kelompok kebutuhan yang harus terpenuhi, yaitu: kebutuhan pokok (dasar), sosial, dan kebutuhan pengembangan. Menurut BKKBN, indikator tingkat kesejahteraan yaitu yang mencakup 3 kebutuhan tersebut:

a. Keluarga pra sejahtera (sering dikelompokkan sebagai sangat miskin)

Belum memenuhi salah satu atau lebih indikator yang meliputi:

1) Indikator Ekonomi

- a) Makan dua kali atau lebih sehari.
- b) Memiliki pakaian yang berbeda untuk aktivitas.
- c) Bagian luas lantai rumah bukan dari tanah.

2) Indikator non ekonomi

- a) Melaksanakan ibadah
- b) Bila anak sakit dibawa kesarana kesehatan

b. Keluarga sejahtera I (Sering dikelompokan sebagai miskin)

1) Indikator ekonomi

- a) Paling kurang satu kali seminggu keluarga makan daging atau ikan atau telur.
- b) Setahun terakhir seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru.
- c) Luas lantai rumah paling kurang 8m untuk tiap penghuni

2) Indikator Non-Ekonomi

- a) Ibadah teratur
- b) Sehat tiga bulan terakhir
- c) Punya penghasilan tetap
- d) Usia 10-60 tahun dapat baca tulis huruf
- e) Usia 6-15 tahun bersekolah
- f) Anak lebih dari dua orang

c. Keluarga Sejahtera II

Adalah keluarga yang karena alasan ekonomi tidak dapat memenuhi salah satu atau lebih indikator meliputi:

- 1) Memiliki tabungan keluarga
- 2) Makan bersama sambil berkomunikasi
- 3) Rekreasi bersama 6 bulan sekali
- 4) Meningkatkan pengetahuan agama
- 5) Menggunakan sarana transportasi

d. Keluarga sejahtera III

Sudah dapat memenuhi beberapa indikator, meliputi:

- 1) Memiliki tabungan keluarga
- 2) Makan bersama sambil berkomunikasi
- 3) Rekreasi bersama 6 bulan sekali
- 4) Meningkatkan pengetahuan agama
- 5) Menggunakan sarana transportasi

Belum dapat memenuhi beberapa indikator meliputi:

- 1) Aktif memberikan sumbangan material secara teratur
- 2) Aktif sebagai pengurus organisasi kemasyarakatan

e. Keluarga sejahtera III plus

Sudah dapat memenuhi indikator meliputi:

- 1) Aktif memberikan sumbangan material secara teratur
- 2) Aktif sebagai pengurus organisasi kemasyarakatan

Kehidupan yang didambakan oleh semua manusia didunia ini adalah kesejahteraan. Baik tinggal dikota maupu yang didesa, semua mendambakan kehidupan yang sejahtera. Sejahtera menunjukkan keadaan yang baik, kondisi manusia diman orangnya dalam keadaan makmur, dalam keadaan sehat atau damai. Kesejahteraan meliputi seluruh bidang kehidupan manusia, mulai dari ekonomi, sosial, budaya, iptek dan lain sebagainya. Adapun indikator tersebut menurut Hermanita (2013) diantaranya adalah:

- 1) Jumlah pemerataan pendapatan

Hal ini berhubungan dengan masalah ekonomi. Pendapatan berhubungan dengan lapangan kerja, kondisi usaha, dan faktor ekonomi lainnya. Penyediaam

lapangan kerja mutlak dilakukan oleh semua semua pihak agar masyarakat memiliki pendapat tetap untuk memenuhi kebutuhan kehidupannya. Tanpa itu semua, mustahil manusia dapat mencapai kesejahteraan. Tanda-tanda masih belum sejahteranya suatu kehidupan masyarakat adalah jumlah dan sebaran pendapatan yang mereka terima.

## 2) Pendidikan yang semakin mudah untuk dijangkau

Pendidikan yang mudah dan mudah merupakan impian semua orang. Dengan pendidikan yang murah dan mudah itu, semua orang dapat dengan mudah mengakses pendidikan setinggi-tingginya. Dengan pendidikan yang tinggi itu, kualitas sumberdaya manusianya semakin meningkat. Kesejahteraan manusia dapat dilihat dari kemampuan mereka untuk mengakses pendidikan, serta mampu menggunakan pendidikan itu untuk mendapatkan kebutuhan hidup.

## 3) Kualitas kesehatan yang semakin meningkat dan merata

Masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan tidak dibatasi oleh jarak dan waktu. Setiap saat mereka dapat mengakses layanan kesehatan yang murah dan berkualitas. Ini merupakan kewajiban pemerintah yang tak biasa ditawarkan lagi. Apalagi masih banyak keluhan masyarakat tentang layanan kesehatan, maka itu pertanda bahwa suatu Negara masih belum mampu mencapai taraf kesejahteraan yang diinginkan oleh rakyatnya.

Tabel 2.1 Indikator kesejahteraan masyarakat

No	Indikator	Kaya	Sedang	Miskin
1.	Rumah	Batu	Kayu	Bambu
2.	Atap	Seng/Tegel	Seng	Seng bekas
3.	Dinding	Batu	Papan/tembok	Gamacca
4.	Lantai	Tegel	Papan/semen	Tanah
5.	Wc	Ada	Ada	Tidak ada
6.	Fasilitas	Ada/lengkap	Kurang	Tidak ada

7.	TV	TV warna	TV hitam putih	Tidak ada
8.	Radio	Radio tape	Radio baterai	Tidak ada
9.	Listrik	Ada	Ada	Tidak ada
10.	Pendapatan	800.000 keatas	400.00-750.000	150.000-300.000
11.	Pendidikan	SMP/SMA keatas	SD/SMP	Tidak sekolah/SD
12.	Kepemilikan tanah	1 Ha keatas	10 a-1 Ha	0-5 a
13.	Status kepemilikan	Milik sendiri	Menumpang	Tidak ada

### 3. Teori Kesejahteraan

Teori kesejahteraan secara umum dapat diklasifikasi menjadi tiga macam, yakni classical utilitarian, neoclassical welfare theory dan new contractarian approach (Albert dan Hahnel, 2012):

- a. Pendekatan *classical utilitarian* menekankan bahwa kesenangan atau kepuasan seseorang dapat diukur dan bertambah. Prinsip bagi individu adalah meningkatkan sebanyak mungkin tingkat kesejahteraannya, sedangkan bagi masyarakat peningkatan kesejahteraan kelompoknya merupakan prinsip yang dipegang dalam kehidupannya.
- b. Pendekatan *neoclassical welfare theory* menjelaskan bahwa fungsi kesejahteraan merupakan fungsi dari semua kepuasan individu.
- c. Pendekatan *new contractarian approach* yang mengangkat adanya kebebasan maksimum dalam hidup individu atau seseorang. Hal yang paling ditekankan dalam pendekatan new contractarian approach ini adalah individu akan memaksimalkan kebebasannya untuk mengejar konsep mereka tentang barang dan jasa tanpa adanya campur tangan.

Kesejahteraan masyarakat dalam teori ekonomi dikenal sebagai ekonomi kesejahteraan, dimana menurut Pigou, ekonomi kesejahteraan adalah bagian dari

kesejahteraan sosial yang dapat dikaitkan secara langsung maupun tidak langsung dengan pengukuran uang. Sepadan dengan UU. No 11 Tahun 2009, kesejahteraan sosial merupakan kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Jadi, kesejahteraan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan baik dari segi sosial maupun ekonomi. Selain itu, kesejahteraan sosial juga dipaparkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) Kesejahteraan Sosial merupakan kegiatan-kegiatan yang terorganisir yang bertujuan untuk membantu individu dan masyarakat guna memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya dan meningkatkan kesejahteraan selaras dengan kepentingan keluarga dan masyarakat. Dalam hal ini menunjukkan kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan baik oleh lembaga-lembaga pemerintah maupun swasta yang bertujuan untuk mencegah, mengatasi atau memberi kontribusi terhadap pemecahan masalah sosial, peningkatan kualitas hidup individu, kelompok dan masyarakat (Husna, 2014).

Paul Hogget memberikan tiga dimensi menuju masyarakat kesejahteraan sosial atau disebut “*good society*”:

a. *Welfare Consumerism*

Kesejahteraan hidup (*well being*) masyarakat ditentukan dan diukur oleh kemampuan orang untuk mendapatkan kuantitas dan variasi barang material dan pelayanan sosial. Semua hal dihitung dengan konsep uang sehingga barang dan pelayanan sosial yang tersedia dijual dan dapat dibeli oleh masyarakat .

*b. Welfare Statism*

Kesejahteraan hidup (*well being*) masyarakat ditentukan atau diukur dengan tersedianya barang dan pelayanan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar tanpa variasi pilihan yang beragam. Semua barang dan pelayanan hanya dapat diperoleh oleh orang-orang yang berhak.

*c. Ecowelfarism*

Kesejahteraan masyarakat (*well being*) ditentukan dan diukur kepada kemampuan masyarakat untuk memberi kesempatan memenuhi kebutuhan sendiri dengan kekuatannya sendiri. Pemenuhan kebutuhan masyarakat atau warga harus sesuai dengan daya dukung lingkungan hidupnya.

Konsep kesejahteraan yang dipaparkan Nasikun (2013) dapat dirumuskan sebagai padanan makna dari konsep martabat manusia yang dapat dilihat dari empat indikator, yaitu (1). Rasa aman (*security*), (2). Kesejahteraan (*welfare*), (3). Kebebasan (*freedom*), (4). dan jati diri (*identity*). Sedangkan menurut Kolle (2014), kesejahteraan dapat diukur dari beberapa aspek kehidupan antara lain:

- a. Dengan melihat kualitas hidup dari segi materi, seperti kualitas rumah, bahan pangan, dan sebagainya;
- b. Dengan melihat kualitas hidup dari segi fisik, seperti kesehatan tubuh, lingkungan alam, dan sebagainya;
- c. Dengan melihat kualitas hidup dari segi mental, seperti fasilitas pendidikan, lingkungan budaya, dan sebagainya;
- d. Dengan melihat kualitas hidupnya dari segi spiritual, seperti moral, etika, keserasian, penyesuaian dan sebagainya.

Sejalan dengan Subandi (2016), disarankan 9 komponen kesejahteraan yaitu kesehatan, konsumsi makanan dan gizi, pendidikan, kesempatan kerja, perumahan, jaminan sosial, sandang, rekreasi dan kebebasan. Menurut Badan Pusat Statistik, indikator yang digunakan untuk mengetahui tingkat kesejahteraan ada delapan, yaitu pendapatan, konsumsi atau pengeluaran keluarga, keadaan tempat tinggal, fasilitas tempat tinggal, kesehatan anggota keluarga, kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan, kemudahan memasukkan anak ke jenjang pendidikan, dan kemudahan mendapatkan fasilitas transportasi.

Peningkatan kesejahteraan hanya dapat terjadi apabila tanah dan modal mampu meningkatkan produksi lebih cepat dibandingkan angkatan kerja. Kesejahteraan terdiri dari peralatan, mesin, dan keterampilan angkatan kerja. Tenaga kerja produktif inilah yang merupakan pencipta kesejahteraan dan akumulasi modal. Laju akumulasi modal merupakan fungsi dari bagian angkatan kerja yang dipekerjakan secara produktif. Laba yang diterima dengan mempekerjakan tenaga kerja tidak menghasilkan kesejahteraan ataupun pendapatan. Hanya tenaga kerja produktif, yang dapat melakukan konsumsi produktif. Konsumsi produktif adalah konsumsi untuk memelihara dan meningkatkan kemampuan produktif masyarakat. Ini menunjukkan bahwa konsumsi produktif merupakan input yang diperlukan untuk memelihara tenaga kerja produktif (Jhingan, 2014).

Malthus menitik beratkan perhatian pada “perkembangan kesejahteraan“ suatu negara, yaitu pembangunan ekonomi yang dapat dicapai dengan meningkatkan kesejahteraan suatu negara. Kesejahteraan suatu negara sebagian bergantung pada kuantitas produk yang dihasilkan oleh tenaga kerjanya, dan

sebagiannya lagi pada nilai atau produk tersebut. Tetapi, kesejahteraan suatu negara tidak selalu meningkat dalam proporsi yang sama dengan peningkatan pada nilai; peningkatan pada nilai kadangkala bisa terjadi atas dasar penyusutan aktual pada komoditi (Jhingan, 2014).

a. Pendapatan per kapita

Kesejahteraan masyarakat suatu kondisi dimana masyarakat secara individual bisa memenuhi kebutuhannya dengan perasaan senang tanpa beban secara ekonomi dan sosial. Indikator kesejahteraan masyarakat diukur melalui laju pertumbuhan penduduk, laju peningkatan kesehatan dan gizi, angka ketenagakerjaan dalam partisipasi kerja, taraf dan pola konsumsi, penurunan angka kemiskinan. Untuk mengukur kesejahteraan masyarakat (*welfare*) bisa melalui pendapatan perkapita. Pendapatan perkapita, pendapatan seseorang dalam satu kurun waktu tertentu.

b. Kesempatan kerja

Manusia merupakan faktor produksi utama yang menentukan kemakmuran bangsa-bangsa. Sumber daya alam tidak ada artinya kalau tidak ada sumber daya manusia yang pandai mengolahnya sehingga bermanfaat bagi kehidupan. Smith juga melihat bahwa alokasi sumber daya manusia yang efektif adalah pemula pertumbuhan ekonomi. Setelah ekonomi tumbuh, akumulasi modal (fisik) baru mulai dibutuhkan untuk menjaga agar ekonomi tumbuh. Dengan kata lain, alokasi sumber daya manusia yang efektif merupakan syarat perlu bagi pertumbuhan ekonomi.

Menurut Sudarsono (2013), bahwa kesempatan kerja dapat diartikan sebagai partisipasi dalam pembangunan, baik dalam arti memikul beban pembangunan

maupun dalam tanggung jawab atas pelaksanaan pembangunan ataupun di dalam menerima kembali hasil pembangunan tersebut. Kesempatan kerja merupakan banyaknya orang dapat terserap untuk bekerja pada suatu perusahaan atau suatu instansi, kesempatan kerja ini akan menampung semua tenaga kerja yang tersedia apabila lapangan pekerjaan yang tersedia mencukupi atau seimbang dengan banyaknya tenaga kerja yang tersedia.

Menurut BPS (2016), kesempatan kerja merupakan banyaknya orang yang dapat di tampung untuk bekerja pada suatu perusahaan. Kesempatan kerja akan menampung semua tenaga kerja apabila lapangan pekerjaan yang tersedia mencakupi atau seimbang dengan banyaknya tenaga kerja yang ada. Adapun lapangan pekerjaan adalah bidang kegiatan usaha, instansi, dimana seseorang bekerja atau pernah bekerja. Kesempatan kerja bisa juga dikatakan sebagai permintaan tenaga kerja oleh pasar, dimana harus ada keseimbangan antara permintaan tenaga kerja dengan lapangan pekerjaan sehingga tidak terjadi yang namanya pengangguran. Indikator kesempatan kerja dipaparkan Sadono (2012) adalah banyaknya orang yang tertampung untuk bekerja pada suatu lapangan pekerjaan dan banyaknya lapangan pekerjaan yang tersedia.

## 2.2 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Penulis dan Judul Penelitian	Metode Analisis/Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Putri Devita Sari. (2018). Penerapan Konsep Hak dan Kewajiban Peserta BPJS dalam Memperoleh Jaminan Kesehatan.	Analisis deskriptif kualitatif. Variabel penelitian: hak dan kewajiban peserta BPJS.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam hal ini hak peserta BPJS adalah mendapat jaminan kesehatan dari program pemerintah tersebut, dan

			kewajibannya adalah membayar iuran setiap bulan sebelum tanggal sepuluh dan bagi seseorang yang memiliki perusahaan wajib baginya untuk mendaftarkan karyawannya demi kesehatan dan keselamatan bersama
2.	Ananda. (2019). Peran BPJS sebagai Perwujudan Hak Asasi Manusia dalam Pelayanan Kesehatan.	Analisis deskriptif kualitatif. Variabel penelitian: peran BPJS.	Hasil penelitian ditemukan Peran pemerintah untuk mewujudkan hak atas pelayanan kesehatan melalui BPJS Kesehatan bagi Warga Negara Indonesia melalui pembentukan suatu Badan Pelayanan Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan).
3.	Luthfan Dimas. (2020). Pertanggung Jawaban BPJS Kesehatan terhadap Pelayanan Asuransi Kesehatan Masyarakat.	Variabel dalam penelitian ini adalah pertanggungjawaban BPJS. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif kualitatif.	Hasil penelitian menunjukkan Peraturan yang dikeluarkan oleh Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan tersebut berindikasi menurunkan mutu pelayanan kesehatan, dan cenderung mereduksi tindakan dokter dalam penanganan pelayanan kesehatan .
4.	Hafiz Sutrisno. (2020). Pengaruh BPJS Ketenagakerjaan dalam Meningkatkan Kesejahteraan Tenaga Kerja.	Variabel dalam penelitian ini adalah BPJS Ketenagakerjaan dan kesejahteraan tenaga kerja. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif kuantitatif.	Dalam memberikan pengaruh terhadap para tenaga kerja, BPJS Ketenagakerjaan memiliki fungsi bagi tenaga kerja, yaitu: Menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, Menyelenggarakan program jaminan kematian, Menyelenggarakan program jaminan hari tua, Menyelenggarakan program jaminan pensiun. Kesimpulan pada penelitian ini masih banyaknya perusahaan yang tidak memberikan hak bagi tenaga kerjanya yaitu tidak menguruskan BPJS Ketenagakerjaan tenaga kerjanya yang notaben merupakan suatu hal yang

			wajib didapatkan oleh setiap tenaga kerja. Serta kurangnya kesadaran dari tenaga kerja tentang manfaat BPJS Ketenagakerjaan bagi mereka jika terjadi kecelakaan kerja.
5.	Wijayanti. 2020. Dampak Kebijakan Kenaikan Iuran BPJS terhadap Pengguna BPJS	Variabel dalam penelitian ini adalah kebijakan iuran BPJS. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif.	Pendekatan yang digunakan bersifat kualitatif deskriptif, dengan teknik pengumpulan data sekunder, data sekunder yaitu data yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai sumber seperti jurnal, artikel, berita, buku maupun dokumen administrasi kelembagaan, analisis data yaitu dengan reduksi data bertujuan untuk meringkas atau menyimpulkan informasi penting dari berbagai sumber agar mudah untuk dipahami. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat dampak positif dan negatif. Dampak positifnya antara lain peningkatan layanan, mengatasi defisit, pertumbuhan sektor farmasi, peningkatan sarana dan prasarana, peningkatan sosialisasi program BPJS, tan jangkauan penyakit yang ditanggung semakin luas dan peningkatan jangkauan rumah sakit . Dampak negatifnya antara lain penurunan kelas ,peserta yang berhenti membayar iuran,bertambahnya peserta kelas tiga, penurunan minat masyarakat,beralihnya masyarakat ke asuransi swasta, inflasi, dan meningkatnya kemiskinan
6.	Maharani. (2016). Pelayanan RSUD Sidoarjo terhadap Peserta BPJS-Kesehatan PBI dalam Rangka Meningkatkan Kesejahteraan Sosial.	Variabel dalam penelitian ini adalah pelayanan BPJS, kesejahteraan sosial. Metode analisis yang digunakan dalam	Hasil penelitian menunjukkan pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sidoarjo terhadap peserta BPJS Kesehatan belum menunjukkan bahwa

		penelitian ini analisis deskriptif.	pelayanan yang secara keseluruhannya baik, sehingga tidak dapat dikatakan sebagai upaya peningkatan kesejahteraan sosial masyarakat. Dalam hal ini, sangat jelas bahwa respon/ pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sidoarjo kurang baik, karena berdasarkan data yang diperoleh menunjuk pada sikap kurang peduli yang dimiliki oleh pihak RSUD Sidoarjo dalam masalah kecepatan dalam menangani pasien serta kurang tanggap akan keluhan-keluhan yang disampaikan oleh pasien, pihak RSUD Sidoarjo hanya menyediakan kotak keluhan saja tanpa adanya tindak lanjut akan keluhan yang diajukan oleh pasien
7.	Brigitta Revia. (2017). Proses Pengambilan Keputusan Keikutsertaan Asuransi BPJS sebagai Penjamin Kesejahteraan Kesehatan Keluarga.	Variabel dalam penelitian ini adalah pengambilan keputusan. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif.	Tahapan itu adalah adanya kebutuhan karena biaya kesehatan yang mahal (kebutuhan yang ada disebabkan oleh rangsangan dari dalam diri ataupun dari luar diri mereka sendiri), pencarian informasi kepada para professional ataupun kolega (sumber pencarian informasi adalah komersial – personal, dan komersial – impersonal), evaluasi hasil dari informasi yang telah dikumpulkan (mereka mencari produk yang dapat disesuaikan dengan penyakit yang diderita, baik itu penyakit ringan ataupun penyakit kronis), melakukan keputusan penggunaan asuransi (konsumen membentuk pilihan diantara beberapa merek asuransi diperangkat pilihan dan membentuk sikap untuk menggunakan atas merek

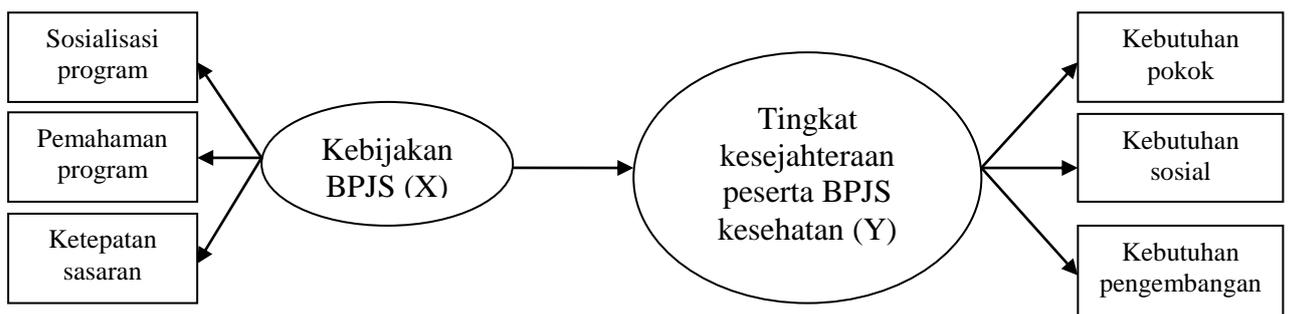
			asuransi yang disukainya), pencapaian hasil atas pengambilan keputusan (puas dengan keputusan yang telah mereka lakukan dan melakukan penggunaan asuransi dalam jangka waktu yang lama).
8.	Solihat. (2021). Pengaruh Pengawasan Program, Penyelenggaraan BPJS Tenaga Kerja terhadap Kesejahteraan Hari Tua.	Variabel dalam penelitian ini adalah pengawasan program, penyelenggaraan BPJS, kesejahteraan hari tua. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif kuantitatif.	Hasil penelitian membuktikan bahwa : 1) Pengaruh Pengawasan program, Penyelenggaraan BPJS Tenaga Kerja. 2 ) berpengaruh Terhadap kesejahteraan Hari Tua.
9.	Arief Budiono. (2021). Analisa Dampak Kebijakan Atas Kenaikan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kecamatan Bulukerto).	Variabel dalam penelitian ini adalah dampak kebijakan iuran BPJS. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif kualitatif.	Hasil penelitian bahwa, Kenaikan dan melonjaknya iuran BPJS yang terjadi sejak tanggal 1 Januari 2020 yang lalu, berdampak pada iuran atau jumlah uang yang harus dibayar oleh seseorang terhadap tagihan yang muncul, jika tidak dibayar maka akan muncul dendanya. Hasil kuisioner <i>google form</i> , bahwa pada dasar dan hakikatnya, kebijakan terkait BPJS Kesehatan sangatlah membantu masyarakat dan itu sangat jelas membuktikan sebuah kesejahteraan hukum di wilayah Kecamatan Bulukerto.
10.	Deffrinika. (2020). Peran BPJS Kesehatan pada Peningkatan Kesejahteraan Ekonomi Ibu Hamil di Goa Boma.	Variabel dalam penelitian ini adalah peran BPJS kesehatan. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif kualitatif.	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil merasakan manfaat dari layanan kesehatan ketika akan melahirkan bahkan ketika pemulihan. Dengan memanfaatkan layanan BPJS Kesehatan ini, mereka dapat melakukan penghematan biaya pemeriksaan kesehatan dan persalinan. Pendapatan mereka dapat dimanfaatkan untuk kebutuhan rumah tangga lainnya dan atau

			<p>untuk memenuhi kebutuhan anak yang sudah dilahirkan. Meskipun kelas layanan kesehatan yang mereka dapatkan adalah kelas dua dan tiga, tetapi pelayanan yang mereka dapatkan dinilai 'cukup.</p>
--	--	--	--

### 2.3 Kerangka Pikir

Mempermudah pemahaman tentang pengaruh kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan terhadap tingkat kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu, maka dapat digambarkan sebagai berikut ini:

**Gambar 2.1 Kerangka Pikir**



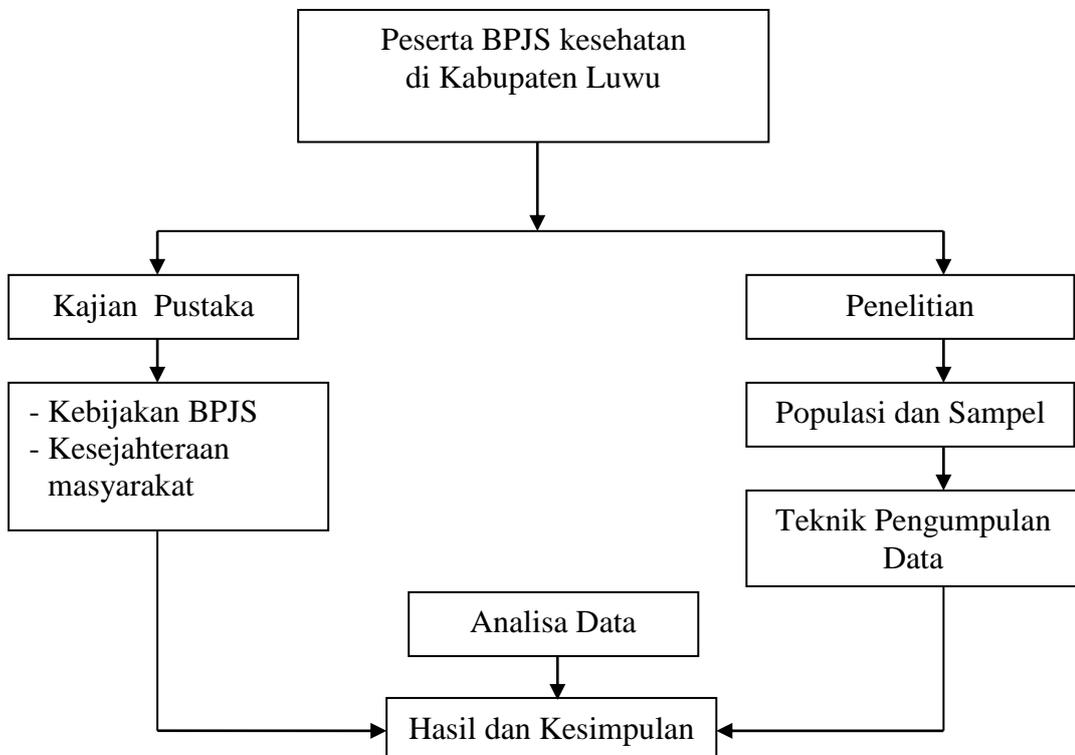
### 2.4 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2016). Berdasarkan pada permasalahan yang telah diuraikan terdahulu, maka dapat dikemukakan hipotesis yaitu diduga kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu.

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah metode yang digunakan oleh para peneliti untuk melakukan studi yang memberikan arah untuk program penelitian (Dharma, 2011). Desain penelitian yang digunakan adalah desain kuantitatif. Jenis pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asosiatif. Penelitian asosiatif adalah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel atau lebih, sehingga terdapat variabel independen (variabel yang mempengaruhi) dan variabel dependen (variabel yang dipengaruhi) (Sugiyono, 2016). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



**Gambar 3.1 Desain Penelitian**

## 3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

### 3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di BPJS Kesehatan Kabupaten Luwu Provinsi Sulawesi Selatan.

### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 1 bulan sejak terbitnya surat izin penelitian.

## 3.3 Populasi dan Sampel

### 3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Saryono, 2013). Populasi yang dipilih dalam penelitian adalah peserta BPJS kesehatan di Kabupaten Luwu sebanyak 22.585 orang.

### 3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti (Hidayat, 2013). Sampel yang dipilih dalam penelitian ini adalah sebagian dari peserta BPJS di Kabupaten Luwu sebanyak 99 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Dimana :

n = besar sampel      d = tingkat kemaknaan (0,1)

N = populasi

Karena jumlah populasi yang ada sebanyak 22.585 orang, jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{22.585}{1 + 22.585(0,1)^2}$$

$$n = \frac{22.585}{1 + 22.585(0,01)}$$

$$n = \frac{22.585}{1 + 225,85}$$

$$n = \frac{22.585}{226,85}$$

$$n = 99$$

Jadi, besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 99 orang. Dalam penelitian ini sampel diambil menggunakan metode *purposive sampling* yaitu metode pemilihan sampel yang didasarkan pada tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Seseorang dapat digunakan sebagai sampel karena peneliti berasumsi bahwa orang tersebut memiliki informasi yang dibutuhkan untuk penelitiannya.

### 3.4 Jenis dan Sumber Data

#### 3.4.1 Jenis Data

Data yang digunakan dalam objek penelitian:

1. Data kuantitatif dalam bentuk data berupa angka yang dapat dihitung.
2. Data kualitatif berupa data dalam bentuk bukan angka yang mendukung data kuantitatif sebagai informasi.

### **3.4.2 Sumber Data**

Dalam penulisan proposal ini maka peneliti menggunakan data berupa:

1. Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh para peneliti dari lapangan dengan membagikan kuesioner kepada responden.
2. Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung atau penelitian arsip yang berisi peristiwa masa lalu. Data sekunder dapat diperoleh oleh peneliti dari jurnal, majalah, buku, dan dari internet.

### **3.5 Teknik Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah angket (angket), wawancara, dan studi kepustakaan. Dalam penelitian ini, metode kuesioner digunakan untuk mengetahui jawaban responden tentang pengaruh kebijakan BPJS terhadap kesejahteraan peserta. Instrumen pertanyaan dalam kuesioner penelitian ditutup karena jawaban alternatif disediakan. Sedangkan penelitian kepustakaan adalah metode pengumpulan data dari buku, jurnal, skripsi, tesis, dan sebagainya. Metode studi literatur dalam bentuk penelitian sebelumnya dan informasi lain digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian yang dilakukan oleh penulis.

### **3.6 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

1. Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (X) adalah kebijakan yang dikeluarkan oleh Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi peserta BPJS di Kabupaten Luwu.

2. Variabel kesejahteraan peserta (Y) yang dimaksud peneliti adalah kondisi terpenuhinya semua kebutuhan baik barang ataupun jasa peserta BPJS kesehatan di Kabupaten Luwu, yang dilihat pada tingkat pendapatan, dengan satuan yang digunakan peneliti adalah satuan Rupiah (Rp).

### 3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah lembar angket tertutup. Angket tertutup adalah angket yang telah dilengkapi dengan alternatif jawaban dan responden tinggal memilihnya. Pengukuran angket menggunakan skala Likert. Jawaban dari setiap item instrumen yang menggunakan skala bertingkat berupa kata-kata, yaitu: Sangat setuju (SS), Setuju (S), Kurang Setuju (KS), Tidak setuju (TS), dan Sangat tidak setuju (STS). Skor alternatif jawaban yang diberikan oleh responden pada pernyataan positif (+) dan juga negatif (-) yang disusun secara acak dengan responden persekoran sebagai berikut:

Tabel 3.1 Pedoman Penskoran

Alternatif Jawaban	Skor untuk Pernyataan	
	Positif	Negatif
Sangat Setuju (SS)	5	1
Setuju (S)	4	2
Kurang Setuju (KS)	3	3
Tidak Setuju (TS)	2	4
Sangat Tidak Setuju (STS)	1	5

Sumber: Sugiyono (2016)

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa pertanyaan tertutup (kuesioner), dengan terlebih dahulu melakukan pengujian dengan uji validitas dan reliabilitas.

### 3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Langkah selanjutnya adalah secara statistik, angka korelasi yang diperoleh dengan melihat tanda bintang pada hasil skor total, atau membandingkan dengan angka bebas korelasi nilai  $r$  yang menunjukkan valid. Pada penelitian ini uji validitas akan dilakukan dengan bantuan program SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Untuk menentukan nomor-nomor item yang valid dan yang gugur, perlu dikonsultasikan dengan tabel  $r$  product moment. Kriteria penilaian uji validitas adalah :

1. Apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel, maka item kuesioner tersebut valid.
2. Apabila  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel, maka dapat dikatakan item kuesioner tidak valid.

### 3.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu (Ghozali, 2012). Adapun cara yang digunakan untuk menguji reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini adalah menggunakan rumus koefisien Alpha Cronbach 0,60. Untuk mengetahui kuesioner tersebut sudah reliabel akan dilakukan pengujian reliabilitas kuesioner dengan bantuan komputer program SPSS.

### **3.8 Metode Analisis Data**

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis statistik, baik analisis statistik deskriptif maupun statistik inferensial.

#### **3.7.1 Statistik Deskriptif**

Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menggambarkan profil perusahaan yang akan diambil sampelnya dan mengidentifikasi variabel yang akan diuji dalam setiap hipotesis. Statistik deskriptif termasuk rata-rata, median, standar deviasi, varians, maksimum dan minimum.

#### **3.7.2 Statistik Inferensial**

Statistic inferensial pada penelitian ini menggunakan analisis regresi linear sederhana. Analisis ini digunakan untuk mengukur kekuatan satu variabel dan juga menunjukkan arah hubungan antara variabel dependen dan variabel independen.

Menurut Sugiyono (2012), rumus regresi linier sederhana secara umum adalah sebagai berikut:

$$Y = a + bX + e$$

Keterangan :

Y : Kesejahteraan peserta

a : Konstanta

b : Koefisien Regresi

X : Kebijakan BPJS kesehatan

e : *Error*

### **3.7.3 Koefisien Determinasi ( $R^2$ )**

Koefisien determinasi ( $R^2$ ) pada dasarnya mengukur seberapa jauh kemampuan model untuk menjelaskan variasi variabel dependen (Ghozali, 2012). Koefisien determinasi adalah antara nol dan satu. Nilai kecil ( $R^2$ ) berarti kemampuan variabel independen untuk menjelaskan variasi variabel dependen sangat terbatas. Kelemahan dasar menggunakan koefisien determinasi adalah bahwa ada sejumlah variabel independen yang masuk ke dalam model.

### **3.7.4 Uji Hipotesis**

Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan uji statistik t, yang pada dasarnya menunjukkan sejauh mana pengaruh variabel penjelas atau independen secara individual dalam menjelaskan variasi variabel dependen dan digunakan untuk memprediksi variasi dalam variabel dependen. Cara untuk melakukan uji t adalah dengan langsung melihat jumlah derajat kebebasan (Ghozali, 2012).

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

###### **1. Sejarah Berdirinya BPJS Kesehatan**

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu, mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (universal health insurance) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat.

Pada saat itu kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini. Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya.

Selang beberapa waktu kemudian, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu PERUM HUSADA BHAKTI (PHB), yang melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya. Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT. Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT. Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial. Pada Januari 2005, PT. Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang selanjutnya dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.

PT. Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. Hingga saat itu, ada lebih dari 200 kabupaten/kota atau 6,4 juta jiwa yang telah menjadi peserta PJKMU. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT. Askes (Persero).

Langkah menuju cakupan kesehatan semesta pun semakin nyata dengan resmi beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT. Askes (Persero). Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24

Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT. Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT. Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir di tengah kita untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.

## 2. Tugas dan Fungsi

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS Kesehatan bertugas untuk:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Mengacu kepada Undang-Undang nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjelaskan fungsi BPJS Kesehatan sebagai berikut: BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara

nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

### 3. Visi dan Misi

#### a. Visi BPJS Kesehatan

Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang, unggul dan terpercaya.

#### b. Misi BPJS Kesehatan

- 1) Membangun kemitran strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 2) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitran yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
- 3) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS kesehatan secara lebih efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- 4) Membangun BPJS kesehatan yang lebih efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.

- 5) Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen resiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- 6) Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasional BPJS kesehatan.

#### 4.1.2 Karakteristik Responden

Pada penelitian yang dilakukan selama kurang lebih dua bulan, penelitian memperoleh data dari responden yang telah diberikan lembar kuesioner oleh peneliti, adapun data tersebut dijelaskan pada tabel berikut ini:

##### 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Karakteristik responden berdasarkan usia yaitu menguraikan atau menggambarkan usia responden. Hal ini dapat dikelompokkan menjadi 3 kelompok yaitu: usia 20-30 tahun, 31-40 tahun dan usia > 40 tahun. Adapun karakteristik responden menurut usia dapat disajikan melalui tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

No	Usia	Jumlah	Persentase (%)
1	20-30 tahun	23	23,2
2	31-40 tahun	41	41,4
3	> 40 tahun	35	35,4
Jumlah		99	100

Sumber: Olah data SPSS (2022)

Berdasarkan data pada tabel 4.1 tentang karakteristik responden berdasarkan usia, dapat kita ketahui bahwa jumlah responden yang berusia 20-30 tahun yaitu sebanyak 23 orang atau sekitar 23,2% dari seluruh jumlah responden, responden yang berusia 31-40 tahun yaitu sebanyak 41 orang atau sekitar 41,4%

dari seluruh jumlah responden dan responden yang berusia > 40 tahun yaitu sebanyak 35 orang atau sekitar 35,4% dari seluruh jumlah responden.

## 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yaitu menguraikan atau menggambarkan jenis kelamin responden. Hal ini dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu: laki-laki dan perempuan. Adapun karakteristik responden menurut jenis kelamin dapat disajikan melalui tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
1	Laki-laki	31	31,3
2	Perempuan	68	68,7
Jumlah		99	100

Sumber: Olah data SPSS (2022)

Berdasarkan data pada tabel 4.2 tentang karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, dapat kita ketahui bahwa jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 31 orang atau sekitar 31,3% dari seluruh jumlah responden. Sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 68 orang atau sekitar 68,7% dari seluruh jumlah responden.

## 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan menguraikan atau menggambarkan tingkat pendidikan terakhir responden. Hal ini dapat dikelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu: SD, SMP, SMA dan Sarjana. Adapun karakteristik responden menurut tingkat pendidikan terakhir dapat disajikan melalui tabel berikut ini:

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1	SD	23	23,2
2	SMP	5	5,1
3	SMA	54	54,5
4	Sarjana	17	17,2
Jumlah		99	100

Sumber: Olah data SPSS (2022)

Berdasarkan data pada tabel 4.3 tentang karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir, dapat kita ketahui bahwa jumlah responden yang berpendidikan terakhir SD yaitu sebanyak 23 orang atau sekitar 23,2% dari seluruh jumlah responden, responden yang berpendidikan SMP yaitu 5 orang atau sekitar 5,1% dari seluruh jumlah responden, responden yang berpendidikan terakhir SMA yaitu sebanyak 54 orang atau sekitar 54,5% dari seluruh jumlah responden dan responden yang berpendidikan terakhir Sarjana yaitu sebanyak 17 orang atau sekitar 17,2% dari seluruh jumlah responden.

#### 4.1.3 Analisa Data

##### 1. Uji Validitas

Adapun uji validitas mengetahui besarnya hubungan antara item butir pernyataan dengan total item pernyataan untuk masing-masing variabel yaitu kebijakan BPJS kesehatan (X) dan tingkat kesejahteraan peserta (Y) adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4 Uji validitas variabel kebijakan BPJS kesehatan (X)

Pernyataan	r-hitung	r-tabel	Keterangan
X1	0,706	0,198	Valid
X2	0,779	0,198	Valid
X3	0,741	0,198	Valid
X4	0,877	0,198	Valid
X5	0,466	0,198	Valid
X6	0,396	0,198	Valid
X7	0,383	0,198	Valid

X8	0,877	0,198	Valid
X9	0,279	0,198	Valid

Sumber: Olah data SPSS (2022)

Untuk mengukur nilai validitas kebijakan BPJS kesehatan (X) ditentukan dengan melihat nilai dengan jumlah responden yaitu 99 responden sehingga nilai pada Tabel Product Moment dan didapat nilai  $r = 0,198$ . Jika hasil validitas lebih besar dari 0,198 maka dianggap butir pernyataan atau instrumen sudah valid. Hasil analisis validitas untuk semua Instrumen pada variabel kebijakan BPJS kesehatan (X) pada tabel 4.4, hasil analisisnya lebih besar dari  $r = 0,198$  sehingga dapat disimpulkan bahwa 9 skor pernyataan atau instrumen pada variabel kebijakan BPJS kesehatan (X) tersebut dinyatakan valid dan sudah layak untuk dijadikan pengukuran variabel penelitian.

Tabel 4.5 Uji validitas variabel tingkat kesejahteraan peserta

Pernyataan	r-hitung	r-tabel	Keterangan
Y1	0,456	0,198	Valid
Y2	0,454	0,198	Valid
Y3	0,611	0,198	Valid
Y4	0,720	0,198	Valid
Y5	0,811	0,198	Valid
Y6	0,712	0,198	Valid
Y7	0,763	0,198	Valid
Y8	0,720	0,198	Valid
Y9	0,755	0,198	Valid

Untuk mengukur nilai validitas tingkat kesejahteraan peserta (Y) ditentukan dengan melihat nilai dengan jumlah responden yaitu 99 responden sehingga nilai pada Tabel Product Moment dan didapat nilai  $r = 0,198$ . Jika hasil validitas lebih besar dari 0,198 maka dianggap butir pernyataan atau instrumen sudah valid. Hasil analisis validitas untuk semua Instrumen pada variabel tingkat kesejahteraan peserta (Y) pada tabel 4.5, hasil analisisnya lebih besar dari  $r = 0,198$  sehingga dapat disimpulkan bahwa 9 skor pernyataan atau instrumen pada

variabel tingkat kesejahteraan peserta (Y) tersebut dinyatakan valid dan sudah layak untuk dijadikan pengukuran variabel penelitian.

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pernyataan berbentuk kuesioner.

Tabel 4.6 Uji reliabilitas

Variabel	Alpha Cronbach	Nilai reliabilitas	Keterangan
Kebijakan BPJS kesehatan	0,791	0,600	Reliabel
Tingkat kesejahteraan peserta	0,850	0,600	Reliabel

Sumber: Olah data SPSS (2022)

Cara pengambilan keputusan:

- a. Jika  $r \text{ Alpha} > 0,600$  maka reliabel.
- b. Jika  $r \text{ Alpha} < 0,600$  maka tidak reliabel.

Analisis: Tabel 4.6 menunjukkan hasil pengujian reliabilitas pada kuesioner dengan nilai Cronbach's Alpha atau  $r \text{ Alpha}$  sebesar 0,791; dan 0,850. Hal ini membuktikan kuesioner adalah reliabel karena  $r \text{ Alpha}$  yang bernilai lebih besar dari 0,600.

## 3. Hasil Model Estimasi

Berdasarkan data-data yang telah diperoleh dibuat suatu analisis yang merupakan hasil regresi linier sederhana. Model regresi linier sederhana menggambarkan pengaruh kebijakan BPJS kesehatan yang merupakan variabel independen (X) terhadap variabel dependen yaitu tingkat kesejahteraan peserta (Y). Model estimasi persamaannya adalah:

$$Y = a + bX + e$$

Keterangan:

- Y = Tingkat kesejahteraan peserta  
 a = Konstanta  
 b = Koefisien regresi  
 X = Variabel tingkat kesejahteraan peserta  
 e = Variabel pengganggu (Standard error)

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil dan telah diolah ke dalam model perhitungan komputer dengan menggunakan program SPSS 23 dapat dilihat dari tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7 Regresi linear sederhana

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	14.650	3.415		4,290	.000
	Kebijakan BPJS kesehatan	.597	.088	.567	6,784	.000

a. Dependent Variable: Tingkat Kesejahteraan Peserta

Sumber : Olah data SPSS (2022)

Berdasarkan tabel di atas, dapat dibuat hasil model estimasi sebagai berikut:  $Y = 14.650 + 0,597 X$ .

Interpretasi model tersebut di atas, yaitu:

- a. Nilai a (konstanta) sebesar 14,650, artinya apabila tidak ada variabel kebijakan BPJS atau sama dengan nol maka tingkat kesejahteraan peserta sebesar 14,650 satuan.

- b. Nilai koefisien tingkat kesejahteraan peserta (b) sebesar 0,597. Artinya, setiap ada kenaikan variabel kebijakan BPJS kesehatan (X) sebesar satu satuan maka akan meningkatkan tingkat kesejahteraan peserta sebesar 0,597 satuan.

#### 4. Koefisien Determinasi ( $R^2$ )

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil dan telah diolah ke dalam model perhitungan komputer dengan menggunakan program SPSS 23 dapat dilihat dari tabel sebagai berikut:

Tabel 4.8 Koefisien determinasi

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.567 <sup>a</sup>	.322	.315	2.923

a. Predictors: (Constant), Kebijakan BPJS kesehatan

Sumber : Olah data SPSS (2022)

Tabel dapat dilihat R-square adalah 0,322 atau 32,2% yang berarti variabel kebijakan BPJS kesehatan mampu menjelaskan terhadap tingkat kesejahteraan peserta sebesar 32,2%, sedangkan sisanya sebesar 67,8% (100% - 32,2%) dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model penelitian ini.

#### 5. Uji T-Statistik (Uji Parsial)

Berdasarkan hasil persamaan model estimasi dapat diketahui pengaruh variabel independen terhadap tingkat kesejahteraan peserta. Untuk mengetahui pengaruh nyata variabel secara parsial dapat dilakukan dengan uji t.

Tabel 4.9 Uji T

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	14.650	3.415		4,290	.000
	Kebijakan BPJS kesehatan	.597	.088	.567	6,784	.000

a. Dependent Variable: Tingkat Kesejahteraan Peserta

Pada tabel 4.9 diketahui bahwa nilai t hitung kebijakan BPJS kesehatan (X) adalah 6,784. Sedangkan untuk menentukan nilai t tabel pada penelitian ini, dapat dilihat pada tabel t yang sudah ada. Df adalah hasil pengurangan jumlah data dikurangi jumlah variabel penelitian ( $99-2 = 97$ ). Nilai signifikan pada  $\alpha=5\%$ , sehingga taraf signifikansi yang digunakan adalah 0,05. Selanjutnya menentukan nilai t tabel dengan melihat tabel t. Pada penelitian ini nilai signifikansi 0,05 dan Df adalah 97, sehingga diperoleh nilai t tabel adalah 1,660.

Nilai t-hitung kebijakan BPJS kesehatan  $>$  t-tabel ( $6,784 > 1,660$ ), dan signifikansi  $0,000 < 0,05$  sehingga variabel kebijakan BPJS kesehatan di Kabupaten Luwu berpengaruh signifikan terhadap variabel tingkat kesejahteraan peserta dengan tingkat kepercayaan 95%.

## **4.2 Pembahasan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai t-hitung kebijakan BPJS kesehatan  $>$  t-tabel ( $6,784 > 1,660$ ) dan signifikansi  $0,000 < 0,05$ , dengan demikian hipotesis diterima. Ini berarti bahwa kebijakan BPJS kesehatan berpengaruh signifikan terhadap tingkat kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu.

Kebijakan merupakan suatu yang dibuat bersama antar anggotanya untuk membuat tindakan anggota dapat lebih terorganisir (Syaiiful, 2013). Iuran merupakan suatu kewajiban yang harus dibayarkan oleh peserta, pemerintah, masyarakat secara teratur. BPJS merupakan suatu lembaga yang dibentuk pemerintah dengan tujuan memberikan jaminan sosial kepada seluruh masyarakat (BPJS Kesehatan).

Setiap perusahaan atau badan yang menyediakan jasa, memiliki pelayanan yang berbeda-beda. Masyarakat yang menggunakan jasa perusahaan atau badan tersebut, menginginkan pelayanan yang maksimal. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan salah satu badan usaha layanan kesehatan yang dibentuk pemerintah untuk menjamin kesehatan masyarakat.

Menanggapi hal tersebut, pemerintah membuat kebijakan yaitu menaikkan iuran BPJS. Kenaikan iuran tersebut diharapkan bisa meningkatkan layanan BPJS. Kenaikan iuran BPJS yang meningkat, bisa digunakan pemerintah untuk pembayaran klaim rumah sakit. Dengan iuran yang meningkat tersebut pemerintah bisa bekerjasama dengan rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan. Sehingga kepuasan masyarakat terhadap BPJS akan meningkat.

Kesejahteraan peserta adalah suatu kondisi yang memperlihatkan tentang keadaan kehidupan peserta yang dilihat dari standar kehidupan peserta. Adapun pendapatan peserta yang baik menunjukkan kesejahteraan yang baik. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kesejahteraan peserta dipengaruhi oleh kemiskinan, kesehatan, pendidikan, dan produktifitas.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Budiono (2021) yang berjudul Analisa Dampak Kebijakan Atas Kenaikan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kecamatan Bulukerto). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kenaikan dan melonjaknya iuran BPJS yang terjadi sejak tanggal 1 Januari 2020 yang lalu, berdampak pada iuran atau jumlah uang yang harus dibayar oleh seseorang terhadap tagihan yang muncul, jika tidak dibayar maka akan muncul dendanya. Hasil kuisioner google form, bahwa pada dasar dan hakikatnya, kebijakan terkait

BPJS Kesehatan sangatlah membantu masyarakat dan itu sangat jelas membuktikan sebuah kesejahteraan hukum di wilayah Kecamatan Bulukerto.

Sejalan pula dengan penelitian Deffrinika (2020) yang berjudul Peran BPJS Kesehatan pada Peningkatan Kesejahteraan Ekonomi Ibu Hamil di Goa Boma. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil merasakan manfaat dari layanan kesehatan ketika akan melahirkan bahkan ketika pemulihan. Dengan memanfaatkan layanan BPJS Kesehatan ini, mereka dapat melakukan penghematan biaya pemeriksaan kesehatan dan persalinan. Pendapatan mereka dapat dimanfaatkan untuk kebutuhan rumah tangga lainnya dan atau untuk memenuhi kebutuhan anak yang sudah dilahirkan. Meskipun kelas layanan kesehatan yang mereka dapatkan adalah kelas dua dan tiga, tetapi pelayanan yang mereka dapatkan dinilai 'cukup.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil analisis mengenai pengaruh kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan terhadap tingkat kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu, maka dapat ditarik kesimpulan dari hasil analisis sebagai berikut:

Dari hasil perhitungan, estimasi model regresi linear sederhana antara variable kebijakan BPJS kesehatan dengan tingkat kesejahteraan peserta diperoleh persamaan yang dapat diartikan bahwa jika tidak ada faktor kebijakan BPJS kesehatan, maka kesejahteraan peserta akan menurun. Dan apabila kebijakan BPJS kesehatan naik satu satuan, maka kesejahteraan peserta di Kabupaten Luwu juga akan meningkat.

#### **5.2 Saran**

Berdasarkan hasil pembahasan penelitian, maka disarankan: Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat dijadikan acuan untuk mengembangkan penelitian ini guna mengkaji lebih dalam mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kesejahteraan peserta.

**DAFTAR RUJUKAN**

- Albert, M. & Hahnel, R. 2015. *Teori Kesejahteraan Tradisional*, [www.zmag.org/books/1/html](http://www.zmag.org/books/1/html) (diakses: 1 Februari 2022).
- Dharma, Kusuma Kelana. 2011. *Metodologi Penelitian*. Trans Info Media. Jakarta.
- Ghozali, Imam. 2012. *Pengembangan Analisis Multivariat dengan Program SPSS*. UNDIP. Semarang.
- Hidayat, Andi Aziz Alimul. 2013. *Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika. Jakarta.
- Husna, Nurul. 2014. Ilmu Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial. *Jurnal Al-Bayan*, Vol. 20 No. 29.
- Kumara, Ida Bagus Perdana. 2013. *Pengaruh Ketersediaan Infrastruktur Terhadap Tingkat Pengangguran: Analisis Kabupaten/Kota Di Jawa Dan Luar Jawa 2007-2011*. Skripsi. Departemen Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi Dan Manajemen. Institut Pertanian Bogor.
- Kuncoro, Mudrajad. 2015. *Dasar-Dasar Ekonomika Pembangunan*. UPP STIM YKPN. Yogyakarta.
- Mangkoesebroto, Guritno. 2016. *Ekonomi Publik*. BPFE. Yogyakarta.
- Nasikun. 2013. *Urbanisasi dan Kemiskinan di Dunia Ketiga*. Tiara Wacana. Yogyakarta.
- Posumah, Ferdy. 2015. Pengaruh Pembangunan Infrastruktur Terhadap Investasi di Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*, Vol. 15 No. 2.
- Sadono. 2012. *Pengantar Teori Mikroekonomi*. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Saryono. 2013. *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Nuha Medika. Jakarta.
- Shadar, Muhammad Baqir Ash. 2013. *Buku Induk Ekonomi Islam Iqtishaduna*. Zahra. Jakarta.
- Sudarsono. 2013. *Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Karunika Jakarta Universitas Terbuka. Jakarta.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan RD*. Alfabeta. Bandung.

Sukwika, Tatan. 2018. Peran Pembangunan Infrastruktur Terhadap Ketimpangan Ekonomi Antara Wilayah di Indonesia. *Jurnal Wilayah dan Lingkungan*, Vol. 6 No. 2.

Thohiroh, At Fatimah. 2018. *Analisis Ketersediaan Infrastruktur Ekonomi Dan Sosial Terhadap Pertumbuhan Ekonomi Di Kawasan Timur Indonesia (Periode 2010-2015)*. Skripsi. Ekonomi Pembangunan. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah : Jakarta.