

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Asuransi kesehatan memiliki makna yang bervariasi berdasarkan kelas sosial ekonomi di lapisan masyarakat. Pengaruh kedudukan sosial ekonomi mempengaruhi kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menggunakan asuransi kesehatan karena terdapat konsekuensi yang berpotensi merugikan (Bondarf dan Pauly, 2002). Kemauan dan kemampuan yang berbeda-beda pada masyarakat menyebabkan pemaknaan yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan menjadi bervariasi. Data menurut Kementerian Keuangan (2019), dari total 32 juta peserta mandiri BPJS Kesehatan terdapat 50% peserta mandiri BPJS Kesehatan menunggak pembayaran premi. Selain itu, Kementerian Keuangan pada tahun 2020 mengungkapkan bahwa hingga 13 Mei 2020, BPJS Kesehatan masih memiliki klaim utang terhadap rumah sakit yang menjadi mitra BPJS mencapai 4,4 triliun rupiah.

Berdasarkan Mehr dan Cammack(1980) asuransi ialah alat bertujuan mengurangi risiko keuangan, caranya mengumpulkan unit-unit *exposure* berdasarkan jumlah memadai, dalam rangka menciptakan supaya kerugian seseorang dapat diperkirakan. Lalu, kerugian yang dapat diprediksi tersebut dipikul rata oleh mereka yang tergabung. Sedangkan asuransi kesehatan sendiri adalah jaminan yang didapat untuk bantuan keuangan dalam kasus kesehatan atau terdapat masalah pada kesehatan. Sejarah asuransi kesehatan di Indonesia (Sofyanto, 2009) mulai diketahui tahun 1968 melalui Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 mengenai Peraturan Pemeliharaan Pegawai Negeri Sipil yang mana pesertanya pada saat itu hanya Pegawai Negeri Sipil dan Militer saja melingkupi pensiunannya pula. Hingga saat ini asuransi kesehatan semakin berkembang di Indonesia seiring semakin meningkatnya perhatian pemerintah pada taraf kesehatan masyarakat.

Kondisi sehat didefinisikan oleh White (1977) yaitu keadaan yang mana individu sewaktu diperiksa tidak mempunyai keluhan apapun ataupun tidak terdapat tanda-tanda kelainan ataupun penyakit. Seluruh masyarakat baik anggota keluarganya sehat ataupun terdapat anggota keluarga yang sakit sama-sama diwajibkan untuk memiliki asuransi kesehatan. Aturan tersebut tertulis dalam Undang-undang (UU) No. 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional dimana menjadi cikal bakal asuransi kesehatan nasional di Indonesia dan aturan dalam Undang-undang (UU) No. 24 Tahun 2011 mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dimana mengamanatkan setiap warga negara Indonesia (WNI) diwajibkan untuk mengikuti program asuransi kesehatan nasional milik pemerintah yaitu BPJS. Selain asuransi yang diselenggarakan oleh pemerintah, masyarakat yang cukup secara finansial dapat memiliki pilihan lain pada asuransi kesehatan milik swasta dengan biaya premi atau iuran lebih mahal yang mana telah ada dan beroperasi di Indonesia sejak tahun 1980-an, antara lain asuransi kesehatan Allianz, AXA, Manulife, Prudential, dan lain-lain.

Terlepas dari kebijakan yang mengatur semua WNI wajib memiliki asuransi kesehatan khususnya yang diselenggarakan oleh pemerintah, namun fakta di lapangan masih terdapat masyarakat yang belum memilikinya. Menurut data BPJS Kesehatan per Desember 2019, jumlah pemilik BPJS mencapai 224,1 juta orang yakni sekitar 83% dari seluruh penduduk Indonesia yang jumlahnya berkisar 270 juta orang. Diantaranya 96,5 juta adalah peserta penerima bantuan iuran (PBI) Anggaran Penerimaan dan Belanja Negara (APBN). Lalu, 38,8 juta yang lain adalah peserta PBI Anggaran Penerimaan dan Belanja Daerah (APBD). Lalu, 14,7 juta peserta adalah pekerja penerima upah (PPU) Pegawai Negeri Sipil (PNS). Sebanyak 1,57 juta PPU TNI, 1,28 juta PPU Polri, serta 1,57 juta PPU Badan Usaha Milik Negara (BUMN). Terdapat 210 ribu peserta PPU Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), 34,1 juta PPU swasta, dan 30,2 juta PPU Pekerja Mandiri. Kemudian ada 5,01 juta peserta berasal dari bukan pekerja (BPJS Kesehatan, 2019). Menurut perhitungan data tersebut, sebanyak 46 juta orang di seluruh Indonesia belum memiliki asuransi kesehatan.

Adanya masyarakat yang belum berkemauan maupun tidak berkemampuan untuk memiliki asuransi kesehatan, menggambarkan pemaknaan masyarakat mengenai asuransi kesehatan berbeda-beda, meskipun memiliki asuransi kesehatan telah diwajibkan oleh pemerintah untuk semua warga negara Indonesia (WNI). Perbedaan pemaknaan mengenai asuransi kesehatan berdasarkan (Afifah, 2017), pada daerah yang memiliki kebudayaan yang dominan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi konstruksi sosial masyarakat yang disebabkan oleh sosial kultur lingkungan tempat tinggalnya. Selain itu, kondisi di lapangan menunjukkan adanya masyarakat yang menerima dengan baik asuransi kesehatan, tetapi terdapat juga seseorang merasa terpaksa dan keberatan pada asuransi kesehatan. Masyarakat yang belum menyadari pentingnya asuransi kesehatan ini, dapat menghambat program pemerintah dalam menyukseskan asuransi kesehatan nasional yang telah terencana dan terstruktur.

Bervariasinya pemaknaan terhadap asuransi kesehatan didasari oleh kelas sosial yang dimiliki masyarakat. Perbedaan kelas menunjukkan gaya hidup yang berbeda pula dimana dalam beberapa hal mencerminkan posisi kelas mereka di masyarakat (Bourdieu, 1984). Seseorang yang menyadari pentingnya kesehatan, secara sukarela membayar iuran karena memiliki modal sosial yang mencukupi atau uang yang cukup untuk membayarnya. Berbeda dengan seseorang yang memiliki finansial minimal atau bisa jadi kekurangan, dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari masih belum cukup bagaimana dapat menyisihkan uang untuk membayar iuran asuransi kesehatan.

Menurut Karl Marx (dalam Ritzer, 2012), perbedaan modal sosial pada masyarakat terdapat pembagian berdasarkan kelas sosioekonomi yang dimiliki, pembagian tersebut terdiri atas dua golongan, yaitu: (a) golongan borjuis atau kelas atas, yaitu mereka yang memiliki tanah serta alat produksi; (b) golongan proletar atau kelas bawah, yakni mereka yang tak mempunyai tanah serta alat produksi juga memiliki modal sosial yang sedikit.

Sebelumnya telah ada studi-studi terdahulu yang telah dihimpun berkaitan mengenai asuransi kesehatan Pertama adalah penelitian yang dilakukan

oleh Bondarf dan Pauly (2002) berjudul "*Is Health Insurance Affordable For The Uninsured?*", yakni studi mengenai penggunaan asuransi kesehatan di Amerika Serikat, yang mana hasilnya menyebutkan bahwa memiliki atau tidak memiliki asuransi kesehatan tidak sepenuhnya ditentukan oleh keterjangkauan seseorang dalam mengakses asuransi kesehatan. Meskipun kemampuan menjangkau asuransi kesehatan secara ekonomi menjadi permasalahan utama, namun ada faktor lain yang mempengaruhi. Pilihan ada ditangan mereka apakah uang yang dimiliki digunakan untuk asuransi kesehatan atau untuk kebutuhan lainnya. Perbedaan penelitian yang telah dilakukan yaitu di penelitian ini tidak mencari tahu keterjangkauan seseorang dalam mengakses atau memiliki asuransi kesehatan, namun lebih pada menggali makna yang bervariasi pada masyarakat kota Surabaya mengenai konstruksi sosial yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan. Perbedaan yang sangat kontras juga didapati antara kehidupan di Amerika Serikat dengan di Indonesia khususnya kota Surabaya.

Selain itu, penelitian terdahuluoleh Afifah (2017) berjudul “Makna Kartu BPJS Kesehatan Di Kalangan Masyarakat Pendhalungan” yang merupakan Studi Pada Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) pada wilayah Kelurahan Mangli Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember. Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa pemberian makna tak bisa dilepaskandengan faktor kultur dimana masyarakat Pendhalungan adalah perpaduan dari suku Jawa dan Madura. Faktor ekonomi dan politik juga memengaruhi pemberian makna, permemberlakuan kartu BPJS Kesehatan untuk golongan PBI adalah kebijakan pemerintah. Pemberian makna dari berbagai informan menurut sudut pandang bagaimana mereka melalui tahap dalam mendapat pelayanan kesehatan dengan asuransi kesehatan BPJS. Berdasarkan studi terdahulu ini, yang menjadi perbedaan dengan penelitian ini yaitu peneliti berusaha memahami makna asuransi kesehatan dalam skala yang lebih besar tidak hanya masyarakat yang menjadi PBI saja, namun juga pada yang membayar iuran BPJS maupun asuransi kesehatan umum lainnya, serta dilakukan pada masyarakat Kota Surabaya yang mana memiliki perbedaan sosial kultur dengan masyarakat Pedhalungan di Kabupaten Jember.

Penelitian lainnya dilakukan oleh Jehu-Appiah, dkk (2012) di Ghana, Afrika, berjudul *“Household Perceptions And Their Implications For Enrolment In The National Health Insurance Scheme in Ghana”*. Hasil dari penelitian itu menyebutkan bahwa persepsi rumah tangga terhadap asuransi kesehatan nasional di Ghana dipengaruhi oleh skema dan atribut komunitas atau masyarakat sekitarnya, sehingga dalam membuat skema pelanggan asuransi kesehatan perlu untuk memerhatikan kelompok masyarakat terkait yang dituju, apakah komunitas sekitar menjadi faktor pendukung bagi masyarakat untuk mendaftar asuransi kesehatan atau bahkan menjadi faktor penghambat. Adanya perbedaan penelitian ini terhadap penelitian sebelum ini adalah penelitian ini tidak mencari tahu keterkaitan persepsi kelompok masyarakat yang mempengaruhi persepsi rumah tangga dalam mendaftar asuransi, melainkan berusaha mencari tahu persepsi individu-individu dalam masyarakat yang secara terpaksa maupun secara sukarela mendaftar asuransi kesehatan, baik karena tekanan yang didapat dari pemegang kekuasaan maupun disebabkan karena kesadaran dirinya sendiri dalam mendaftar asuransi kesehatan.

Studi lain juga dilakukan oleh Sofyanto (2009) berkaitan dengan penyelesaian klaim asuransi kesehatan yang berlokasi di kota Semarang, berjudul *“Penyelesaian Klaim Asuransi Kesehatan di PT ASKES (Persero) Cabang Utama Semarang”*. Penelitian tersebut mengemukakan hasil mengenai cara-cara pengajuan klaim dan hambatan yang terjadi pada proses pelaksanaan klaim. Hambatan yang umumnya menjadi kritik dari peserta asuransi kesehatan adalah sulitnya akses administrasi dalam klaim asuransi kesehatan, serta peserta yang diharuskan membayar tagihan rumah sakit terlebih dahulu sebelum digantikan oleh pihak asuransi kesehatan. Penelitian terdahulu ini hanya mengemukakan kondisi lapangan mengenai kendala pada proses klaim asuransi kesehatan serta cara-cara pengajuannya. Perbedaan antara penelitian sebelum ini dengan penelitian yang dilakukan peneliti yaitu penelitian ini untuk memahami makna yang terbentuk pada masyarakat, yang salah satu faktornya dipengaruhi oleh adanya hambatan-hambatan yang berlaku ketika asuransi kesehatan digunakan. Faktor yang

mempengaruhi masyarakat dalam memaknai asuransi kesehatan sangat beragam, terutama pada masyarakat perkotaan dengan karakteristik yang kompleks.

Masyarakat perkotaan memiliki karakteristik yang berbeda dengan masyarakat pedesaan. Masyarakat perkotaan terdiri dari berbagai macam suku dan kebudayaan. Multikultural yang terjadi disebabkan banyaknya masyarakat pedesaan yang melakukan urbanisasi. Masyarakat yang melakukan urbanisasi ini tidak hanya berasal dari wilayah—wilayah sekitar saja, tetapi juga wilayah yang cukup jauh hingga lintas provinsi. Urbanisasi yang terjadi kemudian turut mempengaruhi norma, budaya, hingga cara pandang masyarakat. Kondisi ekonomi masyarakat perkotaan juga berbeda-beda dan tidak jarang ditemukan ketimpangan ekonomi yang sangat jauh. Kondisi ekonomi yang beragam berpengaruh terhadap gaya hidup masyarakat serta tingkat konsumsi yang disesuaikan dengan kemampuannya. Karakteristik masyarakat perkotaan yang lain adalah hubungan yang terjadi di masyarakat cenderung didasari oleh kepentingan pribadi. Meski demikian, hubungan tersebut saling mempengaruhi satu sama lain. Masyarakat perkotaan menganggap ilmu pengetahuan dan teknologi dapat meningkatkan kualitas kehidupannya. Oleh karena itu, tingkat pendidikan masyarakat perkotaan cenderung lebih tinggi daripada masyarakat pedesaan. Sebagai fungsi pendidikan, masyarakat perkotaan juga berdeferensi dengan dasar keahlian serta profesi yang berbeda-beda. Dalam hal ekonomi, masyarakat perkotaan banyak berorientasi pada persaingan, nilai uang, dan inovasi yang merupakan prinsip ekonomi-pasar (Adon, 2017). Secara singkat dapat dikatakan bahwa masyarakat perkotaan memiliki karakteristik yang kompleks dan cukup heterogen.

Karakteristik dari masyarakat perkotaan berpengaruh terhadap cara masyarakat dalam melakukan pemaknaan terhadap suatu hal. Karakteristik yang kompleks dan heterogen ini kemudian membuat masyarakat memiliki pemaknaan yang beragam terhadap asuransi kesehatan. Pemaknaan ini dapat berupa positif maupun negatif. Di sisi lain, Pemerintah Pusat memiliki program asuransi kesehatan untuk masyarakat Indonesia. Program yang bertujuan melakukan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia. Program asuransi kesehatan

ini tentunya juga sangat tepat untuk masyarakat perkotaan yang tinggal padalokasi dengan tingkatan polusi cukup tinggi karena kepadatan kendaraan, pabrik, dan minimnya ruang hijau. Selain itu, masyarakat perkotaan juga memiliki bidang pekerjaan yang bermacam-macam dan sewaktu-waktu dapat membahayakan kesehatannya. Oleh karena itu, penting untuk dilakukan suatu penelitian terkait pemaknaan masyarakat terhadap asuransi kesehatan. Sehingga peneliti mengambil judul penelitian “KONSTRUKSI SOSIAL ASURANSI KESEHATAN PADA MASYARAKAT PERKOTAAN (Studi Proses Pembentukan Makna Asuransi Kesehatan di Kota Surabaya)”.

1.2 Fokus Penelitian

Berdasarkan masalah yang terdapat di latar belakang sebelumnya, kemudian dirumuskan masalah oleh peneliti yang kemudian menjadi fokus penelitian untuk diangkat di penelitian ini. Adapun fokus penelitiannya seperti berikut ini:

1. Bagaimana proses pembentukan makna asuransi kesehatan yang berlangsung pada masyarakat Kota Surabaya?
2. Bagaimana variasi makna asuransi kesehatan yang terbentuk pada masyarakat Kota Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

Di tiap permasalahan yang diangkat pada penelitian sudah pasti memiliki tujuan. Begitu pula berkaitan permasalahan yang menjadi fokus pada penelitian ini bertujuan sebagai berikut:

1. Memahami proses pembentukan makna asuransi kesehatan yang dikonstruksi oleh masyarakat.
2. Menganalisis variasi makna asuransi kesehatan yang terbentuk pada masyarakat.

1.4 Manfaat Penelitian

Begitu pula dengan manfaat, penelitian yang dilakukan tentu terdapat manfaat yang dapat dipetik, pada penelitian ini memiliki manfaat yakni:

1.4.1 Manfaat Akademis

1. Menambah wawasan tentang makna yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan pada masyarakat perkotaan di Kota Surabaya.
2. Menambah wawasan tentang analisis variasi makna yang terbentuk berdasarkan tingkatan ekonomi mengenai asuransi kesehatan pada masyarakat perkotaan di Kota Surabaya.
3. Sebagai wahana pengetahuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bahan masukan bagi perusahaan asuransi dalam meningkatkan kualitas pelayanan asuransi kesehatan kepada peserta asuransinya.
2. Memberikan masukan kepada pemerintah selaku pembuat kebijakan tentang pemetaan makna asuransi kesehatan pada masyarakat Kota Surabaya dalam rangka meningkatkan optimalisasi pelayanan asuransi kesehatan melalui kebijakan yang diberlakukan.
3. Sebagai dasar dan tahap awal bagi pemerintah dalam melakukan evaluasi secara berkala mengenai asuransi kesehatan yang diberlakukan pada masyarakat.

1.5 Studi Terdahulu

Penelitian terdahulu tentang makna yang terbentuk terhadap asuransi kesehatan telah beberapa kali dilakukan, namun sependek pengetahuan peneliti sampai sekarang ini belum ada penelitian yang dilakukan mengenai makna yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan pada masyarakat perkotaan di wilayah Kota Surabaya.

Penelitian terdahulu yang pertama yaitu dilakukan oleh Istiyana Afifah (2017) yang melakukan penelitian kepada peserta penerima bantuan iuran (PBI) wilayah Kelurahan Mangli, Kecamatan Kaliwates, Kabupaten Jember. Penelitian yang meneliti makna berdasarkan tatanan sosial tertentu. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa pemberian makna tak bisa lepas dari faktor kultur dimana masyarakat Pendhalungan adalah perpaduan dari suku Jawa dan Madura. Faktor ekonomi dan politik juga memengaruhi pemberian makna terhadap pemberlakuan kartu BPJS Kesehatan untuk golongan PBI, adalah kebijakan pemerintah. Pemberian makna yang dilakukan informan berbeda-beda berdasarkan sudut pandang mereka pada tahapan mendapat pelayanan kesehatan dengan asuransi kesehatan BPJS.

Selanjutnya yaitu merujuk pada penelitian yang dilakukan oleh M Kate Bundorf dan Mark V Pauly (2002) mengenai penggunaan asuransi kesehatan di Amerika Serikat. Penelitian itu disebutkan bahwa memiliki atau tidak memiliki asuransi kesehatan tidak sepenuhnya ditentukan oleh keterjangkauan seseorang dalam mengakses asuransi kesehatan. Meskipun kemampuan menjangkau asuransi kesehatan secara ekonomi memang menjadi permasalahan utama, namun ada penyebab-penyebab lainnya. Pilihan ada ditangan mereka apakah uang yang dimiliki dipilih untuk digunakan dalam kepemilikan asuransi kesehatan atau untuk kebutuhan lainnya.

Kemudian terdapat penelitian ketiga yaitu oleh Jehu-Appiah, dkk. (2012), penelitian yang dilakukan meneliti tentang persepsi yang memengaruhi kepemilikan asuransi kesehatan di Ghana. Hasil dari penelitian menyebutkan bahwa persepsi rumah tangga terhadap asuransi kesehatan nasional di Ghana dipengaruhi oleh skema dan atribut komunitas atau masyarakat sekitarnya. Sehingga, dalam membuat skema pelanggan asuransi kesehatan perlu untuk memerhatikan kelompok masyarakat terkait yang dituju, apakah komunitas sekitar menjadi faktor pendukung bagi masyarakat untuk mendaftar asuransi kesehatan atau bahkan menjadi faktor penghambat.

Terakhir yaitu terdapat penelitian yang dilakukan oleh Widya Sofyanto (2009) dalam rangka menyelesaikan studi magister konotariatan di Universitas Diponegoro. Penelitian yang mengambil tema mengenai asuransi kesehatan serta bagaimana penyelesaian klaim pada PT ASKES (Persero) di Cabang Utama Semarang. Hasil penelitian ini berasal dari penelitian yang berjudul Penyelesaian Klaim Asuransi Kesehatan di PT ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang yaitu hambatan yang menjadi kritik dari peserta asuransi kesehatan adalah sulitnya akses administrasi dalam klaim asuransi kesehatan, serta peserta yang diharuskan membayar tagihan rumah sakit terlebih dahulu sebelum digantikan oleh pihak asuransi kesehatan.

Tabel 1.1 Matriks Studi Terdahulu

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Teori	Metode Penelitian	Temuan	Kritik
1.	Istiyana Afifah (2017)	Makna Kartu BPJS Kesehatan di Kalangan Masyarakat Pendhalungan	Pertukaran Sosial	Kualitatif	Penelitian pada peserta penerima bantuan iuran di Kelurahan Mangli, Kecamatan Kaliwates, Kabupaten Jember menyebutkan pemberian makna tidak terlepas dari faktor kultur dimana masyarakat Pendhalungan adalah perpaduan dari suku Jawa dan Madura. Faktor ekonomi dan politik juga memengaruhi pemberian makna terhadap pemberlakuan kartu BPJS Kesehatan untuk golongan PBI. Pemberian makna oleh informan berbeda-beda berdasarkan sudut pandang mereka pada tahapan mendapat pelayanan kesehatan dengan asuransi kesehatan BPJS.	Penelitian tersebut hanya berusaha memahami makna asuransi kesehatan pada masyarakat golongan PBI. Padahal, dalam skala yang lebih besar pemaknaan masyarakat terhadap asuransi kesehatan sangat beragam. Kemudian, pemaknaan tersebut tentu juga berdampak pada keberhasilan program pemerintah terkait BPJS Kesehatan dan layanan asuransi umum lainnya.
2.	M Kate Bundorf dan Mark V Pauly (2002)	<i>Is Health Insurance Affordable for The Uninsured?</i>	Keterjangkauan	Kuantitatif	Penggunaan asuransi kesehatan di Amerika Serikat disebutkan bahwa memiliki atau tidak memiliki asuransi kesehatan tidak sepenuhnya ditentukan oleh keterjangkauan seseorang dalam mengakses asuransi kesehatan. Meskipun kemampuan menjangkau asuransi kesehatan secara ekonomi memang menjadi permasalahan utama, namun ada penyebab-penyebab lainnya. Pilihan ada ditangan mereka apakah uang yang dimiliki digunakan untuk asuransi kesehatan atau untuk kebutuhan lainnya.	Penarikan kesimpulan olehpenelitidikatakanb ahwa memiliki atau tidak memiliki asuransi kesehatan tidak sepenuhnya ditentukan oleh keterjangkauan seseorang dalam mengakses asuransi kesehatan. Padahal, faktor kemampuan ekonomi masyarakat merupakan alasan utama yang memiliki pengaruh besar dalam menentukan keputusan untuk memiliki asuransi kesehatan, karena lebih mengutamakan pembelian kebutuhan pokok. Konstruksi sosial yang ada di masyarakat juga

						mempengaruhi dalam memandang asuransi kesehatan, namun masih belum dijelaskan.
3.	Jehu-Appiah, dkk (2012)	<i>Household Perceptions And Their Implications For Enrolment In The National Health Insurance Scheme in Ghana</i>	Konsep Asuransi Kesehatan Berbasis Komunitas dan Kemasyarakatan	Kuantitatif	Persepsi rumah tangga terhadap asuransi kesehatan nasional di Ghana dipengaruhi oleh skema dan atribut komunitas atau masyarakat sekitarnya. Sehingga, dalam membuat skema pelanggan asuransi kesehatan perlu untuk memerhatikan kelompok masyarakat terkait yang dituju, apakah komunitas sekitar menjadi faktor pendukung bagi masyarakat untuk mendaftar asuransi kesehatan atau bahkan menjadi faktor penghambat.	Penelitian menggunakan metode kuantitatif sehingga tidak menjelaskan secara mendalam dan detail bagaimana komunitas atau masyarakat sekitar dapat mempengaruhi pandangan suatu keluarga terhadap asuransi kesehatan.
4.	Widya Sofyanto (2009)	Penyelesaian Klaim Asuransi Kesehatan di PT ASKES (PERSERO) Cabang Utama Semarang	Kerangka Teoritik Asuransi Kesehatan sebagai Perjanjian menurut KUHD	Yuridis Empiris (penelitian hukum menggunakan data primer dan data sekunder)	Hambatan yang menjadi kritik dari peserta asuransi kesehatan adalah sulitnya akses administrasi dalam klaim asuransi kesehatan, serta peserta yang diharuskan membayar tagihan rumah sakit terlebih dahulu sebelum digantikan oleh pihak asuransi kesehatan.	Penelitian tersebut hanya menjelaskan bahwa terdapat hambatan bagi pengguna jasa asuransi kesehatan untuk melakukan klaim asuransi dikarenakan prosedur administrasi yang cukup rumit dan tidak menjelaskan alasan terdapat prosedur administrasi yang justru menghambat pengguna jasa asuransi.

Ditilik dari seluruh studi-studi terdahulu yang telah disebutkan sebelumnya apabila dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, yang menjadi pembeda merupakan keberadaan lokasi penelitian yakni penelitian ini dilakukan di kota Surabaya. Selain itu berdasarkan metode penelitian, beberapa studi terdahulu dilakukan secara kuantitatif maupun secara yuridis empiris menggunakan data sekunder, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti secara kualitatif untuk menggali informasi secara lebih mendalam dan detail.

Selanjutnya dari penggunaan teori, terdapat perbedaan dengan seluruh studi terdahulu, yakni penelitian ini menggunakan teori konstruksi sosial oleh Peter L. Berger dan Thomas Luckmann untuk memahami proses pembentukan makna asuransi kesehatan pada masyarakat perkotaan.

Berdasarkan kritik yang ditujukan pada studi-studi terdahulu, secara keseluruhan dapat disimpulkan masih terdapat celah dimana informasi yang didapat kurang detail dan mendalam karena penelitian dilakukan secara kuantitatif maupun secara yuridis empiris. Selain itu karakteristik informan masih kurang bervariasi dengan hanya berfokus pada kelas sosial ekonomi tertentu serta berada pada lingkup kelurahan saja. Sedangkan perbedaan pada penelitian ini yakni peneliti menyajikan data kualitatif yang digali secara lebih detail dan mendalam berkaitan dengan makna yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan terhadap informan yang lebih variatif meliputi kepemilikan asuransi kesehatan dan kondisi sosial ekonomi yang bervariasi dengan lingkup kota Surabaya.

1.6 Kerangka Teori

Peneliti menggunakan teori konstruksi sosial dari Peter L. Berger dan Thomas Luckmann untuk melakukan penelitian ini karena sesuai terhadap permasalahan yang dianalisis, yaitu untuk mengetahui makna yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan pada masyarakat perkotaan di Kota Surabaya.

1.6.1. Teori Konstruksi Sosial

Konstruksi sosial realitas merupakan penggambaran proses sosial melalui tindakan dan interaksinya, dimanaseseorang menciptakan terus menerus realitas yang dimiliki serta dialami bersama secara subjektif. (Bungin, 2013: 193).

Teori konstruksi sosial memandang manusia merupakan aktor kreatif atas realitas sosial dirinya. Artinya tindakan manusia takse cara penuh ditentukan norma-norma, kebiasaan-kebiasaan, nilai-nilai dan sebagainya, dimanaseluruhnya itu tercakup pada fakta sosial yang mana tindakan menggambarkan struktur dan pranata sosialnya. Sehingga paradigma

definisi sosial lebih pada apa yang terdapat pada pemikiran manusia mengenai proses sosial, utamanya para penganut interaksi simbolis. Di proses sosial, seseorang dilihat layaknya pencipta realitas sosial yang memiliki kerelatifan bebas pada dunia sosial (Bungin, 2013: 190).

Konstruksi sosial berdasarkan pada filsafat konstruktivisme diawali gagasan konstruktif kognitif. Konstruktivisme terdiri atas 3 macam, ketiganya merupakan konstruktivisme radikal, realisme hipotesis, dan konstruktivisme biasa. Tiga macam tersebut memiliki persamaan yakni konstruktivisme dipandang layaknya suatu kerja kognitif individu dalam rangka penafsiran dunia realitas yang ada dikarenakan ada relasi sosial antara individu dan lingkungan ataupun orang sekitar. Konstruktivisme radikal, disebutkan bahwa yang dibentuk pikiran tidak selalu merepresentasikan kenyataan. Pengetahuan adalah konstruksi seseorang yang memahami serta tak bisa ditransfer pada orang lain yang pasif, karenanya konstruksi perlu dilakukan sendiri pada pengetahuan tersebut. Kemudian lingkungan menjadi sarana terjadi konstruksi tersebut. Realisme hipotesis, bermakna bahwa pengetahuan merupakan hipotesis struktur realitas yang hampir layaknya realitas serta menuju pada pengetahuan hakiki. Sedangkan, konstruktivisme biasa, terdiri atas semua konsekuensi konstruktivisme serta meyakini pengetahuan merupakan gambaran dari realitas tersebut. Lalu pengetahuan seseorang dilihat layaknya gambaran dimana dibentuk atas realitas objektif pada diri sendiri (Bungin 2013: 194).

Berger berpendapat bahwa seharusnya sosiologi pengetahuan memberikan perhatian yang terpusat di struktur dunia akal sehat. Terdapat beberapa pendekatan kenyataan sosial, yaitu pendekatan filosofis dengan moralisnya, pendekatan mitologis dengan irasionalnya, dan pendekatan praktis dengan fungsionalnya. Pendekatan-pendekatan itu turut membangun akal sehat. Menurut Berger, sosiologi pengetahuan harus melakukan seleksi pengetahuan yang memberikan isyarat terhadap kenyataan sosial, karena masyarakat memiliki pengetahuan yang kompleks, aktual, dan selektif.

Selain itu, sosiologi pengetahuan perlu untuk dapat melihat pengetahuan di dalam struktur kesadaran individu. Sosiologi pengetahuan harus dapat membedakan pengetahuan, yang meliputi subjek serta objek, juga kesadaran, yang meliputi subjek dengan diri sendiri. Berger dan Luckmann juga menekankan pada prinsip logis dan non-logis. Hal ini dikarenakan sosiologi pengetahuan menurut mereka perlu untuk dipusatkan pada dunia akal sehat. Prinsip menggunakan logika itu berarti berpikir dengan cara kontradiksi dan dialektis. Fenomena-fenomena sosial yang terlihat kontradiksi perlu untuk disintesis dengan interpretasi yang meyakinkan, ilmiah, serta sistematis.

Menurut Berger dan Luckmann, dalam memahami konstruksi sosial perlu dimulai dari melakukan definisi terkait kenyataan dan pengetahuan. Kenyataan sosial adalah suatu hal tersirat pada pergaulan sosial dimanadikemukakan dengan cara sosial dalam komunikasi melalui bahasa, organisasi, dan lain sebagainya. Kenyataan sosial atau realitas sosial yang dimaksud merupakan pengetahuan dimanafungsinya keseharian serta hidup juga berkembang dalam masyarakat, layaknya konsep, wacana publik, kesadaran umum, seperti halnya hasil yang berdasarkan pada konstruksi sosial. Keberadaan kenyataan sosial tidak tergantung pada kehendak manusia. Kenyataan sosial ini dapat dijumpai dalam hubungan intersubjektif. Kemudian, pengetahuan tentang realitas sosial merupakan segala sesuatu yang memiliki kaitan dengan menghayati kehidupan, termasuk psikomotoris, intuitif, emosional, dan kognitif. Pengetahuan adalah kepastian bahwa realitas tersebut benar-benar ada serta mempunyai karakteristik khusus.

Kenyataan yang berkaitan dengan pengetahuan memiliki dua objek pokok, yakni kenyataan subjektif serta kenyataan objektif. Kenyataan subjektif yaitu kenyataan yang dipunyai individu atau ada dalam diri seseorang. Kenyataan subjektif dibentuk oleh suatu proses internalisasi. Setiap manusia memiliki kenyataan subjektif dan menjadi landasan keterlibatannya dalam proses interaksi sosial antarsatu manusia

denganlainnyaberdasarkan struktur sosialnya. Proses ini juga disebut sebagai proses eksternalisasi, dimana pada proses tersebut individu memiliki kemampuan untuk mengobjektivikasi dan melahirkan suatu konstruksi kenyataan objektif secara kolektif. Kemudian, kenyataan objektif adalah fakta sosial, seperti tindakan, perilaku, dan sebagainya yang telah terjadi secara mapan dan terpola di masyarakat. Dalam kata lain, kenyataan objektif merupakan kenyataan yang ada pada luar diri seseorang.

Masyarakat memiliki dua kenyataan sekaligus. Kenyataan ganda yang dimiliki masyarakat adalah kenyataan objektif serta kenyataan subjektif. Kenyataan objektif masyarakat adalah bahwa masyarakat terletak diluar manusia secara individu dan justru masyarakat berhadap-hadapan dengan manusia secara langsung. Kemudian, kenyataan subjektif masyarakat adalah bahwa di dalam masyarakat terdapat individu manusia tersebut. Singkatnya, dapat dikatakan bahwa masyarakat dibentuk oleh individu dan individu dibentuk oleh masyarakat.

Berangkat dari ditemukannya fenomena kenyataan ganda tersebut, Berger dan Luckmann berusaha mencari hubungan antara kenyataan subjektif dan kenyataan objektif dengan menggunakan pemikiran logis sebagai bagian dari ‘dunia masuk akal’, yaitu menggunakan konsep dialektika Hegel. Pada proses dialektika tersebut, Berger dan Luckmann menyintesiskan individu dengan masyarakat, dimana merupakan dunia sosio-kultural. Proses dialektika tersebut meliputi tiga momen yang terjadi beriringan, yaitu eksternalisasi, objektivasi, dan internalisasi.

1.6.2 Eksternalisasi, Objektivasi, dan Internalisasi

Eksternalisasi merupakan penyesuaian diri individu terhadap dunia sosio-kultural atau masyarakat. Pada proses ini, manusia mencurahkan kenyataan subjektifnya secara kolektif kepada dunia sosio-kultural secara terus-menerus. Dari proses tersebut, pada akhirnya dunia sosio-kultural atau masyarakat terpengaruh oleh individu, dan terbentuklah konstruksi sosial baru. Kenyataan subjektif individu tersebut sebelumnya telah dipengaruhi

oleh kenyataan objektif dari dunia sosio-kultural atau masyarakat. Proses eksternalisasi ini dapat bersifat positif ataupun negatif bagi masyarakat. Individu yang merasa tidak puas dengan konstruksi sosial yang telah ditanamkan oleh masyarakat kepada mereka melalui proses internalisasi, pada akhirnya akan memberikan respon menolak dan berusaha merubah konstruksi sosial tersebut. Dalam beberapa kasus, meskipun responnya menolak, individu juga dapat menyesuaikan dirinya dengan konstruksi sosial. Hal tersebut juga dapat disebabkan karena individu sudah tidak mampu untuk menerapkan konstruksi sosial yang telah ditanamkan kepada mereka. Sebaliknya, individu akan turut membangun dan memperkuat konstruksi sosial ketika individu merasa sejalan dan sepatutnya dengan konstruksi sosial yang sebelumnya telah ditanamkan kepada mereka.

Dalam kasus pemaknaan masyarakat terhadap asuransi kesehatan juga berlaku demikian. Variasi pemaknaan asuransi kesehatan di perkotaan menjadi semakin beragam karena latar belakang keluarga atau masyarakat yang bermacam-macam. Keluarga atau masyarakat ini berperan dalam membangun pemahaman dan pandangan individu melalui internalisasi.

Objektivasi merupakan interaksi sosial pada dunia intersubjektif ataupun interaksi individu dengan dunia sosio-kultural. Pada proses objektivasi, terjadi penambahan atau perubahan konstruksi sosial sebagai akibat dari proses eksternalisasi. Terdapat pengakuan atas kenyataan subjektif individu menjadi kenyataan objektif dunia sosio-kultural. Hal itu terjadi karena berlangsung interaksi intersubjektif antara individu dan dunia sosio-kultural. Momen objektivasi ini adalah hasil dari kenyataan subjektif yang telah dicurahkan oleh individu melalui proses eksternalisasi, kemudian dibedakan antara kenyataan subjektif dengan kenyataan sosial lainnya sehingga menjadi kenyataan objektif. Pelembagaan serta legitimasi merupakan interaksi sosial yang dilalui oleh proses objektivasi ini dalam pembentukan konstruksi sosial.

Objektivasi yang dibuat oleh individu adalah objektivitas dunia kelembagaan. Objektivitas merupakan proses ‘kenyataan subjektif’

mendapatkan sifat objektif setelah sebelumnya dieksternalisasi oleh individu. Aktivitas individu yang diobjektivasi dan melembaga disebut sebagai dunia kelembagaan. Berangkat dari proses eksternalisasi, masyarakat merupakan produk dari individu. Dalam kata lain, masyarakat adalah aktivitas dari individu yang diobjektivasi. Kenyataan subjektif individu yang telah menjadi kenyataan objektif karena proses objektivasi, kemudian akan melembaga di masyarakat selayaknya konstruksi sosial. Ketika masyarakat sudah menganggap kenyataan subjektif sebagai kenyataan objektif, maka legitimasi dari suatu kenyataan tersebut tidak diragukan lagi. Dalam tempo waktu kedepan, kenyataan itu akan terus diterima dan diimplementasikan oleh masyarakat karena dipelihara oleh organisasi sosial atau lembaga. Ketika pemeliharaan ini dapat dilakukan dengan baik dan maksimal, maka akan menjadi status quo. Sebaliknya, ketika tidak dipelihara secara melembaga dengan baik, maka konstruksi sosial akan luntur dan hilang.

Dalam kasus pemaknaan masyarakat terhadap asuransi kesehatan juga berlaku yang sama. Pandangan individu terhadap asuransi kesehatan dapat mempengaruhi pandangan masyarakat terhadap asuransi kesehatan. Terdapat kemungkinan konstruksi sosial menganggap asuransi kesehatan merupakan hal yang penting ataupun sebaliknya. Variasi pemaknaan asuransi kesehatan di perkotaan akan semakin beragam karena pandangan individu perkotaan juga bermacam-macam.

Internalisasi merupakan proses identifikasi diri individu terhadap dunia sosio-kultural. Di proses ini, kenyataan objektif masyarakat yang tertuang pada konstruksi sosial ditafsirkan dengan kenyataan subjektifnya. Individu meresapi dan menyerap kenyataan objektif, kemudian melakukan implementasi secara subjektif. Kenyataan subjektif individu pada akhirnya dipengaruhi oleh kenyataan objektif. Penyerapan yang dilakukan oleh tiap individu pada proses internalisasi akan bermacam-macam. Individu mungkin akan melakukan penyerapan aspek intern, sedangkan individu yang lain mungkin ekstern. Internalisasi ini dilakukan melalui sosialisasi, baik secara

primer maupun sekunder. Sosialisasi primer terjadi saat individu masih berada di masa anak-anak, sedangkan sosialisasi sekunder terjadi ketika individu sudah berkembang dewasa. Saat individu masih anak-anak, internalisasi dilakukan oleh orang tua, guru dan sebagainya. Tetapi ketika sudah beranjak dewasa, internalisasi juga dilakukan oleh lingkungan, dunia publik, pekerjaan, dan lain sebagainya.

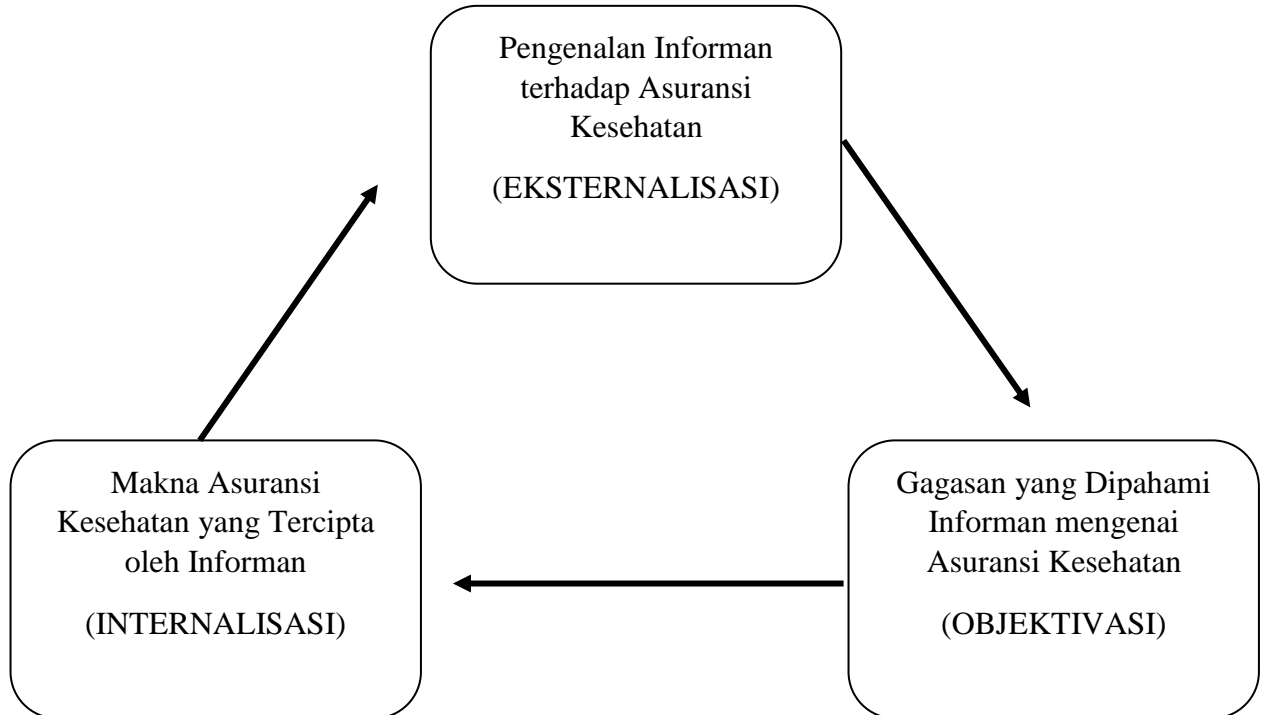
Sosialisasi merupakan sarana yang cukup penting dalam proses internalisasi. Berhasil atau gagalnya internalisasi juga dipengaruhi oleh proses sosialisasi. Sosialisasi yang penting bagi individu dilakukan saat usia masih anak-anak, atau bisa dikatakan menerapkan sosialisasi primer. Selain itu, sosialisasi dibagi menjadi dua jenis. Pertama adalah significant others adalah sosialisasi yang dilakukan oleh orang-orang yang berpengaruh bagi individu. Sedangkan yang kedua, merupakan generalized others yang berarti individu mengambil pembelajaran atau menafsirkan kenyataan objektif berdasarkan akumulasi respon orang lain terhadap tindakan individu.

Proses internalisasi kemudian mempengaruhi individu dalam mengidentifikasi identitasnya. Identitas lahir dari peristiwa dialektika individu dengan masyarakat. Dialektika yang terjadi diiringi dengan bermacam-macam proses sosial. Pengetahuan terkait kehidupan dan cara menjalani kehidupan diinternalisasikan kepada individu secara terus menerus. Pada akhirnya individu akan mengidentifikasi dirinya sesuai dengan pemahaman atau konstruksi sosial yang diinternalisasikan. Identifikasi identitas individu ini merupakan aspek penting yang berpengaruh kepada kenyataan subjektifnya. Singkatnya, dalam proses internalisasi ini, individu akan mengidentifikasi dirinya sesuai dengan konstruksi sosial yang ada, dan akan berperilaku demikian.

Dalam kasus pemaknaan masyarakat terhadap asuransi kesehatan juga berlaku demikian. Pandangan masyarakat terhadap asuransi kesehatan dapat mempengaruhi pandangan individu terhadap asuransi kesehatan. Individu dapat terpengaruh dengan konstruksi sosial yang kemudian akan diimplementasikan dalam tindakan individu. Tindakan individu pada

akhirnya bisa mengikuti konstruksi sosial yang ada. Variasi pemaknaan asuransi kesehatan di perkotaan akan semakin beragam karena masyarakat perkotaan bermacam-macam, sehingga konstruksi sosial di beberapa wilayah akan berbeda-beda.

Eksternalisasi, objektivasi, dan internalisasi dapat memiliki hubungan saling keterkaitan. Eksternalisasi merupakan adaptasi individu dengan masyarakat, sebagai bentuk respon atas internalisasi yang telah dilakukan masyarakat. Kemudian, objektivasi merupakan interaksi intersubjektif antara individu dengan masyarakat, sebagai respon atas ekspresi individu pada proses eksternalisasi. Dan internalisasi merupakan identifikasi individu dengan masyarakat sebagai respon proses objektivasi. Secara singkat, hubungan dari eksternalisasi, objektivasi, dan internalisasi dapat dipahami melalui skema hubungan ketiganya di bawah ini.

Bagan 1.1 Skema Teori Konstruksi Sosial

Teori konstruksi sosial digunakan peneliti sebab dianggap memiliki kesesuaian terhadap penelitian yang dilakukan. Peneliti bermaksud menggali konstruksi sosial masyarakat kota Surabaya yang berasal dari berbagai macam latar belakang keluarga, serta tinggal di wilayah dengan kondisi bermacam-macam, juga tingkatan sosialekonomi yang beragam, yaitu berasal dari kelas sosialekonomi yang rendah, menengah, hingga tinggi. Kemudian pengetahuan dan pengalaman yang didapati mengenai asuransi kesehatan dikonstruksikan untuk memahami makna mengenai asuransi kesehatan pada masyarakat Kota Surabaya yang terbentuk serta menganalisis variasi makna yang juga dipengaruhi oleh variasi tingkatan sosial-ekonomi masyarakat. Melalui teori ini, dijelaskan bahwa proses sosial pada masyarakat terjadi melalui tindakan dan interaksinya, yang mana individu menciptakan secara terus menerus suatu realitas yang dimiliki dan dialami bersama secara subjektif mengenai asuransi kesehatan sehingga terdapat perbedaan makna yang terbentuk pada antar individu. Sehingga dengan teori ini peneliti ingin mengungkapkan konstruksi sosial mengenai asuransi kesehatan

pada masyarakat Kota Surabaya, yang kemudian memunculkan makna yang bervariasi.

1.7 Metode Penelitian

Terdapat aturan yang berlaku dalam melakukan penelitian yakni cara-cara ilmiah agar penelitian yang dilakukan tervalidasi. Metode penelitian merupakan cara ilmiah yang dibutuhkan dalam rangka mendapatkan data dari proses di lapangan, pengolahan data, serta penyajian data yang dihasilkan dari penelitian ini.

1.7.1 Tipe Penelitian

Penelitian diperlukan adanya metode dan paradigma yang digunakan. Metode penelitian adalah bagian penelitian yang penting, dikarenakan terdiri atas aspek-aspek yaitu mengenai teknik yang digunakan untuk mendapat data serta cara pengolahannya juga analisis data yang didapatkan (Pamungkas, 2016). Adapun metode pada penelitian ini yaitu metode penelitian kualitatif. Metode ini adalah sebuah metode dalam penelitian dimana memiliki fokus memperoleh data mengenai permasalahan yang dikaji melalui komunikasi terbuka dan percakapan, sehingga metode kualitatif dianggap sesuai dengan penelitian yaitu penuh dengan makna yang bermaksud untuk memahami situasi sosial secara mendalam (Sugiyono, 2013) Metode ini tidak hanya tertuju pada "apa" yang dipikirkan orang tetapi juga "mengapa" mereka berpikir begitu. Dalam Neuman (2006:113) dijelaskan bahwa melalui pendekatan kualitatif peneliti dapat menemukan dan memahami mengenai makna yang terkonstruksi oleh individu sehingga membentuk realitas sosial yang mana pendekatan kualitatif merupakan metode yang tepat dilakukan pada penelitian ini untuk menginterpretasikan mengenai proses pembentukan makna yang diamati peneliti pada masyarakat Kota Surabaya.

Dalam sub bab ini peneliti juga menjelaskan mengenai paradigma yang digunakan dalam melakukan penelitian. Paradigma memiliki peran untuk membantu peneliti dalam merumuskan persoalan yang dipelajari dan dikaji serta bagaimana menjawab persoalan tersebut dengan cara menginterpretasikan informasi yang dikumpulkan oleh peneliti. Paradigma untuk mengkaji penelitian ini yaitu paradigma konstruktivisme. Alasan memakai paradigma tersebut dikarenakan menganggap tidak ada realitas serta kebenaran tunggal. Realitas sosial yang diinterpretasi oleh seseorang serta kelompok memunculkan pemahaman bervariasi (Berger & Luckmann, 1990). Sehingga pada penelitian ini ingin menggali lebih dalam menggunakan paradigma konstruktivisme untuk memahami interpretasi masyarakat Kota Surabaya yang bervariasi mengenai asuransi kesehatan sesuai dengan realitas sosial yang dialami dan dipahami.

1.7.2 Definisi Konsep

Definisi konsep diperlukan dalam melakukan penelitian yang mana menjelaskan secara singkat mengenai fakta dari topik yang diteliti. Konsep ini mengarahkan pada pokok permasalahan di dalam penelitian sehingga fokus yang dicari dapat dipahami dengan jelas. Penelitian ini memiliki fokus pada konstruksi sosial yang terbentuk mengenai asuransi kesehatan pada masyarakat perkotaan, sehingga memiliki beberapa konsep, antara lain:

1.7.2.1 Konstruksi Sosial

Konstruksi sosial merupakan konsep yang mengemukakan bahwa proses sosial pada masyarakat terjadi melalui tindakan dan interaksinya, yang mana seseorang membangun sendiri pengetahuan terhadap realitas sosial yang dilaluinya menurut struktur pengetahuan yang sudah ada sebelum itu kemudian disebut konstruksi sosial (Berger & Luckman, 2013). Pemaknaan suatu hal oleh masyarakat sangat dipengaruhi oleh konstruksi sosial. Pada penelitian ini konsep konstruksi sosial digunakan

untuk memahami realitas sosial yang dimiliki masyarakat Kota Surabaya dalam menginterpretasikan asuransi kesehatan.

1.7.2.2 Asuransi Kesehatan

Berdasarkan M. Nur Rianto (2012:212) asuransi adalah mekanisme perlindungan pada pihak tertanggung jika terdapat risiko yang dialami yang mana pihak tertanggung diharuskan bayar premi agar dapat penggantian rugi oleh pihak penanggung. Jenis asuransi salah satunya adalah asuransi kesehatan dimana memberi jaminan dalam bentuk perlindungan kesehatan supaya peserta mendapat manfaat atas pemeliharaan kesehatan serta perlindungan didalam memenuhi kebutuhan mendasar dari kesehatan yang diperuntukkan pada tiap peserta terdaftar. Pada penelitian ini asuransi kesehatan menjadi objek yang diteliti, mengenai bagaimana subjek menginterpretasikan asuransi kesehatan sesuai dengan pemahaman serta pengalaman yang dilaluinya

1.7.2.3 Masyarakat Kota

Berdasarkan Al hakim (2015), masyarakat kota memiliki kriteria tertentu baik secara fisik maupun secara budaya. Kriteria fisik condong terhadap aspek teritorial-geografis, yaitu terletak pada wilayah teritori kota. Sedangkan pada kriteria budaya atau kultural, masyarakat kota cenderung maju dan tidak primitif. Masyarakat kota memiliki kecenderungan pada perubahan yang pesat dikarenakan teknologi yang berkembang, memadainya sarana pendidikan, tingginya mobilitas kerja, namun tetap mungkin adanya taraf individual tinggi, serta kompleksnya mobilitas sosial. Pada penelitian ini, masyarakat kota dipahami sebagai individu-individu yang memiliki interpretasi berbeda-beda mengenai asuransi kesehatan.

1.7.3 Lokasi Penelitian

Kota Surabaya memiliki luas ±327 km² dengan total penduduk 3.158.943 jiwa. Surabaya adalah kota metropolitan yang besarnya menduduki urutan kedua setelah DKI Jakarta. Oleh karenanya Surabaya dilengkapi

dengan berbagai infrastruktur penting bagi berjalannya roda ekonomi. Infrastruktur tersebut adalah Pelabuhan Tanjung Perak sebagai gerbang distribusi ekonomi. Kemudian, juga terdapat Bursa Efek Indonesia (BEI) sebagai ruang jual beli saham. Selain itu, di Surabaya juga banyak terdapat kantor perusahaan besar sebagai tempat manajemen perusahaan ataupun pabrik. Surabaya sebagai pusat perekonomian pada akhirnya melahirkan berbagai macam jenis pekerjaan dengan penghasilan yang beragam pula. Surabaya tidak hanya menjadi pusat perekonomian saja, tetapi juga sekaligus sebagai pusat pemerintahan sejak zaman kolonial. Hal itu menyebabkan mobilitas orang-orang dari luar kota ke Surabaya cukup tinggi, hingga tidak sedikit yang pada akhirnya menetap di Surabaya agar lebih dekat dengan tempat mereka bekerja. Kedatangan masyarakat dari berbagai wilayah di sekitar Surabaya hingga wilayah lintas provinsi kemudian membuat masyarakat Surabaya menjadi sangat heterogen. Kondisi masyarakat Kota Surabaya yang heterogen baik dari latar belakangnya, kemampuan ekonomi, hingga budaya, menjadikan Surabaya sebagai kota yang menarik dan penting untuk diteliti. Kota Surabaya memiliki potensi terjadinya variasi konstruksi sosial dalam pemaknaan asuransi kesehatan yang tinggi. Berdasarkan kondisi yang telah dipaparkan tersebut, maka pada penelitian ini dipilih Kota Surabaya sebagai lokasi penelitian.

1.7.4 Penentuan Informan

Penentuaninforman dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *secarpurposive*, yaitu peneliti menentukan informan yang sesuai dengan karakteristik yang diinginkan peneliti (Neuman, 2006). Informan sebagai subjek dari penelitian ini harus mampu memberikan informasi atau perspektif yang berkaitan dengan pengalaman yang telah dialaminya.

Penentuan informan berdasarkan beberapa pertimbangan yang menurut Spradley (dalam Pratama, 2015) yaitu (1) mereka yang menguasai serta paham yang ditanyakan dalam hal ini yakni asuransi kesehatan yang tidak hanya diketahui namun dihayati pula yang melewati inkulturasi, (2) mereka yang dianggap masih terlibat di kegiatan yang diteliti, (3) selanjutnya yaitu

mereka yang memiliki senggang atau waktu yang cukup dalam membagikan informasi yang dibutuhkan, (4) mereka yang tidak memiliki kecenderungan dalam penyampaian informasi yang dihasilkan dari kemasannya, (5) mereka yang termasuk asing terhadap orang baru dan lebih menjadikan sebagai guru ataupun narasumber.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, peneliti berupaya memperoleh informan dengan memanfaatkan relasi yang dimiliki peneliti, baik informan dengan kelas ekonomi dan status sosial tinggi, maupun informan dengan kelas ekonomi dan status sosial menengah, serta informan dengan kelas ekonomi dan status sosial rendah. Kemudian baik informan yang memiliki asuransi kesehatan swasta, asuransi kesehatan milik pemerintah, maupun yang status kepemilikan asuransi kesehatannya tergolong tidak aktif. Adapun karakteristik subjek penelitian ini adalah (a) warga Surabaya; (b) berada pada rentang usia 20 – 60 tahun; (c) memiliki pendapatan sendiri; (d) memiliki kelas sosial tinggi, kelas sosial menengah, dan kelas sosial rendah; (e) memiliki kelas ekonomi tinggi, kelas ekonomi menengah, dan kelas ekonomi rendah; (f) memiliki profesi di sektor kesehatan seperti pegawai rumah sakit, memiliki profesi di sektor pemerintahan yang bersatatus sebagai PNS/ASN, dan memiliki profesi di sektor umum seperti pegawai swasta, pengusaha, maupun pekerja informal; (g) tingkat pendidikan tinggi bidang kesehatan, tingkat pendidikan tinggi umum, dan tingkat pendidikan rendah, serta (h) memiliki asuransi kesehatan swasta, memiliki asuransi kesehatan pemerintah, dan yang memiliki asuransi kesehatan dengan status tidak aktif.

Di penelitian ini, didapatkan 8 informanyang memenuhi kriteria yang dicari oleh peneliti serta mencakup klasifikasi yang telah disebutkan sebelumnya, selanjutnya secara lebih rinci ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 1.2 Daftar Informan

No	Informan	Penghasilan	Bidang Pekerjaan	Jenis Kelamin	Usia	Kepemilikan Asuransi Kesehatan
1.	KU	>20 juta	Umum (Pengusaha)	L	41-50 tahun	BPJS, Prudential
2.	H	>20 juta	Pemerintahan (PNS)	P	51-60 tahun	BPJS, AXA Mandiri
3.	TU	6-20 juta	Umum (Pengusaha)	L	51-60 tahun	Prudential, BPJS
4.	WTS	6-20 juta	Medis (Analisis Laboratorium)	P	31-40 tahun	BPJS, AXA Mandiri, HMo
5.	AKW	1-5 juta	Medis-Pemerintahan (Mantri PNS)	P	41-50 tahun	BPJS
6.	MNT	1-5 juta	Umum (Pegawai Swasta)	L	21-30 tahun	BPJS
7.	IFA	<1 juta	Umum (Agen Prudential)	P	21-30 tahun	BPJS (tidak aktif)
8.	S	<1 juta	Umum (Tukang Becak)	L	51-60 tahun	BPJS-PBI (tidak aktif)

1.7.5 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif memiliki salah satu ciri khas, yaitu manusia berperan sebagai instrumen penelitian. Manusia sebagai instrumen penelitian ini juga termasuk peneliti yang mana merupakan instrumen kunci. Peran

peneliti pada penelitian kualitatif tidak dapat dipisahkan. Dalam melakukan penelitian, tentu dibutuhkan data untuk dianalisis guna menjawab masalah penelitian. Data sendiri dibagi menjadi dua, yaitu data primer serta data sekunder. Apabila dijabarkan, data primer adalah data yang berasal langsung dari informan. Sedangkan data sekunder adalah data dimana didapatkan dari teknik pengumpulan data dalam rangka melengkapi data primer. Kemudian data primer yang digunakan di penelitian ini didapatkan dengan melakukan observasi langsung pada subjek penelitian, wawancara mendalam atau *indepth interview*, serta dokumentasi. Data sekunder yang diperlukan di penelitian ini berasal dari laporan suatu instansi.

1.7.5.1 Data Primer

1.7.5.1.1 Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara mendalam menjadi cara utama peneliti untuk memperoleh data secara lengkap dan tuntas. Wawancara mendalam dilaksanakan secara mengajukan beberapa pertanyaan terhadap informan, pertanyaan yang mengandung hal-hal penting seperti perspektif, pemikiran, pandangan, pendapat, perasaan seseorang mengenai suatu gejala, fenomena, dan fakta realitas sosial (Raco, 2010:116). Pada penelitian ini, dengan melakukan wawancara mendalam peneliti dapat memperoleh informasi mengenai makna asuransi kesehatan menurut informan yang bercerita mengenai pengalamannya.

1.7.5.1.2 Observasi

Observasi menjadi cara lain dalam memperoleh informasi yang tidak disebutkan oleh informan ketika wawancara. Selain itu, melalui observasi peneliti bisa mendapatkan pengalaman personal yang sulit diungkapkan melalui kata-kata oleh informan. Observasi dilakukan peneliti untuk mengamati tingkah laku dan perilaku informan di dalam kehidupan sehari-harinya. Pada penelitian ini, beberapa informan telah dikenal lebih dulu oleh peneliti. Sehingga peneliti mengetahui sendiri kondisi sosial ekonomi dari beberapa informan, serta bagaimana penggunaan asuransi kesehatan yang dimiliki oleh beberapa informan.

Berdasarkan observasi ini, dapat menambah validasi data yang didapat oleh peneliti terhadap informasi yang disebut maupun yang tidak disebut oleh informan.

1.7.5.1.3 Dokumentasi

Dokumentasi juga menjadi cara dalam rangka memperoleh data informan yang mendukung hasil dari data lainnya. Dokumentasi adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan pencatatan data-data yang telah ada (Riyanto, 2012:103). Pada penelitian ini, dokumentasi dilakukan oleh peneliti berupa catatan-catatan penting selama melakukan penelitian. Selain itu, dokumentasi berupa foto selama penelitian di lapangan juga dibutuhkan.

1.7.5.2 Data Sekunder

1.7.5.2.1 Laporan

Laporan dari suatu lembaga atau institusi merupakan salah satu bentuk dari data sekunder. Data laporan dapat membantu mendukung data-data lainnya yang telah didapatkan. Data sekunder berupa laporan yang berasal dari laporan pengguna jasa asuransi kesehatan BPJS Kota Surabaya maupun informasi laporan data yang berkaitan dengan Kota Surabaya. Laporan pengguna jasa BPJS Kesehatan di Surabaya ini dibutuhkan untuk melihat jumlah pengguna BPJS Kesehatan berdasarkan golongannya dan juga untuk mengetahui jumlah masyarakat yang tidak menggunakan jasa tersebut. Sedangkan informasi laporan data mengenai kota Surabaya dibutuhkan untuk mengetahui gambaran kondisi sosial ekonomi masyarakat Kota Surabaya. Laporan ini didapatkan dari instansi BPJS Kesehatan Surabaya dan juga dari rilis resmi Pemerintah Kota Surabaya.

1.7.5.2.1 Jurnal

Penelitian-penelitian sebelumnya yang diterbitkan dalam suatu jurnal dapat menjadi data pendukung dalam penelitian ini. Hasil wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya dapat digunakan kembali

guna memberikan keberagaman data, yang pada penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan variasi konstruksi sosial dalam pemaknaan asuransi kesehatan. Untuk menjelaskan variasi tersebut, maka dibutuhkan data wawancara dari latar belakang informan yang beragam. Data sekunder dari jurnal hanya sebagai pendukung karena penelitian ini cukup baru di Surabaya. Pada penelitian ini, jurnal yang digunakan sebagai data sekunder merupakan jurnal-jurnal yang relevan dengan penelitian ini yang didapatkan dari berbagai sumber.

1.7.6 Teknik Analisis Data

Data yang didapatkan pada penelitian dengan metode kualitatif berupa kumpulan kata-kata hasil wawancara. Pada metode penelitian kualitatif, data didapatkan menggunakan berbagai cara, peneliti sendiri menghimpun data dengan cara wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Kumpulan data yang didapatkan kemudian diproses melalui pengetikan, penyuntingan dan lain sebagainya. Analisis kualitatif dengan rangkaian kata-kata kedalam suatu teks kemudian dijabarkan lebih luas.

Analisis data merupakan upaya untuk mengolah data yang telah didapatkan guna menjawab permasalahan penelitian. Terdapat tiga teknik analisis data kualitatif yaitu analisis yang melakukannya berbarengan, seperti reduksi data, penyajian data/display data, serta verifikasi/proses menarik kesimpulan (Miles dan Huberman, 1983). Reduksi data, penyajian data, dan proses menarik kesimpulan merupakan proses saling berkaitan dari pra pengumpulan data, selama proses data dikumpulkan, serta pasca pengumpulan data, sebagai satu kesatuan analisis.

1.7.6.1 Reduksi Data

Reduksi data adalah segala proses dalam memilih, memfokuskan terhadap penyederhanaan, mengabstrakkan serta mentransformasikan data-data yang masih kasar. Data kasar tersebut berasal dari berbagai catatan selama melakukan penelitian di lapangan. Reduksi data berlangsung dari sebelum data didapatkan secara utuh dan berjalan secara terus menerus

hingga pasca data yang didapatkan sudah lengkap. Kegiatan reduksi data antara lain adalah peringkasan data, mengkode, penelusuran tema, dan pembuatan gugus-gugus. Cara reduksi data adalah data diseleksi secara ketat, diringkas, dan digolongkan dalam pola-pola yang lebih luas.

1.7.6.2 Penyajian Data

Penyajian data merupakan penyusunan data atau informasi untuk kemudian memudahkandalam kemungkinan menarik kesimpulan serta tindakan yang diambil. Data kualitatif ditampilkan secara naratif terkait catatan-catatan lapangan, bagan, grafik, matriks, dan jaringan. Bentuk-bentuk tersebut merangkai informasi dalam satu kesatuan yang memudahkan dalam membaca data serta memahami apa yang terjadi di lapangan. Dari penyajian data tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan ataupun melakukan analisis juga pengumpulan data lagi ketika data yang ada masih kurang tepat.

1.7.6.3 Verifikasi/Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan merupakan upaya untuk merumuskan hasil penelitian. Penarikan kesimpulan dilakukan terus-menerus selama melakukan penelitian, yakni dapat sebelumnya, selama melakukan penelitian, maupun sesudahnya pengumpulan data yang dilakukan di lapangan. Peneliti mengartikan fenomena juga informasi yang didapat di lapangan, melakukan pencatatan pola teratur, konfigurasi, penjelasan, hingga hubungan sebab akibat. Kesimpulan sebelumnya sudah disediakan berdasarkan analisis peneliti selama penelitian, namun tetap berlaku kelonggaran segala kemungkinan, skeptis, serta terbuka. Kesimpulan yang mulanyatidak terlalu jelas, kemudian semakin rinci, mengakar, dan kuat seiring adanya data dan analisis. Kesimpulan yang sudah didapatkan kemudian di pikirkan ulang selama proses analisis, meninjau kembali catatan-catatan di lapangan, dan meninjau kembali serta bertukar pikiran dengan peneliti lain atau para ahli. Hal itu dilakukan dalam rangka verifikasi kesimpulan itu sendiri.