

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Paradigma baru pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini berfokus pada pelayanan kesehatan preventif dan promotif dengan menitikberatkan pada mutu dan jaminan pembiayaan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, “Puskesmas adalah lembaga pelayanan kesehatan primer yang melaksanakan pekerjaan kesehatan masyarakat dan kebersihan diri dengan memprioritaskan upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya”.¹

Dalam rangka meningkatkan status derajat kesehatan masyarakat, pemerintah mengeluarkan suatu kebijakan di bidang kesehatan yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diundangkan pada tahun 2004, yang mencakup jaminan sosial wajib bagi seluruh masyarakat Indonesia atau jaminan kesehatan nasional (JKN).²

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ialah bagian dari SJSN yang dilaksanakan dengan prosedur jaminan kesehatan sosial nasional yang sifatnya wajib, dirancang demi memenuhi keperluan dasar kesehatan penduduk yang memadai, dan dibagikan kepada tiap orang baik yang sudah membayar iuran sendiri maupun yang iurannya dibiayai pemerintah. Visi Jaminan Kesehatan Nasional yakni terpenuhinya universal health coverage (UHC) bagi seluruh rakyat Indonesia.²

Menurut data Badan Pusat Statistik pada tahun 2020, total penduduk Indonesia ialah 268.074.600 jiwa. Sedangkan besaran penduduk di Indonesia yang sudah tercatat dalam program Jaminan Kesehatan Nasional yaitu 222.435.719 (per 31 Agustus 2020) dengan total Penerima Bantuan Iuran APBN 96.696.683 jiwa, Penerima Bantuan Iuran APBD sebanyak 35.118.769,

Pekerja Penerima Upah – Penyelenggara Negara sebanyak 17.716.869, Pekerja Penerima Upah - BU sebanyak 37.364.257, Pekerja Bukan Penerima Upah - pekerja mandiri yaitu 30.487.891 dan bukan pekerja sebanyak 5.5051.250. Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia tahun 2020 yaitu 83% artinya Indonesia belum mencapai sasaran yang telah ditetapkan yakni 95%.³

Khusus di Provinsi Jambi tahun 2020 masyarakat yang telah terdaftar memiliki jaminan kesehatan yaitu sebanyak 1.685.482 jiwa. Peserta BPJS kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yakni sejumlah 786.533 jiwa (21,70%) dan peserta BPJS kesehatan non Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu sejumlah 898.895 jiwa (24,80%) sedangkan di Kota Jambi peserta BPJS kesehatan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu sebanyak 132.463 jiwa (21,91%) dan peserta BPJS kesehatan non Penerima Bantuan Iuran (PBI) yakni sebanyak 278.469 jiwa (46,06%).⁴

Berdasarkan dari data Badan Pusat Statistik tahun 2020 penduduk Provinsi Jambi sebanyak 3.624.579 jiwa dengan total penduduk 50 tahun keatas yakni sejumlah 624.156 jiwa, jumlah masyarakat 19 tahun kebawah 1.275.593 dan jumlah penduduk 20 – 49 tahun kebawah yaitu sebanyak 1.724.830 jiwa. Rata – rata Upah/Gaji bersih sebulan Pekerja Formal di Provinsi Jambi tahun 2019 adalah sebesar Rp 2.321.392 sedangkan di Kota Jambi sebesar Rp 2.869.941. Rerata pendapatan bersih Pekerja Informal per bulan di Provinsi Jambi tahun 2019 adalah sebesar Rp 1.841.273 sedangkan di Kota Jambi sebesar Rp 2.363.842.⁴

Sinkron dengan Permenkes RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pengelolaan pelayanan kesehatan merangkum seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS digolongkan kedalam dua tingkatan yakni: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). FKTP mencakup puskesmas, klinik pratama, dokter gigi, praktik dokter atau yang setara serta rumah sakit kelas D yang setara.⁵

Berdasarkan dari Data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018 total Puskesmas di Indonesia hingga Desember 2018 yakni 9.993 puskesmas, yang terdiri atas 3.623 Puskesmas rawat inap serta 6.370 Puskesmas non rawat inap. Jumlah puskesmas terus naik dibanding tahun 2017 yakni 9.825, dengan jumlah Puskesmas rawat inap yaitu sejumlah 3.454 puskesmas dan Puskesmas non rawat inap yaitu sebanyak 6.371 puskesmas. Sedangkan khusus di provinsi Jambi sebanyak 205 puskesmas sedangkan jumlah puskesmas di Kota Jambi sebanyak 20 puskesmas.¹

Saat ini tanggung jawab menjadi peserta BPJS kesehatan ialah membayar iuran tiap bulannya. Untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) iuran setiap bulannya akan dibiayai oleh pemerintah sedangkan peserta mandiri non Penerima Bantuan Iuran (PBI) akan mengeluarkan uang setiap bulannya untuk membayar iuran. Pembiayaan kesehatan serta kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan menjadi persoalan yang amat berarti dikarenakan dengan kenaikan iuran BPJS kesehatan peserta mandiri agak membebankan khusus untuk golongan ekonomi menengah kebawah.

Ketidakmampuan didalam ekonomi mengakibatkan beberapa kelompok penduduk mempunyai pembayaran jasa pelayanan kesehatan terbatas yang masyarakat dapatkan sama dengan yang lain. Hal ini mengakibatkan ketidaksesuaian antara apa yang mampu dibayarnya dengan sesuatu yang mereka harapkan. Seluruh penduduk mempunyai hak untuk menerima pelayanan yang bermutu, dengan kesesuaian antara kepentingan medisnya dan kapasitas ekonominya.⁶

Kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan kesehatan yang didupakannya dipengaruhi oleh pendapatan yang diduga sesuai. Sehingga makin tinggi pendapatan yang diterima maka makin tinggi pula kemampuan membayar kepada sesuatu jasa pelayanan kesehatan. *Ability to Pay (ATP)* di pengaruhi oleh penghasilan, jumlah aset didalam rumah tangga, peran keluarga dalam pergerakan aset, pendidikan serta jumlah anggota keluarga.⁷

Tingkat kesejahteraan rumah tangga dipengaruhi oleh faktor internal yaitu pendapatan rumah tangga dan kepemilikan aset. Pendapatan adalah

faktor yang berpengaruh dalam upaya meningkatkan kesejahteraan keluarga. Keluarga yang menerima penghasilan lebih tinggi mendapatkan kesempatan yang luas untuk dibandingkan keluarga dengan pendapatan yang sedikit. Penghasilan akan mengakibatkan kapasitas membeli seseorang terhadap kebutuhan makanan serta fasilitas seperti pendidikan, perumahan, kesehatan, dan lain – lain.⁸

Faktor kemampuan membayar masyarakat berpengaruh kepada membeli sesuatu produk atau jasa pelayanan kesehatan. Dalam penetapan tarif pelayanan kesehatan hal yang harus diperhatikan dan di pertimbangkan yaitu kemampuan seseorang untuk membayar. Kemampuan membeli terhadap jasa pelayanan dipengaruhi oleh besarnya pendapatan. Penghasilan dimanfaatkan untuk mendapatkan kepuasan dari suatu produk/jasa yang akan dimanfaatkan tercermin dari besaran harga berdasarkan dari kemauan membayar terhadap produk/jasa tersebut.⁹

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kemampuan dan kemauan membayar seseorang. Kemampuan membayar bisa dihitung melalui ancamangan perhitungan pendapatan keluarga, aset keluarga serta pengeluaran keluarga. Menilai kepemilikan aset dan lama sakit pasien terhadap *Ability to Pay (ATP)* bertujuan untuk memperhitungkan seberapa besar kemampuan masyarakat dalam membeli suatu jasa pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan sumberdaya yang dimilikinya.¹⁰

Lama sakit akan mengakibatkan ancaman kepada ATP keluarga. Penyakit yang bersifat kronis akan memberatkan keluarga dengan cara mendadak serta mengharuskan pergerakan dana secara cepat, sedangkan penyakit yang bersifat kritis membutuhkan pendanaan dalam periode panjang dan berdampak lama juga terhadap sumberdaya yang dimiliki rumah tangga.¹¹

Hasil penelitian Anafia Y,dkk (2020) menyatakan bahwa nilai riil Ability to Pay diperoleh rerata yaitu sejumlah Rp 438.101,- dengan golongan kemampuan tertinggi yaitu kemampuan tinggi dalam interval $\geq$ Rp 409.375,- dan perkiraan WTP adalah WTP 1 mempunyai rerata Rp 256.923,- serta WTP 2 mempunyai rerata Rp 300.714,- artinya secara komprehensif tingkat

kemampuan masyarakat dalam hal membayar layanan rawat inapnya tinggi dibandingkan dengan bayaran yang telah ditetapkan di Rumah Sakit.¹²

Dalam penelitian Marzuki DS, dkk menyatakan bahwa responden *Ability to Pay* kelompok mampu yakni 61% serta tidak mampu 39%, *Ability to Pay* (ATP) non makanan ada pada level mampu yaitu 46% non-essensial kelompok mampu 21%. Dalam bagian kemauan membayar keterlambatan pasien kategori tidak mau yaitu 70 responden (70%), kelompok mau yakni sebanyak 30 responden.¹³

Berdasarkan penelitian Hardy dan Yudha (2018) diperoleh hasil kemampuan membayar untuk JKN masih terbilang rendah karena banyak para pedagang yang mampu membayar kurang dari 750.000 saja. Bila karakteristik pekerjaan responden dibandingkan dengan ATP, dapat diketahui bahwa sebagian responden yang mempunyai ATP < Rp 750.000 untuk 3 hari rawat inap adalah responden yang bekerja sebagai buruh atau petani serta yang tidak atau belum memiliki pekerjaan. Sementara responden yang pekerjaannya sebagai PNS/BUMN, pegawai swasta, wiraswasta, pensiunan serta sebagainya yaitu pegawai kontrak dan ibu rumah tangga memiliki ATP untuk 3 hari rawat inap antara Rp 300.000- >Rp 2.000.000.¹⁴

Hasil penelitian Noerjoedianto (2015) menunjukkan bahwa tingkat pendapatan besar 97,20% namun yang berpenghasilan sedikit 2,40% saja dan berpenghasilan sedang 0,40%. Nyaris 95,7% memilih paket kelas I (59.500), sedangkan 1,5% memilih paket kelas II(42.500) serta 2,8% memilih kelas III nya (25.500). Untuk total ATP yang dihitung menurut 10% dari *disposable income* atau pendapatan yang siap dibelanjakan sebanyak Rp. 25.235, apabila dihitung menurut 5% dari pengeluaran rokok ditambah pengeluaran non pangan besaran ATP nya RP. 574.992, dan berdasarkan 5% dari jumlah pengeluaran rokok diperoleh Rp. 110.044.-.¹⁵

Pada tahun 2015 dengan iuran kelas 1 sebesar (59.500) 95,7% masyarakat memilih kelas 1, 1,5% memilih kelas II (25.500) dan 2,8% memilih kelas III (25.500) namun dengan kebijakan terbaru kenaikan iuran BPJS kesehatan peserta mandiri yaitu menjadi kelas I (Rp. 150.000,-), peserta mandiri kelas II

(Rp. 100.000,-) serta peserta mandiri kelas III (Rp. 42.000,-) banyak masyarakat yang tidak membayar dan memutuskan untuk turun kelas.

Dalam penelitian Jacobus (2018) di peroleh hasil kepemilikan aset mempunyai pengaruh positif serta signifikan terhadap miskinnya rumah tangga, pendidikan mempunyai pengaruh negatif serta signifikan terhadap rumah tangga, dan kesehatan mempunyai pengaruh negatif dan signifikan terhadap kemiskinan rumah tangga.¹⁶

Hasil survei awal yang dilakukan kepada peserta BPJS kesehatan non Penerima Bantuan Iuran, dari 10 sampel yang diambil didapatkan 7 diantaranya membayar iuran setiap bulannya dan 3 diantaranya menunggak iuran asuransi. Hal ini menunjukkan bahwa rata – rata kemampuan masyarakat untuk membayar iuran asuransi cukup tinggi, tetapi hal tersebut diakibatkan oleh sejumlah faktor yakni dikarena dirinya menderita sakit namun ada juga atas keamauan dan kesadaran diri sendiri.

Masyarakat memilih untuk memanfaatkan pelayanan di FKTP pilihan mereka dengan berdasarkan atas sejumlah faktor diantaranya ialah faktor jarak atau lokasi FKTP dengan tempat tinggalnya. Selain faktor tersebut, ada juga faktor sosial ekonomi (pendapatan) yang turut pengaruhi alasan masyarakat lebih memilih untuk memanfaatkan pelayanan di FKTP.¹⁷

Berdasarkan data diatas Kota Jambi khususnya peserta BPJS kesehatan non Penerima Bantuan Iuran masih 46.06% artinya belum mencapai target *universal health coverage (UHC)* yaitu 95% sehingga perlu melakukan penelitian tentang kemampuan masyarakat dan melihat bagaimana masyarakat mengalokasikan aset untuk membeli jasa pelayanan kesehatan. Puskesmas sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang sifatnya “padat karya, padat modal, padat teknologi” maka dibutuhkan perhitungan lebih teliti berkaitan dengan kemampuan masyarakat dalam membeli pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk itu peneliti tertarik untuk meneliti “Analisis kepemilikan aset tabungan dan lama sakit terhadap kemampuan membeli pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama Di Kota Jambi tahun 2020”.

1.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka diperoleh rumusan masalah yakni bagaimana analisis kepemilikan aset tabungan dan lama sakit terhadap kemampuan membeli pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Jambi tahun 2020?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kepemilikan aset tabungan dan lama sakit terhadap kemampuan membeli pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Jambi tahun 2020.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi kemampuan masyarakat dalam membeli pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
2. Untuk mengidentifikasi hubungan antara kepemilikan aset tabungan dengan kemampuan membeli pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
3. Untuk mengidentifikasi hubungan antara lama sakit dengan kemampuan membeli pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

1.4. Manfaat

1. Bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Sebagai bahan masukan dan memberikan informasi tentang kepemilikan aset tabungan dan lama sakit terhadap kemampuan membeli pelayanan kesehatan sehingga dapat menyesuaikan tarif pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan masyarakat.

2. Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan masukan bagi mahasiswa mengenai analisis kepemilikan aset tabungan dan lama sakit terhadap kemampuan membeli pelayanan kesehatan di FKTP.

3. Manfaat Bagi Masyarakat

Sebagai bahan tambahan informasi mengenai kepemilikan aset tabungan dan lama sakit terhadap kemampuan membeli pelayanan kesehatan di FKTP.

4. Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai bahan pertimbangan untuk meneliti sama di tempat lain dengan masalah dan variable yang sama.