

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Kesehatan termasuk salah satu hal dasar yang dibutuhkan manusia. Sering disebutkan bahwa “*kesehatan bukan hal segala-galanya, namun tanpa kesehatan segala-galanya tidak ada makna*”. Berdasarkan konstitusi *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia. Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak dasar setiap individu, dan menjadi kebutuhan dasar setiap individu yang tidak dapat berkurang dalam kondisi apapun. Dengan seperti itu, penting bagi kita untuk memperhatikan dengan cermat mengenai bentuk nyata dari hak atas standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau¹. Hak untuk hidup yang cukup dan sejahtera terhadap diri sendiri serta keluarganya ialah hak asasi manusia yang diterima secara luas oleh semua negara. Hal ini terdapat di dalam Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan².

Hidup sehat menjadi kebutuhan hidup (*health need*) yang memiliki sifat objektif sehingga tiap – tiap individu mampu menaikkan status kesehatannya. Namun di sisi yang berbeda, kesehatan termasuk tuntutan (*health demand*) yang mempunyai sifat subjektif yaitu tercukupi atau tidaknya tuntutan kesehatan setiap individu, rumah tangga dalam lingkup masyarakat tidak mutlak bisa tercapai dari tiap usaha peningkatan derajat kesehatan yang baik³. Program pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya pemenuhan kebutuhan hidup dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan. Syarat pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dilihat dari beberapa indikator layanan diantaranya tersedia, berkesinambungan, menyeluruh, wajar, terpadu, dapat diterima, bermutu, tercapai, dan terjangkau⁴.

Masing – masing individu memiliki risiko untuk terjadinya sakit dan perlu biaya yang lumayan besar untuk berobat. Terlebih lagi, jika penyakit yang dideritanya merupakan penyakit yang tergolong berat, sehingga semakin besar biaya yang dibutuhkan⁵. Hal ini menimbulkan kekhawatiran terhadap kelangsungan dukungan ekonomi masyarakat yang ditimbulkan dari keadaan yang tidak pasti

(uncertainty condition) terhadap kesakitan dan kematian⁶. Perkembangan ekonomi masyarakat saat pandemi Covid-19 seperti saat ini sangat memengaruhi kegiatan ekonomi dan sosial. Tidak hanya di bidang sosial ekonomi saja, namun juga berpengaruh di segala aspek kehidupan masyarakat⁷. Maka akan berdampak terhadap kemampuan masyarakat dalam membayar biaya pelayanan kesehatan⁸.

Dalam *Sustainable Development Goals (SDG's)* Report tahun 2020, diperkirakan 1 miliar orang akan menghabiskan paling sedikit 10% dari anggaran rumah tangga mereka untuk perawatan di bidang kesehatan⁹. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2019 menyatakan bahwa 62,67% dari jumlah biaya kesehatan berasal dari biaya pribadi masyarakat¹⁰.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan salah satu cara untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan. Proses pelayanan kesehatan tidak dapat berpisah dengan pembiayaan kesehatan. Definisi biaya kesehatan yaitu banyaknya jumlah dana yang patut disediakan guna menyelenggarakan bermacam upaya kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, kelompok, dan perorangan. Atas dasar yang telah disebutkan, maka biaya kesehatan dapat dilihat dari dua arah yaitu Penyedia Pelayanan Kesehatan (Health Provider) dan Pemakai Jasa Pelayanan (Health consumer)¹¹.

Terdapat enam pola pembiayaan kesehatan yang diterapkan, yaitu pembiayaan dari pemerintah secara langsung (direct government financing), pembiayaan dari asuransi kesehatan (health insurance), pembiayaan dari masyarakat (community financing), pembiayaan dari saku pasien (out of pocket), pembiayaan dari organisasi pemerintahan dan kerjasama dari luar (governmental organization and external cooperation), pembiayaan dari sektor swasta (private sector financing)¹¹. Di Indonesia dikembangkan mekanisme asuransi kesehatan sosial yaitu melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bersifat wajib dengan tujuan memberikan perlindungan finansial dari biaya kesehatan khususnya biaya katastrofik dengan harapan pengeluaran kesehatan dari saku pribadi akan lebih rendah^{12,13}. Hal tersebut terbukti dengan data tren pembiayaan program JKN dari tahun 2014 - 2018 dimana pengeluaran mandiri masyarakat turun cukup signifikan sebesar 10%¹³.

Pada dasarnya, kegiatan pelayanan kesehatan masih cenderung pelayanan sosial, sehingga pertolongan terhadap pasien maupun kegiatan perawatan (rawat jalan dan rawat inap) tanpa memandang status sosial ekonomi. Walaupun bersifat sosial, demi keberlangsungan pelayanan kesehatan diharapkan adanya faktor ekonomi. Sehingga diperlukan upaya nyata melalui kegiatan reformasi, reorientasi dan revitalisasi¹¹. Kementerian Kesehatan mengatakan bahwa dengan pembiayaan kesehatan yang kuat, tidak berubah – ubah dan berkelanjutan mempunyai peranan penting untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam skema memperoleh tujuan penting dalam pembangunan kesehatan antara lain adalah pelayanan yang berkualitas (assured quality) dan pemerataan akses kesehatan (equitable access to health care)¹⁴. Maka dari itu, pembaruan kebijakan kesehatan pada suatu negara sebaiknya memberikan berfokus pada kebijakan pembiayaan kesehatan agar menjamin terselenggaranya pemerataan (equity), kecukupan (adequacy), efektifitas (effectiveness), dan efisiensi (efficiency) dari pembiayaan kesehatan⁴.

Indikator dalam pencapaian derajat kesehatan yaitu melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dengan adanya beberapa variabel diantaranya pengetahuan, hidup sehat dan umur panjang, dan standar hidup layak¹⁵. Dalam membangun kualitas hidup manusia (masyarakat), IPM termasuk indicator yang penting untuk mengukur tingkat keberhasilan serta bisa dimanfaatkan untuk mengetahui perkembangan pembangunan dalam jangka yang cukup panjang. IPM menerangkan bagaimana cara masyarakat bisa mengakses hasil dari pembangunan untuk memperoleh pendapatan, pendidikan, kesehatan, dan sebagainya¹⁰. Pada tahun 2020, IPM Provinsi Jambi telah mencapai 71,29 dan Kota Jambi mencapai 78,37 (BPS, 2020). Angka capaian IPM tersebut merupakan kontribusi dari peran aktif perekonomian masyarakat dalam bentuk pendapatan kepala keluarga, yang bisa dilihat dari trend kenaikan pendapatan keluarga di Kota Jambi¹⁰.

Jika dianalisis dari struktur pendapatan kepala keluarga, dalam hal ini dapat diukur melalui konsumsi rumah tangga dalam pengeluaran rumah tangganya sehingga dapat diketahui kemampuan keluarga dalam membelanjakan pendapatannya untuk akses pelayanan kesehatan. Penelitian Noerjoedianto tahun 2016 yang melihat pengaruh dari status sosial ekonomi dari keluarga terhadap

pemilihan pola dan metode pembiayaan kesehatan menyatakan bahwa pengeluaran rumah tangga di Provinsi Jambi dalam bentuk kemampuan membeli pelayanan kesehatan berkisar antara Rp 25.235 hingga Rp 110.044¹⁶. Besar iuran BPJS kelas 3 per 1 Januari 2021 yaitu sebesar Rp 35.000. Sedangkan kategori keluarga kecil berjumlah ≤ 4 orang. Ini membuktikan bahwa setiap keluarga membutuhkan biaya sebanyak Rp 140.000 per bulan untuk membayar iuran BPJS. Namun rentang tertinggi kemampuan membeli pelayanan kesehatan hanya berkisar Rp 110.044. Hal ini menunjukkan bahwa adanya keterbatasan kemampuan masyarakat dalam membeli pelayanan kesehatan^{17,18}.

Secara teori, faktor yang memengaruhi status sosial ekonomi adalah pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, kepemilikan aset, dan jenis tempat tinggal¹⁹. Untuk meningkatkan derajat kesehatan maka status sosial ekonomi keluarga perlu diperhatikan. Makin tinggi kedudukan seseorang maka untuk memperoleh fasilitas yang diperlukan dan diinginkan semakin mudah. Oleh karena itu, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, maka kemampuan membeli pelayanan kesehatan harus diketahui terlebih dahulu melalui pemilihan pola pembiayaan kesehatan.

Laura dkk (2015) menyebutkan bahwa orang yang lebih berpendidikan memiliki kemampuan untuk mengelola risiko sendiri dan cenderung tidak akan membeli asuransi²⁰. Puluhalawa (2013) menyatakan bahwa dengan $\alpha = 5\%$ secara individu, baik dari kepala rumah tangga dengan pendapatan diatas Rp 1.500.000,- maupun dengan pendapatan dibawah Rp. 1.500.000,- berpeluang mengalami kesehatan buruk³. Kusumaningrum dan Azinar (2018) menyatakan bahwa variabel pekerjaan tidak memiliki hubungan yang ditunjukkan dengan keanggotaan asuransi wajib, nilai $p=0,285$ ($p < 0,05$) (RP=1,42; 95%CI=0,81- 2,49)²¹.

Sedangkan pada faktor pendapatan, Lumi (2014) menyatakan bahwa semakin tinggi pendapatan yang dimiliki keluarga maka memiliki kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan dengan kualitas dan fasilitas yang lebih baik, salah satunya dengan memilih layanan kamar khusus atau VIP yang dimana layanan ini pembayaran dilakukan secara mandiri atau dari saku pasien (out of pocket) tanpa bantuan jaminan kesehatan, hal tersebut dikarenakan mereka menginginkan

pelayanan dari petugas kesehatan yang disiplin, ramah, cekatan, dan cenderung tidak menyukai pelayanan kesehatan yang memerlukan waktu tunggu yang lama²².

Penelitian yang dilakukan oleh Ilhamdani (2017) terdapat korelasi antara jenis pekerjaan dengan pemilihan pola pembiayaan kesehatan dengan p-value 0,001. Kepala keluarga yang bekerja sebagai pegawai negeri dan pegawai swasta memiliki kecenderungan memilih pola pembiayaan menggunakan asuransi kesehatan. Hal tersebut dikarenakan, perusahaan tempat mereka bekerja memfasilitasi asuransi kesehatan yang mengcover segala keperluan seperti pemeriksaan kesehatan²³.

Penelitian yang dilakukan oleh Solida dkk (2021) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan pola belanja kesehatan dengan p-value 0,022. Solida juga menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga terbukti sebagai salah satu alasan utama dalam pola belanja kesehatan, dimana dalam hal ini keluarga dengan jumlah anggota banyak mempengaruhi total pengeluaran rumah tangga dan begitupun sebaliknya. Sihombing & TR juga menyatakan hal yang sama bahwa keluarga dengan jumlah anggota ≥ 4 mengalami masalah pembiayaan kesehatan dibandingkan dengan keluarga dengan jumlah anggota ≤ 4 . Hal tersebut dikarenakan semakin banyak anggota keluarga maka utilisasi kesehatan akan meningkat yang berujung pada jumlah pengeluaran rumah tangga semakin besar dan akhirnya menambah beban ekonomi keluarga²⁴.

Penelitian yang dilakukan oleh Anwar (2020) menyebutkan bahwa ada hubungan antara kepemilikan aset tabungan dengan kemampuan membeli pelayanan fasilitas kesehatan²⁵. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani dkk (2008) yang menyatakan bahwa masyarakat yang memiliki tabungan memiliki kemauan untuk membiayai pelayanan kesehatan dibandingkan dengan masyarakat yang tidak memiliki tabungan. Selain itu, penelitian ini juga menjelaskan bahwa masyarakat yang memiliki tabungan untuk biaya pelayanan kesehatan dilakukan semata-mata sebagai tindakan pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya risiko penyakit di masa mendatang²⁶.

Salah satu upaya pemerintah dalam memenuhi hak warga negara untuk mendapatkan derajat kesehatan yang optimal adalah dengan dibangunnya fasilitas

pelayanan kesehatan baik di perkotaan maupun di pedesaan. Peneliti melakukan survei awal di Rumah Sakit Abdul Manap, karena merupakan rumah sakit rujukan Kota Jambi dengan trend jumlah kunjungan yang stabil setiap bulannya. Berdasarkan survei awal yang sudah dilakukan kepada 15 kepala keluarga pasien di Rumah Sakit Abdul Manap, terdapat 6 kepala keluarga pasien yang membeli pelayanan kesehatan berasal dari kantong sendiri dan 11 kepala keluarga pasien menggunakan asuransi kesehatan. Dari 11 kepala keluarga yang membeli pelayanan dengan asuransi kesehatan tersebut, terdapat 7 kepala keluarga yang mengalami kesulitan ekonomi dalam membayar iuran tiap bulannya dan pernah mengalami penunggakan.

Kemampuan membeli pelayanan kesehatan tergantung dengan kesiapan keluarga untuk membiayai rumah tangganya sendiri, sehingga status sosial ekonomi kepala keluarga dengan kemampuan membeli pelayanan kesehatan patut untuk dilakukan amatan dalam proposal penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan kondisi yang sudah dipaparkan di atas, terdapat pokok permasalahan yaitu apakah status sosial ekonomi keluarga berhubungan dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Abdul Manap Kota Jambi tahun 2021?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara status sosial ekonomi keluarga dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Abdul Manap Kota Jambi tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi hubungan antara pendidikan dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan.
2. Untuk mengidentifikasi hubungan antara pendapatan dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan.

3. Untuk mengidentifikasi hubungan antara pekerjaan dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan.
4. Untuk mengidentifikasi hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan.
5. Untuk mengidentifikasi hubungan antara kepemilikan aset dengan penggunaan pola pembiayaan BPJS Kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan serta pengalaman khususnya di bidang administrasi kebijakan kesehatan.

1.4.2 Bagi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UNJA

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi arsip dan bahan bacaan di perpustakaan serta dapat menambah wawasan bagi mahasiswa, khususnya di bidang ilmu Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) dalam hal pemahaman mengenai kemampuan membeli pelayanan kesehatan dan status sosial ekonomi masyarakat.

1.4.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan bagi peneliti selanjutnya untuk pengembangan wawasan dalam pengaplikasian ilmu sehingga akan terpacu untuk meningkatkan potensi diri.