

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik memerlukan biaya kesehatan yang tidak sedikit. Misalnya, di Amerika Serikat pada tahun 1990 tidak kurang dari US\$ 666,2 milyar, 24,6 kali lebih tinggi dibanding tahun 1960. Jika pada tahun 1960, setiap orang di Amerika Serikat mengeluarkan dana hanya US\$ 143 pertahun, maka pada tahun 1990 telah meningkat menjadi US\$ 2.566 pertahun. Peningkatan yang sama juga ditemukan di pelbagai negara Eropa. Diperkirakan bahwa bila dibandingkan dengan Gross National Product (GNP) untuk kurun waktu 1970 sampai 1980, maka peningkatan yang terjadi adalah dari 6,1% menjadi 9,6% untuk Jerman Barat, dari 6,6% menjadi 8,8% untuk Perancis dari 7,5% menjadi 9,4% untuk Swedia, serta dari 4,9% menjadi 5,8% untuk Inggris (Dir. Kes. Mas, 2000).

Di Indonesia, menurut para pakar, biaya kesehatan juga mengalami peningkatan. Jika pada tahun 1984/1985 total biaya kesehatan diperkirakan baru sekitar Rp.1,89,- triliun maka pada tahun 1988/1989 telah meningkat menjadi sekitar Rp.2,8,- triliun serta pada tahun 1994/1995 naik lagi menjadi sekitar Rp.7,03,- triliun. Peningkatan biaya kesehatan dalam kurun waktu 10 tahun tersebut adalah 3,8 kali. Jika total biaya ini diperkirakan terhadap jumlah penduduk, maka biaya kesehatan perkapita pada tahun 1984/1985 adalah sebesar

Rp.11.704,80,- yang meningkat menjadi Rp.16.287,1,- pada 1988/1989 serta Rp.35.989,20,- pada tahun 1994/1995 (Dir. Kes. Mas,2000).

Tabel.1
Perbandingan Pengeluaran Kesehatan Oleh Masyarakat dan Pemerintah Propinsi DIY, tahun 1996 s.d 1998 (dalam ribu rupiah)

BIAYA KESEHATAN	SUSENAS TAHUN		
	1996	1997	1998
Masyarakat	80.352.000	72.504.000	154.944.000
Pemerintah	21.108.863	21.241.864	38.040.903
Pemerintah	67.972.124	67.434.032	103.392.968

Sumber: SUSENAS

Berdasarkan data dalam tabel diatas, dalam saat krisis moneter (1998), pengeluaran masyarakat justru meningkat 2 kali lipat. Hal ini menunjukkan bahwa permintaan masyarakat di Propinsi DIY terhadap pelayanan kesehatan tidak banyak terpengaruhi oleh harga barang dan jasa .

Banyak faktor yang diperkirakan berperan sebagai penyebab makin meningkatnya biaya kesehatan (Dir. Kes. Mas.,2000) yaitu :

1. Tingkat inflasi

Melemahnya mata uang rupiah terhadap mata uang dollar AS menyebabkan harga obat-obatan dan peralatan kesehatan dari yang sederhana sampai yang canggih sebagian besar di import dari luar negeri menjadi sangat mahal sehingga biaya pelayanan kesehatan juga menjadi mahal yang menyebabkan meningkatnya biaya kesehatan secara nasional.

2. Tingkat permintaan

Tingkat permintaan akan meningkat jika jumlah penduduk juga meningkat dan mutu penduduk juga meningkat karena meningkatnya keadaan ekonomi serta tingkat pendidikan.

3. Kemajuan ilmu dan teknologi

Kemajuan ilmu dan teknologi menyebabkan banyaknya penggunaan peralatan canggih sehingga biaya pelayanan kesehatan meningkat.

4. Pola Penyakit

Jika dahulu jenis penyakit yang banyak ditemukan di masyarakat terutama adalah penyakit akut, maka pada saat ini, dengan telah terjadinya transisi demografi dan epidemiologi, telah berubah menjadi penyakit kronis. Dibanding penyakit akut, penanggulangan penyakit kronis membutuhkan biaya yang lebih besar. Dampak akhirnya adalah akan meningkatkan biaya kesehatan.

5. Pola pelayanan kesehatan

Perkembangan spesialis dan sub-spesialis menyebabkan pelayanan kesehatan terkotak-kotak (*fragmented health service*). Dampaknya bukan saja akan menyulitkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, tetapi juga akan meningkatkan biaya kesehatan.

6. Hubungan dokter-pasien

Perselisihan paham mendorong munculnya sengketa, yang tidak jarang berakhir di pengadilan. Untuk melindungi diri dari tuntutan hukum, para dokter sering melakukan dua hal yaitu mengasuransikan praktek dokter yang diselenggarakannya dan melakukan pemeriksaan penunjang kedokteran yang

berlebihan. Adanya kedua hal tersebut akan berperan besar dalam meningkatkan biaya kesehatan.

7. Mekanisme pengendalian biaya

Mekanisme pengendalian biaya sebenarnya dapat mengendalikan biaya kesehatan kalau dikelola dengan baik, tetapi kalau tidak dikelola dan dikembangkan dengan baik maka justru akan meningkatkan biaya kesehatan.

Biaya pelayanan kesehatan yang secara kontinyu meningkat apabila tidak dikendalikan akan mengancam mutu pelayanan kesehatan. Dampak dari situasi ini dapat dilihat dari indikator kesehatan seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu melahirkan, umur harapan hidup dan lain-lain, dimana Indonesia termasuk yang terburuk di Asia Tenggara. Mutu Sumber Daya Manusia (Human Development Index / HDI) pada tahun 2000 secara drastis terpuruk di urutan 109 dari 174 negara. Sebagaimana dimaklumi selain pendapatan dan pendidikan, kesehatan merupakan penentu HDI.

Untuk menurunkan biaya kesehatan maka dibuat beberapa model asuransi. Menurut Bank Dunia dalam laporannya tahun 1993 mengelompokkan asuransi kesehatan dalam tiga bentuk asuransi kesehatan yang kini banyak dilaksanakan di dunia yaitu : kelompok Asuransi Sosial (*Social Health Insurance*), kelompok Asuransi Kesehatan Komersial (*Private Voluntary Insurance*), dan kelompok Asuransi Sukarela dengan Regulasi (*Regulated Private Health Insurance*). Jika dikaitkan dengan laporan Bank Dunia tersebut maka peserta wajib tergolong sebagai asuransi kesehatan sosial dan peserta sukarela tergolong sebagai asuransi

Asuransi sukarela (komersial) dengan regulasi

Sedangkan di Indonesia saat ini telah dikembangkan mulai dari Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), Asuransi Kesehatan (ASKES) dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK). Dengan demikian JPKM dengan kepesertaan wajib tergolong sebagai asuransi kesehatan sosial dan JPKM dengan kepesertaan sukarela tergolong sebagai asuransi kesehatan sukarela (komersial) dengan regulasi.

Sebagai salah satu bentuk asuransi kesehatan di Indonesia, JPKM sudah dicanangkan sejak tahun 1992 dalam UU no.23 tentang kesehatan pada pasal 1 ayat 15 yang menyebutkan bahwa "JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya", bahkan pada tahun 2000 JPKM menjadi salah satu pilar mewujudkan visi Depkes "Indonesia Sehat 2010"(Yogyakarta Sehat 2005).

Menurut data tahun 1997 diperkirakan hanya sekitar 18 juta penduduk (9%) yang dicakup sistem pra-upaya, meskipun ada yang memperkirakan angka tersebut mencapai sekitar 27-30 juta atau sebesar 14% jumlah penduduk. Dari jumlah itu hanya 800.000 yang menjadi peserta JPKM sedangkan data di DIY sendiri baru terdapat 1 Bapel (Takaful PKU Muhammadiyah Yogyakarta) dan 4 Pra Bapel (KPRI Kesehatan – Kab. Bantul, Pra Bapel Bakti Husada – Kab. Kulon Progo, KPRI Makmur – Kab. Sleman, KPRI Sehat – Kab. Gunung Kidul),

sedangkan kepesertaan Takaful JPKM pada tahun 2000 sebanyak 29.600 jiwa. Pra

Bapel Bantul 7.072 jiwa, Pra Bapel Kulon Progo 12.203 jiwa, Pra Bapel Sleman 3069 jiwa.

Masih rendahnya jumlah peserta program JPKM menurut Direktur Jendral Kesehatan (2000) ada beberapa faktor penyebab diantaranya yaitu rendahnya dukungan pemerintah dan rendahnya minat menjadi peserta JPKM karena rendahnya pengetahuan tentang JPKM. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Tupen (1999) menemukan kepesertaan Dana Sehat secara statistik dipengaruhi *demand* masyarakat (manfaat dari Dana Sehat, besar resiko sakit, nilai iuran dan pendapatan) kemudahan dalam pelayanan, faktor pendorong dan pemahaman tentang Dana Sehat.

Penelitian lain dilakukan oleh Bahar (1998) yang menemukan banyak kendala dalam penyelenggaraan Dana Sehat di Kabupaten Garut, Propinsi Jawa Barat, seperti kemampuan pengurus dalam mengelola dana, pengumpulan dana yang tersendat-sendat, penggunaan dana bukan kegiatan kesehatan dan adanya kecurigaan kepada pengelola karena kurang transparan. Kendala lain yang ditemukan adalah pemahaman masyarakat tentang Dana sehat yang kurang karena kurangnya informasi tentang Dana Sehat dari Puskesmas maupun pembina.

Peneliti lain Yantewo pada tahun 1999 di Desa Yaturaharjo, Kecamatan Arso, Kabupaten Jayapura, menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif dan bermakna antara pendapatan atau penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga, jarak yang ditempuh ketempat pelayanan (PPK) serta pengetahuan kepala

... dan ... Dana Sehat ... Kepesertaan Dana Sehat

Dari beberapa fakta dan data yang telah diuraikan diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa untuk menurunkan biaya kesehatan dan mewujudkan visi Depkes "Indonesia Sehat 2010" diperlukan pengembangan kepesertaan JPKM. Pengembangan kepesertaan JPKM membutuhkan peran berbagai pihak yang terkait seperti masyarakat, PPK, Bapel dan Bapim / Pemerintah. Peran masyarakat dalam JPKM ditentukan oleh seberapa besar tingkat pengetahuan mereka tentang JPKM sehingga membangkitkan minat dan kemauan untuk menjadi peserta JPKM. Untuk mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan masyarakat tentang JPKM diperlukan suatu penelitian, sehingga dapat dianalisis faktor-faktor yang mempengaruhi mengapa jumlah peserta JPKM masih rendah.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut:

Bagaimana tingkat pengetahuan masyarakat di Yogyakarta tentang JPKM?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis tingkat pengetahuan masyarakat di Yogyakarta tentang JPKM.

2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat tentang JPKM.

2. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan masyarakat di

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini sebagai wadah untuk memperdalam dan menerapkan ilmu pengetahuan tentang kesehatan dalam bentuk tulisan Karya Tulis Ilmiah.

2. Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat lebih mengetahui tentang JPKM dan mempunyai kemauan menjadi peserta JPKM.

3. Bagi Pemerintah / Instansi Terkait

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh badan yang terkait (Puskesmas, Dinas Kesehatan, Bapel) dalam rangka pengambilan kebijakan untuk menyusun strategi pelaksanaan sistem informasi kepada masyarakat tentang JPKM.

4. Bagi Peneliti lain

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan masukan bagi penelitian selanjutnya di bidang JPKM.