

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pengeluaran kesehatan menggambarkan upaya individu dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, baik sebagai upaya *preventive* (pencegahan) maupun *curative* (pengobatan). Pengeluaran kesehatan merupakan bentuk investasi rumah tangga dalam pembangunan sumber daya manusia, selain pengeluaran pendidikan dan migrasi (Schultz, 1961). Pengeluaran tersebut berkaitan dengan upaya rumah tangga membangun individu-individu di dalamnya untuk meningkatkan produktivitas. Investasi pada aspek kesehatan menentukan total waktu yang tersedia bagi individu untuk melakukan kegiatan pasar dan non pasar (Grossman, 2017).

Kesehatan merupakan kebutuhan manusia untuk dapat hidup layak dan produktif yang diperlukan oleh individu di sepanjang hidupnya. Karena itu, akses masyarakat terhadap kesehatan harus menjadi perhatian bagi pemerintah. Hal ini mengacu pada tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang ke tiga, yakni jaminan kehidupan yang sehat dan peningkatan kesejahteraan penduduk di semua usia (Bappenas, 2017).

World Health Organization (WHO) menyatakan terdapat variasi yang besar dalam pengeluaran kesehatan per kapita rumah tangga pada kelompok sosial ekonomi yang berbeda dari negara-negara di dunia. Sebagian besar variasi pengeluaran kesehatan rumah tangga dipengaruhi oleh perbedaan pendapatan rumah tangga. Rumah tangga pada desil berpenghasilan tertinggi rata-rata memiliki belanja kesehatan lebih tinggi daripada rumah tangga di desil berpenghasilan terendah.

Perbedaan ini lebih jelas terjadi pada negara-negara dengan penyediaan layanan kesehatan publik yang lemah (WHO, 2004).

Salah satu sumber pembiayaan kesehatan ialah pembayaran langsung tunai (*out-of-pocket*) yang dikeluarkan oleh rumah tangga. Pembayaran langsung tunai yang melebihi 40 persen dari pendapatan tersisa setelah dikurangi konsumsi kebutuhan hidup merupakan pengeluaran kesehatan katastrofik. Jaring pengaman sosial yang memadai diperlukan untuk mencegah terjadinya pengeluaran katastrofik yang menyebabkan kemiskinan (WHO, 2004).

Pemerintah Indonesia berupaya mendorong terwujudnya Cakupan Kesehatan Universal (*Universal Health Coverage/UHC*). UHC merupakan sistem yang menjamin akses setiap masyarakat pada pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan implementasi dari UHC, yakni sistem pembiayaan kesehatan berbasis asuransi yang bertujuan untuk memastikan meratanya akses kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (Satriawan dkk., 2020).

Indonesia tengah mengalami masa bonus demografi di mana jumlah penduduk usia produktif melebihi jumlah penduduk usia tidak produktif. Di sisi lain, Indonesia juga mengalami masa transisi menuju populasi dengan struktur penduduk usia tua (*aging population*). Hal ini ditandai dengan penurunan proporsi penduduk usia muda, peningkatan proporsi penduduk usia produktif dan peningkatan proporsi penduduk lanjut usia (lansia) secara perlahan. Keberhasilan program Keluarga Berencana (KB) dalam menekan angka kelahiran serta peningkatan angka harapan hidup mengubah struktur penduduk secara keseluruhan. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat di tahun 2010, proporsi penduduk lansia adalah 7,4 persen dari total populasi Indonesia.

Proporsi ini meningkat menjadi 9,6 persen di tahun 2019. BPS memproyeksikan proporsi penduduk lansia akan meningkat menjadi 15,8 persen di tahun 2035 (Badan Pusat Statistik, 2013). Peningkatan jumlah populasi lansia ini perlu menjadi perhatian bagi pemerintah agar peningkatan biaya kesehatan pada lansia tidak membebani dan menurunkan standar hidup lansia.

Usia lanjut seringkali dikaitkan dengan peningkatan pengeluaran kesehatan. Individu lanjut usia (lansia) biasanya mengalami penurunan pendapatan setelah pensiun serta berhentinya pengeluaran yang berkaitan dengan pekerjaan. Rumah tangga lansia tidak hanya memiliki pendapatan yang lebih rendah dari rumah tangga non lansia, namun juga konsumsi yang lebih rendah (Hitschler, 1993). Di sisi lain, kebutuhan kesehatan individu lanjut usia meningkat seiring dengan berkurangnya kesehatan karena penurunan daya tahan tubuh, mental dan fisik.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016 menjelaskan bahwa kuantitas dan kualitas kehidupan serta kesehatan dari individu lansia ditentukan dari keberhasilan investasi kesehatan yang dilakukan selama hidupnya. Investasi kesehatan yang dilakukan dengan baik sesuai tahapan siklus hidup sejak dari dalam kandungan hingga pralansia (45-59 tahun) meningkatkan kualitas kehidupan di masa lansia. Pada usia lansia, kondisi kesehatan yang menurun disebabkan karena adanya penyakit kronis dan disabilitas yang dialami. Untuk itu, intervensi kesehatan individu yang dilakukan sejak dini dapat mewujudkan kehidupan lansia yang sehat dan produktif.

Kementerian Kesehatan mengkategorikan anak usia di bawah lima tahun (balita) dan lansia ke dalam kelompok sasaran rentan dalam masyarakat. Usia balita merupakan usia dalam perkembangan manusia di mana sistem pertahanan tubuh

sedang berkembang. Kondisi ini menyebabkan balita rentan terhadap berbagai penyakit infeksi (Hayati, 2014). Data BPS menunjukkan bahwa di tahun 2019, penduduk lansia dan penduduk balita memiliki persentase morbiditas terbesar. Morbiditas (kesakitan) ialah keluhan kesehatan yang menyebabkan terganggunya kegiatan sehari-hari. Sebanyak 26,20 persen lansia serta 25,99 persen balita dilaporkan mengalami morbiditas. Karena itulah, usia balita juga dianggap memiliki kaitan dengan peningkatan pengeluaran kesehatan seperti temuan beberapa penelitian (Kumara dan Samaratunge, 2016; Das dkk., 2020).

Sejumlah penelitian di tingkat makro yang menganalisis pengaruh struktur usia terhadap pengeluaran kesehatan memiliki temuan yang beragam. Fisher (1980) meneliti pengeluaran pada beberapa sektor perawatan kesehatan Amerika Serikat di tahun 1978. Temuannya menunjukkan peningkatan usia berimplikasi pada peningkatan pengeluaran kesehatan per kapita untuk perawatan rumah sakit, layanan dokter dan obat-obatan. Cuckler dan Sisko (2013) meneliti pengeluaran kesehatan di Amerika Serikat dan kaitannya dengan karakteristik negara bagian. Hasil penelitian menunjukkan pendapatan per kapita, jumlah tempat tidur rumah sakit dan persentase populasi lansia berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran kesehatan negara bagian.

Barkat dkk. (2019) mengkaji determinan pengeluaran kesehatan pada tiga kelompok negara Arab dengan kelompok pendapatan berbeda. Studi ini menemukan pengaruh positif dari penuaan populasi terhadap pengeluaran kesehatan hanya terjadi pada kelompok negara berpenghasilan menengah ke atas dan menengah ke bawah. Hasil studi menunjukkan penuaan populasi tidak signifikan memengaruhi pengeluaran kesehatan pada kelompok negara terkaya.

Baltagi dan Moscone (2010) juga menemukan bahwa populasi usia tua tidak signifikan dalam memengaruhi pengeluaran kesehatan per kapita pada 20 negara yang tergabung dalam *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD). Penelitian ini menemukan rasio ketergantungan usia tua dan pengeluaran publik tidak signifikan memengaruhi pengeluaran kesehatan. Di sisi lain, rasio ketergantungan usia muda memiliki pengaruh yang signifikan dan positif terhadap pengeluaran perawatan kesehatan.

Penelitian lain menunjukkan adanya hubungan negatif antara penuaan populasi dan pengeluaran kesehatan. Studi pada 22 negara OECD periode 1990-1996 menemukan bahwa proporsi penduduk usia 65 tahun ke atas berpengaruh negatif terhadap pengeluaran kesehatan (Palangkaraya dan Yong, 2009). Penelitian juga menunjukkan angka kematian di tahun sebelumnya berpengaruh positif terhadap pengeluaran kesehatan.

Penelitian yang menganalisis peranan usia terhadap pengeluaran kesehatan juga dilakukan pada level mikro. Penelitian oleh Mukherjee dkk. (2011) di India menemukan keberadaan lansia meningkatkan pengeluaran kesehatan per kapita secara signifikan. Temuan oleh Malik dan Syed (2012) dalam penelitian di Pakistan juga menunjukkan bahwa keberadaan lansia berpengaruh positif dan signifikan terhadap pengeluaran kesehatan *out-of-pocket* rumah tangga. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa keberadaan anggota rumah tangga berusia di bawah lima tahun berpengaruh terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga. Keberadaan setidaknya satu anak di bawah lima tahun dan tanpa lansia berpengaruh negatif dan signifikan pada pembayaran kesehatan *out-of-pocket* rumah tangga. Penelitian oleh Kumara dan Samaratunge (2016) di Sri Lanka menunjukkan bahwa baik jumlah lansia maupun

jumlah balita berpengaruh meningkatkan pengeluaran kesehatan per kapita rumah tangga.

Penelitian ini berfokus meneliti pengaruh jumlah lansia dan balita dalam rumah tangga serta kepemilikan jaminan kesehatan terhadap pengeluaran kesehatan pada rumah tangga di pulau Jawa. Pengeluaran kesehatan dipandang sebagai bentuk investasi sehingga memperhitungkan pengeluaran kesehatan dalam penelitian ini, mencakup pengeluaran *out-of-pocket* rumah tangga serta pengeluaran yang dibiayai oleh pihak lain, seperti pemerintah, lembaga non profit maupun rumah tangga lain. Berbeda dari penelitian-penelitian sebelumnya yang dilakukan secara makro, penelitian ini berfokus pada analisis data mikro level rumah tangga.

Penelitian menggunakan jumlah anggota rumah tangga lansia dan balita sebagai pendekatan struktur usia. Penelitian ini juga mengisi kesenjangan penelitian terkait pengeluaran kesehatan rumah tangga di Indonesia. Sebagian besar penelitian terkait pengeluaran kesehatan berfokus pada analisis pengeluaran kesehatan katastropik (Nugraheni dan Hartono, 2017; Situmeang dan Hidayat, 2018; Husna dan Sukartini, 2021). Wuryandari (2015) meneliti pengaruh siklus hidup rumah tangga terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga, di mana analisis terkait pengaruh struktur usia terhadap pengeluaran kesehatan hanya dilihat dari sisi usia kepala rumah tangga. Karena itu, penelitian ini akan berkontribusi untuk memahami dan mengkaji pengaruh dari jumlah lansia dan jumlah balita dalam rumah tangga terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga sebagai bagian dari investasi sumber daya manusia.

Penelitian ini berfokus meneliti pengaruh jumlah lansia dan jumlah balita terhadap pengeluaran kesehatan pada rumah tangga di Pulau Jawa. Pulau Jawa dipilih

sebagai fokus penelitian karena mewakili kondisi penuaan populasi yang terjadi di Indonesia yang ditandai dengan peningkatan persentase penduduk usia tua dan penurunan persentase penduduk usia muda. Provinsi DI Yogyakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur merupakan tiga provinsi dengan persentase penduduk lansia tertinggi di Indonesia. Di sisi lain, Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, dan Banten memiliki persentase penduduk balita lebih besar daripada penduduk lansia. Analisis dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan regresi *Ordinary Least Square*. Persentase penduduk lansia dan balita dinyatakan dalam Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Persentase Penduduk Lansia dan Balita Menurut Provinsi di Pulau Jawa, 2017-2019

Provinsi	Persentase Lansia			Persentase Balita		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
DKI Jakarta	7,19	7,58	7,98	8,88	8,65	8,42
Jawa Barat	8,67	8,99	9,33	9,07	8,92	8,78
Jawa Tengah	12,59	13,03	13,48	7,83	7,69	7,57
DI Yogyakarta	13,81	14,08	14,37	7,35	7,29	7,23
Jawa Timur	12,25	12,64	13,06	7,31	7,20	7,10
Banten	5,78	6,07	6,37	9,82	9,60	9,37

Sumber: BPS, 2013

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah jumlah lansia dan jumlah balita dalam rumah tangga serta kepemilikan jaminan kesehatan berpengaruh terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga?

2. Apakah usia, jenis kelamin, dan pendidikan kepala rumah tangga serta wilayah tempat tinggal rumah tangga berpengaruh terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang dan rumusan masalah yang disusun, maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis pengaruh jumlah lansia dan jumlah balita dalam rumah tangga serta kepemilikan jaminan kesehatan terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga.
2. Menganalisis pengaruh usia, jenis kelamin, dan pendidikan kepala rumah tangga serta wilayah tempat tinggal rumah tangga terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi terbaru terkait pengeluaran kesehatan oleh rumah tangga bagi masyarakat, perumus kebijakan dan penelitian selanjutnya. Secara rinci, manfaat penelitian dijabarkan sebagai berikut:

1. Memberikan informasi mengenai pengeluaran kesehatan oleh rumah tangga.
2. Memberikan informasi bagi perumus kebijakan untuk mengevaluasi serta menentukan kebijakan guna mencapai meratanya investasi kesehatan di semua usia.
3. Memperkaya studi empiris terkait pengeluaran kesehatan rumah tangga di Indonesia.

1.5 Lingkup Penelitian

Sesuai dengan tujuan penelitian, maka ruang lingkup penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini membahas pengaruh jumlah lansia, jumlah balita serta kepemilikan jaminan kesehatan terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga.
2. Penelitian ini mengambil objek rumah tangga pada 96.930 rumah tangga di Pulau Jawa dengan menganalisis data sekunder dari BPS, yakni data yang bersumber dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2019. Penelitian menggunakan data Susenas Maret 2019 yang merupakan kondisi normal, bertujuan untuk menghindari pengaruh pandemi *Covid-19* pada pengeluaran kesehatan yang dilakukan oleh rumah tangga.

1.6 Sistematika Penulisan

BAB 1: PENDAHULUAN

Bagian ini menjelaskan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, lingkup penelitian dan sistematika proposal.

BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA

Bagian ini menjelaskan landasan teori yang digunakan, studi empiris, penelitian terdahulu, kerangka konseptual, hipotesis penelitian, dan model analisis yang digunakan.

BAB 3: METODE PENELITIAN

Bagian ini menjelaskan jenis penelitian, definisi operasional dan pengukuran variabel, jenis dan sumber data, populasi dan sampel penelitian, metode pengumpulan data, teknik analisis data, dan kriteria pengujian hipotesis.

BAB 4: HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian ini menjelaskan tentang analisis deskriptif serta analisis regresi. Analisis deskriptif meliputi gambaran umum objek penelitian dan tabulasi silang. Analisis regresi meliputi pengujian asumsi klasik, pengujian hipotesis dan pembahasan.

BAB 5. PENUTUP

Bagian ini memuat kesimpulan, implikasi kebijakan, keterbatasan penelitian serta saran bagi penelitian selanjutnya.