

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Isu tentang permasalahan kesehatan merupakan dua dari 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goal*) atau SDGs, yang merupakan lanjutan dan penyempurnaan dari Tujuan Pembangunan Milenium atau MDGs yang telah berakhir pada tahun 2015. Dua dari 17 tujuan SDG menyangkut kesehatan tersebut terdiri dari 1) menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia; 2) menjamin ketersediaan dan manajemen air dan sanitasi bagi semua orang secara berkelanjutan (Sustainable Development, 2016).

Untuk mencapai tujuan SDGs yang terkait dengan menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua di segala usia, ada banyak target yang harus dicapai hingga tahun 2030 mendatang, diantaranya yaitu mengurangi rasio kematian ibu; mencegah kematian balita; mengakhiri epidemik AIDS, malaria, dan TBC; mengurangi kelahiran prematur; program perencanaan keluarga; penguatan dan pencegahan penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol; dan sederet panjang target lainnya yang berhubungan dengan pembangunan di bidang kesehatan.

Sedangkan untuk mencapai tujuan SDGs tentang menjamin ketersediaan dan manajemen air dan sanitasi targetnya adalah penyediaan air bersih; mencapai akses sanitasi dan higienis untuk pembuangan tinja yang layak dan merata untuk semua orang; meningkatkan kualitas air dengan mengurangi polusi; melaksanakan penerapan manajemen air yang terintegrasi; melindungi dan memulihkan ekosistem yang berhubungan dengan air; dan mendukung partisipasi komunitas lokal untuk meningkatkan manajemen air dan sanitasi.

Pencapaian SDGs dalam bidang kesehatan ini membutuhkan mobilisasi sumber daya keuangan dan pengeluaran yang besar. Akan tetapi besarnya pengeluaran yang diperlukan untuk mencapai hal ini dapat terbuang jika tidak ada efisiensi dan konsistensi dalam upaya mencapai target kesehatan yang diinginkan. Oleh karena itu diperlukan sebuah sistem anggaran kesehatan yang efisien dalam memecahkan permasalahan kesehatan yang masih belum diselesaikan dengan baik.

Masalah kesehatan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Melalui pembangunan di bidang kesehatan diharapkan akan semakin meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat secara memadai (Dinas Kesehatan, 2007).

Sayangnya, di Indonesia pelayanan kesehatan yang memadai belum dapat dirasakan secara merata oleh semua masyarakat. Masih rendahnya kualitas dan pelayanan kesehatan di Indonesia tercermin dari rendahnya anggaran kesehatan per tahunnya. Anggaran kesehatan di Indonesia masih tergolong sangat kecil, baik dari sisi pemerintah maupun sisi masyarakat. WHO merekomendasikan bahwa setiap negara sebaiknya mengeluarkan 5% dari GDP-nya untuk pembiayaan kesehatan (WHO, 2010).

Pada umumnya negara maju memiliki pengeluaran kesehatan yang sangat fleksibel, bahkan hingga melebihi angka yang direkomendasikan oleh WHO. Contohnya pada tahun 2013, Jepang yang mengeluarkan 10,3% dari total GDP-nya untuk pembiayaan kesehatan, Netherlands sebesar 12,9%, Amerika Serikat 17,1%, dan Tuvalu sebesar 19,7% (World Bank, 2015).

Sementara itu negara yang sedang berkembang cenderung memiliki pengeluaran kesehatan yang rendah dan biasanya berada di bawah angka rekomendasi WHO, salah satunya adalah Indonesia. Pada tahun 2013 Indonesia hanya mengeluarkan 3,1% dari total GDP-nya untuk pembiayaan kesehatan. Sedangkan jika dilihat dari data makro, pengeluaran kesehatan per kapita masyarakat Indonesia pada tahun yang sama adalah 107 USD (World Bank 2015), atau setara dengan kurang lebih Rp. 1.391.000 .

Rendahnya anggaran atau pengeluaran kesehatan mencerminkan rendahnya kualitas kesehatan di Indonesia, misalnya seperti fasilitas kesehatan

yang tidak merata di seluruh daerah sehingga menyulitkan masyarakat yang tinggal di daerah pelosok untuk mengakses tempat berobat, fasilitas kesehatan yang tidak lengkap atau tidak memadai, dan tingginya biaya pengobatan dan perawatan sehingga menyulitkan masyarakat untuk mencapai hidup sehat.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengeluaran kesehatan adalah pendapatan atau GDP per kapita. Tren GDP per kapita Indonesia yang meningkat dapat dilihat dari pertumbuhannya yang positif setiap tahun, dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 1.1 Laju Pertumbuhan GDP per Kapita di Indonesia
Menurut Harga Konstan tahun 2010 (%)

Tahun	Laju Pertumbuhan	Tahun	Laju Pertumbuhan
2001	2.5	2008	4.5
2002	3.1	2009	3.2
2003	3.4	2010	4.9
2004	3.7	2011	4.7
2005	4.7	2012	4.6
2006	4.0	2013	4.1
2007	4.8	2014	3.6

Sumber: Badan Pusat Statistik (2015)

Akan tetapi pertumbuhan pengeluaran kesehatan per kapita tidak sebanding dengan pertumbuhan GDP per kapita. Berdasarkan data *World Bank* rata-rata pertumbuhan pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia kurang dari 1% dari tahun 2000 hingga 2013. Dari hal ini dapat dilihat bahwa pembangunan di sektor kesehatan belum sepenuhnya menjadi prioritas

pembangunan di Indonesia karena anggaran kesehatannya yang masih sangat kecil.

Faktor yang mempengaruhi pengeluaran kesehatan yang kedua adalah proporsi penduduk berusia muda (0-14 tahun). Pada tahun 2010 jumlah jiwa anggota keluarga yang berusia 0 - < 1 tahun (bayi) tercatat sebanyak 4.376.712 jiwa (1,9%), lalu jumlah jiwa anggota yang berusia 1 - < 5 tahun tercatat sebanyak 13.999.682 jiwa (6%), jumlah jiwa anggota keluarga umur 5 -6 tahun tercatat sebanyak 8.705.379 jiwa (3,8%), dan jumlah jiwa anggota keluarga yang berusia 7 – 15 tahun (usia wajib belajar) secara nasional tercatat sebanyak 42.285.708 jiwa (18,3%) dari seluruh jiwa dalam keluarga sebanyak 231.485.456 jiwa. Maka total jumlah jiwa yang berusia 0 – 14 tahun pada tahun 2010 adalah kurang lebih 69.367.481 atau sepertiga dari total penduduk Indonesia (BkbbN, 2011).

Golongan usia termuda (0-14 tahun) adalah golongan usia dimana seseorang mengalami pertumbuhan dan perkembangan di tahap awal masa hidupnya. Oleh karena itu asupan gizi yang baik dan perawatan kesehatan yang memadai sangat mempengaruhi tumbuh kembang si anak. Maka dari itu dibutuhkan anggaran kesehatan yang lebih untuk penduduk pada golongan usia termuda ini agar nantinya pada saat mereka menginjak usia produktif mereka mampu menjadi tenaga kerja yang produktif dan kreatif.

Faktor yang mempengaruhi pengeluaran kesehatan lainnya adalah akses sanitasi. Akses sanitasi berperan penting dalam menentukan derajat kesehatan seseorang. WHO memperkirakan bahwa sanitasi dan air minum yang layak dapat mengurangi resiko terjadinya diare hingga 94%. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa diare masih merupakan pembunuh nomor satu untuk kematian Balita di Indonesia dan menyumbang 42% dari penyebab kematian bayi usia 0-11 bulan. Demikian pula hasil Riskesdas 2013 menunjukkan angka insiden diare pada Balita sebesar 6,7%. Angka ini masih tinggi dan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Bank Dunia pada 2007 memperkirakan bahwa bangsa Indonesia dapat mengalami kerugian negara mencapai 56 triliun rupiah apabila kondisi sanitasi yang baik tidak terwujud. (Departemen Kesehatan RI, 2015)

Bukan hanya akses sanitasi, konsumsi tembakau juga mempengaruhi pengeluaran kesehatan per kapita. Sebanyak 57 juta penduduk Indonesia mengonsumsi rokok. Persentase penduduk yang merokok pada tahun 2004 adalah 34%, angka ini meningkat dari 27% pada tahun 1995. Jumlah penduduk laki-laki yang merokok adalah 63% (meningkat dari 53% pada tahun 1995), sementara jumlah penduduk perempuan yang merokok adalah 4,5%. Dari penduduk yang mengonsumsi tembakau 97% nya adalah merokok. Mayoritas perokok di Indonesia (88%) mengonsumsi rokok kretek. 78% perokok mulai merokok sebelum umur 19 tahun dengan rata-rata umur mulai merokok pertama kali adalah 17,4 tahun. Lebih dari 97 juta penduduk Indonesia dan 70

persen anak-anak di bawah umur 15 tahun adalah perokok pasif yang terus menerus terpapar asap rokok (World Lung Foundation, 2008).

Tingginya prevalensi perokok berkontribusi secara signifikan pada kematian dini. Akibatnya memperpendek umur harapan hidup laki-laki, meningkatkan biaya kesehatan dan menurunkan produktifitas. Setiap tahun 200.000 orang meninggal akibat merokok di Indonesia. 50 persen perokok aktif akan meninggal akibat penyakit yang terkait dengan tembakau. Biaya kesehatan untuk mengobati penyakit yang terkait dengan merokok mencapai Rp 2,9 triliun sampai Rp 11 triliun per tahunnya atau setara dengan 0,12 sampai 0,29% dari GDP (Barber, Adioetomo, dkk, 2008).

Tingginya konsumsi tembakau per kapita di Indonesia secara otomatis akan mengurangi pengeluaran kesehatan per kapita karena proporsi pendapatan yang seharusnya bisa digunakan untuk peningkatan kualitas kesehatan justru digunakan untuk mengkonsumsi produk tembakau yang dapat merusak kesehatan.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik ingin meneliti dan meninjau lebih jauh mengenai masalah kesehatan, terutama mengenai pengeluaran kesehatan per kapita untuk kesehatan masyarakat di Indonesia. Oleh karena itu penulis mencoba untuk membahas skripsi dengan judul:

“Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Kesehatan per Kapita di Indonesia”

1.2 Rumusan Masalah

GDP yang besar di Indonesia seharusnya bisa mengeluarkan investasi yang lebih besar untuk kesehatan. Mushkin (1962) berpendapat bahwa kesehatan adalah modal untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi suatu negara. Teori ini telah memicu minat para peneliti selama beberapa dekade terakhir. Beberapa penelitian seperti Newhouse (1977, 1987), Parkin et al. (1987) dan Wang dan Rettenmaier (2007) telah menyelidiki teori ini. Sejumlah studi empiris telah mendokumentasikan hubungan yang kuat dan positif antara pengeluaran kesehatan dan pendapatan.

Disamping itu, beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi pengeluaran kesehatan adalah dilihat dari sisi demografi. Negara yang memiliki jumlah penduduk usia 0-14 tahun sejatinya akan memiliki angka pengeluaran kesehatan yang tinggi, karena penduduk usia 0-14 tahun adalah penduduk yang paling banyak membutuhkan pelayanan dan pemulihan kesehatan (Angko, 2013). Pengeluaran kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh seberapa bisa masyarakat memperoleh fasilitas atau akses sanitasi. Disisi lain kebiasaan konsumsi makanan masyarakat juga akan mempengaruhi besar pengeluaran kesehatan per kapita, termasuk di dalamnya konsumsi produk tembakau.

Berdasarkan penjelasan latar belakang di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana tren pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia?
2. Bagaimana pengaruh GDP per kapita, presentase penduduk berusia muda (0-14 tahun), presentasi masyarakat yang memperoleh akses sanitasi, dan presentasi konsumsi tembakau terhadap pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia?
3. Bagaimana implikasi kebijakan terhadap pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah yang telah diuraikan di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis tren pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia.
2. Menganalisis pengaruh GDP per kapita, persentase penduduk usia muda (0-14 tahun), persentase penduduk yang memiliki akses sanitasi, dan persentase konsumsi produk tembakau terhadap pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia.
3. Merumuskan kebijakan ekonomi yang dilakukan pemerintah terhadap pengeluaran kesehatan per kapita di Indonesia.



1. 4 Manfaat Penulisan

Dalam penulisan skripsi ini, penulis berharap hasil penelitian yang didapatkan akan bermanfaat bagi berbagai pihak sebagai berikut:

1. Bagi Penulis

Sebagai salah satu syarat akhir untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi di Fakultas Ekonomi Universitas Andalas, Padang.

2. Bagi Pembaca

Secara umum hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu ekonomi khususnya ekonomi pembangunan, terutama pembangunan di bidang sumber daya manusia.

3. Bagi Pengambil Kebijakan

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi sekaligus memberikan solusi bagi masalah kesehatan yang ditimbulkan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi kesehatan per kapita.

1. 5 Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas secara sistematis mengenai permasalahan yang dibahas, maka sistematika penulisannya adalah sebagai berikut:

BAB I: PENDAHULUAN

Pada bab ini diuraikan latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB II: LANDASAN TEORI DAN HIPOTESIS

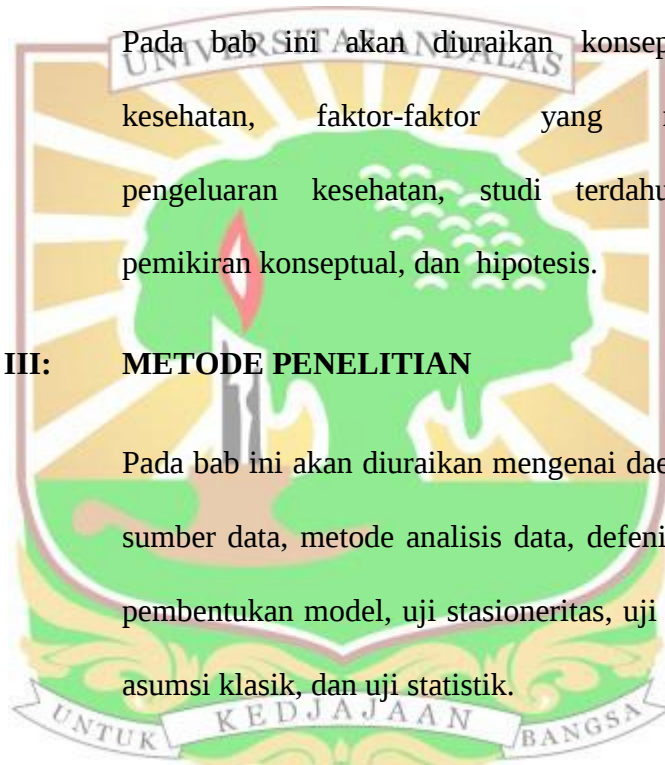
Pada bab ini akan diuraikan konsep pengeluaran kesehatan, faktor-faktor yang mempengaruhi pengeluaran kesehatan, studi terdahulu, kerangka pemikiran konseptual, dan hipotesis.

BAB III: METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai daerah penelitian, sumber data, metode analisis data, definisi operasional, pembentukan model, uji stasioneritas, uji penyimpangan asumsi klasik, dan uji statistik.

BAB IV: GAMBARAN UMUM DAERAH PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang gambaran umum penelitian mengenai keadaan pengeluaran kesehatan per kapita, GDP per kapita, persentase akses sanitasi, dan persentase konsumsi tembakau di Indonesia.



BAB V: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasannya.

BAB VI: KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran.

