

Pengaruh Status Ekonomi Masyarakat Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Dwi Safera Putri¹, Halimah Cahyorini², Wahdatunnisa³, Isnawati⁴

^{1,2,3,4}Politeknik Kesehatan Banjarmasin

Email: dwisafera3103@gmail.com

Abstrak : Metode yang digunakan dalam penulisan jurnal ini menggunakan pendekatan dan metode kepustakaan /library research. Adapun materi yang akan kami bahas ialah status ekonomi dapat mempengaruhi penanganan dan pelayanan terhadap kesehatan masyarakat Indonesia. Tingkat ekonomi yang beragam dapat menciptakan ketimpangan dalam pemberian akses pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat ekonomi kebawah sulit untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhannya. Seperti yang sering ditemui dilingkungan masyarakat ekonomi kebawah lebih memilih pengobatan tradisional dengan prantara dukun kampung, dibanding memeriksakan kesehatan dirinya ke tempat pelayanan kesehatan terdekat. Pada beberapa literatur mengatakan, faktor dari sulitnya penanganan kesehatan pada masyarakat dengan status ekonomi yang rendah disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Ketidak berdayaan masyarakat ini kemudian menciptakan jalan tengah, berupa program jaminan kesehatan nasional atau yang biasa disebut BPJS sehingga masyarakat dari berbagai tingkat status ekonomi dapat dengan mudah mengaksesnya, hal ini sejalan dengan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan jaminan sosial.

Kata Kunci: status ekonomi masyarakat terhadap kesehatan; akses pelayanan kesehatan

Abstract : The method used in writing this journal uses a library/library research approach and method. The material that we will discuss is that economic status can affect the handling and service of Indonesian public health. Diverse economic levels can create inequality in providing access to health services, so that people with lower socio-economic status find it difficult to get services according to their needs. As is often found in lower-income communities, they prefer traditional treatment with village shamans, rather than having their health checked at the nearest health service facility. In some literature, the factor of the difficulty of health care in people with low economic status is caused by two factors, namely internal factors and external factors. This community powerlessness then created a middle way, in the form of a national health insurance program or what is commonly called BPJS so that people of various levels of economic status can easily access it, this is in line with Law no. 24 of 2011 concerning the Social Security Organizing Agency.

Keywords:

Keywords: community's economic status of health; access to health services

PENDAHULUAN

Kesenjangan ekonomi adalah kondisi yang tidak seimbang dalam kehidupan masyarakat, baik secara personal maupun kelompok. Adanya kesenjangan pasti melahirkan ketidakadilan distribusi hal yang dinilai penting dalam suatu tatanan masyarakat.

Kesenjangan sosial ekonomi adalah adanya ketidakseimbangan dalam pemenuhan kebutuhan ekonomi antargolongan. Hal ini secara tidak langsung menunjukkan adanya kesenjangan

Status ekonomi sosial masyarakat sangatlah beragam, hal ini tentu saja akan memberikan dampak terhadap tingkat kesehatan bangsa, perbedaan status ekonomi inilah yang pada kenyataannya menimbulkan perbedaan sulit dan mudahnya akses yang didapat untuk memperoleh pelayanan kesehatan, padahal sudah jelas tertera didalam UUD 1945 Pasal 28 H ayat (1) bahwasanya “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Dalam rangka mewujudkan cita-cita bangsa yang tertuang pada pancasila butir ke-5 tentang prinsip keadilan maka pemerintah berupaya membuat program kesehatan dengan sasaran masyarakat menengah kebawah agar dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah, namun pada akhirnya banyak dari masyarakat yang mendapati kurangnya perhatian terhadap masyarakat yang berobat menggunakan program pemerintah ini.

Pelayanan kesehatan yang lebih fokus kepada peningkatan kesehatan masyarakat, serta upaya pencegahan terjadinya suatu penyakit melalui penyuluhan terhadap masyarakat dengan tujuan menekan angka penderita penyakit yang dimaksud. Institusi kesehatan yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia sering disebut dengan pusat kesehatan masyarakat (PusKesMas).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelayanan Kesehatan

Patient safety (keselamatan pasien) belum menjadi budaya yang harus diperhatikan oleh rumah sakit di Indonesia. Perubahan paradigma dalam lembaga pelayanan kesehatan yang saat ini beralih pada *patient centered care* belum benar-benar dijalankan dengan baik.

Ahmad Ahid Mudayana, SKM., MPH, dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat mengatakan, masih ada rumah sakit yang berorientasi pada kepentingan manajemen yang pada akhirnya melupakan keselamatan pasien di rumah sakit.

Menurutnya, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sudah dengan jelas menyatakan bahwa rumah sakit saat ini harus mengutamakan keselamatan pasien di atas kepentingan yang lain. Jadi, kata dia, sudah seharusnya rumah sakit berkewajiban menerapkan budaya keselamatan pasien. Tidak ada lagi alasan bagi setiap rumah sakit untuk tidak menerapkan budaya keselamatan pasien karena bukan hanya kerugian secara materi yang didapat tetapi juga ancaman terhadap hilangnya nyawa pasien.

"Keluhan masyarakat soal dokter, yang paling banyak soal pemberian informasi yang tidak lengkap, diagnosis penyakit yang kurang tepat, dan tidak sedikit juga yang mengadukan sikap dokter yang tidak ramah. Bahkan ada juga dokter yang ngambek kepada pasien," katanya. Apabila masih ada rumah sakit yang mengabaikan keselamatan pasien sudah seharusnya diberi sanksi yang berat baik untuk rumah sakit maupun petugas pelayanan kesehatan. Beberapa kasus yang terjadi di Indonesia, pihak rumah sakit bahkan petugas pelayanan kesehatan tidak mendapat sanksi apapun sehingga menjadikan penegakan hukum kesehatan di Indonesia masih sangat lemah.

Sudah seharusnya apabila terjadi kelalaian bahkan kesengajaan dari pihak rumah sakit yang mengakibatkan terancamnya keselamatan pasien maka tidak hanya sanksi internal tetapi juga sudah masuk ke ranah pidana. Inilah yang sampai saat ini belum berjalan sehingga masyarakat yang dirugikan karena lemahnya penegakan hukum yang pada akhirnya kasusnya menguap begitu saja. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab kenapa budaya keselamatan pasien belum benar-benar diterapkan di berbagai rumah sakit. Pertama, rendahnya tingkat kepedulian petugas kesehatan terhadap pasien, hal ini bisa dilihat dengan masih ditemukannya kejadian diskriminasi yang dialami oleh pasien terutama dari masyarakat yang tidak mampu.

Kedua, beban kerja petugas kesehatan yang masih terlampaui berat terutama perawat. Perawatlah yang bertanggung jawab terkait asuhan keperawatan kepada pasien, sedangkan disisi lain masih ada rumah sakit yang memiliki keterbatasan jumlah perawat yang menjadikan beban kerja mereka meningkat.

Selain perawat, saat ini di Indonesia juga masih kekurangan dokter terutama dokter spesialis serta distribusi yang tidak merata. Ini berdampak pada mutu pelayanan yang tidak sama di setiap rumah sakit. ketiga, orientasi pragmatisme para petugas kesehatan yang saat ini masih melekat disebagian petugas kesehatan. Masih ditemukan para petugas kesehatan yang hanya berorientasi untuk mencari materi/keuntungan semata tanpa mempedulikan keselamatan pasien.

Keempat, lemahnya pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan terhadap para petugas kesehatan. Lemahnya pengawasan sendiri dikarenakan beberapa faktor mulai dari terbatasnya personel yang dimiliki dinas kesehatan sampai rendahnya bargaining position dinas kesehatan. Keempat hal tersebut di atas setidaknya menjadi penghalang terwujudnya budaya keselamatan pasien di setiap rumah sakit. Jika hal ini tidak segera diselesaikan, kata Ahid, kasus-kasus yang mengancam keselamatan pasien akan terus terjadi sehingga perlu upaya yang maksimal untuk mewujudkan budaya keselamatan pasien. Karena itu, mulai diterapkannya aturan baru terkait akreditasi rumah sakit versi 2012 menjadi sebuah harapan baru agar budaya keselamatan pasien bisa diterapkan di seluruh rumah sakit di Indonesia," ujarnya. Selain itu, harus ada upaya untuk meningkatkan kesadaran para pemberi pelayanan kesehatan tentang pentingnya menerapkan budaya keselamatan pasien dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan.

Menurut Ahid, diperlukan sosialisasi yang masif kepada masyarakat terutama yang akan menggunakan jasa pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan serta memperbaiki perilaku mereka dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Upaya-upaya ini harus segera dilakukan agar tidak ada lagi kasus dugaan malpraktik yang dapat merugikan masyarakat sehingga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit bisa meningkat. Dengan meningkatkan kepedulian terhadap pasien, maka dengan mudah budaya keselamatan pasien bisa dijalankan. "Jangan sampai hanya karena kesalahan sedikit yang dilakukan oleh rumah sakit bisa berakibat pada rusaknya citra dunia perumah sakitan di Indonesia dimata internasional," katanya.

Program BPJS Kesehatan

Program BPJS sangat membantu masyarakat dalam mengakses layanan Kesehatan, namun seiring berjalannya waktu terjadilah ketimpangan dalam pelayanan Kesehatan, BPJS yang terealisasi pada tahun 2014 ini banyak mendapat kritik dari masyarakat karena

pelayanan yang kurang memuaskan dibandingkan mereka yang berobat menggunakan pelayanan umum dengan biaya yang ditanggung sendiri, padahal untuk memiliki kartu BPJS masyarakat juga memiliki kewajiban untuk membayar setiap bulannya, pembayaran ini pula yang dulunya sangat memberatkan masyarakat ekonomi bawah, tenaga kesehatan semakin kewalahan dan pastinya masyarakat akan menyalahkan performa dari pelayanan kesehatan serta tenaga kesehatan yang bertugas, padahal perlu diketahui bahwa cara pencairan dana BPJS tergolong sangat sulit dan memiliki peraturan-peraturan yang perlu dipenuhi pihak penyedia pelayanan Kesehatan, yang mana jika tidak dipenuhi maka hal ini akan merugikan instiusi pelayanan kesehatan sendiri.

Kenyataannya, pelayanan rumah sakit lebih menguntungkan kelompok ekonomi tinggi, penduduk yang dekat fasilitas (kota) dan kelompok yang memiliki ekonomi lebih (Thabrany, H et al, 2000). banyak rumah sakit publik berlomba menawarkan pelayanan kelas VIP. Akibatnya perhatian lebih banyak pada yang berkantong tebal, ketimbang pelayanan di kelas III yang dinilai sekedar melayani oleh banyak penduduk, terus mendapat persepsi pelayanan yang tidak berkualitas dan terkesan asal melayani, sehingga penduduk yang relatif miskin sekalipun berupaya mencari pelayanan di RS swasta yang mahal. Birokrasi, sistem kepegawaian, dan sistem penggajian pemerintah menyebabkan pelayanan RS publik dinilai tidak responsif terhadap demand rakyat dan tidak memadai mutunya.

Akibatnya, banyak penduduk yang terpaksa menggunakan pelayanan rumah sakit swasta

yang untuk mencari untung memberikan pelayanan yang ramah, yang dipersepsi baik, meskipun dengan harga pelayanan yang jauh dari kemampuan rakyat. Rakyat tidak punya pilihan. Pemilik rumah sakit swasta mendapat keuntungan besar, sementara rumah sakit swasta yang tidak mencari laba, yang berniat membantu pemerintah atau penduduk yang kurang mampu, menderita kurang dana dan tidak mendapat subsidi pemerintah yang memadai. Rumah sakit swasta for profit diberikan kewajiban melayani penduduk tidak mampu yang lebih sedikit dibandingkan dengan rumah sakit not for profit, padahal insentif pajak dan bantuan pemerintah untuk RS not for profit (seperti RS Islam, RS Katolik, dan RS berorientasi keagamaan lain) tidak berbeda banyak. Kebijakan ini mendorong orang berupaya mencari profit dari pelayanan rumah sakit yang kurang tepat dan kurang terkendali di Indonesia, yang berpotensi merugikan pasien atau klien.

Tabel 1

HASIL ANALISA PENGARUH FAKTOR EKONOMI TERHADAP STATUS KESEHATAN MASYARAKAT

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	X ₁	-.210	.173	2.864	1	.090	.733
	X ₂	-.027	.021	1.721	1	.080	.973
	X ₃						
	X ₃	-.270	.403	.447	1	.054	.764
	X ₄ (1)			3.754	2	.153	
	X ₄ (2)						
	X ₅	-	4.019E4	.000	1	1.000	.000
	X ₅ (1)	22.962					

X ₅ (2)	-	4.019E4	.000	1	.140	.000
X ₆	19.417		.161	2	.923	
X ₇						
X ₈	.111	.533	.043	1	.836	1.117
X ₉ (1)						
X ₉ (2)	.306	.516	.161	1	.139	1.230
X ₁₀						
X ₁₁	-.531	.586	.822	1	.065	.588
X ₁₂	-.144	.684	.045	1	.147	.866
Constant						
	-.310	.183	2.874	1	.090	.733
	-.147	.878	.022	1	.138	.879
			.240	2	.887	
	.378	.866	.191	1	.061	1.460
	-.104	.655	.025	1	.129	.901
	.207	.516	.161	1	.087	1.230
	26.364	5.019E4	.000	1	1.000	1.391E10

Hasil pengolahan data di atas, dimasukkan dalam model persamaan regresi dengan menafsirkan/memprediksi hasil penelitian berdasarkan model persamaan regresi logistik sebagai berikut: $\text{Log} = 26,364 - 0,210 X_1 - 0,027X_2 - 0,270 X_3 - 19,417 X_4 + 0,306 X_5 - 0,531X_6 - 0,144X_7 - 0,310X_8 - 0,147X_9 + 0,378X_{10} - 0,104X_{11} + 0,207 X_{12}$

Dalam menafsirkan atau memprediksi koefisien persamaan regresi logistik, dinyatakan bahwa:

Umur (Usia)

Berdasarkan hasil analisis , umur tidak signifikan dengan $\alpha = 5\%$ terhadap status kesehatan individu, 15% variabel umur dari individu dalam rumah tangga memberi pengaruh dengan status kesehatan baik. Dengan koefisien tanda negatif 0.270 menunjukkan bahwa umur individu dalam rumah tangga berpengaruh negatif terhadap status kesehatan.

Jenis Kelamin (sex)

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 4.3 bahwa jenis kelamin memiliki pengaruh yang signifikan pada $\alpha = 15\%$ terhadap status kesehatan individu, dengan tanda negatif yaitu 19.417.

Lama Tahun Sekolah (Years)

Dari hasil analisis olahan data (X₄), dinyatakan bahwa lama tahun sekolah memiliki pengaruh yang signifikan pada $\alpha = 15\%$ terhadap status kesehatan individu dengan tanda positif, yaitu 0,306. Secara statistik hal ini menyatakan bahwa individu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi (lama sekolah), tidak berpeluang untuk memiliki status kesehatan buruk, namun dengan lama individu dalam pendidikan dapat berpeluang besar untuk memiliki status kesehatan baik.

Lapangan Pekerjaan (Kerja)

Berdasarkan data hasil analisis (X5) menunjukkan bahwa variabel ini yakni lapangan pekerjaan tidak signifikan mempengaruhi status kesehatan pada $\alpha = 5\%$. Maksudnya individu di wilayah Kecamatan Palu Selatan yang memiliki pekerjaan utama di sektor non pemerintah dan pegawai negeri dapat berpeluang besar untuk memiliki status kesehatan baik atau pun berstatus kesehatan buruk.

Status Perkawinan (Kawin)

Hasil analisis variable status perkawinan (X6) menunjukkan bahwa status perkawinan tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$ terhadap status kesehatan individu. Maksudnya, individu sudah menikah ataupun dengan belum menikah, memberi peluang sama dalam berstatus kesehatan buruk atau status kesehatan baik. Dengan kata lain ada hal diluar status perkawinan yang berpengaruh positif pada kasus kesehatan buruk.

Jenis Kelamin Kepala Rumah Tangga

Berdasarkan hasil analisis (X7) menunjukkan individu dengan jenis kelamin kepala rumah tangga memiliki pengaruh yang tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$. Namun dengan $\alpha = 15\%$ menjelaskan adanya hubungan negatif antara jenis kelamin kepala rumah tangga dengan status kesehatan baik. Hal ini ditunjukkan dengan tanda negatif, yaitu - 0,310.

Jumlah Anggota Keluarga (Family)

Hasil analisis (X8) menunjukkan bahwa jumlah anggota rumah tangga tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$ dapat berpengaruh terhadap status kesehatan individu. Namun jika pada variabel jumlah anggota keluarga banyak yakni lebih dari tiga dalam rumah tangga menunjukkan pengaruh signifikan pada $\alpha = 15\%$.

Lingkungan Rumah (Environment)

Berdasarkan hasil analisis (X9), kondisi lingkungan signifikan pada $\alpha = 15\%$ dengan arti bahwa kondisi lingkungan memberi pengaruh positif terhadap status kesehatan buruk. Berdasarkan data ini bahwa individu yang tinggal di lingkungan rumah tangga buruk akan berakibat pada status kesehatan buruk.

Jaminan kesehatan (JKes)

Hasil analisis (X10) menunjukkan bahwa jaminan kesehatan kepala rumah tangga ternyata tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$ terhadap status kesehatan individu. Artinya, Kepala rumah tangga dengan mendapatkan jaminan kesehatan, tidak mempengaruhi individu untuk berstatus kesehatan baik atau buruk. Jaminan kesehatan keluarga dimaksudkan akan membantu anggota rumah tangga dalam pembiayaan kesehatan di Rumah sakit atau Puskesmas.

Daerah Tempat Tinggal (DT)

Hasil analisis (X11) menunjukkan bahwa tempat tinggal juga menunjukkan tidak signifikan pada $\alpha = 5\%$ terhadap status kesehatan individu.

KESIMPULAN

1. Bila dalam persamaan regresi logistik, variabel independen (X) secara bersama-sama dinyatakan tidak ada pengaruh, maka ukuran variabel dependen yakni Log sebesar konstan.
2. Setiap peluang peningkatan satu unit pada variabel independen (X) secara individu dalam persamaan regresi, akan menghasilkan variabel dependen Log menjadi meningkat (tanda+)/menurun (tanda-), sebesar koefisien variabel independen (X).
3. Menilai kelayakan model regresi logistic, digunakan angka probabilitas berdasarkan Hosmer dan Lemeshow test dengan $\alpha = 0,05$.
4. Menguji koefisien persamaan regresi dengan uji hipotesis berikut: H_0 : Koefisien regresi tidak efisien H_1 : Koefisien regresi efisien Adapun tehnik pengambilan keputusan ditentukan dengan signifikansi/probabilitas $> 0,15$ maka H_0 diterima atau sebaliknya H_0 ditolak. pengaruh pendapatan rumah tangga dan variabel sosial ekonomi terhadap status kesehatan individu dengan pengertian peluang dari setiap variabel bebas sebagai berikut:
*Tingkat Pendapatan Kepala Rumah Tangga (Inc).

Dengan koefisien tanda negatif 210 menunjukkan bahwa semakin meningkat pendapatan kepala rumah tangga, maka peluang angora rumah tangga dengan status kesehatan buruk akan menurun. Dilihat dari peluang mengalami sakit dengan $= 5\%$ berarti bahwa secara individu, baik dari kepala rumah tangga dengan pendapatan diatas Rp 1.500.000,- maupun dengan pendapatan dibawah Rp 1.500.000.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A., Suwandewi, A., Tunggal, T., & Daiyah, I. Latifah. (2022). Sisi Edukatif Pendidikan Islam Dan Kebermaknaan Nilai Sehat Masa Pandemi Covid-19 Di Kalimantan Selatan. *JIS: Journal Islamic Studies*, 1(1), 99-105
- Agustin. (2022) BPJS dan pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Arahman
- Aprianty, R. A., & Ngalimun, N. (2022). MODEL BIMBINGAN KONSELING PERKEMBANGAN DALAM AKTIVITAS BERMAIN SEBAGAI STRATEGI PENGALAMAN BELAJAR YANG BERMAKNA DI SD MUHAMMADIYAH 8 BANJARMASIN. *Jurnal Terapung: Ilmu-Ilmu Sosial*, 4(1), 68-76.
- Diaty, R., Arisa, A., Lestari, N. C. A., & Ngalimun, N. (2022). Implementasi Aspek Manajemen Berbasis Sekolah Dalam Pelayanan Bimbingan dan Konseling. *Jurnal Bimbingan Dan Konseling Pandohop*, 2(2), 38-46.
- Laturrahmi, Y. F. (2019). analisis perilaku masyarakat pedesaan terhadap asuransi kesehatan nasional dalam perspektif komunikasi kesehatan. *Komuniti*, 2.
- Latifah, L., Ngalimun, N., Setiawan, M. A., & Harun, M. H. (2020). Kecakapan Behavioral Dalam Proses Pembelajaran PAI Melalui Komunikasi Interpersonal: Behavioral Proficiency In The PAI Learning Process Through Interpersonal Communication. *Bitnet: Jurnal Pendidikan Teknologi Informasi*, 5(2), 36-42.
- Latifah, Karinda, M., Vaira, R., Daiyah, I., & Tunggal, T. (2023). Hukum Bayi Tabung Dalam Agama Islam . *SULTAN ADAM : Jurnal Hukum Dan Sosial*, 1(1), 121–126.

- Puluhulawa, I. (2013). Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Status Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Palu Selatan. e-jurnal katalogis, 21.
- Subandi, D. N. (2022). Kajian status sosial ekonomi keluarga dalam pemilihan asuransi kesehatan . Journal of Education, 736-738.
- Yusuf, M., Nugroho, A. G., & Latifah, L. (2022). PERAN QUALITY OF WORK LIFE DALAM KUALITAS KEHIDUPAN KERJA TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PEGAWAI DI UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN. Jurnal Manajemen Pendidikan Al Hadi, 2(2), 8-13.