

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

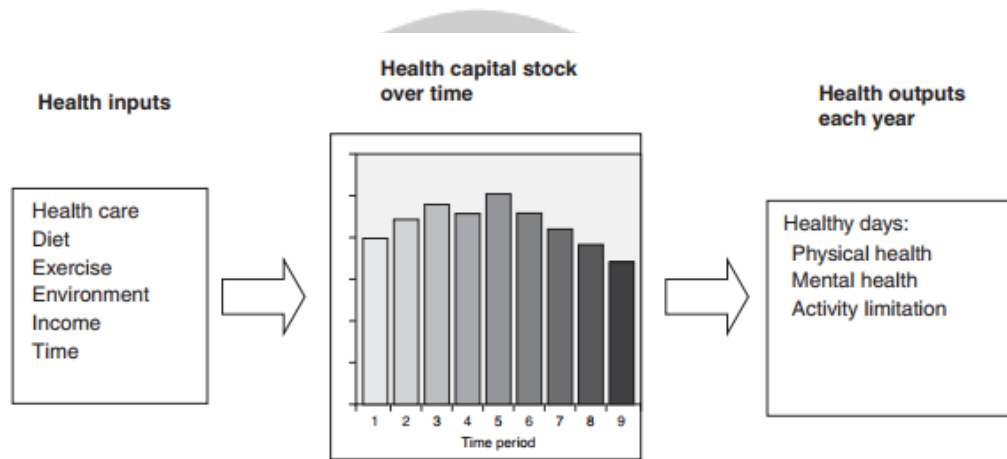
2.1. Permintaan Untuk Kesehatan

2.1.1. Konsumen Sebagai Produsen/Penghasil Kesehatan

Grossman (1972) menjelaskan mengenai permintaan untuk kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan menggunakan teori modal manusia. Berdasarkan teori modal manusia, setiap individu menginvestasikan dirinya sendiri melalui pendidikan, olahraga, dan kesehatan untuk meningkatkan penghasilan mereka. Grossman menjelaskan bahwa banyak aspek penting dari permintaan kesehatan yaitu :

- a. Orang menginginkan kesehatan ; mereka meminta input pelayanan kesehatan untuk menghasilkannya.
- b. Konsumen tidak hanya membeli kesehatan dari pasar. Namun, mereka harus menghasilkan kesehatan, dengan menggabungkan waktu yang dimiliki untuk mengupayakan peningkatan kesehatan, termasuk diet dan olahraga, dengan input pelayanan kesehatan/medis yang dibeli.
- c. Kesehatan berlangsung lebih dari satu periode. Kesehatan tidak terdepresiasi dengan cepat, hal itu dapat dianalisis seperti barang modal.
- d. Kesehatan dapat dilihat sebagai barang konsumsi dan barang investasi. Orang menginginkan kesehatan sebagai barang konsumsi karena kesehatan akan membuat orang merasa lebih baik. Sebagai barang investasi, kesehatan diinginkan karena akan meningkatkan jumlah hari sehat yang

tersedia untuk bekerja dan untuk meningkatkan produktivitas dan penghasilan.



Sumber : Folland dkk (2013)

Gambar 2.1
Investasi pada Modal Kesehatan

Gambar 2.1 menjelaskan mengenai konsep modal kesehatan. Konsumen menetapkan input kesehatan, yang tidak hanya termasuk dalam input pelayanan kesehatan, tetapi termasuk juga diet, olahraga, dan waktu, untuk meningkatkan fisik/tubuh konsumen, sehingga membuat investasi dalam modal kesehatan. Investasi ini akan berimplikasi pada peningkatan kesehatan konsumen, yang selanjutnya akan memberikan mereka hari-hari yang sehat (*healthy days*). Persediaan kesehatan (*the health stock*) dapat tumbuh, konstan, atau menurun secara perlahan-lahan seiring dengan bertambahnya usia, atau yang lebih cepat terserang penyakit atau cedera.

Berdasarkan Gambar 2.1 dapat dilihat bahwa tujuan akhir “hari sehat (*healthy days*)”, merefleksikan keputusan konsumen seperti berapa banyak waktu dan uang untuk berinvestasi dalam persediaan kesehatan. Biaya pelayanan kesehatan, tingkat

upah masyarakat, dan produktivitas konsumen dalam menghasilkan kesehatan, akan mempengaruhi bagaimana sumber daya akan dialokasikan di antara modal kesehatan, barang, dan jasa yang orang beli.

Seorang konsumen membeli input dari pasar (misalnya, pelayanan kesehatan, makanan, dan pakaian), dan semua input tersebut dikombinasikan dengan waktu konsumen sendiri untuk menghasilkan persediaan modal kesehatan yang akan menghasilkan layanan yang meningkatkan utilitas konsumen tersebut.

2.1.2. Waktu yang Dipakai Menghasilkan Kesehatan

Kenaikan persediaan modal, seperti kesehatan, disebut investasi. Konsumen melakukan investasi pada kesehatan. Investasi kesehatan (I) tersebut diperoleh dari waktu yang dipakai untuk meningkatkan kesehatan (T_H), dan pasar input kesehatan (penyedia layanan, obat-obatan) (M). Barang rumah (*home good*) (B) dihasilkan dengan tingkat waktu (T_B), dan barang yang dibeli di pasar (X). Bentuk persamaannya adalah :

$$I = I (M, T_H) \dots\dots\dots(2.1)$$

$$B = B (X, T_B) \dots\dots\dots(2.2)$$

Keterangan : I : Investasi kesehatan (*health investment*)

M : Input kesehatan pasar (*market health inputs*) (pelayanan kesehatan, obat – obatan)

T_H : Waktu yang dipakai untuk meningkatkan kesehatan

B : Produksi barang rumah (*home good production*) (membaca, bermain, mempersiapkan makanan, menonton TV).

X : Barang pasar yang penting untuk produksi barang rumah

T_B : Waktu yang dipakai dalam menghasilkan barang rumah

Fungsi – fungsi ini menunjukkan bahwa peningkatan jumlah M dan T_H akan meningkatkan investasi (I), dan peningkatan jumlah X dan T_B akan meningkatkan barang rumah (B).

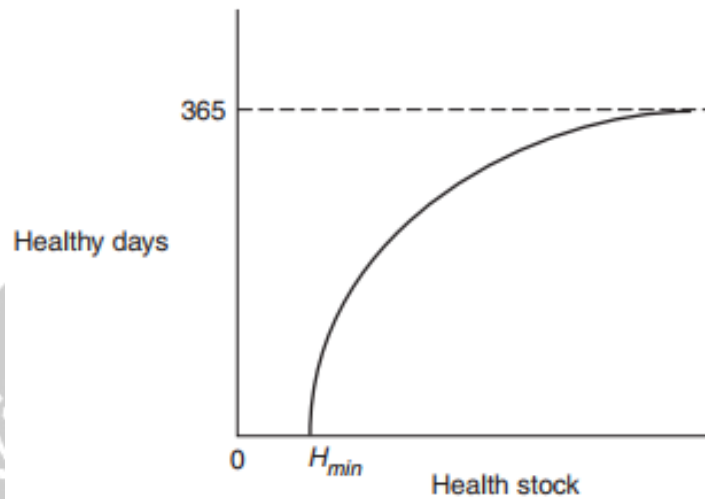
Berdasarkan kedua fungsi tersebut, sumber daya utama seorang konsumen adalah waktu pribadinya sendiri. Misalkan setiap periode analisis sebagai satu tahun, dan diasumsikan bahwa seorang konsumen mempunyai 365 hari pada tahun tersebut. Konsumen perlu bekerja untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan (M) dan barang – barang keperluan lainnya (X), dalam bekerja tersebut konsumen tersebut menghabiskan banyak waktu untuk memperolehnya dan lama kerja atau waktu kerja seseorang dilambangkan dengan T_W . Selain itu, orang perlu menyadari bahwa setiap orang akan mengalami sakit atau mungkin kecelakaan, tentunya hal ini akan mengurangi waktu yang dimiliki untuk bekerja. Waktu yang hilang akibat sakit atau kecelakaan dilambangkan dengan T_L . Berdasarkan penjelasan ini, maka total waktu tersebut dibuat dalam bentuk persamaan matematisnya, yaitu :

$$\text{Total waktu} = T = 365 \text{ hari} = T_H (\text{improving health}) + T_B (\text{producing home goods}) + T_L (\text{lost to illness}) + T_W (\text{working}) \dots\dots\dots(2.3)$$

2.2 Investasi/Konsumsi Aspek Kesehatan

Model Grossman mendeskripsikan bagaimana konsumen secara simultan membuat berbagai pilihan dalam beberapa periode atau tahun. Model ini juga mewakili rentang kehidupan secara keseluruhan sebagai satu periode. Hal ini dapat menunjukkan sifat ganda dari kesehatan baik sebagai barang investasi dan barang konsumsi.

2.2.1. Produksi Hari Sehat (*Healthy Days*)



Sumber : Folland dkk (2013)

Gambar 2.2
Hubungan antara *Healthy Days* terhadap *Health Stock*

Kesehatan dilihat sebagai barang produktif yang menghasilkan *output*, yaitu hari sehat (*healthy days*). Sumbu horizontal pada Gambar 2.2 menunjukkan tentang *health stock* dalam suatu periode tertentu dan sumbu vertikal menunjukkan tentang *healthy days* yang nilai maksimum mencapai 365 hari. Gambar 2.2 dapat dijelaskan sebagai berikut, tingkat *health stock* konsumen yang besar akan mendorong dirinya untuk mencapai tingkat *healthy days* yang tinggi sampai mencapai tingkat maksimum yaitu 365 hari. Namun, Gambar 2.2 merupakan kurva berbentuk busur yang menjelaskan *the law of diminishing marginal returns* (ketika penggunaan suatu input meningkat pada penambahan yang sama, maka titik tertentu akan tercapai di mana hasil dari penambahan input tersebut terhadap output akan berkurang). Hal ini sama

dengan konsep *health stock* yang minimum dimulai dari H_{\min} sampai mencapai tingkat maksimum, kemudian mengalami penurunan ke titik nol (kematian).

2.3. Model Grossman : Permintaan Untuk Kesehatan

Grossman (1972) mengembangkan sebuah “modal manusia” model permintaan untuk kesehatan yang mengemukakan bahwa setiap individu menginvestasikan kesehatannya berdasarkan pengetahuan yang baik mengenai hubungan antara investasi dan hasil yang akan diperoleh. Asumsi dari model Grossman ialah kesehatan dihasilkan dengan menggunakan input rumah tangga serta dengan membeli input yang berasal dari luar rumah tangga.

Pengetahuan yang baik membuat rumah tangga akan memilih untuk menggabungkan input sehingga setiap produktivitas marjinal sama. Produktivitas marjinal dari setiap input berkurang sehingga setiap unit kesehatan tambahan yang dihasilkan membutuhkan input yang lebih banyak.

Asumsi – asumsi ini dapat digunakan untuk memperoleh sejumlah prediksi. Misalkan, pendidikan, fungsi produksi rumah tangga diasumsikan akan lebih efisien, rumah tangga yang lebih berpendidikan akan menghasilkan tingkat kesehatan yang lebih tinggi. Umur, tingkat depresiasi kesehatan meningkat, hal ini menyebabkan biaya bertambah dalam mempertahankan tingkat kesehatan. Perlu diketahui bahwa kesehatan akan mengalami penurunan sejalan dengan bertambahnya usia.

2.4. Hubungan Desentralisasi Terhadap Kualitas Kesehatan Bayi

Desentralisasi merupakan sebuah transfer tanggung jawab dalam tata kelola dan keuangan dari tingkat pemerintahan pusat ke tingkat pemerintahan terendah (Bardhan, 2002; Khaleghian, 2004). Desentralisasi diharapkan mampu meningkatkan pelayanan kepada masyarakat di negara berkembang (World Bank, 2003). Sebelum memasuki era reformasi, Indonesia merupakan salah satu negara yang tersentralisasi, segala peraturan ditetapkan oleh pemerintah pusat. Sejak tahun 2000, tanggung jawab terhadap pelayanan publik dan fasilitas kepada masyarakat telah beralih dari pusat ke daerah (Heywood dan Harahap, 2009b). Perubahan ini juga diikuti dengan transfer dana yang besar kepada pemerintah daerah. Pengeluaran pemerintah meningkat dari 2,7 persen dari (Produk Domestik Bruto) PDB tahun 2000 menjadi 7,2 persen tahun 2011. Sebagian besar pengeluaran untuk administrasi, sementara untuk sektor-sektor utama tidak diprioritaskan seperti sektor kesehatan dan pendidikan (World Bank, 2014). Setiap kabupaten/daerah tidak diwajibkan membuat laporan keuangan untuk setiap pengeluaran kepada pemerintah pusat.

Dana belanja kesehatan yang diperoleh dari pemerintah pusat digunakan oleh setiap kabupaten tanpa melakukan koordinasi dengan pemerintah provinsi. Penyebab tidak adanya koordinasi ini karena pembagian peran dan tanggung jawab antara kabupaten dan provinsi tidak jelas. Setiap kabupaten dan provinsi menentukan peranan dan tanggung jawab mereka yang sering tumpang tindih dengan otoritas lain. Kurangnya koordinasi diperparah oleh struktur staf dan kemampuan pegawai yang tidak memadai (Friedman dkk, 2006). Sejak desentralisasi diterapkan, peranan baru

pemerintah daerah membutuhkan keterampilan yang berbeda untuk kebijakan, perencanaan, dan penganggaran.

Kementerian Kesehatan meningkatkan dana secara substansial dan melakukan sedikit perubahan pada tahun 2004. Adanya perubahan perundang-undangan (UU 32/2004 tentang otonomi daerah dan UU 33/2004 tentang hubungan fiskal antar pemerintah pusat – daerah) telah berusaha menjelaskan dan memperkuat peran pemerintah pusat dan daerah. Berdasarkan perubahan UU tersebut, pemerintah pusat mendapatkan kendali kembali atas sumber daya manusia di sektor publik dan kekuatan pemerintah daerah perlahan menurun (Heywood dan Harahap, 2009a). Pengawas (supervisor) provinsi sebagai perwakilan pemerintah pusat semakin diperkuat sebagaimana peran mereka, khususnya di bidang perencanaan dan penganggaran. Prinsipnya, bahwa Dinas Kesehatan Provinsi harus bertanggung jawab untuk tetap melakukan koordinasi antar kabupaten; sementara Dinas Kesehatan Kabupaten memiliki tanggung jawab atas kebijakan yang mereka jalankan, seperti perencanaan dan penganggaran secara keseluruhan, dan Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab dalam merumuskan standar teknis.

Pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan merupakan pembuat kebijakan kesehatan dan pemerintah daerah yang bertugas untuk menerapkan kebijakan tersebut, termasuk dalam hal kesehatan anak dan ibu (Lieberman dkk., 2005). Adanya desentralisasi yang diterapkan di Indonesia membuat pemerintah daerah mempunyai wewenang dalam mengelola kebijakan kesehatan mereka sendiri (Kristiansen dan Santoso, 2006). Walaupun desentralisasi telah berjalan, ketimpangan dan ketidakadilan dalam bidang kesehatan masih tetap terjadi. Bentuk ketidakadilan

yang terjadi adalah penyediaan layanan perawatan kesehatan di desa dan wilayah – wilayah terpencil lainnya. Masalah utama ialah kekurangan tenaga kesehatan, terutama bidan atau tenaga kesehatan yang berhubungan dengan kelahiran (Pardosi dkk, 2017). Bidan dan perawat tidak ingin ditugaskan di desa dan wilayah-wilayah terpencil. Kebanyakan staf kesehatan yang lebih memilih untuk tinggal di kota dibandingkan di desa. Mereka hanya bekerja selama tiga hari dari enam hari kerja. Hal ini berdampak buruk pada pelayanan kesehatan kepada warga desa, terlebih lagi pelayanan kepada ibu hamil yang seharusnya butuh penanganan yang secepat mungkin.

Ketimpangan geografis kelangsungan hidup anak disebabkan oleh ketidaktersediaan obat-obatan di Puskesmas dan pos kesehatan desa (Pardosi dkk, 2017). Masalah ketidaktersediaan obat-obatan ini sulit untuk diselesaikan. Penyebab masalah ini ialah keterlambatan distribusi obat-obatan dari empat hingga lima bulan dalam setahun.

2.5. Studi Terkait

Hodge dkk (2014) meneliti tentang tren dan ketimpangan tingkat kematian bayi di bawah lima tahun dan neonatal terhadap kesejahteraan, pendidikan dan geografis (perkotaan/pedesaan dan kelompok pulau di Indonesia). Data yang digunakan adalah data sekunder yang berasal dari *Indonesian Demographic and Health Surveys* (IDHS), waktu pengamatan dari tahun 1980 sampai 2011. Metode penelitian menggunakan *rate difference* dan *rate ratios*. Tingkat disparitas dikelompokkan menjadi tingkat spasial, kelompok pulau, pendidikan ibu dan kesejahteraan keluarga. Mereka menemukan bahwa tingkat kematian bayi di bawah lima tahun dan neonatal

telah mengalami penurunan sejak tahun 1980 di Indonesia. Tingkat kematian bayi di bawah lima tahun turun dari 116 menjadi 31 kematian per 1.000 kelahiran dalam rentang tahun 1980 – 2011. Tingkat kematian bayi neonatal juga mengalami penurunan dari 40 menjadi 14 kematian per 1.000 kelahiran. Penurunan ketimpangan ini dikelompokkan berdasarkan tingkat kekayaan, pendidikan, dan lokasi perkotaan/pedesaan. Berdasarkan kelompok pulau ketimpangan relatif dan absolut pada tingkat kematian bayi di bawah lima tahun dan neonatal semakin melebar.

Heywood dan Choi (2010) meneliti kinerja sistem kesehatan di tingkat kabupaten setelah desentralisasi. Data yang digunakan adalah data *Indonesian Demographic and Health Surveys* tahun 2002-2003 dan tahun 2007 di 10 kabupaten dengan metode sampling. Sejak tahun 2001, Indonesia menerapkan desentralisasi dan transfer dana ke pemerintah kabupaten bertambah dan diharapkan kinerja sistem kesehatan akan mengalami peningkatan. Desentralisasi pada bidang kesehatan hanya memberikan peningkatan yang tidak begitu signifikan. Peningkatan yang kecil pada pelayanan kesehatan ibu dan anak, yang merupakan salah satu indikator utama kinerja kesehatan, yang terjadi di masing – masing lima kabupaten di Jawa Tengah (Brebes, Cilacap, Jepara, Pemalang dan Rembang) dan Jawa Timur (Jombang, Ngawi, Pamekasan, Sampang, dan Trenggalek).

Hodge dkk (2015) melakukan penelitian mengenai hubungan antara desentralisasi dan ketimpangan kesehatan neonatal di Indonesia. Penelitian ini menganalisis desentralisasi dan ketimpangan secara geografis (kelompok pulau) pada pelayanan jasa kesehatan. Penelitian ini menghitung tingkat heterogenitas masyarakat yang tidak teramati dengan *random effects* dan *correlated random effects model*, para

peneliti menghubungkan fasilitas pelayanan kelahiran dengan periode desentralisasi dan kelompok pulau besar di Indonesia menggunakan *pooled sample* sebanyak 71.815 anak-anak. Penelitian ini menggunakan data lima putaran IDHS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi desentralisasi telah memberikan penjelasan yang baik mengenai pelayanan kesehatan maupun ketimpangan kesehatan di Indonesia, yang berhubungan dengan neonatal. Kegagalan sistem pendanaan untuk kesehatan dan masalah ruang-keputusan hasil dari desentralisasi yang kurang memberikan dampak besar.

Kristiansen dan Santoso (2006) meneliti pengaruh desentralisasi dan privatisasi dalam merubah akses dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data kualitatif dan kuantitatif, *focus group discussions* dan survey rumah tangga di empat kabupaten yang telah dipilih. Kota/Kabupaten yang dijadikan tempat penelitian adalah kabupaten Bantul, Mataram, Kutai Kertanegara dan Ngada. Hasil dari penelitian ini adalah merekomendasikan peningkatan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin.

Jimenez-Rubio (2011) meneliti tentang desentralisasi fiskal yang mempunyai dampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat khususnya penurunan tingkat kematian di 20 negara *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) dengan periode 1970 – 2001. Penelitian ini menggunakan data kuantitatif yang berupa data desentralisasi fiskal tiap 20 negara OECD. Metode penelitian yang digunakan ialah *Error Correction Model* (ECM). Hasil dari penelitian ini adalah pengaruh yang besar dan positif dari desentralisasi fiskal terhadap tingkat kematian

bayi. Desentralisasi fiskal berjalan efektif saat dana otonomi diberikan kepada pemerintah daerah. Proporsi pengeluaran pelayanan kesehatan lebih besar untuk menurunkan tingkat kematian bayi yang selama ini diteliti di negara – negara OECD.

Pardosi, dkk (2017) meneliti pandangan pemerintah daerah dan para pemimpin masyarakat terhadap kesehatan anak, kematian, dan masalah ketidakadilan di daerah pedesaan Indonesia Timur. Penelitian ini menggunakan data kualitatif. *Focus Group Discussions* (FGD) diselenggarakan pada Mei 2013. Masalah yang didiskusikan ialah kemampuan staf kesehatan dan motivasinya, ketersediaan pelayanan, pengaruh kepercayaan adat, dan ketidakadilan pelayanan kesehatan dan gender. Diskusi tersebut menemukan bahwa kepemimpinan yang lemah, manajemen kesehatan inefisien dan anggaran kesehatan anak yang tidak memadai. Selain itu, kekurangan staf kesehatan yang berada di daerah pedesaan menyebabkan banyak masyarakat desa menggunakan dukun beranak. Akhirnya penelitian menyarankan bahwa perlu ada harmonisasi dan penyalarsan upaya pemerintah daerah dan pemimpin masyarakat untuk mengatasi masalah yang terjadi.