

# Asuransi Kesehatan Sebagai Salah Satu Prediktor Faktor yang Mempengaruhi *Quality Of Life*

Dea Winiarti<sup>1</sup>

1. Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran, Indonesia

## Abstrak

*Quality of Life* (QOL) adalah pengukuran standar yang digunakan untuk menunjukkan kualitas hidup dalam hal kondisi kesehatan berdasarkan persepsi individu. Status QOL di masyarakat adalah khas tergantung dari sosio-demografinya. Salah satu prediktor faktor yang dapat mempengaruhi QOL diantaranya adalah asuransi kesehatan. Kepemilikan asuransi kesehatan oleh masyarakat merupakan salah satu langkah strategis pembangunan pada bidang kesehatan. Makalah ini membahas tentang bagaimana asuransi kesehatan dapat dipertimbangkan menjadi sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi QOL dan mempunyai implikasi yang penting bagi kesehatan di masyarakat. Teori strategi pembangunan pada bidang kesehatan di beberapa negara menunjukkan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan adalah cara yang menguntungkan dalam meningkatkan QOL yang lebih baik di masyarakat. Kerjasama antara pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya untuk mengimplementasikan kebijakan kesehatan khususnya tentang asuransi kesehatan yang terintegrasi dengan strategi kesehatan nasional sangatlah penting sehingga dapat mencapai *health outcome* sesuai tujuan nasional.

Kata kunci : *Quality of Life*, asuransi kesehatan, *health outcome*

## PENDAHULUAN

*Quality of Life* (QOL) dapat dijadikan indikasi kesejahteraan negara berdasarkan persepsi subjek dalam konteks budaya dan sistem nilai, serta bahan pertimbangan/standar untuk tujuan tertentu. Penelitian tentang QOL yang telah dilakukan selama sepuluh tahun terakhir, sebagian besar mendeskripsikan kondisi pasien yang berhubungan dengan penyakit berikut tingkatannya serta efektivitas untuk pengobatan kesehatan. Pada beberapa penelitian

sebelumnya terkait pengobatan dilakukan beberapa pengukuran QOL dengan menggunakan kuesioner *Health Related Quality of Life (HRQL)*, *short form (SF) 12*, *short form (SF) 36* dan WHOQOL BREF<sup>(1-6)</sup>.

Namun penelitian akhir-akhir ini menunjukkan bahwa pengukuran QOL digunakan pula untuk menunjukkan kesehatan individu sesuai dengan faktor sosio-demografis di masyarakat. Klarifikasi status QOL dapat digunakan tidak hanya untuk mengetahui kondisi individu, tapi juga untuk mengenali hasil pembangunan kesehatan sebagai akibat dari penetapan prioritas yang memadai dalam kebijakan kesehatan<sup>(7)</sup>. Asuransi kesehatan merupakan salah satu faktor prediktor yang dapat berpengaruh pada QOL, dimana hal ini juga bergantung pada kondisi sosio-demografi masyarakat. Pemahaman kondisi sosio-demografi masyarakat, pengetahuan cara pengukuran QOL dan juga jenis kepemilikan asuransi kesehatan di masyarakat adalah sangat penting untuk dipahami sebagai bahan masukan untuk membuat kebijakan kesehatan dan penetapan langkah prioritas untuk pembangunan kesehatan.

## ***QUALITY OF LIFE (QOL)***

### **Konsep *QUALITY OF LIFE***

Studi QOL telah menjadi subjek menarik untuk diselidiki. Penelitian sebelumnya di berbagai disiplin ilmu seperti lingkungan, kesehatan masyarakat, kedokteran, ekonomi, dan lain-lain memiliki definisi sendiri untuk QOL, hal tersebut tergantung pada pendekatan dan /atau tujuan pengukurannya. Selain itu, pengukuran QOL pada penelitian sebelumnya diberbagai bidang juga dilakukan berdasarkan persepsi individu<sup>(7-10)</sup>.

Di antara semua penelitian tentang QOL dan definisinya, *World Health Organization (WHO)* telah mendefinisikan QOL sebagai “kondisi yang berdasarkan persepsi individu dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya di mana mereka tinggal, dan berdasarkan kaitannya dengan tujuan hidup masing-masing individu, harapan, standar dan kepentingannya”. Di beberapa negara dan berbagai disiplin ilmu, *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* kuesioner telah digunakan secara umum dan telah terbukti sebagai instrumen yang dapat diandalkan untuk mengukur QOL dalam berbagai perspektif<sup>(11, 12)</sup>. Dalam perkembangannya, instrumen WHOQOL mengalami penyederhanaan dari 100 pertanyaan menjadi 26 pertanyaan. WHOQOL-100 memiliki 100 pertanyaan dan enam domain, sedangkan WHOQOL BREF yang merupakan versi pendek dari WHOQOL-100

yang terdiri dari 26 pertanyaan yang dapat digunakan sebagai *instrument* lintas-budaya yang valid untuk mengukur empat domain seperti kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, kesehatan lingkungan<sup>(13, 14)</sup>. Kedua instrumen ini, WHOQOL BREF dan WHOQOL-100, dapat dipilih untuk digunakan sebagai instrumen penelitian QOL selama sesuai dan cocok dengan tujuan penelitian yang dilakukan.

Di bidang kesehatan, kuesioner menggunakan SF 12, SF 36, dan HRQL, WHOQOL telah digunakan untuk mengukur QOL yang dapat digunakan sebagai indikator status kesehatan individu dalam fungsi fisik, kesehatan *phsycological*, fungsi sosial, dan kognitif. Namun selain itu, QOL juga dapat menjadi pelengkap penting untuk mengevaluasi perawatan medis pada pasien, tahap penyakit pada pasien, dan prognosis sesuai dengan status sosio-demografi masing-masing<sup>(3, 4, 15-17)</sup>.

### **Beberapa Faktor yang Mempengaruhi QOL**

Menurut beberapa teori sebelumnya, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi QOL. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa karakteristik sosio-demografi berpotensi mempengaruhi QOL sehingga status QOL dimungkinkan berbeda di beberapa daerah.

Studi yang dilakukan oleh Trompenaars et al.(2005) di Belanda menunjukkan bahwa usia memiliki korelasi negatif dengan kesehatan fisik dan QOL untuk domain hubungan sosial<sup>(18)</sup> tetapi di Lebanon orang tua memiliki skor QOL yang lebih tinggi dalam hubungan sosial daripada individu yang berusia lebih muda, kecuali untuk fungsi fisik<sup>(4)</sup>. Dengan demikian, variabel umur tidak bisa menggeneralisasi kelompok umur mana yang memiliki QOL yang lebih baik.

Pada variabel jenis kelamin, pada umumnya penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perempuan memiliki QOL yang lebih rendah daripada laki-laki<sup>(2, 4, 18, 19)</sup>.

Untuk status perkawinan, peneliti sebelumnya Trompenaars et.al.(2005) dan Cruz et.al (2011) menegaskan bahwa memiliki pasangan hidup, berada dalam suatu hubungan atau menikah merupakan status penting untuk memiliki skor QOL yang lebih tinggi<sup>(18, 19)</sup>.

Dalam penelitian sebelumnya, dijelaskan pula bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempunyai skor QOL yang lebih baik. Tingkat pendidikan sangat berhubungan erat dengan skor QOL, pada penelitian sebelumnya individu yang mempunyai tingkat pendidikan

menengah atau tinggi menunjukkan skor QOL lebih tinggi untuk domain fisik dan domain lingkungan <sup>(15, 18)</sup>. Di penelitian lainnya, disimpulkan bahwa tingkat pendidikan yang rendah akan mengakibatkan QOL yang rendah pula <sup>(19)</sup>.

Temuan penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa hubungan antara QOL dan jumlah anak menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Di Yunani, faktor berapa jumlah anak yang dimiliki tidak memiliki hubungan dengan QOL <sup>(20)</sup>. Hal ini ditegaskan pula dalam studi yang dilakukan pada populasi Turki dan Ekuador menyebutkan bahwa jumlah anak menunjukkan korelasi negatif terhadap QOL <sup>(21, 22)</sup>. Sebaliknya penelitian di Israel, menyebutkan jumlah anak menunjukkan korelasi positif terhadap QOL <sup>(20, 23)</sup>. Sedangkan di Brazil, memiliki anak memiliki skor QOL yang lebih rendah <sup>(24)</sup>. Beberapa penelitian sebelumnya, menggambarkan inkonsistensi pengaruh faktor jumlah anak terhadap QOL.

Status ekonomi juga memiliki pengaruh yang signifikan pada QOL, Penson et.al (2001) dan Cruz et.al (2011) melaporkan bahwa status ekonomi rendah memiliki QOL yang rendah, terutama untuk pasien dengan pendapatan tahunan lebih rendah, mereka memiliki skor QOL yang lebih rendah <sup>(19, 25)</sup>.

Mempunyai pekerjaan sangat berpengaruh terhadap QOL, dimana individu yang bekerja memiliki skor QOL yang lebih tinggi secara signifikan pada kesehatan fisik dan lingkungan <sup>(18)</sup>.

Ada dua faktor yang memiliki hubungan yang sangat signifikan terhadap QOL dan dapat menyebabkan seseorang memiliki QOL yang lebih rendah, yaitu memiliki penyakit kronis dan perilaku merokok. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa individu yang memiliki penyakit kronis mempunyai skor QOL yang lebih rendah <sup>(18, 26)</sup>. Alonso et.al. (2004) menyatakan bahwa di delapan negara hipertensi, alergi dan arthritis adalah kondisi yang paling sering dilaporkan. Pada pengukuran QOL menggunakan SF 36, penyakit arthritis, paru-paru kronis dan gagal jantung kongestif merupakan kondisi dimana seseorang mempunyai skor QOL lebih rendah pada kesehatan fisik, sedangkan individu yang memiliki hipertensi dan alergi mempunyai skor HRQL yang lebih rendah secara keseluruhan <sup>(27)</sup>.

Perilaku merokok yang merupakan bagian dari gaya hidup seseorang, cenderung menimbulkan risiko pada kematian, serangan jantung, stroke dan diabetes. Risiko meningkat sejalan dengan meningkatnya tingkat merokok. Wannamethe et.al (1998) menegaskan bahwa perokok berat yang biasanya merokok lebih dari 21 batang sehari adalah dua setengah kali

lebih mungkin untuk meninggal atau mendapatkan serangan jantung, stroke atau diabetes dibandingkan non-perokok<sup>(28)</sup>. Strine et.al. (2005) menunjukkan perokok saat ini memiliki HRQL signifikan lebih buruk dibandingkan mereka yang tidak pernah merokok, dan lebih mungkin untuk minum banyak, untuk pesta minum, dan melaporkan depresi dan kecemasan gejala. Selain itu, perokok secara signifikan dimungkinkan lebih aktif secara fisik, dan sering memiliki gangguan tidur, sering menderita nyeri, serta kurang menyantap porsi buah dan sayuran per hari dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah merokok<sup>(29)</sup>.

## **Asuransi Kesehatan**

Studi yang dilakukan oleh Penson (2001) menunjukkan bahwa status kepemilikan asuransi kesehatan dapat dikaitkan dengan HRQL, dimana individu yang tidak memiliki asuransi kesehatan mempunyai nilai QOL yang sangat rendah<sup>(25)</sup>. Juutting (2003) dan Bharmal et.al (2005) menunjukkan pentingnya memiliki asuransi kesehatan, dimana penelitian ini juga menyebutkan bahwa setiap anggota memiliki kesempatan yang lebih tinggi untuk menggunakan layanan kesehatan dan membayar jasa pengobatan yang lebih sedikit dari non anggota<sup>(16, 30)</sup>. Selain itu, pada studi yang dilakukan di USA menggunakan SF 12, menunjukkan bahwa penduduk dewasa yang tidak memiliki asuransi kesehatan mempunyai nilai *Physical Component Summary* (PCS) dan *Mental Component Summary* (MCS) yang signifikan lebih rendah dibandingkan dengan yang memiliki asuransi kesehatan<sup>(16)</sup>. Wilper et.al (2009) melaporkan bahwa orang yang tidak memiliki asuransi kesehatan lebih sering tidak dapat terdiagnosis awal sehingga kondisinya sudah parah dan mengalami penyakit kronis<sup>(31)</sup>. Studi sebelumnya menunjukkan pula bahwa pasien yang memiliki asuransi kesehatan dengan benefit penuh mempunyai skor QOL yang lebih tinggi dibandingkan pasien yang memiliki asuransi kesehatan dengan benefit yang terbatas<sup>(25)</sup>.

Di negara maju, masalah cakupan kepemilikan asuransi kesehatan dan ekuitas untuk mengakses layanan kesehatan dengan hampir semua negara berkembang sangatlah berbeda, karena di negara berkembang hal-hal tersebut diatas menjadi perhatian serius untuk diselesaikan terkait implementasi kebijakan kesehatan berikutan pendanaan yang biasanya menjadi salah satu hambatan yang sangat besar bagi negara berkembang seperti halnya Indonesia.

Di Indonesia, cakupan kepemilikan asuransi kesehatan masih merupakan masalah besar. Pada tahun 2008, data menunjukkan bahwa kurang dari setengah populasi penduduk

Indonesia yang memiliki asuransi kesehatan (106.300.000 dari 230 juta), pada saat ini Indonesia sedang dalam langkah persiapan untuk mengimplementasikan *Universal Health Coverage*<sup>(32)</sup>.

Saat ini berdasarkan kepemilikannya, asuransi kesehatan dapat digolongkan menjadi:

- a) asuransi kesehatan pemerintah yang diperuntukan bagi pegawai negeri sipil dan militer;
- b) asuransi kesehatan perusahaan bagi karyawan perusahaan
- c) asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin (Jamkesmas: untuk tingkat nasional, Jamkesda: untuk tingkat daerah),
- d) asuransi swasta/ individu dan e). tidak memiliki asuransi kesehatan.

## **Kesimpulan**

Beberapa teori sebelumnya menggambarkan bahwa asuransi kesehatan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi pada status QOL sehingga dimungkinkan adanya perbedaan status QOL diantaranya terutama bagi individu yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Maka sangatlah penting untuk memahami hubungan antara QOL dan jenis kepemilikan asuransi kesehatan berikut kondisi sosio-demografi di suatu daerah sehingga akan lebih memudahkan untuk mengambil keputusan berikut mengevaluasi kebijakan kesehatan untuk meningkatkan status QOL masyarakat.

## **Daftar Pustaka**

1. O'Connor R. Issues in the measurement of health-related quality of life / Rod O'Connor. National Centre for Health Program E, editor. [Fairfield, Vic.] :: National Centre for Health Program Evaluation; 1993.
2. Mankar MJ, Joshi SM, Velankar DH, Mhatre RK, Nalgundwar AN. A Comparative Study of the Quality of Life, Knowledge, Attitude and Belief About Leprosy Disease Among Leprosy Patients and Community Members in Shantivan Leprosy Rehabilitation centre, Nere, Maharashtra, India. *Journal of global infectious diseases*. 2011;3(4):378-82. Epub 2012/01/10.
3. Bayliss M, Rendas-Baum R, White M, Maruish M, Bjorner J, Tunis S. Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10(1):154.
4. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1(1):30.
5. Tazaki M NY, Endo T, et al. Results of a qualitatif and field study using the WHOQOL instrument for cancer-patient. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1998;28 (2):134 - 41.
6. Yousefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community mental health journal*. 2010;46(2):139-47. Epub 2010/01/12.

7. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*. 2001;55(1):51-69.
8. Drummond M. Introducing economic and quality of life measurements into clinical studies. *Ann Med*. 2001;33(5):344-9.
9. Marans RW. Understanding environmental quality through quality of life studies: the 2001 DAS and its use of subjective and objective indicators. *Landscape and Urban Planning* 2003;65 73-83.
10. Myers D. Building knowledge about quality of life for urban planning. *Journal of the American Planning Association*. 1988;54(3) 347-58.
11. World Health Organization. WHOQOL Annotated Bibliography. Department of Mental Health [Internet]. 1999; (October. ).
12. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
13. WHO. WHOQOL User manual. 1998.
14. Mahatnirunkul S TW, Pumpisanchai W , et al. . Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items) . . *J Ment Health Thai* 1998;5:4-15.
15. Zielinska-Wieczkowska H, Kedziora-Kornatowska K, Ciemnoczolowski W. Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(2):12.
16. Bharmal M, Thomas J, 3rd. Health insurance coverage and health-related quality of life: analysis of 2000 Medical Expenditure Panel Survey data. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2005;16(4):643-54. Epub 2005/11/29.
17. Bayliss E, Bayliss M, Ware J, Steiner J. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problems list. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;7:47.
18. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Heck GL, Hodiament PP, Vries J. Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2005;40(7):588-94.
19. Cruz L, Polanczyk C, Camey S, Hoffmann J, Fleck M. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 2011;20(7):1123-9.
20. Giannouli P, Zervas I, Armeni E, Koundi K, Spyropoulou A, Alexandrou A, et al. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: a population survey. *Maturitas*. 2012;71(2):154-61. Epub 2011/12/20.
21. Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007;58(1):8-.
22. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martinez MA, Salinas AM, et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;281(5):879-85.
23. Haimov-Kochman R, Brzezinski A, Hochner-Celnikier D. High-order maternity may be a more significant determinant of quality of midlife than some of the climacteric symptoms. *Menopause*. 2011;18(6):670-4.
24. Campos ACS, Barbieri M, Torloni MR, Guazzelli CAF. Does Motherhood Affect the Quality of Life of Adolescents? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012;25(6):380-3.
25. Penson DF, Stoddard ML, Pasta DJ, Lubeck DP, Flanders SC, Litwin MS. The association between socioeconomic status, health insurance coverage, and quality of life in men with prostate cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001;54(4):350-8.
26. Muhwezi WW, Okello ES, Turiho AK. Gender-based profiling of Quality of Life (QOL) of primary health care (PHC) attendees in central Uganda: a cross sectional analysis. *Afr Health Sci*. 2010;10(4):374-85.

27. Alonso J, Ferrer M, Gandek B. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 2004;13:283 - 98.
28. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M, Ebrahim S. Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men. *Arch Intern Med.* 1998;158(22):2433-40.
29. Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Balluz LS, Ford ES, Ajani UA, et al. Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. *American journal of preventive medicine.* 2005;28(2):182-7.
30. Jutting Jp. Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal. *World Development.* 2003;Vol. 32(No. 2):pp. 273-88.
31. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. Hypertension, Diabetes, And Elevated Cholesterol Among Insured And Uninsured U.S. Adults. *Health Affairs.* 2009;28(6):w1151-w9.
32. P AG, Dunlop D, Weichers T. Good practice of local health insurance schemes in Indonesia: Its contribution toward universal coverage. *European Conference of Health Economic; Helsinki-Finland.* 2010.