

KAJIAN KEBIJAKAN

IMPLEMENTASI LAYANAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM) KATASTROPIK PADA ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TAHUN 2015-2018



KAJIAN KEBIJAKAN

IMPLEMENTASI LAYANAN
PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM) KATASTROPIK
PADA ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
TAHUN 2015-2018

Penyusun:

Tim Kebijakan Jaminan Sosial Kesehatan Kebijakan
Perlindungan Sosial Sekretariat TNP2K

Prastuti Soewondo
Retno Pujisubekti
Denisa Widyaputri
Nurul Maretia Rahmayanti
Dwi Oktiana Irawati

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

**KAJIAN KEBIJAKAN IMPLEMENTASI LAYANAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM) KATASTROPIK
PADA ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TAHUN 2015-2018**

Edisi Pertama, November 2021

ISBN: 978-602-275-223-3

Penyusun:

**Prastuti Soewondo, Retno PujiSubekti, Denisa Widyaputri, Nurul Maretia Rahmayanti,
Dwi Oktiana Irawati**

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

©2021 Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

Publikasi ini didukung oleh pemerintah Australia melalui program MAHKOTA. Temuan, interpretasi, dan kesimpulan yang ada pada publikasi ini tidak mencerminkan pandangan pemerintah Indonesia maupun pemerintah Australia.

Dipersilakan untuk menyalin, menyebarkan, dan mengirimkan publikasi ini untuk tujuan non-komersial. Saran pengutipan: Soewondo, P. 2021. Kajian Kebijakan Implementasi Layanan Penyakit Tidak Menular (PTM) Katastropik pada Era Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2015-2018. Jakarta: TNP2K.

Untuk meminta salinan laporan ini atau keterangan lebih lanjut mengenai laporan ini, silakan hubungi TNP2K melalui surat elektronik di alamat km.unit@tnp2k.go.id. Laporan ini juga tersedia di situs web TNP2K (www.tnp2k.go.id).

Diterbitkan oleh:

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Jl. Kebon Sirih No. 14 Jakarta Pusat 10110

Telepon : (021) 3912812

Faksimile : (021) 3912511

Surel : km.unit@tnp2k.go.id

Situs : www.tnp2k.go.id

KATA PENGANTAR

Penyakit tidak menular (PTM) katastrofik adalah penyakit yang membutuhkan pengobatan dan pemantauan kesehatan secara berkala, namun sering kali tidak dihiraukan oleh penderita sehingga terjadi perburukan kondisi. Padahal, PTM katastrofik yang tidak terkendali dapat mengakibatkan morbiditas, penurunan kualitas hidup, serta mortalitas dini. Pencegahan dan pengendalian PTM merupakan upaya menjaga derajat kesehatan masyarakat agar sehat dan produktif. Di sisi lain, penanggulangan PTM katastrofik mendesak untuk dilakukan guna mendukung keberlanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan secara rutin menerbitkan data sampel agar dapat dianalisis oleh berbagai pihak sebagai masukan bagi kebijakan berbasis bukti. Dengan data tersebut, Sekretariat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) mengkaji PTM katastrofik dari berbagai sisi, yang ditujukan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan layanan PTM katastrofik, menganalisis pola rujukan antarfasilitas pelayanan kesehatan dan antarprovinsi, serta melihat tren pembiayaan layanan tersebut selama kurun waktu 2015-2018. Hasil analisis tersebut menjadi dasar bagi TNP2K dalam menyusun rekomendasi kebijakan layanan PTM katastrofik ke depan kepada BPJS.

Pemerintah telah berkomitmen mendukung penanggulangan PTM katastrofik melalui penyediaan kerangka kebijakan, pemerataan fasilitas kesehatan, serta infrastruktur pendukung untuk modalitas diagnosis dan terapi pasien. Komitmen ini perlu diperkuat melalui dukungan lintas sektor dalam penanggulangan factor risiko PTM katastrofik, penguatan upaya promotif dan preventif melalui upaya deteksi dini, serta harmonisasi regulasi dan monitoring implementasi layanan. PTM katastrofik yang terkendali akan berkontribusi pada peningkatan kesehatan dan produktivitas masyarakat Indonesia, serta menjaga keberlanjutan JKN sebagai salah satu pilar perlindungan sosial di Indonesia.

Suprayoga Hadi

Deputi Bidang Dukungan Kebijakan Pembangunan Manusia dan Pemerataan Pembangunan
selaku Sekretaris Eksekutif TNP2K

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vi
Daftar Grafik	vi
Daftar Gambar	viii
Daftar Singkatan & Akronim	ix
RINGKASAN EKSEKUTIF	1
BAB 1 PENDAHULUAN	6
1.1 Latar Belakang	6
1.2 Pertanyaan Penelitian	8
1.3 Tujuan Studi	8
1.4 Manfaat Studi	8
BAB 2 METODOLOGI	9
2.1 Desain Studi	9
2.2 Kerangka Konsep	10
2.3 Variabel Studi	11
2.4 Sumber Data	12
2.4.1 Data Sekunder	12
2.4.2 Data Primer	12
2.5 Instrumen Penelitian	15
2.6 Manajemen dan Analisis Data	15
2.6.1 Data Kuantitatif	15
2.6.2 Data Kualitatif	15
2.7 Persetujuan Etik Penelitian	16
BAB 3 TANTANGAN PTM KATASTROPIK DI INDONESIA	17
BAB 4 IMPLEMENTASI PENANGGULANGAN PTM KATASTROPIK DI INDONESIA	24
4.1 Kerangka Kebijakan Penanggulangan PTM di Indonesia	24
4.2 Implementasi Upaya Promotif dan Preventif Penanggulangan PTM pada Era JKN	26
4.3 Implementasi Layanan Kuratif PTM Katastropik pada Era JKN	33
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	65
5.1 Kesimpulan	65
5.2 Saran	66
5.2.1 Pemerintah Pusat	66
5.2.1 Pemerintah Daerah	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Variabel Studi	11
Tabel 2.2	Daftar Informan Wawancara Mendalam	13
Tabel 2.3	Lokasi Studi	14
Tabel 2.4	Kriteria Sampel	14
Tabel 3.1	Beban Biaya Layanan PTM Katastropik pada Sistem JKN	23
Tabel 4.1	Angka Kunjungan Promotif per 10.000 Peserta/Tahun Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan	36
Tabel 4.2	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RJTL Berdasarkan Kelompok Diagnosis PTM Tahun 2015-2018	60
Tabel 4.3	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RJTL Berdasarkan Tipe Rumah Sakit	62
Tabel 4.4	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Berdasarkan Kelompok Diagnosis PTM Tahun 2015-2018	63
Tabel 4.5	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Berdasarkan Tipe FKRTL	64

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Angka Harapan Hidup Indonesia Tahun 1990 dan 2019 (World Bank, 2021)	
Grafik 3.2	Prevalensi 4 PTM Katastropik Berdasarkan Data Riskesdas 2013 dan 2018	17
Grafik 3.2	Prevalensi Empar PTM Katastropik Berdasarkan Data Riskesdas 2013 dan 2018	18
Grafik 3.3	HALE dan Tahun Sakit Antar-Provinsi, Tahun 2018	18
Grafik 3.4	Proporsi PTM dan Non-PTM dalam DALY Menurut Provinsi Tahun 2018	19
Grafik 3.5	DALY Karena PTM per 100.000 Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2018	19
Grafik 3.6	Prevalensi Gaya Hidup Tidak Sehat yang Menjadi Faktor Risiko PTM Katastropik Tahun 2013 dan 2018	20
Grafik 3.7	Tren Konsumsi Alkohol (Liter/Kapita) pada Penduduk di Atas 15 Tahun Periode 2015-2020	21
Grafik 3.8	Tren Peningkatan Pengeluaran untuk Rokok Tahun 2017-2020	22
Grafik 3.9	Lama Jam Kerja/Minggu pada Pekerja di Indonesia Tahun 2016-2020	23
Grafik 4.1	Impelentasi KTR di 514 Kabupaten/Kota di Indonesia	28
Grafik 4.2	Tren Peningkatan Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko PTM Tahun 2016-2019	30
Grafik 4.3	Tren Angka Kontrak dan Kunjungan RJTP dan RITP per 10.000 Peserta/Tahun di FKTP Tahun 2015-2018	33
Grafik 4.4	Angka Kunjungan FKTP per 10.000 Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin dan Penyakit	34

Grafik 4.5	Angka Kunjungan RJTP dan RITP per 10.000 Peserta/Tahun Berdasarkan Usia dan Segmen Kepesertaan	35
Grafik 4.6	Angka Kunjungan Promotif FKTP per 10.000 Peserta/Tahun	35
Grafik 4.7	Tren Angka Kontak dan Kunjungan RJTL dan RITL per 10.000 Peserta/Tahun	36
Grafik 4.8	Angka Kunjungan layanan FKRTL Berdasarkan Jenis Kelamin dan Penyakit	37
Grafik 4.9	Angka Kunjungan RJTL dan RITL per 10.000 Peserta/Tahun Berdasarkan Usia dan Segmen Kepesertaan	38
Grafik 4.10	Angka Kunjungan Layanan Kanker Payudara di FKTP Berdasarkan Karakteristik Peserta	39
Grafik 4.11	Angka Kunjungan Layanan Kanker Payudara di FKRTL Berdasarkan Karakteristik Peserta	40
Grafik 4.12	Hasil Deteksi Dini Kanker Payudara di Indonesia	40
Grafik 4.13	Angka Kunjungan Layanan Kanker Payudara Berdasarkan Segmen Peserta	41
Grafik 4.14	Angka Kunjungan Layanan Kanker Serviks di FKTP Berdasarkan Karakteristik Peserta	42
Grafik 4.15	Angka Kunjungan Layanan Kanker Serviks di FKRTL Berdasarkan Karakteristik Peserta	42
Grafik 4.16	Angka Kunjungan Layanan Kanker Serviks Berdasarkan Segmen Peserta	43
Grafik 4.17	Angka Kunjungan Layanan Kanker Paru di FKTP Berdasarkan Karakteristik Peserta	44
Grafik 4.18	Angka Kunjungan Layanan Kanker Paru di FKRTL Berdasarkan Karakteristik Peserta	45
Grafik 4.19	Angka Kunjungan Layanan Kanker Paru Berdasarkan Segmen Peserta	45
Grafik 4.20	Angka Kunjungan FKTP per 10.000 Peserta Tiap Provinsi Tahun 2018	46
Grafik 4.21	Angka Kunjungan FKRTL per 10.000 Peserta Tiap Provinsi Tahun 2018	49
Grafik 4.22	Tren Kunjungan FKTP yang Dirujuk ke FKRTL Tahun 2015-2018	52
Grafik 4.23	Proporsi Fasilitas Kesehatan Tujuan Rujukan dari FKTP	53
Grafik 4.24	Pola Rujukan Rawat Jalan Antar-FKTP dan FKRTL Tahun 2015-2018	56
Grafik 4.25	Pola Rujukan Rawat Inap Antar-FKTP dan FKRTL Tahun 2015-2018	57
Grafik 4.26	Pola Rujukan pada Penyakit Kanker	58
Grafik 4.27	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RJTL Tahun 2015-2018	60
Grafik 4.28	Rata-rata Nilai Klaim RJTL Berdasarkan Kepemilikan FKRTL Tahun 2015-2018	61
Grafik 4.29	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Tahun 2015-2018	62
Grafik 4.30	Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Berdasarkan Kepemilikan FKRTL	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Konsep	10
Gambar 4.1	Indikator Pencegahan dan Penanggulangan PTM	25
Gambar 4.2	Program Kementerian Kesehatan dalam Manajemen Penyakit Tidak Menular	25
Gambar 4.3	Dukungan Multisektor dalam Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat	27
Gambar 4.4	Peta Peningkatan Kunjungan Layanan PTM Katastropik di FKTP	47
Gambar 4.5	Peta Peningkatan Jumlah FKTP yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan	48
Gambar 4.6	Peta Peningkatan Kunjungan Layanan PTM Katastropik di FKRTL	50
Gambar 4.7	Peta Peningkatan Kunjungan Layanan PTM Katastropik di FKRTL	51

DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
GERMAS	Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
INA-CBGs	Indonesian Case Base Groups
KBK	Kapitasi Berbasis Komitmen
KTR	Kawasan Tanpa Rokok
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Pekerja Bukan Penerima Upah
Posbindu	Pos Binaan Terpadu
PPOK	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PTM	Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RITP	Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTP	Rawat Jalan Tingkat Pertama
RJTL	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RS	Rumah Sakit
SADANIS	Pemeriksaan Payudara Klinis
SADARI	Pemeriksaan Payudara Sendiri
SISRUTE	Sistem Rujukan Terintegrasi

RINGKASAN EKSEKUTIF

Penyakit tidak menular (PTM) katastrofik telah menjadi penyebab kematian utama di dunia dengan prevalensi yang terus meningkat pada kelompok usia produktif. Peningkatan terjadi tidak saja di negara maju, melainkan juga di negara berkembang. Beban ekonomi karena PTM diestimasikan mencapai \$4,47 triliun atau setara dengan \$17.683 per kapita dari 2012 hingga 2030 (Bloom *et al.*, 2015).

Pemerintah terus berupaya mengendalikan PTM melalui berbagai kebijakan dan program. Kebijakan mengenai PTM dititikberatkan pada pencegahan faktor risiko seperti melalui Peraturan Pemerintah tentang Standar Pelayanan Minimum di Kabupaten dan Provinsi, Instruksi Presiden tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK), dan PMK tentang Penanggulangan PTM. Berbagai kebijakan tersebut tertuang dalam target pencapaian program dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) seperti target prevalensi merokok usia 10-18 tahun pada 2024 adalah 8,7 persen dan prevalensi obesitas pada usia 18+ tidak bertambah, maupun Rencana Strategis Kementerian Kesehatan seperti 50 persen kabupaten/kota memiliki 80 persen puskesmas yang menerapkan Pelayanan Terpadu (Pandu) PTM dan 80 persen kabupaten/kota memiliki peraturan kawasan tanpa rokok (KTR) dan diimplementasikan di minimal 75 persen sekolah.

Kajian ini dilaksanakan untuk mengevaluasi implementasi kebijakan layanan penanggulangan PTM pada era JKN melalui analisis kuantitatif dengan data sampel Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam kurun 2015-2018, wawancara mendalam dengan 21 informan di pusat dan daerah, serta telaah literatur terkait. Lingkup analisis meliputi implementasi

layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif kardiovaskular, diabetes, *stroke*, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), dan kanker di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). Dengan mengetahui gambaran utilisasi pelayanan pada berbagai jenis PTM, kelompok usia, jenis kelamin, segmen kepesertaan, serta tipe fasilitas kesehatan, pemerintah diharapkan dapat memperkuat kebijakan dan program untuk penanggulangan PTM katastrofik guna mendukung keberlanjutan JKN.

Pemanfaatan Layanan PTM Katastropik di FKTP

Angka kontak dan kunjungan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) mengalami peningkatan hampir dua kali lipat, yang mengindikasikan peningkatan akses pada fasilitas kesehatan. Angka kunjungan terbesar ditemui pada kelompok umur 61-70 tahun yang mencapai 4.220 per 10.000 peserta. Namun perlu diwaspadai peningkatan kelompok umur 41-50 yang utilitasinya meningkat 74 persen selama empat tahun. Berdasarkan segmen kepesertaan, pengguna tertinggi layanan PTM masih didominasi oleh segmen bukan pekerja (BP) dan pekerja bukan penerima upah (PBPU). Utilisasi pada segmen BP lebih tinggi karena didominasi kelompok usia 61-70 tahun yang lebih berisiko mengidap PTM katastrofik dibandingkan dengan segmen kepesertaan lainnya. Sementara untuk PBPU yang melakukan pembayaran iuran secara mandiri, perlu dilakukan *monitoring* dalam hal kepatuhan membayar iuran untuk mencegah *moral hazard*—peserta hanya membayar premi saat akan mengakses layanan kesehatan.

Jenis layanan PTM yang diakses oleh peserta JKN terbanyak adalah kardiovaskular, yang mencapai 566 per 10 ribu peserta. Tren kunjungannya yang didominasi peserta dengan kardiovaskular sejalan dengan peningkatan prevalensi nasional terbesar, yakni penyakit jantung. Kunjungan kedua terbanyak adalah peserta dengan diabetes yang mencapai 253 per 10 ribu peserta pada tahun 2018. Meski berada di peringkat kedua pada 2018, sebenarnya angka kunjungan peserta dengan diabetes meningkat dua kali lipat daripada 2015. Adapun peserta dengan kardiovaskular meningkat 1,82 kali lipat.

Perempuan melakukan kunjungan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Untuk kardiovaskular, jumlah perempuan yang berkunjung mencapai 336 orang berbanding laki-laki yang berjumlah 230 per 10 ribu peserta. Demikian pula dengan diabetes, dengan angka kunjungan perempuan 50 persen lebih tinggi daripada laki-laki. Selain faktor fisiologi, berbagai literatur menemukan bahwa kebiasaan baik perempuan yang cenderung mengunjungi dokter pada saat sakit adalah salah satu faktor angka harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki (Redondo-Sendino *et al.*, 2006). Angka harapan hidup perempuan pada 2018 adalah 73,9 tahun, sedangkan laki-laki 69,3 tahun (World Bank, 2018).

Pemanfaatan Layanan Promotif (Prolanis) di FKTP

Kunci PTM yang terkendali adalah melakukan pengobatan dan pemeriksaan status kesehatan secara rutin setelah terdiagnosis PTM. Hal ini dilakukan untuk mengontrol tingkat keparahan penyakit agar tidak terjadi pemburukan yang membahayakan nyawa pasien, dan menyebabkan

tingginya beban pembiayaan pengobatan pada skema JKN. Untuk itu, BPJS Kesehatan berinisiatif menggulirkan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) yang masuk sebagai program penanggulangan (promotif) PTM di tingkat FKTP.

Kunjungan promotif terbanyak masih didominasi oleh pasien diabetes (67 persen) diikuti oleh pasien kardiovaskular (19 persen). Rendahnya pemanfaatan layanan promotif sejalan dengan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang menemukan bahwa hanya 1,8 persen penduduk Indonesia yang rutin memeriksakan kadar gula darah. Kendala pemeriksaan kadar gula darah disampaikan oleh pemangku kepentingan, baik di pusat sebagai pengambil kebijakan maupun di tingkat pelaksana (puskesmas). Di tingkat pengambil kebijakan level pusat ataupun provinsi kendala terbesarnya adalah ketersediaan dana untuk pembelian bahan habis pakai. Sementara itu, menurut puskesmas sebagai pelaksana kebijakan, kesulitan terbesarnya adalah menjangkau usia produktif untuk melakukan pemeriksaan dini.

Pemanfaatan Layanan PTM Katastropik di FKTP Antar Provinsi

Program JKN telah meningkatkan kunjungan di FKTP di semua provinsi, dengan peningkatan paling besar terjadi di Bengkulu, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, dan Papua. Meski demikian, angka kunjungan terbanyak masih terjadi di provinsi di Jawa. Peningkatan jumlah FKTP terbanyak ditemukan di Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Banten, dan Sulawesi Barat. Secara nasional, rata-rata angka kunjungan sedikit lebih tinggi di FKTP swasta daripada di FKTP pemerintah. Meski demikian, perbedaan pemanfaatan layanan di FKTP pemerintah dan swasta cukup terlihat di beberapa provinsi dan belum merata.

Pemanfaatan Layanan PTM Katastropik di FKRTL

Angka kontak dan kunjungan di FKRTL sempat mengalami penurunan pada 2016, namun kemudian terus mengalami peningkatan. Angka kunjungan mencapai 124 sedangkan angka kontak mencapai 78,97 per 10.000 peserta pada 2018. Angka ini menunjukkan adanya perbaikan akses peserta JKN ke fasilitas kesehatan, terutama di FKRTL.

Berdasarkan kelompok usia, pengguna terbesar sama dengan di FKTP, yakni kelompok usia 61-70 tahun. Berbeda dengan FKTP, kenaikan kunjungan FKRTL tertinggi ditemukan pada kelompok usia 51-60 tahun mencapai 14 persen. Segmen terbesar pengguna layanan di FKRTL sama dengan di FKTP, yakni dari kelompok BP dan PBP. Adapun pemanfaatan layanan oleh segmen Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (PBI APBN) dan Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (PBI APBD) paling rendah. Berdasarkan jenis kelamin, kunjungan penyakit kardiovaskular, PPOK, dan *stroke* didominasi laki-laki, sedangkan kanker dan diabetes didominasi perempuan.

Ihwal layanan rawat inap di FKRTL, ditemukan pola utilisasi kunjungan dan rujukan berjenjang antar-FKRTL yang cenderung landai. Hal ini mengindikasikan perbaikan fungsi FKTP sebagai penjaga kesehatan pertama peserta JKN (*gatekeeper*) sesuai dengan tujuan program JKN. Peningkatan cukup signifikan hanya terjadi pada rumah sakit tipe C sebesar 5 persen selama

enam tahun. Dari segi kepemilikan rumah sakit, angka kunjungan rawat inap ditemukan sedikit lebih tinggi di rumah sakit pemerintah daripada di rumah sakit swasta. Secara rata-rata, pemanfaatan layanan rawat inap di fasilitas kesehatan pemerintah sedikit lebih tinggi dibanding fasilitas kesehatan swasta, yakni 51 persen berbanding 49 persen.

Pemanfaatan Layanan PTM Katastropik di FKRTL Antar-Provinsi

Program JKN telah meningkatkan kunjungan rawat inap di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) di sebagian besar provinsi di Indonesia. Peningkatan kunjungan paling besar di Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Bali, Gorontalo, dan Maluku. Meski ada peningkatan di daerah timur dan kepulauan, angka kunjungan masih didominasi wilayah Indonesia bagian barat. Pada 2018, angka rawat inap tertinggi di DKI Jakarta, mencapai 185 per 10.000 peserta, sedangkan angka terendah di Papua Barat yang hanya 17 per 10.000 peserta pada tahun yang sama.

Dari pola rujukan antarprovinsi untuk penyakit kanker, terdapat beberapa provinsi yang memberikan pelayanan bagi peserta dari provinsi lain. Hal ini dapat mengindikasikan keterbatasan kapasitas pelayanan kanker di provinsi asal.

Pembiayaan Layanan PTM Katastropik di FKRTL

Sistem pembayaran di FKTP berdasarkan kapitasi. Adapun di FKRTL menggunakan metode pembiayaan prospektif secara paket menggunakan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Pembiayaan akan sangat tergantung pada jumlah pasien yang dirujuk oleh FKTP. Rata-rata klaim rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) mengalami peningkatan pada 2016-2017 dengan terbanyak adalah kasus kardiovaskular. Rata-rata pembiayaan keseluruhan kunjungan umum adalah Rp311.716 pada 2018, hanya meningkat 4 persen sejak 2015.

Sementara itu untuk rawat inap, rata-rata klaim hanya meningkat sekitar 3 persen selama empat tahun dari Rp4,57 juta menjadi Rp4,7 juta pada 2018. Rata-rata klaim dalam sekali kunjungan terbesar ada pada kelompok penyakit kanker. Kemungkinan ini didorong juga oleh penggunaan obat-obatan *top up* khusus untuk penyakit kanker. Secara keseluruhan rata-rata klaim di rumah sakit pemerintah mencapai Rp800.000 lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata total klaim rawat inap di rumah sakit swasta. Perbedaan rata-rata klaim ini dapat dipengaruhi nilai CBGs dan keparahan kasus pasien yang lebih tinggi di rumah sakit pemerintah dibandingkan dengan rumah sakit swasta. Meski demikian, pemerataan pasien dan tarif INA-CBGs di rumah sakit swasta perlu ditinjau ulang untuk menjaga keberlangsungan rumah sakit swasta pada era JKN.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Pemerintah berkomitmen untuk mendukung layanan PTM pada era JKN melalui penyediaan kerangka kebijakan dan penguatan implementasi program. Namun beberapa indikator kunci PTM belum terkendali, implementasi layanan antar-fasilitas kesehatan masih beragam, dan masih ada ketimpangan pemanfaatan layanan antardaerah. Di sisi lain, rerata klaim pembiayaan JKN untuk PTM cenderung meningkat tiap tahun sehingga memerlukan intervensi agar keberlanjutan JKN terjaga.

Pemerintah perlu memperkuat kerangka kebijakan layanan PTM katastrofik melalui penguatan dukungan lintas sektor, pemantauan implementasi program, penerapan mekanisme *reward* dan *punishment*, serta peninjauan paket manfaat JKN yang terkait dengan PTM. Selain itu, diperlukan dukungan infrastruktur, ketersediaan tenaga kesehatan, dan pembiayaan untuk program promotif dan preventif PTM di daerah. Intervensi lain seperti redistribusi peserta JKN dan peninjauan tarif pembayaran bagi fasilitas pelayanan kesehatan alias fasyankes juga diperlukan untuk menjaga kualitas layanan dan mendukung operasional fasyankes penyedia layanan JKN.

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Beban penyakit tidak menular (PTM) terus meningkat secara global, baik di negara maju maupun berkembang. Beberapa studi menemukan bahwa tiga per empat dari kematian yang disebabkan PTM terjadi di negara-negara berkembang (Kassa and Grace, 2018; Razzaghi *et al.*, 2019), terutama di negara dengan kapasitas sistem kesehatan yang rendah (Bollyky *et al.*, 2017). Tingginya kematian oleh PTM ini terutama disebabkan oleh penyakit kardiovaskular, *stroke*, kanker, penyakit paru obstruktif kronis, serta diabetes, yang lazim dikenal sebagai kelompok penyakit katastrofik karena dapat menyebabkan tingginya pengeluaran untuk biaya pengobatan yang mengakibatkan kemiskinan. Biaya pengobatan PTM relatif tinggi karena proses pengobatan menahun (Kassa and Grace, 2018). Beban ekonomi karena PTM diestimasikan mencapai \$4,47 triliun atau setara dengan \$17.683 per kapita pada 2012-2030 (Bloom *et al.*, 2015).

Tantangan peningkatan beban kasus PTM ini juga ditemukan di Indonesia, terutama karena kecenderungan prevalensi PTM dan faktor risiko penyebab PTM yang kian meningkat (Kementerian Kesehatan RI, 2018c). Sejak 2014, Indonesia memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk menyediakan cakupan kesehatan semesta bagi penduduk, dengan peserta mencapai lebih dari 222 juta peserta atau setara dengan 82 persen dari seluruh penduduk pada 2020 (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2020). Selama implementasinya, penyakit katastrofik mengalami peningkatan hingga 57 persen dengan peningkatan biaya

mencapai 68 persen (BPJS Kesehatan, 2018). Keadaan ini mengindikasikan perlunya intervensi segera untuk menurunkan beban PTM di Indonesia.

Pemerintah telah mengimplementasikan beberapa program untuk mengatasi beban epidemiologi dan ekonomi PTM, yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019. Salah satu tujuan utama dari renstra ini adalah untuk meningkatkan peran puskesmas dalam menjalankan kegiatan Pos Binaan Terpadu (Posbindu) PTM sebagai upaya deteksi dini penyakit pada penduduk berusia 15 tahun ke atas (Kementerian Kesehatan RI, 2015, 2019c). Di samping itu, pemerintah juga menetapkan beberapa kebijakan untuk penguatan layanan PTM, seperti penetapan beberapa target indikator pengendalian risiko PTM dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Di tingkat fasilitas kesehatan, Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2019 juga mengatur pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dan skrining riwayat kesehatan. BPJS Kesehatan juga bekerja sama dengan rumah sakit pemerintah dan swasta dalam meningkatkan kualitas pengobatan PTM melalui penerapan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) agar pasien dapat ditangani oleh rumah sakit yang memiliki kompetensi yang sesuai dengan kebutuhannya (BPJS Kesehatan, 2018). Meskipun demikian, sejumlah tantangan masih dihadapi, seperti rendahnya utilisasi layanan kesehatan di daerah, alur rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan primer ke sekunder yang perlu diperbaiki, efisiensi pembiayaan layanan, hingga defisit BPJS Kesehatan yang sebagian besar disebabkan oleh tingginya klaim layanan PTM katastropik.

Hingga 2020, BPJS Kesehatan telah memublikasikan data sampel kepesertaan yang terdiri dari data demografi peserta, utilisasi pelayanan kesehatan, diagnosis penyakit, alur rujukan, dan pengobatan yang diterima oleh peserta JKN. Inisiatif ini merupakan salah satu dari langkah yang dilakukan BPJS Kesehatan untuk mendukung proses penyusunan kebijakan kesehatan berbasis bukti, termasuk dalam ranah pengobatan dan penanggulangan PTM di Indonesia. Menindaklanjuti inisiatif tersebut, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) melakukan inisiatif untuk melakukan kajian terkait lima PTM katastropik di Indonesia yang meliputi kardiovaskular, kanker, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes, dan *stroke* dengan menggunakan sampel data BPJS Kesehatan tahun 2015-2018 guna menganalisis pola utilisasi, sistem rujukan, dan implementasi mekanisme pembiayaan pada pelayanan PTM di fasilitas kesehatan dalam program JKN.

1.2 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana implementasi layanan PTM katastrofik dilihat dari pola utilisasi, sistem rujukan, dan mekanisme pembayaran pada di fasilitas kesehatan pada era JKN tahun 2015-2018?

1.3 Tujuan Studi

Studi ini bertujuan untuk:

- a. Membandingkan utilisasi layanan kesehatan lima PTM katastrofik antarprovinsi berdasarkan tipe dan kepemilikan fasilitas layanan kesehatan, dan karakteristik sosio-demografi peserta JKN.
- b. Membandingkan alur rujukan pasien lima PTM katastrofik antarprovinsi dan tantangan yang dihadapi dalam proses rujukan pasien.
- c. Membandingkan total klaim biaya pelayanan kesehatan pasien berdasarkan tipe dan kepemilikan rumah sakit tempat pasien dirawat dan jenis penyakit pasien

1.4 Manfaat Studi

Hasil studi ini diharapkan dapat berkontribusi dalam memberikan rekomendasi kebijakan sebagai berikut:

- a. Gambaran utilisasi pelayanan pada berbagai jenis PTM, kelompok usia, jenis kelamin, segmen kepesertaan JKN, serta tipe dan kepemilikan fasilitas kesehatan.
- b. Gambaran alur rujukan layanan PTM katastrofik berdasarkan tipe fasilitas kesehatan dan provinsi.
- c. Gambaran peningkatan beban ekonomi PTM katastrofik berdasarkan tipe dan kepemilikan fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Rekomendasi penguatan kebijakan implementasi layanan PTM katastrofik dalam skema JKN.

METODOLOGI

2.1 Desain Studi

Penelitian ini menggunakan metode campuran (*mixed methods*) dengan analisis kuantitatif untuk melihat disparitas pelayanan PTM di Indonesia, baik berdasarkan provinsi, kepemilikan, maupun tipe fasilitas kesehatan berdasarkan data sampel BPJS Kesehatan. Sementara itu, analisis kualitatif didasarkan pada hasil wawancara terstruktur dengan pemangku kepentingan terkait di pusat dan daerah. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan terhadap sistem pelayanan kesehatan, khususnya untuk perbaikan mekanisme pelayanan PTM di fasilitas kesehatan dalam menjamin keberlanjutan program JKN.

Pengelompokan PTM pada kajian ini mengacu pada kode *International Classification of Diseases* revisi ke-10 (ICD-10) dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang merupakan standar pendataan diagnosis penyakit di BPJS Kesehatan. Jenis PTM yang kami inklusi merupakan lima PTM dengan tingkat insidensi dan prevalensi terbanyak di dunia, yang disebut juga PTM katastrofik, yakni penyakit jantung, *stroke*, diabetes, penyakit paru obstruktif kronis, dan kanker (WHO, 2021). Dengan demikian, klasifikasi PTM katastrofik yang kami gunakan untuk setiap *dataset* yang kami gunakan ialah:

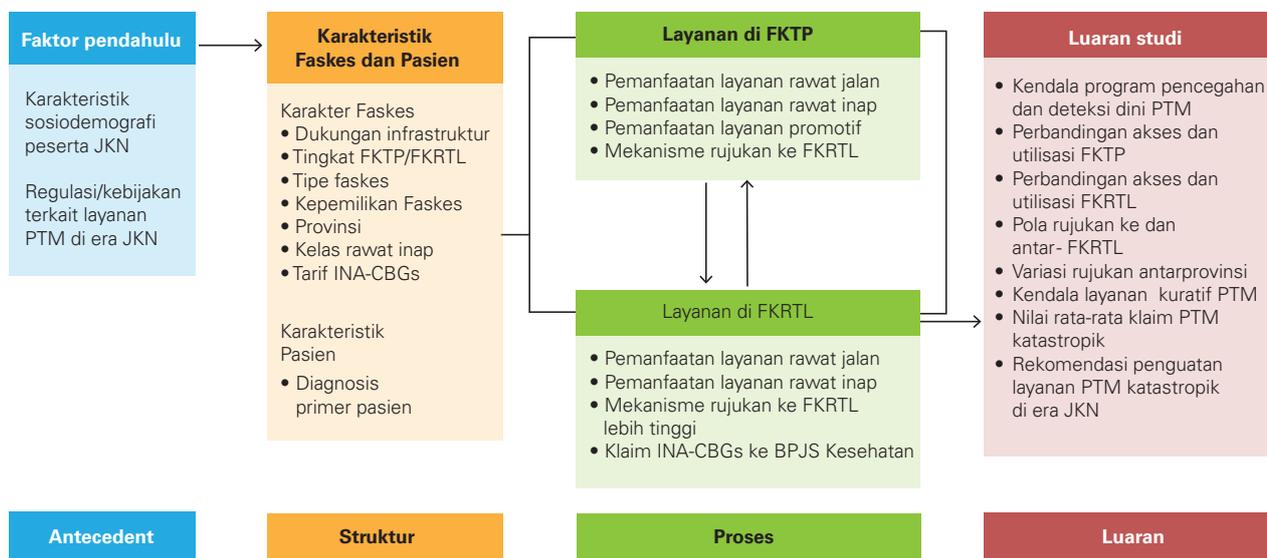
- (1) penyakit kardiovaskular (termasuk penyakit jantung dan hipertensi),
- (2) *stroke*
- (3) diabetes
- (4) PPOK
- (5) kanker

Perincian masing-masing kode ICD-10 untuk setiap klasifikasi PTM katastrofik dapat dilihat pada Lampiran 1.

2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini diharapkan memberikan gambaran bagaimana studi ini melakukan kajian dan analisis implementasi pola utilisasi, sistem rujukan, dan mekanisme pembayaran pada pelayanan PTM di fasilitas kesehatan, baik FKTP maupun FKRTL, pada era JKN, ditilik dari anteseden, struktur, proses, dan keluaran. Lebih jauh lagi, studi ini akan menganalisis karakteristik sosio-demografi, karakteristik fasilitas kesehatan, dan karakteristik pasien.

Gambar 2.1 Kerangka Konsep



Sumber: (Donabedian, 1980; Coyle and Battles, 1999; Bappenas, 2019; Kementerian Kesehatan RI, 2019c; Kankeu et al., 2020)

2.3 Variabel Studi

Tabel 2.1 Variabel Studi

Bagian	Variabel	Definisi	Metode
Anteseden			
	Umur	Gambaran umur penduduk dan peserta JKN di wilayah sampel	Kualitatif dan Kuantitatif
	Jenis Kelamin	Gambaran distribusi jenis kelamin peserta JKN di wilayah sampel	Kualitatif dan Kuantitatif
	Segmen Peserta	Gambaran distribusi segmen peserta (PBI APBN, PBI APBD, PPU, PBPU, dan BP)	Kualitatif dan Kuantitatif
	Provinsi	Provinsi tempat peserta terdaftar	
Struktur			
Karakteristik Fasilitas Kesehatan	FKTP/FKRTL	Kategori jenis fasilitas kesehatan (FKTP atau FKRTL)	Kuantitatif
	Tipe/Kelas Fasilitas Kesehatan	Tipe FKRTL (RS tipe A, B, C, dan D)	Kuantitatif
	Kepemilikan Fasilitas Kesehatan	Kepemilikan fasilitas kesehatan (pemerintah atau swasta)	Kuantitatif
	Provinsi	Provinsi tempat fasilitas kesehatan terdaftar	Kuantitatif
	Kelas Rawat Inap	Hak kelas perawatan pada layanan rawat inap (kelas 1, 2, 3)	Kuantitatif
	Klaim INA-CBGs	Nilai klaim INA-CBGs	
Karakteristik Pasien	Diagnosis	Pengelompokan diagnosis primer pasien berdasarkan kode ICD-X	Kuantitatif
	Keparahan Penyakit	Tingkat keparahan penyakit berdasarkan informasi pada kode INA-CBGs	Kuantitatif
Proses			
FKTP	Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap	Gambaran pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap untuk pelayanan PTM di FKTP	Kualitatif
	Implementasi Rujukan ke FKRTL	Implementasi dan kendala dalam penerapan mekanisme merujuk pasien dari FKTP ke FKRTL khususnya untuk pelayanan PTM	Kualitatif
FKRTL	Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap	Gambaran pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap untuk pelayanan PTM di FKRTL	Kualitatif
	Implementasi Rujukan ke FKRTL lain	Implementasi dan kendala dalam penerapan mekanisme merujuk pasien dari FKRTL ke FKRTL lain yang tipe kelasnya lebih tinggi khususnya untuk pelayanan PTM	Kualitatif

FKRTL	Implementasi Pembayaran Klaim BPJS	Implementasi dan kendala dalam pembayaran klaim INA-CBGs termasuk dalam proses verifikasi khususnya untuk pelayanan PTM	Kualitatif
Luaran			
	Utilisasi	Gambaran proporsi pemanfaatan pelayanan PTM yang didisagregasi berdasarkan tipe penyakit, kelompok umur, jenis kelamin, segmentasi peserta, provinsi, tipe fasilitas kesehatan, dan kepemilikan fasilitas kesehatan	Kuantitatif
	Mekanisme Rujukan	Gambaran proporsi rujukan ke FKRTL berdasarkan jenis PTM, tipe fasilitas kesehatan, dan kepemilikan fasilitas kesehatan	Kuantitatif
	Mekanisme Pembayaran	Gambaran perbandingan rata-rata nilai klaim yang diberikan berdasarkan jenis PTM, segmentasi peserta, tipe fasilitas kesehatan, dan kepemilikan fasilitas kesehatan	Kuantitatif

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

2.4 Sumber Data

2.4.1 Data Sekunder

Analisis kuantitatif dalam studi ini menggunakan data sekunder berupa data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2018. Data sekunder lainnya diperoleh dari pemangku kepentingan di tingkat pusat (Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan) dan daerah (dinas kesehatan provinsi), penyedia layanan kesehatan primer (puskesmas dan klinik pratama) dan sekunder (rumah sakit), serta hasil penelusuran literatur seperti peraturan perundang-undangan, publikasi kajian, ataupun dokumen terkait lainnya.

2.4.2 Data Primer

Untuk mengidentifikasi temuan secara lebih mendalam dan memperkuat hasil analisis, TNP2K juga melakukan wawancara mendalam dengan informan di tingkat pusat maupun daerah melalui pertemuan secara daring pada Desember 2020-Januari 2021 dengan informan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Daftar Informan Wawancara Mendalam

Tingkat	Instansi	Informan
Pusat	Kementerian Kesehatan	Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM Direktorat Pelayanan Kesehatan
	BPJS Kesehatan	Direktorat Jaminan Pelayanan Kesehatan
Daerah	Dinas Kesehatan	Kepala Dinas Kesehatan Kepala Kesehatan Masyarakat Kepala Pencegahan dan Pengendalian PTM Kepala Subbagian Penyusunan Program Kepala Subbagian Keuangan
	Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta	Direktur Rumah Sakit Kepala Bidang Pelayanan/Penunjang Medis Kepala Bidang Administrasi Umum dan Keuangan Staf Penanggung Jawab Rawat Inap Staf Penanggung Jawab Rawat Jalan
	Puskesmas	Kepala Puskesmas/Klinik Kepala Bagian Keuangan Penanggung Jawab UKM (Puskesmas) Penanggung Jawab UKP/Pelayanan Kuratif Penanggung Jawab JKN
	Klinik Pratama	Kepala Puskesmas/Klinik Kepala Bagian Keuangan Penanggung Jawab UKM (Puskesmas) Penanggung Jawab UKP/Pelayanan Kuratif Penanggung Jawab JKN

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Di tingkat daerah, sampel dipilih menggunakan metode *purposive sampling* dengan pembatasan kuota sebanyak tiga provinsi dan justifikasi pemilihan wilayah sampel berdasarkan pertimbangan berikut:

1. Provinsi dengan jumlah kasus PTM terbanyak di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018.
2. Provinsi dengan salah satu prevalensi PTM di atas rata-rata nasional.
3. Keterwakilan berdasarkan wilayah kepulauan.

Berdasarkan kriteria tersebut, lokasi studi terpilih adalah:

Tabel 2.3 Lokasi Studi

Provinsi	RS Pemerintah	RS Swasta	Puskesmas	Klinik
Sumatera Barat	RS A1	RS A2	PKM A	Klinik A
Jawa Timur	RS B1	RS B2	PKM B	Klinik B
Sulawesi Selatan	RS C1	RS C2	PKM C	Klinik C

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Dari instansi yang dituju, informan dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

Tabel 2.4 Kriteria Sampel

Kriteria	Deskripsi
Kriteria Inklusi	Terlibat secara langsung dalam manajemen pelayanan PTM di masing-masing institusi.
	Bersedia untuk menjadi informan dengan dibuktikan dengan menandatangani pernyataan persetujuan (<i>informed consent</i>).
Kriteria Eksklusi	Sudah tidak terlibat/bekerja dengan institusi yang menjadi sampel.
	Tidak bersedia untuk diwawancari.

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

2.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam pengambilan data kualitatif adalah kuesioner semi-terstruktur sebagai panduan wawancara mendalam. Beberapa instansi yang berperan sebagai informan juga diberikan kuesioner untuk mengumpulkan data yang terkait dengan utilisasi, rujukan berjenjang, dan pembiayaan di tingkat daerah.

2.6 Manajemen dan Analisis Data

2.6.1 Data Kuantitatif

Data kuantitatif, yaitu data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2018, dianalisis secara statistik dengan metode deskriptif analisis menggunakan peranti lunak Stata versi SE 14.0, dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Melakukan penggabungan *dataset* yang diterima.
- 2) Mendeteksi adanya *missing data* dan melakukan pembersihan data (*data cleaning*).
- 3) Pembuatan *coding* untuk mendefinisikan variabel-variabel turunan dari *dataset* sesuai dengan indikator yang diuji.
- 4) Melakukan analisis deskriptif variabel-variabel yang diuji.
- 5) Mengolah hasil data yang telah dianalisis untuk ditampilkan dalam bentuk tabel, diagram, ataupun grafik.

Selain data sampel BPJS Kesehatan 2015-2018, pengambilan data primer kuantitatif dilakukan di masing-masing lokasi penelitian untuk memvalidasi data kualitatif yang diterima maupun sebagai pendukung hasil kajian secara keseluruhan.

2.6.2 Data Kualitatif

Analisis data kualitatif menggunakan data primer yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan para informan. Seluruh wawancara direkam dan disusun dalam bentuk transkrip. Data ini diolah dengan menggunakan peranti lunak *Microsoft Excel* untuk diklasifikasikan dan dirinci sesuai dengan variabel dan indikator yang dianalisis.

Validasi data kualitatif dilakukan dengan metode triangulasi sebagai berikut:

1) Triangulasi sumber data

Melakukan konfirmasi data yang diperoleh dengan informasi dan data dari sumber lain, di antaranya data kuantitatif yang diisi melalui formulir tertentu, penyedia kesehatan lain dalam kategori yang sama, pemangku kepentingan terkait, ataupun sumber lainnya.

2) Triangulasi metode

Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan lebih dari satu metode, yaitu wawancara mendalam dan penelusuran dokumen yang terkait dengan implementasi utilisasi, rujukan berjenjang, dan pembiayaan klaim pelayanan PTM pada era JKN.

2.7 Persetujuan Etik Penelitian

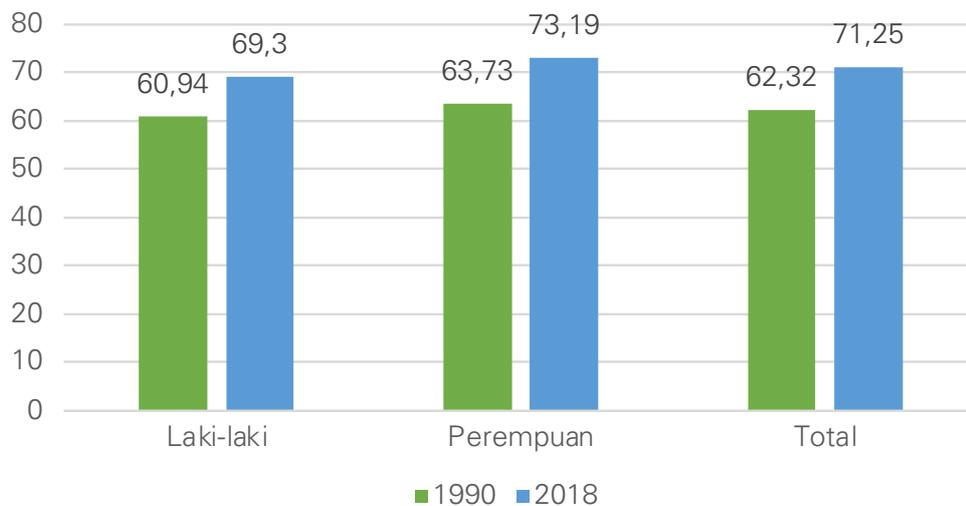
Studi ini telah memperoleh persetujuan kaji etik dari Komisi Etik Riset dan Pengabdian Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dengan Surat Keterangan Lolos Etik Nomor: Ket-682/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2020.

03

TANTANGAN PTM KATASTROPIK DI INDONESIA

Investasi pembangunan kesehatan di Indonesia sudah menunjukkan hasil positif, yang terlihat dari peningkatan angka harapan hidup pada periode 1990-2018. Dalam dua dekade, angka harapan hidup laki-laki meningkat hingga 8,36 tahun dan angka harapan hidup perempuan meningkat hingga 9,46 tahun (World Bank, 2021).

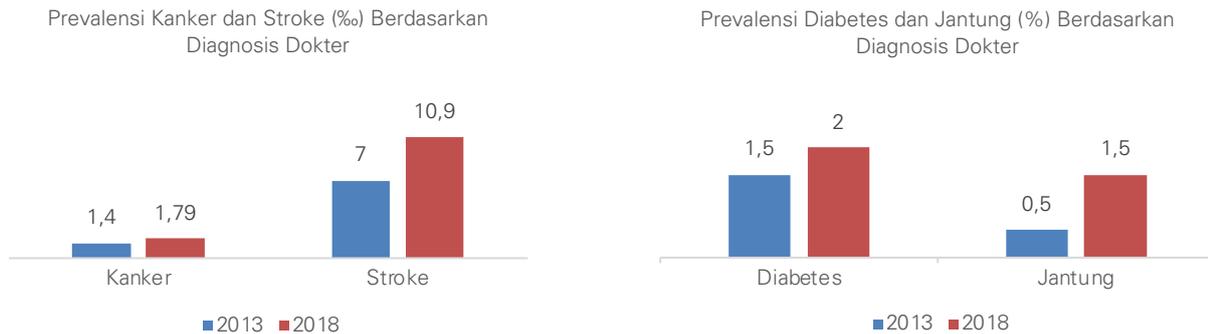
Grafik 3.1 Angka Harapan Hidup Indonesia Tahun 1990 dan 2019



Sumber: (World Bank, 2021)

Di sisi lain, data Riskesdas 2013 dan 2018 menunjukkan peningkatan prevalensi PTM pada kelompok usia di atas 18 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2013, 2018c). Peningkatan prevalensi tertinggi ditemui pada penyakit jantung (tiga kali lipat), dan stroke (1,5 kali lipat). Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan angka harapan hidup belum tentu diikuti dengan peningkatan kualitas hidup masyarakat karena adanya risiko morbiditas dan mortalitas yang disebabkan penyakit tersebut.

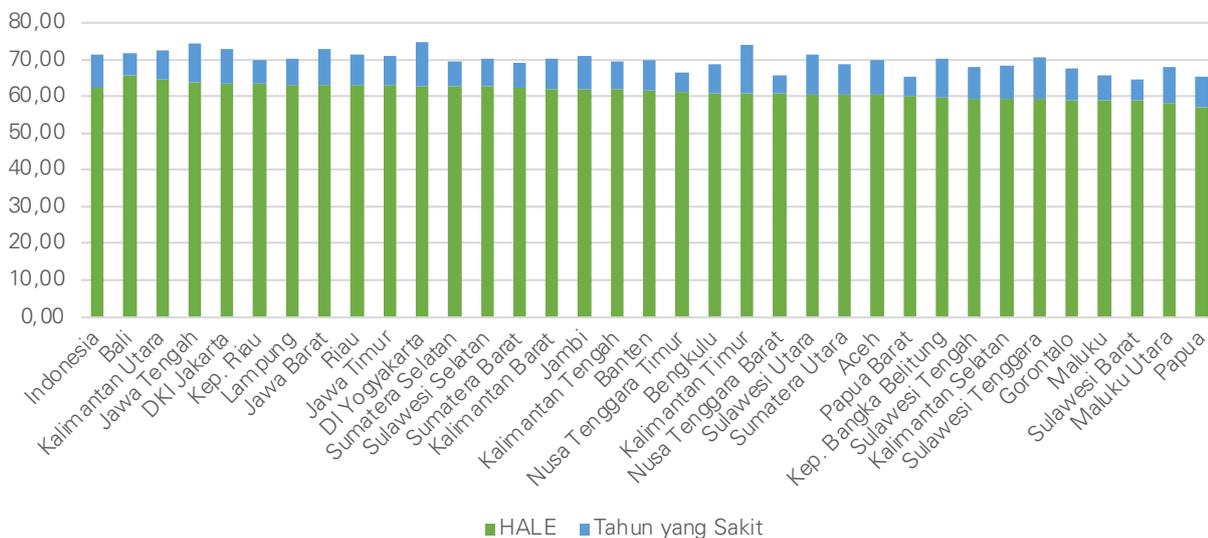
Grafik 3.2 Prevalensi Empat PTM Katastropik Berdasarkan Data Riskesdas 2013 dan 2018



Sumber: Kementerian Kesehatan (2013 dan 2018c)

Hasil analisis data *Global Burden of Disease 2018* menunjukkan adanya selisih antara angka harapan hidup di suatu provinsi dan angka tahun hidup dengan kondisi sehat (*healthy life years expectancy*). Selisih tersebut diestimasi sebagai rerata lama tahun penduduk suatu provinsi mengalami sakit, sebelum akhirnya meninggal. Pada 2018, rerata angka harapan hidup penduduk Indonesia adalah 71,25 tahun, dengan *health-adjusted life expectancy* (HALE) 62,35 tahun dan angka tahun sakit 8,9 tahun. Provinsi dengan angka HALE tertinggi adalah Bali, yaitu 65,7 tahun. Provinsi dengan angka tahun sakit tertinggi adalah Kalimantan Timur, yaitu 13,13 tahun (*Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019*).

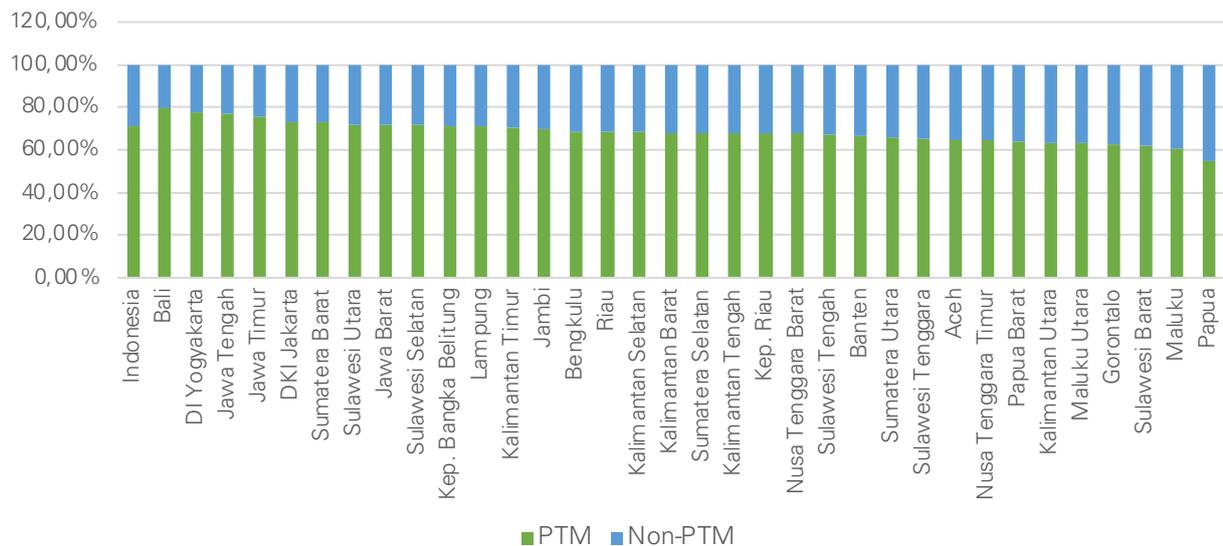
Grafik 3.3 HALE dan Tahun Sakit Antar-Provinsi Tahun 2018



Sumber: Global Burden of Diseases Collaborative Network (2019)

Beban penyakit berdasarkan disabilitas dan kematian dini (*disability-adjusted life years/DALY*) di tiap provinsi berbeda-beda, namun secara umum didominasi oleh PTM. Pada level nasional, proporsi DALY karena PTM mencapai 71,25 persen. Seperti terlihat di Grafik 3.4, proporsi DALY karena PTM tertinggi ditemui di Bali (79,35 persen) dan terendah di Papua (54,58 persen) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019).

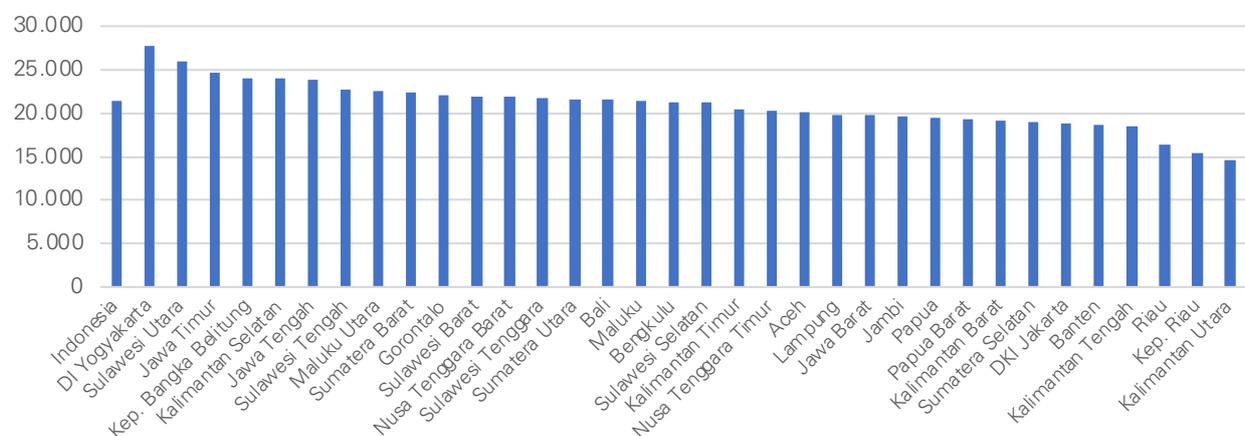
Grafik 3.4 Proporsi PTM dan Non-PTM dalam DALY Menurut Provinsi Tahun 2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Grafik 3.5 menunjukkan DALY karena PTM per 100.000 penduduk di tiap provinsi di Indonesia. Pada level nasional, DALY karena PTM mencapai 21.406 tahun yang hilang per 100.000 penduduk. DALY tertinggi untuk PTM ditemui di Yogyakarta (27.729 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), Sulawesi Utara (25.915 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), dan Jawa Timur (25.914 tahun yang hilang per 100.000 penduduk) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019).

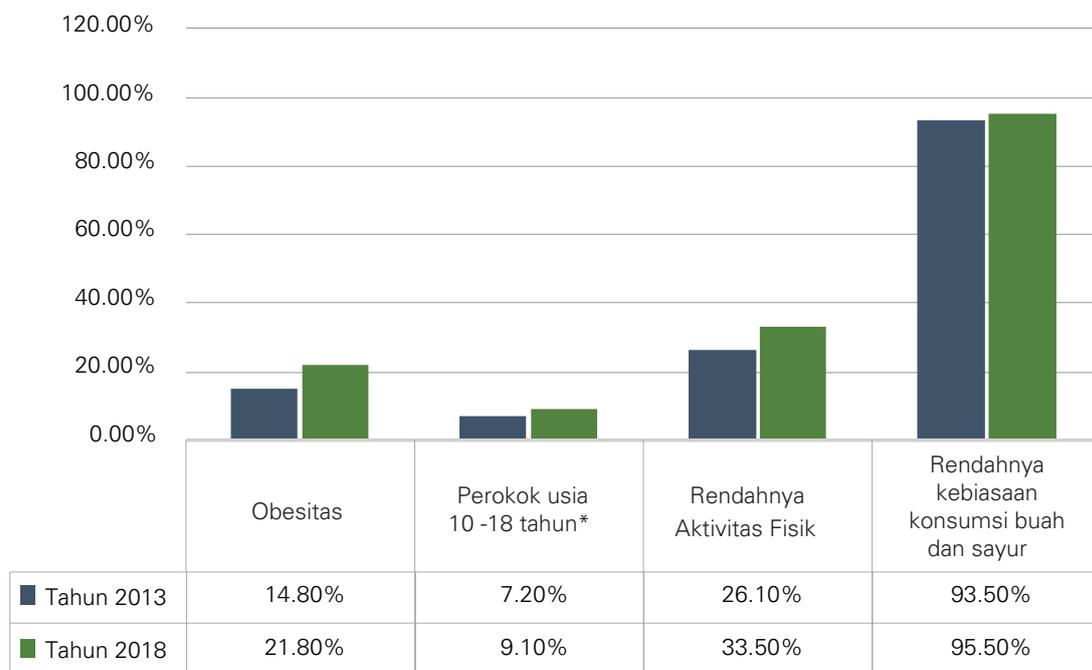
Grafik 3.5 DALY Karena PTM per 100.000 Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2018



Sumber: Global Burden of Diseases Collaborative Network (2019)

Terdapat empat faktor risiko utama PTM katastrofik yang meliputi diet tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok, dan konsumsi alkohol (Kementerian Kesehatan RI, 2019b). Data Riskesdas menunjukkan telah terjadi peningkatan faktor risiko tersebut dalam rentang 2013-2018 seperti diperlihatkan Grafik 3.6 (Kementerian Kesehatan RI, 2013, 2018c).

Grafik 3.6 Prevalensi Gaya Hidup Tidak Sehat yang Menjadi Faktor Risiko PTM Katastrofik Tahun 2013 dan 2018



Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2013, 2018c)

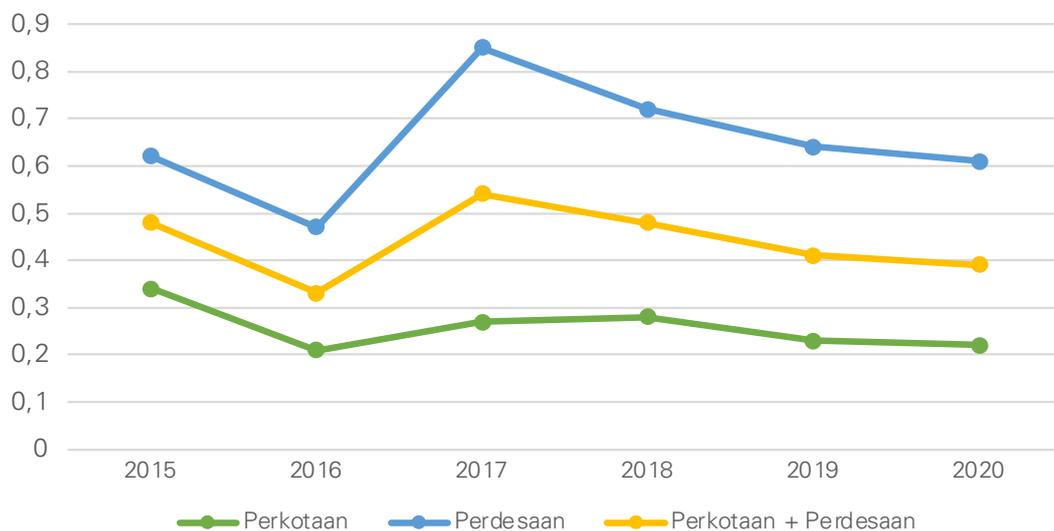
Di antara keempat faktor risiko tersebut, konsumsi tembakau merupakan faktor risiko yang paling berkontribusi terhadap DALY (3.376 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), diikuti pola makan tidak sehat (2.943 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), obesitas (2.619 tahun yang hilang per 100.000 penduduk), dan rendahnya aktivitas fisik (214 tahun yang hilang per 100.000 penduduk). Tren pada periode 1990-2018 menunjukkan bahwa meski obesitas menduduki peringkat ketiga penyebab DALY, namun peningkatannya paling signifikan dibanding faktor risiko lainnya (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019).

Kondisi obesitas dengan diet tidak sehat saling berkaitan dengan kurangnya kebiasaan mengonsumsi buah dan sayur. Obesitas dan obesitas sentral berhubungan signifikan dengan hipertensi dan diabetes. Lebih jauh lagi, berbagai studi klinis menemukan bahwa obesitas, obesitas sentral, diabetes, dan hipertensi dapat menyebabkan kejadian kardiovaskular (Harbuwono *et al.*, 2018).

Risiko diabetes tipe 2 juga meningkat hingga 26 persen pada individu yang mengonsumsi minuman berpemanis secara berkala hingga 1-2 kaleng per hari atau lebih dibandingkan dengan individu yang jarang mengonsumsi minuman berpemanis (Malik *et al.*, 2010). Indonesia merupakan negara dengan konsumsi minuman berpemanis tertinggi ketiga di Asia

Tenggara (Ferretti and Mariani, 2019). Di Asia, beberapa jenis minuman berpemanis yang sering kali ditemukan di antaranya teh siap minum, sereal/kacang-kacangan dengan susu, serta beberapa jenis soda dengan rasa buah-buahan lokal (Kleiman, Ng and Popkin, 2012). Konsumsi alkohol juga berkontribusi terhadap obesitas. Namun, data menunjukkan adanya penurunan konsumsi alkohol per kapita per liter pada penduduk berusia di atas 15 tahun pada rentang 2017-2020 seperti terlihat pada Grafik 3.7 (Badan Pusat Statistik, 2021a). Salah satu upaya yang digalakkan oleh WHO dan UNICEF untuk menurunkan obesitas adalah dengan membatasi akses masyarakat terhadap makanan dan minuman tidak sehat. Hal ini dilakukan melalui pengusulan pajak pada minuman berpemanis serta adanya label yang dapat membantu konsumen memilih makanan sehat (UNICEF, 2021).

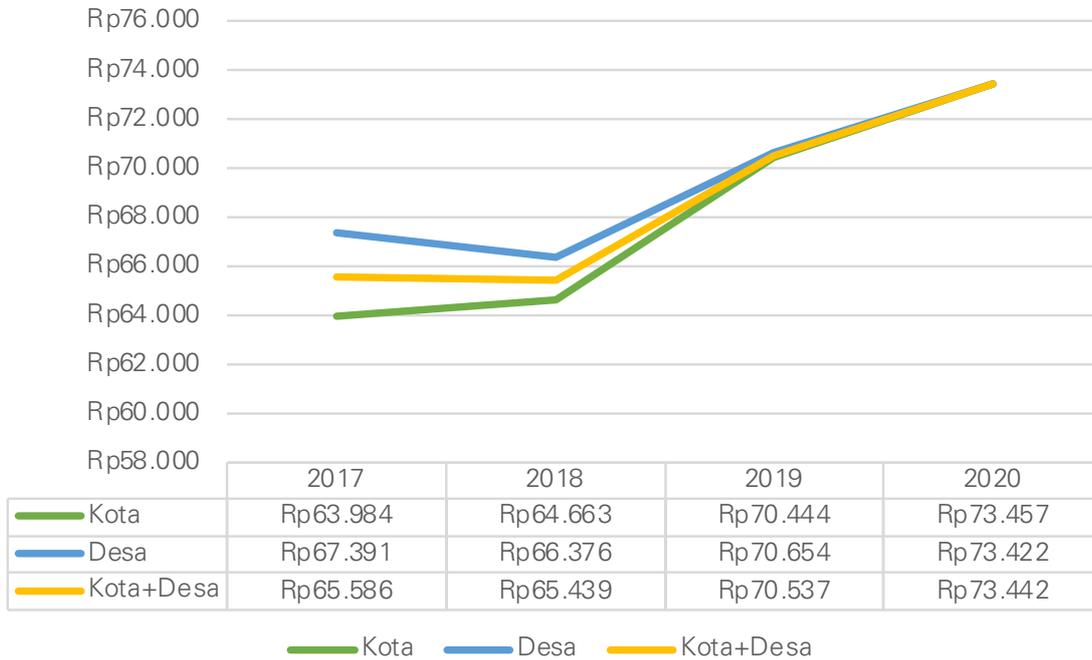
Grafik 3.7 Tren Konsumsi Alkohol (Liter/Kapita) pada Penduduk di Atas 15 Tahun Tahun 2015-2020



Sumber: (Badan Pusat Statistik, 2021a)

Terkait dengan kebiasaan merokok, data Badan Pusat Statistik menunjukkan peningkatan pengeluaran untuk rokok di kota dan desa dalam kurun waktu 2018-2019, dengan rata-rata pengeluaran per tahun tertinggi ditemukan di desa (Badan Pusat Statistik, 2021b). Temuan ini sejalan dengan sebuah studi yang menggunakan data Susenas 2019 yang menemukan bahwa prevalensi perokok memang lebih tinggi ditemui di perdesaan (34,8 persen) dibandingkan dengan perkotaan (31,4 persen). Hasil studi tersebut mengestimasi bahwa beban biaya kesehatan akibat rokok diperkirakan mencapai Rp17,9 triliun- Rp27,7 triliun (0,1-0,2 persen PDB) pada 2019. Beban biaya tersebut jauh lebih besar dibandingkan dengan perkiraan besaran alokasi cukai rokok untuk JKN (Rp5,8 triliun) dan Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau (DBHCHT) untuk sektor kesehatan (Rp1,6 triliun) pada tahun yang sama (Meilissa et al., 2021). Sehingga, konsumsi tembakau perlu ditekan agar tidak semakin membebani sistem JKN dan tidak kian berdampak pada kesehatan masyarakat penduduk Indonesia.

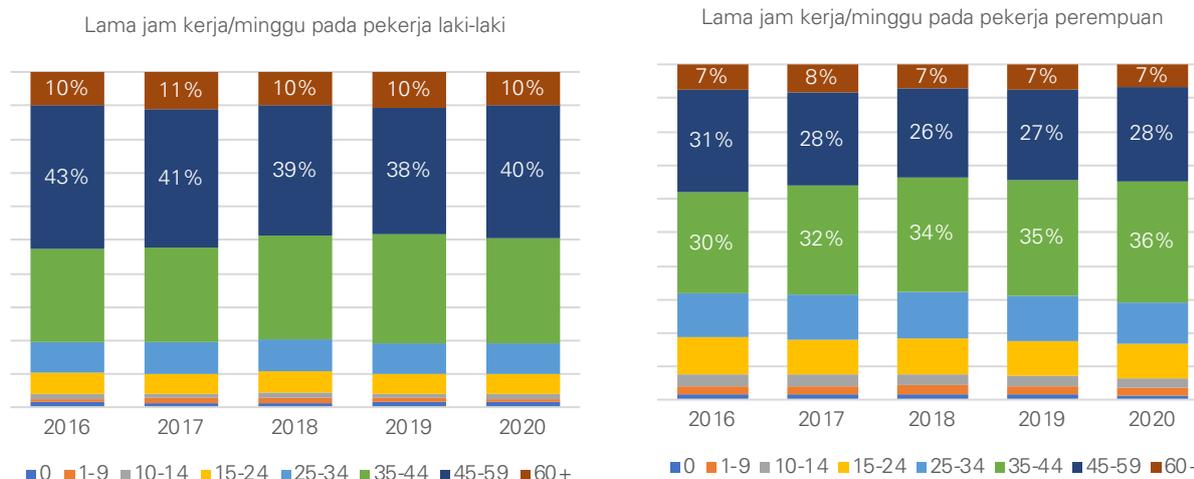
Grafik 3.8 Tren Peningkatan Pengeluaran untuk Rokok Tahun 2017 – 2020



Sumber: (Badan Pusat Statistik, 2021a)

Selain faktor-faktor risiko di atas, studi terbaru dari WHO dan Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) menyatakan bahwa lama waktu kerja yang melebihi 55 jam per minggu berkontribusi pada peningkatan risiko kematian karena penyakit jantung iskemik (hingga 17 persen) dan *stroke* (hingga 35 persen). Studi tersebut juga menemukan bahwa kelompok laki-laki yang tinggal di kawasan Asia Tenggara memiliki risiko yang lebih signifikan dibanding kelompok populasi lainnya (Li *et al.*, 2020). Di Indonesia tercatat bahwa proporsi pekerja laki-laki yang memiliki lama jam kerja per minggu pada rentang 45-59 jam dan 60+ jam jauh lebih besar daripada rentang jam kerja lainnya. Sedangkan pada perempuan, proporsi pekerja dengan jam kerja 45-59 jam dan 60+ jam per minggu relatif seimbang dengan proporsi pekerja dengan jam kerja 35-44 jam per minggu (Badan Pusat Statistik, 2017, 2018, 2019, 2020a). Proporsi pekerja laki-laki yang terpapar faktor risiko jam kerja (45-59 dan 60+ jam per minggu) tersebut secara umum juga lebih besar daripada pekerja perempuan. Perlu ada intervensi untuk membatasi rentang jam kerja yang terlalu lama (Li *et al.*, 2020).

Grafik 3.9. Lama Jam Kerja per Minggu pada Pekerja di Indonesia Tahun 2016 - 2020



Sumber: (Badan Pusat Statistik, 2017, 2018, 2019, 2020a)

Seluruh faktor risiko PTM katastrofik tersebut perlu dikendalikan agar prevalensi penderita tidak meningkat. Layanan untuk PTM katastrofik membutuhkan utilisasi berulang dan menahun, sehingga menimbulkan beban pembiayaan yang cukup besar bagi JKN (Kassa and Grace, 2020). Laporan BPJS Kesehatan menunjukkan peningkatan beban biaya dari Rp14,3 triliun pada 2015 (BPJS Kesehatan, 2019a), menjadi Rp21 triliun pada 2018 seperti ditunjukkan pada Tabel 3.1 (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, 2020) Data lebih detail mengenai implementasi layanan PTM katastrofik dan besaran biayanya akan diulas pada sub-bab selanjutnya.

Tabel 3.1 Beban Biaya Layanan PTM Katastrofik pada Sistem JKN

Penyakit	Tahun 2015 (11 Juta Kasus)		Tahun 2018 (19 Juta Kasus)	
	Kasus	Biaya (Juta)	Kasus	Biaya (Juta)
Jantung	6.341.845	6.938.440	9.899.482	10.500.000
Gagal Ginjal	2.217.566	2.784.047	2.166.778	2.300.000
Kanker	1.394.327	2.469.933	3.203.983	3.400.000
Stroke	860.736	1.155.270	2.355.360	2.500.000
Lainnya	414.417	993.067	1.731.882	2.300.000
Total	11.156.911	14.340.761	19.243.141	21.000.000

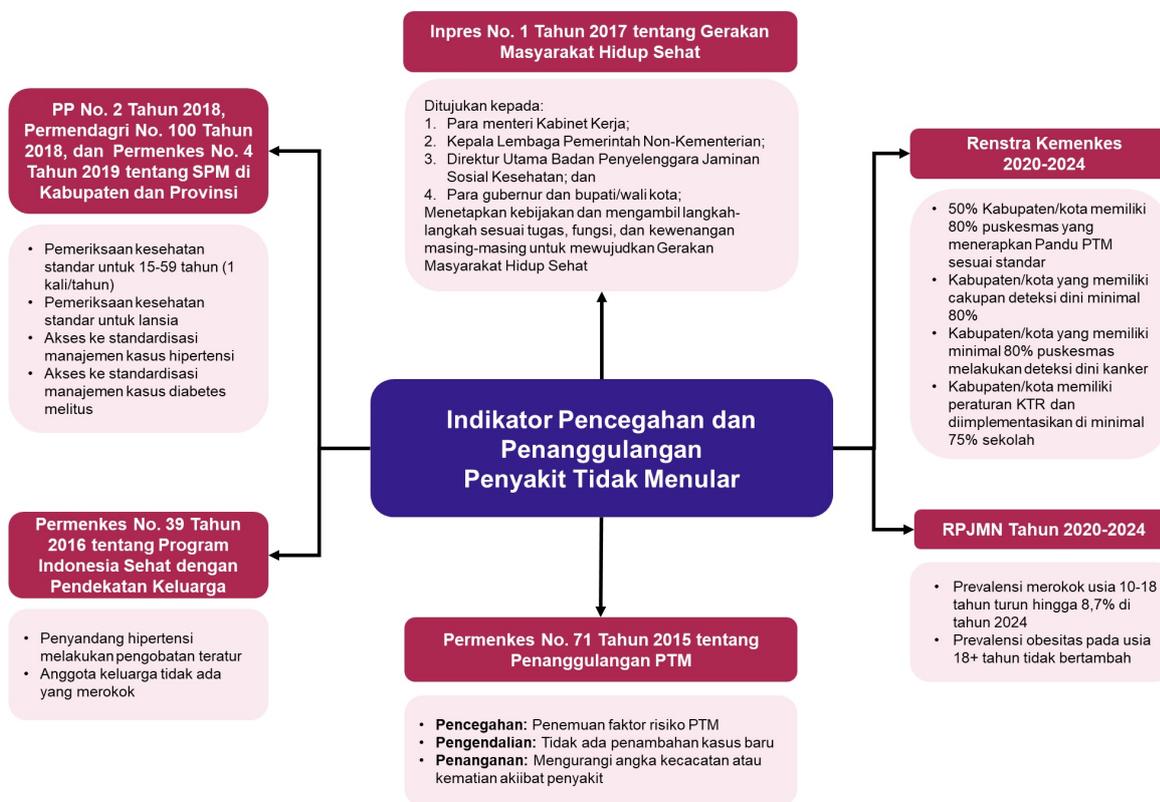
Sumber: (BPJS Kesehatan, 2019a)

IMPLEMENTASI PENANGGULANGAN PTM KATASTROPIK DI INDONESIA

4.1 Kerangka Kebijakan Penanggulangan PTM di Indonesia

Kebijakan penanggulangan PTM katastrofik dikenal sebagai strategi “4 by 4”, yaitu diprioritaskan pada penanggulangan empat penyakit penyebab utama 60 persen kematian (kardiovaskular, diabetes melitus, kanker, dan penyakit paru obstruksi kronis), melalui pengendalian empat faktor risiko utama (diet tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok, dan mengonsumsi alkohol) (Kementerian Kesehatan RI, 2019c). Sejumlah indikator dalam pencegahan dan penanggulangan PTM ditunjukkan dalam Gambar 4.1.

Gambar 4.1 Indikator Pencegahan dan Penanggulangan PTM



Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2019c)

Adapun berbagai program penanggulangan PTM di bawah Kementarian Kesehatan berdasarkan jenis upaya yang dilakukan ditunjukkan pada Gambar 4.2.

Gambar 4.2 Program Kementerian Kesehatan dalam Manajemen Penyakit Tidak Menular

Promotif		Preventif	Kuratif-Rehabilitatif
Menyebarluaskan media KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi)	Komunitas	Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM Dasar 1. Wawancara faktor risiko PTM 2. Pengukuran tinggi badan 3. Pengukuran berat badan 4. Penghitungan IMT 5. Pengukuran tekanan darah 6. Pengukuran gula darah 7. Identifikasi, edukasi, dan tindak lanjut faktor risiko PTM	Penanganan dan penatalaksanaan kasus sesuai dengan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) untuk kasus Penyakit Tidak Menular (PTM)
Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS)		Program Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Sekolah • Penetapan KTR • Pembentukan satgas • Memenuhi delapan indikator penerapan KTR	Program Pelayanan Paliatif pada Dewasa
Membiasakan perilaku CERDIK di masyarakat: Cek kesehatan secara rutin Enyahkan asap rokok Rajin aktivitas fisik Diet seimbang Istirahat cukup Kelola stres		FKTP	Program Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) Pemberian konseling kepada perokok untuk berhenti merokok di FKTP dan sekolah
	Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pandu PTM) Manajemen faktor risiko, melalui pemeriksaan: • Perilaku merokok • Obesitas • Tekanan darah • Gula darah sewaktu • Kolesterol • Wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual		Program Deteksi Dini Kanker Kegiatan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim pada wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual, meliputi: a. Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) b. Pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)
	Program Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS) • Pengukuran IMT • Wawancara perilaku berisiko • Edukasi perilaku gaya hidup sehat		Imunisasi HPV • Diturunkan pada anak usia sekolah di lima provinsi (Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Manado, dan Makassar) • Rencananya akan diperluas secara bertahap ke seluruh provinsi

Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2019c)

4.2 Implementasi Upaya Promotif dan Preventif Penanggulangan PTM pada Era JKN

a. Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Pemerintah menerbitkan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) sebagai kerangka kebijakan upaya promotif dan preventif lintas sektor, terutama terkait dengan enam aktivitas utama berikut:

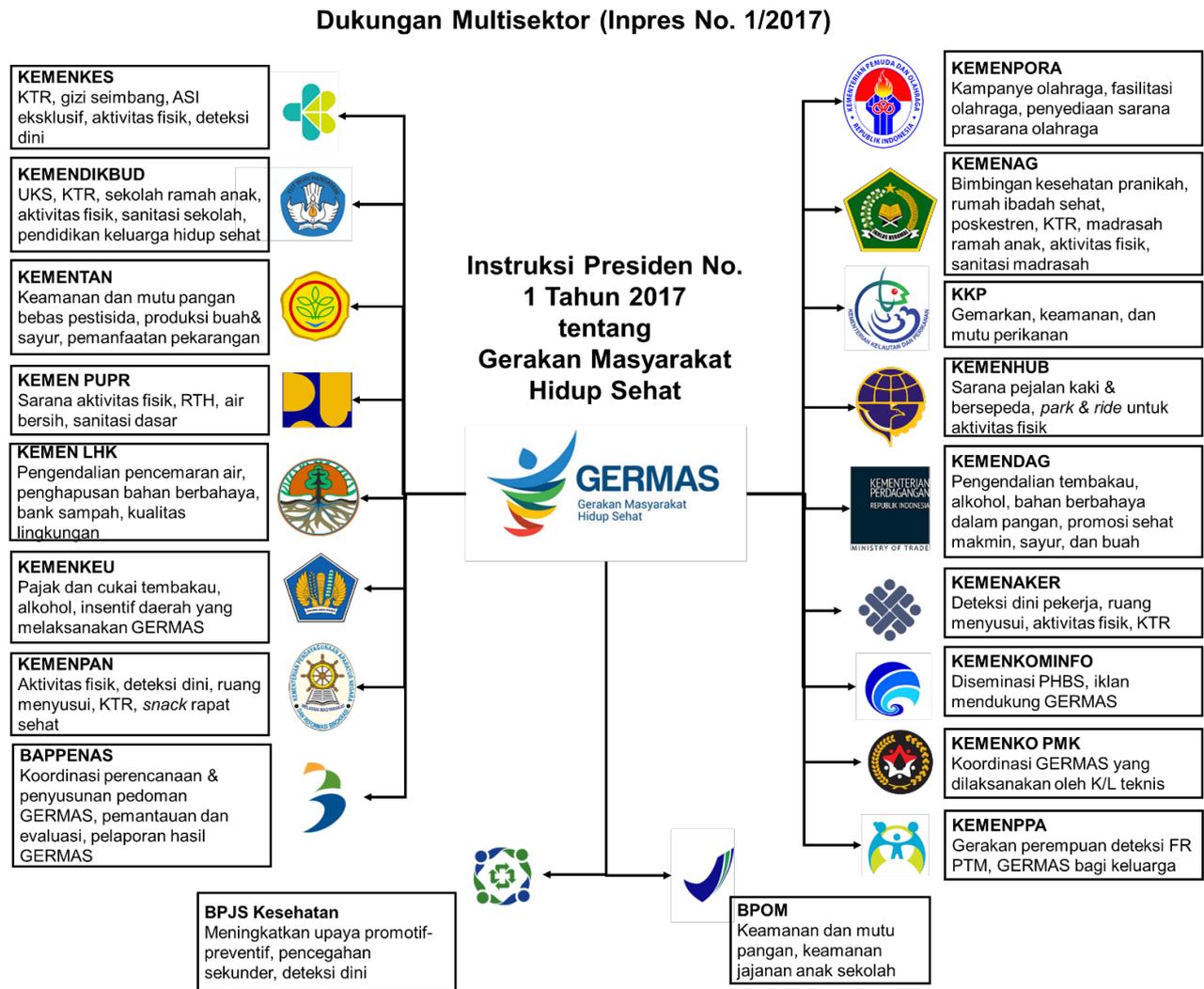
- Peningkatan aktivitas fisik;
- Peningkatan perilaku hidup sehat (termasuk pengendalian konsumsi rokok dan alkohol);
- Penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi (termasuk pengendalian produk gula, garam, lemak dalam bahan pangan);
- Peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit;
- Peningkatan kualitas lingkungan; dan
- Peningkatan edukasi hidup sehat.

Melalui Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017, upaya tersebut diharapkan dapat dilakukan secara sinergis lintas 20 kementerian/lembaga serta gubernur dan bupati/wali kota (Gambar 4.3). Jika seluruh pemangku kepentingan berperan aktif dalam implementasi Germas, diperkirakan kasus PTM dapat ditekan secara signifikan.

“Nah, kalau ini compliance-nya dari seluruh kementerian/lembaga, 50 persen, saya yakin, PTM turun kalau ini betul-betul dilakukan.”

– Direktur P2PTM Kemenkes

Gambar 4.3 Dukungan Multisektor dalam Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat



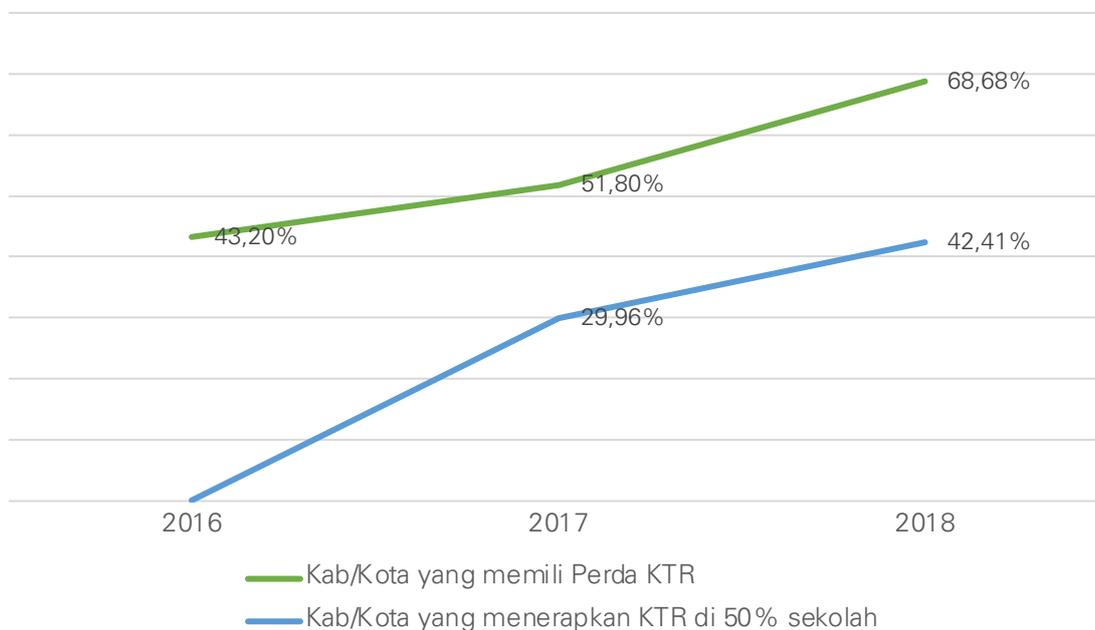
Sumber: Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017

Inpres Nomor 1 Tahun 2017 tersebut idealnya dapat menjadi dasar hukum yang kuat agar pengendalian empat faktor risiko utama PTM dapat terlaksana dengan baik. Namun, komitmen lintas sektor masih relatif rendah. Selain itu, ada pemangku kepentingan kunci yang tidak dilibatkan dalam inpres tersebut. Sebagai contoh, Kementerian Perindustrian yang berwenang mengawasi industri tembakau dan olahan produk makanan tidak dicantumkan dalam regulasi tersebut. Pemerintah daerah juga belum memenuhi komitmennya untuk menerapkan KTR, meski sudah diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Hal ini disebabkan tingginya ketergantungan pemerintah daerah terhadap penerimaan daerah dari sektor industri tersebut.

*Kita advokasi kawasan tanpa rokok kepada bupati/wali kota. Mereka lebih galak padahal sudah ada juga Permendagri untuk mendorong kepala daerah mengondisikan kawasan tanpa rokok. Tapi mereka balas bilang, “Tbu mau ganti PAD [Pendapatan Asli Daerah] saya dari iklan?” – **Direktur P2PTM Kemenkes***

Data *Profil Kesehatan Indonesia* menunjukkan peningkatan jumlah kabupaten/kota yang memiliki KTR dalam periode 2016-2018. Meski demikian, masih ada 31,32 persen kabupaten/kota yang belum memiliki KTR sama sekali, dan 57,59 persen kabupaten/kota yang belum mengimplementasikan KTR di minimal 50 persen sekolah di wilayahnya seperti ditunjukkan pada Grafik 4.1 (Kementerian Kesehatan; 2017, 2018b, dan 2019a). Padahal, studi di Semarang menunjukkan bahwa pelajar remaja yang belajar di sekolah dengan kepadatan iklan rokok luar ruang dengan tingkat sedang dan tinggi memiliki risiko 2,16 kali lebih tinggi untuk merokok dibandingkan dengan pelajar di sekolah yang wilayah sekitarnya minim iklan rokok. Lebih lanjut, pelajar yang sekolahnya dekat dengan iklan rokok luar ruang (dalam radius 200 meter) berisiko 2,8 kali lebih tinggi untuk merokok (Handayani *et al.*, 2021). Sehingga, implementasi KTR di wilayah sekolah ini perlu dipercepat dan diperkuat.

Grafik 4.1 Implementasi KTR di 514 Kabupaten/Kota di Indonesia



Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2017, 2019b; Kementerian Kesehatan, 2018b)

Dari hasil studi kualitatif yang kami lakukan, tiga dinas kesehatan juga mengonfirmasi adanya kendala dalam penerapan Germas, terutama terkait dengan komitmen implementasi program lintas sektor, pendanaan, dan penerapan sanksi.

Jadi kalau bicara Inpres, saya pikir ini memang kalau kita lihat ya, Bu, kondisi di lapangan yang selama ini saya pantau rasanya belum gitu menyentuh. Kenapa saya katakan demikian? Walaupun di Inpres itu kan sudah jelas peran dan fungsi masing-masing provinsi, kabupaten/kota kemudian fungsi-fungsi dari organisasi perangkat daerah yang ada. Itu sesuai dengan tugasnya masing-masing tapi dari segi implementasinya yang belum begitu tampak dalam hal ini. Nah, mungkin perlu penguatan lagi apakah dari segi nomenklatur nya, ada sanksi bagi pemda, atau bagaimana ketika tidak melakukan ini atau tidak mengalokasikan anggaran untuk masing-masing OPD-nya, tentunya perlu dikasih semacam punishment itu, Bu.

– Dinas Kesehatan Sumatera Barat

Proses untuk Perda KTR ini kan pasti melibatkan anggota dewan. Anggota dewan saat itu juga menjanjikan akan disampaikan di masing-masing kabupaten/kota untuk ikut mendukung ini dan jujur saja pada praktiknya kembali ke mereka.

– Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan

Memang di Jawa Timur belum ada perda terkait KTR, tetapi di kabupaten/kota sebagian besar sudah punya perda. Implementasinya ya terus terang belum optimal ya karena perda pun dibuat ternyata pelaksanaannya di lapangan belum sesuai dengan yang diharapkan. Di beberapa tatanan yang harusnya yang bebas asap rokok tapi masih didapatkan para perokok yang masih bisa merokok dengan seenaknya tanpa ada sanksi.

– Dinas Kesehatan Jawa Timur

b. Implementasi Upaya Deteksi Dini Faktor Risiko PTM

Upaya deteksi dini faktor risiko PTM dilakukan melalui implementasi Pos Pembinaan Terpadu PTM (Posbindu PTM) yang dilaksanakan berbasis wilayah secara berkala setiap enam bulan sekali atau minimal setahun sekali. Implementasinya dapat dilakukan di tiap desa, kelurahan, atau instansi perkantoran, dan menjangkau seluruh penduduk usia 15 tahun ke atas. Fokus deteksi dini yang dilakukan mencakup faktor risiko obesitas, tekanan darah, gula darah, deteksi dini kanker serviks, serta kanker payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2019c).

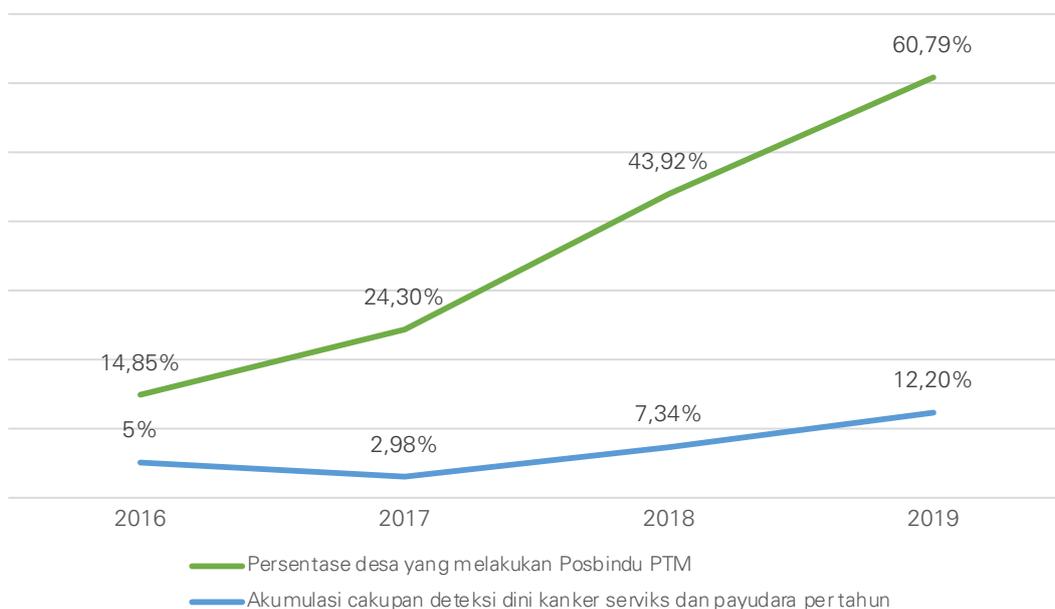
Upaya penemuan dan penanganan kasus, serta manajemen faktor risiko PTM juga dilakukan melalui implementasi program pengendalian terpadu (Pandua) PTM. Kegiatan ini dilakukan di

puskesmas dengan upaya manajemen faktor risiko meliputi dilakukannya anamnesis faktor risiko PTM (merokok, pola makan, aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, perempuan yang sudah menikah atau berhubungan seksual) yang dilanjutkan dengan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi, yaitu indeks massa tubuh (IMT), lingkar perut, tekanan darah, gula darah, inspektulo (khusus perempuan), dan hemoglobin (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Skrining kanker payudara melalui pemeriksaan payudara secara klinis (SADANIS) dan kanker serviks umumnya dilakukan bersamaan—praktik serupa juga ditemui di Vietnam. Sebetulnya ada metode skrining kanker payudara lain seperti mammografi dan USG, namun membutuhkan biaya yang lebih besar. Di sisi lain, metode pemeriksaan menggunakan mammografi dan USG juga memerlukan dukungan alat yang memadai dan biasanya hanya terdapat di rumah sakit sehingga metode tersebut sulit dilaksanakan di puskesmas. Pemilihan metode skrining yang *cost effective* perlu disesuaikan dengan kapasitas fiskal suatu negara, kondisi sosio-budaya, target populasi, dan ketersediaan sarana prasarana di fasilitas kesehatan. WHO merekomendasikan bahwa suatu skrining disebut *cost effective* jika *incremental cost-effectiveness ratio* (ICER)-nya kurang dari tiga kali produk domestik bruto per kapita di negara tersebut (Nguyen *et al.*, 2013). Ihtwal pencegahan kanker serviks, selain melalui deteksi dini, juga dapat dilakukan dengan implementasi program vaksinasi *human papillomavirus* (HPV).

Data *Profil Kesehatan Indonesia 2016-2019* menunjukkan adanya peningkatan pelaksanaan Posbindu PTM dan cakupan deteksi dini penyakit yang dilakukan. Namun, rerata nasional menunjukkan perkembangan yang rendah seperti diperlihatkan pada Grafik 4.2 (Kementerian Kesehatan RI, 2017, 2019b, 2020; Kementerian Kesehatan, 2018b). Lebih lanjut, upaya deteksi dini pada kelompok usia produktif baru bisa mencakup 38.835.830 orang atau rerata nasional baru mencapai 16,26 persen (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Grafik 4.2 Tren Peningkatan Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko PTM Tahun 2016- 2020



Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2017, 2019b, 2020; Kementerian Kesehatan, 2018b)

Hasil studi kualitatif menemukan adanya beberapa kendala di daerah dalam penerapan upaya deteksi dini faktor risiko PTM. Kendala tersebut meliputi minimnya anggaran, keterbatasan sarana prasarana untuk skrining, dan kesulitan dalam menjangkau kelompok usia produktif.

Kembali lagi ketersediaan BHP [Bahan Habis Pakai] dari Posbindu itu sendiri, pertama. BHP itu bahan habis pakai. Kan cuma tiga yang diukur di sana, tekanan darah, gula darah, dan indeks massa tubuh. Kalau tekanan darah, mungkin ketersediaan tensimeter sudah 80 persen kita penuhi, sudah ada di Posbindu tersebut. Nah, yang memang membutuhkan anggaran adalah untuk membeli stik gula darah. Stik gula darah itu kalau stiknya saja tidak sampai 10 ribuan. Nah, ini memang kita Kementerian Kesehatan sudah punya MoU antara Kemenkes dan Menteri Desa. Tanda tangan kerja sama tapi ternyata kerja sama ini belum sampai ke tingkat lurah. Lurah tidak tahu bahwa sudah ada kerja sama antara Menteri Kesehatan dan Menteri Desa bahwa semua kegiatan-kegiatan kesehatan yang ada di tingkat puskesmas boleh diajukan kepada perangkat desa untuk dianggarkan melalui anggaran dana desa. Ini tidak sampai juga. Jadi teman-teman kita di puskesmas juga kewalahan karena perangkat desanya tidak mengerti juga.

– Direktur P2PTM Kementerian Kesehatan

Kendalanya mungkin itu juga di pemeriksaan ya.... Biasanya animo masyarakat untuk datang ke suatu posbindu tapi ternyata reagensinya terbatas, tergantung juga sih pada saat.... Nah, itu satu terkait fasilitas atau bahan-bahan yang digunakan pada saat pemeriksaan, kemudian alat-alat juga ya... alat-alat kesehatan itu kan memang beberapa yang sudah memenuhi tapi untuk maintenance-nya ada beberapa alat yang memang kurang maksimal.

– Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan

Kesulitan yang dihadapi adalah pada pemeriksaan faktor risiko, khususnya pemeriksaan gula darah. Untuk seluruh populasi usia 15-59 tahun itu jumlahnya sangat banyak. Kalau tekanan darah dan obesitas tidak ada kesulitan dalam implementasinya. Namun pemeriksaan gula darah membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Oleh karena itu, kebijakan kami adalah pemeriksaan gula darah adalah untuk usia di atas 40 tahun. Yang di bawah 40 tahun bisa diperiksa apabila telah memiliki faktor risiko lainnya seperti obesitas.

– Dinas Kesehatan Jawa Timur

Posbindu Kit ada, tapi alat gula darah dan stik kurang.

– Puskesmas B, Jawa Timur

Kami kan ada Posbindu PTM untuk skrining hipertensi dan diabetes. Kalau ada ditemukan yang DM maupun hipertensi, maka kami rujuk ke puskesmas. Nah, kesulitannya adalah menjangkau yang di atas 15 tahun atau usia produktif. Meskipun mereka Sabtu libur dan kami tetap bertugas, tetap saja sulit meminta mereka datang ke posbindu. Cakupan posbindu di sini 70 persen. Itu pun kami sudah door-to-door karena biasanya kurang sasarnya.

– Puskesmas C, Sulawesi Selatan

Hasil studi kualitatif tidak menemukan kendala spesifik mengenai implementasi skrining kanker payudara dan serviks di lokasi studi. Namun, temuan dari Kemenkes menyatakan ada beberapa kendala implementasi SADANIS sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2016):

1. Kurang optimalnya kesadaran masyarakat untuk mengikuti deteksi dini.
2. Belum semua petugas kesehatan terlatih.
3. Mutasi petugas yang sudah terlatih.
4. Kurang optimalnya pelaksanaan skrining di puskesmas karena tingginya beban kerja.

Lebih lanjut, cakupan skrining kanker serviks di Indonesia merupakan salah satu yang terendah. Indonesia pun memulai program skrining paling akhir di antara negara Asia lainnya (Aoki *et al.*, 2020). Penggunaan Inspeksi Visual Asetat (IVA) untuk skrining sebetulnya memiliki keterbatasan sensitivitas dan spesifisitas, dengan sekitar 8 persen hasil skrining mungkin mengalami *false positive* (Sauvaget *et al.*, 2011a).

Selain melalui skrining, sebetulnya kanker serviks bisa dicegah lewat vaksinasi HPV. Vaksinasi HPV untuk perempuan diprediksi dapat menurunkan insidensi kanker serviks berdasarkan median usia terstandar di negara berpendapatan menengah ke bawah dari 19,8 menjadi 2,1 kasus per 100.000 perempuan dalam 100 tahun ke depan (penurunan sebesar 89,4 persen), serta mencegah 61 juta kasus selama periode ini. Apabila vaksin dilakukan disertai dengan skrining dua kali seumur hidup, insidensi mengalami penurunan menjadi 0,7 kasus per 100.000 perempuan (penurunan sebesar 96,7 persen) dan mencegah tambahan 12,1 juta kasus (Brisson *et al.*, 2020). Di Indonesia, vaksin HPV belum masuk dalam program imunisasi nasional. Di beberapa kota di Indonesia, vaksin HPV diberikan secara gratis kepada anak sekolah perempuan di kelas 5 dan 6 sekolah dasar. Selain golongan tersebut, vaksin HPV dapat diperoleh di klinik atau rumah sakit tertentu, tetapi belum tersedia di puskesmas (Gunardi and Fadhila, 2017). Beberapa potensi hambatan pelaksanaan vaksinasi HPV secara nasional adalah:¹

1. Tingginya biaya vaksin HPV dan logistiknya. Untuk mengatasinya, diperlukan mekanisme tarif dan bantuan dari organisasi filantropik. Contohnya GAVI yang telah mendukung program imunisasi HPV di Rwanda, Uzbekistan, dan Bhutan.

¹ Toh *et al.*, 2017.

2. Adanya persepsi bahwa vaksin HPV tidak aman. Seperti di Jepang, adanya sindrom nyeri regional kompleks dan sindrom takikardia ortostatik postural setelah vaksinasi menyebabkan dihentikannya program vaksinasi HPV.
3. Adanya faktor sosiokultural yang mempengaruhi vaksinasi HPV. Rendahnya pengetahuan dan kesadaran mengenai penyakit yang berkaitan dengan HPV menyebabkan banyaknya penolakan vaksin HPV di Peru dan beberapa negara di Sub-Sahara Afrika (Perlman *et al.*, 2014) HPV and HPV vaccine, and willingness and acceptability to vaccinate in sub-Saharan African (SSA).
4. Beberapa orang tua merasa tidak nyaman memberikan vaksin HPV kepada anaknya karena kepercayaan agama dan budaya, (Joseph *et al.*, 2012)^a

4.3 Implementasi Layanan Kuratif PTM Katastropik pada Era JKN

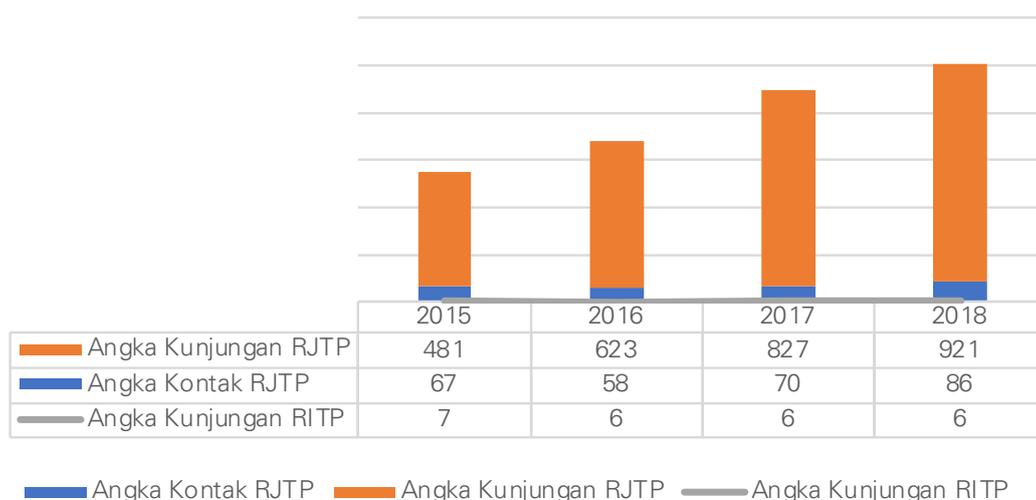
a. Utilisasi Layanan PTM Katastropik di Tingkat FKTP dan FKRTL Berdasarkan Aspek Sosio-Demografi Peserta

▪ Utilisasi layanan PTM katastrofik di tingkat FKTP

Hasil analisis data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2018 menunjukkan peningkatan kunjungan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) hingga mencapai dua kali lipat. Jumlah kunjungan rawat inap tingkat pertama (RITP) sendiri relatif rendah dan trennya cenderung stagnan (Grafik 4.3).

Grafik 4.3 Tren Angka Kontrak dan Kunjungan RJTP dan RITP per 10.000 Peserta/Tahun di FKTP Tahun 2015-2018

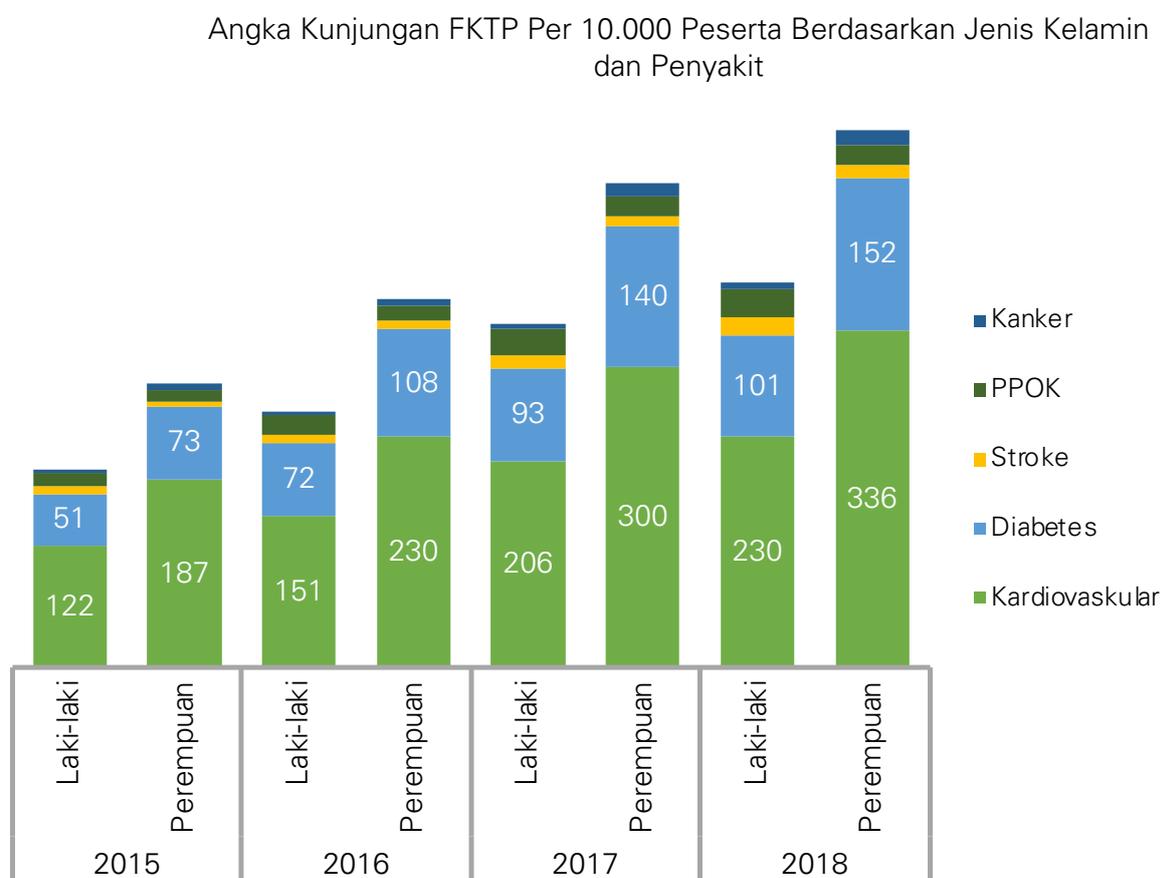
Angka Kontak dan Angka Kunjungan Per 10.000 Peserta di FKTP



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Angka kunjungan RJTP dan RITP pada kelompok penyakit kardiovaskular merupakan yang terbanyak dibandingkan dengan kelompok penyakit lainnya. Kunjungan didominasi peserta perempuan, sejalan dengan prevalensi PTM katastropik tertentu yang lebih besar pada perempuan, seperti kardiovaskular, diabetes, dan kanker (Grafik 4.4). Berbagai studi menemukan hal yang sama, dengan perempuan menggunakan layanan kesehatan dan pembiayaan layanan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (Bertakis, 2000). Faktor yang menyebabkan tingginya penggunaan layanan kesehatan perempuan di antaranya adalah jumlah penyakit kronis dan kesadaran mengakses layanan kesehatan untuk peningkatan kualitas hidup (Redondo-sendino et al., 2006).

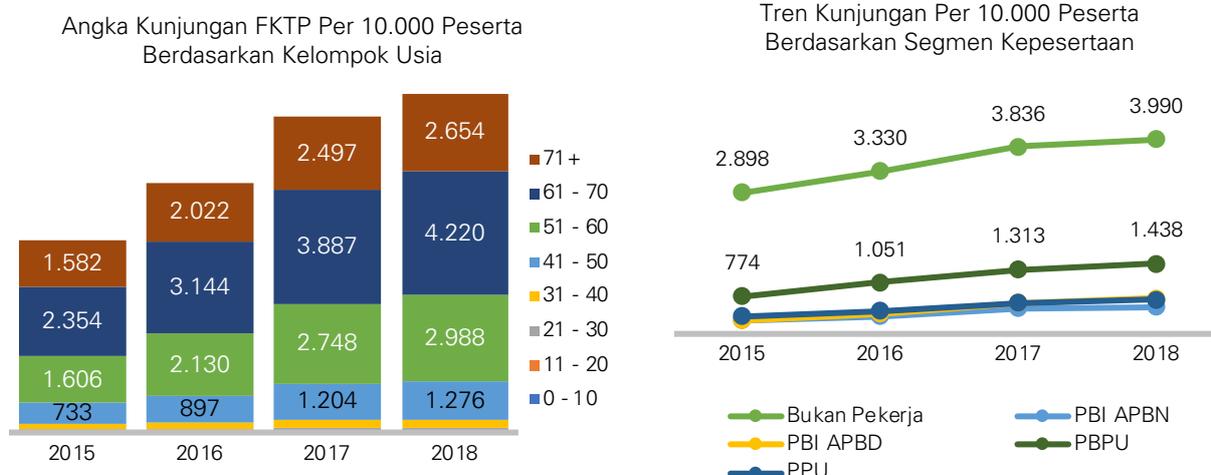
Grafik 4.4 Angka Kunjungan FKTP per 10.000 Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin dan Penyakit



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Dari karakteristik peserta, angka kunjungan terbesar ditemui pada segmen BP dan kelompok umur 61-70 tahun. Namun, peningkatan kunjungan telah terlihat mulai dari peserta berusia 41 tahun yang merupakan kelompok usia produktif. Kondisi ini dapat menyebabkan hilangnya waktu kerja dan pendapatan, baik bagi penderita PTM maupun kerabat yang merawat (Kankeu et al., 2020). Dari segmen kepesertaan, kunjungan didominasi segmen BP dan PBP. Kunjungan paling rendah ditemui pada segmen PBI APBN dan APBD (Grafik 4.5).

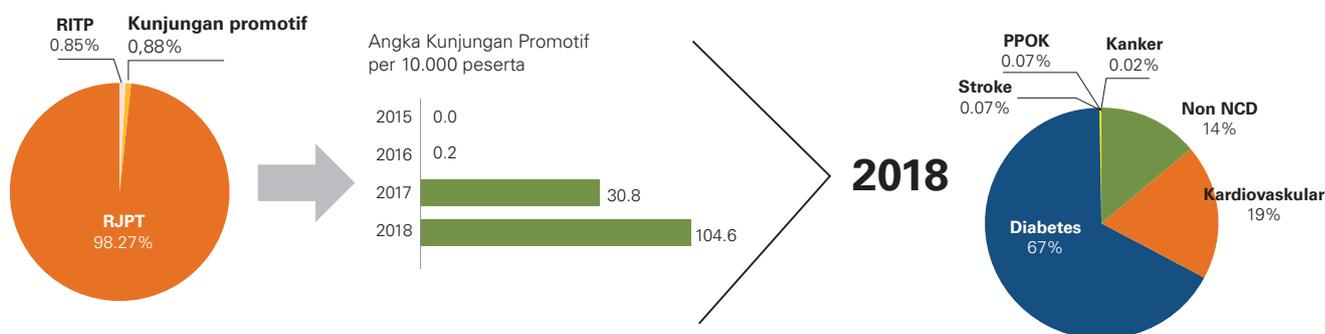
Grafik 4.5. Angka Kunjungan RJTP dan RITP per 10.000 Peserta/Tahun Berdasarkan Usia dan Segmen Kepesertaan



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Selain implementasi layanan rawat jalan dan rawat inap, FKTP menerapkan kunjungan promotif dalam skema JKN, meski proporsi kunjungan hanya sekitar 1 persen dari total keseluruhan kunjungan. Dari hasil analisis, ditemukan bahwa sebagian kunjungan promotif dilakukan dengan kode diagnosis primer diabetes (Grafik 4.6).

Grafik 4.6 Angka Kunjungan Promotif FKTP per 10.000 Peserta/Tahun



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Berdasarkan jenis fasilitas kesehatan, tercatat jumlah kunjungan promotif di puskesmas lebih rendah dibandingkan dengan kunjungan di dokter umum, klinik pratama, dan laboratorium (Tabel 4.1). Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh keterbatasan puskesmas dalam melakukan pemeriksaan gula darah. Hasil dari studi kualitatif menunjukkan seluruh klinik swasta mampu memberikan pelayanan pemeriksaan gula darah bagi pasien diabetes. Di sisi lain, dua dari tiga puskesmas yang menjadi informan studi menyampaikan adanya kendala keterbatasan alat pemeriksaan kadar gula darah, sehingga mereka merujuk pasien ke laboratorium terdekat.

Tabel 4.1 Angka Kunjungan Promotif per 10.000 Peserta/Tahun Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan

Jenis Faskes	2015	2016	2017	2018
Puskesmas	0	8	948	3.277
Klinik Pratama	0	12	1.684	5.227
Dokter Umum	0	8	1.925	5.410
Laboratorium	0	5	455	3.621
Lain-lain	0	5	149	145

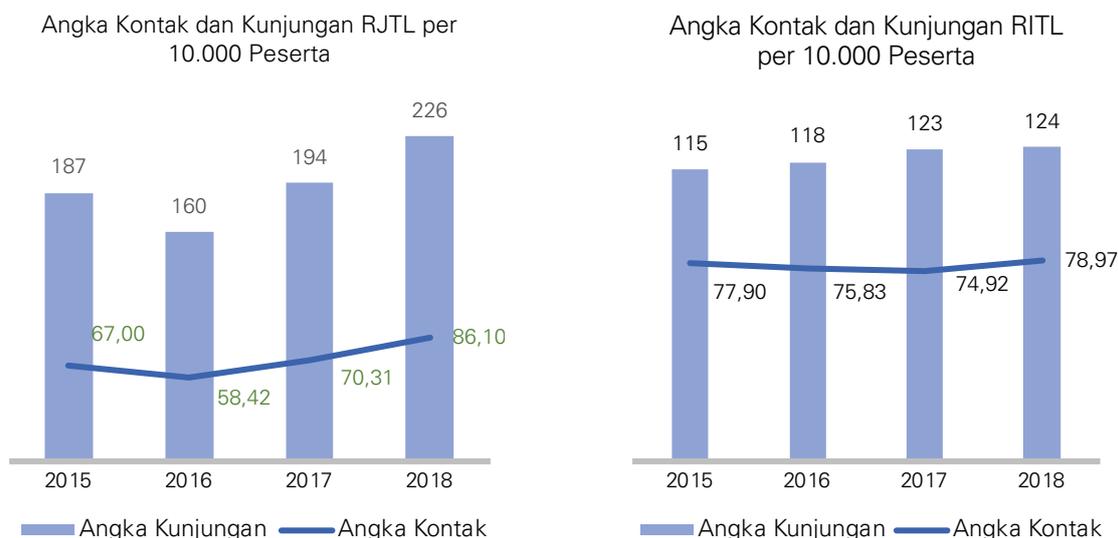
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Rendahnya utilisasi layanan promotif diabetes sejalan dengan temuan Riskesdas 2018 dan *Profil Kesehatan 2019*. Tercatat, hanya 1,8 persen penduduk Indonesia yang rutin memeriksakan kadar gula darah (Kementerian Kesehatan, 2018a), dan hanya 68,19 persen penderita diabetes melitus yang mendapat layanan sesuai standar (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Perlu ada penguatan skrining dan pemantauan kadar gula darah untuk mendeteksi penyakit diabetes melitus secara dini dan mencegah timbulnya komplikasi penyakit.

▪ **Utilisasi Layanan PTM Katastropik di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)**

Hasil analisis data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2018 menunjukkan peningkatan kontak kunjungan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjut (RITL), meskipun pada 2016 tercatat RJTL sempat mengalami penurunan.

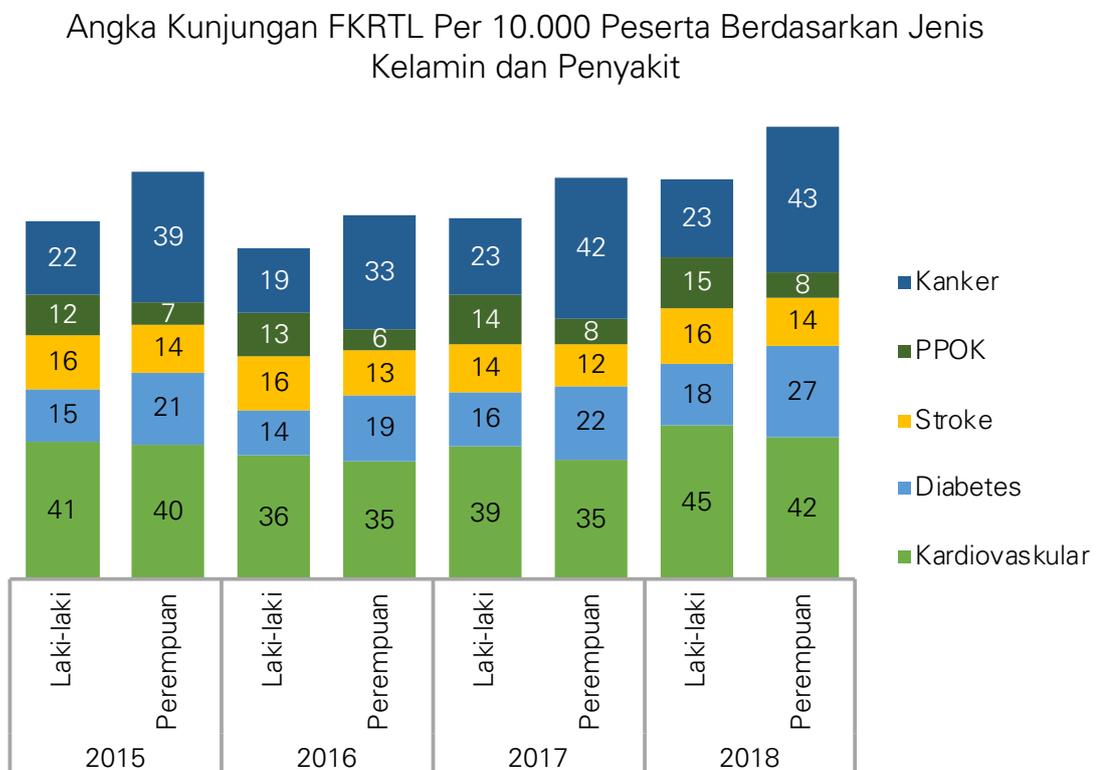
Grafik 4.7 Tren Angka Kontak dan Kunjungan RJTL dan RITL per 10.000 Peserta/Tahun di FKRTL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Peningkatan angka kunjungan RJTL terbanyak ditemukan pada penyakit kardiovaskular, sedangkan RITL terbanyak ada pada kasus diabetes (Grafik 4.8). Kardiovaskular mayoritas disebabkan oleh hipertensi (Wu *et al.*, 2015), dengan tata laksana yang memang lebih banyak dilakukan lewat rawat jalan, sehingga kunjungan rawat inapnya lebih rendah. Kunjungan RITL yang didominasi oleh diabetes bisa disebabkan oleh kondisi pasien yang tidak terpantau secara optimal di FKTP. Dari analisis kunjungan promotif diabetes (Grafik 4.6) terlihat bahwa utilisasi layanan untuk pemeriksaan kadar gula darah masih sangat rendah. Hasil Riskesdas 2018 dan *Profil Kesehatan Indonesia 2019* juga menunjukkan pelayanan diabetes di FKTP perlu diperkuat (Kementerian Kesehatan, 2018a; Kementerian Kesehatan RI, 2020). Berdasarkan jenis kelamin, peningkatan kunjungan pada rentang 2016-2018 ditemukan di semua jenis kelamin, meski kunjungan pada perempuan terlihat lebih tinggi.

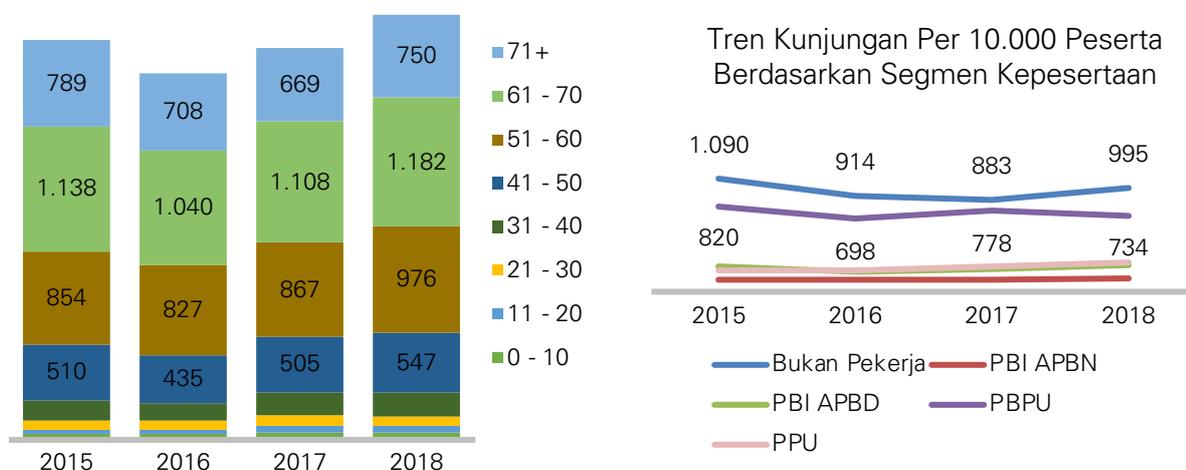
Grafik 4.8 Angka Kunjungan Layanan FKRTL Berdasarkan Jenis Kelamin dan Penyakit



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Seperti pada tingkat FKTP, dari karakteristik peserta, angka kunjungan terbesar ditemukan pada segmen BP dan kelompok umur 61-70 tahun. Peningkatan kunjungan juga terlihat pada kelompok usia produktif 41-50 tahun. Kunjungan terbesar di segmen BP dan terendah di segmen PBI APBD dan PBI APBN (Grafik 4.9).

Grafik 4.9. Angka Kunjungan RJTL dan RITL per 10.000 Peserta/Tahun Berdasarkan Usia dan Segmen Kepesertaan



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

b. Utilisasi Layanan Kanker sebagai PTM Berbiaya Tinggi

Meskipun prevalensi penyakit kanker di Indonesia tidak sebesar PTM katastrofik lain (Kementerian Kesehatan, 2013, 2018a). Namun penyakit ini memiliki total biaya klaim yang cukup tinggi pada sistem JKN—peringkat kedua terbanyak setelah jantung (BPJS Kesehatan, 2020). Di dunia, berdasarkan data Globocan 2020, kanker payudara perempuan telah melampaui kanker paru sebagai kanker yang paling sering didiagnosis dengan estimasi 2,3 juta kasus baru (11,7 persen) disusul dengan kanker paru (11,4 persen), dan kanker kolorektal (10,05 persen). Data Globocan 2020 juga memperkirakan terdapat 396.914 kasus baru kanker di Indonesia dengan estimasi 65.858 kanker payudara (16,6 persen), 36.633 kanker serviks (9,2 persen), dan 34.783 kanker paru (8,8 persen). Kematian tertinggi akibat kanker di Indonesia disebabkan oleh kanker paru (13,2 persen), kanker payudara (9,6 persen), dan kanker serviks (9 persen) (Sung *et al.*, 2021).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, prevalensi kanker pada perempuan di Indonesia lebih besar dibandingkan dengan laki-laki—konsisten pada Riskesdas 2013 dan 2018. Pada kedua studi tersebut, ditemukan adanya kenaikan prevalensi yang diperkirakan lebih dari tiga kali lipat dalam lima tahun terakhir, yaitu 0,6 persen menjadi 2,2 persen pada laki-laki dan 0,74 persen menjadi 2,85 persen pada perempuan. Jenis kanker utama dengan jumlah kasus yang tinggi di Indonesia di antaranya kanker spesifik pada perempuan, yaitu kanker payudara dan kanker serviks. Kedua jenis kanker ini juga telah memiliki program deteksi dini secara nasional (Pangribowo, 2019), namun cakupannya masih sangat rendah.

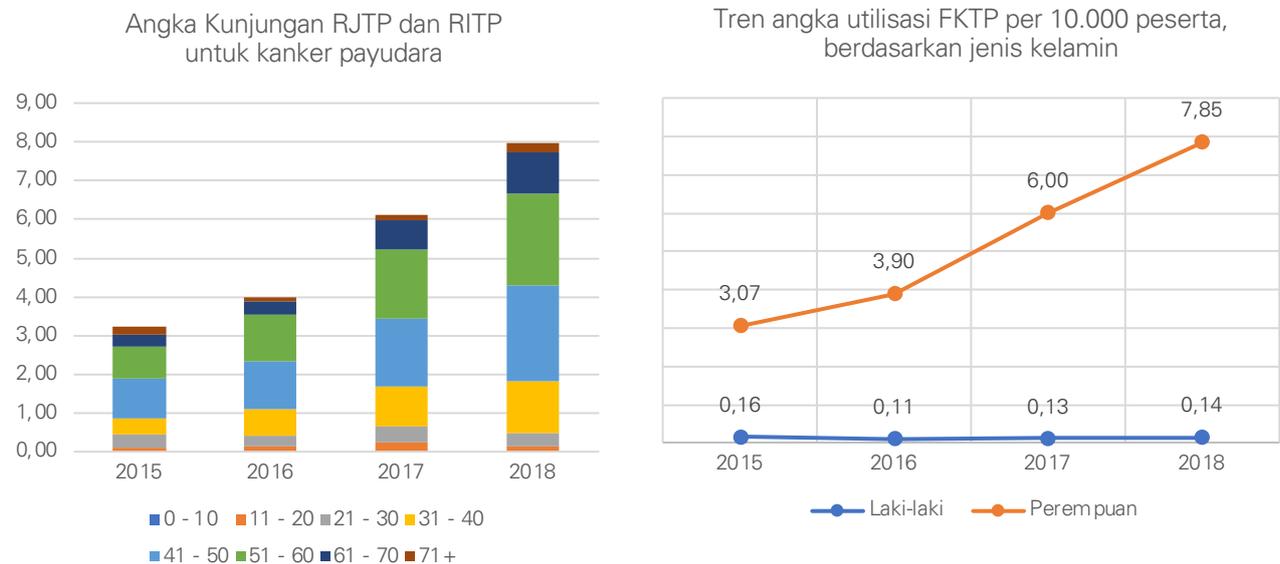
Dari sejumlah pertimbangan di atas, kami melakukan analisis utilisasi spesifik pada tiga jenis kanker, yaitu kanker payudara, kanker serviks, dan kanker paru yang merupakan penyebab kematian tertinggi oleh kanker di Indonesia. Berikut analisis dari tiap jenis kanker tersebut.

1) Kanker Payudara

Berdasarkan data sampel BPJS Kesehatan untuk program JKN 2015-2018, ditemukan adanya peningkatan kunjungan dan utilisasi kanker payudara di FKTP, baik di instalasi rawat jalan maupun rawat inap. Utilisasi pada 2018 meningkat lebih dari dua kali lipat dibandingkan dengan utilisasi kanker payudara pada 2015. Hal ini dapat dimungkinkan karena sistem deteksi dini dan diagnosis yang lebih baik dan kemudahan untuk memperoleh akses layanan kesehatan yang terjangkau.

Berdasarkan usia, kunjungan kanker payudara di FKTP paling tinggi ditemukan pada kelompok usia 41-50 tahun disusul dengan kelompok usia 51-60 tahun. Sejalan dengan hasil studi, insidensi, dan kematian akibat kanker payudara mengalami peningkatan pada kelompok usia 50-55 tahun dengan laju insidensi cenderung melandai pada kelompok usia 60-85 tahun. Terdapat perbedaan distribusi kanker payudara di beberapa negara di Asia. Di Afganistan, Kuwait, dan Saudi Arabia, sekitar 50-60 persen insidensi kanker payudara ditemukan pada kelompok usia di bawah 50 tahun, sementara di Jepang, Singapura, dan Korea Selatan terdapat 70-80 persen kasus dan kematian di atas kelompok usia 50 tahun (Sharma, 2021). Berdasarkan jenis kelamin, angka utilisasi kanker payudara pada perempuan mengalami peningkatan yang bermakna dari tahun ke tahun, sedangkan utilisasi kanker payudara pada laki-laki cenderung stagnan. Hal ini sejalan dengan data epidemiologi bahwa diperkirakan penderita kanker payudara laki-laki berkisar 1 persen (Kementerian Kesehatan RI, 2018a) (Grafik 4.10).

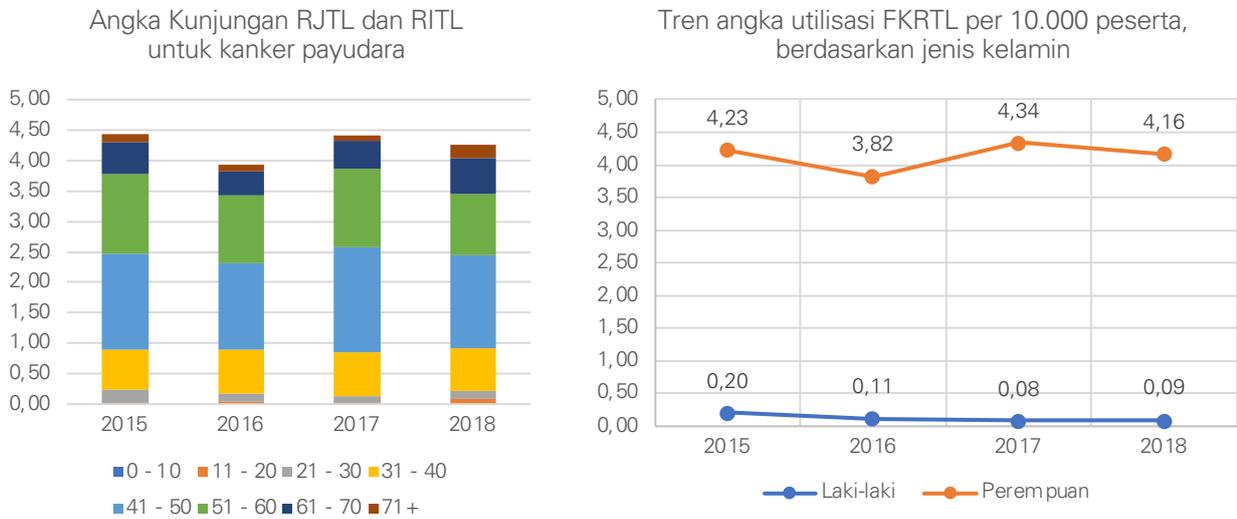
Grafik 4.10 Angka Kunjungan Layanan Kanker Payudara di FKTP Berdasarkan Karakteristik Peserta



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Tingginya utilisasi pada kelompok usia 41-50 tahun juga ditemui di FKRTL. Meski demikian, berbeda dengan utilisasi di FKTP yang cenderung mengalami peningkatan, di FKRTL justru ditemukan adanya fluktuasi angka kunjungan terutama pada kelompok perempuan (Grafik 4.11).

Grafik 4.11 Angka Kunjungan Layanan Kanker Payudara di FKRTL Berdasarkan Karakteristik Peserta



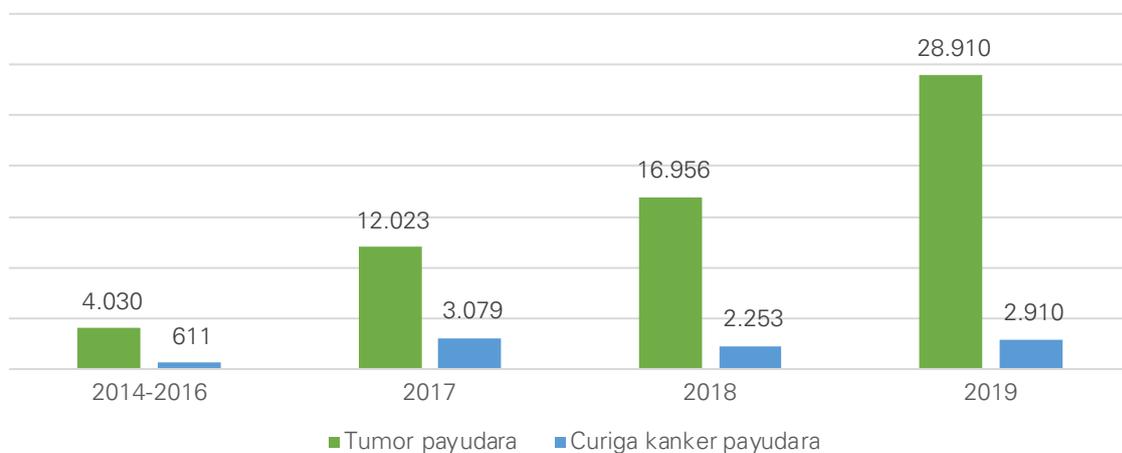
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Fluktuasi di atas dapat dimungkinkan karena berbagai faktor sebagai berikut:

1) Hasil program nasional deteksi dini kanker payudara

Pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) merupakan salah satu bentuk deteksi dini untuk kanker payudara. Namun, apabila individu diduga mengalami tumor payudara atau kecurigaan kanker payudara, individu tersebut akan dirujuk ke FKRTL untuk pemeriksaan dan tata laksana lebih lanjut. Di FKRTL, individu belum tentu didiagnosis mengalami kanker payudara. Di samping itu, kesadaran individu yang dirujuk ke FKRTL untuk berobat sangat bergantung pada perilaku mencari pengobatan.

Grafik 4.12 Hasil Deteksi Dini Kanker Payudara di Indonesia



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2015-2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2016, 2017, 2018b, 2019b)

2) Sensitivitas pemeriksaan payudara klinis

Sebagai salah satu metode skrining, pemeriksaan payudara klinis atau SADANIS memiliki keterbatasan sensitivitas dan spesifisitas, serta tidak dapat digunakan untuk penegakan diagnosis. Untuk menegakkan diagnosis kanker payudara, diperlukan pemeriksaan lebih lanjut di FKRTL.

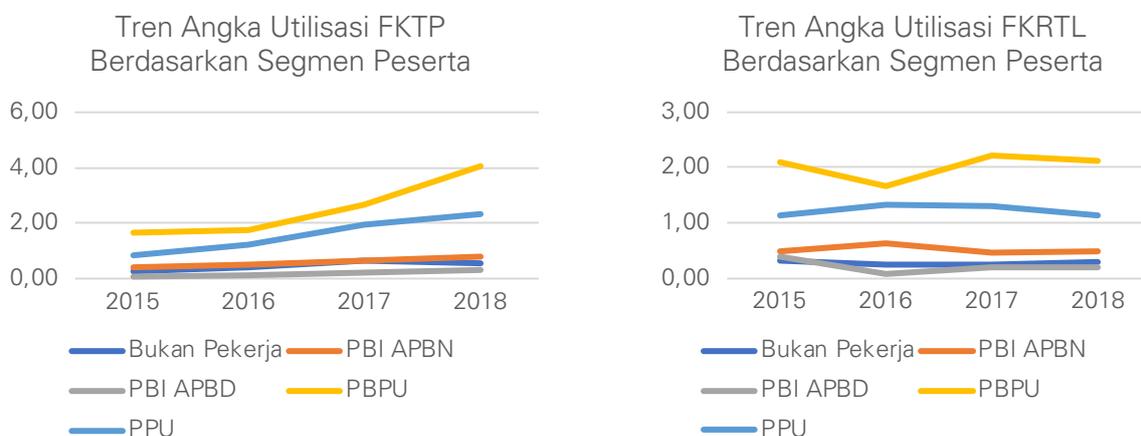
Telaah sistematis membuktikan bahwa SADANIS memiliki spesifisitas yang setara dengan mammografi (pada 93-97 persen), tetapi dengan sensitivitas yang lebih rendah (40-69 persen berbanding 77-95 persen secara berurutan). Namun, SADANIS memiliki angka positif palsu yang lebih rendah dibandingkan mammografi (1-5 persen untuk SADANIS berbanding 7-12 untuk mammografi) (Nelson *et al.*, 2009). Pada populasi perempuan Asia, sensitivitas SADANIS lebih tinggi pada perempuan muda (40-49 vs 50-59 tahun) dan ketika diaplikasikan sebagai modalitas skrining satu-satunya (dibandingkan dengan kombinasi SADANIS plus mammografi) (Ngan *et al.*, 2020).

3) Perilaku mencari pengobatan

Dalam sebuah riset kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang dilakukan oleh Yulianarista dan Suarya, terdapat sejumlah kemungkinan perilaku dalam mencari pengobatan pada perempuan dengan kanker payudara, yaitu tidak melakukan pengobatan, mencari pengobatan tradisional, pengobatan sendiri, dan mencari pengobatan modern (Yulianarista and Suarya, 2020).

Sementara itu, ditilik dari segmen kepesertaan dalam utilisasi layanan kanker payudara, segmen terbanyak adalah PBPU, dengan segmen terendah adalah PBI APBD. Hal ini dapat berkaitan dengan kesadaran dan pengetahuan yang lebih tinggi pada segmen peserta PBPU untuk mendapatkan akses kesehatan dan pengobatan.

Grafik 4.13 Angka Kunjungan Layanan Kanker Payudara Berdasarkan Segmen Peserta



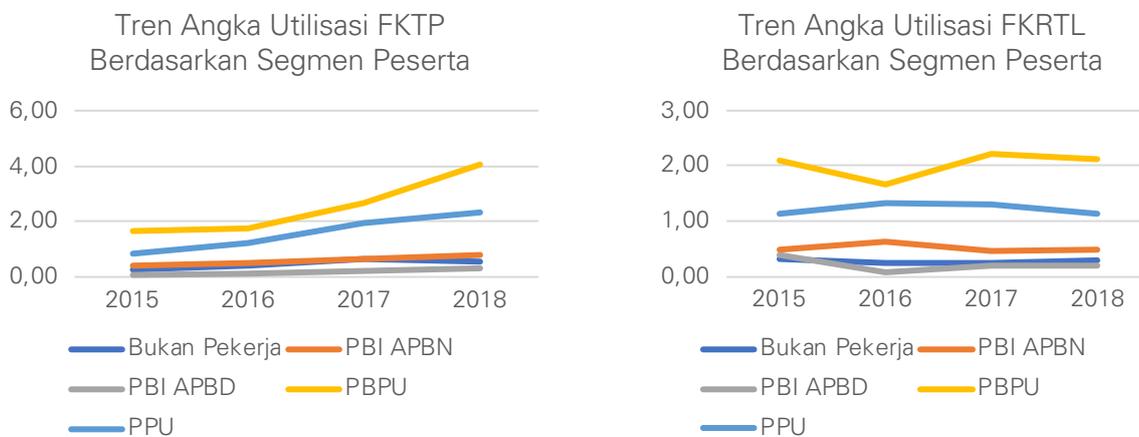
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

2) Kanker Serviks

Berdasarkan data JKN tahun 2015-2018, kunjungan peserta dengan kanker serviks di FKTP mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, yang menunjukkan adanya peningkatan upaya penemuan kasus dan deteksi dini di layanan primer. Temuan ini juga menunjukkan adanya perbaikan dalam fungsi FKTP sebagai "gatekeeper" di masyarakat.

Berdasarkan distribusi usia, kunjungan peserta dengan kanker serviks di FKTP, baik RJTP maupun RITP, ditemukan paling banyak di kelompok usia 41-50 dan 51-60 tahun dengan mulai ada peningkatan pada usia 31-40 tahun (Grafik 4.14).

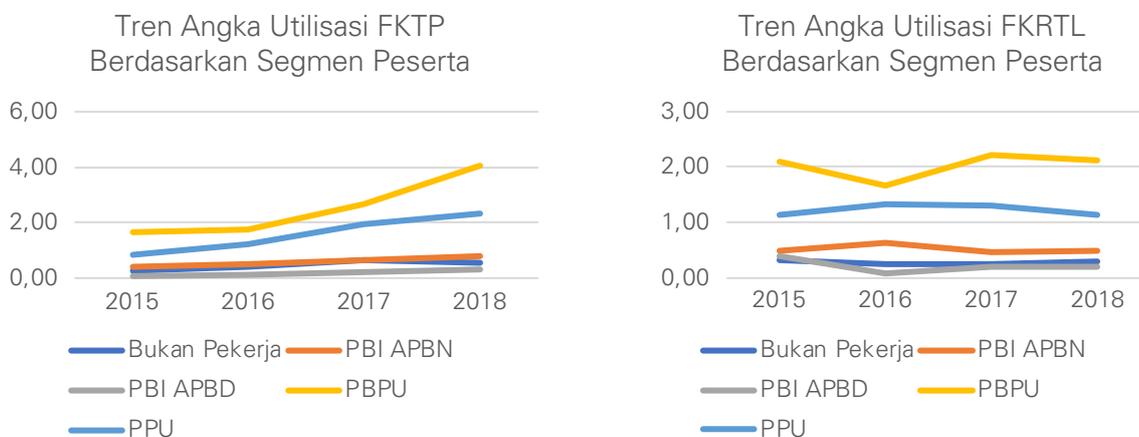
Grafik 4.14. Angka Kunjungan Layanan Kanker Serviks di FKTP Berdasarkan Karakteristik Peserta



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Pola kunjungan yang sama berdasarkan distribusi usia juga ditemui di FKRTL. Meski demikian, terdapat fluktuasi angka kunjungan peserta dengan kanker serviks pada 2015-2018 di FKRTL (Grafik 4.15).

Grafik 4.15. Angka Kunjungan Layanan Kanker Serviks di FKRTL Berdasarkan Karakteristik Peserta



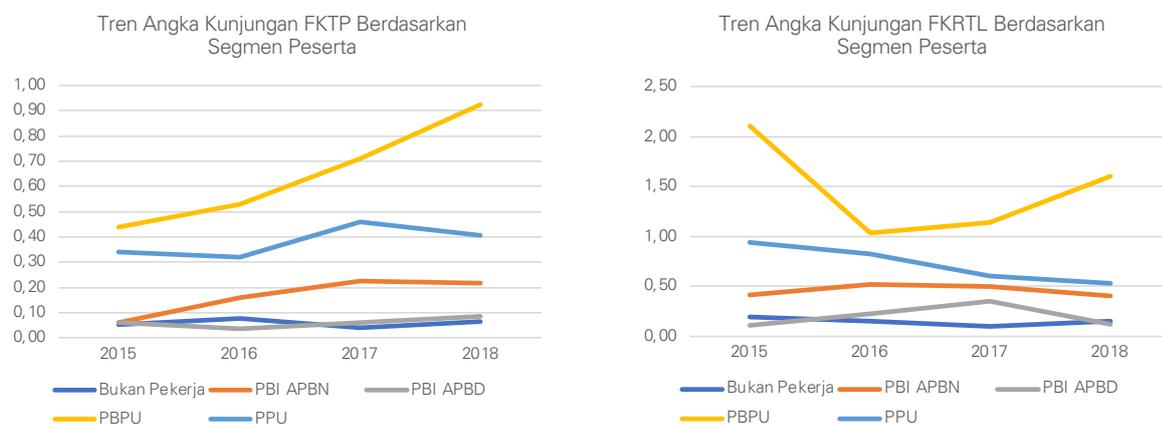
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Adanya perbedaan angka kunjungan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya:

- 1) Keterbatasan sensitivitas dan spesifisitas dari pemeriksaan IVA.
Berdasarkan telaah sistemik yang dilakukan oleh Sauvaget dan kawan-kawan, sensitivitas pemeriksaan IVA diperkirakan mencapai 80 persen (79-82 persen) dan spesifisitasnya 92 persen (91-92 persen). Hal ini mengindikasikan bahwa sekitar 8 persen mungkin mengalami hasil *false positive* (Sauvaget *et al.*, 2011b).
- 2) Tidak semua pasien bersedia untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau pengobatan. Hal ini didukung oleh sebuah penelitian di dua puskesmas pada perempuan dengan IVA positif yang menemukan bahwa sebagian besar responden (60 persen) tidak melakukan pengobatan IVA positif, sementara sisanya (40 persen) melakukan pengobatan IVA positif ke rumah sakit. Adapun perilaku pencarian pengobatan IVA positif ini dinilai tidak berhubungan dengan tingkat pendidikan terakhir, usia, pendapatan, pekerjaan, ataupun pengetahuan responden. Namun, faktor yang terbukti berhubungan adalah penyuluhan dari tenaga kesehatan dan pengalaman responden (Zulfa, 2016).
- 3) Keterbatasan fasilitas dan kapasitas FKTP dalam melakukan diagnosis kanker serviks. FKTP berperan dalam melakukan deteksi dini kanker serviks, seperti pemeriksaan IVA. Namun, untuk dapat menegakkan diagnosis dan melakukan pemeriksaan penunjang, FKTP perlu merujuk pasien ke FKRTL. Di FKRTL, sebagian pasien dapat dinyatakan tidak terkena kanker serviks, sehingga gambaran besar kunjungan di FKTP belum tentu sebanding dengan kunjungan di FKRTL karena sebagian pasien mungkin tidak melanjutkan pengobatan di FKRTL tersebut.

Berdasarkan segmen peserta, baik angka kunjungan FKTP maupun FKRTL untuk kanker serviks secara konsisten menunjukkan segmen PBPU dengan kunjungan tertinggi, sementara segmen PBI APBD dan BP sebagai kelompok segmen dengan kunjungan terendah. Sejalan dengan temuan studi, kelompok pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan non-PBI merupakan yang paling banyak (49,81 persen), yang mengimplikasikan tingginya utilisasi dan akses segmen ini ke fasilitas kesehatan, meskipun secara jumlah keseluruhan peserta BPJS Kesehatan non-PBI lebih sedikit dibandingkan PBI yang mencapai lebih dari 58 persen pada 2017 dan 2018 (Rathomi, Yulianto and Romadhona, 2018).

Grafik 4.16 Angka Kunjungan Layanan Kanker Serviks Berdasarkan Segmen Peserta



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

3) Kanker Paru

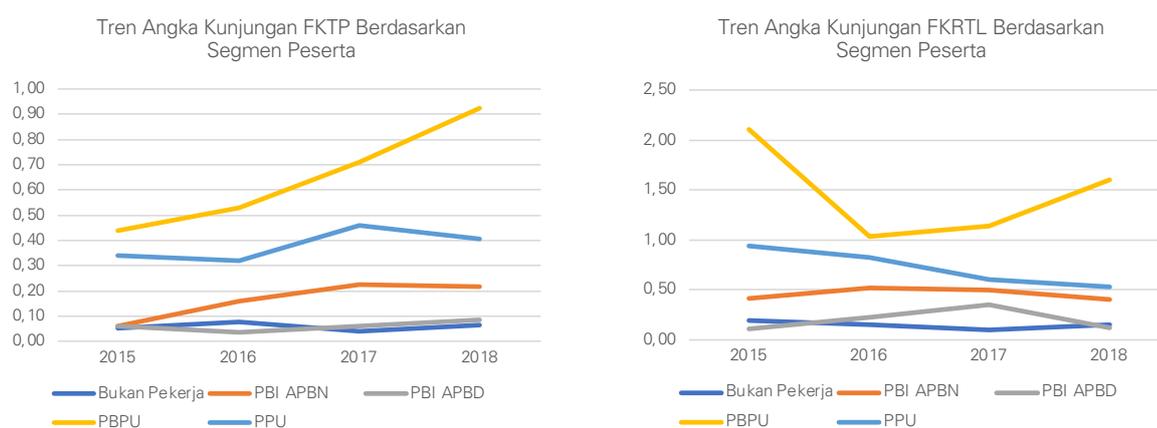
Di Indonesia, berdasarkan data Globocan 2020, kanker paru merupakan kanker terbanyak pada laki-laki dan ketiga terbanyak pada perempuan. Menurut estimasi, terdapat 34.783 kasus baru kanker paru, dengan 25.943 di antaranya laki-laki (Sung *et al.*, 2021). Analisis data sampel BPJS Kesehatan 2015-2018 menunjukkan angka kunjungan kanker paru di FKTP cenderung mengalami peningkatan. Kunjungan pada kanker paru juga mendominasi rawat jalan dibandingkan dengan rawat inap. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar individu yang dicurigai mengidap kanker paru akan dirujuk ke FKRTL.

Berdasarkan kelompok usianya, kanker paru paling banyak ditemukan pada kelompok usia 51-60 tahun. Meskipun angka kunjungan kanker paru pada laki-laki lebih besar daripada perempuan, tetapi pada 2018 terdapat peningkatan kunjungan pada perempuan hingga dua kali lipat dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Secara tidak langsung, data ini dapat mengindikasikan adanya peningkatan kunjungan kanker paru pada perempuan (Grafik 4.17).

Beberapa kemungkinan adanya kecenderungan peningkatan kanker paru pada perempuan, di antaranya ialah paparan asap rokok dari orang tua (Ernawati *et al.*, 2019). Di samping itu, suatu studi di Amerika Serikat menunjukkan 30 persen insidensi kanker paru lebih tinggi pada perempuan bukan perokok dibandingkan dengan laki-laki bukan perokok (Freedman *et al.*, 2008)

Hal ini juga didukung oleh sebuah studi di Australia yang menemukan bahwa proporsi pasien dengan kanker paru yang tidak pernah merokok mencapai 18 persen pada perempuan dan 3 persen pada laki-laki. Penyebab dari fenomena ini belum diketahui secara pasti, tetapi diperkirakan terkait dengan asap rokok (Sisti and Boffetta, 2012), lingkungan, ataupun karsinogen, seperti polusi udara (Dean Hosgood *et al.*, 2010)

Grafik 4.17 Angka Kunjungan Layanan Kanker Paru di FKTP Berdasarkan Karakteristik Peserta

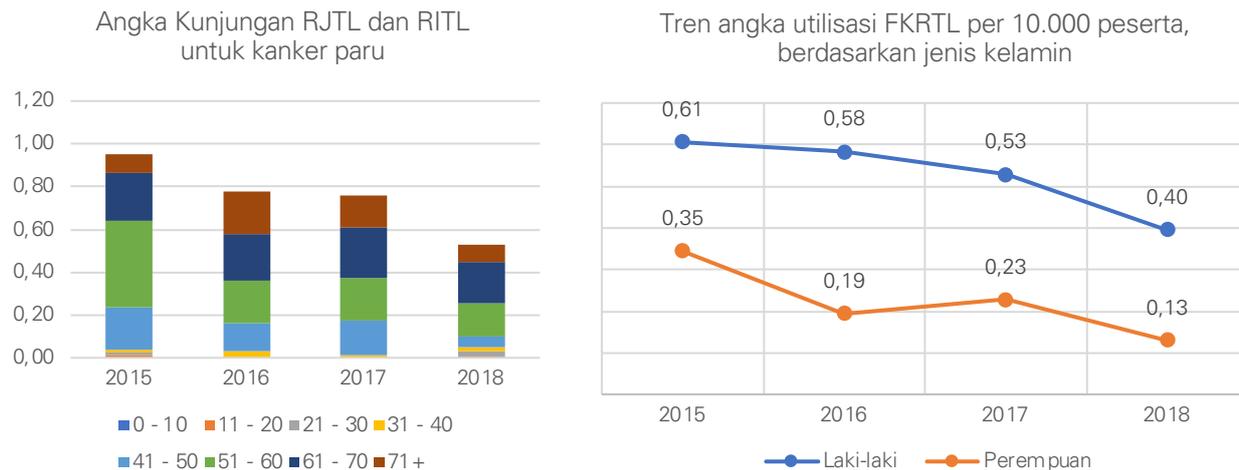


Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Berbeda halnya dengan FKTP, kunjungan peserta dengan kanker paru di FKRTL cenderung mengalami penurunan selama 2015-2018. Berdasarkan jenis kelamin, angka kunjungan peserta dengan kanker paru di FKRTL juga cenderung mengalami penurunan, baik pada laki-laki maupun

perempuan (Grafik 4.18). Di India, adanya keterlambatan dalam mencari pengobatan ke pusat kanker atau fasilitas kesehatan tingkat tersier karena adanya pemikiran bahwa gejala tidak berat dan dapat sembuh dengan sendirinya (50 persen), adanya keterlambatan dalam diagnosis dan rujukan (48 persen), serta hanya sebagian kecil (11 persen) pasien yang berpikiran bahwa gejala yang dialami dapat mengindikasikan kondisi yang buruk, seperti kanker (Barwal *et al.*, 2017).

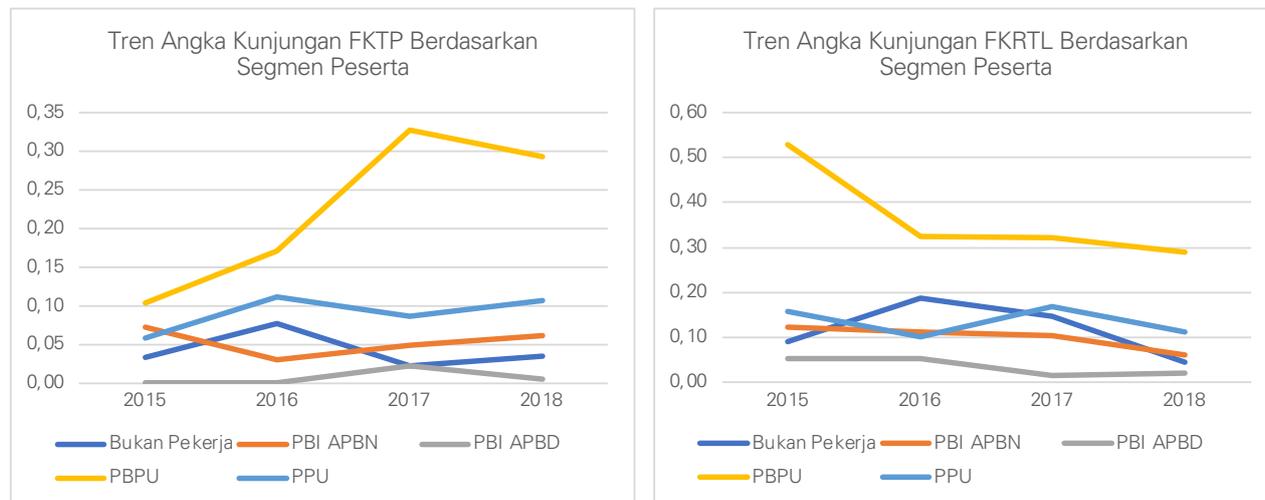
Grafik 4.18 Angka Kunjungan Layanan Kanker Paru di FKRTL Berdasarkan Karakteristik Peserta



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Sementara itu, ditilik dari segmen kepesertaannya, kunjungan peserta dengan kanker paru di FKTP dan FKRTL didominasi oleh segmen PBPU. Meskipun demikian, terdapat tren penurunan kunjungan segmen PBPU di FKRTL selama 2015-2018. Sama halnya pada peserta dengan kanker payudara dan serviks, kunjungan terendah pada FKTP dan FKRTL ditemukan pada segmen PBI APBD (Grafik 4.19).

Grafik 4.19 Angka Kunjungan Layanan Kanker Paru Berdasarkan Segmen Peserta



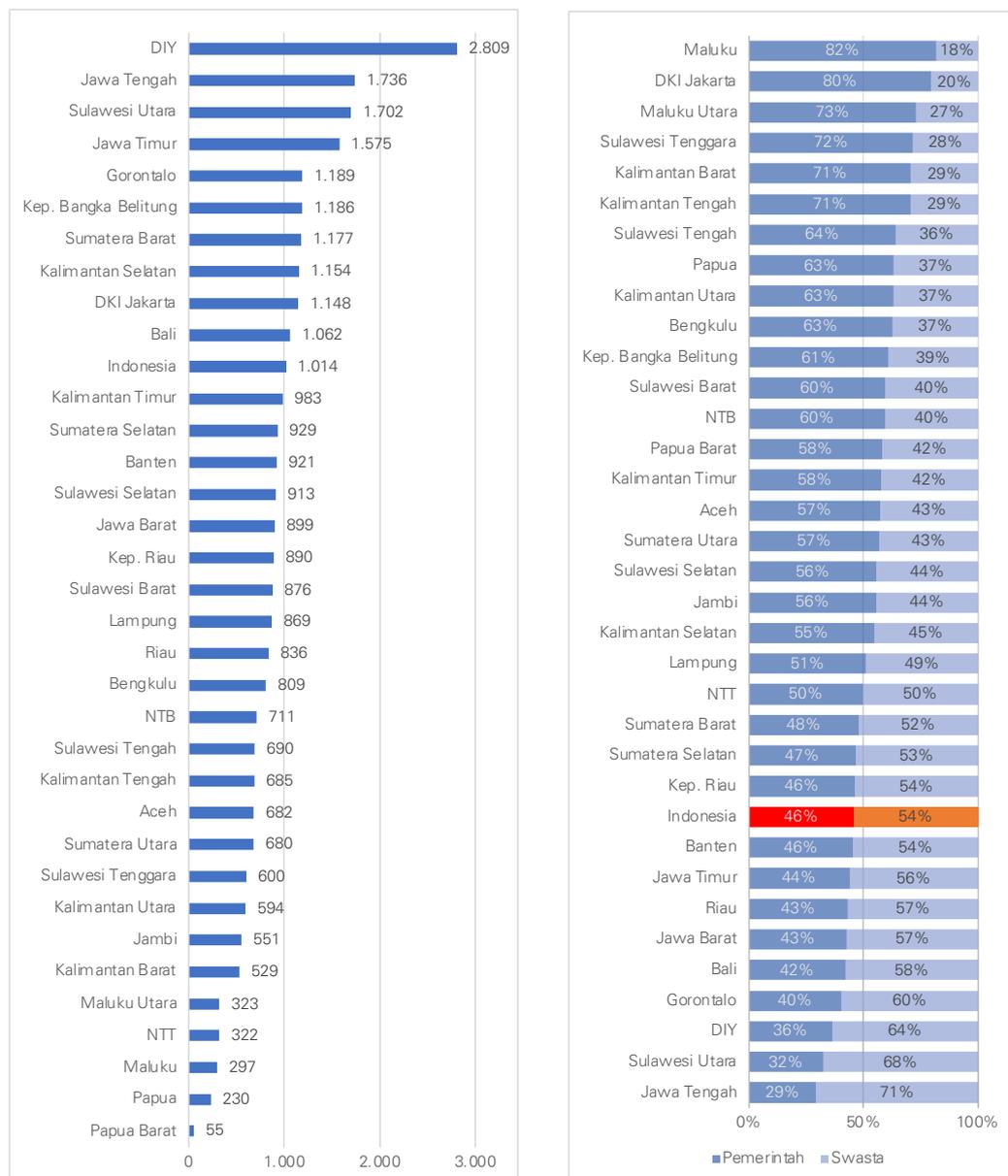
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

c. Utilisasi Layanan PTM Katastropik dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Setiap Provinsi

Tingkat FKTP

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada 2018, angka kunjungan di FKTP terbanyak berada di Jawa, khususnya di DIY dan Jawa Tengah. Kunjungan di FKTP paling banyak didominasi oleh kelompok umur lansia, dengan proporsi lansia pada kedua provinsi tersebut merupakan tertinggi di tingkat nasional (Badan Pusat Statistik, 2020b). Dari segi kepemilikan fasilitas kesehatan, rerata nasional kunjungan ke FKTP sebagian besar terjadi di fasilitas kesehatan milik swasta seperti klinik dokter umum ataupun klinik pratama. Meski demikian, masih ada 21 provinsi dengan kunjungan ke FKTP sebagian besar terjadi di fasilitas kesehatan milik pemerintah atau puskesmas (Grafik 4.20).

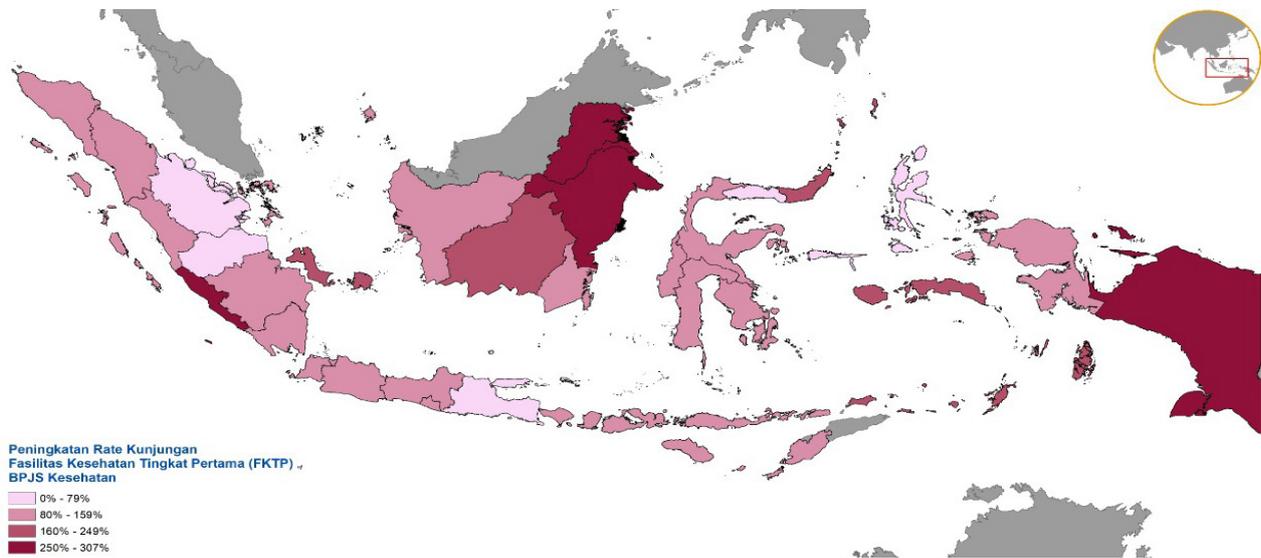
Grafik 4.20 Angka Kunjungan FKTP per 10.000 Peserta Tiap Provinsi Tahun 2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Gambar 4.4 menunjukkan peningkatan kunjungan untuk layanan PTM di FKTP pada kurun 2015-2018 di seluruh provinsi. Peningkatan tertinggi ditemukan di Papua, Bengkulu, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, dan Maluku. Adapun lima provinsi dengan peningkatan kunjungan terendah adalah Maluku Utara, Gorontalo, Jawa Timur, Jambi, dan Riau. Peningkatan kunjungan ini dapat dipengaruhi sejumlah faktor seperti peningkatan prevalensi penderita PTM di wilayah tersebut, peningkatan kesadaran masyarakat untuk berobat, ataupun peningkatan jumlah lansia yang lebih pesat di provinsi-provinsi tersebut, dengan mereka cenderung lebih berisiko menderita PTM daripada kelompok umur lainnya.

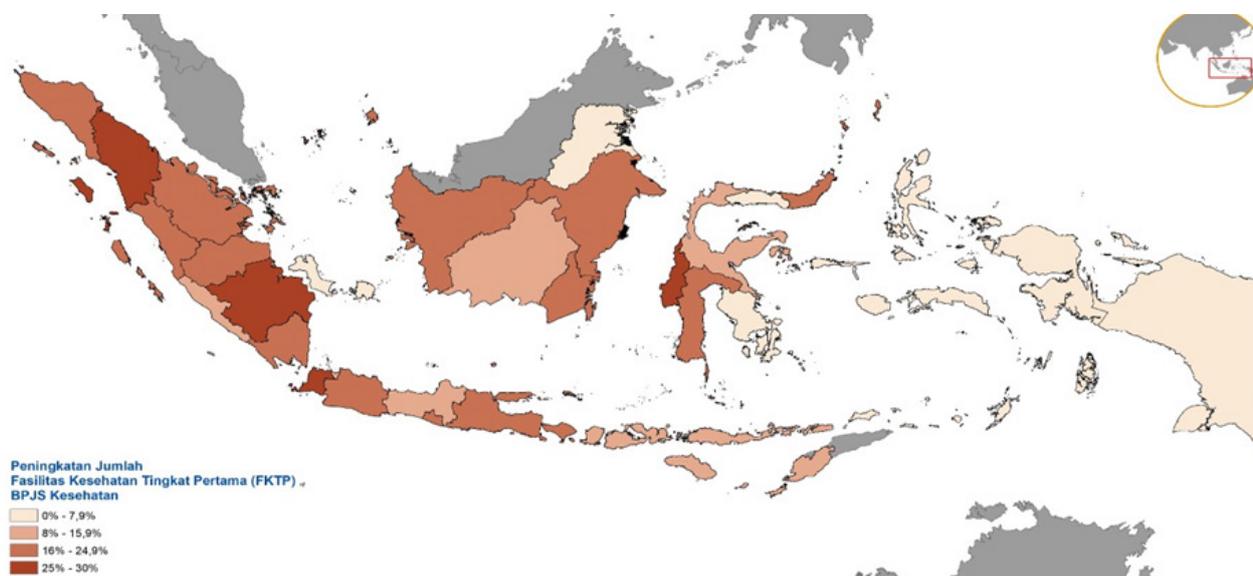
Gambar 4.4 Peta Peningkatan Angka Kunjungan Layanan PTM Katastropik di FKTP Periode 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Di sisi lain, dalam periode 2015-2018, seluruh provinsi mengalami peningkatan jumlah FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Peningkatan tertinggi terjadi di Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Banten, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Barat (25-30 persen). Adapun lima provinsi dengan peningkatan terendah adalah Bangka Belitung, Papua Barat, Maluku Utara, Maluku, dan Papua. Terlihat bahwa peningkatan jumlah FKTP yang lebih rendah cenderung terjadi di wilayah Indonesia Timur dan daerah kepulauan (Gambar 4.5).

Gambar 4.5 Peta Peningkatan Jumlah FKTP yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan Periode 2015-2018



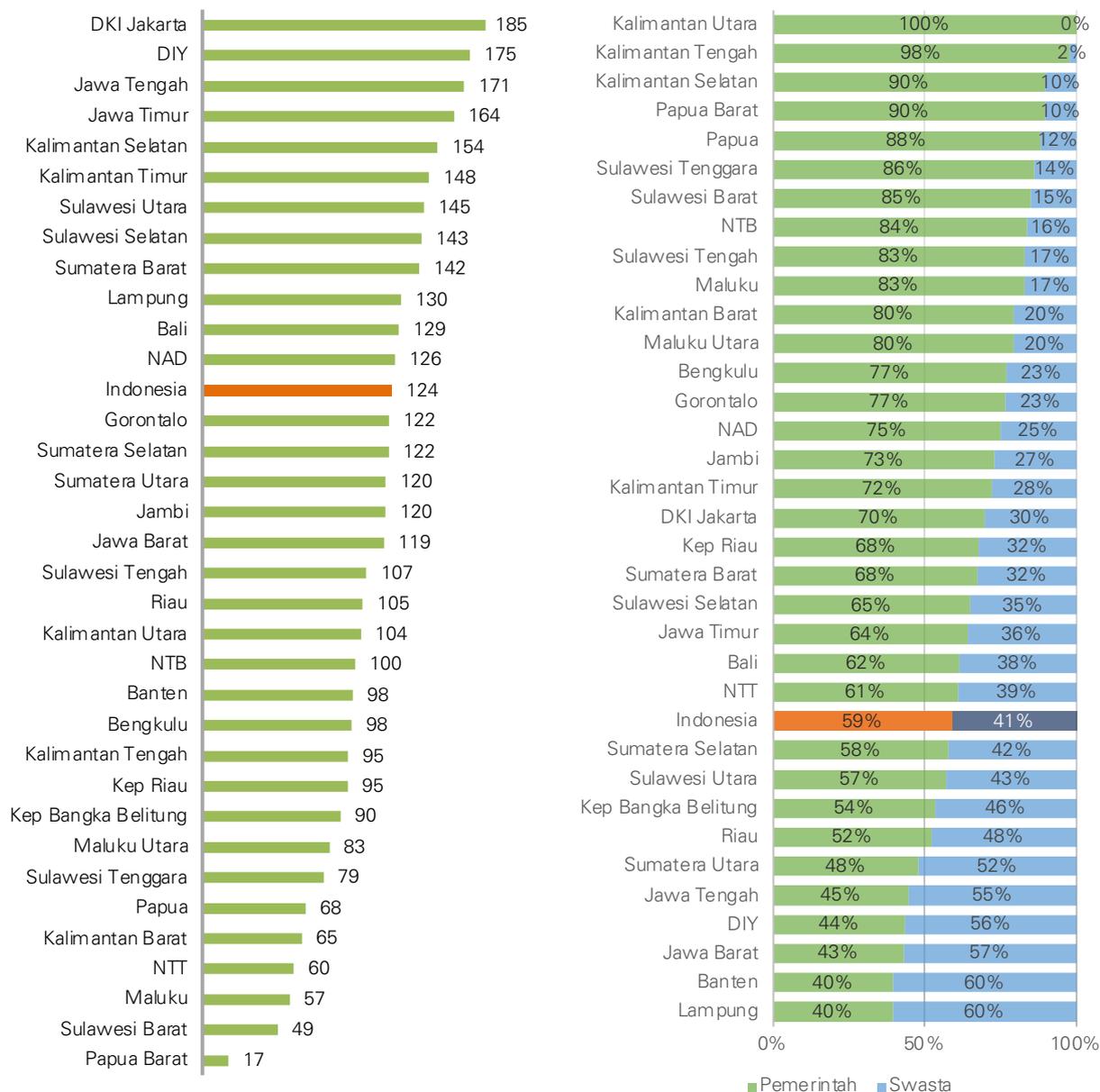
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Jika dibandingkan dengan Peta Kunjungan Layanan PTM pada Gambar 4.4, belum bisa ditarik kesimpulan apakah peningkatan FKTP berbanding lurus dengan kebutuhan masyarakat terhadap layanan PTM di tingkat ini. Hal ini karena terdapat provinsi yang mengalami peningkatan kunjungan cukup tinggi seperti ditunjukkan Gambar 4.5, namun laju peningkatan jumlah FKTP-nya justru rendah, seperti di Papua. Sehingga, ada ketidaksesuaian antara permintaan atau kebutuhan masyarakat dan ketersediaan fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan untuk meningkatkan FKTP di provinsi-provinsi tersebut.

Tingkat FKRTL

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada 2018 kunjungan di FKRTL terbanyak terjadi di Jawa, khususnya di DKI Jakarta, DIY, dan Jawa Tengah. Berdasarkan kepemilikan fasilitas kesehatan, rerata nasional kunjungan FKRTL sebagian besar terjadi di fasilitas kesehatan milik pemerintah. Tercatat bahwa hanya ada enam provinsi yang kunjungan FKRTL-nya didominasi fasilitas kesehatan swasta, yaitu Sumatera Utara, Jawa Tengah, DIY, Jawa Barat, Banten, dan Lampung (Grafik 4.21).

Grafik 4.21 Angka Kunjungan FKRTL per 10.000 Peserta Tiap Provinsi Tahun 2018



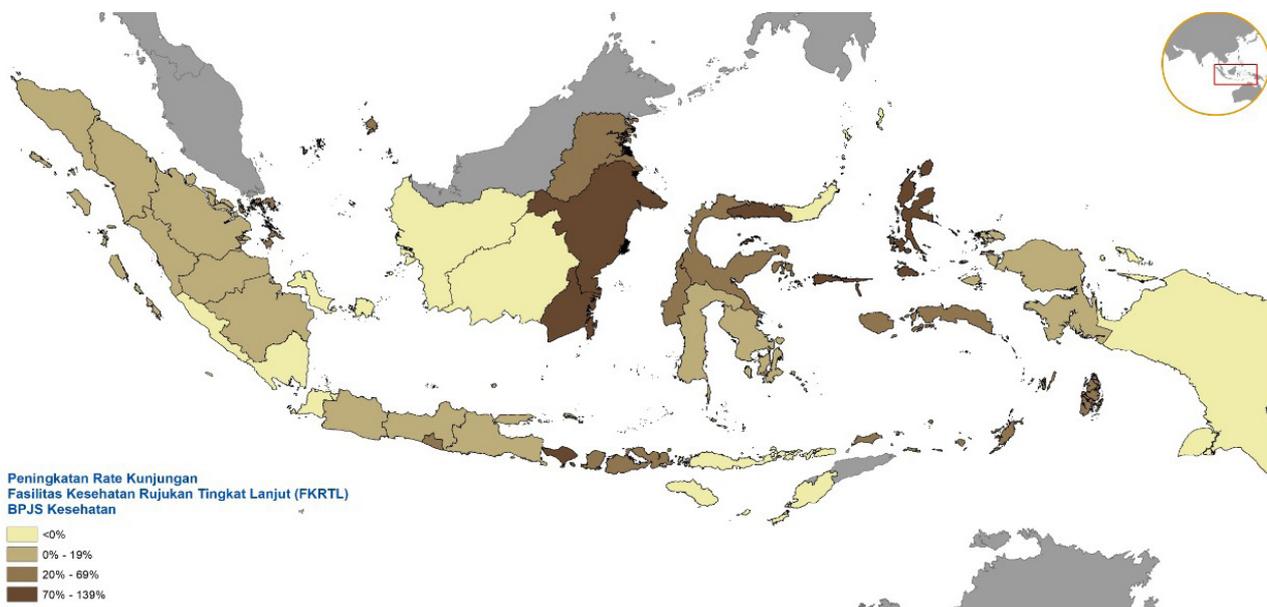
Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Berbeda dengan layanan di tingkat FKTP, tidak semua provinsi mengalami peningkatan kunjungan di FKRTL pada kurun 2015-2018 (Gambar 4.6). Tercatat ada 10 provinsi yang mengalami penurunan kunjungan di FKRTL, yaitu Bengkulu, Lampung, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Banten, NTT, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara, dan Papua. Kunjungan di FKRTL bisa saja menurun karena kasus tertangani dengan baik di level FKTP, namun bisa juga disebabkan masyarakat yang tidak melakukan kunjungan secara rutin. Data Riskesdas menunjukkan rendahnya kepatuhan minum obat hipertensi dan pemeriksaan kadar gula darah oleh masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2018a; Kementerian Kesehatan RI, 2020). Kunjungan yang tidak rutin di tingkat FKTP dapat menyebabkan pasien tidak terpantau, sehingga tidak terdeteksi jika sewaktu-waktu perlu dirujuk ke rumah sakit. Perlu diadakan

evaluasi implementasi layanan PTM katastrofik secara menyeluruh agar kondisi kesehatan pasien dapat terpantau dengan baik.

Di sisi lain, terdapat beberapa provinsi yang mengalami lonjakan kunjungan cukup tinggi, seperti Bali, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Gorontalo, dan Maluku Utara. Di provinsi-provinsi tersebut perlu ada evaluasi terhadap peningkatan prevalensi PTM, kinerja upaya promotif dalam menekan jumlah penderita PTM, serta tata laksana pasien PTM katastrofik di level FKTP untuk mencegah komplikasi yang mesti ditangani di tingkat rumah sakit, selama empat tahun terakhir.

Gambar 4.6 Peta Peningkatan Kunjungan Layanan PTM Katastrofik di FKRTL Periode 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Lebih lanjut, dalam periode 2015-2018, terdapat tiga provinsi yang jumlah FKRTL-nya menurun, yakni Jambi, DIY, dan Maluku, dan dua provinsi yang jumlah FKRTL-nya tetap, yaitu Sumatera Utara dan Papua Barat. Adapun Bangka Belitung mengalami peningkatan jumlah FKRTL hingga 100 persen dalam empat tahun terakhir (Gambar 4.7).

Gambar 4.7 Peningkatan Jumlah FKRTL



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

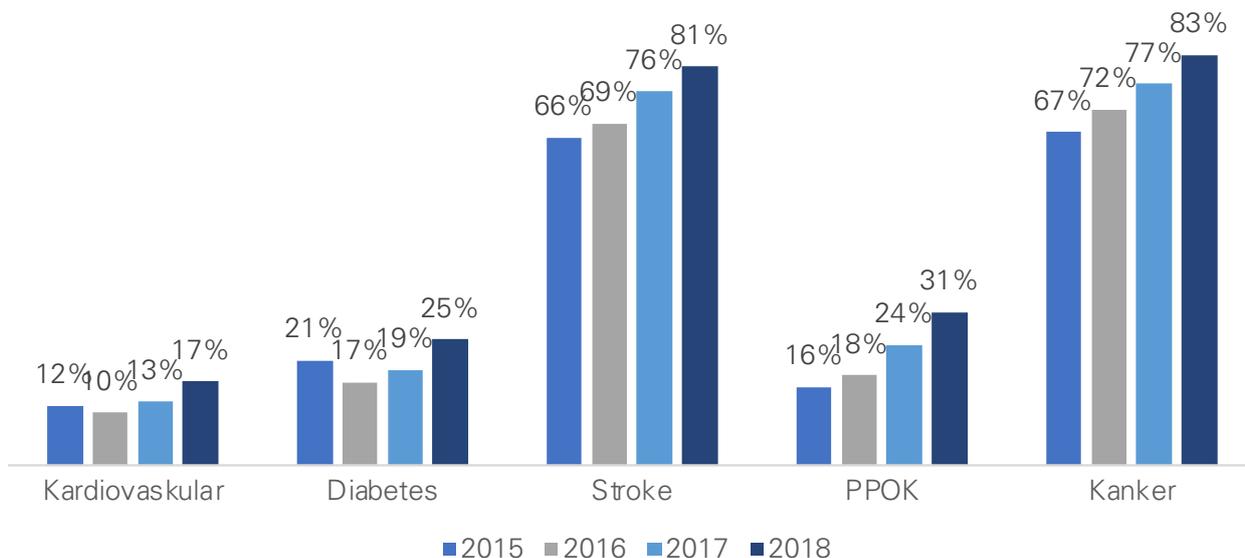
Belum bisa ditarik kesimpulan apakah peningkatan jumlah FKRTL berbanding lurus dengan kebutuhan masyarakat terhadap layanan PTM di rumah sakit. Hal ini karena terdapat provinsi yang mengalami peningkatan kunjungan cukup tinggi (Gambar 4.6), namun laju peningkatan jumlah FKRTL-nya justru rendah (Gambar 4.7) seperti Gorontalo. Rendahnya kunjungan di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan serta di wilayah Indonesia Timur juga dapat disebabkan oleh minimnya peningkatan jumlah FKRTL di sana. Sehingga, ada potensi ketidaksesuaian antara permintaan atau kebutuhan masyarakat dan ketersediaan fasilitas kesehatan. Diperlukan upaya untuk meningkatkan ketersediaan FKRTL di wilayah tersebut, yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing provinsi.

d. Pola Rujukan antara FKTP dan FKRTL

1) Pola rujukan dari FKTP ke FKRTL secara umum

Secara umum, jumlah rujukan dari FKTP ke FKRTL meningkat 20-50 persen dalam kurun waktu empat tahun. Rujukan terbanyak ditemui pada penyakit kanker dan *stroke*. Sedangkan rujukan untuk penyakit kardiovaskular dan diabetes relatif lebih rendah (Grafik 4.22).

Grafik 4.22. Tren Kunjungan FKTP yang Dirujuk ke FKRTL, Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Hasil studi kualitatif menemukan terdapat tiga alasan utama rujukan dari FKTP ke FKRTL, yaitu:

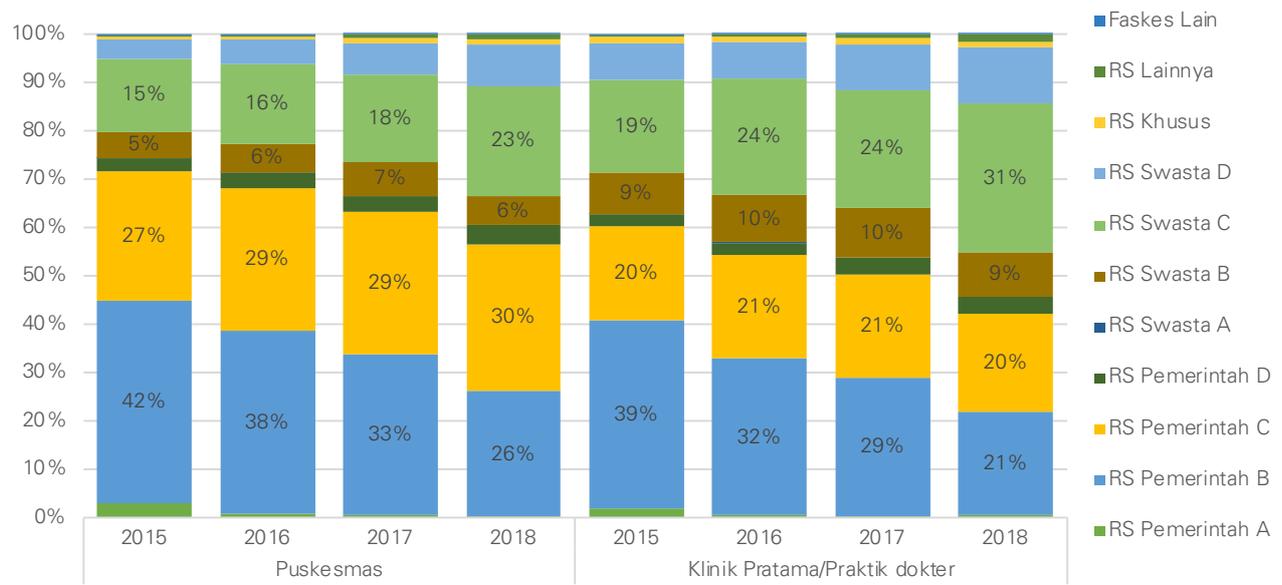
1. Kasus spesialistik di luar wewenang FKTP.
Apabila ringan dan dapat ditangani di puskesmas, maka akan ditangani kecuali apabila ada komplikasi tertentu yang perlu untuk dirujuk. – Puskesmas B, Jawa Timur
2. Tidak adanya obat atau reagen di FKTP untuk tata laksana pasien.
Sekitar 20 persen pasien rawat jalan kita rujuk, yaitu kasus-kasus yang memang kita tidak bisa tangani ataupun karena ketidaktersediaan obat. – Puskesmas B, Jawa Timur
3. Hasil pengobatan yang tidak kunjung membaik.
Jika pasien tidak terkontrol maka tetap dirujuk ke FKRTL. – Puskesmas C, Sulawesi Selatan

FKTP memang memiliki keterbatasan wewenang dalam penanganan pasien PTM katastrofik. Namun perlu dievaluasi apakah rujukan tersebut rasional atau justru kapasitas FKTP yang perlu ditingkatkan agar dapat melakukan tata laksana dengan lebih baik. *Profil Kesehatan Indonesia 2019* menemukan bahwa 26,34 persen puskesmas belum melaksanakan Pandu PTM (Kementerian Kesehatan RI, 2020) dan terdapat 24,57 persen puskesmas belum mampu menangani 144 penyakit dasar termasuk PTM secara optimal (Kementerian Kesehatan RI, 2019a). Kedua laporan tersebut tidak mencantumkan data mengenai kapasitas di FKTP non-puskesmas, namun setidaknya mengindikasikan kapasitas puskesmas sebagai salah satu tipe FKTP perlu diperkuat.

Sistem JKN mensyaratkan rujukan berjenjang dari FKTP ke FKRTL dimulai dari rumah sakit tipe C, kemudian B, dan yang tertinggi tipe A. Pada awal mula implementasi JKN pada 2015, sistem rujukan berjenjang masih belum dipatuhi secara optimal oleh FKTP, terlihat dari banyaknya proporsi rujukan ke rumah sakit tipe B (42 persen oleh puskesmas dan 39 persen oleh FKTP

lain) dibanding rumah sakit tipe C (27 persen oleh puskesmas dan 20 persen oleh FKTP lain). Namun seiring berkembangnya sistem JKN, pola rujukan langsung ke rumah sakit tipe B menurun dan didominasi rujukan ke rumah sakit tipe C. Meski demikian, cenderung FKTP lebih sering merujuk ke rumah sakit milik pemerintah dibanding rumah sakit milik swasta (Grafik 4.23).

Grafik 4.23 Proporsi Fasilitas Kesehatan Tujuan Rujukan dari FKTP



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Hasil studi kualitatif menemukan, secara umum FKTP merujuk pasien ke rumah sakit menggunakan SISRUITE, yang memungkinkan adanya peluang yang sama bagi rumah sakit pemerintah ataupun swasta untuk menerima rujukan, tergantung dari ketersediaan tempat tidur di fasilitas kesehatan pada saat itu. Namun minimnya rujukan ke FKRTL swasta dapat dipengaruhi oleh proporsi fasilitas kesehatan tersebut yang memang lebih sedikit daripada milik pemerintah (Grafik 4.19).

Hasil analisis kuantitatif tidak menemukan data proporsi rujuk balik dari FKRTL ke FKTP. Namun temuan dari analisis kualitatif menunjukkan adanya sejumlah kendala yang ditemui oleh FKTP dalam pelaksanaan program rujuk balik, di antaranya:

1. *Moral hazard* peserta yang hanya mengaktifkan kepesertaan JKN saat merasa butuh.

Mengenai rujuk balik ini masalahnya bukan jumlah, tapi biasanya di keaktifan sebagai peserta BPJS dan ketersediaan obat. Jadi kadang pas masih di puskes masih aktif, lalu dirujuk, lalu rujuk balik. Pas dirujuk balik ke puskesmas ternyata sudah tidak aktif lagi BPJS-nya. Nah, kan susah dapat obatnya. Jadi kadang kita kasih obat yang tersedia di puskesmas saja. –

Puskesmas B, Jawa Timur

2. Ketidaklengkapan pengisian lembar surat rujuk balik.

Salah satu kendala utama dalam program rujuk balik, sebagaimana diungkapkan oleh tiga dari enam FKTP yang diwawancarai, adalah ketidaklengkapan pengisian surat atau formulir rujuk balik. Hal ini meliputi adanya informasi yang tidak diisi, terkait dengan diagnosis, tata laksana, dan instruksi lebih lanjut. Di samping itu, terdapat kendala seperti beberapa tulisan tangan pada formulir rujuk balik ini sulit terbaca.

Nanti dari FKRTL itu kan ada surat rujuk balik itu ya kadang ada, kadang tidak juga sih karena rumah sakit rujuk balik kita kadang tidak mengisi lembar surat rujuk balik itu. – Klinik B, Jawa Timur

Yang masih sering saya temui di form rujuk balik itu, biasanya tidak tertera keterangan untuk kembali untuk berapa bulan, begitu. – Puskesmas B, Jawa Timur)

Dia surat rujuk balik dari rumah sakit ke puskesmas itu kadang rencana tindak lanjutnya itu tidak dicontreng dari rumah sakitnya, apakah udah selesaikah? Apakah ini perlu kontrol lagi? Apakah ini di PRB [program rujuk balik] kan? Kadang tidak ada diceklis sama sekali. Cuman pasien bilang, dari rumah sakit minta untuk di suruh lagi ke rumah sakit. Tapi di suratnya itu tidak ada. Dan dilihat dari diagnosa pun kadang, maaf tulisannya tidak jelas itu apa, di terapinya juga tidak dijelaskan itu apa. – Puskesmas A, Sumatera Barat

3. Tidak dilakukan *flagging* penandaan program rujuk balik (PRB).

Salah satu FKTP juga mengungkapkan adanya kendala karena rumah sakit sering kali belum melakukan *flagging* PRB di aplikasi, sehingga FKTP mengalami kesulitan meresepkan obat PRB atau Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis).

Masalahnya itu hanya terkadang itu pada flagging PRB-nya itu sendiri. Pasien sudah dikirim ke rumah sakit untuk di rujuk balik dalam kondisi stabil namun pada aplikasinya itu belum ada flagging PRB-nya. Itu yang membuat kadang agak terkendala sedikit. Sementara kita dari klinik itu harus bisa meresepkan obat PRB atau Prolanis, yaitu jika flagging PRB-nya sudah ada. – Klinik A, Sumatera Barat

4. Adanya pergantian dokter yang bertugas di rumah sakit.

Kendala lain yang ditemui di salah satu puskesmas adalah minimnya pemahaman dokter yang bertugas di rumah sakit mengenai program rujuk balik ini karena adanya pergantian dokter.

Biasanya keluhan yang banyak saya temui kalau rujuk balik itu kan dokter di rumah sakit, apalagi di swasta, biasanya dokternya sering ganti. Contohnya ganti yang muda-muda. Untuk rujuk baliknya itu, menurut saya, mereka tidak paham apa arti rujuk balik. Dia mengembalikan ke puskesmas tanpa keterangan apa pun. – Puskesmas B, Jawa Timur

5. Tidak kembalinya pasien PRB ke FKTP.

FKTP juga mengungkapkan adanya kendala ketika pasien yang sudah dirujuk ke rumah sakit untuk program rujuk balik, membutuhkan waktu lama untuk dikembalikan lagi ke FKTP.

Ini yang terkendala di puskesmas kadang-kadang kita sudah rujuk balik. Balikinya ke puskesmas lagi agak lama, walaupun belum stabil, tapi positive thinking aja memang belum stabil. Kita kadang-kadang demikian. – Puskesmas A, Sumatera Barat

6. Tidak tersedianya obat tertentu di FKTP.

Yang tidak tersedia di PPK 1 [rekaman tidak jelas] biasanya dirujuk. Biasanya dari poli dirujuk ke rumah sakit, dari rumah sakit dikembalikan ke puskesmas, dan memang obatnya tidak ada di PPK 1. – Puskesmas B, Jawa Timur

7. Tidak ada forum komunikasi antara FKTP dan FKRTL untuk PRB.

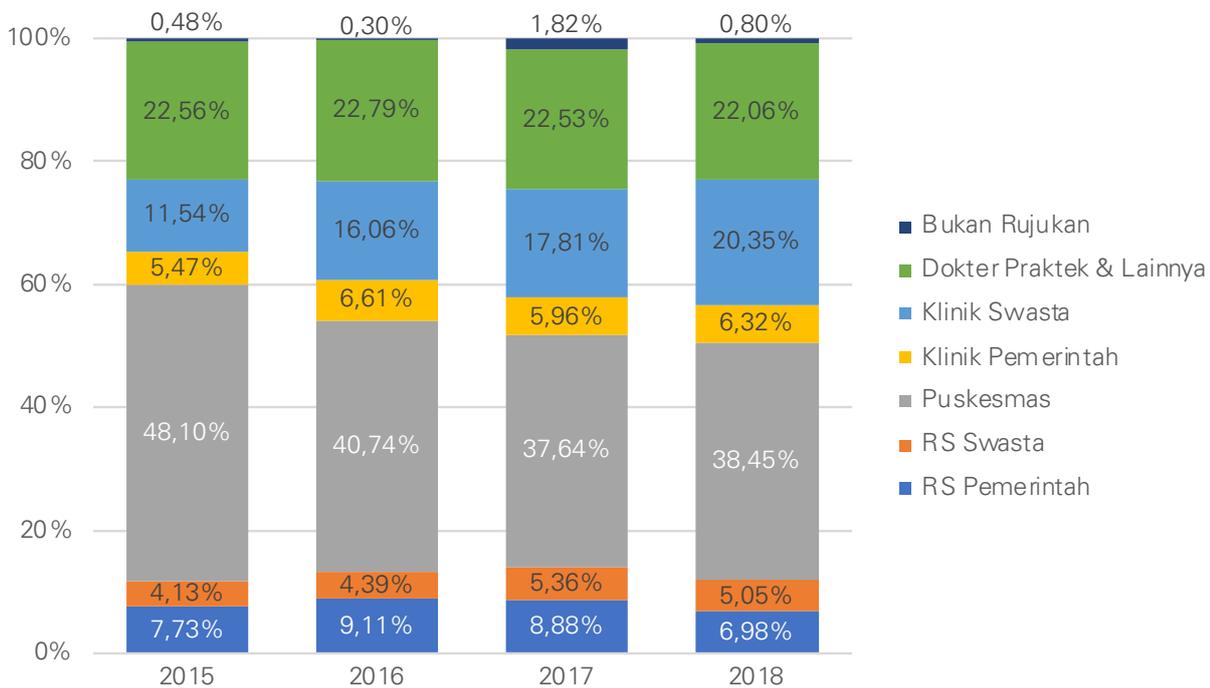
Meskipun beberapa FKTP mengemukakan sudah dapat melakukan komunikasi langsung dengan rumah sakit untuk mengklarifikasi terkait rujuk balik, tetapi masih ada FKTP yang mengalami kesulitan melakukan konsultasi lanjutan dengan rumah sakit.

Tapi konsultasi lanjutan dengan rumah sakit mengenai rujuk balik ini memang belum.... Itu terkendala, ndak bisa kita konsultasi untuk program rujuk baliknya. Tapi sebenarnya untuk rujuk biasa di BPJS ada membuat grup tapi tidak khusus untuk rujuk balik. – Puskesmas A, Sumatera Barat

2) Pola rujukan rawat jalan antar-FKTP dan FKRTL

Dari hasil analisis terlihat bahwa sebagian besar kunjungan RJTL dari 2015 hingga 2018 merupakan kunjungan rujukan, dengan proporsi asal rujukan dari FKTP lebih dari 85 persen, kunjungan horizontal yang berasal dari FKRTL berkisar 10-14 persen, dan yang bukan merupakan kunjungan rujukan hanya mencakup sekitar 1 persen dari total kunjungan. Untuk tren jenis FKTP asal yang mendominasi kunjungan RJTL terlihat ada perubahan, dengan pada 2015 proporsi puskesmas yang hampir mencapai 50 persen dari total kunjungan menjadi 38 persen pada 2018. Perubahan tren tersebut terlihat karena bertambahnya proporsi kunjungan yang berasal dari klinik swasta, naik hampir dua kali lipat dari 11,5 persen pada 2015 menjadi 20,4 persen pada 2018. Sementara itu, kunjungan RJTL yang berasal dari FKRTL maupun yang bukan merupakan rujukan, besarnya tidak banyak mengalami perubahan dari tahun ke tahun (Grafik 4.24).

Grafik 4.24 Pola Rujukan Rawat Jalan Antar-FKTP dan FKRTL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

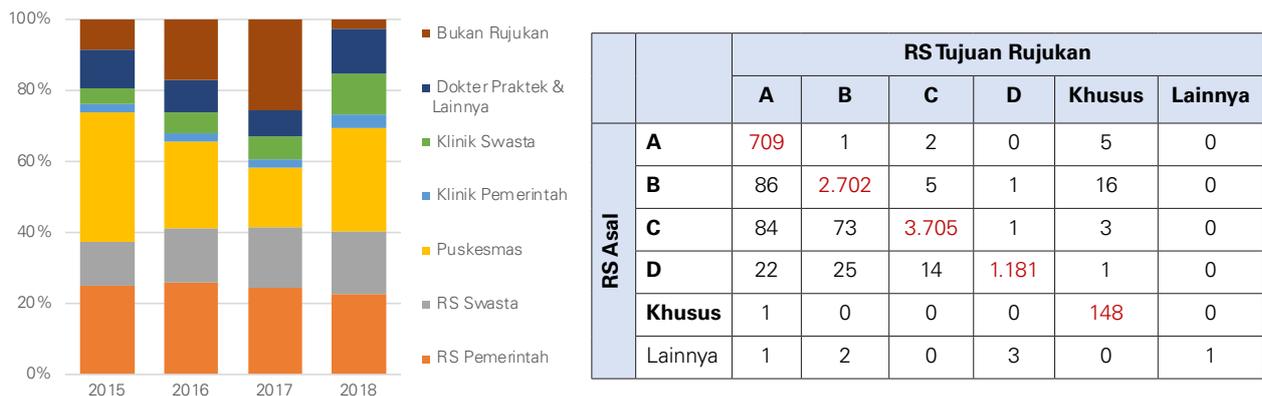
3) Pola rujukan rawat inap antar-FKTP dan FKRTL

Proporsi kunjungan rawat inap bukan rujukan mengalami peningkatan setiap tahun dari semula berkisar 8,6 persen pada 2015 melonjak menjadi 25,5 persen pada 2017. Namun kunjungan bukan rujukan menurun drastis pada 2018 hingga mencapai 2,7 persen. Perubahan tersebut seiring dengan adanya peningkatan proporsi asal rujukan yang berasal dari FKTP terutama FKTP swasta seperti dokter praktik (12,7 persen) dan klinik swasta (11,4 persen) pada 2018. Kunjungan RITL yang berasal dari FKRTL juga memiliki proporsi yang cukup besar, yaitu 22,5 persen untuk rumah sakit pemerintah dan 17,7 persen untuk rumah sakit swasta. Proporsi asal rujukan dari FKRTL tersebut secara keseluruhan tidak mengalami perubahan tren yang cukup besar dari 2015 hingga 2018, namun proporsi pada rumah sakit swasta memperlihatkan adanya sedikit peningkatan dalam kurun waktu empat tahun tersebut.

Grafik 4.25 memperlihatkan distribusi jumlah kunjungan dari FKRTL asal dan FKRTL tujuan berdasarkan tipe rumah sakit untuk melihat apakah rujukan berasal dari tingkatan rumah sakit yang sama atau berbeda. Dari hasil analisis terlihat bahwa kunjungan RITL yang berasal dari

rumah sakit dengan tipe yang sama atau kunjungan horizontal, dengan kunjungan RITL di rumah sakit tipe A, sebagian besar merupakan rujukan kasus rawat inap dari rumah sakit tipe A dan seterusnya untuk tipe rumah sakit yang lain. Jumlah kunjungan horizontal terbanyak terjadi di rumah sakit tipe C, dengan terdapat 3.705 kunjungan RITL yang juga berasal dari rumah sakit tipe C (Grafik 4.25).

Grafik 4.25. Pola Rujukan Rawat Inap Antar-FKTP dan FKRTL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Temuan studi kualitatif menunjukkan rujukan horizontal antar-rumah sakit tipe C biasanya dipengaruhi ketiadaan alat di rumah sakit perujuk.

Kalau dengan RS X kami sama-sama tipe C dan sudah memiliki MoU. Jadi kami saling melengkapi dari segi peralatan. – Rumah Sakit A, Sumatera Barat

Secara umum, sistem rujukan yang telah diterapkan oleh BPJS Kesehatan terdiri dari dua jenis, yaitu rujukan vertikal dan rujukan horizontal (BPJS Kesehatan, 2015). Rujukan vertikal merupakan rujukan yang dilakukan antar-fasilitas kesehatan yang berbeda tingkatannya seperti kunjungan dari puskesmas dirujuk ke rumah sakit ataupun sebaliknya, sedangkan rujukan horizontal merupakan rujukan antar-fasilitas kesehatan yang memiliki tingkatan yang sama.

Hasil dari analisis menunjukkan bahwa rujukan yang berasal dari puskesmas untuk kasus RJTL proporsinya sedikit lebih menurun dibandingkan dengan rujukan dari klinik swasta atau dokter praktik. Perubahan peraturan yang terjadi dalam rentang waktu tersebut salah satunya adalah diterapkannya metode pembayaran Kapitasi Berbasis Kompetensi (KBK) bagi FKTP yang indikatornya antara lain target angka rujukan non-spesialistik yang kurang dari 5 persen (Permenkes Nomor 52 Tahun 2016; Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019). Sistem pembayaran KBK tersebut bisa memengaruhi perilaku puskesmas dalam merujuk pasien mengingat pada tahun pertama diterapkan hanya berlaku untuk nilai pembayaran kapitasi di puskesmas dan belum memiliki peran untuk mengubah nilai pembayaran kapitasi di FKTP swasta. Meskipun begitu, evaluasi tahun 2017 memperlihatkan bahwa sistem KBK belum memiliki dampak positif secara statistik untuk menurunkan angka rujukan non-spesialistik antara puskesmas dengan KBK dan puskesmas non-KBK meskipun dari distribusi terlihat angka

rujukan non-spesialistik pada puskesmas KBK lebih rendah (Hidayat *et al.*, 2017). Ke depannya, dukungan bagi pelaksanaan sistem rujukan perlu ditingkatkan. Tidak hanya dari mekanisme pembayaran, tetapi juga efektivitas penerapannya di FKTP swasta.

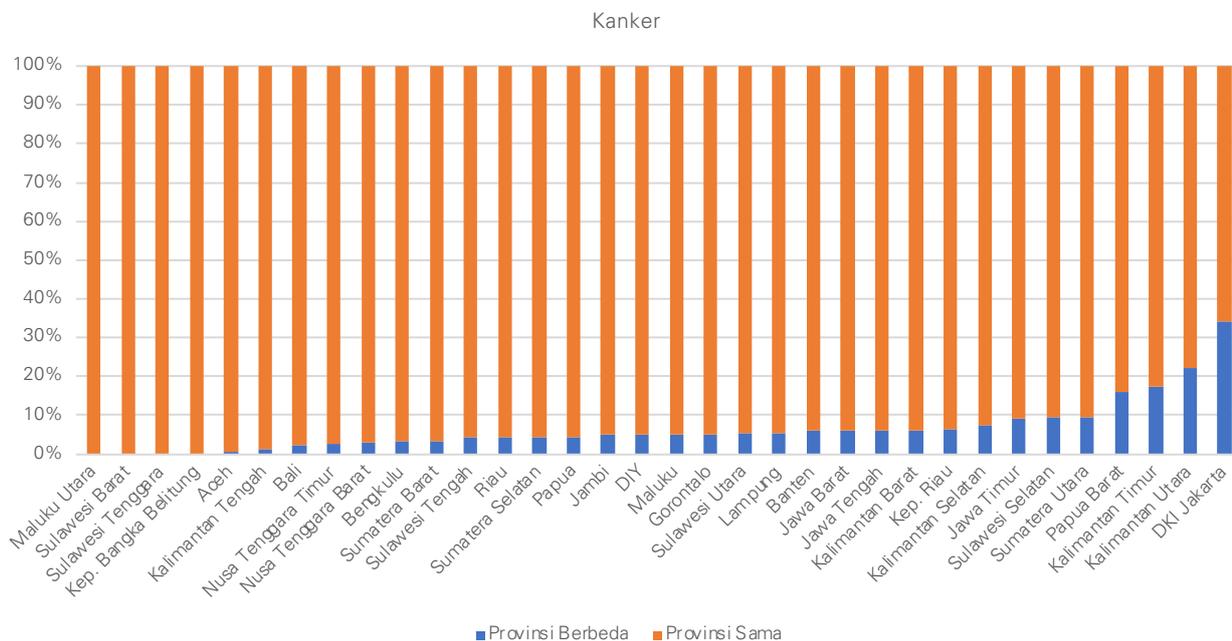
4) Pola rujukan antarprovinsi: studi lasus pada penyakit kanker

Hasil analisis kuantitatif pada penyakit kanker menunjukkan ada provinsi yang memberikan pelayanan bagi peserta yang tidak berdomisili di wilayah tersebut (Grafik 4.26). Dari wawancara mendalam yang dilakukan, kondisi ini dipengaruhi oleh keterbatasan fasilitas layanan kanker bagi pasien.

Untuk radioterapi punya empat alat, salah satunya Cobalt yang sudah habis masa pakainya. Idealnya ada lima. Kami mengusulkan pemakaian LINAC yang bekerja cepat. Satu jam bisa enam sampai delapan pasien. Sampai saat ini protokol pengobatan pasien kanker belum maksimal. – Rumah Sakit B1

Data *Profil Kesehatan Indonesia 2018* menyebutkan ada dua provinsi yang tidak memiliki rumah sakit tipe B dan 18 provinsi tidak memiliki rumah sakit tipe A (Kementerian Kesehatan RI, 2019b). Sehingga, memang ada potensi rujukan antarprovinsi untuk kasus yang tidak tertangani di rumah sakit yang levelnya lebih rendah.

Grafik 4.26 Pola Rujukan pada Penyakit Kanker



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

e. Tarif Layanan Kapitasi

Dari wawancara mendalam yang dilakukan, terdapat beberapa temuan yang terkait dengan penilaian FKTP terhadap kecukupan tarif layanan kapitasi di FKTP sebagai berikut:

1. Adanya peningkatan biaya operasional setiap tahunnya

Peningkatan biaya operasional dari tahun ke tahun tidak disertai dengan peningkatan biaya kapitasi, sehingga klinik perlu menyusun strategi untuk mengelola finansialnya.

Namanya biaya operasional ke depan pasti akan meningkat. Itu di mana gaji UMR [upah minimum regional] saja naik tiap tahun, biaya obat rata-rata obat naik 10 persen per tahun. Listrik, air, internet, semuanya tiap tahun naik. Jadi secara logika, secara ekonomi, sangat tidak cocok karena di sini biaya operasional meningkat dari kapitasi yang diberikan BPJS itu dari awal tahun. Dari 2012, kita sama-sama tahu, kapitasi tetap seperti itu. – Klinik A, Sumatera Barat

2. Perbedaan besaran tarif kapitasi antara klinik dengan puskesmas.

Salah satu puskesmas juga menilai bahwa besaran kapitasi untuk puskesmas lebih rendah dibandingkan dengan klinik, padahal puskesmas juga perlu melakukan kegiatan turun lapangan.

Kalau kami di puskesmas perlu dievaluasi sebenarnya. Kenapa kita tidak disamakan dengan klinik. Hendaknya kita juga apa namanya... untuk nilainya itu bisa ditingkatkan juga. Apalagi kita dalam pelaksanaan layanan itu kalau klinik tidak terfokus untuk ke lapangan itu enggak ada. Nah, kalau kita kan ke lapangan. Nah, tapi kan biasanya kalau puskesmas lebih rendah dari klinik. – Puskesmas A, Sumatera Barat

Sebetulnya puskesmas mendapat dana alokasi khusus (DAK) nonfisik berupa bantuan operasional kesehatan (BOK) untuk kegiatan turun ke lapangan seperti promosi kesehatan dan deteksi dini penyakit. Namun terdapat kendala seperti keterlambatan pencairan dana BOK serta tidak adanya komponen jasa pelayanan seperti pada tarif kapitasi. Kondisi ini dapat membuat staf puskesmas merasa layanan kuratif lebih dihargai dibandingkan dengan layanan promotif-preventif (Gani, 2019).

3. Dampak besaran tarif berdasarkan jumlah kepesertaan, bukan wilayah.

Kami di sini banyak FKTP juga, bukan cuma kami, banyak klinik. Kalau ditanya kecil atau tidak kira-kira [...] 13.500 untuk 10 kelurahan, lumayan kecil. – Puskesmas C, Sulawesi Selatan

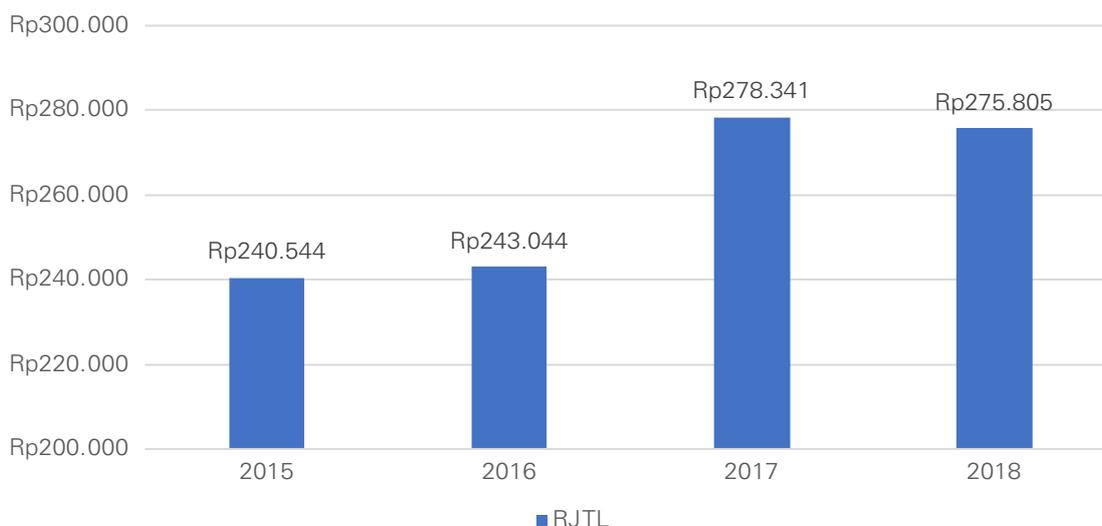
Temuan ini sejalan dengan analisis Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) bahwa jasa pelayanan yang diterima puskesmas di wilayah terpencil lebih sedikit daripada puskesmas di daerah yang lebih padat penduduknya. Padahal, cakupan luas wilayah yang harus dikelola bisa jadi lebih luas (Gani, 2019).

f. Klaim Pembiayaan Layanan PTM Katastropik

1) Rata-rata nilai klaim RJTL secara umum

Seiring dengan adanya perubahan tarif INA-CBGs setiap tahun, rata-rata nilai klaim RJTL untuk kunjungan dengan diagnosis PTM juga mengalami peningkatan pada periode 2015-2016 ke 2017-2018. Pada 2018, dalam satu kali kunjungan RJTL, rata-rata klaim pada diagnosis PTM mencapai Rp275.805 atau meningkat sebesar 14 persen dibandingkan pada 2015 (Grafik 4.27).

Grafik 4.27 Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RJTL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Dari hasil tabel yang mendisagregasi rata-rata besaran klaim berdasarkan kelompok diagnosis PTM, terlihat bahwa dari tahun ke tahun setiap jenis kelompok penyakit mengalami peningkatan besaran rata-rata nilai klaim dalam satu kali kunjungan. Peningkatan terbesar ada pada kelompok penyakit diabetes dengan rata-rata klaim naik hingga 23,9 persen pada 2018 dibandingkan dengan 2015. Selain itu, diketahui bahwa nilai rata-rata klaim paling terbesar terdapat pada kelompok penyakit kardiovaskular yang mencapai Rp315.480 diikuti oleh kelompok penyakit kanker yang mencapai Rp302.236 dalam sekali kunjungan RJTL pada 2018. Jika nilai rata-rata klaim RJTL sekali kunjungan pada kelompok diagnosis PTM dibandingkan dengan rata-rata nilai klaim pada rata-rata kunjungan secara umum, nilai rata-rata klaim yang besarnya di atas rata-rata umum ada pada kelompok penyakit kardiovaskular pada periode 2017 dan 2018.

Tabel 4.2 Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RJTL Berdasarkan Kelompok Diagnosis PTM Tahun 2015-2018

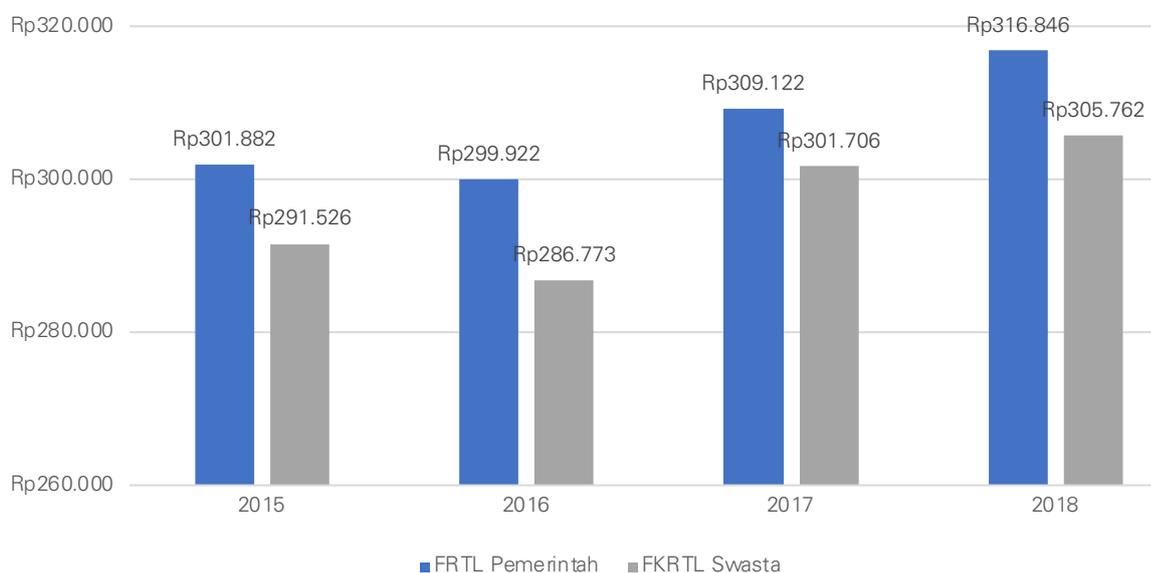
Kelompok PTM	2015	2016	2017	2018
Kardiovaskular	Rp275.210	Rp277.457	Rp321.671	Rp315.480
Diabetes	Rp182.891	Rp188.012	Rp217.543	Rp226.672
Stroke	Rp197.507	Rp197.885	Rp201.358	Rp204.838
PPOK	Rp199.029	Rp204.998	Rp229.389	Rp235.396
Kanker	Rp267.365	Rp272.008	Rp314.351	Rp302.236
Rata-rata Keseluruhan Kunjungan Umum	Rp298.479	Rp294.821	Rp305.959	Rp311.716

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

2) Rata-rata nilai klaim RJTL berdasarkan tipe dan kepemilikan FKRTL

Rata-rata klaim RJTL untuk kelompok diagnosis PTM pada rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta sama-sama mengalami peningkatan dari 2015 hingga 2018. Rata-rata nilai klaim rumah sakit pemerintah dalam satu kali kunjungan untuk PTM sebesar Rp316.846 pada 2018 atau mengalami peningkatan 5 persen sejak 2015. Sedangkan untuk rumah sakit swasta, rata-rata kaim dari satu kunjungan pada 2018 sebesar Rp305.762 atau meningkat sebesar 4,9 persen daripada 2015. Secara umum, dapat terlihat bahwa setiap tahun rata-rata nilai klaim RJTL untuk kelompok diagnosis PTM rumah sakit pemerintah konsisten lebih tinggi daripada rumah sakit swasta dengan perbedaan nilai sebesar 3,6 persen (Grafik 4.28).

Grafik 4.28 Rata-rata Nilai Klaim RJTL Berdasarkan Kepemilikan FKRTL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Lebih lanjut, Tabel 4.4 menunjukkan perbandingan rata-rata nilai klaim RJTL berdasarkan tipe rumah sakit yang memperlihatkan semakin tinggi tipe rumah sakit, semakin besar rata-rata nilai klaim RJTL, sejalan dengan karakteristik tarif klaim INA-CBGs. Meskipun nilai rata-rata klaim pada rumah sakit tipe A merupakan yang terbesar dibandingkan dengan rumah sakit tipe lain, tren rata-rata klaim justru terlihat menurun pada 2018. Hal tersebut juga terjadi pada tren rata-rata nilai klaim pada rumah sakit tipe B dengan penurunan mencapai 15 persen pada 2018 dibandingkan dengan nilai klaim pada 2015. Sedangkan nilai rata-rata klaim RJTL pada tipe

rumah sakit lainnya meningkat hingga di atas 5 persen pada 2018.

Tabel 4.3 Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RJTL Berdasarkan Tipe Rumah Sakit Tahun 2015-2018

Jenis FKRTL	2015	2016	2017	2018
RS Tipe A	Rp620.508	Rp635.236	Rp596.472	Rp615.540
RS Tipe B	Rp434.945	Rp360.722	Rp335.097	Rp368.647
RS Tipe C	Rp303.553	Rp294.048	Rp288.975	Rp320.751
RS Tipe D	Rp239.339	Rp230.087	Rp244.855	Rp277.909
RS Khusus	Rp425.002	Rp530.454	Rp557.386	Rp516.996
RS Khusus Lain	Rp262.692	Rp283.755	Rp304.899	Rp332.939

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

3) Rata-rata nilai klaim RITL secara umum

Pada kunjungan RITL, rata-rata nilai klaim dalam satu kali admisi terlihat lebih tinggi pada periode 2017 dan 2018 dibandingkan dengan periode 2015 dan 2016. Rata-rata nilai klaim untuk kunjungan RITL kelompok diagnosis PTM tertinggi mencapai Rp6.582.192 untuk satu kali admisi pada 2017. Peningkatan rata-rata nilai klaim hanya 2,9 persen dari tahun 2015 ke 2018, lebih rendah dibandingkan pada kunjungan RJTL (Grafik 4.29).

Grafik 4.29. Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Hasil analisis menurut kategori penyakit pada Tabel 4.5 memperlihatkan bahwa pada hampir semua kelompok penyakit mengalami tren peningkatan rata-rata klaim RITL dalam sekali admisi dengan rentang 3-24 persen, kecuali pada penyakit kardiovaskular yang justru mengalami penurunan. Rata-rata klaim pada penyakit kardiovaskular menurun hingga 7,2 persen pada 2018 jika dibandingkan dengan pada 2015 yang mencapai Rp7.078.908 dalam satu kali admisi. Rata-rata nilai klaim tertinggi RITL ada pada kelompok penyakit kanker yang mencapai Rp7.307.149 per admisi atau sekitar 1,6 kali lebih tinggi dari rata-rata nilai klaim RITL secara umum.

Tabel 4.4 Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Berdasarkan Kelompok Diagnosis PTM Tahun 2015-2018

Kelompok PTM	2015	2016	2017	2018
Kardiovaskular	Rp7.078.908	Rp6.850.883	Rp6.601.414	Rp6.567.515
Diabetes	Rp5.061.206	Rp5.097.315	Rp5.862.207	Rp5.761.264
Stroke	Rp5.371.598	Rp5.487.744	Rp6.965.129	Rp6.588.509
PPOK	Rp3.279.903	Rp3.532.002	Rp4.079.408	Rp4.073.493
Kanker	Rp7.084.896	Rp7.074.324	Rp7.434.600	Rp7.307.149
Rata-rata keseluruhan kunjungan umum	Rp4.571.404	Rp4.392.774	Rp4.719.268	Rp4.704.736

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

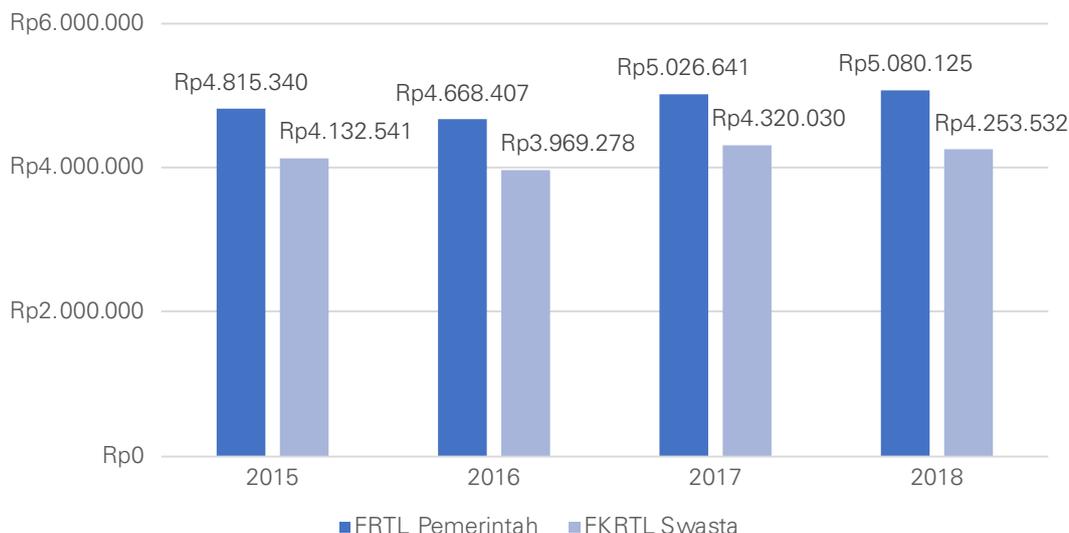
Sebuah studi melaporkan tingginya biaya klaim kanker payudara dipengaruhi oleh sejumlah faktor, di antaranya tingkat keparahan, lama perawatan (LOS), dan kelas perawatan (Manawan, Widodo and Andayani, 2019). Sebuah penelitian terhadap pasien kanker payudara rawat inap peserta JKN dengan kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin, Kalimantan Selatan, pada 2017 menunjukkan bahwa rata-rata biaya riil dengan kemoterapi per episode perawatan sebesar Rp4.502.210 (tingkat keparahan I), Rp8.239.624 (tingkat keparahan II), dan Rp7.403.713 (tingkat keparahan III). Berdasarkan studi ini, faktor yang memengaruhi biaya riil pasien kemoterapi kanker payudara adalah tingkat keparahan dan kelas perawatan (Aisyah, Andayani and Puspandari, 2018).

Seperti kanker payudara, besaran klaim kanker serviks dipengaruhi oleh tingkat keparahan dan lama perawatan pasien di rumah sakit. Di sisi lain, data *Profil Kesehatan Indonesia 2018* melaporkan sebagian besar kanker serviks di Indonesia atau sebanyak 70 persen ditemukan pada stadium lanjut (Kementerian Kesehatan RI, 2019b). Jika kanker tersebut terdeteksi lebih dini, terdapat potensi biaya klaim bisa lebih rendah.

4) Rata-rata nilai klaim RITL diagnosis primer PTM berdasarkan tipe dan kepemilikan fasilitas kesehatan

Grafik 4.30 memperlihatkan tren rata-rata nilai klaim RITL untuk kelompok diagnosis PTM dalam satu kali admisi berdasarkan kepemilikan rumah sakit. Terlihat bahwa rumah sakit pemerintah memiliki rata-rata klaim yang lebih besar dibandingkan dengan rumah sakit swasta dari tahun ke tahun. Peningkatan rata-rata klaim pada rumah sakit pemerintah sebesar 5 persen, sedangkan rumah sakit swasta hanya 2,9 persen dari 2015 hingga 2019.

Grafik 4.30 Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Berdasarkan Kepemilikan FKRTL Tahun 2015-2018



Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

Lebih lanjut, pada Tabel 4.6 terlihat bahwa rata-rata nilai klaim RITL per admisi hampir di semua tipe rumah sakit mengalami peningkatan dari periode 2015 ke 2018. Tren peningkatan terbesar untuk rata-rata nilai klaim dialami oleh rumah sakit tipe A yang mencapai 14 persen dalam kurun waktu empat tahun, yaitu senilai Rp12.100.000 dalam satu kali admisi pada 2018. Sedangkan untuk rumah sakit tipe B, C, dan D peningkatan rata-rata nilai klaim hanya berkisar 4-7 persen. Secara keseluruhan, rata-rata nilai klaim rumah sakit tipe A dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan rumah sakit tipe B dan hampir mencapai empat kali lipat lebih tinggi dari rumah sakit tipe C dan tipe D.

Tabel 4.5. Rata-rata Nilai Klaim per Admisi Kunjungan RITL Berdasarkan Tipe FKRTL Tahun 2015-2018

Jenis FKRTL	2015	2016	2017	2018
RS Tipe A	Rp10.600.000	Rp10.700.000	Rp10.200.000	Rp12.100.000
RS Tipe B	Rp5.491.692	Rp5.165.940	Rp5.621.631	Rp5.757.285
RS Tipe C	Rp3.839.162	Rp3.673.578	Rp3.885.658	Rp3.974.755
RS Tipe D	Rp3.051.181	Rp2.841.869	Rp3.143.208	Rp3.270.279
RS Khusus	Rp5.290.064	Rp4.804.118	Rp5.931.989	Rp5.122.531
RS Khusus Lain	Rp5.985.061	Rp5.465.673	Rp5.006.925	Rp5.930.818

Sumber: Diolah oleh penulis (2021)

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berikut beberapa kesimpulan dari analisis implementasi layanan PTM katastrofik pada era JKN periode 2015-2018 dilihat dari kerangka kebijakan, pola utilisasi, rujukan, dan pembiayaannya.

a. Kerangka kebijakan:

- » Belum adanya payung regulasi serta penerapan penghargaan dan hukuman (*reward and punishment*) mengakibatkan minimnya dukungan dari luar sektor kesehatan sehingga menjadi kendala penerapan kebijakan promotif dan preventif untuk PTM katastrofik.
- » Disparitas infrastruktur dan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata menjadi kendala penerapan kebijakan untuk layanan kuratif dan rehabilitatif antarprovinsi

b. Pola utilisasi layanan:

- Tren pemanfaatan layanan PTM katastrofik cenderung meningkat, termasuk pada kelompok usia produktif, sejalan dengan peningkatan prevalensi penyakit-penyakit tersebut.
- Pemanfaatan layanan di FKTP ataupun di FKRTL sebagian besar terjadi di fasilitas kesehatan milik pemerintah, terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
- Ada ketimpangan antara peningkatan pemanfaatan layanan fasilitas kesehatan dengan peningkatan ketersediaan fasilitas kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.

c. Rujukan:

- Fungsi *gatekeeping* yang dilakukan FKTP semakin membaik seiring dengan tren penurunan kunjungan langsung/bukan rujukan pada 2014-2018.
- Pola rujukan didominasi rujukan horizontal antar-rumah sakit tipe C dipengaruhi ketiadaan alat di rumah sakit perujuk.
- Ditemukan pola rujukan antarprovinsi yang mengindikasikan ketimpangan kapasitas layanan PTM di daerah.

d. Pembiayaan:

- Rerata klaim PTM katastrofik untuk RJTL dan RITL lebih tinggi daripada layanan penyakit lainnya, yang menunjukkan tingginya beban pembiayaan pada sistem JKN.
- Rerata klaim RJTL cenderung meningkat tiap tahun (tertinggi pada kardiovaskular), sedangkan rerata klaim RITL cenderung fluktuatif (tertinggi pada penyakit kanker).
- Rerata klaim di rumah sakit pemerintah lebih tinggi daripada di rumah sakit swasta.

5.2 Saran

Berikut beberapa saran penguatan implementasi layanan PTM katastrofik untuk pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah:

5.2.1 Pemerintah Pusat

Komponen	Saran	Institusi
Penguatan Implementasi Kebijakan	<ul style="list-style-type: none">• Penguatan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 dengan melibatkan Kementerian Perindustrian untuk mendukung pembatasan konsumsi tembakau, produk gula, garam, lemak, dan alkohol. Inpres bisa ditingkatkan dengan kebijakan yang lebih tinggi untuk mengikat keikutsertaan sektor di luar kesehatan.• Penguatan <i>monitoring</i> dan evaluasi implementasi Inpres Nomor 1 Tahun 2017 dengan pemantauan indikator tiap kementerian/lembaga.• Penyusunan peraturan turunan Inpres Nomor 1 Tahun 2017 tentang	<ul style="list-style-type: none">• Kantor Staf Presiden• Kementerian Kesehatan• Kementerian Perindustrian
	<ul style="list-style-type: none">• Pemantauan komitmen dan kinerja pemerintah daerah dalam implementasi standar pelayanan minimum dan program penanggulangan PTM di wilayahnya.	Kementerian Dalam Negeri

Komponen	Saran	Institusi
Penguatan Implementasi Kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan vaksinasi HPV sebagai program nasional untuk mencegah kanker serviks. 	Kementerian Kesehatan
	<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian PNPk PTM katastrofik secara berkala sesuai perkembangan keilmuan. 	Kementerian Kesehatan
	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribusi peserta JKN ke FKTP dan FKRTL swasta untuk penguatan layanan promotif-preventif dan pemerataan pemanfaatan layanan kuratif-rehabilitatif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Kesehatan • BPJS Kesehatan
Dukungan Infrastruktur dan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan kebutuhan infrastruktur dan sarana dan prasarana kesehatan, terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. • Alokasi dana penugasan pembangunan infrastruktur dan penyediaan sarana dan prasarana untuk pelayanan PTM katastrofik di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. • Pengembangan PPP untuk penguatan layanan PTM katastrofik terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. 	Kementerian Kesehatan
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> • Perhitungan kebutuhan pendanaan program PTM dan peningkatan alokasi pendanaan pada bantuan operasional kesehatan dan APBD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Kesehatan • Pemerintah daerah
	<ul style="list-style-type: none"> • Penjajakan insentif khusus bagi fasilitas kesehatan yang bersedia beroperasi di Indonesia bagian timur untuk mencapai keseimbangan pasokan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Kesehatan • Kementerian Keuangan • Pemerintah daerah
	<ul style="list-style-type: none"> • Peninjauan besaran dana kapitasi dan INA-CBGs bagi fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta secara berkala. 	Kementerian Kesehatan
	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan kebijakan tentang skrining PTM dalam paket manfaat JKN. 	BPJS Kesehatan
	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan strategi untuk peningkatan kepatuhan pembayaran premi JKN oleh segmen PBPU. 	BPJS Kesehatan

5.2.2 Pemerintah Daerah

Komponen	Saran	Institusi
Penguatan Implementasi Kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> Penerapan Perda KTR beserta implementasi mekanisme penghargaan dan hukuman untuk menurunkan konsumsi tembakau. 	Pemerintah daerah
	<ul style="list-style-type: none"> Pemenuhan indikator-indikator yang terkait dengan PTM, termasuk skrining faktor risiko PTM pada kelompok usia produktif. 	<ul style="list-style-type: none"> Pemerintah daerah Dinas kesehatan
	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan strategi penanggulangan PTM katastrofik lintas sektor mengacu pada beban PTM spesifik di wilayahnya. 	
Dukungan Infrastruktur dan Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Alokasi APBD untuk pembangunan infrastruktur dan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan PTM katastrofik di wilayahnya. Pengembangan public-private partnership untuk penguatan layanan PTM katastrofik. Penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan layanan PTM. 	Pemerintah Dinas kesehatan
Implementasi Layanan	<ul style="list-style-type: none"> Pemenuhan indikator-indikator yang terkait dengan PTM, termasuk skrining faktor risiko PTM pada kelompok usia produktif. Edukasi bagi pasien diabetes untuk memeriksakan kadar gula darah secara rutin melalui penjangkauan secara masif. Edukasi peserta JKN perempuan untuk rutin melakukan skrining risiko kanker payudara dan kanker serviks melalui penjangkauan secara masif. 	<ul style="list-style-type: none"> Pemerintah daerah Dinas kesehatan
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisasi sumber pendanaan di daerah untuk penguatan implementasi skrining kadar gula darah di wilayahnya, 	<ul style="list-style-type: none"> Pemerintah daerah Dinas kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, N., Andayani, T. M. and Puspendari, D. A. (2018) *Analisis Biaya Kemoterapi pada Pasien Rawat Inap Kanker Payudara Peserta JKN di RSUD Ulin Banjarmasin*. Uuniversitas Gadjah Mada.
- Aoki, E. S. *et al.* (2020) 'National screening programs for cervical cancer in Asian countries', *Journal of Gynecologic Oncology*, 31(3), pp. 1–9. doi: 10.3802/jgo.2020.31.e55.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (2020) 'Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2019 (Auditan)', *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan*.
- Badan Pusat Statistik (2017) *Keadaan Pekerja di Indonesia Februari 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik (2018) *Keadaan Pekerja di Indonesia Februari 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik (2019) *Keadaan Pekerja di Indonesia Februari 2019*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik (2020a) *Keadaan Pekerja di Indonesia Februari 2020*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik (2020b) *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020*. Available at: <https://www.bps.go.id/publication/download>
- Badan Pusat Statistik (2021a) *Konsumsi Alkohol Oleh Penduduk Umur \geq 15 Tahun Dalam Satu Tahun Terakhir (Liter Per Kapita)*, *Badan Pusat Statistik*.
- Badan Pusat Statistik (2021b) *Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Kelompok Komoditas dan Daerah Tempat Tinggal (rupiah)*, *Badan Pusat Statistik*. Available at: https://www.bps.go.id/indikator/indikator/view_data_pub/0000/api_pub_U2ZHQmZiWVpXeWRDL2s2enowQjU3QT09/da_13/1 (Accessed: 2 June 2021).
- Bappenas (2019) *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020 - 2024*. Jakarta: Bappenas.
- Barwal, V. *et al.* (2017) 'Health seeking behavior of lung cancer patients receiving treatment at a tertiary cancer institute: a study from North India', *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(2), p. 1. doi: 10.5455/ijmsph.2017.03092016617.
- Bertakis, K. D. (2000) 'Obesity and the Use of Health Care Services _ Enhanced Reader.pdf'. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10718692/>.

- BPJS Kesehatan (2015) *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmddocuments/7c6f09ad0f0c398a171ac4a6678a8f06.pdf>.
- BPJS Kesehatan (2019a) *Paparan Tantangan dan Kesiapan BPJS Kesehatan untuk Menjaga Kestinambungan Program JKN-KIS*. Jakarta.
- BPJS Kesehatan (2019b) *Statistik JKN 2014-2018, Dewan Jaminan Sosial Nasional*.
- BPJS Kesehatan (2020) 'Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2019 (Auditan)', *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan*. Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs//unduh/index/1520>.
- Brisson, M. *et al.* (2020) 'Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries', *The Lancet*, 395(10224), pp. 575–590. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30068-4.
- Coyle, Y. M. and Battles, J. (1999) 'Using antecedents of medical care to develop valid quality of care measures', *Int J Qual Health Care*, 11(1), pp. 5–12. doi: 10.1093/intqhc/11.1.5.
- Dean Hosgood, H. *et al.* (2010) 'In-home coal and wood use and lung cancer risk: A pooled analysis of the international lung cancer consortium', *Environmental Health Perspectives*, 118(12), pp. 1743–1747. doi: 10.1289/ehp.1002217.
- Donabedian, A. (1980) 'Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment', *Health Administration Press*, 1. doi: 10.1093/intqhc/11.1.5. PMID 10411284.
- Ernawati, Y. *et al.* (2019) 'Faktor Risiko Kanker Paru pada Perempuan yang Dirawat di Bagian Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RSUD Solok: Penelitian Case Control', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2S), p. 1. doi: 10.25077/jka.v8i2s.951.
- Ferretti, F. and Mariani, M. (2019) 'Sugar-sweetened beverage affordability and the prevalence of overweight and obesity in a cross section of countries', *Globalization and Health*. Globalization and Health, 15(1), pp. 1–14. doi: 10.1186/s12992-019-0474-x.
- Freedman, N. D. *et al.* (2008) 'Cigarette smoking and subsequent risk of lung cancer in men and women: analysis of a prospective cohort study', *The Lancet Oncology*, 9(7), pp. 649–656. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70154-2.
- Gani, A. (2019) *Pembiayaan Kesehatan dan JKN*. Kementerian. Jakarta.
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2019) *No Title, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*.
- Gunardi, H. and Fadhila, S. (2017) *Sekilas tentang Vaksin HPV*. Available at: <https://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/sekilas-tentang-vaksin-hpv> (Accessed: 17 May 2021).
- Handayani, S. *et al.* (2021) 'Is Youth Smoking Related to the Density and Proximity of Outdoor Tobacco Advertising Near Schools ? Evidence from Indonesia'.
- Harbuwono, D. S. *et al.* (2018) 'Obesity and central obesity in indonesia: Evidence from a national health survey', *Medical Journal of Indonesia*, 27(2), pp. 53–59. doi: 10.13181/mji.v27i2.1512.

- Hidayat, B. *et al.* (2017) *Evaluasi Sistem Pembayaran FKTP Era JKN:Dampak KBK Terhadap Kinerja Puskesmas dan Efisiensi*. Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs//unduh/index/1195>.
- Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 (2017) *Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat*. Available at: https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Inpres-Nomor-1-Tahun-2017-tentang-Gerakan-Masyarakat-Hidup-Sehat_674_740.pdf (Accessed: 26 May 2021).
- Joseph, N. P. *et al.* (2012) 'Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding HPV Vaccination: Ethnic and Cultural Differences Between African-American and Haitian Immigrant Women', *Women's Health Issues*. Jacobs Institute of Women's Health, 22(6), pp. e571–e579. doi: 10.1016/j.whi.2012.09.003.
- Kankeu, H. T. *et al.* (2020) 'The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries : a literature review', pp. 1–12.
- Kassa, M. D. and Grace, J. M. (2018) 'A mixed-method study of quality, availability and timeliness of non-communicable disease (NCD) related data and its link to NCD prevention: Perceptions of health care workers in Ethiopia', *Health Information Management Journal*, 48(3), pp. 135–143. doi: 10.1177/1833358318786313.
- Kassa, M. and Grace, J. (2020) 'The Global Burden and Perspectives on Non-Communicable Diseases (NCDs) and the Prevention, Data Availability and Systems Approach of NCDs in Low-resource Countries', *Public Health in Developing Countries - Challenges and Opportunities*, (November). doi: 10.5772/intechopen.89516.
- Kementerian Kesehatan (2013) *Laporan Riser Kesehatan Dasar 2013*. Available at: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2013/Laporan_riskesdas_2013_final.pdf.
- Kementerian Kesehatan (2018a) 'Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf', *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, pp. 221–222. Available at: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf.
- Kementerian Kesehatan (2018b) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Available at: <https://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2015) *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Stangkagis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data-dan-Informasi-Kesehatan-Profil-Kesehatan-Indonesia-2016-smaller-size-web.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI (2018a) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/414/2018 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Payudara Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan RI (2018b) *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan RI (2018c) *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2019a) 'Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019 Puskesmas', p. 817.
- Kementerian Kesehatan RI (2019b) *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2019c) *Stangkagi Pencegahan dan Pengendalian PTM di Indonesia, Kementerian Kesehatan RI*. Available at: <http://p2ptm.kemkes.go.id/profil-p2ptm/latar-belakang/stangkagi-pencegahan-dan-pengendalian-ptm-di-indonesia>.
- Kementerian Kesehatan RI (2020) *Profil Kesehatan Indonesia 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2021) *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pandu PTM)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kleiman, S., Ng, S. W. and Popkin, B. (2012) 'Drinking to our health: Can beverage companies cut calories while maintaining profits?', *Obesity Reviews*, 13(3), pp. 258–274. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00949.x.
- Li, J. *et al.* (2020) 'The effect of exposure to long working hours on ischaemic heart disease : A systematic review and meta-analysis from the WHO / ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury', *Environment International*. Elsevier, 142(August 2019), p. 105739. doi: 10.1016/j.envint.2020.105739.
- Malik, V. S. *et al.* (2010) 'Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: A meta-analysis', *Diabetes Care*, 33(11), pp. 2477–2483. doi: 10.2337/dc10-1079.
- Manawan, F., Widodo, G. P. and Andayani, T. M. (2019) 'Cost of Illness Pasien Kanker Payudara di RSUP Prof Dr R.D. Kandou Manado', 2(2), pp. 86–93.
- Meilissa, Y. *et al.* (2021) *Yurdhina Meilissa Dhanie Nugroho Nurul NHW Luntungan Teguh Dartarto*. Jakarta.
- Mitchell, P. L. R. *et al.* (2013) 'Lung cancer in Victoria: Are we making progress?', *Medical Journal of Australia*, 199(10), pp. 674–679. doi: 10.5694/mja13.10331.
- Nelson, H. D. *et al.* (2009) 'Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the U. S. Preventive Services Task Force Acknowledgements The authors acknowledge the contributions of the AHRQ Project Officer', (74).
- Ngan, T. T. *et al.* (2020) 'Effectiveness of clinical breast examination as a "stand-alone" screening modality: an overview of systematic reviews', *BMC Cancer*. BMC Cancer, 20(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12885-020-07521-w.
- Nguyen, L. H. *et al.* (2013) 'Cost-effectiveness analysis of a screening program for breast cancer in Vietnam', *Value in Health Regional Issues*. Elsevier, 2(1), pp. 21–28. doi: 10.1016/j.vhri.2013.02.004.
- Pangribowo, S. (2019) 'Beban Kanker di Indonesia', *Pusat Data dan Informasi Kemeterian Kesehatan RI*, pp. 1–16.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 (2020) *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024*. Indonesia.
- Perlman, S. *et al.* (2014) 'Knowledge and awareness of HPV vaccine and acceptability to vaccinate in sub-Saharan Africa: A systematic review', *PLoS ONE*, 9(3). doi: 10.1371/journal.pone.0090912.

- Rathomi, H. S., Yulianto, F. A. and Romadhona, N. (2018) 'Dampak Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Utilisasi Layanan Kesehatan Pasien Kanker Serviks', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 7(3), pp. 126–133.
- Razzaghi, H. *et al.* (2019) '10-year trends in noncommunicable disease mortality in the Caribbean region', *Revista Panamericana de Salud Pública*, pp. 1–11. doi: 10.26633/rpsp.2019.37.
- Redondo-sendino, Á. *et al.* (2006) 'Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain', 68, pp. 1–9. doi: 10.1186/1471-2458-6-155.
- Sauvaget, C. *et al.* (2011a) 'Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. International Federation of Gynecology and Obstetrics, 113(1), pp. 14–24. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.10.012.
- Sauvaget, C. *et al.* (2011b) 'Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. International Federation of Gynecology and Obstetrics, 113(1), pp. 14–24. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.10.012.
- Sharma, R. (2021) 'Examination of incidence, mortality and disability-adjusted life years and risk factors of breast cancer in 49 Asian Countries, 1990-2019: estimates from Global Burden Disease of Study 2019', *Japanese Journal of Clinical Oncology*, (5), pp. 826–835. doi: 10.1093/jjco/hyab004.
- Sisti, J. and Boffetta, P. (2012) 'What proportion of lung cancer in never-smokers can be attributed to known risk factors?', *International Journal of Cancer*, 131(2), pp. 265–275. doi: 10.1002/ijc.27477.
- Sung, H. *et al.* (2021) 'Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries', 71(3), pp. 209–249. doi: 10.3322/caac.21660.
- Toh, Z. Q. *et al.* (2017) 'Cervical cancer prevention through HPV vaccination in low- and middle-income countries in Asia', *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(9), pp. 2339–2343. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.9.2339.
- UNICEF (2021) *Indonesia: Obesity angkas among adults double over past two decades*, UNICEF Indonesia.
- WHO (2021) *Noncommunicable diseases*.
- World Bank (2021) *Life expectancy at birth, total (years) - Indonesia*. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=ID&start=1990>.
- Wu, C. *et al.* (2015) 'High Blood Pressure and All-Cause and Cardiovascular Disease Mortalities in Community-Dwelling Older Adults', 94(47), pp. 1–10. doi: 10.1097/MD.0000000000002160.
- Yulianarista, I. G. and Suarya, L. M. (2020) 'Gambaran perilaku mencari pengobatan pada perempuan dengan kanker payudara', *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), pp. 1–11.
- Zulfa, I. A. (2016) 'Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Wanita Dengan Iva (Inspeksi Visual Dengan Asam Asetat) Positifdi Puskesmas Halmahera Dan Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(1), pp. 481–491.

LAMPIRAN 1

Diagnosis ICD-10

Variabel Penyakit Tidak Menular

Diabetes	
FKTP	FKRTL
E10 <i>Type 1 diabetes mellitus</i>	E10 <i>Type 1 diabetes mellitus</i>
E11 <i>Type 2 diabetes mellitus</i>	E11 <i>Type 2 diabetes mellitus</i>
E12 <i>Malnutrition-related diabetes mellitus</i>	E12 <i>Malnutrition-related diabetes mellitus</i>
E13 <i>Other specified diabetes mellitus</i>	E13 <i>Other specified diabetes mellitus</i>
E14 <i>Unspecified diabetes mellitus</i>	E14 <i>Unspecified diabetes mellitus</i>
Kardiovaskular	
FKTP	FKRTL
I10 <i>Essential (primary) hypertension</i>	I10 <i>Essential (primary) hypertension</i>
I11 <i>Hypertensive heart disease</i>	I11 <i>Hypertensive heart disease</i>
I12 <i>Hypertensive renal disease</i>	I12 <i>Hypertensive renal disease</i>
6I13 <i>Hypertensive heart and renal disease</i>	I13 <i>Hypertensive heart and renal disease</i>
I20 <i>Angina pectoris</i>	I20 <i>Angina pectoris</i>
I21 <i>Acute myocardial infarction</i>	I21 <i>Acute myocardial infarction</i>
6I22 <i>Subsequent myocardial infarction</i>	I22 <i>Subsequent myocardial infarction</i>
I23 <i>Certain current complications following acute myocardial infarction</i>	I23 <i>Certain current complications following acute myocardial infarction</i>
I24 <i>Other acute ischaemic heart diseases</i>	I24 <i>Other acute ischaemic heart diseases</i>
I25 <i>Chronic ischaemic heart disease</i>	I25 <i>Chronic ischaemic heart disease</i>
I44 <i>Atrioventricular and left bundle-branch block</i>	I44 <i>Atrioventricular and left bundle-branch block</i>

I48 <i>Atrial fibrillation and flutter</i>	I46 <i>Cardiac arrest</i>
I46 <i>Cardiac arrest</i>	I48 <i>Atrial fibrillation and flutter</i>
I50 <i>Heart failure</i>	I50 <i>Heart failure</i>
I51 <i>Complications and ill-defined descriptions of heart disease</i>	I51 <i>Complications and ill-defined descriptions of heart disease</i>
I52 <i>Other heart disorders in diseases classified elsewhere</i>	I52 <i>Other heart disorders in diseases classified elsewhere</i>
I70 <i>Atherosclerosis</i>	I70 <i>Atherosclerosis</i>
PPOK	
FKTP	FKRTL
J40 <i>Bronchitis, not specified as acute or chronic</i>	J40 <i>Bronchitis, not specified as acute or chronic</i>
J41 <i>Simple and mucopurulent chronic bronchitis</i>	J41 <i>Simple and mucopurulent chronic bronchitis</i>
J42 <i>Unspecified chronic bronchitis</i>	J42 <i>Unspecified chronic bronchitis</i>
J43 <i>Emphysema</i>	J43 <i>Emphysema</i>
J44 <i>Other chronic obstructive pulmonary disease</i>	J44 <i>Other chronic obstructive pulmonary disease</i>
J47 <i>Bronchiectasis</i>	J47 <i>Bronchiectasis</i>
J81 <i>Pulmonary oedema</i>	J81 <i>Pulmonary oedema</i>
J96 <i>Respiratory failure, not elsewhere classified</i>	J96 <i>Respiratory failure, not elsewhere classified</i>
J98 <i>Other respiratory disorders</i>	J98 <i>Other respiratory disorders</i>
J99 <i>Respiratory disorders in diseases classified elsewhere</i>	J99 <i>Respiratory disorders in diseases classified elsewhere</i>

Stroke	
FKTP	FKRTL
I60 <i>Subarachnoid haemorrhage</i>	I60 <i>Subarachnoid haemorrhage</i>
I61 <i>Intracerebral haemorrhage</i>	I61 <i>Intracerebral haemorrhage</i>
I62 <i>Other nontraumatic intracranial haemorrhage</i>	I62 <i>Other nontraumatic intracranial haemorrhage</i>
I63 <i>Cerebral infarction</i>	I63 <i>Cerebral infarction</i>
I64 <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>	I64 <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>
I65 <i>Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction</i>	I65 <i>Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction</i>
I66 <i>Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction</i>	I66 <i>Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction</i>
I67 <i>Other cerebrovascular diseases</i>	I67 <i>Other cerebrovascular diseases</i>
I68 <i>Cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere</i>	I68 <i>Cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere</i>
I69 <i>Sequelae of cerebrovascular disease</i>	I69 <i>Sequelae of cerebrovascular disease</i>
Kanker	
FKTP	FKRTL
C00 <i>Malignant neoplasm of lip</i>	C00 <i>Malignant neoplasm of lip</i>
C01 <i>Malignant neoplasm of base of tongue</i>	C01 <i>Malignant neoplasm of base of tongue</i>
C02 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of tongue</i>	C02 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of tongue</i>
C03 <i>Malignant neoplasm of gum</i>	C03 <i>Malignant neoplasm of gum</i>
C04 <i>Malignant neoplasm of floor of mouth</i>	C04 <i>Malignant neoplasm of floor of mouth</i>
C05 <i>Malignant neoplasm of palate</i>	C05 <i>Malignant neoplasm of palate</i>
C06 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth</i>	C06 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth</i>

C07 Malignant neoplasm of parotid gland	C07 Malignant neoplasm of parotid gland
C08 Malignant neoplasm of other and unspecified major salivary glands	C08 Malignant neoplasm of other and unspecified major salivary glands
C09 Malignant neoplasm of tonsil	C09 Malignant neoplasm of tonsil
C10 Malignant neoplasm of oropharynx	C10 Malignant neoplasm of oropharynx
C11 Malignant neoplasm of nasopharynx	C11 Malignant neoplasm of nasopharynx
C12 Malignant neoplasm of piriform sinus	C12 Malignant neoplasm of piriform sinus
C13 Malignant neoplasm of hypopharynx	C13 Malignant neoplasm of hypopharynx
C14 Malignant neoplasm of other and ill-defined sites in the lip, oral cavity and pharynx	C14 Malignant neoplasm of other and ill-defined sites in the lip, oral cavity and pharynx
C15 Malignant neoplasm of oesophagus	C15 Malignant neoplasm of oesophagus
C16 Malignant neoplasm of stomach	C16 Malignant neoplasm of stomach
C17 Malignant neoplasm of small intestine	C17 Malignant neoplasm of small intestine
C18 Malignant neoplasm of colon	C18 Malignant neoplasm of colon
C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction	C19 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20 Malignant neoplasm of rectum	C20 Malignant neoplasm of rectum
C21 Malignant neoplasm of anus and anal canal	C21 Malignant neoplasm of anus and anal canal
C22 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	C22 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
C25 Malignant neoplasm of pancreas	C23 Malignant neoplasm of gallbladder
C26 Malignant neoplasm of other and ill-defined digestive organs	C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract
C30 Malignant neoplasm of nasal cavity and middle ear	C25 Malignant neoplasm of pancreas
C31 Malignant neoplasm of accessory sinuses	C26 Malignant neoplasm of other and ill-defined digestive organs

C32 Malignant neoplasm of larynx	C30 Malignant neoplasm of nasal cavity and middle ear
C33 Malignant neoplasm of trachea	C31 Malignant neoplasm of accessory sinuses
C34 Malignant neoplasm of bronchus and lung	C32 Malignant neoplasm of larynx
C38 Malignant neoplasm of heart, mediastinum and pleura	C33 Malignant neoplasm of trachea
C39 Malignant neoplasm of other and ill-defined sites in the respiratory system and intrathoracic organs	C34 Malignant neoplasm of bronchus and lung
C40 Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of limbs	C37 Malignant neoplasm of thymus
C41 Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of other and unspecified sites	C38 Malignant neoplasm of heart, mediastinum and pleura
C43 Malignant melanoma of skin	C39 Malignant neoplasm of other and ill-defined sites in the respiratory system and intrathoracic organs
C44 Other malignant neoplasms of skin	C40 Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of limbs
C45 Mesothelioma	C41 Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of other and unspecified sites
C46 Kaposi sarcoma	C43 Malignant melanoma of skin
C47 Malignant neoplasm of peripheral nerves and autonomic nervous system	C44 Other malignant neoplasms of skin
C48 Malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum	C45 Mesothelioma
C49 Malignant neoplasm of other connective and soft tissue	C46 Kaposi sarcoma
C50 Malignant neoplasm of breast	C47 Malignant neoplasm of peripheral nerves and autonomic nervous system

C51 <i>Malignant neoplasm of vulva</i>	C48 <i>Malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum</i>
C52 <i>Malignant neoplasm of vagina</i>	C49 <i>Malignant neoplasm of other connective and soft tissue</i>
C53 <i>Malignant neoplasm of cervix uteri</i>	C50 <i>Malignant neoplasm of breast</i>
C54 <i>Malignant neoplasm of corpus uteri</i>	C51 <i>Malignant neoplasm of vulva</i>
C55 <i>Malignant neoplasm of uterus, part unspecified</i>	C52 <i>Malignant neoplasm of vagina</i>
C56 <i>Malignant neoplasm of ovary</i>	C53 <i>Malignant neoplasm of cervix uteri</i>
C57 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified female genital organs</i>	C54 <i>Malignant neoplasm of corpus uteri</i>
C58 <i>Malignant neoplasm of placenta</i>	C55 <i>Malignant neoplasm of uterus, part unspecified</i>
C60 <i>Malignant neoplasm of penis</i>	C56 <i>Malignant neoplasm of ovary</i>
C61 <i>Malignant neoplasm of prostate</i>	C57 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified female genital organs</i>
C62 <i>Malignant neoplasm of testis</i>	C58 <i>Malignant neoplasm of placenta</i>
C63 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified male genital organs</i>	C60 <i>Malignant neoplasm of penis</i>
C64 <i>Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis</i>	C61 <i>Malignant neoplasm of prostate</i>
C65 <i>Malignant neoplasm of renal pelvis</i>	C62 <i>Malignant neoplasm of testis</i>
C66 <i>Malignant neoplasm of ureter</i>	C63 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified male genital organs</i>
C67 <i>Malignant neoplasm of bladder</i>	C64 <i>Malignant neoplasm of kidney, except renal pelvis</i>
C68 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified urinary organs</i>	C65 <i>Malignant neoplasm of renal pelvis</i>
C69 <i>Malignant neoplasm of eye and adnexa</i>	C66 <i>Malignant neoplasm of ureter</i>
C70 <i>Malignant neoplasm of meninges</i>	C67 <i>Malignant neoplasm of bladder</i>

C72 Malignant neoplasm of spinal cord, cranial nerves and other parts of central nervous system	C68 Malignant neoplasm of other and unspecified urinary organs
C73 Malignant neoplasm of thyroid gland	C69 Malignant neoplasm of eye and adnexa
C75 Malignant neoplasm of other endocrine glands and related structures	C70 Malignant neoplasm of meninges
C76 Malignant neoplasm of other and ill-defined sites	C71 Malignant neoplasm of brain
C77 Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes	C73 Malignant neoplasm of thyroid gland
C78 Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs	C74 Malignant neoplasm of adrenal gland
C79 Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites	C75 Malignant neoplasm of other endocrine glands and related structures
C80 Malignant neoplasm, without specification of site	C76 Malignant neoplasm of other and ill-defined sites
C81 Hodgkin lymphoma	C77 Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes
C82 Follicular lymphoma	C78 Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs
C83 Non-follicular lymphoma	C79 Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites
C84 Mature T/NK-cell lymphomas	C80 Malignant neoplasm, without specification of site
C85 Other and unspecified types of non-Hodgkin lymphoma	C81 Hodgkin lymphoma
C88 Malignant immunoproliferative diseases	C82 Follicular lymphoma
C90 Multiple myeloma and malignant plasma cell neoplasms	C83 Non-follicular lymphoma
C91 Lymphoid leukaemia	C84 Mature T/NK-cell lymphomas

C92 <i>Myeloid leukaemia</i>	C85 <i>Other and unspecified types of non-Hodgkin lymphoma</i>
C94 <i>Other leukaemias of specified cell type</i>	C88 <i>Malignant immunoproliferative diseases</i>
C95 <i>Leukaemia of unspecified cell type</i>	C90 <i>Multiple myeloma and malignant plasma cell neoplasms</i>
C96 <i>Other and unspecified malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related tissue</i>	C91 <i>Lymphoid leukaemia</i>
C97 <i>Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites</i>	C92 <i>Myeloid leukaemia</i>
D00 <i>Carcinoma in situ of oral cavity, oesophagus and stomach</i>	C93 <i>Monocytic leukaemia</i>
D01 <i>Carcinoma in situ of other and unspecified digestive organs</i>	C94 <i>Other leukaemias of specified cell type</i>
D02 <i>Carcinoma in situ of middle ear and respiratory system</i>	C95 <i>Leukaemia of unspecified cell type</i>
D03 <i>Melanoma in situ</i>	C96 <i>Other and unspecified malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related tissue</i>
D04 <i>Carcinoma in situ of skin</i>	C97 <i>Malignant neoplasms of independent (primary) multiple sites</i>
D05 <i>Carcinoma in situ of breast</i>	D00 <i>Carcinoma in situ of oral cavity, oesophagus and stomach</i>
D06 <i>Carcinoma in situ of cervix uteri</i>	D01 <i>Carcinoma in situ of other and unspecified digestive organs</i>
D07 <i>Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs</i>	D02 <i>Carcinoma in situ of middle ear and respiratory system</i>
D09 <i>Carcinoma in situ of other and unspecified sites</i>	D03 <i>Melanoma in situ</i>
D10 <i>Benign neoplasm of mouth and pharynx</i>	D04 <i>Carcinoma in situ of skin</i>
D11 <i>Benign neoplasm of major salivary glands</i>	D05 <i>Carcinoma in situ of breast</i>

D12 <i>Benign neoplasm of colon, rectum, anus and anal canal</i>	D06 <i>Carcinoma in situ of cervix uteri</i>
D13 <i>Benign neoplasm of other and ill-defined parts of digestive system</i>	D07 <i>Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs</i>
D14 <i>Benign neoplasm of middle ear and respiratory system</i>	D09 <i>Carcinoma in situ of other and unspecified sites</i>
D15 <i>Benign neoplasm of other and unspecified intrathoracic organs</i>	D10 <i>Benign neoplasm of mouth and pharynx</i>
D16 <i>Benign neoplasm of bone and articular cartilage</i>	D11 <i>Benign neoplasm of major salivary glands</i>
D17 <i>Benign lipomatous neoplasm</i>	D12 <i>Benign neoplasm of colon, rectum, anus and anal canal</i>
D18 <i>Haemangioma and lymphangioma, any site</i>	D13 <i>Benign neoplasm of other and ill-defined parts of digestive system</i>
D19 <i>Benign neoplasm of mesothelial tissue</i>	D14 <i>Benign neoplasm of middle ear and respiratory system</i>
D20 <i>Benign neoplasm of soft tissue of retroperitoneum and peritoneum</i>	D15 <i>Benign neoplasm of other and unspecified intrathoracic organs</i>
D21 <i>Other benign neoplasms of connective and other soft tissue</i>	D16 <i>Benign neoplasm of bone and articular cartilage</i>
D22 <i>Melanocytic naevi</i>	D17 <i>Benign lipomatous neoplasm</i>
D23 <i>Other benign neoplasms of skin</i>	D18 <i>Haemangioma and lymphangioma, any site</i>
D24 <i>Benign neoplasm of breast</i>	D19 <i>Benign neoplasm of mesothelial tissue</i>
D25 <i>Leiomyoma of uterus</i>	D20 <i>Benign neoplasm of soft tissue of retroperitoneum and peritoneum</i>
D26 <i>Other benign neoplasms of uterus</i>	D21 <i>Other benign neoplasms of connective and other soft tissue</i>
D27 <i>Benign neoplasm of ovary</i>	D22 <i>Melanocytic naevi</i>
D28 <i>Benign neoplasm of other and unspecified female genital organs</i>	D23 <i>Other benign neoplasms of skin</i>

D29 <i>Benign neoplasm of male genital organs</i>	D24 <i>Benign neoplasm of breast</i>
D30 <i>Benign neoplasm of urinary organs</i>	D25 <i>Leiomyoma of uterus</i>
D31 <i>Benign neoplasm of eye and adnexa</i>	D26 <i>Other benign neoplasms of uterus</i>
D32 <i>Benign neoplasm of meninges</i>	D27 <i>Benign neoplasm of ovary</i>
D33 <i>Benign neoplasm of brain and other parts of central nervous system</i>	D28 <i>Benign neoplasm of other and unspecified female genital organs</i>
D34 <i>Benign neoplasm of thyroid gland</i>	D29 <i>Benign neoplasm of male genital organs</i>
D35 <i>Benign neoplasm of other and unspecified endocrine glands</i>	D30 <i>Benign neoplasm of urinary organs</i>
D36 <i>Benign neoplasm of other and unspecified sites</i>	D31 <i>Benign neoplasm of eye and adnexa</i>
D37 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of oral cavity and digestive organs</i>	D32 <i>Benign neoplasm of meninges</i>
D38 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs</i>	D33 <i>Benign neoplasm of brain and other parts of central nervous system</i>
D39 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs</i>	D34 <i>Benign neoplasm of thyroid gland</i>
D40 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of male genital organs</i>	D35 <i>Benign neoplasm of other and unspecified endocrine glands</i>
D41 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of urinary organs</i>	D36 <i>Benign neoplasm of other and unspecified sites</i>
D42 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of meninges</i>	D37 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of oral cavity and digestive organs</i>
D43 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system</i>	D38 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of middle ear and respiratory and intrathoracic organs</i>
D44 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of endocrine glands</i>	D39 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of female genital organs</i>

D45 <i>Polycythaemia vera</i>	D40 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of male genital organs</i>
D46 <i>Myelodysplastic syndromes</i>	D41 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of urinary organs</i>
D47 <i>Other neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue</i>	D42 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of meninges</i>
D48 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites</i>	D43 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system</i>
	D44 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of endocrine glands</i>
	D45 <i>Polycythaemia vera</i>
	D46 <i>Myelodysplastic syndromes</i>
	D47 <i>Other neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue</i>
	D48 <i>Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of other and unspecified sites</i>



TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Grand Kebon Sirih, Lantai 5
Jl. Kebon Sirih No. 3, Jakarta Pusat 10110
Telepon : (021) 3912812
Faksimile : (021) 3912511
Surat : km.unit@tnp2k.go.id
Website : www.tnp2k.go.id

ISBN 978-602-275-223-3

