



KOMPENDIUM AKTIVITAS KELOMPOK KERJA KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN 2014-2019

KOMPENDIUM AKTIVITAS KELOMPOK KERJA KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN 2014-2019

Cetakan Pertama, Maret 2020

ISBN: 978-602-275-204-2

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

©2020 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: TNP2K, 2020. *Kompendium Aktivitas Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan 2014-2019*. Jakarta.

Untuk meminta salinan laporan atau keterangan lebih lanjut, silakan hubungi TNP2K (info@tnp2k.go.id).
Buku ini juga tersedia di situs web TNP2K (www.tnp2k.go.id)

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN (TNP2K)

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Jl. Kebon Sirih No. 14 Jakarta Pusat 10110

Telepon: (021) 3912812

Faksimili: (021) 3912511

Email: info@tnp2k.go.id

Website: www.tnp2k.go.id

**KOMPENDIUM AKTIVITAS KELOMPOK KERJA
KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
2014-2019**



Daftar Isi

Daftar Gambar.....	6
Daftar Tabel	8
Daftar Istilah dan Singkatan.....	10
Pengantar	13
Bab 1. Penguatan Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional.....	15
1. Kajian Cakupan Kepesertaan JKN.....	18
2. Kajian Model Estimasi Dinamik: Kesenjangan antara Kebutuhan dan Ketersediaan Pelayanan Kesehatan hingga 2020.....	25
3. Akses Pelayanan Kesehatan Keluarga Berstatus Ekonomi Rendah di Era JKN.....	32
4. Kesenjangan Akses Pelayanan Kesehatan, Jaminan Kesehatan, dan Peran dari Faktor Suplai.....	39
5. Pilihan Pelayanan Kesehatan di Bawah Jaminan Kesehatan Sosial Semesta.....	49
6. Asosiasi antara Pemanfaatan Layanan Kesehatan dan Jaringan Sosial: Bukti dari Indonesia.....	56
7. Dampak Pesatnya Pelaksanaan Program JKN terhadap Total Pengeluaran Kesehatan.....	62
8. Sudahkah JKN Menjangkau Masyarakat yang Paling Rentan?.....	67
9. Apakah Skema JKN Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir?.....	71
10. Apakah Skema Jaminan Kesehatan Nasional Meningkatkan Cakupan Keluarga Berencana?.....	83
11. Bagaimana Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Bermukim di Daerah Tertinggal? Kajian dari Lokasi dan Calon Lokasi Penempatan Nusantara Sehat.....	95
12. Menilik Puskesmas di Daerah Tertinggal: Kepatutan, Kegiatan, dan Keuangan.....	103
13. Tren Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dalam Implementasi JKN: 2011–2016.....	110
14. Keberlanjutan Keuangan Jaminan Kesehatan Nasional: 2017-2021.....	113
15. Pasar Sektor Kesehatan Swasta di Era JKN.....	117
16. Memperluas Akses Pelayanan Kesehatan melalui Sektor Swasta: JKN dan Rumah Sakit Swasta.....	121
17. Apakah JKN Berasosiasi dengan Efisiensi Rumah Sakit yang Lebih Besar? Bukti dari Survei Rumah Sakit Swasta.....	125

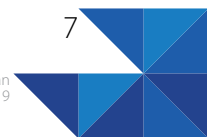
Bab 2. Kebijakan Pengadaan Obat Era JKN.....	133
1. Analisis Pengadaan Obat pada Sistem JKN 2016.....	134
2. Kajian Kebijakan Pengadaan Obat untuk Program JKN 2014-2017.....	140
3. Situasi Ketersediaan ARV <i>Triple Fixed-Dose Combination</i> (3FDC)	146
Bab 3. Pembiayaan Kesehatan di Puskesmas.....	153
1. Pemantauan Program Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas 2015.....	154
2. Pembiayaan di Puskesmas: Tantangan Pengintegrasian berbagai Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	162
Bab 4. Indonesia Mampu Cegah Risiko Tinggi (IM-CRT).....	171
1. Uji Coba Model Kemitraan Pemerintah dan Swasta dalam Program IM-CRT	174
2. Hasil Uji Coba IM-CRT untuk Mengukur Faktor Risiko.....	179
Bab 5 Agenda ke Depan	189
1. JKN.....	190
2. IM-CRT.....	191
3. Nusantara Sehat (NS).....	191
Referensi	192



Daftar Gambar

Gambar 1. Ragam Mekanisme Pendistribusian KIS oleh BPJS Kesehatan	20
Gambar 2. Persentase Jumlah Kartu yang Terdistribusi.....	20
Gambar 3. Pengetahuan Peserta PBI mengenai Manfaat Penggunaan KIS.....	21
Gambar 4. Peruntukan Biaya Tambahan yang Dikeluarkan Peserta PBI.....	22
Gambar 5. Dinamika Dasar Sistem Pelayanan Kesehatan	27
Gambar 6. Proyeksi Populasi.....	29
Gambar 7. Proyeksi Perubahan Jaminan.....	29
Gambar 8. Ringkasan Kesenjangan.....	30
Gambar 9. Lapangan Pekerjaan di Indonesia 2011-2017	35
Gambar 10. Pemanfaatan Layanan Kesehatan di Seluruh Kuintil Kesejahteraan	42
Gambar 11. Kurva Konsentrasi dari Berbagai Jenis Pelayanan Kesehatan	43
Gambar 12. Indeks Konsentrasi berbagai Tipe Pelayanan Kesehatan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan JKN.....	44
Gambar 13. Kontribusi Berbagai Faktor Penentu Kesenjangan Akses Sebelum dan Sesudah JKN Berdasarkan Wilayah.....	45
Gambar 14. Perbedaan Porsi Aktual dan Porsi Pemerataan Pengeluaran Rumah Sakit JKN menurut Kelompok Pulau dan Tahun.....	68
Gambar 15. Perbedaan Porsi Aktual dan Porsi Pemerataan Pengeluaran Rumah Sakit JKN Menurut Kelompok Sosial-Ekonomi dan Tahun.....	70
Gambar 16. Penolong Persalinan 2011-2016.....	76
Gambar 17. Proporsi Persalinan Berdasarkan Lokasi	76
Gambar 18. Persalinan dengan Tenaga Kesehatan Terlatih Berdasarkan Status Jaminan.....	77
Gambar 19. Tren mCPR di Antara Perempuan Menikah 2011-2017	86
Gambar 20. Pergeseran Metode Campuran Secara Nasional di Antara Perempuan yang Sudah Menikah 2011-2016 Berdasarkan Status Sosial-Ekonomi.....	87

Gambar 21. Metode Kontrasepsi Campuran di Antara Perempuan Menikah Berdasarkan Status Jaminan.....	89
Gambar 22. mCPR di Antara Perempuan Menikah Peserta JKN Berdasarkan Pulau.....	91
Gambar 23. Pergeseran Metode Campuran di Antara Perempuan Menikah 2011-2016 Berdasarkan Pulau.....	91
Gambar 24. Diagram Pemanfaat Rawat Inap dan Rawat Jalan Peserta dan Bukan Peserta Jaminan Kesehatan.....	111
Gambar 25. Penggunaan RJ di Rumah Sakit	112
Gambar 26. Struktur Model Keberlanjutan Keuangan	114
Gambar 27. Total Pasar Farmasi, 2012-2016	118
Gambar 28. Pasar Alat Kesehatan, 2015-2019.....	118
Gambar 29. Pertumbuhan Jumlah Rumah Sakit Swasta per Sektor dan Wilayah, 2011-2017	119
Gambar 30. Perubahan Jumlah Rata-rata Klinik Rawat Jalan, Tempat Tidur Rawat Inap, dan Dokter Umum.....	122
Gambar 31. Rata-rata Lamanya Waktu Penggantian Biaya dari Sejak Diajukan hingga Diterima.....	124
Gambar 32. Rata-rata Skor Efisiensi	129
Gambar 33. Harga ARV di Indonesia (dalam Rupiah).....	147
Gambar 34. Perbandingan harga ARV di Indonesia dengan Negara Lain (dalam Dolar).....	148
Gambar 35. Rata-rata Proporsi Dana BOK di Puskesmas per Jenis Upaya Kesehatan, 2015	159
Gambar 36. Rata-rata Proporsi Dana BOK di Puskesmas untuk Upaya Kesehatan Prioritas di Enam Kabupaten/Kota, 2015	160
Gambar 37. Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular	173
Gambar 38. Model Intervensi IM-CRT.....	177
Gambar 39. Jumlah Orang yang Diperiksa per Hari.....	179
Gambar 40. Gula Darah Sewaktu, Tekanan Darah, dan Kolesterol.....	180
Gambar 41. Proporsi Laki-laki dan Perempuan Berdasarkan Lingkar Pinggang	181
Gambar 42. Proporsi BMI Peserta IM-CRT.....	181
Gambar 43. Diagram Venn Jumlah Responden dengan Tingkat Risiko Tinggi Kadar Gula Darah Sewaktu, Hipertensi, dan Kolesterol.....	183



Daftar Tabel

Tabel 1. Utilisasi Pelayanan Kesehatan dan Karakteristik Sampel (%).....	35
Tabel 2. Cakupan Jaminan dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan per tahun.....	52
Tabel 3. Hasil GLM	53
Tabel 4. Ringkasan Statistik Variabel Jaringan dan Tingkat Pemanfaatan.....	59
Tabel 5. Jam Operasi, Sumber Daya Manusia, dan Fasilitas di 18 Puskesmas Berdasarkan Provinsi	104
Tabel 6. Estimasi Struktur Harga ARV 3FDC Menurut TNP2K dan Kemenkes.....	149
Tabel 7. Struktur Biaya ARV setara 3 FDC	151
Tabel 8. Intervensi PFM untuk Perbaikan Integrasi Dana di Puskesmas	168
Tabel 9. Perbandingan hasil deteksi dini IM-CRT dengan Riskesdas	181
Tabel 10. Biaya Minimum yang Diperlukan di Posbindu PTM.....	185

Daftar Istilah dan Singkatan

Alkes	Alat kesehatan
AKI	Angka Kematian Ibu
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ART	Anggota Rumah Tangga
ARV	<i>Antiretroviral therapy</i>
Bapeda	Badan Perencanaan Pemerintah Daerah
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BDT	Basis Data Terpadu
BKD	Badan Keuangan Daerah
BKKBN	Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
BMHP	Bahan Medis Habis Pakai
BMI	<i>Body Mass Index</i>
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOP	Bantuan Operasional Puskesmas
BP	Bukan Pekerja
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPKAD	Badan Pengelola Keuangan dan Anggaran Daerah
BPS	Badan Pusat Statistik
BUD	Bendahara Umum Daerah
DAK	Dana Alokasi Khusus
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DFAT	Department of Foreign Affairs and Trade Australia
DIPA	Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
DTPK	Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan
EMAS	<i>Expanding Maternal and Neonatal Survival</i>
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FDC	<i>Fixed-dose Combination</i>
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
Fornas	Formularium Nasional
Gerasi	Gerakan Seribu Hari
Germas	Gerakan Masyarakat Sehat
GIZ	The Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GLM	<i>Generalised Linear Model</i>
HP+	Health Policy Plus
HPS	Harga Perkiraan Sendiri
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
IBI	Ikatan Bidan Indonesia

ICMM	<i>Improving Contraceptive Method Mix</i>
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia
IM-CRT	Indonesia Mampu Cegah Risiko Tinggi
INA-CBGs	<i>Indonesian Case-Base-Groups</i>
ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jampersal	Jaminan Persalinan
Jamsostek	Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KB	Keluarga Berencana
Kemkes	Kementerian Kesehatan
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KK	Kartu Keluarga
KTP	Kartu Tanda Penduduk
LKPP	Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah
MAHKOTA	Masyarakat Indonesia yang Kokoh Sejahtera
mCPR	<i>Modern Contraceptive Prevalence Rate</i>
MNH	<i>Maternal and Neonatal Health</i>
MSD	Model Sistem Dinamik
NS	Nusantara Sehat
ODHA	Orang dengan HIV AIDS
OECD	Organisation for Economic and Cooperation
OLS	<i>Ordinary Least Square</i>
OOP	<i>Out of Pocket</i>
P3DKIS	Pemantau dan Penanganan Pengaduan Distribusi Kartu Indonesia Sehat
PAD	Pendapatan Asli Daerah
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Pekerja Bukan Penerima Upah
PCA	<i>Principal Component Analysis</i>
PEN	<i>Package of Essential Non-Communicable Disease</i>
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PFM	<i>Public Financial Management</i>
PIS-PK	Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga
PMA2020	<i>Performance Monitoring and Accountability 2020</i>
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
POA	<i>Plan of Action</i>
Podes	Potensi Desa
POGI	Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
Pokja Kesehatan	Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan
Polindes	Pos Bersalin Desa
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
Posbindu	Pos Binaan Terpadu
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu

PPK	Pejabat Pembuat Komitmen
PPU	Pekerja Penerima Upah
Prolanis	Program Layanan Penyakit Kronis
PSM	<i>Propensity Score Matching</i>
PTM	Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RBA	Rancangan Bisnis dan Anggaran
RCT	<i>Randomised Control Trial</i>
RI	Rawat Inap
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjut
RJ	Rawat Jalan
RJTL	Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RJTP	Rawat Jalan Tingkat Pertama
RKA	Rencana Kegiatan Anggaran
RKO	Rencana Kebutuhan Obat
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	Rumah Sakit
RT	Rukun Tetangga
RTK	Rumah Tunggu Kelahiran
RW	Rukun Warga
Sakernas	Survei Ketenagakerjaan Nasional
Sakerti	Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia
SAS	<i>Special Access Scheme</i>
SBA	<i>Skilled Birth Attendance</i>
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDMK	Sumber Daya Manusia untuk Kesehatan
SES	<i>Socio-Economic Status</i>
SJSN	Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional
SOP	Standard Operasional Prosedur
SPM	Standar Pelayanan Minimal
STBM	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
Susenas	Survei Sosioekonomi Nasional
SUVA	<i>Strategic Use of ARV</i>
TI	Teknologi Informasi
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TP	Tugas Perbantuan
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
USAID	U.S. Agency for International Development
VR	<i>Viral Load</i>

Pengantar

Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan (selanjutnya disebut Pokja Kesehatan) yang berada di bawah Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) memiliki tugas pokok antara lain mengoordinasikan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), membahas pelaksanaannya dengan pemangku kepentingan, serta merumuskan dan mengusulkan perbaikan program tersebut. Melihat lima tahun pertama pelaksanaan JKN, pengawalan implementasinya, melalui kegiatan membangun kebijakan berbasis bukti agar dapat digunakan sebagai input perbaikan, penting untuk dilakukan.

Dalam kurun 2014-2019, Pokja Kesehatan menyelenggarakan berbagai kegiatan untuk menyempurnakan JKN. Kajian mengenai hal tersebut disajikan dalam bentuk buku sehingga terdokumentasikan dengan baik dan menjadi sumber informasi yang bermanfaat pada masa mendatang. Adapun topik kajian tersebut meliputi:

1. Penguatan implementasi JKN
2. Kebijakan pengadaan obat pada era JKN
3. Pembiayaan kesehatan di puskesmas
4. Kerja sama pemerintah dan badan usaha dalam program Indonesia Mampu Cegah Risiko Tinggi (IM-CRT)

Dalam melakukan tugasnya, Pokja Kesehatan TNP2K mendapatkan dukungan dari Program Menuju Masyarakat Indonesia yang Kokoh Sejahtera (MAHKOTA) yang didanai Departemen Luar Negeri dan Perdagangan Australia (DFAT) Australia. Pokja Kesehatan juga didukung oleh Health Policy Plus (HP+), program USAID untuk mengevaluasi secara menyeluruh pelaksanaan JKN, serta HRH2030 untuk melaksanakan kajian tahap akhir pemantauan dan evaluasi program Nusantara Sehat (NS). Pokja Kesehatan juga berkolaborasi dengan *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) dalam menganalisis implementasi kebijakan pengadaan obat melalui rencana kebutuhan obat (RKO) dan *e-Katalog*. Dalam program IM-CRT, Pokja Kesehatan bersama dengan Unit Komunikasi TNP2K memperkenalkan model kerja sama pemerintah dan badan usaha atau *public private partnership* (PPP)

di bidang kesehatan. Pendanaan diperoleh dari sejumlah perusahaan swasta yang berkomitmen dalam meningkatkan pemeliharaan kesehatan, yaitu Herbalife Nutrition, Brighter, Novo Nordisk, Pulse Lab Jakarta, dan Perkeni.

Di internal TNP2K, Pokja Kesehatan dibantu oleh unit lain, seperti Unit Pemantauan dan Evaluasi, Unit Komunikasi, Unit Manajemen Pengetahuan, dan Unit Basis Data Terpadu (BDT).



01

Penguatan
Implementasi Jaminan
Kesehatan Nasional

Pada Januari 2014, pemerintah mulai menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kebijakan ini merupakan salah satu amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dengan program ini, seluruh warga negara Indonesia wajib dilindungi JKN, termasuk mereka yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan lain. Targetnya, pada 2019 tercapai cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage*).

JKN diperkenalkan bersamaan dengan pelebagaan sebuah badan penyelenggara, yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang bertugas mengelola administrasi dan implementasi JKN. Pada tahun pertama, JKN menggabungkan semua skema jaminan kesehatan sosial yang ada, seperti Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil (Askes PNS), Jaminan Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JPK Jamsostek), jaminan kesehatan bagi TNI dan Polri, serta sebagian Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). JKN memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh kepada semua pesertanya dengan mengusung empat pilar, yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Tidak ada batasan pada pemanfaatan program, termasuk penggunaan obat, jenis penyakit, ataupun lama perawatan, selama dibutuhkan oleh peserta.

JKN sepenuhnya dibiayai oleh iuran peserta, yang terdiri dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta non-PBI. Untuk peserta PBI, iuran dibayarkan oleh pemerintah pusat, yang jumlah pesertanya pada 2019 mencapai 96,7 juta jiwa. Peserta non-PBI terdiri dari beberapa segmen peserta, yaitu pekerja penerima upah (PPU), pekerja bukan penerima upah (PBPU), dan bukan pekerja (BP). Iuran peserta JKN diatur dalam peraturan presiden. Dalam peraturan terbaru, yakni Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, disebutkan bahwa iuran untuk PBI sebesar Rp23.000 per orang setiap bulan. Iuran bagi peserta PPU yang terdiri dari pejabat negara, pegawai negeri, dan sejenisnya adalah 5 persen dari gaji atau upah per bulan, dengan ketentuan 3 persen dibayar pemberi kerja dan 2 persen dari peserta. Adapun bagi PPU lainnya atau pekerja swasta, iuran per bulan dengan anggota keluarga maksimal lima orang adalah 5 persen, dengan ketentuan 4 persen dibayar pemberi kerja dan 1 persen dibayar pekerja. Batas atas gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar penghitungan adalah Rp8.000.000, sedangkan batas minimum adalah upah minimum regional.

Pelayanan kesehatan dalam JKN diselenggarakan berdasarkan sistem rujukan. Peserta harus memilih dan terdaftar di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yang terdiri dari pusat kesehatan masyarakat atau puskesmas, klinik swasta, dokter praktik perorangan, dan rumah sakit kelas D pratama. Perawatan pertama harus dilakukan di fasilitas tersebut kecuali darurat. Pasien kemudian dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), mulai dari rumah sakit kelas D, C, B, hingga A, di rumah sakit milik pemerintah dan swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Untuk pelayanan rawat jalan tingkat pertama (RJTP), pembayaran didasarkan pada kapitasi, sedangkan untuk pelayanan rawat inap tingkat pertama (RITP) pembayaran dihitung *per diem* atau berdasarkan lama hari rawat. Di FKRTL, pembayaran rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjut (RITL) dilakukan dengan mekanisme penggantian biaya layanan berdasarkan tarif *Indonesian Case-Base-Groups* (INA-CBGs), yaitu tarif pelayanan kesehatan berdasarkan pada diagnosis dan tindakan tertentu atas dasar kebutuhan pasien. INA-CBGs merupakan tarif paket yang diberikan kepada rumah sakit untuk satu kali layanan, termasuk biaya konsultasi dokter, biaya tindakan medis, biaya obat, penggunaan bahan medis habis pakai (BMHP) serta alat kesehatan, biaya rawat inap, serta biaya lain dalam pelayanan kesehatan.

Ringkasnya, JKN menyebabkan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia mengalami perubahan yang signifikan. Agar sistem ini berjalan optimal, pemerintah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan masyarakat harus bekerja sama. Namun berbagai tantangan masih menghadang. Tantangan tersebut datang dari sisi kepesertaan; ketersediaan fasilitas kesehatan, sumber daya manusia di bidang kesehatan, obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan; serta sejumlah tantangan lain.

Selama lima tahun pelaksanaan JKN, Pokja Kesehatan membuat sejumlah kajian berikut:

1. Kajian Cakupan Kepesertaan JKN

Pada pemerintahan Presiden Joko Widodo periode pertama, Kartu Indonesia Sehat (KIS) dibagikan kepada peserta PBI JKN. Presiden juga menetapkan pendistribusian KIS sebagai salah satu indikator capaian BPJS Kesehatan pada 2016. Dengan KIS, masyarakat kurang mampu diharapkan memiliki akses ke pelayanan kesehatan sehingga terjadi peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta PBI JKN.

Pencetakan dan pendistribusian KIS dilakukan oleh BPJS Kesehatan sejak akhir 2014 hingga akhir 2015. Jumlah KIS yang dicetak sebanyak 87.006.370 kartu. KIS yang didistribusikan melalui pemberian langsung oleh BPJS Kesehatan mencapai 30.007.517 kartu atau 34 persen, dan melalui kurir, yakni PT Pos dan JNE, sebanyak 52.469.907 kartu atau 60 persen. Setelah menerima KIS, peserta diharapkan mengetahui manfaat dan bisa menggunakannya.

Untuk mendapatkan gambaran yang menyeluruh mengenai pendistribusian KIS, termasuk hambatan dan tantangannya di lapangan; pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta PBI JKN; serta komitmen pemerintah daerah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan; Pokja Kesehatan membuat kajian berjudul Akses Penerima Bantuan Iuran ke Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional pada Juni 2016. Hasil kajian diharapkan mendorong perbaikan dan peningkatan distribusi KIS serta melebarkan akses ke pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Kajian dilakukan di 12 kabupaten di enam provinsi yang dipilih secara sengaja (*purposive*). Proses pemilihan sampel provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/kelurahan, hingga rumah tangga dilakukan dengan menggunakan metode berjenjang berdasarkan data peserta PBI JKN dan data Potensi Desa (Podes) 2014. Kabupaten/kota tersebut meliputi Kota Makassar dan Kabupaten Bone (Sulawesi Selatan), Kabupaten Kotawaringin Barat dan Kabupaten Gunung Mas (Kalimantan Tengah), Kota Pangkalpinang dan Kabupaten Bangka Tengah (Kepulauan Bangka Belitung), Kabupaten Halmahera Barat dan Kota Tidore Kepulauan (Maluku Utara), Kota Cirebon dan Kabupaten Purwakarta (Jawa Barat), dan Kota Pematangsiantar dan Kabupaten Nias Selatan (Sumatera Utara). Kajian ini menggunakan data yang diambil secara kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif digali melalui wawancara mendalam dengan perwakilan di instansi terkait di kabupaten/kota, yakni dinas kesehatan, dinas sosial, BPJS Kesehatan, puskesmas, kecamatan, serta kelurahan/desa. Adapun data kuantitatif diambil melalui wawancara dengan responden rumah tangga peserta PBI JKN.

Dari 721 peserta PBI JKN yang menjadi responden, sebanyak 71 persennya adalah perempuan. Dari jumlah yang sama, sebanyak 60 persen di antaranya berumur antara 14-44 tahun. Responden terdiri dari kepala rumah tangga, pasangan, orang tua/mertua, anak/mantu, atau keluarga lain yang tinggal dalam rumah tangga tersebut. Sebagian besar (78 persen) rumah tangga PBI JKN terdiri dari satu keluarga, sedangkan sisanya terdiri dari dua keluarga atau lebih, dengan rata-rata jumlah anggota rumah tangga sebanyak 5,7 orang. Tingkat pendidikan peserta PBI beragam. Lulusan SD/MI/SDLB jumlahnya paling banyak, yakni 43 persen, diikuti SMP/MTS/SMPLB (15 persen), lulusan SMA/SMK/MA/SMKLB (10 persen), dan perguruan tinggi (1 persen). Sisanya, tidak lulus SD (21 persen) dan tidak bersekolah (10 persen).

Pendistribusian KIS

Dari 12 kabupaten/kota yang dikunjungi, hanya dua kabupaten, yaitu Bone dan Nias Selatan, yang proses pencetakan dan pendistribusian KIS-nya dilakukan oleh pihak ketiga. Sementara di 10 kabupaten/kota lain, pencetakan dan pendistribusian KIS dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan mekanisme yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi lapangan. Ragam mekanisme pendistribusian KIS oleh BPJS Kesehatan dapat dilihat di **Gambar 1**.

Pendistribusian KIS dibantu oleh aparat desa, kelurahan, dan rukun tetangga/rukun warga, terutama di perdesaan yang jarak antar-rumahnya berjauhan. Sejumlah hambatan yang ditemui dalam pendistribusian KIS meliputi kondisi geografis, seperti rumah penduduk jauh dari jalan raya; pihak ketiga kurang memahami lokasi dan standar operasional prosedur (SOP) pendistribusian; cuaca buruk; waktu distribusi yang singkat dan tidak adanya insentif untuk pegawai desa, dusun, dan rukun tetangga/rukun warga; masih adanya ketidakakuratan data peserta PBI; dan kurangnya koordinasi lintas sektor. Hal tersebut menjadi kendala utama yang menyebabkan tidak maksimalnya proses pendistribusian di tingkat bawah.

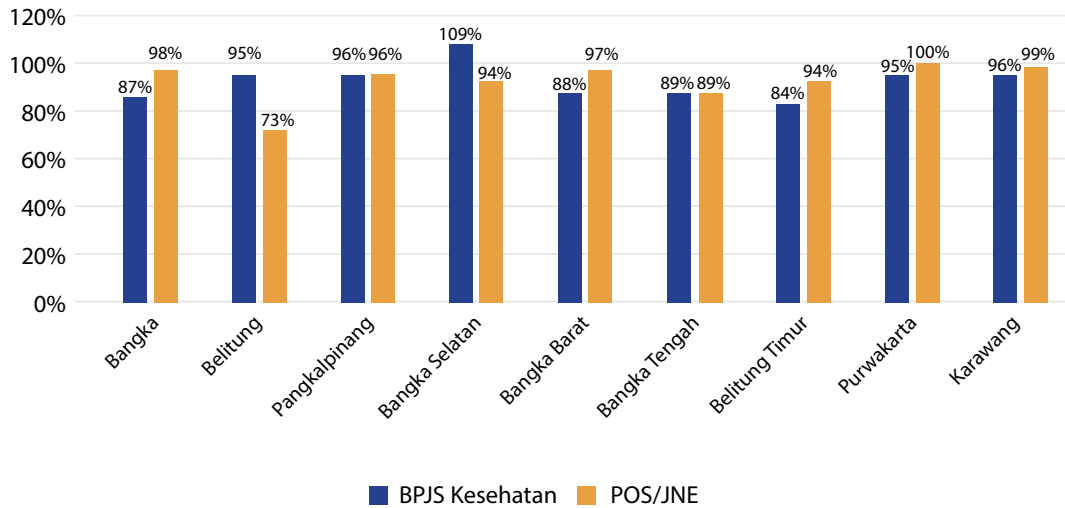
Untuk memantau pelaksanaan distribusi KIS, BPJS Kesehatan membentuk Tim Pemantau dan Penanganan Pengaduan Distribusi KIS (P3DKIS) di tingkat pusat, regional, hingga cabang. Tim juga mendengarkan keluhan dari peserta PBI yang telah menerima KIS. Berdasarkan hasil kajian, ditemukan bahwa kemampuan pihak ketiga dalam mendistribusikan KIS berbeda-beda.

Gambar 1. Ragam Mekanisme Pendistribusian KIS oleh BPJS Kesehatan



Sumber: TNP2K, 2016

Gambar 2. Persentase Jumlah Kartu yang Terdistribusi



Sumber: TNP2K, 2016

Berdasarkan data di lapangan, sekitar 90 persen peserta PBI JKN telah menerima KIS. Sebagian besar dari mereka (86 persen dapat menunjukkan KIS, sedangkan sisanya (4 persen) tidak dapat menunjukkan KIS mereka dengan alasan hilang, terslip, ditaruh di rumah, dibawa istri/suami, atau masih tersimpan di puskesmas, kantor desa, atau RT/RW. Sebanyak 51 persen peserta PBI JKN mengaku bahwa seluruh

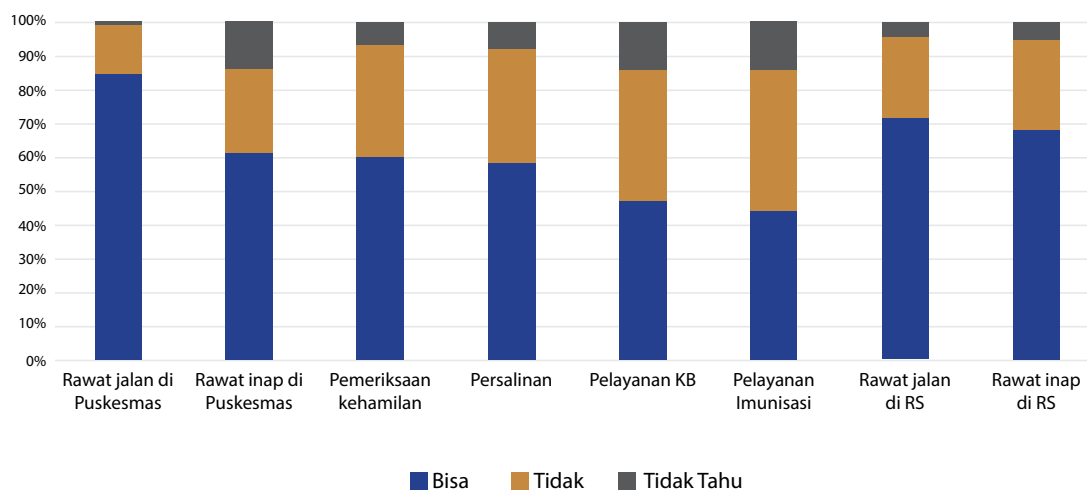
anggota rumah tangganya mendapatkan KIS. Dari data itu juga diketahui bahwa sebanyak 65 persen anggota rumah tangga di setiap rumah tangga telah mendapatkan KIS. Sebanyak 47 persen peserta PBI JKN mendapatkan KIS dari aparat desa yang mengantarkannya ke rumah, sedangkan 31 persen lainnya mengambil sendiri ke kantor RT/RW atau kelurahan/desa. Adapun sisanya menerima KIS dari petugas kesehatan, seperti bidan dan perawat desa.

Dalam proses pendistribusian KIS, BPJS Kesehatan berinisiatif melampirkan brosur JKN di dalam amplop KIS untuk menyosialisasikan manfaat program JKN. Namun, meski sebagian besar penerima KIS mengaku mendapatkan brosur, hanya 27 persen yang membaca brosur tersebut. Hal ini karena isi brosur masih bersifat umum, tidak spesifik untuk peserta PBI, sehingga membingungkan. Peserta PBI JKN mengira harus membayar iuran seperti dalam keterangan di brosur tersebut.

Pengetahuan Manfaat JKN dan Pemanfaatan KIS

Pengetahuan peserta PBI mengenai manfaat JKN masih terbatas, terutama mengenai pelayanan komprehensif yang bisa dimanfaatkan oleh mereka. Pelayanan yang dimaksud di antaranya kesehatan maternal, layanan keluarga berencana (KB), dan imunisasi. Sebagian besar peserta PBI (84,6 persen) hanya mengetahui penggunaan KIS untuk berobat rawat jalan di puskesmas, bukan untuk upaya promotif dan preventif.

Gambar 3. Pengetahuan Peserta PBI mengenai Manfaat Penggunaan KIS



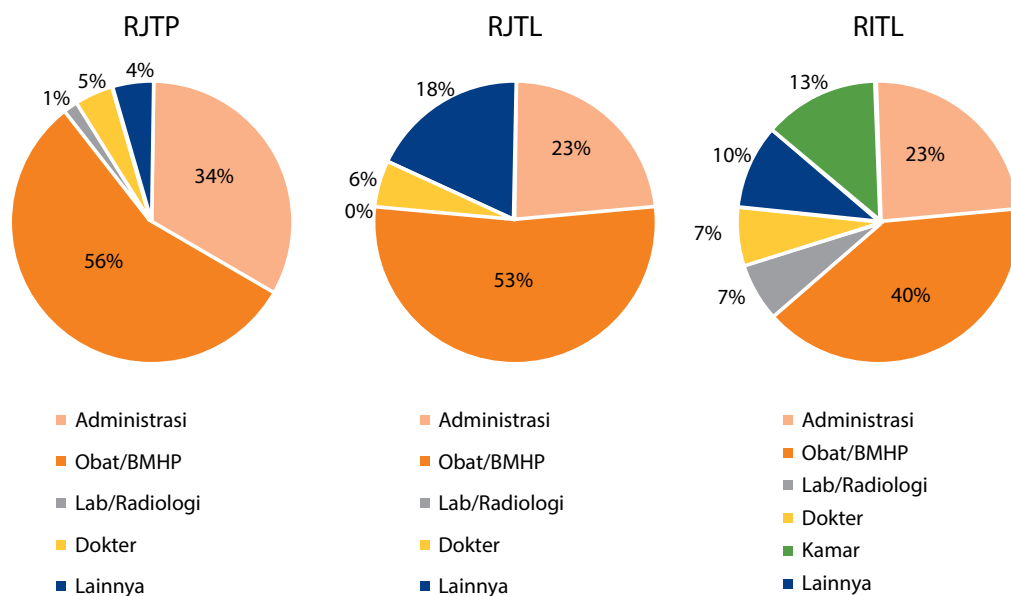
Sumber: TNP2K, 2016

Dalam setahun terakhir, pelayanan kesehatan yang diterima peserta PBI meliputi RJTP (63 persen), RJTL (15 persen), dan RITL (17 persen). Namun tak semua peserta PBI menikmati pelayanan kesehatan tersebut menggunakan KIS. Menurut data yang sama, KIS hanya digunakan oleh 64 persen rumah tangga untuk berobat RJTP. Sebanyak 60 persen rumah tangga juga menggunakan KIS untuk berobat RJTL dan hanya 57 persen rumah yang menggunakannya untuk RITL.

Kurang optimalnya penggunaan KIS disebabkan masih adanya Jamkesda dalam layanan RJTP dan adanya kesalahan data identitas pada KIS peserta sehingga KIS tersebut tidak bisa digunakan di fasilitas kesehatan. Selain itu, ditemukan juga anggota rumah tangga yang sakit dan tidak memiliki KIS, serta anggota rumah tangga yang sakit namun tidak pergi ke pelayanan kesehatan (83 persen). Meski penggunaan KIS belum optimal, sebagian besar merespons positif kepemilikan KIS.

Dengan adanya program JKN, masyarakat diharapkan tidak lagi mengeluarkan uang untuk biaya pelayanan kesehatan selain biaya transportasi. Namun pada saat survei dilakukan, masih ditemukan peserta PBI yang mengeluarkan uang untuk membayar biaya pelayanan kesehatan meskipun jumlahnya hanya 20 persen. Biaya tambahan yang dikeluarkan peserta PBI di antaranya untuk membayar obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, administrasi dan pengeluaran lainnya (**Gambar 4**).

Gambar 4. Peruntukan Biaya Tambahan yang Dikeluarkan Peserta PBI



Sumber: TNP2K, 2016

Keluhan atas kekurangan dokter terjadi di semua puskesmas di lokasi penelitian, baik puskesmas perawatan maupun puskesmas nonperawatan. Di puskesmas perawatan, keluhan paling banyak adalah kurangnya dokter umum dan dokter gigi, sedangkan di puskesmas nonperawatan adalah kurangnya fasilitas dan tenaga laboratorium. Khusus untuk daerah terpencil, keluhan meliputi kurangnya insentif bagi tenaga dokter umum agar tertarik bekerja di daerah tersebut. Kalaupun ada yang tertarik, mereka sering memperpanjang waktu di luar daerah dengan mengambil cuti ketika ada kesempatan dinas ke kota besar. Kekurangan tenaga bukan saja disebabkan oleh minimnya penempatan tenaga di daerah terpencil, namun juga terkendala oleh sulitnya pengangkatan tenaga kerja baru. Di antaranya, adanya kendala administrasi dalam pengangkatan pegawai negeri sehubungan dengan kebijakan moratorium. Selain itu, ada kecenderungan di antara dokter yang baru lulus untuk memilih bekerja di kota besar, di perusahaan swasta, atau rumah sakit dan klinik swasta daripada membaktikan diri di puskesmas terpencil meskipun berstatus pegawai negeri. Berlawanan dengan kondisi tersebut, berdasarkan data yang sama, tidak ada keluhan mengenai kekurangan dokter di kota besar, seperti Cirebon dan Makassar.

Jarak tempuh peserta PBI JKN ke fasilitas kesehatan berbeda-beda tergantung kondisi daerahnya. Di daerah yang wilayahnya relatif tidak memiliki hambatan geografis, masyarakat dapat menjangkau puskesmas dengan berjalan kaki, mengendarai sepeda motor, hingga naik angkutan umum. Namun di daerah seperti Bangka Tengah, Maluku Utara, dan Nias Selatan, jarak tempuh ke puskesmas bisa mencapai lebih dari satu jam perjalanan karena masyarakat harus menyeberangi pulau atau sungai. Di perkotaan, selain jarak yang dekat ke fasilitas kesehatan, jumlah fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pun banyak. Sehingga, bila puskesmas sudah penuh, peserta PBI dapat mengajukan pindah FKTP ke dokter umum atau klinik swasta.

Waktu tunggu untuk layanan kesehatan tingkat pertama di puskesmas relatif singkat—maksimal satu jam dari pendaftaran hingga mendapatkan obat. Sementara, waktu tunggu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan terhitung lama karena masalah administrasi, kekurangan tenaga dokter spesialis, kekurangan tempat tidur, dan banyaknya pasien rujukan dari daerah sekitar.

Pemerintah daerah setempat memahami bahwa program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan masih perlu penyempurnaan. Karena itu, pemerintah daerah berupaya mendekatkan fasilitas kesehatan dengan peserta PBI. Di antara upaya untuk meningkatkan akses masyarakat tersebut adalah

menyediakan tambahan tenaga honorer dan dokter kontrak di puskesmas, menyediakan ambulans dan moda transportasi gratis, menjaga program pemberdayaan desa seperti program desa siaga, meminta puskesmas tidak menolak peserta PBI yang memiliki kartu KIS namun tidak terdaftar di puskesmas tersebut, dan mendaftarkan sebagian masyarakat non-PBI ke BPJS Kesehatan.

Berdasarkan berbagai temuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa meskipun masih terdapat sejumlah kendala dalam pendistribusian KIS, BPJS Kesehatan telah menyelesaikan tugasnya dengan baik dalam memastikan kartu tersebut sampai ke peserta PBI dan memastikan pemegang kartu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Dari proses pencetakan dan pendistribusian KIS, BPJS Kesehatan juga mengetahui masalah seputar pendataan di daerah.

Tidak sesuai data identitas asli peserta, seperti kartu tanda penduduk dan kartu keluarga, dengan data pada KIS membuat peserta kesulitan memperoleh pelayanan kesehatan. Hal tersebut dapat diatasi dengan penyelarasan data peserta PBI KIS di tingkat pusat. Keberadaan surat keterangan dari kepala desa, lurah, atau dinas sosial setempat hanya bersifat sementara dan kurang efektif. Meski sudah mengantongi surat tersebut, peserta masih bisa ditolak oleh rumah sakit.

Kementerian Sosial sebagai pengelola data peserta PBI diharapkan dapat berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan untuk membuat perubahan data PBI. Laporan dari Posko Pemantauan dan Penanganan Pengaduan Distribusi KIS BPJS Kesehatan bermanfaat dalam penyelarasan data PBI KIS. Penyelarasan tersebut ini harus sesegera mungkin dilakukan agar peserta PBI tidak lagi terhambat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Jika mekanisme penyelarasan data telah disetujui bersama, BPJS Kesehatan melalui tim kepesertaan yang sudah ada, dapat bergerak untuk menyesuaikan data peserta PBI KIS.

Keterlibatan pejabat daerah tingkat kabupaten/kota hingga desa/kelurahan dalam pendistribusian KIS sangat signifikan. Demikian juga koordinasi di tingkat pusat antara Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, serta Kementerian Dalam Negeri. Kerja sama antarlembaga dibutuhkan agar koordinasi hingga ke tingkat desa/kelurahan berjalan lancar. Desa/kelurahan tidak perlu lagi mencemaskan adanya "tambahan pekerjaan" untuk mendistribusikan KIS. Adanya instruksi langsung dari pemerintah pusat bisa membuat desa/kelurahan mengalokasikan dana desa sebagai insentif untuk mendistribusikan KIS.

BPJS Kesehatan dan Kemenkes perlu lebih gencar menyosialisasikan manfaat JKN kepada peserta PBI JKN karena masih banyak dari mereka yang tidak mengetahui manfaat KIS untuk pelayanan rawat inap di puskesmas, pemeriksaan kehamilan dan persalinan, serta pelayanan KB dan imunisasi. Dengan makin diketahuinya manfaat pelayanan tersebut, diharapkan utilisasi pelayanan bisa meningkat, sehingga menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta jumlah bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan gizi kurang. Sosialisasi mengenai manfaat pengobatan rutin untuk penyakit kronis juga perlu dilakukan sedini mungkin mengingat makin bertambahnya jumlah penderita penyakit tersebut. Berdasarkan survei, hanya 55 persen responden yang mengetahui manfaat tersebut. Penguatan program pelayanan penyakit kronis (prolanis) yang didukung oleh sosialisasi langsung melalui puskesmas, salah satunya lewat pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular atau posbindu PTM, merupakan salah satu strategi untuk memerangi penyakit tersebut.

2. Kajian Model Estimasi Dinamik: Kesenjangan antara Kebutuhan dan Ketersediaan Pelayanan Kesehatan hingga 2020

Latar Belakang

Program JKN ditargetkan mencapai cakupan semesta pada 2019 dan diprediksi menjadi skema jaminan kesehatan sosial terbesar di dunia. Bertambahnya jumlah penduduk terjamin tersebut disertai meningkatnya harapan akan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Seperti di sejumlah negara berkembang lain, kapasitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih terbatas. Tantangan utama yang dihadapi oleh sistem kesehatan, yang meliputi transisi demografi, epidemiologi, nutrisi, pergeseran status jaminan kesehatan, dan status kesehatan umum, menyebabkan permintaan (*demand*) akan pelayanan kesehatan meningkat lebih cepat daripada laju pertumbuhan kapasitas atau penawaran (*supply*) pelayanan kesehatan.

Pokja Kesehatan TNP2K membuat kajian untuk memproyeksikan permintaan dan penawaran pelayanan kesehatan saat ini dan masa mendatang. Model proyeksi dalam skala nasional dan provinsi dikembangkan dengan menggunakan model sistem dinamik (MSD). MSD mengintegrasikan umpan balik antara penawaran dan permintaan, dan mempertimbangkan kapasitas ketersediaan pelayanan kesehatan (*availability*), aksesibilitas, dan keterjangkauan ekonomi (*affordability*).

Kajian pemodelan ini bertujuan membangun struktur yang memungkinkan analisis dan pemahaman mendalam tentang kesenjangan antara permintaan dan penawaran; memproyeksikan permintaan dan penawaran di masa depan; dan merumuskan rekomendasi untuk meningkatkan penawaran.

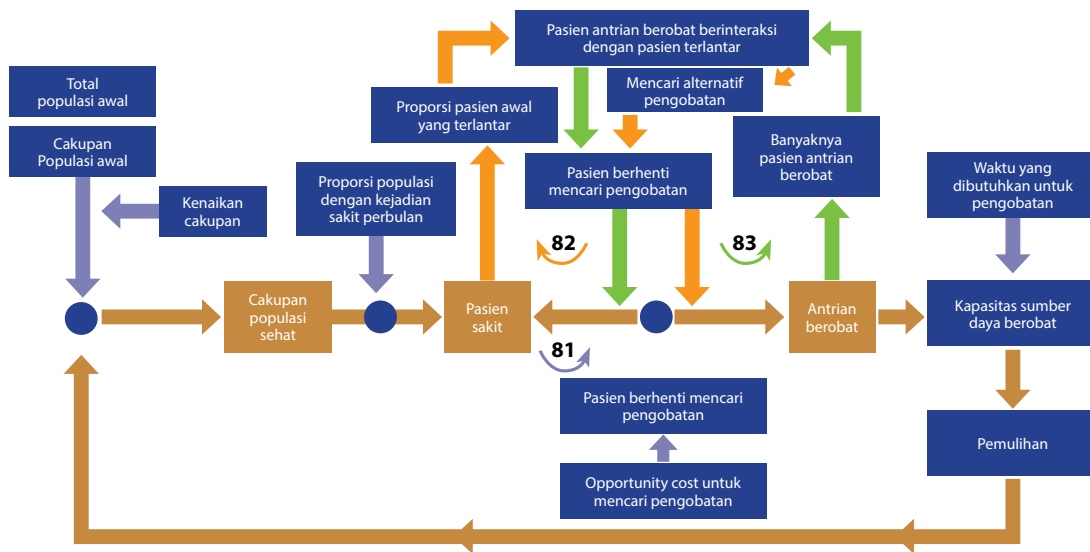
Metodologi

Kajian ini didukung dengan model simulasi komputer dengan satu model simulasi di tiap provinsi dan nasional. Model ini menyimulasikan interaksi antara permintaan dan penawaran. Gambar di bawah merupakan dinamika dasar sistem kesehatan yang menggambarkan lingkaran umpan balik dengan struktur penguat atau *reinforcing* (R) dan struktur penyeimbang atau *balancing* (B).

Makin luas cakupan jaminan, makin banyak orang akan berpikir bahwa mereka berhak mendapatkan layanan (permintaan yang dirasakan atau *perceived demand*). Dengan terbatasnya kapasitas pelayanan kesehatan yang dimiliki, hal tersebut akan mengakibatkan antrean makin panjang. Pada titik tertentu, orang akan menyesuaikan permintaan mereka dengan kapasitas yang tersedia (*supplier-induced demand*).

Permintaan terhadap pelayanan kesehatan dibedakan berdasarkan kelompok populasi; dipengaruhi oleh keterjangkauan ekonomi, aksesibilitas, dan ketersediaan pelayanan kesehatan; dan memperhitungkan migrasi pasien antarprovinsi. Setiap kali ada program pendanaan kesehatan baru, permintaan yang diinginkan (*desired demand*) meningkat. Sebab, masyarakat memiliki persepsi bahwa pelayanan kesehatan menjadi lebih terjangkau tanpa mempertimbangkan bahwa kapasitas pelayanan kesehatan sebenarnya tidak meningkat seiring dengan meningkatnya permintaan.

Gambar 5. Dinamika Dasar Sistem Pelayanan Kesehatan



Sumber: TNP2K, 2016

Populasi

Model ini menempatkan populasi di pusat sistem pelayanan kesehatan. Proyeksi yang muncul dari model ini menyimulasikan perilaku pencarian pelayanan kesehatan oleh populasi menurut kelompok jenis kelamin, usia, dan status kepesertaan jaminan yang dapat berubah dari waktu ke waktu. Data populasi awal menurut jenis kelamin dan usia diambil dari data Badan Pusat Statistik 2010. Adapun laju kematian kasar menurut jenis kelamin dan usia serta data laju kelahiran kasar menurut jenis kelamin diambil dari data estimasi berdasarkan proyeksi populasi BPS 2010-2035 dan UN DESA 2010-2015. Untuk data angka kelahiran kasar diambil dari data Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional 2010. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susesnas) 2013, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, dan Podes 2011 digunakan sebagai basis data untuk mencari tempat pelayanan kesehatan, data kelahiran, dan efek aksesibilitas pada perilaku dalam mencari pelayanan kesehatan.

Penentuan Permintaan

Permintaan dapat diestimasi jika ada standar pelayanan yang disetujui bersama. Karena belum ada standar pelayanan yang disepakati secara nasional dan belum ada data status kesehatan yang memadai, kajian ini menggunakan tingkat utilisasi rumah sakit untuk populasi Askes sebelum dimulainya era JKN, yaitu populasi Askes tahun 2012 untuk setiap kelompok usia dan jenis kelamin. Populasi Askes 2012 dianggap memiliki akses ke pelayanan kesehatan dan paket manfaat yang adekuat, yang disetujui

bersama dengan penyedia pelayanan kesehatan. Tingkat utilisasi FKTL Askes ini diekstrapolasi ke FKTP dan kemudian diselaraskan dengan faktor penyesuaian, yakni berdasarkan jenis kepesertaan jaminan, dan faktor aksesibilitas (Podes 2011). Faktor penyesuaian ini telah didiskusikan bersama tim peneliti dengan mempertimbangkan perubahan tingkat utilisasi populasi JKN, Jamkesmas, dan Susenas.

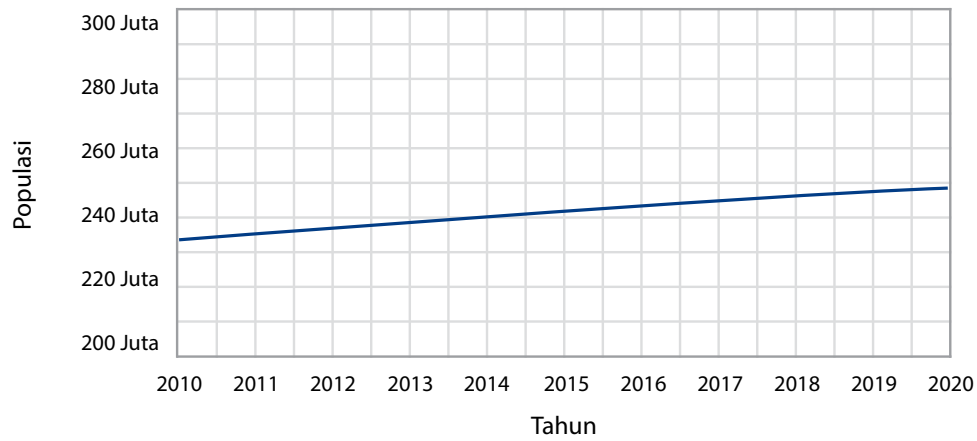
Dalam model ini, DKI Jakarta, Jawa Timur, dan Bali dianggap sebagai provinsi rujukan dan mencerminkan sebagian kebutuhan nasional untuk rawat jalan dan rawat inap, yang akan menambah beban kapasitas pelayanan kesehatan provinsi tersebut.

Penentuan Kapasitas

Kapasitas pelayanan kesehatan yang diproyeksikan meliputi dokter, perawat, bidan, dan tempat tidur rumah sakit—yang digunakan sebagai proksi utama penghitungan kapasitas rumah sakit. Data dasar tenaga kesehatan diambil dari berbagai sumber yang memungkinkan seperti Kemenkes, Konsil Kesehatan Indonesia (KKI), dan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) Kemenkes. Kapasitas dan pertumbuhannya kemudian diproyeksikan dengan mempertimbangkan berbagai variabel. Model ini mempertimbangkan proporsi siswa yang masuk ke sekolah kedokteran/keperawatan/kebidanan, mahasiswa yang sedang praktik sebagai bagian dari pendidikan, mahasiswa yang menyelesaikan pendidikan, tenaga kesehatan yang praktik dan tidak praktik, tenaga kesehatan yang melanjutkan ke spesialis (khusus dokter), dan tenaga kesehatan yang meninggalkan praktik, seperti karena migrasi, pensiun, cacat, kematian, bekerja di bidang lain.

Hasil Proyeksi

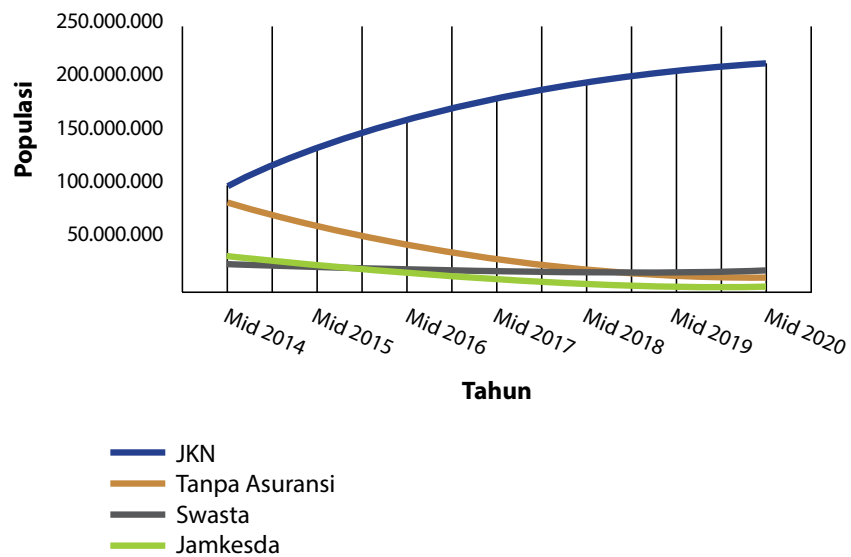
Gambar 6. *Proyeksi Populasi*



Sumber: TNP2K, 2016

Proyeksi Perubahan Status Jaminan

Gambar 7. *Proyeksi Perubahan Jaminan*

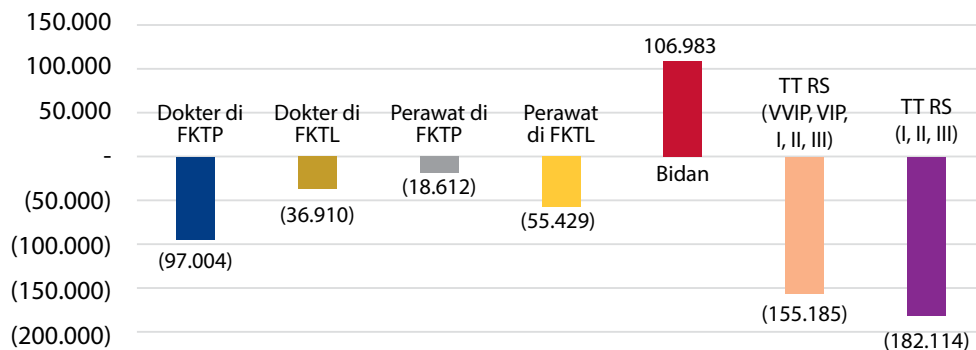


Sumber: TNP2K, 2016

Gambar 7 menunjukkan perubahan status jaminan dari tiga kelompok jaminan, yakni Jamkesda, jaminan swasta, dan tanpa jaminan, menuju JKN, seperti yang digambarkan dalam peta jalan JKN 2014-2019.

Rangkuman Proyeksi Kapasitas

Gambar 8. Ringkasan Kesenjangan



Sumber: Susenas (2018), SDKI (2012), Podes (2011). Diolah oleh TNP2K (2015).

Gambar 8 membandingkan kesenjangan antara ketersediaan saat ini dan proyeksi kebutuhan tertinggi. Data menunjukkan terdapat kekurangan dokter, perawat, dan tempat tidur rumah sakit, kecuali bidan.

Kesimpulan

Secara nasional, terdapat kekurangan yang signifikan dalam jumlah tenaga dokter, tenaga perawat, dan tempat tidur rumah sakit dibandingkan dengan permintaan calon pasien untuk mendapatkan perawatan sesuai standar pelayanan, yang dalam hal ini standar pelayanan Askes yang disesuaikan. Kekurangan tenaga dokter terutama terjadi di FKTP dan kekurangan tenaga perawat terjadi di FKTL. Untuk dokter dan perawat, upaya penambahan kuantitas harus diikuti dengan peningkatan kualitas. Kekurangan perawat akan membengkak jika jumlah dokter dan tempat tidur mencapai ideal. Namun, jumlah tenaga bidan mencukupi.

Hasil penghitungan model nasional merupakan agregat dari 34 model provinsi. Distribusi kapasitas di tiap provinsi diperoleh dengan cara membandingkan kapasitas pada 2014 dengan proyeksi kebutuhan permintaan terbesar hingga 2020. Selain jumlah, kualitas dan distribusi masih menjadi masalah utama kapasitas sumber daya kesehatan di Indonesia.

Permintaan terhadap dokter dan perawat akan terus meningkat di semua tingkat pelayanan, baik primer, sekunder, maupun tersier. Kesenjangan yang diperoleh melalui model estimasi dinamik cenderung lebih besar jika dibandingkan dengan penghitungan kesenjangan dengan

menggunakan rasio. Penyebabnya, kajian ini menggunakan tingkat utilisasi yang menjadi sebagai standar pelayanan yang diinginkan oleh calon pasien, yang merepresentasikan permintaan sebenarnya, termasuk kebutuhan yang tidak terpenuhi. Kajian ini tidak membahas kebutuhan berdasarkan kondisi medis spesifik.

Kajian ini menyimpulkan bahwa kapasitas pelayanan di tingkat primer yang tidak memadai akan meningkatkan beban rumah sakit. Komitmen pemerintah untuk memperluas cakupan populasi terjamin akan menyebabkan kekurangan kapasitas pelayanan kesehatan. Makin banyak penduduk memiliki akses terhadap kesehatan, tingkat ekspektasi penduduk terhadap pelayanan kesehatan akan meningkat.

Sementara itu, ada kemungkinan bahwa daerah-daerah terpencil akan tetap sulit melayani calon pasien karena dokter dan tenaga kesehatan lain lebih tertarik bekerja di daerah perkotaan yang memiliki fasilitas kesehatan lebih modern. Tentu saja hal ini akan memperburuk akses terhadap kesehatan penduduk yang tinggal di daerah terpencil.

Rekomendasi

1. Diperlukan sebuah rencana induk strategis untuk 10 tahun yang mencakup sumber daya manusia, infrastruktur, dan organisasi, dan meningkatkan sistem pelayanan ke arah standar Organisasi Kerja Sama dan Pembangunan Ekonomi (OECD), serta strategi pemantauan dan evaluasi yang tepat.
2. Penguatan pelayanan primer untuk mengurangi beban pelayanan sekunder.
3. Pengembangan kebijakan pajak untuk mendorong investasi sektor swasta. Bagian ini memerlukan kajian lebih lanjut.
4. Melibatkan mitra pembangunan; kementerian; organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), KKI, Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARRSI), dan Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (Arsada); asosiasi spesialis, sektor swasta, dan organisasi masyarakat sipil.

3. Akses Pelayanan Kesehatan Keluarga Berstatus Ekonomi Rendah di Era JKN

Latar Belakang

Pengamatan di hampir semua negara menunjukkan bahwa kondisi kesehatan keluarga dengan status ekonomi rendah atau tidak mampu lebih buruk daripada keluarga dengan status ekonomi cukup dan baik (Carrieri dan Jones, 2017; Linden dan Ray, 2017; Elgar et al., 2015; Pickett dan Wilkinson, 2015; Mills, 2014; Fletcher dan Wolfe, 2014). Banyak dari mereka tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan (Jacobs et al., 2011). Karena itu, pembuat kebijakan kesehatan melakukan berbagai intervensi untuk membantu keluarga dengan status ekonomi rendah tersebut mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, yang salah satunya dengan memberikan jaminan kesehatan (Tangcharoensathien et al., 2015).

Tujuan kajian ini adalah untuk menganalisis apakah ketersediaan jaminan kesehatan mampu meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan oleh keluarga berstatus ekonomi rendah dibandingkan dengan kondisi ketika keluarga tersebut tidak mempunyai jaminan kesehatan. Fokus dalam penelitian ini hanyalah keluarga dengan status ekonomi rendah. Tiga jenis jaminan yang dianalisis adalah: (i) jaminan kesehatan umum (JKN), yaitu keluarga yang melaporkan mempunyai jaminan dari Askes/Asabri/Jamsostek, BPJS Kesehatan, dan BPJS Ketenagakerjaan; (ii) jaminan kesehatan yang secara eksklusif menargetkan keluarga berstatus ekonomi rendah atau PBI; dan (iii) jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh sejumlah pemerintah daerah (Jamkesda), yang menjunjung tinggi prinsip cakupan kesehatan semesta untuk warganya.

Metodologi

Proses analisis dibagi menjadi empat tahap: (I) estimasi bobot status individu aktif bekerja dan bobot besaran penghasilan utama perorangan (*labour force participation equation dan wage equation*); (II) estimasi besaran penghasilan utama kepala rumah tangga (*cross-matching*); (III) penggolongan keluarga berstatus ekonomi rendah; dan (IV) analisis korelasi antara ketersediaan jaminan kesehatan dan utilisasi pelayanan kesehatan. Dua himpunan data yang digunakan adalah data Susenas dan Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) yang mencakup individu di semua provinsi.

Pada tahap I, kajian hanya dapat mencatat besaran penghasilan individu yang aktif bekerja. Ini berarti ada proses seleksi yang mengatur apakah seseorang aktif bekerja atau tidak. Konsep upah minimum

yang diinginkan (*reservation wage*) digunakan untuk mencerminkan tingkat penghasilan minimum yang harus dicapai pada saat bekerja lebih menguntungkan dibandingkan dengan tidak kerja.

Reservation wage seseorang berbeda-beda, tergantung keadaan keluarga dan lingkungan. Untuk mengintegrasikan proses seleksi ini ke dalam formula upah (*wage equation*), digunakan model seleksi Heckman (1973).

Tahap II sampai IV diterapkan pada data Susenas. Pada tahap II, tingkat penghasilan menggunakan variabel yang sama dengan data Sakernas. Bobot atau nilai koefisien dari tahap I diaplikasikan ke kepala rumah tangga untuk mencerminkan besaran penghasilan utama keluarga.

Pada tahap III, keluarga berstatus ekonomi rendah diidentifikasi berdasarkan besaran penghasilan utama keluarga yang diurutkan dari yang terkecil hingga terbesar. Keluarga berstatus ekonomi rendah adalah mereka yang termasuk kelompok 35 persen rumah tangga dengan penghasilan terbawah. Pada tahap terakhir, korelasi antara ketersediaan jaminan kesehatan dan utilisasi fasilitas kesehatan untuk keluarga yang telah teridentifikasi pada tahap III, dianalisis.

Kuatnya korelasi antara probabilitas utilisasi fasilitas kesehatan dan ketersediaan jaminan kesehatan disajikan dalam bentuk efek *marginal* dari model probit (singkatan dari *probability unit*) yang dihitung menurut status ketersediaan jaminan kesehatan.

Data

Sampel diambil dari data Susenas dan Sakernas 2014, 2015, dan 2017. Data Sakernas digunakan dalam kajian ini karena Susenas tidak mempunyai informasi mengenai besaran penghasilan pribadi keluarga. Susenas mencatat besaran konsumsi yang dapat dipenuhi oleh penghasilan sendiri atau dibayar oleh pihak lain seperti subsidi dari pemerintah. Karena itu, kajian ini merujuk pada Sakernas untuk memperoleh estimasi besaran penghasilan masing-masing kepala keluarga sesuai dengan umur, jenis kelamin, pendidikan, kondisi pekerjaan, dan daerah tempat tinggal.

Ini pertama kalinya Sakernas digabungkan dengan Susenas di tingkat individu. Pencocokan silang atau *cross-matching*—dengan membawa estimasi dari satu himpunan data untuk diaplikasikan ke himpunan data lain yang mempunyai variabel yang konsisten dengan variabel pembuat estimasi—

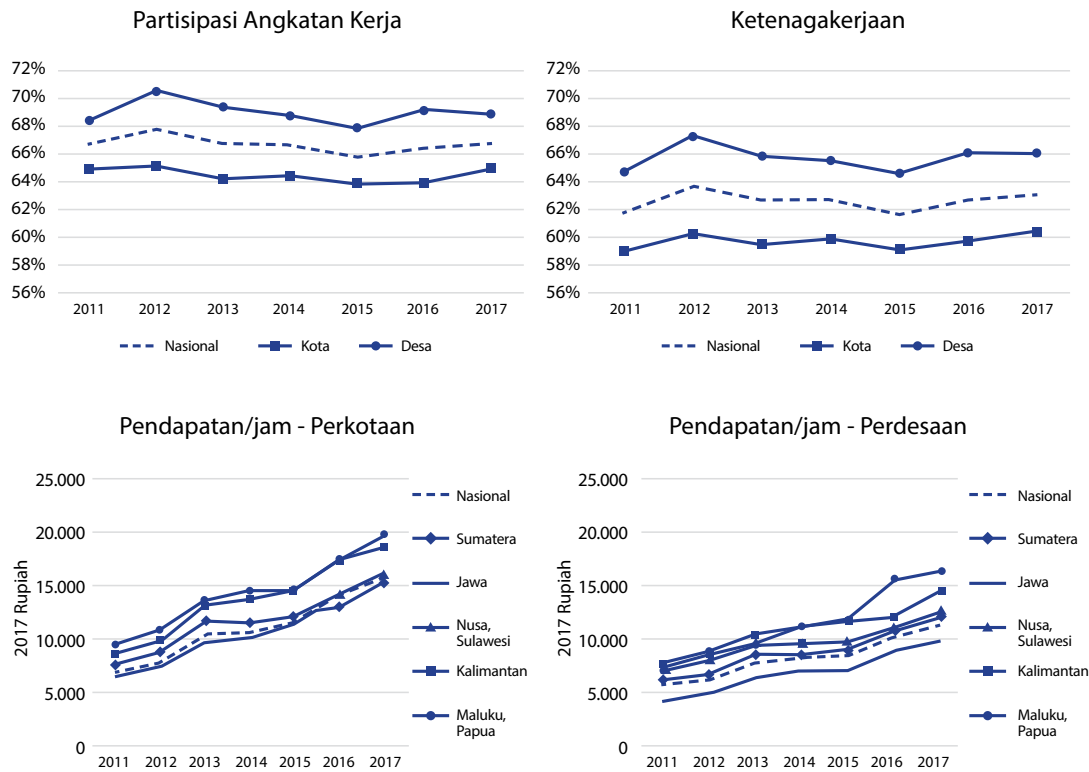
tidak hanya mengisi keterbatasan Susenas dalam mengukur besaran penghasilan keluarga, tetapi juga menambah akurasi gambaran kondisi ekonomi keluarga Indonesia. Contohnya, jika menggunakan tingkat konsumsi, akan banyak keluarga tidak mampu digolongkan sebagai mampu karena tingkat konsumsinya yang besar, yang dibiayai oleh pemberian atau subsidi. Sementara dari informasi penghasilan, bisa diprediksi keluarga berpenghasilan sangat rendah atau tidak memiliki penghasilan tetap sama sekali (selain dari subsidi), sehingga penggolongan keluarga tidak mampu bisa lebih akurat.

Hasil dan Analisis

Partisipasi angkatan kerja di tingkat nasional cukup stabil, yakni berkisar 66-68 persen. Partisipasi di perkotaan lebih rendah daripada di perdesaan. Lapangan pekerjaan meningkat sejak 2015, terutama di perkotaan, menandai turunnya tingkat pengangguran. Adapun penghasilan per jam lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Namun laju peningkatan keduanya sebanding. Penghasilan per jam di Jawa dan Bali paling rendah dibandingkan dengan penghasilan per jam di pulau-pulau lain. Penyebabnya, Jawa mempunyai populasi yang padat dan lapangan pekerjaan yang lebih kompetitif, sehingga jam kerja cenderung lebih panjang.

Tabel 1 memberikan gambaran tingkat utilisasi pelayanan kesehatan dan karakteristik individu dalam sampel. Individu-individu tersebut adalah mereka yang tergolong anggota keluarga berstatus ekonomi terbawah. Tingkat utilisasi pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah atau swasta oleh individu dalam sampel yang memiliki gejala penyakit mencapai 50 persen. Kebanyakan layanan rawat jalan diberikan oleh fasilitas swasta (30 persen). Sementara, total utilisasi layanan rawat inap hampir mencapai 4 persen dari seluruh individu, dengan kebanyakan di fasilitas kesehatan pemerintah (2,07 persen). Sampel mencakup seluruh populasi individu.

Gambar 9. Lapangan Pekerjaan di Indonesia 2011-2017



Sumber: Sakernas (2014, 2015, 2017). Diolah oleh TNP2K (2017).

Tabel 1. Utilisasi Pelayanan Kesehatan dan Karakteristik Sampel (%)

	Total	JKN	PBI	Jamkesda
Utilisasi pelayanan kesehatan				
Rawat jalan (pemerintah)^	20,86	25,21	26,11	25,45
Rawat jalan (swasta)	30,16	28,33	25,50	26,84
Rawat inap (pemerintah)^	2,07	2,90	2,68	2,53
Rawat inap (swasta)	1,47	1,71	1,19	1,17
Karakteristik sampel				
Jaminan Sosial				
JKN	45,04	100	100	26,80
PBI	31,03	68,91	100	11,13
Jamkesda	10,24	6,10	3,67	100
Umur				
≤ 25	49,49	46,67	47,38	49,35
26-35	13,45	13,29	12,70	13,43
36-45	11,70	12,39	12,52	12,48
46-59	13,82	14,90	15,23	13,67
≤ 60	11,54	12,76	12,17	11,07

Jenis Kelamin				
Perempuan	50,29	50,59	50,40	50,14
Laki-laki	49,71	49,41	49,60	49,86
Pendidikan				
Tidak sekolah	22,76	22,69	25,85	21,64
SD/SMP	57,59	56,73	61,44	59,93
SMA	16,45	16,35	11,37	16,01
Perguruan tinggi	3,21	4,23	1,34	2,42
Status Pernikahan				
Belum menikah	48,18	45,87	46,28	48,62
Menikah	44,24	46,21	45,55	44,07
Pekerjaan Kepala RT				
Tidak bekerja	18,16	19,50	16,43	15,06
Berusah sendiri	21,07	19,07	20,53	23,28
Beusaha sendiri dibantu buruh	25,02	21,48	24,32	30,58
Buruh/karyawan/pegawai	22,26	24,72	19,65	20,84
Pekerja bebas	13,49	15,22	19,08	10,24
Jumlah Anggota RT	4,96	4,90	4,80	5,25
Kelompok 40% Kesejahteraan Terbawah	46,07	49,44	61,55	49,16
Kondisi Geografis				
Perdesaan	56,29	54,37	63,05	62,80
Indeks Fasilitas Kesehatan Primer [0,11-1]	0,83	0,83	0,82	0,83
Indeks Fasilitas Kesehatan Sekunder [0-1]	0,82	0,83	0,82	0,79
Indeks Fasilitas Kesehatan Maternal [0-1]	0,94	0,94	0,93	0,91
Indeks Infrastruktur Desa [0,1-3,55]	1,76	1,80	1,70	1,68
Tahun 2014	24,90	27,95	32,49	17,04
Tahun 2015	37,81	34,12	29,53	37,36
Tahun 2017	37,29	37,93	37,98	45,60

Sumber: Susenas (2014, 2015, 2017). Podes (2014). Diolah oleh TNP2K (2018).

Melihat karakteristik sampel menurut status ketersediaan jaminan kesehatan, peserta PBI mendapat layanan rawat jalan lebih banyak dari fasilitas pemerintah, sedangkan peserta JKN lebih banyak menggunakan fasilitas swasta. Rawat inap lebih banyak ditangani fasilitas pemerintah. Peserta PBI dan Jamkesda lebih jarang menggunakan layanan rawat inap di fasilitas swasta daripada peserta JKN. Jika dibandingkan dengan peserta JKN dan Jamkesda, peserta PBI lebih banyak yang berpendidikan rendah, mempunyai kepala keluarga yang tidak bekerja atau bekerja sebagai buruh, tinggal di perdesaan, dan kurang sejahtera. Karakteristik sampel PBI konsisten dengan data PBI yang diambil TNP2K pada 2014 (TNP2K, 2016).

Pada 35 persen keluarga berpenghasilan terendah, hasil analisis menunjukkan probabilitas utilisasi pelayanan kesehatan pada umumnya meningkat dengan adanya JKN. Probabilitas utilisasi layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan milik pemerintah oleh peserta JKN 0,065 persen lebih tinggi daripada oleh mereka yang tidak memiliki JKN, atau 25 persen dari rata-rata utilisasi pelayanan rawat jalan di fasilitas pemerintah dalam sampel. Sementara, probabilitas utilisasi pelayanan rawat inap di fasilitas pemerintah oleh peserta JKN 0,05 persen lebih tinggi, atau lebih dari dua kali lipat dari rata-rata sampel, daripada oleh mereka yang tidak memiliki JKN. Di fasilitas kesehatan swasta, probabilitas utilisasi layanan rawat inap oleh peserta JKN lebih besar 140 persen dari rata-rata sampel dibandingkan dengan kasus tanpa JKN. Untuk peserta PBI, probabilitas utilisasi layanan rawat jalan dan inap di sektor swasta lebih kecil daripada non-PBI.

Ketersediaan Jamkesda mendukung utilisasi pelayanan kesehatan, khususnya di fasilitas kesehatan pemerintah. Dengan membandingkan besaran estimasi pengaruh jaminan terhadap utilisasi pelayanan di atas dengan menggunakan estimasi yang setara namun dihasilkan dari penggolongan keluarga tidak mampu menggunakan konsumsi per kapita, kajian ini menemukan penggolongan berdasarkan konsumsi menghasilkan estimasi yang lebih kecil (*underestimation*) dalam nilai mutlak, bahkan hingga 71 persen pada kasus rawat inap.

Adanya keterbatasan utilisasi pelayanan kesehatan di sektor swasta dan pelayanan rawat inap bagi PBI memberikan isyarat kepada pembuat kebijakan akan perlunya peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan pemerintah dan partisipasi fasilitas kesehatan swasta yang lebih besar untuk mencapai cakupan kesehatan bagi seluruh warga Indonesia. Selain itu, sampel menunjukkan bahwa JKN hanya mencakup sekitar 45 persen keluarga berpenghasilan terendah, dengan peserta PBI mencapai 31 persen dan peserta JKN sebanyak 69 persen. Meskipun masih ada waktu untuk menjadi peserta JKN sebelum 2019, yang menjadi target waktu cakupan kesehatan semesta, seharusnya lebih banyak lagi anggota keluarga berstatus ekonomi rendah yang menjadi peserta PBI.

Kesimpulan

Kajian ini mengusulkan penggunaan besaran penghasilan pekerjaan sebagai acuan pemeringkatan ekonomi sebuah keluarga dalam penggolongan keluarga berstatus ekonomi rendah atau kurang mampu. Ini alternatif acuan selain menggunakan konsumsi keluarga seperti yang sudah digunakan sebelumnya. Penggunaan penghasilan kiranya dapat menghasilkan penggolongan yang lebih

akurat karena tidak terkontaminasi oleh subsidi atau sumbangan dari pihak lain untuk memenuhi konsumsi keluarga. Ketika membandingkan estimasi kuatnya asosiasi antara status jaminan dan utilisasi pelayanan kesehatan yang didapat dari penggolongan keluarga menurut acuan konsumsi versus acuan penghasilan, estimasi yang menggunakan besaran konsumsi sebagai acuan peringkat ekonomi keluarga memperlihatkan hubungan yang lemah, yakni hingga 71 persen dalam kasus pelayanan rawat inap.

Pada umumnya, kepesertaan JKN bisa menunjang utilisasi pelayanan kesehatan yang lebih besar untuk layanan rawat jalan maupun rawat inap. Namun untuk keluarga peserta PBI, meskipun terjamin, akses ke fasilitas kesehatan swasta tampaknya masih terbatas. Ketersediaan tempat tidur di rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan layanan rawat inap pun masih minim. Di sisi lain, Jamkesda dapat mendorong utilisasi pelayanan kesehatan, khususnya di fasilitas kesehatan pemerintah. Dengan tingginya ketergantungan pada fasilitas kesehatan pemerintah, para pembuat kebijakan kiranya dapat segera meningkatkan kapasitas fasilitas pemerintah, terutama jumlah tempat tidur di rumah sakit. Diperlukan juga kerja sama dengan lebih banyak dengan penyelenggara kesehatan swasta agar beban pemerintah bisa ditanggung bersama demi mencapai cakupan kesehatan semesta.

4. Kesenjangan Akses Pelayanan Kesehatan, Jaminan Kesehatan, dan Peran dari Faktor Suplai

Latar Belakang

Kesenjangan dalam pelayanan kesehatan adalah salah satu masalah utama yang harus diatasi. Ada banyak studi yang meneliti hubungan antara kesenjangan sosial-ekonomi dan pemanfaatan layanan kesehatan. Dalam sebuah studi, tingkat kesejahteraan merupakan penyebab yang mendorong kesenjangan akses pelayanan kesehatan di 12 dari 18 negara yang diteliti. Di negara-negara tersebut, kesenjangan dalam penggunaan pelayanan kesehatan cukup tinggi.

Kajian ini menelisik tingkat kesenjangan dalam akses pelayanan kesehatan di Indonesia dengan menggunakan data Susenas selama enam tahun, dari 2011 hingga 2016. Dalam kajian ini, periode 2011-2013 didefinisikan sebagai periode pra-JKN, sedangkan kurun 2015-2016 sebagai periode pasca-JKN. Data 2014 tidak digunakan karena merupakan tahun transisi implementasi JKN. Kajian ini juga menghubungkan data Susenas dengan data Podes, yang mencakup fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat desa. Hal tersebut memungkinkan pengukuran secara langsung pengaruh tidak meratanya distribusi infrastruktur kesehatan dalam kesenjangan akses pelayanan kesehatan.

Metodologi

Kajian ini menggunakan nilai indeks konsentrasi atau *concentration index* (CI) untuk mengukur seberapa jauh kesenjangan terjadi. Selanjutnya, analisis dekomposisi digunakan untuk mengukur kontribusi berbagai faktor penentu terhadap kesenjangan akses yang meliputi kebutuhan pelayanan kesehatan, kondisi rumah tangga yang tidak sehat (seperti karakteristik kepala rumah tangga dan tingkat kesejahteraan), ketersediaan jaminan kesehatan, faktor geografis (seperti desa/kota, indikator wilayah, dan indeks sosial ekonomi desa), dan kesiapan penyedia pelayanan kesehatan (aksesibilitas fasilitas kesehatan primer, sekunder, dan kesehatan ibu). Hampir semua penelitian sebelumnya tidak memiliki informasi mengenai fasilitas kesehatan di tempat individu tersebut tinggal. Karenanya, pengaruh dari berbagai faktor yang menentukan tadi lebih banyak berkorelasi dengan faktor penyedia pelayanan kesehatan.

Kajian ini memanfaatkan pengenalan program asuransi kesehatan nasional, yakni JKN, pada 2014 untuk mengetahui apakah program ini dapat mengurangi kesenjangan akses ke pelayanan kesehatan. JKN menciptakan sistem kesehatan terintegrasi dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar yang sama dan menyeluruh untuk semua warga negara Indonesia. Ini berarti JKN menghilangkan penghalang untuk mengakses ke pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh masalah keuangan sekaligus mengurangi pengeluaran medis yang sangat tinggi yang dapat menyebabkan warga yang sedang sakit terperosok ke jurang kemiskinan.

Data

Data yang digunakan dalam kajian ini berasal dari data Susenas 2011-2016. Variabel pemanfaatan layanan kesehatan adalah variabel biner yang bernilai 1 jika anggota rumah tangga mencari setidaknya satu layanan kesehatan dalam periode tertentu. Tim kajian membedakan layanan rawat jalan dan rawat inap di fasilitas pemerintah, swasta, atau tradisional.

Total, ada enam jenis pemanfaatan layanan kesehatan yang diukur, yaitu: (1) rawat jalan di puskesmas selama 30 hari terakhir; (2) rawat jalan di rumah sakit pemerintah dalam 30 hari terakhir; (3) rawat jalan di klinik swasta dalam 30 hari terakhir; (4) rawat jalan di rumah sakit swasta dalam 30 hari terakhir; (5) layanan rawat inap di rumah sakit pemerintah dalam dua belas bulan terakhir; dan (6) layanan rawat inap di rumah sakit swasta dalam dua belas bulan terakhir.

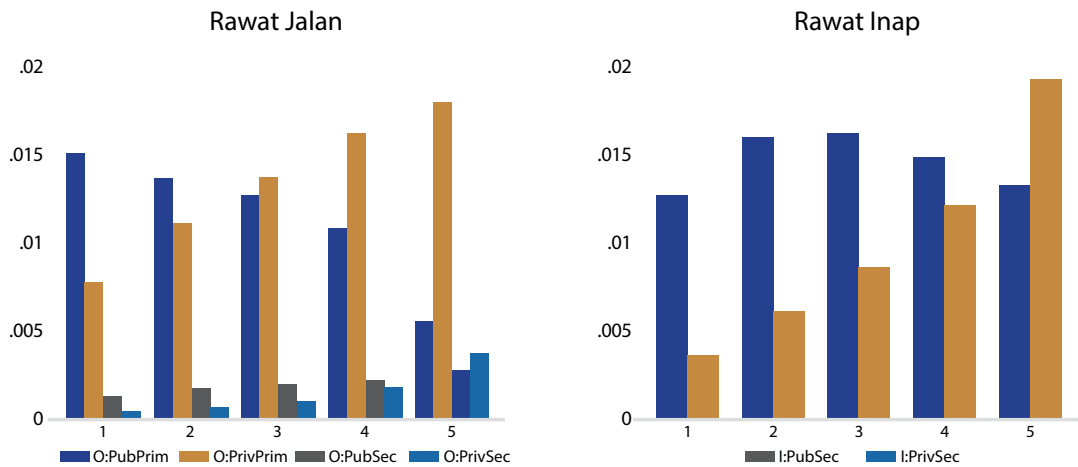
Untuk mengukur status ekonomi rumah tangga, kajian ini menggunakan indeks kesejahteraan. Biasanya, total konsumsi per kapita digunakan sebagai ukuran pendapatan rumah tangga atau manfaat ekonomi. Variabel pengeluaran yang berasal dari total konsumsi di Susenas tidak mencerminkan pendapatan yang diperoleh karena variabel tersebut termasuk nilai kontribusi subsidi atau bantuan lain yang diterima. Karena alasan tersebut, kajian ini menggunakan kesejahteraan sebagai ukuran alternatif status ekonomi. Indeks kesejahteraan dihitung dengan menggunakan metode analisis komponen utama atau *principal component analysis* (PCA) yang menganalisis kepemilikan kendaraan bermotor, rumah dan barang-barang berharga lainnya, serta karakteristik perumahan, seperti jenis lantai dan atap hingga sambungan utilitas.

Faktor penentu pemanfaatan meliputi kebutuhan pelayanan kesehatan, faktor nonkesehatan, jaminan kesehatan, lokasi geografis, dan infrastruktur pelayanan kesehatan setempat. Untuk menangkap kebutuhan pelayanan kesehatan individu, setiap gejala kesehatan yang dilaporkan dalam empat minggu terakhir, jumlah hari yang hilang karena sakit dalam empat minggu terakhir, dan interaksi jenis kelamin dan usia, menjadi pertimbangan. Faktor nonkesehatan seperti status pernikahan, tingkat pendidikan, usia dan jenis kelamin kepala rumah tangga, serta kuintil kesejahteraan digunakan dalam analisis. Indikator jaminan meliputi keanggotaan jaminan kesehatan swasta, cakupan skema jaminan kesehatan sosial dari pekerja sektor formal, PBI, dan mereka yang mempunyai jaminan kesehatan sosial dan swasta. Terakhir, informasi mengenai infrastruktur lokal berasal dari data tingkat desa di kabupaten dalam data Podes 2011 dan 2014. Untuk menggambarkan keadaan infrastruktur pelayanan kesehatan setempat, tim kajian menggunakan aksesibilitas ke penyedia pelayanan kesehatan primer (puskesmas), klinik dokter dan fasilitas kesehatan keliling, rumah sakit (umum dan swasta), dan fasilitas perawatan khusus (rumah sakit ibu dan anak, bidan desa, dan posyandu).

Hasil

Gambar 10 menunjukkan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan dari berbagai jenis perawatan oleh kuintil kesejahteraan. Tingkat pemanfaatan layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan primer pemerintah (O: PubPrim), terutama puskesmas, menurun sejalan dengan naiknya tingkat kesejahteraan. Sebaliknya, hal itu tak berlaku untuk layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan swasta (O: PrivPrim), terutama klinik dokter. Layanan rawat jalan di fasilitas sekunder (rumah sakit) juga menunjukkan korelasi positif yang kuat dengan tingkat kesejahteraan, terutama di rumah sakit swasta (O: PrivSec). Untuk layanan rawat inap, pemanfaatan layanan di rumah sakit swasta (I: Priv) menunjukkan korelasi positif yang sangat kuat dengan tingkat kesejahteraan, sedangkan layanan rawat inap pemerintah (I: Pub) relatif merata di seluruh kuintil tingkat kesejahteraan.

Gambar 10. Pemanfaatan Layanan Kesehatan di Seluruh Kuintil Kesejahteraan

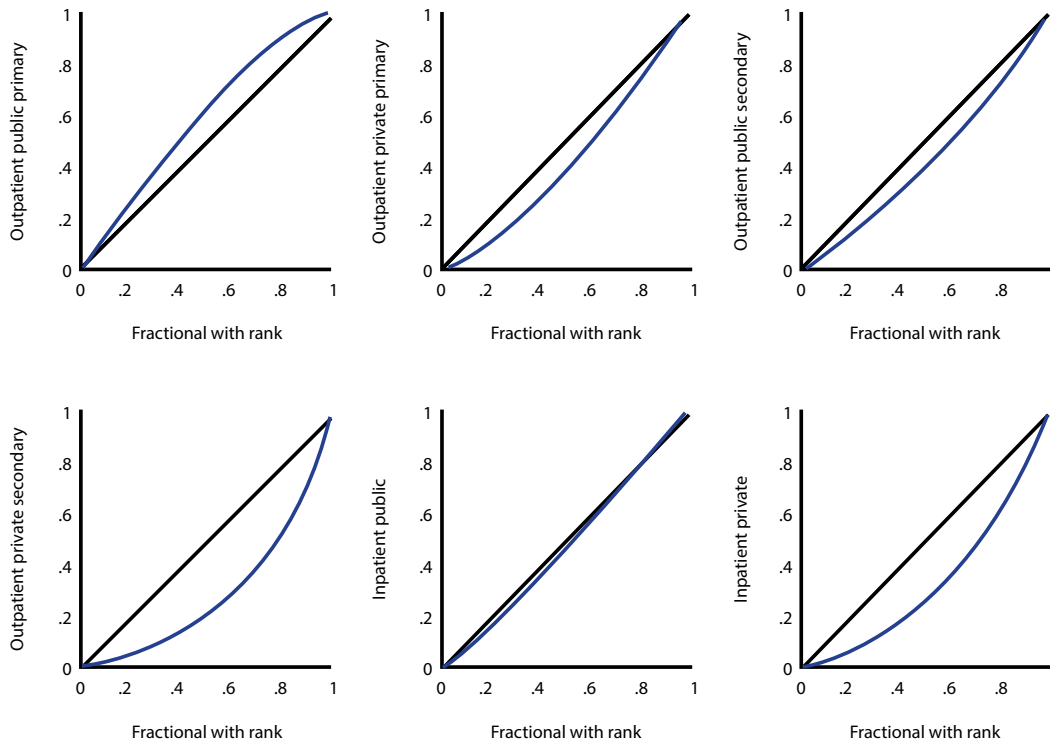


Catatan: "PubPrim" dan "PrivPrim" menunjukkan fasilitas pelayanan primer pemerintah (puskesmas) dan fasilitas pelayanan primer swasta (klinik dokter). "PubSec" dan "PrivSec" masing-masing menunjukkan fasilitas pelayanan sekunder pemerintah dan swasta (rumah sakit). "O" dan "I" secara berurutan menunjukkan rawat jalan dan rawat inap. "PubPrim" dan "PrivPrim" menunjukkan fasilitas pelayanan primer pemerintah (puskesmas) dan fasilitas pelayanan primer swasta (klinik dokter). "PubSec" dan "PrivSec" menunjukkan fasilitas pelayanan sekunder swasta.

Sumber: Susenas, 2011-2016. Diolah oleh TNP2K, 2017.

Gambar 11 menunjukkan rangkaian kurva konsentrasi untuk menggambarkan kesenjangan akses ke berbagai jenis layanan kesehatan pada seluruh populasi selama 2011-2016. Garis 45 derajat mewakili garis ekuitas, dengan pemanfaatan layanan kesehatan tidak bergantung pada tingkat kesejahteraan. Kurva konsentrasi yang terletak di bawah garis 45 derajat ini menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan tertentu lebih terkonsentrasi di antara masyarakat populasi mampu atau "*pro-rich*"; dan kurva sebaliknya disebut sebagai "*pro-poor*". Terkait dengan kurva konsentrasi garis 45 derajat, makin besar garis, makin luas kesenjangan terhadap layanan kesehatan. Dari gambar terlihat akses terhadap layanan rawat jalan di Puskesmas digunakan oleh masyarakat kurang mampu, sedangkan akses ke jenis layanan kesehatan lainnya lebih banyak digunakan oleh masyarakat mampu. Kesenjangan terbesar terjadi pada layanan di rumah sakit swasta.

Gambar 11. Kurva Konsentrasi dari Berbagai Jenis Pelayanan Kesehatan

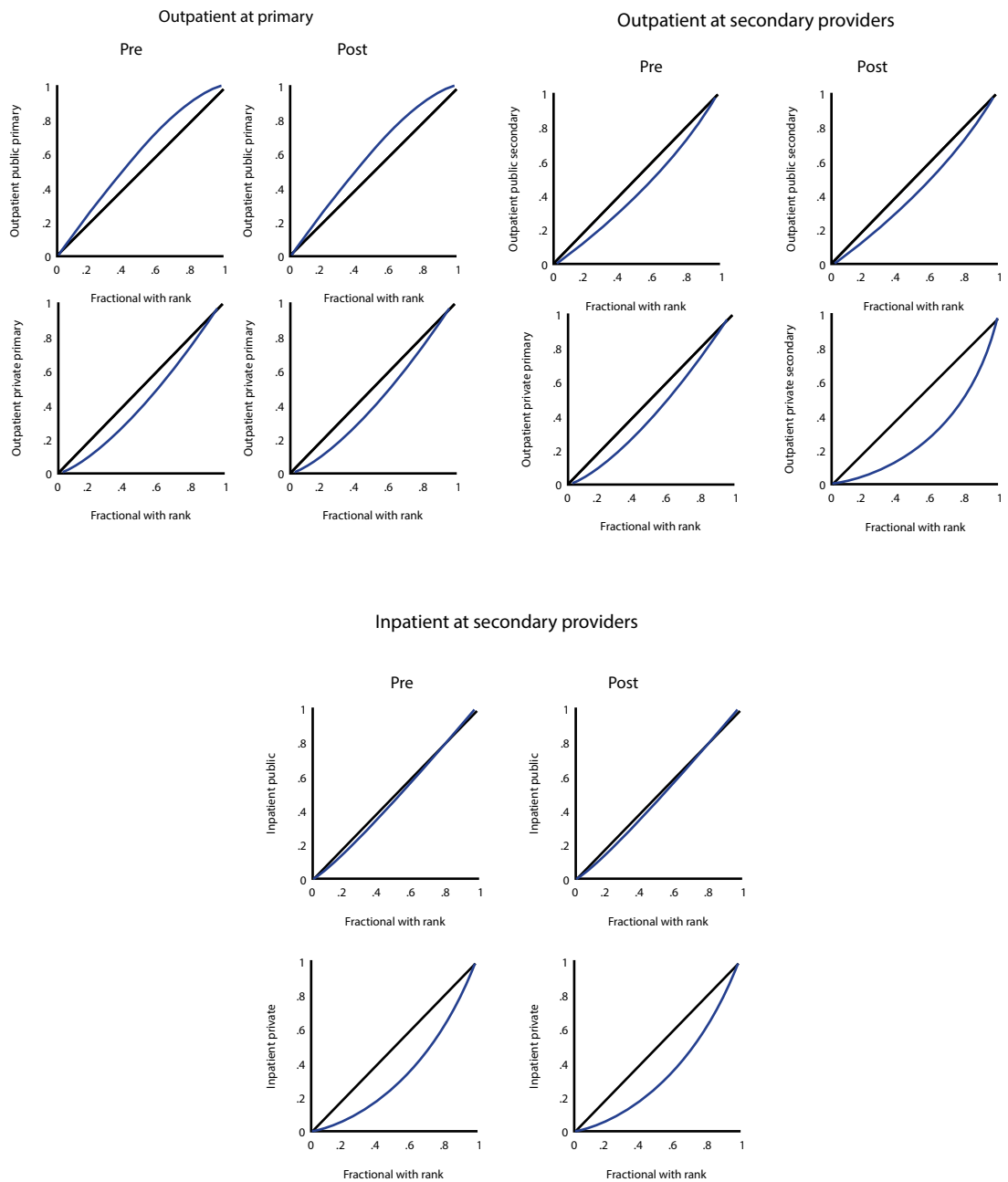


Catatan: Sumbu Y adalah kepadatan kumulatif pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh individu-individu yang diurutkan dari masyarakat yang kurang mampu ke masyarakat yang mampu, yang diberi bobot frekuensi populasi dari pool data Susenas 2011-2016. Kuintil tingkat kesejahteraan dihitung berdasarkan tahun pada tingkat rumah tangga dengan menggunakan bobot frekuensi populasi, sebelum mengumpulkan data selama enam tahun tersebut.

Sumber: Susenas, 2011-2016. Diolah oleh TNP2K, 2017.

Gambar 12 menunjukkan kurva konsentrasi sebelum dan setelah pelaksanaan JKN. Sebelum JKN diterapkan, hampir semua kurva konsentrasi yang terletak di bawah garis ekuitas bergerak lebih dekat ke garis ekuitas, yang mengindikasikan bahwa akses terhadap pelayanan ini lebih banyak digunakan oleh masyarakat kurang mampu. Pergeseran ini terutama pada layanan rawat jalan di klinik swasta. Adapun layanan rawat jalan di puskesmas tetap lebih banyak diakses oleh masyarakat kurang mampu.

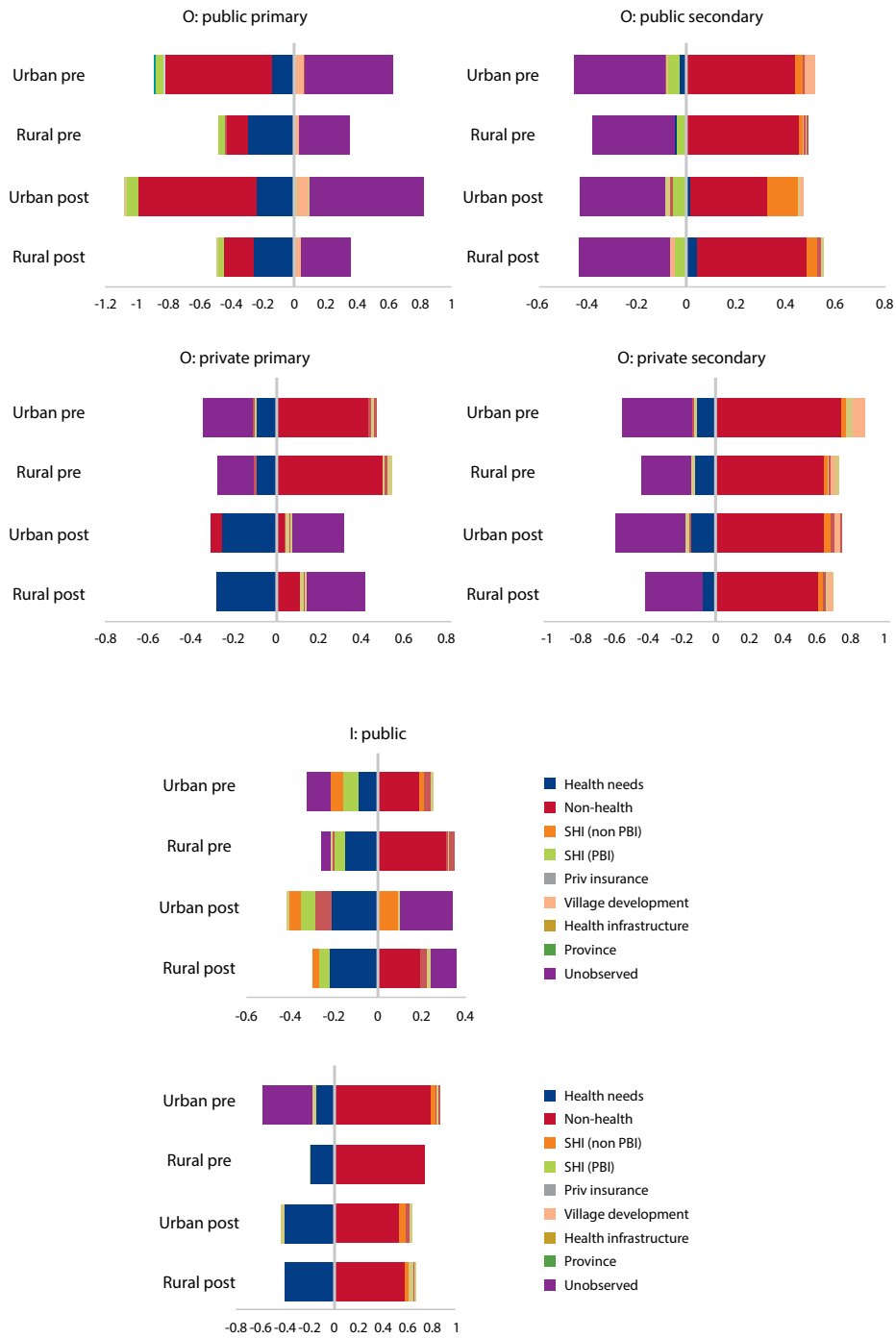
Gambar 12. Indeks Konsentrasi berbagai Tipe Pelayanan Kesehatan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan JKN



Catatan: Semua indeks konsentrasi signifikan secara statistik pada setiap tingkat signifikansi konvensional.

Sumber: Susenas, 2011-2016. Diolah oleh TNP2K, 2017.

Gambar 13. Kontribusi Berbagai Faktor Penentu Kesenjangan Akses Sebelum dan Sesudah JKN Berdasarkan Wilayah



Sumber: Susenas, 2011-2016. Podes, 2014. Diolah oleh TNP2K, 2017.

Gambar 13 menunjukkan bahwa hampir semua faktor memiliki kontribusi, baik di perkotaan maupun perdesaan. Masyarakat mampu di perdesaan bisa mengakses layanan kesehatan berkat faktor ekonomi yang kuat, seperti kondisi ekonomi. Setelah era JKN, di daerah perdesaan muncul dorongan untuk menggunakan pelayanan rawat inap oleh masyarakat mampu karena faktor yang tak terobservasi. Sedangkan di daerah perkotaan, adanya kebutuhan kesehatan menyebabkan masyarakat mampu mulai mengakses layanan rawat jalan di fasilitas swasta.

Indeks konsentrasi (CI) digunakan sebagai pengukur tingkat kesenjangan. Jika tidak adanya kesenjangan, nilai CI adalah 0. Di tingkat nasional, tim kajian menemukan bahwa CI untuk rawat jalan di fasilitas pelayanan primer (puskesmas) yang bernilai negatif cenderung terjadi pada akses ke layanan rawat jalan bagi masyarakat kurang mampu. Sebaliknya CI untuk layanan rawat inap di klinik dan rumah sakit swasta bernilai positif, yang mengindikasikan bahwa layanan rawat inap ini lebih banyak diakses oleh kalangan masyarakat mampu.

Untuk layanan rawat inap, tim kajian menemukan bahwa di rumah sakit pemerintah di perkotaan layanan tersebut lebih banyak diakses oleh masyarakat kurang mampu, sedangkan di perdesaan lebih banyak diakses oleh masyarakat mampu. Dalam berbagai kondisi, kontributor terbesar yang menyebabkan adanya kesenjangan akses layanan kesehatan adalah status ekonomi atau tingkat kesejahteraan rumah tangga. Adapun faktor penentang terbesarnya adalah kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat kurang mampu yang disebabkan oleh faktor usia. Infrastruktur fasilitas kesehatan hanya memiliki peran yang relatif kecil.

Pengenalan JKN melemahkan hubungan antara pemanfaatan layanan kesehatan dan status ekonomi rumah tangga, sehingga mempersempit kesenjangan akses untuk sebagian besar layanan kesehatan. Perubahan yang paling menonjol terjadi di layanan rawat jalan di klinik swasta, dengan nilai CI lebih dari setengahnya. Dengan JKN, jaminan kesehatan sosial memiliki cakupan yang lebih luas, yang berpihak kepada masyarakat kurang mampu karena penerima jaminan bisa memanfaatkan hampir semua layanan kesehatan yang selama ini lebih banyak diakses oleh masyarakat mampu. Namun setelah era JKN, distribusi PBI kurang berpihak kepada masyarakat kurang mampu dan peserta PBI cenderung jarang menggunakan fasilitas swasta.

Kesimpulan

Kajian ini telah meneliti sejauh mana kesenjangan akses ke berbagai layanan kesehatan di Indonesia selama 2011-2016. Akses ke layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan primer pemerintah, terutama puskesmas, lebih banyak digunakan oleh masyarakat kurang mampu. Sementara itu, akses ke sebagian besar jenis layanan kesehatan lainnya cenderung digunakan oleh masyarakat mampu. Akses ke layanan rawat inap di rumah sakit pemerintah hampir merata di tingkat nasional. Hal ini menutupi adanya kesenjangan akses yang disebabkan oleh lokasi geografis.

Setelah diperkenalkannya JKN pada 2014, yang mengangkat tingkat jaminan kesehatan, akses ke sebagian besar layanan kesehatan masih lebih banyak digunakan oleh masyarakat mampu. Meskipun demikian, lambat laun digunakan juga oleh masyarakat kurang mampu. Perubahan terbesar terjadi pada akses ke layanan rawat jalan di klinik swasta dan rawat inap di rumah sakit swasta. Perubahan ini lebih banyak terlihat di perkotaan. Pendorong utama masyarakat kurang mampu mengakses layanan tersebut adalah melemahnya hubungan antara status ekonomi rumah tangga dan pemanfaatan layanan kesehatan. Efek ini konsisten dengan tujuan jaminan kesehatan sebagai mekanisme pemerataan konsumsi, yaitu perluasan jaminan kesehatan dengan adanya JKN menurunkan kejadian rumah tangga membayar tagihan medis yang sangat mahal.

Untuk PBI, tim kajian menemukan bahwa peserta PBI memiliki kecenderungan yang tinggi untuk menggunakan fasilitas kesehatan milik pemerintah dan, sebaliknya, memiliki kecenderungan yang rendah untuk menggunakan fasilitas swasta. Tim kajian juga menganalisis perubahan peran faktor-faktor yang tidak dapat diobservasi dalam menjelaskan kesenjangan akses layanan di klinik swasta dan pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit umum. Sebelum adanya JKN, faktor yang tidak dapat diobservasi berkontribusi terhadap kecenderungan masyarakat kurang mampu untuk mengakses layanan ini. Namun pada era JKN, kecenderungan tersebut terjadi pada masyarakat mampu.

Kajian ini menghasilkan rekomendasi. Pertama, meski akses ke sebagian besar layanan kesehatan masih lebih banyak dimiliki masyarakat mampu, JKN telah membantu mengurangi ukuran kesenjangan akses layanan. Karena saat ini kita sedang bergerak menuju cakupan kesehatan semesta, diharapkan kesenjangan akses layanan kesehatan menjadi kian sempit. Kedua, diharapkan ada upaya lebih jauh dalam lebih mempersempit kesenjangan akses layanan kesehatan di perdesaan. Saat ini, pengurangan

kesenjangan cenderung terjadi hanya di perkotaan. Beberapa kebijakan perlu dirancang khusus agar lebih efektif ketika diterapkan di perdesaan.

Ketiga, pembuat kebijakan perlu memastikan bahwa distribusi PBI berpihak ke masyarakat kurang mampu. Sebab, dalam kajian ini ditemukan bukti bahwa distribusi kurang berpihak pada masyarakat kurang mampu. Keempat, dalam kajian ini ditemukan juga bukti bahwa distribusi infrastruktur kesehatan menjadi lebih merata setelah era JKN. Untuk melayani lebih banyak pasien, jumlah fasilitas kesehatan dan tenaga serta peralatan kesehatan perlu ditingkatkan. Kajian ini juga menyimpulkan bahwa kebijakan yang mendorong pertumbuhan ekonomi secara umum dapat membantu mengurangi kesenjangan akses layanan kesehatan.

5. Pilihan Pelayanan Kesehatan di Bawah Jaminan Kesehatan Sosial Semesta

Latar Belakang

Sebagian besar biaya medis biasanya bergantung pada pembayaran yang harus dikeluarkan sendiri (*out of pocket*) oleh pasien di tempat pelayanan, yang dapat menyebabkan kelompok yang sangat membutuhkan pelayanan kesehatan pergi ke praktisi kesehatan yang tidak berlisensi, mengobati sendiri penyakitnya, atau bahkan tidak melakukan pengobatan apa pun.

Beberapa literatur menganalisis pola konsumsi layanan kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan perubahan perilaku berkat adanya cakupan jaminan, menggunakan data dari negara-negara kaya (Zweifel dan Manning, 2000) yang berfokus pada risiko moral (*moral hazard*). Sebagian besar kajian menunjukkan adanya *moral hazard* setelah tercakup jaminan kesehatan, yang meningkatkan konsumsi yang mungkin tidak perlu, seperti layanan kesehatan elektif yang mahal (lihat Srivastava et al., 2017; Sohn dan Jung, 2016; Aaron-Dine et al., 2015; Davezies dan Toulemon, 2015; dan Ghislandi et al., 2015; untuk kajian terbaru). Namun, mengingat tingginya kebutuhan kesehatan yang tidak terpenuhi di negara-negara berkembang, peningkatan konsumsi menjadi salah satu tujuan kebijakan yang diinginkan. Misalnya, Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Di negara-negara berkembang, pelayanan kesehatan alternatif, seperti praktik penyembuhan diri dan pergi ke tabib tradisional, juga merupakan pilihan pengobatan yang populer. Tabib tradisional sangat umum di masyarakat Asia-Pasifik dan telah memberikan obat-obatan tradisional dan herbal kepada masyarakat selama berabad-abad. Sebagian besar penelitian mengabaikan metode pengobatan tradisional ini ketika melakukan kajian mengenai pilihan pelayanan kesehatan. Kenyataannya, metode tersebut adalah bagian integral sistem kesehatan di negara-negara berkembang, dan dapat menjadi pengganti atau pelengkap pengobatan formal. Dengan demikian, penting untuk mengetahui bagaimana keberadaan jaminan kesehatan, yang menghilangkan sebagian besar hambatan finansial, berasosiasi dengan pengobatan formal.

Kajian ini menelisik pola perilaku pencarian pengobatan rumah tangga di Indonesia di bawah JKN. Tim kajian berfokus pada layanan medis di luar rumah sakit untuk rumah tangga yang anggotanya melaporkan masalah kesehatan pada bulan sebelum survei.

Metodologi

Dalam kajian ini, tim kajian menjadikan rumah tangga sebagai unit analisis. Jika dalam satu rumah tangga hanya terdapat satu individu, individu tersebut diperlakukan sebagai satu rumah tangga dan pilihan pengobatannya sepenuhnya memengaruhi keputusan rumah tangga (100 persen). Untuk rumah tangga lain yang memiliki lebih dari satu anggota, mungkin ada beberapa penyedia layanan kesehatan yang dikunjungi oleh anggota rumah tangga. Karena itu, tim kajian menghitung nilai utilisasi bersama di pelayanan kesehatan yang digunakan setiap rumah tangga dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga yang pergi ke pelayanan kesehatan tersebut dengan jumlah seluruh anggota rumah tangga. Selain pelayanan kesehatan formal, tim kajian juga mempertimbangkan adanya pilihan pengobatan dari tabib tradisional ataupun melakukan pengobatan sendiri untuk membuat model yang lebih realistis. Ada lima pilihan pengobatan yang diukur, yakni tidak mencari pengobatan, mengobati sendiri, berobat di fasilitas kesehatan pemerintah, berobat di fasilitas kesehatan swasta, dan mencari obat dari tabib tradisional.

Pengambilan keputusan tentang pengobatan dipengaruhi oleh ketersediaan jaminan kesehatan, karakteristik demografis rumah tangga, ekonomi rumah tangga, dan faktor lingkungan, termasuk aksesibilitas ke fasilitas kesehatan. Persamaan pilihan pengobatan dapat ditulis sebagai fungsi linear dari faktor-faktor penentu. Persamaan ini hanya dapat diestimasi dengan regresi metode kuadrat terkecil atau *ordinary least square* (OLS). Namun permasalahannya, variabel dependen adalah variabel nilai utilisasi bersama yang dibatasi antara 0 dan 1, dan setiap 0 atau 1 bermakna masing-masing tidak pernah menggunakan pilihan "itu" atau selalu menggunakan pilihan "itu". Berdasarkan variabel respons fraksional oleh Papke dan Wooldridge (1996), penerapan model ini dapat dilakukan melalui model linear tergeneralisasi atau *generalised linear model* (GLM) dengan logit atau probit di lingkup keluarga.

Data

Sampel berasal dari data Susenas 2011-2014 dan 2017. Pertanyaan dan format pada kelima Susenas ini identik. Tahun 2015 dan 2016 tidak digunakan karena mengandung pertanyaan yang berbeda terkait dengan pilihan pelayanan kesehatan. Bobot frekuensi populasi digunakan untuk menghasilkan jumlah yang mencerminkan seluruh populasi. Tim kajian melengkapi data Susenas dengan data Podes yang berisi informasi tentang kegiatan lingkungan dan kondisi infrastruktur pemerintah di lingkungan tersebut, termasuk fasilitas kesehatan.

Susenas mencatat utilisasi layanan rawat jalan berbagai layanan kesehatan oleh setiap anggota rumah tangga yang menderita setidaknya satu masalah kesehatan dalam empat minggu terakhir ketika survei dilaksanakan. Dari lima opsi pengobatan ini, tim kajian membuat lima variabel nilai utilisasi bersama, yang didefinisikan di tingkat rumah tangga:

1. Jumlah anggota rumah tangga yang memilih pilihan “tanpa pengobatan” dibandingkan dengan jumlah anggota rumah tangga yang melaporkan masalah kesehatan.
2. Jumlah anggota rumah tangga yang memilih pilihan “pengobatan sendiri” dibandingkan dengan jumlah anggota rumah tangga yang melaporkan masalah kesehatan.
3. Jumlah anggota rumah tangga yang memilih pilihan “mengunjungi tabib tradisional” dibandingkan dengan jumlah anggota rumah tangga yang melaporkan masalah kesehatan.
4. Jumlah anggota rumah tangga yang memilih pilihan “mengunjungi fasilitas kesehatan pemerintah” dibandingkan dengan jumlah total anggota rumah tangga yang melaporkan masalah kesehatan.
5. Jumlah anggota rumah tangga yang memilih pilihan “mengunjungi fasilitas kesehatan swasta” dibandingkan dengan jumlah anggota rumah tangga yang melaporkan masalah kesehatan.

Status jaminan kesehatan digambarkan oleh tiga variabel, yakni variabel indikator untuk keanggotaan dalam skema JKN, variabel indikator untuk penerima jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PBI), dan variabel indikator untuk keanggotaan dalam skema jaminan kesehatan swasta. Tim kajian juga membuat variabel interaksi antara jaminan dan variabel periode pada era JKN untuk melihat perbedaan peran jaminan kesehatan setelah JKN diterapkan. Variabel demografi rumah tangga digambarkan oleh variabel tingkat rumah tangga, seperti komposisi rumah tangga, ukuran rumah tangga, dan lokasi. Adapun status ekonomi rumah tangga digambarkan oleh tingkat pendidikan kepala rumah tangga, usia dan status pekerjaan, serta aset keluarga. Terakhir, variasi dalam faktor lingkungan digambarkan oleh aksesibilitas ke fasilitas kesehatan dan variabel kabupaten.

Hasil

Tabel 2 menunjukkan cakupan jaminan per tahun dan variabel pemanfaatan layanan kesehatan. Kepesertaan JKN naik perlahan pada 2011 hingga 2014, kemudian melonjak dari 12,6 persen pada 2014, dan menjadi 30,6 persen pada 2017. Sementara itu, kepesertaan PBI dan jaminan kesehatan swasta relatif stabil pada 33 persen dan 4-5 persen. Peningkatan drastis kepesertaan JKN disebabkan oleh adanya target kepesertaan wajib pada 2019. Sehingga, banyak orang yang sebelumnya belum mendaftar, mulai

bergabung dengan JKN. Hal ini dikonfirmasi dengan adanya perubahan jumlah anggota JKN yang cukup drastis, dari yang didominasi oleh karyawan pada 2014 menjadi yang memiliki berbagai pekerjaan pada 2017. Pekerja lepas dan pekerja keluarga juga bergabung dengan JKN, yang jumlah keduanya sekitar 14 persen dari anggota JKN pada 2017. Sementara itu, proporsi yang tinggi dari masyarakat yang tidak bekerja merepresentasikan tanggungan pekerja, yakni istri dan anak-anak.

Tabel 2. Cakupan Jaminan dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan per tahun

Tahun		2011	2012	2013	2014	2017
Jaminan	JKN	0,120	0,123	0,125	0,126	0,306
	PBI	0,335	0,334	0,364	0,355	0,332
	Asuransi Swasta	0,037	0,038	0,029	0,046	0,038
Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Individu	Tidak Berobat	0,543	0,548	0,511	0,507	0,537
	Pengobatan Sendiri	0,452	0,458	0,423	0,418	0,482
	Fasilitas Pemerintah	0,182	0,172	0,179	0,170	0,185
	Fasilitas Swasta	0,281	0,286	0,316	0,329	0,285
	Tradisional	0,018	0,019	0,021	0,021	0,015
Pembagian Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Rumah Tangga	Tidak Berobat	0,532	0,536	0,501	0,496	0,488
	Pengobatan Sendiri	0,439	0,446	0,411	0,406	0,438
	Fasilitas Pemerintah	0,180	0,173	0,179	0,170	0,202
	Fasilitas Swasta	0,294	0,298	0,327	0,340	0,318
	Tradisional	0,019	0,020	0,022	0,022	0,018

Sumber: Susenas 2011-2014 & 2017, diolah oleh TNP2K, 2018.

Pada tingkat individu, tingkat pemanfaatan layanan kesehatan bagi mereka yang memiliki masalah kesehatan kurang dari 50 persen. Sebagian besar orang masih menggunakan “tanpa pengobatan” atau “mengobati sendiri”. Namun, ketika mereka menerima pengobatan, sebagian besar layanan disediakan oleh fasilitas swasta. Pemanfaatan fasilitas pemerintah naik-turun dan naik lagi pada 2017. Sebaliknya, pemanfaatan fasilitas swasta terus sebelum kembali ke levelnya pada tahun 2011-2012. Tabib tradisional jarang digunakan, tetapi mereka masih memiliki pasar. Di tingkat rumah tangga, kajian ini menunjukkan bagaimana anggota rumah tangga yang berbeda menggunakan berbagai pilihan pengobatan dengan melihat nilai utilisasi bersama daripada melihat tingkat pemanfaatan. Rata-rata, satu dari dua anggota rumah tangga yang sakit tidak menerima perawatan kesehatan apa pun. Pada era JKN, lebih banyak anggota rumah tangga menggunakan fasilitas swasta daripada fasilitas pemerintah. Namun dibandingkan dengan era pra-JKN, penggunaan fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta telah meningkat karena lebih banyak anggota rumah tangga yang sakit menerima perawatan kesehatan formal. Sehingga, pembagian variabel “tanpa pengobatan” dan “mengobati sendiri” menjadi lebih kecil.

Ringkasan statistik dari variabel hasil dan variabel kontrol berdasarkan status jaminan kesehatan menunjukkan bahwa mereka yang tidak memiliki jaminan kesehatan sebagian besar ada di bagian “tanpa pengobatan” dan “mengobati sendiri”. Mereka juga menjadi penyumbang terbesar di variabel tabib tradisional. Bagian “layanan kesehatan di fasilitas pemerintah” banyak diisi oleh peserta PBI, sedangkan bagian “layanan kesehatan di fasilitas swasta” banyak diisi oleh peserta jaminan kesehatan swasta. Rumah tangga tanpa jaminan kesehatan dan rumah tangga peserta PBI cenderung memiliki status ekonomi rendah—lebih rendah dalam desil tingkat kesejahteraan dan pendidikan kepala rumah tangga—dan tinggal di perdesaan. Anggota rumah tangga PBI cenderung berusia lebih tua, tetapi memiliki anak usia sekolah, dan tinggal di desa yang kurang berkembang dengan infrastruktur kesehatan yang tidak memadai.

Tabel 3 memperlihatkan efek marginal GLM pada *mean* untuk variabel nilai utilisasi bersama. Mengacu pada model lengkap dengan kontrol variabel karakteristik tingkat desa, rumah tangga yang mempunyai jaminan, terlepas dari jenis jaminan apa pun, memiliki nilai utilisasi bersama yang lebih sedikit pada variabel hasil “tanpa pengobatan”. Pada era JKN, pangsa “tanpa pengobatan” turun drastis, terutama untuk rumah tangga penerima JKN dan PBI dengan masing-masing sebesar 0,042 dan 0,019 poin persentase. Ini setara dengan pengurangan 8,8 persen (0,042/0,475) dan 3,9 persen (0,019/0,488) dari masing-masing sampel *mean* (**Tabel 7**). Porsi “mengobati sendiri” meningkat secara keseluruhan setelah JKN diberlakukan, terutama untuk rumah tangga PBI. Ini menunjukkan kemungkinan beberapa anggota rumah tangga PBI merasa tidak nyaman untuk pergi ke fasilitas kesehatan, sehingga mereka lebih suka membeli obat bebas di toko terdekat.

Tabel 3. Hasil GLM

				Efek Marginal		
	Interaksi Saja	Kontrol Rumah Tangga	Kontrol Rumah Tangga dan Kabupaten	Interaksi Saja	Kontrol Rumah Tangga	Kontrol Rumah Tangga dan Kabupaten
Tidak Ada Pengobatan						
Tidak memiliki jaminan						
JKN	-0,159***	-0,089***	-0,093***	-0,062***	-0,041***	-0,040***
PBI	-0,123***	-0,165***	-0,137***	-0,050***	-0,062***	-0,054***
Jaminan Swasta	-0,142***	-0,113***	-0,085***	-0,054***	-0,040***	-0,031***
Pasca (2017)	-0,047***	-0,045***	-0,041***	-0,018***	-0,016***	-0,020***
Pasca#JKN	0,026	-0,092***	-0,067***	-0,008	-0,054***	-0,042***
Pasca#PBI	-0,015	0,045***	-0,008	-0,024***	0	-0,019***
Pasca#Jaminan Swasta	0,044	0,070*	0,038	-0,001	0,009	-0,002

				Efek Marginal		
	Interaksi Saja	Kontrol Rumah Tangga	Kontrol Rumah Tangga dan Kabupaten	Interaksi Saja	Kontrol Rumah Tangga	Kontrol Rumah Tangga dan Kabupaten
Pengobatan Sendiri						
Tidak memiliki jaminan						
JKN	-0,151***	-0,095***	-0,095***	-0,058***	-0,042***	-0,040***
PBI	-0,132***	-0,153***	-0,125***	-0,052***	-0,057***	-0,049***
Jaminan Swasta	-0,136***	-0,115***	-0,082***	-0,052***	-0,043***	-0,032***
Pasca (2017)	0,057***	0,058***	0,064***	0,023***	0,024***	0,020***
Pasca#JKN	0,014	-0,078***	-0,060***	0,028***	-0,007	0,025***
Pasca#PBI	-0,002	0,034**	-0,01	0,022***	0,036***	0,001
Pasca#Jaminan Swasta	0,015	0,027	-0,013	0,027***	0,033***	0,021***
Rawat Jalan Pemerintah						
Tidak memiliki jaminan						
JKN	0,028***	0,081***	0,058***	0,027***	0,036***	0,029***
PBI	0,400***	0,378***	0,333***	0,098***	0,093***	0,081***
Jaminan Swasta	0,060***	0,088***	0,028*	0,006**	0,013***	0,001
Pasca (2017)	0,044***	0,031**	0,036***	0,008***	0,007***	0,012***
Pasca#JKN	0,440***	0,400***	0,375***	0,137***	0,124***	0,113***
Pasca#PBI	-0,194***	-0,151***	-0,103***	-0,045***	-0,035***	-0,019***
Pasca#Jaminan Swasta	-0,227***	-0,202***	-0,151***	-0,038***	-0,037***	-0,024***
Rawat Jalan Swasta						
Tidak memiliki jaminan						
JKN	0,162***	0,051***	0,075***	0,039***	0,007**	0,015***
PBI	-0,142***	-0,077***	-0,075***	-0,040***	-0,023***	-0,020***
Jaminan Swasta	0,125***	0,074***	0,082***	0,051***	0,029***	0,031***
Pasca (2017)	0,023**	0,030***	0,022*	0,011***	0,008***	0,008***
Pasca#JKN	-0,363***	-0,208***	-0,220***	-0,121***	-0,062***	-0,067***
Pasca#PBI	0,168***	0,066***	0,095***	0,067***	0,033***	0,040***
Pasca#Jaminan Swasta	0,082**	0,039	0,041	0,040***	0,025*	0,022*
Tradisional						
Tidak memiliki jaminan						
JKN	-0,051***	-0,016	-0,007	-0,003***	-0,001	-0,001
PBI	0,015	0,005	0,014	0,000	0,000	0,000
Jaminan Swasta	-0,035	-0,013	0,007	-0,003***	-0,0003*	-0,001
Pasca (2017)	-0,013	-0,01	-0,016	-0,003***	-0,002***	-0,002***
Pasca#JKN	-0,022	-0,070*	-0,064	-0,001	-0,004**	-0,003**
Pasca#PBI	-0,091***	-0,075**	-0,064**	-0,005***	-0,004***	-0,003***
Pasca#Jaminan Swasta	-0,308***	-0,296***	-0,303***	-0,011***	-0,011***	-0,011***

Sumber: Susenas 2011-2014 & 201. diolah oleh TNP2K, 2018.

Dari tabel tersebut, nilai utilisasi bersama untuk “pengobatan di fasilitas pemerintah” terus meningkat pada peserta JKN, menurun pada PBI, dan jatuh pada rumah tangga yang mempunyai jaminan swasta. Pada era JKN, porsi “pengobatan di fasilitas pemerintah” pada peserta JKN naik cukup dramatis sebesar 0,113 poin persentase, atau 58 persen dari rata-rata sampel. Sebagian dari hal ini dapat dijelaskan oleh perubahan dalam jumlah anggota JKN (**Tabel 6**) yang dibahas sebelumnya. Banyak pekerja bebas, pengusaha tunggal, dan pekerja keluarga memiliki pendapatan yang rendah sehingga mereka cenderung berobat di fasilitas pemerintah. Mereka juga cenderung menjadi pengguna fasilitas kesehatan formal pertama kali dan kurang memiliki pengetahuan tentang sistem kesehatan saat ini. Sementara itu, pangsa fasilitas swasta memiliki tren yang berlawanan pada era JKN. Pada anggota JKN angkanya menurun, sedangkan pada rumah tangga PBI meningkat. Rumah tangga PBI, yang terbiasa menempati fasilitas pemerintah yang sekarang kian padat, mengambil keuntungan dari makin banyaknya penyedia fasilitas kesehatan swasta yang telah mulai menyediakan layanan kesehatan gratis. Meskipun menerima pasien yang disubsidi, fasilitas swasta tampaknya menjaga pasien pribadi mereka sendiri karena pangsa pasar mereka untuk rumah tangga yang mempunyai jaminan swasta terus meningkat. Adapun pangsa tabib tradisional untuk rumah tangga yang mempunyai jaminan anjlok pada era JKN, hanya di bawah 15 persen dari rata-rata sampel. Ini adalah hal positif karena obat yang direkomendasikan oleh tabib tradisional umumnya tidak diuji dan diverifikasi secara ilmiah.

Kesimpulan

Dengan menggunakan data survei yang representatif secara nasional, kajian ini telah menunjukkan bahwa ketersediaan jaminan kesehatan mengurangi insiden penyakit yang tidak diobati dan menurunkan pasar tabib tradisional. Pada saat yang sama, ini memungkinkan pemanfaatan layanan kesehatan formal, meskipun perbedaan jenis jaminan kesehatan menghasilkan persentase yang berbeda di berbagai jenis penyedia layanan kesehatan. Tim kajian menemukan bahwa rumah tangga yang mempunyai jaminan kesehatan sosial sebagian besar bergantung pada fasilitas kesehatan pemerintah untuk pengobatannya. Sementara itu, pada saat yang sama ada lebih banyak fasilitas kesehatan swasta yang menerima rumah tangga dengan status ekonomi rendah, yang sebelumnya tidak dapat menjangkau fasilitas kesehatan swasta. Untuk individu yang mempunyai jaminan kesehatan swasta, tim kajian menemukan bahwa mereka selalu cenderung menggunakan fasilitas kesehatan swasta. Dengan menyediakan pelayanan kesehatan yang layak dan yang dapat diakses oleh lebih banyak orang, diharapkan kesadaran terhadap kesehatan dan kondisi kesehatan masyarakat akan meningkat secara bertahap.

6. Asosiasi antara Pemanfaatan Layanan Kesehatan dan Jaringan Sosial: Bukti dari Indonesia

Latar Belakang

Banyak perdebatan yang menyatakan bahwa keterhubungan dengan orang lain dapat memengaruhi keputusan perawatan kesehatan yang dipilih individu (Salinas et al., 2018; Jacobs et al., 2017; dan Griffiths et al., 2012). Misalnya, individu mendapatkan informasi dari orang lain mengenai cara kerja sistem kesehatan dan membantu menemukan penyedia layanan kesehatan yang sesuai. Teman, anggota keluarga, kolega, dan tetangga juga dapat mengubah keputusan individu akan layanan kesehatan. Misalnya, dengan mendorong pilihan yang memperkuat keinginan terhadap layanan kesehatan yang tersedia. Hubungan dengan orang lain bisa menjadi cara untuk merangsang pemanfaatan layanan kesehatan, terutama oleh individu dengan penghasilan rendah, yang cenderung kurang memahami hal tersebut. Deri (2005) adalah salah satu ekonom yang makalah-makalahnya banyak menunjukkan dampak jejaring sosial pada keputusan pemanfaatan layanan kesehatan.

Kajian ini ingin mengetahui tingkat keterhubungan di lingkungan sekitar, yang dalam kajian ini disebut sebagai “jaringan sosial”, dengan pemanfaatan layanan kesehatan rumah tangga.

Metodologi

Untuk mengevaluasi kuatnya asosiasi antara jaringan sosial dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, kajian ini menggunakan analisis regresi dengan variabel capaian yang diukur adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pemanfaatan layanan kesehatan diasumsikan memiliki hubungan linier yang aditif dengan jaringan sosial, status ekonomi rendah, interaksi antara status ekonomi rendah dan jaringan sosial (untuk melihat tingkat hubungan jaringan sosial dan pemanfaatan layanan kesehatan di antara rumah tangga dengan status ekonomi rendah dan tinggi), karakteristik rumah tangga, dan karakteristik lingkungan. Dengan menambahkan nilai *error*, keterikatan variabel-variabel tersebut bisa dilihat sebagai persamaan ekonometrik yang dapat diestimasi dengan nilai koefisien yang menggambarkan kekuatan hubungan masing-masing variabel dengan pemanfaatan layanan kesehatan.

Hasil dari regresi ini kemudian digunakan untuk melakukan simulasi yang menggambarkan berbagai peran dari jaringan yang berbeda dengan mempertimbangkan tiga level jaringan, yakni rendah (L), sedang (M), dan tinggi (H). Untuk jaringan rendah, tim kajian menggunakan persentil ke-10 dari setiap

indeks jaringan. Untuk jaringan sedang, tim menggunakan persentil ke-50. Sedangkan untuk jaringan tinggi, tim menggunakan persentil ke-90. Bersama dengan jaringan yang dimiliki sendiri oleh rumah tangga, ada 27 skenario jaringan yang memungkinkan. Efek dari semua variabel kontrol lainnya dijaga konstan sesuai dengan *mean*-nya.

Data

Sampel diambil dari data Susenas 2014, 2015, dan 2016 yang dikumpulkan oleh BPS. Tim kajian melengkapi Susenas dengan karakteristik sosial dan lingkungan dalam data Podes, yang berisi informasi mengenai kegiatan lingkungan dan kondisi infrastruktur publik termasuk fasilitas kesehatan.

Karena Indonesia belum mencapai cakupan kesehatan nasional semesta, sejumlah rumah tangga mungkin memiliki keterbatasan akses ke pelayanan kesehatan. Untuk mengurangi pengaruh jaminan kesehatan pada pemanfaatan, kajian ini berfokus hanya pada mereka yang terdaftar dalam skema jaminan kesehatan sosial. Pada prinsipnya, dengan adanya jaminan kesehatan sosial, semua rumah tangga dapat mengakses pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan Layanan Kesehatan

Pemanfaatan layanan kesehatan pada tingkat rumah tangga akan bernilai 1 jika ada pemilik rumah yang menggunakan setidaknya sekali. Layanan kesehatan itu meliputi: (1) layanan kuratif rawat jalan (misalnya, untuk rumah tangga yang melaporkan gejala kesehatan) dalam empat minggu terakhir; (2) layanan rawat inap dalam dua belas bulan terakhir; (3) layanan imunisasi (di antara rumah tangga dengan bayi di bawah satu tahun); (4) fasilitas layanan persalinan dalam dua belas bulan terakhir (di antara rumah tangga dengan bayi di bawah satu tahun); dan (5) layanan KB (di antara rumah tangga dengan setidaknya satu perempuan usia reproduksi).

Jaringan

Jenis jaringan sosial pertama mengacu pada jaringan yang ada karena kehadiran organisasi atau lembaga seperti kelompok agama dan kelompok sosial, koperasi, organisasi nonpemerintah, komunitas profesi (seperti guru dan dokter), dan kelompok lokal. Tim kajian juga menyertakan tingkat pendidikan kepala desa/lurah karena mungkin berpengaruh terhadap lembaga-lembaga tersebut. Tipe ini disebut sebagai jaringan "formal". Jenis jaringan sosial kedua adalah jaringan yang mungkin dihasilkan melalui kegiatan yang diprakarsai oleh masyarakat lokal, seperti kegiatan gotong royong, siskamling, posyandu, pekerjaan sosial, dan perayaan tradisional (misalnya, ritual syukuran setelah panen). Tim menyebutnya sebagai jaringan "informal".

Analisis komponen utama (PCA) digunakan untuk merangkum informasi dari pengukuran nilai indeks jaringan. Dalam data Podes, terdapat lebih dari 86.000 desa. Namun, karena Podes hanya bisa dihubungkan dengan data Susenas di area geografis yang lebih besar (kabupaten), rerata masing-masing variabel jaringan sosial di tingkat desa digunakan untuk membuat variabel jaringan sosial di tingkat kabupaten. Ada 511 kabupaten dalam Susenas. PCA dilakukan pada level ini.

Untuk jaringan yang dimiliki sendiri oleh rumah tangga, kajian ini menyertakan variabel penggunaan internet, telepon seluler, dan komputer; pekerja kantor; dan terlibat dalam kegiatan keluarga, seperti rekreasi ataupun berkumpul bersama. Variabel kontrol rumah tangganya meliputi komposisi rumah tangga, usia kepala rumah tangga, jenis kelamin dan pendidikan, keterpencilan tempat tinggal, indikator kebutuhan kesehatan (misalnya, mengalami gejala kesehatan yang mengganggu aktivitas normal), dan status jaminan kesehatan. Sebagai variabel kontrol lingkungan sekitar, disertakan indeks tahap pengembangan infrastruktur, yang diukur oleh kualitas jalan utama, sistem komunikasi, hingga sistem air; dan indeks kondisi ekonomi, yang diukur dengan tingkat pendidikan dan pekerjaan. Juga, variabel yang terkait dengan kesehatan yang proporsi perokok dan populasi berusia 60 tahun ke atas, dan aksesibilitas ke fasilitas kesehatan primer dan sekunder, serta fasilitas kesehatan ibu.

Untuk mengelompokkan rumah tangga berdasarkan status ekonomi, tim kajian menggunakan pendapatan dan tingkat kesejahteraan. Rumah tangga berstatus ekonomi rendah adalah rumah tangga dengan pendapatan per kapita di bawah garis kemiskinan regional. Adapun rumah tangga dengan status ekonomi tinggi adalah rumah tangga dengan pendapatan per kapita pada 20 persen teratas distribusi pendapatan rumah tangga nasional.

Hasil Kajian

Variabel Jaringan

Secara umum, jaringan sosial formal dan informal saling berhubungan secara positif satu sama lain. Kekuatan korelasi berpasangan di antara kedua jaringan tersebut stabil sepanjang tahun. Lingkungan dengan jaringan formal yang kuat juga cenderung memiliki jaringan informal yang kuat (dengan koefisien korelasi 0,77). Demikian juga jaringan sosial dan jaringan yang dimiliki rumah tangga berkorelasi positif (dengan koefisien korelasi 0,2702-0,3047).

Ringkasan Statistik

Tabel 4. Ringkasan Statistik Variabel Jaringan dan Tingkat Pemanfaatan

	Total	Wealth			Poverty Line	
		High-income	Bottom 20% (National)	Bottom 20% (Regional)	High-Income	Low-Income
Network						
Formal	0.763	1.589	-0.219	0.205	1.451	0.226
Network	-1.626	-1.57	-1.398	-1.432	-1.704	-1.415
Informal	1.019	1.745	0.145	0.592	1.579	0.59
Network	-1.507	-1.373	-1.521	-1.504	-1.534	-1.443
Household own network	0.094	1.611	-0.978	-0.893	1.252	-0.867
Health Services						
Curative outpatient	66.5 (662.2, 66.7)	68.6 (68.1, 69.2)	60.2 (59.7, 60.6)	61.1 (60.6, 61.5)	67.4 (66.9, 67.9)	63.3 (62.7, 63.9)
Inpatient	11.7 (11.5, 11.8)	15.9 (15.5, 16.2)	6.7 (6.5, 6.9)	7.1 (6.8, 7.3)	15.9 (15.6, 16.2)	7.3 (7.0, 7.6)
Immunisation newly-born	91.8 (91.4, 92.2)	94.4 (93.5, 95.2)	86.1 (85.0, 87.1)	87.4 (86.2, 88.5)	94.3 (93.4, 95.1)	89.1 (87.2, 89.4)
Delivery	89.4 (88.9, 89.8)	97.1 (96.5, 97.6)	73.7 (72.4, 75.0)	75.9 (74.4, 77.3)	97 (96.3, 97.5)	81.3 (80.0, 82.5)
Family Planning	60.6 (60.3, 60.8)	54.6 (54.1, 55.2)	59.5 (59.0, 59.9)	62.9 (62.4, 63.4)	49.7 (49.2, 50.3)	65.5 (65.0, 66.1)
N	496,133	92,279	144,073	112,923	117,694	66,928
N (with weight)	108,386,792	23,481,966	24,014,553	23,662,817	26,525,232	14,086,790

Catatan: Standar deviasi untuk variabel jaringan dalam tanda kurung. Untuk tingkat pemanfaatan, sebanyak 95 persen CI dalam tanda kurung.

Sumber: Susenas 2011-2014 & 201. diolah oleh TNP2K, 2018.

Tabel 4 merupakan ringkasan statistik dari variabel jaringan dan tingkat pemanfaatan dari berbagai definisi status ekonomi. Sebagai ringkasan, tim kajian hanya berfokus pada rumah tangga berstatus ekonomi rendah dan rumah tangga berstatus ekonomi tinggi. Dalam definisi apa pun, rumah tangga berstatus ekonomi rendah selalu mempunyai jaringan sosial yang lemah dibandingkan dengan yang kelompok berpenghasilan tinggi dengan perbedaan yang cukup besar. Apalagi rumah tangga berstatus ekonomi rendah selalu secara signifikan lebih rendah dalam memanfaatkan layanan kuratif rawat jalan, layanan rawat inap, imunisasi, dan fasilitas persalinan. Untuk layanan keluarga berencana, Susenas tidak memiliki informasi tentang lama penggunaan. Jadi, angka tersebut mencerminkan penggunaan metode kontrasepsi saat ini—tidak termasuk metode pantang atau kalender. Tidak seperti kebanyakan layanan kesehatan, pemanfaatan layanan keluarga berencana di antara rumah tangga berstatus ekonomi rendah lebih tinggi daripada rumah tangga berstatus ekonomi tinggi.

Hasil Simulasi

Karena tindakan pemanfaatan layanan kesehatan yang digunakan bersifat biner, kajian ini menggunakan model *logit*. Dalam model tersebut, koefisien yang dihasilkan tidak langsung dapat ditafsirkan dibandingkan dengan efek marginal—hanya arahnya yang secara langsung dapat diartikan. Terlepas dari definisi rumah tangga berpendapatan rendah, kecuali untuk keluarga berencana, indikator untuk rumah tangga ini mempunyai koefisien yang negatif dan signifikan, yang menunjukkan tingkat utilisasi di hampir seluruh pelayanan kesehatan lebih rendah dibandingkan dengan rumah tangga yang berpenghasilan tinggi. Kajian ini menemukan bahwa interaksi antara jaringan sosial formal dan indikator penghasilan rendah mempunyai tanda yang positif dan signifikan untuk layanan kuratif rawat jalan, rawat inap, persalinan, dan layanan keluarga berencana. Ini mengindikasikan tingkat utilisasi jaringan formal mempunyai hubungan positif yang lebih kuat di antara rumah tangga berpenghasilan rendah daripada rumah tangga berpenghasilan tinggi. Sementara itu, interaksi antara jaringan sosial informal dan indikator penghasilan rendah hanya signifikan untuk keluarga berencana. Untuk bisa menggambarkan bagaimana hubungan positif antara pemanfaatan layanan kesehatan dan jaringan sosial diterjemahkan menjadi kecenderungan pemanfaatan, dan bagaimana ukuran tambahan asosiasi untuk rumah tangga berpenghasilan rendah dapat mempersempit kesenjangan ekonomi dalam pemanfaatan layanan kesehatan, kajian ini merujuk pada hasil simulasi.

Kesimpulan

Kajian ini menunjukkan bahwa jaringan sosial mempunyai asosiasi yang positif dengan pemanfaatan semua jenis layanan kesehatan, dari kuratif hingga preventif, dan terutama sangat kuat di kalangan rumah tangga berstatus ekonomi rendah. Dari dua jenis jaringan sosial, jaringan formal tampaknya memiliki korelasi yang lebih kuat dengan pemanfaatan layanan kesehatan di kalangan masyarakat berstatus ekonomi rendah. Korelasi positif yang signifikan ditemukan pada layanan rawat jalan kuratif, layanan rawat inap, fasilitas layanan persalinan, dan layanan keluarga berencana. Jaringan informal berasosiasi secara positif dengan layanan keluarga berencana.

Melalui banyak simulasi, jaringan sosial khususnya jaringan formal ternyata dapat berkontribusi dalam mempersempit kesenjangan akses ke layanan kesehatan menurut status ekonomi rumah tangga. Peningkatan jaringan formal dapat dicapai melalui pembentukan komunitas perempuan dan kegiatan rutin, yang dapat dipimpin oleh istri kepala komunitas; kelompok orang tua di sekolah; dan kelompok sukarelawan untuk membantu lingkungan yang membutuhkan, seperti menyediakan makanan dan perawatan informal untuk komunitas lansia. Sementara itu, jaringan sosial informal mungkin dapat dibantu dengan kampanye publik dan iklan mengenai lingkungan hijau dan bersih yang menampilkan kebersamaan dan saling membantu untuk mendorong partisipasi. Berfokus pada membangun jaringan sosial mungkin lebih sesuai dalam meningkatkan kesehatan kelompok populasi berstatus ekonomi rendah, yang cenderung tinggal di area perdesaan atau terpencil, dan memiliki akses yang terbatas ke infrastruktur komunikasi seperti internet.

7. Dampak Pesatnya Pelaksanaan Program JKN terhadap Total Pengeluaran Kesehatan

Latar Belakang

JKN bertujuan untuk menghilangkan hambatan masyarakat kurang mampu terhadap akses pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh masalah keuangan. Selain itu, untuk mengurangi timbulnya bencana keuangan dan kondisi jatuh miskin yang disebabkan oleh mahalnya biaya kesehatan. Berdasarkan data terbaru, total pengeluaran untuk biaya kesehatan mencapai 3,6 persen dari Produk Domestik Bruto dengan 45 persen pembayaran dikeluarkan dari biaya sendiri (OOP) (Bank Dunia, 2016).

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan estimasi mengenai dampak JKN terhadap total biaya pelayanan kesehatan rumah tangga peserta JKN. Dengan mengetahui dampaknya, diharapkan penyediaan jaminan kesehatan publik di Indonesia bisa direstrukturisasi. Variabel dampak yang diukur adalah total pengeluaran kesehatan yang didefinisikan sebagai jumlah pengeluaran kesehatan pribadi, termasuk semua subsidi.

Metodologi

Dalam kajian ini kami menggunakan analisis regresi pada masing-masing periode sebelum dan setelah JKN, serta kepesertaan jaminan sosial pada periode tersebut yang koefisiennya bisa mencerminkan efek JKN terhadap pengeluaran kesehatan total di tingkat mean. Perbedaan skema digunakan pada dua kelompok kontrol. Kelompok kontrol pertama terdiri dari responden yang dicakup oleh skema jaminan kesehatan sosial sebelumnya, seperti Askes, Jamsostek, Jamkesmas, hingga Jamkesda. Kelompok kontrol kedua adalah rumah tangga yang tidak mempunyai JKN. Tujuan memasukkan rumah tangga yang tidak mempunyai jaminan adalah untuk menghilangkan perubahan total pengeluaran kesehatan secara umum yang terjadi seiring dengan waktu, yang tidak berkorelasi dengan JKN. Estimasi metode kuadrat terkecil (OLS) digunakan untuk melihat perbedaan rata-rata total pengeluaran kesehatan pada masing-masing periode tersebut.

Namun, bias masih dapat muncul jika rumah tangga yang mempunyai dan tidak mempunyai jaminan memiliki karakteristik yang sangat berbeda karena pada dasarnya mereka tidak dapat dibandingkan. Untuk mengatasi masalah ini, tim kajian menggunakan penyeimbangan kovariat (*covariate balancing*). Tes keseimbangan biasanya dilakukan setelah estimasi skor kecenderungan diperlakukan

pada seperangkat variabel karakteristik yang dapat diamati dalam pendekatan pencocokan nilai kecenderungan atau *propensity score matching* (PSM). Variabel tersebut di antaranya kondisi demografis rumah tangga (komposisi rumah tangga dan rural) dan sosial-ekonomi (umur, jenis kelamin, pendidikan kepala rumah tangga, tingkat kesejahteraan, dan pertanian). Sebagai eksplorasi lebih lanjut, untuk melihat heterogenitas di setiap distribusi pengeluaran kesehatan, kajian ini juga membuat analisis regresi pada tingkat kuintil pengeluaran kesehatan.

Data

Data yang dipakai berasal dari Susenas 2011-2016. Susenas mencakup informasi di tingkat rumah tangga seperti komposisi rumah tangga, karakteristik perumahan, status asuransi, konsumsi rumah tangga; serta informasi di tingkat individu seperti usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Untuk menangkap kondisi infrastruktur tempat tinggal rumah tangga, termasuk fasilitas perawatan kesehatan, tim kajian melengkapi dengan data Podes.

Dalam Susenas 2011-2014, status jaminan, termasuk berbagai bentuk jaminan kesehatan, ditanyakan kepada rumah tangga. Dalam Susenas 2015-2016, pertanyaan ini ditanyakan kepada individu. Sebagai konsistensi, kajian ini menggabungkan data yang terakhir ke dalam tingkat rumah tangga, yaitu jika setidaknya satu anggota memiliki asuransi kesehatan, seluruh rumah tangga diasumsikan diasuransikan. Hanya sejumlah kecil rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan swasta, dengan tarif bervariasi setiap tahun sekitar 2-7 persen. Karena itu, kelompok ini dikeluarkan dari analisis agar mendapat perlakuan dan kontrol yang lebih bersih: mempunyai jaminan kesehatan sosial versus tidak mempunyai jaminan apa pun.

Populasi yang diambil adalah pengguna pelayanan kesehatan formal. Variabel hasil adalah total pengeluaran rumah tangga untuk pelayanan kesehatan. Ini termasuk setiap biaya penggunaan layanan kesehatan formal, baik kuratif dan preventif, dan obat-obatan resep, serta tidak termasuk premi jaminan kesehatan.

Tim kajian mendefinisikan tahun 2011-2013 sebagai periode pra-JKN dan 2015-2016 sebagai periode pasca-JKN. Tahun 2014 menjadi periode yang problematik karena adanya sejumlah persoalan pada tahun pertama diluncurkannya JKN tersebut. Setelah mengeluarkan data tahun 2014, sampel akhir terdiri dari 759.854 rumah tangga pengguna asuransi, mewakili lebih dari 183 juta rumah tangga

pengguna asuransi di seluruh Indonesia selama periode lima tahun. Secara keseluruhan, tingkat asuransi kesehatan sosial adalah 45 persen pada 2011-2013 dan 59 persen pada 2015-2016. Untuk asuransi kesehatan yang ditargetkan untuk masyarakat kurang mampu, yakni PBI, angka yang sesuai adalah 27 persen dan 31 persen.

Hasil

1. Kelompok rumah tangga yang memiliki jaminan sebelum dan sesudah JKN

Perbedaan rata-rata total pengeluaran kesehatan rumah tangga yang memiliki jaminan sebelum dan sesudah berlakunya JKN diperkirakan sebesar Rp98.544. Setelah ditambahkan karakteristik rumah tangga sebagai kovariat, perbedaannya menjadi Rp85.201. Lebih lanjut ditambahkan juga karakteristik desa sebagai kovariat, sehingga selisihnya turun ke angka Rp84.304. Dengan demikian, JKN meningkatkan total pengeluaran kesehatan sebesar 36 persen dari rata-rata sebelum JKN (Rp84.304/Rp231.484).

Dengan mengontrol dua kelompok rumah tangga, yakni kelompok rumah tangga PBI dan kelompok rumah tangga tanpa jaminan, dan karakteristik desa, JKN meningkatkan total pengeluaran kesehatan rata-rata 24 persen (Rp36.815/Rp153.201). Namun, estimasi ini cenderung terlalu optimistis karena mengabaikan fakta bahwa total pengeluaran kesehatan secara umum memang telah meningkat.

2. Kelompok rumah tangga yang mempunyai jaminan versus kelompok rumah tangga yang tidak memiliki jaminan sebelum dan sesudah berlakunya JKN

Dengan mengontrol seluruh komponen perubahan, dampak JKN untuk meningkatkan total pengeluaran kesehatan rumah tangga yang memiliki jaminan sebesar rata-rata Rp23.441 atau 10,1 persen dari rata-rata total pengeluaran kesehatan sebelum berlakunya JKN. Dengan membandingkan estimasi dengan dan tanpa variabel kontrol desa, ditemukan bahwa dengan tidak memperhitungkan variasi karakteristik desa dan infrastruktur kesehatan, hal tersebut cenderung mengakibatkan tingginya dampak JKN. Hal ini menunjukkan bahwa infrastruktur yang baik dan faktor-faktor yang tidak terobservasi, seperti selera dan pilihan produk kesehatan, berkorelasi secara positif.

Total pengeluaran kesehatan kelompok rumah tangga PBI rata-rata naik sebesar Rp12.585 atau 8 persen dari total pengeluaran kesehatan sebelum era JKN. Namun peningkatan ini dapat dijelaskan dengan naiknya tingkat kesejahteraan di antara rumah tangga PBI. Setelah mengendalikan faktor tingkat kesejahteraan dan faktor-faktor lain yang dapat diamati, tidak ditemukan bukti signifikan bahwa JKN telah meningkatkan total pengeluaran kesehatan penerima manfaatnya.

3. Analisis subsampel

Tim kajian menemukan dampak JKN terkonsentrasi di daerah perkotaan. JKN meningkatkan total pengeluaran kesehatan rumah tangga yang mempunyai jaminan sebesar 16 persen dari rata-rata sebelum era JKN (Rp270.053). Tidak ditemukan dampak signifikan pada sampel perdesaan. Dengan memisahkan sampel berdasarkan status ketergantungan anggota rumah tangga, dampak JKN terbesar ditemukan di antara kelompok rumah tangga tanpa anak-anak dan anggota lansia. Hal ini mengisyaratkan bahwa ada ruang untuk mendorong lebih banyak pemanfaatan JKN oleh kelompok lansia, yang kian rentan terhadap masalah kesehatan akibat faktor usia.

Pada kelompok rumah tangga PBI, rata-rata tidak ada dampak yang signifikan pada sampel perkotaan terhadap JKN. Namun ada dampak negatif pada sampel perdesaan. Sementara itu, untuk analisis subsampel berdasarkan status ketergantungan anggota rumah tangga, estimasi tersebut kurang presisi dengan nilai *error* yang besar. Pada akhirnya, dengan keterbatasan data yang dilaporkan sendiri oleh responden, tidak ada bukti kuat bahwa rata-rata kelompok rumah tangga PBI telah meningkatkan total pengeluaran kesehatan penerima manfaatnya.

4. Regresi kuintil

Dalam kajian ini ditemukan bahwa JKN memiliki dampak positif terhadap distribusi total pengeluaran kesehatan. Pada persentil terendah (p10), JKN meningkatkan total pengeluaran kesehatan sebesar Rp 849 atau sekitar 9 persen dari sebelum era JKN. Dampak JKN menguat dengan total pengeluaran kesehatan mencapai Rp161.213 pada persentil ke-90. Dampak JKN lebih besar pada total pengeluaran kesehatan yang tinggi, konsisten dengan hasil subsampel pemanfaatan rawat inap yang menunjukkan bahwa jaminan digunakan oleh mereka yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang tinggi. Misalnya, mereka yang membutuhkan pelayanan rawat inap atau prosedur medis yang kompleks, dan seringnya penggunaan layanan kesehatan. Untuk PBI, tim kajian menemukan dampak positif yang signifikan pada persentil ke-10 sampai ke-30. Walaupun, dengan ukuran sebesar ini dampaknya sangat kecil, atau tidak bermakna secara ekonomi, yang sama dengan bagian separuh atas dari distribusi total pengeluaran kesehatan.

Pembahasan

Dalam kajian ini, tim telah mengevaluasi dampak JKN dalam dua tahun pertama implementasi pada total pengeluaran kesehatan anggotanya. Ditemukan bahwa JKN memiliki dampak positif yang signifikan terhadap total pengeluaran kesehatan, yang rata-rata meningkat sebesar 10 persen. Analisis kuantitatif lebih lanjut menemukan bahwa dampak JKN terkonsentrasi di bagian atas dari total distribusi pengeluaran kesehatan, melampaui persentil ke-70, dengan orang cenderung memiliki kebutuhan pelayanan kesehatan yang tinggi. Untuk 10 persen rumah tangga teratas dengan total pengeluaran kesehatan tertinggi, JKN meningkatkan total pengeluaran kesehatan sebesar 56 persen dari total pengeluaran sebelum adanya JKN.

Hal yang penting untuk dicatat dalam hasil penelitian ini adalah seri total pengeluaran kesehatan diukur dengan sejumlah nilai *error* dan kemungkinan mengecilkan biaya layanan kesehatan yang sebenarnya. Lebih lanjut, *error* dalam pengukuran kemungkinan lebih besar terjadi pada era JKN. Karena dalam survei, periode referensi pemanfaatan layanan kesehatan telah diperpanjang. Sebagai contoh, dari data makro di atas, pada 2014 dengan keanggotaan JKN sebanyak 133,4 juta orang, kontribusi pemerintah selama tahun tersebut mencapai Rp195.000 per orang. Dalam Susenas 2014, rata-rata total pengeluaran kesehatan triwulanan (tidak nol) di tingkat rumah tangga sebesar Rp321.450 per orang. Dengan menginterpolasi angka ini ke tingkat tahunan, dan menggunakan ukuran rumah tangga sebanyak empat orang, tim kajian mendapatkan angka tahunan total pengeluaran kesehatan sebesar Rp321.450 per orang. Dengan pembagian pemerintah-swasta 40:60, kontribusi pemerintah dalam Susenas adalah Rp128.580 per orang, yang hanya 66 persen dari data makro. Penilaian kasar ini menunjukkan bahwa jika ada bias dalam kajian ini, kemungkinan besar karena estimasi yang terlalu rendah sehingga dampak JKN bisa lebih besar dari yang diperkirakan.

8. Sudahkah JKN Menjangkau Masyarakat yang Paling Rentan?

Latar Belakang

Memeratakan akses layanan kesehatan merupakan tujuan utama JKN sejak diluncurkan pada 2014. Analisis distribusi manfaat (*benefit incidence analysis*) dibuat oleh HP+ yang didukung USAID dan bekerja sama dengan TNP2K. Analisis ini untuk mempelajari sejauh mana JKN telah mencapai tujuannya selama masa awal perluasan dan menyediakan data dasar (*baseline*) untuk mengukur kemajuan pada masa yang akan datang. Analisis ini mengkaji distribusi pengeluaran JKN untuk rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yaitu sebesar 80 persen dari total pengeluaran JKN, pada seluruh kelompok pulau dan sosial-ekonomi, baik untuk layanan rawat inap maupun layanan rawat jalan. Kajian ini juga mempertimbangkan faktor-faktor yang mendorong ketimpangan pengeluaran JKN antar-kelompok pulau guna menginformasikan pengambilan kebijakan pada masa yang akan datang.

Memahami Distribusi Pengeluaran JKN

Tim kajian melakukan perhitungan pengeluaran rumah sakit berdasarkan jumlah kasus dan biaya rata-rata per kasus pada setiap kelompok pulau dan sosial-ekonomi menggunakan data klaim rumah sakit BPJS Kesehatan dan Susenas 2014-2016. Jumlah dan biaya per kasus dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat kepesertaan, perilaku untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak terpantau, serta ketersediaan infrastruktur dan sumber daya manusia.

Meskipun jumlah rumah sakit dan tempat tidur per penduduk antar-kelompok pulau tidak memiliki banyak kesenjangan, perbedaan paling besar ditemui pada jumlah tenaga dokter per 100.000 penduduk, yaitu 24 dokter di Indonesia bagian timur dan 46 hingga 49 dokter di kelompok pulau lainnya. Di samping itu, penduduk di daerah berkarakter perdesaan, seperti di Kalimantan dan pulau-pulau lainnya di Indonesia Timur, sering kali bertempat tinggal jauh dari lokasi fasilitas kesehatan, yang berpengaruh pada rendahnya tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan dan berakibat pada rendahnya pengeluaran JKN.

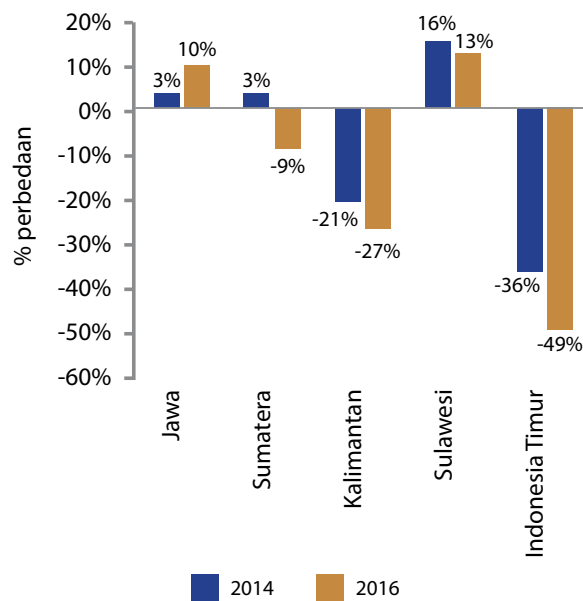
Distribusi Geografis Pengeluaran JKN

Hasil analisis mengungkapkan adanya perbedaan yang signifikan pada pengeluaran rumah sakit per kapita antara kelompok pulau. Jumlah penduduk Kalimantan dan Indonesia Timur masing-masing 6,0 persen dan 6,6 persen dari total penduduk Indonesia, namun pengeluaran rumah sakit di sana masing-masing hanya sebesar 4,4 persen dan 3,4 persen pada 2016. Pengukuran terhadap pengeluaran rumah

sakit yang merata berdasarkan jumlah penduduk, dengan pengeluaran per kapita yang setara pada seluruh kelompok pulau, menunjukkan bahwa besarnya pengeluaran JKN yang sesungguhnya di Kalimantan dan Indonesia Timur masing-masing adalah 27 persen dan 49 persen di bawah rata-rata. Ketimpangan ini cenderung terjadi pada layanan rawat jalan daripada rawat inap, dengan pengeluaran rumah sakit JKN di Kalimantan dan Indonesia Timur masing-masing adalah 37 persen dan 67 persen di bawah rata-rata.

Porsi pengeluaran JKN untuk rumah sakit di wilayah Kalimantan dan Indonesia Timur mengalami penurunan untuk layanan rawat jalan dan rawat inap antara 2014 dan 2016. Sebaliknya, porsi pengeluaran rumah sakit wilayah Jawa meningkat dari 60 persen ke 64 persen. Sementara itu, porsinya terhadap populasi, kira-kira 58 persen, mengalami sedikit penurunan dalam kurun waktu yang sama. Diketahui bahwa perbedaan yang terjadi pada pengeluaran antar-kelompok pulau, sebagian besar didorong oleh adanya perbedaan dalam penggunaan layanan kesehatan per kapita, khususnya untuk layanan rawat jalan. Contohnya, tercatat 346 kasus rawat jalan per 1.000 peserta JKN di Jawa pada 2016, sedangkan di Indonesia Timur hanya tercatat 109 kasus rawat jalan untuk setiap 1.000 peserta. Untuk rawat inap, jumlah kasus per 1.000 peserta yang paling tinggi dijumpai di Sulawesi (58), sedangkan yang paling rendah di Indonesia Timur (31).

Gambar 14. Perbedaan Porsi Aktual dan Porsi Pemerataan Pengeluaran Rumah Sakit JKN menurut Kelompok Pulau dan Tahun



Sumber: Perhitungan HP+ Berdasarkan Data BPJS-K, 2017.

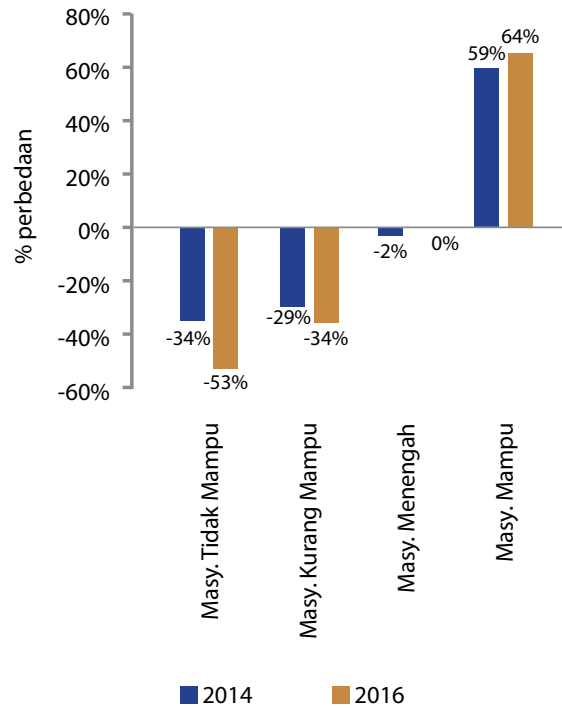
Distribusi Sosial-Ekonomi Pengeluaran JKN

Sama halnya dengan pengeluaran rumah sakit berdasarkan kelompok pulau, pengeluaran JKN untuk rumah sakit berdasarkan kelompok sosial-ekonomi juga menunjukkan perbedaan yang signifikan. Pada 2016, pengeluaran JKN untuk rumah sakit bagi masyarakat tidak mampu (miskin) dan kurang mampu (rentan miskin) masing-masing hanya 5 persen dan 18 persen. Padahal, keduanya mencakup 11 persen dan 27 persen dari total populasi. Pengeluaran antar-kelompok sosial-ekonomi menjadi kurang merata antara 2014 dan 2016.

Antara 2014 dan 2016, pengeluaran JKN untuk rumah sakit bagi masyarakat miskin berkurang dari 34 persen menjadi 53 persen di bawah rata-rata. Sementara itu, pengeluaran JKN rumah sakit untuk masyarakat rentan miskin berkurang dari 29 persen menjadi 34 persen di bawah rata-rata. Sebaliknya, pengeluaran JKN untuk rumah sakit bagi masyarakat mampu justru melampaui rata-rata, yaitu sebesar 59 persen pada 2014 dan 64 persen pada 2016. Tren ini terutama didorong oleh lebarnya kesenjangan pengeluaran biaya rawat inap sepanjang periode 2014-2016. Sementara itu, pengeluaran rawat jalan menjadi lebih merata antar-kelompok sosial-ekonomi selama kurun waktu tersebut.

Ketimpangan dari segi pengeluaran pada seluruh kelompok sosial-ekonomi pada umumnya disebabkan oleh perbedaan dalam hal penggunaan layanan kesehatan. Pada 2016, baik untuk layanan rawat inap maupun rawat jalan, jumlah kasus per 1.000 peserta melonjak tiga kali lebih tinggi pada masyarakat mampu daripada pada masyarakat miskin. Meskipun pemanfaatan layanan rawat jalan paling banyak dijumpai pada masyarakat miskin sehingga meningkatkan pemerataan pada pengeluaran rawat jalan, pemanfaatan layanan rawat inap paling banyak justru dijumpai pada masyarakat mampu sehingga memperburuk ketimpangan.

Gambar 15. Perbedaan Porsi Aktual dan Porsi Pemerataan Pengeluaran Rumah Sakit JKN Menurut Kelompok Sosial-Ekonomi dan Tahun



Sumber: Perhitungan HP+ Berdasarkan Data BPJS-K, 2017

Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan

Analisis distribusi manfaat menemukan bahwa pengeluaran JKN untuk rumah sakit tidaklah merata, dan menjadi semakin tidak merata, antar-kelompok pulau maupun kelompok sosial-ekonomi. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengkaji akar penyebab ketimpangan ini serta faktor-faktor pendorong terjadinya tren. Meskipun demikian, rekomendasi berikut dapat digunakan untuk memperbaiki ketimpangan akses layanan kesehatan dan meningkatkan pengeluaran JKN untuk masyarakat miskin dan rentan miskin, yaitu:

- Membangun fasilitas tambahan dan/atau menggeser pelayanan tertentu pada tingkat rumah sakit di daerah perdesaan dan daerah terpencil ke fasilitas kesehatan primer.
- Menetapkan sasaran pembiayaan infrastruktur dan sumber daya manusia di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin dan daerah terpencil secara geografis.
- Memastikan agar peserta JKN, terutama masyarakat miskin dan kurang mampu, memahami dan dapat menggunakan manfaat JKN.

9. Apakah Skema JKN Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir?

Dari Jampersal ke JKN. Sejak beberapa dekade lalu, pemerintah telah menerapkan sejumlah kebijakan dan program kunci untuk memperluas akses masyarakat ke layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir atau *maternal and neonatal health* (MNH). Dari Januari 2011 hingga Januari 2014, pemerintah juga menerapkan iterasi pertama dari program Jaminan Persalinan (Jampersal) yang memberi layanan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan (*postnatal*) bagi perempuan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Layanan Jampersal juga mencakup rujukan bila terjadi komplikasi dan perawatan bayi baru lahir hingga usia 28 hari (Achadi et al., 2014; Koblinsky dan Qomariyah, 2014). Program ini dihentikan bertepatan dengan dimulainya JKN pada 2014. Program Jampersal dikenal berhasil meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, terutama di daerah yang sebelumnya memiliki cakupan rendah. Sementara di daerah perkotaan, dengan akses ke fasilitas kesehatan relatif mudah, dampak program Jampersal tidak terlalu besar.

Jampersal dimulai kembali. Program JKN yang dimulai pada Januari 2014 mengambil alih tanggung jawab layanan MNH bagi semua perempuan peserta JKN. Perempuan yang belum memiliki jaminan karena belum tercakup dalam skema JKN ataupun Jamkesda, tidak lagi memperoleh manfaat dari skema pembiayaan MNH.

Program Jampersal dimulai kembali pada 2017 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 61 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018 (MOH, 2017). Sejak 2017, Jampersal didanai dari dana alokasi khusus (DAK) nonfisik yang merupakan limpahan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Sesuai petunjuk teknis di bawah Permenkes Nomor 61 Tahun 2017, Jampersal mencakup layanan antenatal dan postnatal bagi ibu hamil dengan kehamilan berisiko tinggi serta ibu yang mengalami komplikasi atau keadaan darurat. Walaupun petunjuk teknis pelaksanaan Jampersal beragam antar-kabupaten/kota, program Jampersal jilid II secara umum mencakup pertolongan persalinan bagi perempuan dari keluarga miskin yang belum memiliki jaminan namun berhak menerima fasilitas perawatan kelas III. Ini sama dengan manfaat yang diterima peserta PBI dari JKN. Jampersal juga menanggung sebagian biaya tambahan seperti biaya ibu hamil tinggal di rumah tunggu kelahiran (RTK). RTK digunakan oleh ibu hamil yang tinggal di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan atau bidan, yang ingin berada di dekat fasilitas kesehatan sebagai persiapan persalinan.

Persalinan berbasis fasilitas kesehatan. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), pemanfaatan layanan MNH terus meningkat dari tahun ke tahun. Persentase persalinan yang terjadi di fasilitas kesehatan juga naik cukup signifikan, dari 46 persen pada 2007 menjadi 63 persen pada 2012. SDKI termutakhir mencatat bahwa persentase persalinan berbasis fasilitas kesehatan jauh lebih tinggi di perkotaan (91 persen) daripada di perdesaan (68 persen). Tren yang sama terlihat pada proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, dari 73 persen pada 2007 menjadi 83 persen pada 2012. Tren ini terus berlanjut, menjadi 86 persen di perdesaan dan 96 persen di daerah perkotaan sebagaimana dicatat SDKI 2017.

Pembiayaan dari sisi suplai. Skema pembiayaan kesehatan sangat berpengaruh pada kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Untuk itu, pemerintah perlu mengeluarkan dana tambahan demi menyediakan sejumlah layanan penting. Melalui inisiatif program Memperluas Kelangsungan Hidup Ibu dan Bayi Baru Lahir atau disebut juga EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival) yang dimulai pada September 2011 dengan dukungan USAID, Indonesia memusatkan upayanya pada peningkatan akses terhadap Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), serta perbaikan sistem rujukan. Selama 2014, meski PONED telah tersedia di banyak kabupaten/kota, masih ada isu yang belum terpecahkan. Misalnya, tingkat ketersediaan obat untuk perawatan kebidanan dan bayi baru lahir di fasilitas PONED yang tidak memadai. Lebih dari 80 persen fasilitas PONED menyediakan kurang dari 40 persen obat esensial (Kemenkes, 2015).

Isu Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir yang Masih Menjadi Tantangan

Angka kematian yang tetap tinggi. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia merupakan salah satu yang tertinggi di Asia. Berdasarkan data SDKI, antara 2008 dan 2012, AKI diperkirakan mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup (dengan rentang ketidakpastian 239-478)—lebih tinggi dari estimasi lain untuk tahun yang berdekatan. Berdasarkan rentang ketidakpastian yang tumpang-tindih antara kedua estimasi tersebut, situasi ini menggambarkan hambatan dalam menurunkan AKI. Hasil SDKI dikenal memiliki beberapa keterbatasan. Karena itu perlu diinterpretasikan secara hati-hati.

Peran bidan. Bidan kini menjadi penolong persalinan yang paling umum. Data Susenas menunjukkan bahwa 64 persen persalinan pada 2011 dan 2016 dibantu oleh bidan. Namun sejumlah sumber juga melaporkan bahwa tenaga kesehatan, terutama bidan, memiliki kompetensi yang rendah dan ini mungkin ada hubungannya dengan stagnasi kesehatan ibu dan neonatal di Indonesia. Ikatan Bidan Indonesia atau

IBI telah menetapkan standar kompetensi bagi bidan, namun sistem untuk menjamin kualitas pendidikan bidan pra-sertifikasi belum ada (AIPI, 2018). Para perempuan peserta JKN juga mengalami kesulitan memperoleh layanan MNH melalui bidan, sebab BPJS Kesehatan tidak bekerja sama langsung dengan bidan praktik swasta, melainkan harus berafiliasi dengan puskesmas atau klinik swasta. Para bidan praktik mandiri ini umumnya tidak memiliki pencatatan elektronik, sehingga menyulitkan BPJS Kesehatan untuk bekerja sama langsung dengan mereka dan memantau standar layanan yang diberikan.

Rujukan untuk MNH. Berbagai tantangan dalam sistem rujukan layanan kesehatan turut berkontribusi pada kondisi MNH yang tidak banyak berubah (AIPI, 2018). Terbatasnya sistem rujukan yang efisien dan perpindahan pasien hingga beberapa kali cukup umum terjadi. Prosedur rujukannya tidak jelas dan banyak terhambat oleh petugas kesehatan yang tidak cukup terlatih untuk mengerti kapan pasien perlu dirujuk ke fasilitas PONEK. Ini terutama mempersulit perempuan peserta JKN yang tidak dapat mengakses layanan rumah sakit secara langsung tanpa dirujuk oleh puskesmas melalui surat rujukan (Mahendradhata et al., 2017). Sistem informasi yang tidak terintegrasi antara layanan kesehatan primer di bawah Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dan rumah sakit di bawah Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan juga menghambat upaya rujukan yang efektif (AIPI, 2018; Mahendradhata et al., 2017; Yuniar dan Widyawati, 2014).

Pengaturan pelayanan obstetri neonatal emergensi. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan telah melaksanakan standardisasi PONEK untuk rumah sakit bekerja sama dengan beberapa organisasi profesi termasuk IBI, POGI (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia), dan IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia). Ketika JKN mulai diimplementasikan, kebijakan dan standar fasilitas tersebut menjadi kurang jelas karena pemantauan dilaksanakan di tingkat kabupaten/kota berdasarkan pedoman setempat. Walhasil, kualitas layanan kesehatan di fasilitas PONEK dan PONEK di berbagai daerah di Indonesia kemungkinan sangat beragam.

Tujuan Kajian dan Pertanyaan Penelitian

Analisis ini merupakan bagian dari penilaian menyeluruh JKN oleh HP+ yang didukung USAID bekerja sama dengan TNP2K. Mengingat kondisi MNH saat ini stagnan dan terdapat sejumlah tantangan yang berdampak pada kualitas layanan, analisis ini berfokus pada bagaimana akses terhadap layanan MNH berubah sejak adanya JKN.

Analisis dilakukan untuk (1) memahami perspektif pasien dan apakah akses terhadap penolong persalinan terlatih dan persalinan di fasilitas kesehatan telah membaik pada era JKN; (2) melihat pengaruh JKN dalam meningkatkan kapasitas rumah sakit swasta memberikan layanan MNH; dan (3) menganalisis apakah pengeluaran rumah sakit JKN untuk layanan MNH merata di berbagai daerah geografis.

Secara khusus, analisis tersebut menjawab pertanyaan penelitian berikut ini:

1. Bagaimana akses ke layanan MNH di Indonesia berubah sejak pelaksanaan JKN?
2. Apa saja faktor yang berkaitan dengan keputusan ibu hamil untuk memilih layanan persalinan dengan tenaga kesehatan terlatih?
3. Antara 2013 dan 2016, apakah investasi kapasitas untuk peralatan dan personel yang dibutuhkan dalam layanan MNH meningkat di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dibandingkan dengan investasi di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama?
4. Antara 2013 dan 2016, apakah volume layanan MNH di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkat dibandingkan dengan volume di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama?
5. Antara 2013 dan 2016, apakah volume pasien di unit perawatan intensif untuk bayi baru lahir (NICU) dan di kamar bersalin di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkat dibandingkan dengan volume di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama?
6. Apakah pengeluaran JKN untuk layanan MNH di rumah sakit merata antar-kelompok pulau?

Metodologi dan Sumber Data

Sumber Data

Data Susenas digunakan untuk melihat jumlah persalinan yang dibantu petugas kesehatan terlatih antara 2011-2016 dan tempat persalinan untuk tahun yang memiliki data (2015 dan 2016). Kajian ini meneliti data persalinan oleh petugas kesehatan terlatih yang dikelompokkan berdasarkan kelompok pulau,¹ status jaminan kesehatan (dengan atau tanpa jaminan), dan status sosial-ekonomi (miskin, hampir/rentan miskin, menengah, dan kaya). Pengeluaran konsumsi per kapita dipakai sebagai proksi atas status sosial-ekonomi seseorang. Untuk tiap tahun survei, kelompok miskin mencakup individu dengan pengeluaran per kapita berada di bawah garis kemiskinan provinsi pada tahun itu. Kelompok

¹ Kelompok Pulau Jawa: DKI Jakarta, Banten, Bali, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Jawa Barat. Kelompok Pulau Sumatera: Aceh, Bangka Belitung, Bengkulu, Jambi, Lampung, Sumatera Utara, Riau, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, dan Sumatera Barat. Kelompok Pulau Kalimantan: Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Kalimantan Selatan, dan Kalimantan Barat. Kelompok Pulau Sulawesi: Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, dan Sulawesi Barat. Kelompok bagian timur Indonesia: Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua, Nusa Tenggara Barat, dan Papua Barat.

rentan miskin mencakup individu dengan pengeluaran per kapita di atas garis kemiskinan provinsi, namun di bawah persentil ke-40 dari pengeluaran konsumsi. Kelompok menengah mencakup individu dengan pengeluaran per kapita di atas persentil ke-40, namun di bawah persentil ke-80 dari pengeluaran konsumsi. Terakhir, kelompok kaya mencakup individu dengan pengeluaran per kapita yang digolongkan sebagai persentil ke-20 teratas (persentil 80-100).

Analisis Statistik

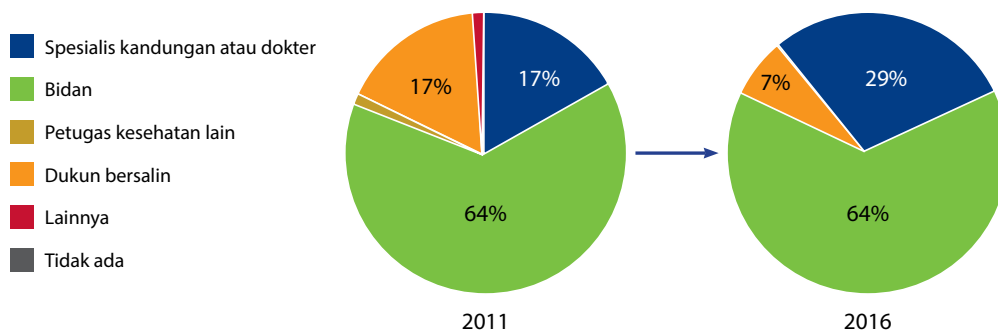
Tim kajian melakukan analisis regresi logistik pada data Susenas untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan petugas kesehatan terlatih dalam semua persalinan, terutama di kalangan ibu hamil miskin, pada 2016. Tim menggunakan data survei rumah sakit swasta yang dilakukan sebagai bagian dari penilaian menyeluruh atas JKN yang melihat perubahan dalam investasi kapasitas dan pasien MNH, serta volume layanan MNH antara rumah sakit yang bekerja sama dan tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Informasi lebih lanjut mengenai pengumpulan data, penarikan sampel, dan metodologi dapat dibaca di laporan terkait (Ross et al., 2018). Terakhir, tim kajian menggunakan data pengeluaran oleh *Indonesian Case-Based Group* (INA-CBGs) dari BPJS Kesehatan untuk melihat pengeluaran JKN khusus bagi layanan MNH di tingkat rumah sakit. Layanan MNH dengan INA-CBGs dibagi menjadi tiga kategori, yakni persalinan, diagnosis kesehatan neonatal, dan kondisi kesehatan ibu lainnya. Sehubungan akses ke data pemanfaatan layanan yang berkaitan dengan JKN di fasilitas layanan primer yang menerima pembayaran kapitasi sangat terbatas, analisis pengeluaran berfokus pada layanan MNH di rumah sakit.

Hasil

Bagaimana akses ke layanan MNH di Indonesia berubah sejak JKN?

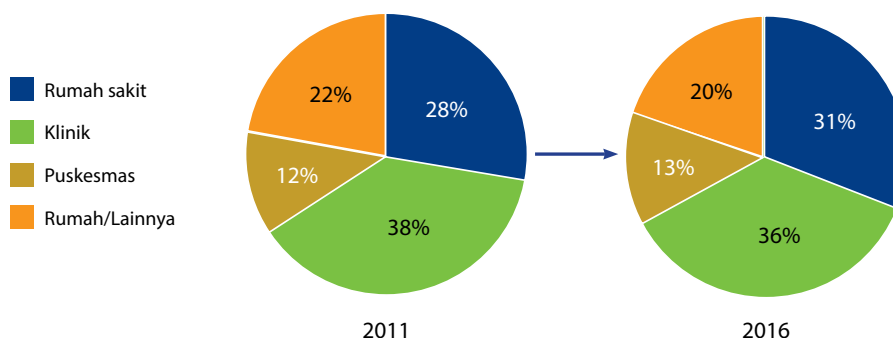
Penolong persalinan yang paling umum tetap bidan, walaupun ditemui juga pergeseran ke arah spesialis kandungan dan dokter, tidak lagi dukun bersalin. Antara 2011 dan 2016, jumlah ibu hamil yang bersalin dengan bantuan bidan tetap sama (64 persen). Jumlah ibu hamil yang menggunakan jasa dukun bersalin menurun dari 17 persen pada 2011 menjadi 7 persen pada 2016. Sementara itu, jumlah persalinan dengan bantuan dokter meningkat dari 17 persen pada 2011 menjadi 29 persen pada 2016 (**Gambar 16**). Pergeseran ini mengindikasikan bahwa JKN turut meningkatkan akses ke tenaga kesehatan profesional yang terlatih.

Gambar 16. Penolong Persalinan 2011-2016



Sumber: Susenas, 2011-2016. diolah oleh TNP2K, 2017

Gambar 17. Proporsi Persalinan Berdasarkan Lokasi



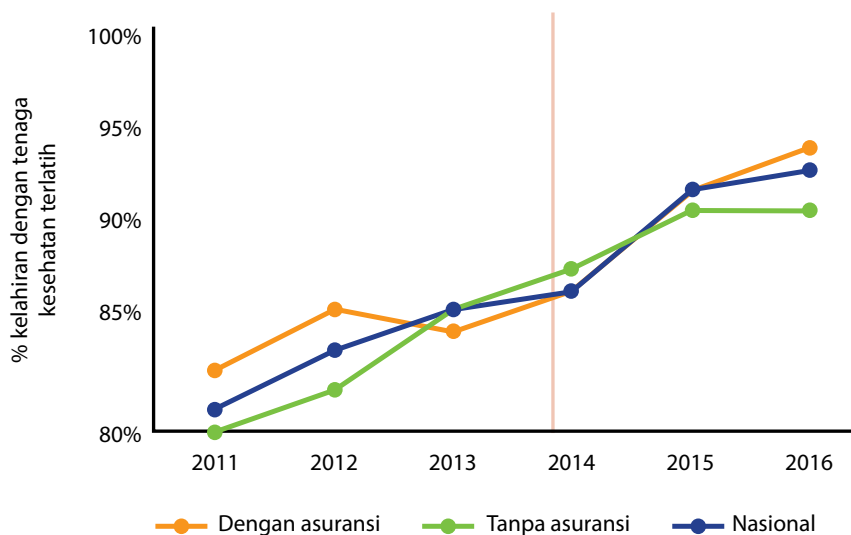
Sumber: Susenas, 2011-2016. diolah oleh TNP2K, 2017

Peningkatan dalam persalinan di fasilitas kesehatan lebih tinggi pada ibu hamil peserta JKN dibandingkan dengan bukan peserta JKN. Dalam satu tahun implementasi JKN, pemanfaatan layanan persalinan di rumah sakit meningkat (dari 28 persen pada 2015 menjadi 31 persen pada 2016), sedangkan persalinan di rumah/tempat lain menurun sebesar 10 persen (Gambar 17). Proporsi persalinan di fasilitas medis juga jauh lebih tinggi pada ibu hamil peserta JKN dibandingkan dengan bukan peserta JKN, dengan tingkat kenaikan yang jauh lebih cepat.

Sejak adanya JKN, prevalensi persalinan dengan tenaga kesehatan terlatih atau *skilled birth attendance* (SBA) meningkat untuk kelompok rentan, walaupun kesenjangan tetap ada. Pada 2013, prevalensi SBA lebih tinggi pada mereka yang tidak memiliki jaminan kesehatan, namun setelah berlakunya JKN tren berbalik (Gambar 18). Prevalensi SBA tertinggi ditemui pada kelompok kaya yang memiliki jaminan, yakni 99 persen dari mereka menggunakan petugas kesehatan terlatih pada 2016. Adapun pada kelompok miskin dengan jaminan mencapai 85 persen. Prevalensi SBA antara kelompok

rentan miskin, menengah, dan kaya yang memiliki jaminan memang kian merata, namun hingga 2016, kesenjangan sebesar 14 persen antara kelompok kaya dan miskin masih tetap ada.

Gambar 18. Persalinan dengan Tenaga Kesehatan Terlatih Berdasarkan Status Jaminan



Sumber: Susenas, 2011-2016. diolah oleh TNP2K, 2017

Kesenjangan dalam SBA berdasarkan geografis juga tetap ada. Prevalensi SBA antar-kelompok pulau kian merata, kecuali di Indonesia bagian Timur. Sebenarnya kenaikan prevalensi SBA di Indonesia Timur antara 2011 dan 2016 adalah yang tertinggi (28 persen), tetapi dibandingkan dengan kelompok pulau lainnya indikator ini masih yang terendah di kelompok pulau yang wilayahnya sebagian besar perdesaan.

Apa faktor yang berkaitan dengan keputusan bersalin dengan petugas kesehatan terlatih?

JKN berkaitan dengan peningkatan akses ke SBA yang signifikan bagi ibu hamil miskin.

Dalam sampel semua ibu hamil dalam Susenas, ibu hamil peserta JKN memiliki peluang 30 persen lebih besar untuk menggunakan SBA daripada non-peserta JKN, walaupun efek ini tidak signifikan secara statistik. Akan tetapi, *pada ibu hamil miskin*, JKN secara signifikan menaikkan peluang menggunakan SBA sebanyak 60 persen dibandingkan ibu non-peserta JKN.

Pendidikan dan faktor di sisi suplai juga berpengaruh dalam penggunaan SBA.

Faktor yang paling signifikan memengaruhi penggunaan SBA adalah tingkat pendidikan ibu. Ibu dengan pendidikan universitas atau lebih tinggi 20 kali lebih mungkin menggunakan SBA daripada yang tidak berpendidikan.

Pendidikan tingkat SD pun signifikan untuk meningkatkan kemungkinan menggunakan SBA. Ibu hamil berpendidikan SD 2,7 kali lebih mungkin menggunakan SBA daripada mereka yang tanpa pendidikan. Faktor di sisi suplai, terutama rasio puskesmas per 1.000 penduduk, juga berkaitan signifikan dengan penggunaan SBA.

Data Kemenkes menunjukkan bahwa walaupun Jawa memiliki jumlah puskesmas terbanyak di antara semua kelompok pulau, namun bila dibandingkan dengan jumlah penduduk, rasio puskesmas per 1.000 penduduk di Jawa adalah yang terendah (0,03 puskesmas per 1.000 penduduk). Adapun rasio tertinggi di Indonesia Timur (0,10 puskesmas per 1.000 penduduk).

Ibu hamil di provinsi dengan rasio puskesmas per jumlah penduduk rendah atau medium lebih mungkin menggunakan SBA (3,8 kali dan 2,4 kali untuk masing-masing rasio) daripada ibu hamil di provinsi dengan rasio puskesmas per jumlah penduduk tinggi. Temuan ini konsisten dengan temuan secara geografis bahwa ibu hamil di Indonesia Timur jauh lebih rendah kemungkinannya menggunakan SBA dibandingkan dengan ibu hamil di Pulau Jawa.

Antara 2013 dan 2016, apakah investasi kapasitas untuk peralatan dan personel yang dibutuhkan dalam layanan MNH meningkat di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dibandingkan dengan investasi di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama? Investasi untuk kapasitas dan personel MNH meningkat signifikan di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan antara 2013 hingga 2016. Sementara, di rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tidak terlihat kenaikan yang signifikan.

Antara 2013 dan 2016, rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkatkan investasi mereka terhadap inkubator, dengan rata-rata penambahan 2,6 hingga 3,3 inkubator per rumah sakit. Di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan juga terjadi penambahan sumber daya manusia yang signifikan untuk layanan MNH dengan rata-rata jumlah dokter spesialis kandungan (OB/GYN) naik dari 3,7 pada 2013 menjadi 4,7 pada 2016. Walaupun, mayoritas adalah staf kontrak dan bukan permanen. Jumlah poliklinik kebidanan di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan rata-rata tetap sama antara 2013 dan 2016. Sementara itu, di rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, poliklinik kebidanan berkurang dari 2,1 menjadi 1,1—walaupun perubahan ini tidak signifikan secara statistik.

Mayoritas rumah sakit swasta mengatakan memiliki prosedur klinis manajemen persalinan dan penatalaksanaan komplikasi kelahiran. Sebagian besar rumah sakit swasta yang diwawancarai dalam survei mengatakan memiliki prosedur klinis manajemen persalinan dan komplikasi kelahiran. Sebagian besar rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengatakan bahwa sejak diterapkannya JKN, mereka melakukan perubahan dalam prosedur kepegawaian untuk penatalaksanaan persalinan dan komplikasi kelahiran. Apakah perubahan ini mengarah pada peningkatan kualitas layanan, terutama di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, diperlukan penelitian lebih lanjut.

Antara 2013 dan 2016, apakah volume layanan MNH di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkat dibandingkan dengan volume di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama?

Volume semua layanan MNH meningkat di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sementara itu, volume layanan antenatal dan operasi caesar di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama menurun. Di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kenaikan tertinggi terjadi pada layanan operasi caesar; volume tahunan operasi caesar antara 2013 dan 2016 naik hingga 49 persen dibandingkan dengan layanan MNH lainnya. Sebaliknya, pada periode yang sama, layanan operasi caesar di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan menurun. Hal ini mengindikasikan bahwa JKN meningkatkan akses terhadap prosedur tersebut dengan cara menurunkan hambatan keuangan. Namun ada kemungkinan JKN menyebabkan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan memiliki motivasi lebih untuk melakukan lebih banyak operasi caesar karena pembayaran untuk layanan ini lebih tinggi. Data yang ada tidak menunjukkan tren mana yang dominan.

Antara 2013 dan 2016, apakah volume pasien di unit perawatan intensif untuk bayi baru lahir (NICU) dan di kamar bersalin di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkat dibandingkan dengan volume di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama?

Volume pasien di NICU menurun baik di rumah sakit yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Volume pasien di kamar bersalin meningkat hanya di rumah sakit yang bekerja sama. Sejak penerapan JKN, jumlah bayi baru lahir yang masuk ke NICU di rumah sakit swasta yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan rata-rata menurun dengan tingkat

yang sama seperti yang terjadi di rumah yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini terjadi di rumah sakit tipe C. Namun di rumah sakit swasta tipe B yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pemanfaatan layanan NICU meningkat. Di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, volume pasien untuk layanan kehamilan antara 2013 dan 2016 rata-rata meningkat untuk rumah sakit tipe B dan C, namun menurun di rumah sakit tipe D.

Apakah pengeluaran JKN untuk layanan MNH di rumah sakit merata antar-kelompok pulau?

Pengeluaran JKN untuk rumah sakit meningkat untuk semua layanan MNH dari 2014 hingga 2015, dengan kenaikan terbesar pada pengeluaran untuk persalinan. Pengeluaran JKN tertinggi untuk layanan MNH di rumah sakit adalah untuk persalinan, dengan rata-rata 74 persen dari semua pengeluaran layanan MNH di rumah sakit mulai dari 2014 hingga 2016. Pengeluaran JKN untuk persalinan di rumah sakit naik sebesar 31,5 persen dari Rp2,48 triliun (US\$175,8 juta) pada 2014 menjadi Rp3,26 triliun (US\$231,1 juta) pada 2015, dan turun sedikit pada 2016 (Gambar 11). Walaupun sedikit lambat, pengeluaran JKN untuk layanan kesehatan bayi baru lahir di rumah sakit juga naik setelah 2015.

Biaya operasi caesar sebagai persentase dari biaya persalinan di rumah sakit meningkat di semua kelompok pulau. Operasi caesar menyedot 81 persen biaya persalinan di rumah sakit yang ditanggung JKN di Sumatera, sedangkan di Jawa mencapai 73 persen. Biaya operasi caesar terendah ditemui di Indonesia Timur pada 2014 dan 2015. Namun antara 2015 dan 2016, peningkatan terbesar dalam biaya operasi ini juga ditemukan di Indonesia Timur, yakni sebanyak 15 persen. Temuan ini dapat mengindikasikan bahwa telah terjadi peningkatan akses terhadap operasi caesar bagi ibu hamil di Indonesia Timur. Namun bisa juga berarti mencerminkan respons rumah sakit terhadap pembayaran BPJS Kesehatan untuk operasi caesar.

Pengeluaran JKN untuk layanan MNH di rumah sakit tidak merata antar-kelompok pulau.

Semua pengeluaran JKN untuk biaya persalinan di rumah sakit digolongkan dalam layanan rawat inap. Analisis mengenai proporsi pengeluaran JKN untuk persalinan di rumah sakit di tiap kelompok pulau dibandingkan dengan proporsi kelahiran di tiap kelompok pulau mengungkapkan bahwa biaya tidak terdistribusi merata. Jumlah kelahiran di Sulawesi mencapai 7,4 persen dari semua kelahiran di Indonesia. Namun porsi biaya persalinan di rumah sakit di Sulawesi 28 persen lebih besar dari angka kelahiran pada 2016. Sebaliknya, rasio antara porsi pengeluaran JKN untuk persalinan di rumah sakit dengan angka

kelahiran di Indonesia Timur dari 2014 ke 2016 menurun. Pada 2016, porsi pengeluaran 8 persen lebih rendah dari porsi kelahiran untuk kelompok pulau tersebut. Pengeluaran JKN untuk persalinan di Pulau Jawa pada 2014 angkanya rendah dan tidak proporsional dengan jumlah kelahiran. Namun pada 2014 hingga 2016, rasio menunjukkan tren yang membaik. Pada 2016, porsi pengeluaran di Pulau Jawa hanya 3 persen di bawah porsi kelahirannya.

Pengeluaran JKN untuk layanan kesehatan bayi baru lahir di Indonesia Timur juga kian tidak proporsional dengan angka kelahiran di kelompok pulau tersebut. Pada 2016, pengeluaran untuk layanan neonatal di rumah sakit 36 persen lebih rendah dari porsi kelahirannya. Rasio yang rendah antara pengeluaran JKN untuk rumah sakit dan jumlah kelahiran juga ditemui di Kalimantan dan Sulawesi, walaupun antara 2014 dan 2016 terlihat adanya perbaikan tren di kelompok pulau ini.

Pengeluaran JKN untuk layanan kesehatan ibu lainnya di rumah sakit juga lebih tinggi daripada porsi perempuan usia subur di Kalimantan, Sulawesi, dan Indonesia Timur. Perawatan kondisi kesehatan ibu lainnya dalam INA-CBGs mencakup pengobatan untuk persalinan palsu, prosedur tuba falopi, dan layanan untuk kondisi antepartum dan postpartum.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Selama ini belum ada kajian yang menganalisis pengaruh JKN terhadap akses layanan MNH di Indonesia. Kajian ini menambah daftar literatur yang masih terbatas. Analisis tim kajian mengungkapkan bahwa JKN berpengaruh signifikan dalam keputusan ibu hamil miskin untuk memanfaatkan bantuan tenaga kesehatan terlatih saat persalinan (SBA). JKN meningkatkan akses terhadap layanan MNH dan menaikkan pengeluaran di rumah sakit untuk MNH. Namun kesenjangan tetap ada, khususnya antara kelompok tidak mampu dan mampu, dan cenderung terjadi di Indonesia Timur daripada kelompok pulau lainnya. JKN memang mengurangi beban keuangan yang dihadapi ibu hamil di kelompok sosial-ekonomi tertentu saat menggunakan layanan MNH. Namun persoalan di sisi suplai tetap merupakan tantangan yang tidak dapat diselesaikan secara menyeluruh hanya melalui perluasan jaminan kesehatan nasional. Ini terutama relevan bagi ibu hamil di kelompok pulau yang berkarakter perdesaan. Persoalan di sisi suplai, seperti kualitas layanan kesehatan yang rendah, lamanya waktu tempuh untuk mencapai fasilitas kesehatan, dan sistem rujukan yang tidak efektif, turut berperan dalam membentuk kesenjangan. Untuk meningkatkan akses layanan MNH, pembuat kebijakan dan pengambil keputusan sistem kesehatan perlu mempertimbangkan rekomendasi berikut:

- Memperbaiki koordinasi antara Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dan Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan di Kemenkes. Juga, memperjelas kriteria kelayakan untuk fasilitas PONEK dan PONEK serta pedomannya.
- Memastikan adanya sistem pemantauan yang diperlukan untuk menilai apakah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan JKN cukup terlatih untuk memberi layanan yang berkualitas dan menangani komplikasi maternal dan neonatal, khususnya bagi mereka yang membutuhkan perawatan mendesak.
- Terus menargetkan ibu hamil yang rentan dengan memperluas segmen PBI JKN dan memastikan adanya koordinasi antara JKN dan Jampersal untuk memberi jaminan pada ibu dari kelompok status ekonomi lemah.

10. Apakah Skema Jaminan Kesehatan Nasional Meningkatkan Cakupan Keluarga Berencana?

Latar Belakang

Indonesia telah membuat kemajuan besar dalam meningkatkan akses ke layanan keluarga berencana atau KB selama tiga dekade terakhir. Mulai 1976, di bawah pemerintahan Presiden Soeharto, alat kontrasepsi disubsidi oleh pemerintah dan disediakan secara gratis tanpa biaya sehingga meningkatkan permintaan publik akan komoditas tersebut. Pada 1987, pemerintah berupaya untuk meningkatkan peran sektor swasta dalam menyediakan layanan KB di bawah program KB Mandiri. Dalam kampanye “Lingkaran Biru”, pemerintah mempromosikan penggunaan layanan KB melalui penyedia swasta dan memasok penyedia tersebut dengan alat kontrasepsi, sehingga membuat penyedia hanya menanggung biaya layanan. Antara 1987 dan 1991, persentase pengguna KB yang menerima layanan dari penyedia swasta meningkat dari 12 persen menjadi 22 persen, sedangkan persentase pengguna yang membayar biaya layanan KB meningkat dari 36 persen menjadi 62 persen. Pemerintah berhasil melibatkan sektor swasta dalam menangani kebutuhan KB sembari membiasakan konsumen membayar layanan KB dari kantong sendiri.

Antara 1976 dan 2002, tingkat kesuburan total (TFR) menurun dari 5,6 menjadi 2,6 kelahiran per perempuan. Penghitungan pada 2015 mengindikasikan bahwa kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi angkanya rendah, yaitu hanya sebesar 11 persen. Data SDKI dari waktu ke waktu menyoroti peningkatan tingkat prevalensi kontrasepsi modern atau *modern contraceptive prevalence rate* (mCPR) antara 1987 dan 2012. Namun data terbaru menunjukkan bahwa kemajuan mCPR telah terhenti, menurun dari 57,9 persen pada 2012 menjadi 57,1 persen pada 2017 di antara perempuan yang sudah menikah.

Keluarga Berencana dalam JKN

Layanan KB tidak dikecualikan secara eksplisit dalam paket manfaat JKN, meskipun alat kontrasepsi untuk KB tidak dicakup dalam praktik pelaksanaan JKN pada fasilitas pelayanan kesehatan primer atau sekunder. Semua biaya pelayanan KB dinyatakan ditanggung oleh JKN dan penggantian kepada penyedia dilakukan dengan berbagai cara.

Banyak lembaga yang terlibat dalam pengawasan dan penyediaan layanan KB, termasuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional yang kini bernama Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

(BKKBN), Kemenkes, dan BPJS Kesehatan sebagai badan yang mengelola JKN. Peran utama BKKBN adalah mengembangkan program terintegrasi di seluruh sektor pemerintah untuk memenuhi tujuan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 yang terkait dengan KB. Ada beberapa tanggung jawab yang tumpang-tindih antara Kemenkes dan BKKBN dalam hal penyediaan layanan KB. Sebagian karena Kemenkes mengelola program kesehatan reproduksi remaja bersamaan dengan upaya BKKBN dalam meningkatkan cakupan KB di kalangan remaja.

BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk mencakup semua penggantian pemberian layanan KB ke penyedia untuk metode reversibel jangka panjang, metode permanen, konseling KB, layanan kesehatan seksual dan layanan kesehatan reproduksi lainnya, serta alat kontrasepsi jangka pendek seperti pil dan kondom. Hingga kini, BKKBN bertanggung jawab untuk membeli alat kontrasepsi (IUD) dan injeksi, serta mengoordinasikan pembelian ini dengan BPJS Kesehatan, yang tanggung jawabnya akan segera dialihkan ke pemerintah daerah.

Tantangan Keluarga Berencana di Bawah JKN

Studi kasus di Indonesia pada 2016 mengindikasikan tantangan dalam mengoordinasikan berbagai pihak yang bertanggung jawab atas penyediaan layanan KB di bawah JKN. Koordinasi yang memadai antara BPJS Kesehatan dan BKKBN diperlukan untuk memastikan ketersediaan layanan KB. Misalnya, BKKBN bertanggung jawab atas pengadaan alat IUD dan injeksi, sedangkan BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas pembayaran sebagian besar layanan KB individual. Selain itu, koordinasi antara BKKBN, pemerintah daerah, dan penyedia layanan kesehatan diperlukan untuk memastikan tidak ada kendala di sisi suplai di tingkat penyedia.

Meskipun layanan KB ditawarkan di semua tingkat layanan kesehatan, menurut Kemenkes, sebagian besar atau 46 persen dari penyedia layanan yang dikontrak oleh BPJS Kesehatan di tingkat primer adalah puskesmas. Saat ini, BPJS Kesehatan tidak secara langsung menjalin kontrak dengan bidan swasta karena mereka biasanya tidak menawarkan secara layanan kesehatan primer di klinik mereka. Menurut data Kemenkes, ada 163.541 bidan di Indonesia pada 2016, dengan 16,3 persennya merupakan tenaga kesehatan di Puskesmas dan banyak dari mereka tersebut yang mempunyai klinik sendiri. Praktik individu ini biasanya tidak menggunakan penyimpanan catatan elektronik. Dari perspektif administrasi, ini menyulitkan BPJS Kesehatan untuk langsung menjalin kontrak dengan bidan.

Bukti tambahan menunjukkan bahwa bidan tidak diberikan insentif yang memadai untuk melakukan praktik di daerah pedesaan. Mereka lebih memilih untuk membuka praktik di daerah perkotaan karena alasan ekonomi dan nonekonomi. Masalah ini menyulitkan karena banyak perempuan Indonesia, khususnya masyarakat tidak mampu dan mereka yang tinggal di daerah pedesaan, mengakses pelayanan KB melalui bidan swasta dan membayar sendiri biaya pelayanan ini. Ketergantungan pada penyedia layanan KB swasta meluas di kalangan masyarakat tidak mampu dan warga di pedesaan. Hingga 2009, diperkirakan sekitar 40 persen perempuan bergantung pada penyedia layanan KB swasta. Dari sumber yang singkat, pembayaran kapitasi yang saat ini dilembagakan oleh BPJS Kesehatan mengecilkan keterlibatan penyedia layanan swasta tingkat pertama dalam skema ini.

Tantangan lainnya adalah kualitas dan kuantitas layanan KB di fasilitas kesehatan. Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (SAKERTI) pada 2014 mencatat defisiensi dalam kualitas pelayanan KB yang disediakan di fasilitas pemerintah dan swasta. Diperkirakan 80 persen puskesmas tidak memiliki staf yang terlatih untuk menangani pelayanan KB dalam dua tahun terakhir. Ditengarai 40 persen klinik swasta tidak memiliki kombinasi pil kontrasepsi oral, sedangkan 20 persennya tidak memiliki alat kontrasepsi suntik.

Mengingat terbatasnya bukti yang tersedia mengenai tren cakupan KB sejak JKN diperkenalkan, ringkasan ini mengeksplorasi mCPR dan campuran metode modern dari waktu ke waktu menggunakan data survei rumah tangga dengan memasukkan unsur kepesertaan jaminan kesehatan. Kerja sama antara TNP2K dan HP+ yang didukung USAID mengukur secara terpisah berdasarkan status jaminan, status sosial-ekonomi, dan pengelompokan pulau dengan menggunakan data Susenas. Pendekatan ini memungkinkan pelacakan tren KB tahunan dari waktu ke waktu dan sebelum serta sesudah JKN. Kajian ini memberikan wawasan tentang capaian kebijakan JKN dalam tiga tahun setelah diluncurkan apakah meningkatkan penggunaan intervensi, khususnya dalam pelayanan KB.

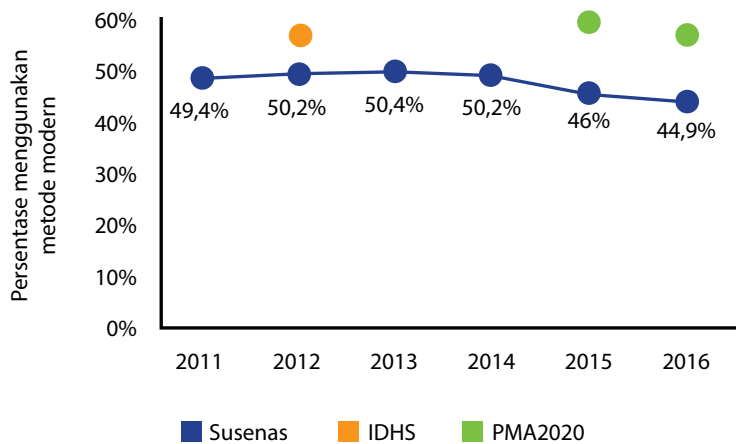
Metodologi dan Sumber Data

Tim kajian menggunakan data Susenas untuk memeriksa mCPR dan metode campuran modern sebelum dan sesudah berlakunya JKN, dan menganalisis langkah-langkah ini dengan menggunakan data PMA2020 2015. Tim memperluas analisis data PMA2020 yang diterbitkan sebelumnya dengan menjelajahi lokasi penyedia kontrasepsi modern bagi pengguna KB yang memiliki dan tidak memiliki jaminan kesehatan, dan memeriksa pengeluaran rata-rata yang dibayarkan untuk pelayanan KB oleh pengguna JKN dan non-JKN.

Apakah pemanfaatan pelayanan KB di Indonesia berubah sejak 2011?

Kemajuan mCPR telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Hasil Susenas dan SDKI menunjukkan bahwa kemajuan mCPR mengalami stagnasi dalam beberapa tahun terakhir. Seperti yang ditunjukkan pada **Gambar 19**, menurut Susenas, mCPR di antara wanita yang menikah menurun dari 50,2 persen pada 2014 menjadi 44,9 persen pada 2016. Data ini lebih rendah daripada angka yang ditemukan dalam data PMA2020 2015 (59,3 persen) dan data SDKI 2017 (57,1 persen).

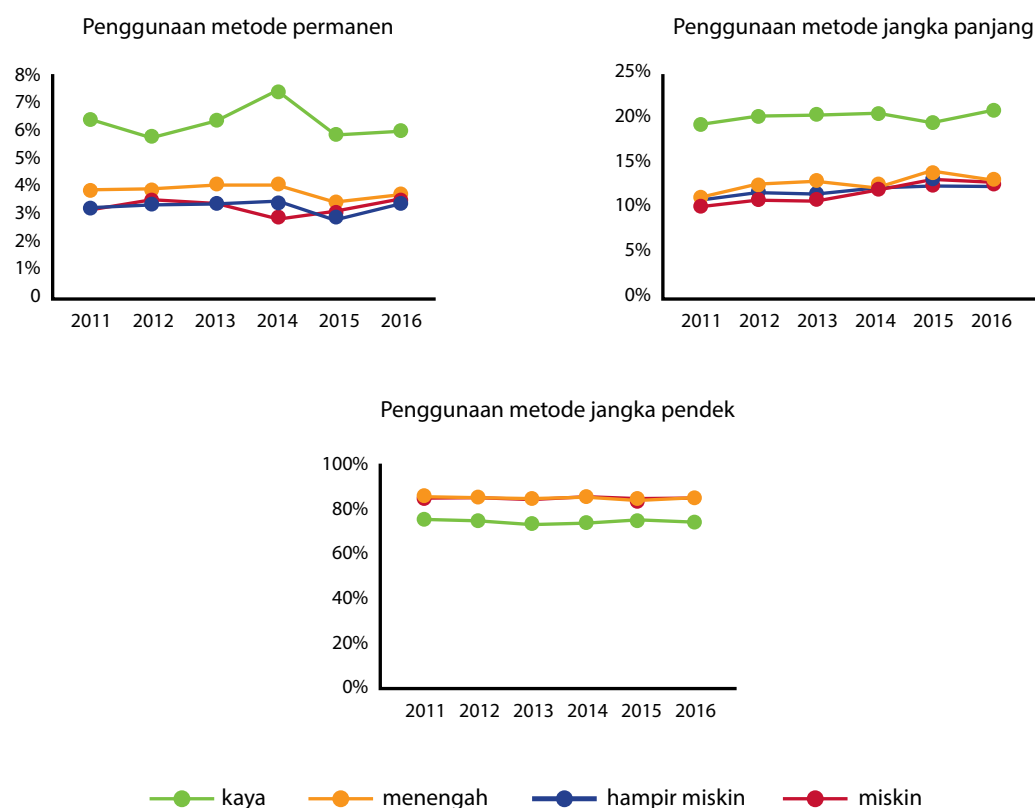
Gambar 19. Tren mCPR di Antara Perempuan Menikah 2011-2017



Sumber: Susenas, 2014. PMA 2020, 2015

Perempuan menikah dengan status sosial-ekonomi tinggi yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang dan permanen, jumlahnya jauh lebih banyak daripada kelompok status sosial-ekonomi lainnya. Penggunaan metode kontrasepsi reversibel jangka panjang meningkat dari waktu ke waktu untuk semua kelompok sosial-ekonomi di Indonesia. Meskipun, secara signifikan proporsinya lebih tinggi pada kelompok perempuan menikah dengan status sosial-ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang termasuk kelompok miskin, hampir miskin, dan berpenghasilan menengah. Meskipun kelompok-kelompok ini menggunakan metode jangka pendek dengan jumlah yang lebih tinggi daripada kelompok sosial-ekonomi tinggi, pemanfaatan metode jangka pendek telah menurun antara tahun 2011 dan 2016 secara nasional. Data PMA2020 2015 memperkuat tren umum dalam penggunaan metode kontrasepsi campuran menurut kuintil kesejahteraan.

Gambar 20. Pergeseran Metode Campuran Secara Nasional di Antara Perempuan yang Sudah Menikah 2011-2016 Berdasarkan Status Sosial-Ekonomi



Sumber: Susenas 2011-2016

Penelitian yang menggabungkan data dari dua puluh negara telah menunjukkan bahwa perempuan yang lebih sejahtera lebih mungkin menggunakan metode jangka panjang dan permanen sebagai pengganti metode jangka pendek daripada perempuan yang tidak sejahtera. Alasan umum untuk menggunakan alat kontrasepsi jangka pendek meliputi kemudahan akses, biaya lebih rendah, privasi, dan kebebasan untuk menghentikan penggunaan tanpa melibatkan penyedia layanan kesehatan. Alasan-alasan tersebut membantu menjelaskan penggunaan metode jangka pendek yang lebih tinggi pada perempuan dari kelompok masyarakat berstatus sosial-ekonomi rendah di Indonesia. Perempuan dari kalangan ini lebih suka mencari pelayanan KB di fasilitas swasta yang cenderung berbiaya lebih rendah, yang sebagian besarnya adalah metode jangka pendek.

Apakah penggunaan layanan KB berubah sejak pelaksanaan JKN?

mCPR menurun pada wanita yang mempunyai jaminan kesehatan dan tidak mempunyai jaminan kesehatan. Data Susenas mengungkapkan bahwa mCPR telah meningkat di antara peserta jaminan kesehatan sebelum 2014 dan mulai menurun, baik pada perempuan yang sudah menikah yang memiliki jaminan kesehatan maupun yang tidak memiliki jaminan kesehatan, seiring diterapkannya JKN. Data juga menunjukkan bahwa dengan pengecualian satu tahun (2013), mCPR secara konsisten lebih tinggi di antara yang tidak mempunyai jaminan kesehatan dibandingkan dengan yang mempunyai jaminan kesehatan.

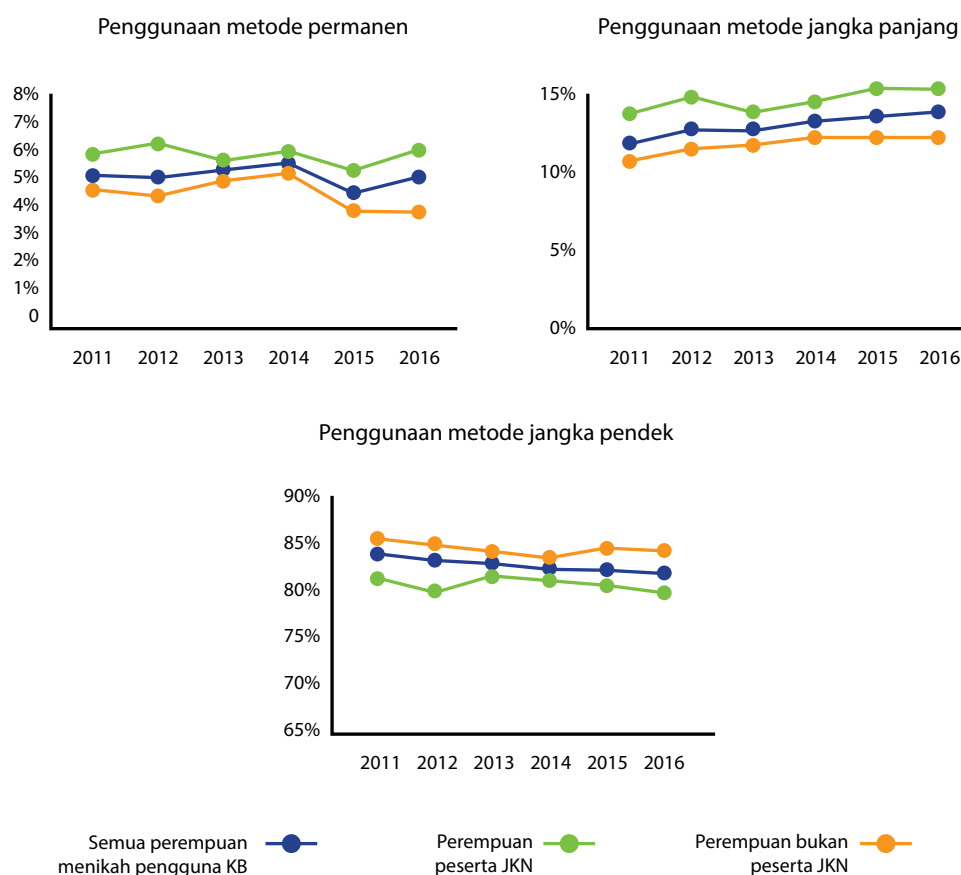
Data menunjukkan bahwa JKN cenderung digunakan untuk pelayanan KB oleh perempuan berstatus sosial-ekonomi rendah dibandingkan dengan perempuan dari kelompok sosial-ekonomi tinggi. Sejak penerapan JKN, mCPR telah secara konsisten menurun di antara semua kelompok sosial-ekonomi. Meskipun, tren ini cenderung menonjol pada perempuan dengan status sosial-ekonomi tinggi yang memiliki jaminan kesehatan. Pada kelompok ini, mCPR mengalami penurunan 16,6 persen pada 2011 hingga 2016. Sementara, pada perempuan dengan status sosial-ekonomi rendah yang memiliki jaminan kesehatan, mCPR turun 5,7 persen pada periode yang sama. mCPR secara signifikan lebih tinggi pada perempuan berstatus sosial-ekonomi rendah yang memiliki jaminan kesehatan dibandingkan dengan perempuan berstatus sosial-ekonomi tinggi yang memiliki jaminan kesehatan di seluruh periode kajian.

Kesenjangan melebar antara tahun 2011 dan 2016. Pada 2011, mCPR untuk kelompok sosial-ekonomi rendah yang memiliki jaminan kesehatan adalah 48,6 persen dibandingkan dengan 43,4 persen dengan status sosial-ekonomi tinggi (perbedaan 12 persen). Pada 2016, penggunaan mCPR untuk kelompok sosial-ekonomi rendah yang memiliki jaminan kesehatan mencapai 46 persen dibandingkan dengan 36,2 persen dengan status sosial-ekonomi tinggi (perbedaan 21 persen). Hasil ini menunjukkan bahwa cakupan JKN lebih bermanfaat bagi pengguna layanan KB yang berasal dari kelompok masyarakat dengan sosial-ekonomi rendah.

Data menunjukkan bahwa JKN sangat bermanfaat bagi perempuan peserta jaminan kesehatan yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang dan permanen. Perempuan menikah yang memiliki jaminan kesehatan menggunakan metode reversibel jangka

panjang dan permanen dengan jumlah yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan menikah yang tidak memiliki jaminan kesehatan (**Gambar 21**). Analisis data Susenas menyoroti peningkatan pemakaian metode permanen oleh pengguna pelayanan KB yang memiliki jaminan kesehatan setelah 2015 dan peningkatan penggunaan metode reversibel jangka panjang yang stabil pada pengguna layanan KB yang memiliki jaminan kesehatan setelah 2013. Data tersebut juga menunjukkan penurunan yang stabil dalam penggunaan metode jangka pendek pada perempuan menikah yang memiliki jaminan kesehatan sejak 2013. Hasil ini memperlihatkan bahwa cakupan JKN sangat bermanfaat bagi perempuan yang memiliki jaminan kesehatan dalam mengakses metode kontrasepsi jangka panjang dan permanen.

Gambar 21. Metode Kontrasepsi Campuran di Antara Perempuan Menikah Berdasarkan Status Jaminan



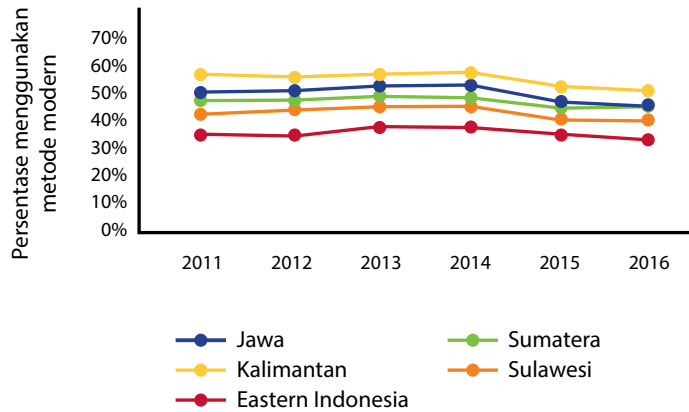
Sumber: Susenas, 2011-2016

Tren metode kontrasepsi campuran untuk peserta jaminan kesehatan dibandingkan dengan yang tidak memiliki jaminan kesehatan konsisten berdasarkan status sosial-ekonomi, seperti terlihat pada

Gambar 21. Sebagai contoh, jumlah perempuan berstatus sosial-ekonomi rendah peserta jaminan kesehatan yang menggunakan metode jangka pendek lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Penggunaan metode jangka pendek di kalangan perempuan berstatus sosial-ekonomi rendah terus menurun mengikuti pelaksanaan JKN. Demikian pula dengan perempuan berstatus sosial-ekonomi tinggi peserta jaminan kesehatan yang menggunakan metode reversibel jangka panjang. Jumlah mereka lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tidak memiliki jaminan kesehatan dengan status sosial-ekonomi yang sama. Temuan ini mendukung temuan lainnya yang menyatakan bahwa JKN dapat berfungsi sebagai faktor yang memengaruhi metode kontrasepsi campuran di Indonesia.

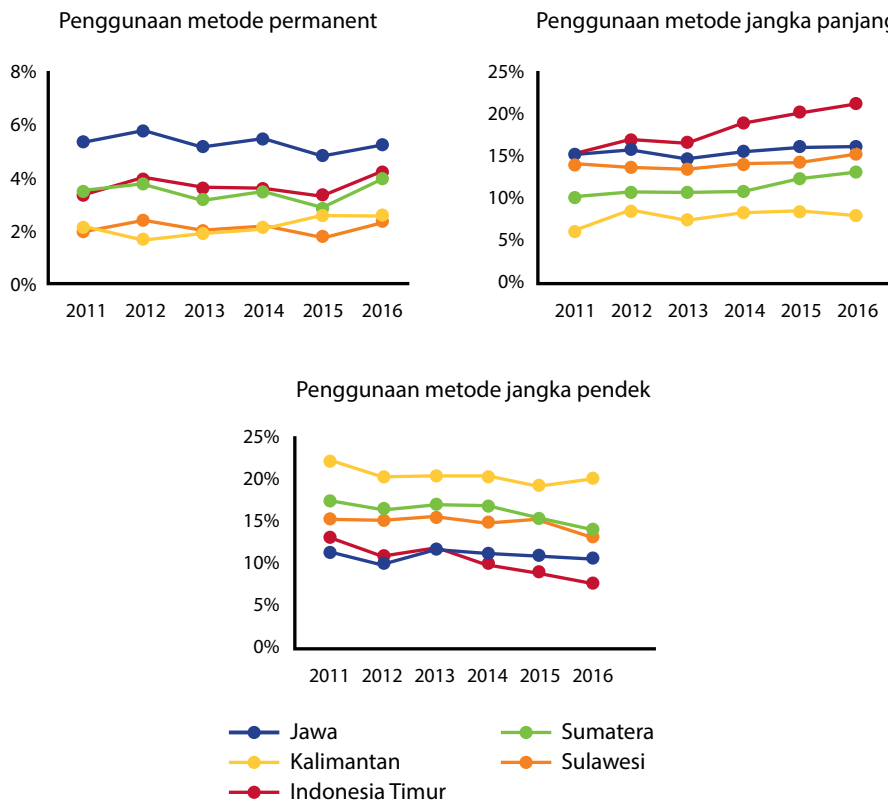
Metode kontrasepsi campuran meningkat berdasarkan kelompok pulau, khususnya di kawasan Indonesia timur. Analisis tim kajian mengeksplorasi tren KB menurut kelompok pulau (lihat **Gambar 22** dan **Gambar 23**). Kajian ini memiliki hipotesis bahwa penggunaan KB mungkin berbeda berdasarkan lokasi geografis dan pengaruh lainnya, seperti faktor ketersediaan fasilitas kesehatan. Kajian ini menemukan bahwa mCPR secara konsisten paling tinggi di Kalimantan, dengan pengelompokan pulau berdasarkan penggunaan tertinggi metode jangka pendek dan penggunaan terendah metode jangka panjang dan permanen. Sebaliknya, mCPR paling rendah di Indonesia bagian timur, dengan penggunaan metode jangka panjang meningkat dan penggunaan metode jangka pendek menurun secara signifikan sejak 2013. Perubahan dalam metode kontrasepsi campuran ini mungkin merupakan hasil dari inisiatif masyarakat, seperti Program Peningkatan Metode Kontrasepsi Campuran (ICMM), yang telah diterapkan di seluruh Indonesia Timur untuk meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang dan permanen. Setelah JKN diterapkan, mCPR menurun di Jawa ke tingkat yang sama seperti di Sumatera. Penggunaan metode permanen tertinggi di Jawa, pulau yang dihuni lebih dari separuh penduduk Indonesia. Di Jawa, metode kontrasepsi campuran ini kemungkinan banyak digunakan karena meningkatnya akses ke berbagai fasilitas kesehatan yang menawarkan pelayanan KB.

Gambar 22. mCPR di Antara Perempuan Menikah Peserta JKN Berdasarkan Pulau



Sumber: Susenas, 2011-2016

Gambar 23. Pergeseran Metode Campuran di Antara Perempuan Menikah 2011-2016 Berdasarkan Pulau



Sumber: Susenas, 2011-2016. diolah oleh HP+ dan TNP2K, 2017

Perempuan peserta jaminan kesehatan mendapatkan metode kontrasepsi modern di fasilitas pemerintah dengan tarif lebih tinggi daripada perempuan yang tidak memiliki jaminan

kesehatan. Data PMA2020 menyoroti sumber metode kontrasepsi campuran untuk perempuan Indonesia yang menikah pada 2015. Hasilnya menunjukkan bahwa perempuan menikah peserta jaminan kesehatan mempunyai proporsi lebih tinggi (18 persen) untuk menggunakan metode modern di fasilitas pemerintah dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki jaminan (13 persen). Namun sumber utama untuk memperoleh metode modern adalah di fasilitas swasta. Pada 2015, sebanyak 55 persen perempuan peserta kesehatan dan 63 persen perempuan yang tidak memiliki jaminan kesehatan mendapatkan metode kontrasepsinya di fasilitas swasta.

Analisis data PMA2020 menunjukkan bahwa rata-rata kuintil masyarakat paling sejahtera (Q5) membayar pelayanan KB paling besar pada kunjungan terakhir mereka (Rp34.967 atau US\$2,59), sedangkan kuintil masyarakat tidak sejahtera (Q1) mengeluarkan biaya paling sedikit (Rp23.492 atau US\$1,74). Kuintil masyarakat paling sejahtera yang memiliki jaminan kesehatan rata-rata membayar biaya lebih dari tiga kali lipat untuk metode reversibel jangka panjang dibandingkan dengan kuintil masyarakat tidak sejahtera peserta jaminan kesehatan. Kuintil masyarakat tidak sejahtera yang tidak memiliki jaminan kesehatan membayar lebih mahal untuk metode jangka pendek dan metode reversibel jangka panjang daripada peserta jaminan kesehatan. Di data PMA2020, hanya ada satu pengamatan yang dicatat sebagai pembayaran sendiri untuk layanan permanen.

Pengeluaran JKN untuk metode kontrasepsi permanen di rumah sakit menurun antara 2014 dan 2016. Pengeluaran JKN untuk metode kontrasepsi permanen menurun pada 2014 hingga 2016. Sebagian besar dihabiskan untuk sterilisasi pada perempuan setelah persalinan normal di rumah sakit. Hanya empat kasus sterilisasi pria yang direkam antara 2014 dan 2016. Adapun totalnya ada 76 pasien rawat jalan dan 10.849 kasus rawat inap sterilisasi pada perempuan setelah persalinan berlangsung selama periode yang sama.

Analisis pengeluaran JKN untuk sterilisasi perempuan dibandingkan dengan pembagian populasi perempuan usia reproduksi berdasarkan pengelompokan pulau menunjukkan bahwa biaya yang dikeluarkan di tiap pulau tidak merata. Populasi di Sulawesi hanya 7 persen dari total perempuan usia reproduksi di Indonesia, namun menyumbang antara 19 persen dan 64 persen dari total pengeluaran JKN untuk biaya sterilisasi setelah melahirkan. Dibandingkan dengan Sulawesi, pengeluaran di Jawa dan Kalimantan masih lebih proporsional. Di Indonesia Timur, pengeluaran tersebut beragam, dari yang tidak proporsional karena pengeluarannya terlalu tinggi padahal populasinya rendah, hingga tidak

proporsional karena pengeluarannya rendah sama sekali dalam periode waktu yang sama. Gradasi ini tidak bisa diartikan sebagai inheren positif atau negatif. Misalnya, pergeseran ke arah pengeluaran yang kurang proporsional dengan jumlah populasi menunjukkan penggunaan layanan yang lebih besar di tingkat layanan kesehatan primer (data tidak ditunjukkan dalam analisis ini).

Diskusi dan Kesimpulan

Meskipun mCPR di Indonesia cukup tinggi seperti dalam data SDKI, hasil tim kajian justru menemukan mCPR menurun, yang menunjukkan kemajuan pelayanan KB terhenti. Sejak JKN diluncurkan pada 2014, mCPR lebih tinggi pada mereka yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Banyak pengguna layanan KB yang harus menempuh jarak jauh dan waktu tunggu yang lama di puskesmas. Akibatnya, banyak yang terus mengakses pelayanan KB di klinik swasta, yang mungkin tidak menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan. Pengaturan ini membantu menjelaskan perbedaan mCPR di antara mereka yang memiliki dan tidak memiliki jaminan kesehatan. Selanjutnya, dalam analisis tentang rata-rata mCPR berdasarkan status sosial-ekonomi, tim kajian menemukan penurunan mCPR lebih besar pada kelompok sosial-ekonomi tinggi peserta jaminan kesehatan dibandingkan dengan kelompok sosial-ekonomi rendah peserta jaminan kesehatan. Hasil ini menunjukkan akses layanan KB yang ditanggung oleh JKN lebih berdampak pada kelompok sosial-ekonomi rendah peserta jaminan kesehatan dibandingkan dengan kelompok sosial-ekonomi tinggi peserta jaminan kesehatan.

Secara historis, metode jangka pendek paling umum digunakan di Indonesia. Namun hasil kajian menemukan pergeseran dalam metode kontrasepsi campuran sejak pelaksanaan JKN di antara kelompok peserta jaminan kesehatan terhadap metode jangka panjang dan permanen. Mengingat bahwa harga dapat menjadi faktor dalam pengambilan keputusan untuk memilih metode jangka pendek, pergeseran dalam metode kontrasepsi campuran ini menunjukkan bahwa JKN mungkin meringankan beban keuangan yang dihadapi perempuan ketika mengakses metode KB jangka panjang dan permanen.

Analisis tim kajian dengan pengelompokan pulau menunjukkan bahwa kesenjangan geografis dalam akses KB tak banyak berubah, dengan mCPR terendah di sebagian besar kelompok pulau yang berkarakter perdesaan di kawasan Indonesia Timur. Kesenjangan geografis ini menyoroti kemungkinan hambatan lain dalam sistem kesehatan, seperti kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dan/atau fasilitas kesehatan yang tidak menyediakan metode kontrasepsi campuran yang lebih luas di fasilitas

pelayanan KB. Mengingat bahwa bidan swasta tidak diberi insentif untuk bekerja di daerah perdesaan, penyerapan layanan KB yang lebih tinggi oleh lebih banyak kelompok pulau berkarakter perkotaan seperti Jawa dapat menjelaskan kekurangan dari sisi suplai ini. Peningkatan penggunaan metode kontrasepsi campuran di kawasan Indonesia Timur berkat inisiatif masyarakat. Untuk meningkatkan akses pelayanan KB melalui JKN, pembuat kebijakan dan pembuat keputusan sistem kesehatan sebaiknya mempertimbangkan rekomendasi berikut:

- Memprioritaskan untuk memfasilitasi lebih banyak penyedia layanan swasta untuk menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan.
- Meningkatkan koordinasi antara BKKBN dan BPJS Kesehatan, dan antara BKKBN dan penyedia layanan kesehatan untuk memastikan ketersediaan metode KB di semua fasilitas kesehatan.
- Memastikan fasilitas kesehatan yang diperlukan dan penyedia kesehatan yang terlatih tersedia memadai secara nasional, khususnya di kelompok pulau seperti di kawasan Indonesia Timur.

11. Bagaimana Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Bermukim di Daerah Tertinggal? Kajian dari Lokasi dan Calon Lokasi Penempatan Nusantara Sehat

Perbaikan kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah terpencil dan perbatasan merupakan salah satu tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia. Belakangan ini kesenjangan kondisi kesehatan masyarakat di daerah terpencil menarik perhatian publik seiring dengan terbitnya sejumlah laporan mengenai anak-anak yang pertumbuhannya terhambat dan menderita gizi buruk di daerah terpencil (TNP2K, 2017; Yen, 2018; Susilawaty, 2018). Keterbatasan infrastruktur kesehatan, terutama pelayanan kesehatan primer; kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan ibu dan anak; serta kurangnya penerapan perilaku hidup bersih dan sehat sehari-hari; disinyalir menjadi penyebab utama terhambatnya pencapaian kesehatan di daerah terpencil (Kemenkes, 2018).

Kajian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai kondisi kesehatan di daerah terpencil. Hal tersebut meliputi pola hidup bersih dan sehat, pola makan, prevalensi penyakit menular dan penyakit kronis, penggunaan pelayanan kesehatan, pengetahuan kesehatan, serta kendala yang ditemui puskesmas dalam memberikan pelayanan yang optimal. Informasi tersebut didapat melalui pengambilan data primer di tingkat rumah tangga, dengan sampel sebanyak 4.500 rumah tangga yang tinggal di sekitar 18 puskesmas di daerah terpencil di tiga provinsi. Sampel yang besar menjamin akurasi hasil penelitian. Adapun perbedaan daerah dipertimbangkan untuk merepresentasikan keragaman Nusantara.

Metode

Penelitian ini berbasis data primer yang diambil di tingkat rumah tangga pada April-Mei 2017. Lokasi sampel diputuskan berdasarkan acuan program Nusantara Sehat yang diinisiasi Kemenkes. Program ini menargetkan puskesmas di daerah yang masuk dalam klasifikasi daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan yang kekurangan sumber daya manusia bidang kesehatan. Ketiga provinsi yang dipilih adalah Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Ketiga provinsi tersebut diharapkan dapat merepresentasikan ragam tingkat dan pelayanan kesehatan primer antarprovinsi di Indonesia berdasarkan anggaran yang tersedia. Proses pengumpulan data dilakukan di bawah koordinasi TNP2K yang mengantongi izin etik dari Universitas Gajah Mada dengan nomor Ref: KE/FK/0510/EC/2018.

Di tiap provinsi, enam puskesmas dikunjungi untuk memenuhi besaran target sampel sebanyak 4.500 rumah tangga. Angka ini dihitung berdasarkan rumus uji hipotesis klasik (*classical hypothesis test*) dengan 5 persen *level* toleransi untuk kesalahan tipe II dan 80 persen tingkat kekuatan. Rumah tangga di sekitar puskesmas dipilih secara acak sistematis untuk menghindari bias dari seleksi responden.

Hasil Penelitian

Karakteristik Responden

Di 18 lokasi puskesmas di tiga provinsi, total sampel yang didapat adalah 4.610 rumah tangga. Rata-rata usia responden 38,7 tahun, dengan 83 persennya adalah perempuan dan sebagian besar telah lulus sekolah menengah pertama. Kepesertaan BPJS Kesehatan pada sampel adalah 69 persen, sedikit lebih rendah dari cakupan nasional yang mencapai 71,6 persen (Kemenkes, 2018). Sebanyak 54 persennya adalah peserta PBI yang keikutsertaannya dibantu oleh kepala desa dan iurannya dibayar penuh oleh pemerintah. Kepesertaan PBI pada sampel lebih tinggi dari cakupan nasional (43 persen) terjadi karena banyak rumah tangga yang bisa digolongkan sebagai rumah tangga miskin.

Perilaku Kesehatan Rumah Tangga

Sebagian besar rumah tangga menghadapi kesulitan dalam mengakses air bersih—dan mengalir—untuk cuci tangan, mandi, dan keperluan toilet. Banyak di antaranya yang masih bergantung pada kamar mandi atau toilet umum. Rinciannya, lebih dari 30 persen rumah tangga tidak mempunyai kamar mandi dan toilet di dalam rumah dan 37 persen membuang tinja di lubang atau sungai. Untuk air minum, hampir semua rumah tangga selalu memasak terlebih dahulu air hingga matang (96 persen). Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan atau menyiapkan makanan hanya dipraktikkan oleh sekitar 71 persen responden. Banyak responden yang menggunakan indikasi tangan kotor sebagai tanda perlunya mencuci tangan. Sebanyak 88-90 persen responden mencuci tangan hanya setelah bersentuhan dengan kotoran atau hewan. Bisa jadi responden malas membersihkan tangan karena tidak ada tempat cuci tangan.

Indikator perilaku sehat lainnya adalah keberadaan ventilasi di rumah. Pertukaran udara yang memadai penting untuk pencegahan penyakit menular seperti tuberkulosis. Lebih dari 80 persen responden rutin membuka jendela kamar tidur dan ruang keluarga setiap hari. Namun sisanya tidak melakukan hal tersebut karena rumahnya tidak memiliki jendela yang bisa dibuka untuk pertukaran udara. Tindakan sehari-hari lain yang juga dapat mencegah penyebaran penyakit adalah tidak meludah sembarangan,

menutup mulut saat bersin, dan tidak menggunakan alat makan bersama. Di dalam penelitian, secara berturut-turut angkanya 72 persen, 86 persen, dan 77 persen.

Sementara perilaku di atas penting untuk mencegah penyakit menular, kebiasaan berolahraga dan pola makan adalah faktor utama dalam mencegah penyakit kronis, seperti hipertensi, diabetes, dan obesitas. Data menunjukkan bahwa, walaupun tidak spesifik menekuni sebuah cabang olahraga, hampir semua anggota rumah tangga bergerak aktif setidaknya setengah jam setiap hari. Asupan sayur-sayuran sudah cukup tinggi (96 persen), tetapi konsumsi buah-buahan masih rendah (22 persen). Konsumsi makanan berlemak seperti santan, gorengan, dan jeroan juga cukup tinggi (51 persen).

Pengetahuan Rumah Tangga tentang Kondisi Kesehatan

Sekitar 90 persen responden pernah mendengar tentang penyakit tuberkulosis, malaria, dan hipertensi. Responden juga mengetahui adanya korelasi antara kebersihan tangan dan penyakit menular seperti sakit perut, diare, dan muntah-muntah. Di sisi lain, pengetahuan tentang korelasi antar-penyakit kronis tampaknya masih kurang. Sebanyak 18,5 persen responden menjawab tidak ada korelasi antar-penyakit kronis, sedangkan 39 persen responden tidak mengetahui bahwa hipertensi mempunyai korelasi yang kuat dengan penyakit jantung, stroke, diabetes, dan gangguan hati. Pemahaman tentang bahaya merokok agaknya juga tidak mendalam. Walaupun mayoritas (95 persen) responden mengetahui merokok itu berbahaya untuk kesehatan, banyak yang mengira bahwa dampak buruk rokok hanya berpengaruh pada si perokok itu sendiri (45 persen). Faktanya, asap rokok juga mengganggu kesehatan orang di sekitar mereka meskipun orang itu tidak merokok (perokok pasif).

Pengetahuan tentang kesehatan ibu dan anak juga masih perlu ditingkatkan. Tidak semua ibu dan calon ibu mengetahui bahwa penyakit anemia atau kurang darah sering terjadi pada masa kehamilan (16 persen tidak tahu). Penyakit ini juga dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir secara prematur, dan bayi lahir dengan berat badan rendah (26 persen tidak tahu). Observasi lain, ketika para ibu ditanya bagaimana sebaiknya menangani bayi yang baru dilahirkan, sebanyak 25 persen menjawab bayi bisa menunggu lebih dari satu pekan sebelum diperiksakan ke tenaga kesehatan, sebanyak 13 persen menunggu lebih dari satu jam untuk menyusukan air susu ibu (ASI) pertama, dan 34 persen menjawab bayi di atas usia enam bulan cukup diberi ASI saja.

Jawaban-jawaban tersebut kurang tepat. Sebaiknya bayi diperiksa tenaga kesehatan dan diberi ASI pertama sesegera mungkin dan setelah enam bulan, bayi mulai diberikan makanan pendamping ASI.

Selain untuk mengukur panjang dan berat badan bayi, sangat penting bagi bayi yang baru lahir untuk sesegera mungkin diperiksa secara menyeluruh oleh tenaga kesehatan agar jika ada kelainan bisa dideteksi dan ditangani sejak dini.

Ihwal pengetahuan tentang jaminan kesehatan, hampir 90 persen responden pernah mendengar tentang BPJS Kesehatan. Walaupun mengetahui bahwa menjadi peserta BPJS Kesehatan bisa mendapatkan jaminan kesehatan, masih ada persepsi negatif yang menghambat masyarakat untuk mendaftar sebagai peserta. Di antaranya, proses pendaftaran yang dianggap rumit (34,9 persen), tidak mampu membayar iuran bulanan (32,3 persen), dan takut ada tambahan biaya kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan (7,8 persen). Ada juga yang cemas akan mendapatkan pelayanan yang berbeda jika menggunakan BPJS (7 persen).

Kondisi Kesehatan Rumah Tangga

Sekitar 4 persen rumah tangga memiliki anggota yang menderita penyakit tuberkulosis dalam enam bulan terakhir. Kebanyakan dari mereka sudah menerima atau dalam proses pengobatan. Sementara itu, prevalensi penyakit malaria lebih tinggi, dengan hanya 25 persen rumah tangga melaporkan kasus positif malaria. Kebanyakan (81 persen) sudah menerima pengobatan malaria kombinasi artemisinin (ACT) yang direkomendasikan harus diberikan dalam 24 jam pertama setelah diagnosis. Namun, banyak juga masyarakat yang hanya mengandalkan obat tradisional (15,5 persen). Dalam hal penyakit kronis, sebanyak 40 persen rumah tangga menyatakan ada anggotanya yang terdiagnosis mengidap hipertensi. Dari jumlah tersebut, banyak di antaranya yang tidak rutin meminum obat (34 persen) dan tidak mengecek tekanan darah (33 persen).

Studi menemukan 64 persen rumah tangga memiliki anggota perokok aktif, yang merokok di dekat anggota keluarga lain, termasuk anak-anak (73 persen). Lebih dari 20 persen responden menilai kesehatan mereka secara umum dalam satu bulan terakhir pada saat survei dilakukan “buruk” atau “sangat buruk”. Namun banyak yang optimistis bahwa kesehatan mereka akan membaik. Menariknya, ketika diminta untuk membandingkan kesehatannya dengan orang seusianya, hanya 9,5 persen menjawab “lebih buruk” atau “jauh lebih buruk”. Untuk kesehatan mental, tidak banyak yang diketahui mengenai hal ini di masyarakat terpencil. Ditemukan bahwa 10 persen responden menyatakan selalu atau sering merasa gelisah yang mengganggu kegiatan mereka sehari-hari. Sebagian besar penderita menghubungi anggota keluarga lain (71 persen) untuk mendapat bantuan atau membicarakan

kegelisahan tersebut. Banyak yang menganggap penyakit mental tidak bisa diobati (29 persen) dan tidak bisa dibicarakan dengan tenaga kesehatan (48 persen).

Pada ibu hamil, meskipun konsumsi pil penambah darah sudah menjadi kelaziman (94 persen), tingkat keguguran kandungan dan bayi mati saat dilahirkan masih cukup tinggi (16,5 persen dan 7,4 persen). Rata-rata bayi lahir dengan panjang 49 sentimeter dan berat 3 kilogram. Sebanyak 67 persen menerima ASI eksklusif selama enam bulan pertama. Lebih dari 90 persen bayi telah menerima imunisasi dasar, seperti vaksin BCG, polio, DPT, dan hepatitis B yang kedua. Tingkat kelengkapan vaksin tahap selanjutnya menurun ke angka 66 persen. Pada bayi usia di bawah dua tahun, prevalensi keluhan sakit panas, batuk dan pilek masih cukup tinggi (50-67 persen), sedangkan diare sudah di bawah 15 persen.

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Walaupun semua responden tahu di mana lokasi puskesmas dan rumah sakit, namun penggunaan fasilitas kesehatan tersebut masih rendah. Sekitar sepertiga responden mengaku berobat sendiri dan tidak mengunjungi fasilitas kesehatan ketika sakit. Alasannya, terkendala akses ke fasilitas kesehatan (31 persen), tidak puas atas pelayanan puskesmas (14 persen), dan jam operasional puskesmas dinilai terlalu pendek serta tidak dilayani oleh dokter (47 persen).

Rata-rata satu-dua anggota rumah tangga berkunjung ke puskesmas sedikitnya sekali dalam sebulan. Sebanyak 77,5 persen di antaranya untuk pemeriksaan kesehatan, seperti tes laboratorium; sebanyak 91,5 persen untuk mendapatkan obat; dan 30 persen untuk pelayanan ibu dan anak, seperti memeriksa kandungan, persalinan, dan imunisasi. Tidak ditemukan perbedaan yang signifikan untuk pemeriksaan kesehatan anggota rumah tangga yang menderita hipertensi ataupun tidak. Padahal, penderita hipertensi harus rutin memeriksakan kondisinya ke dokter.

Sementara di posyandu, pelayanan yang diberikan meliputi imunisasi (47 persen), penimbangan berat badan (90 persen), pemberian pil tambah darah untuk ibu hamil (27 persen), serta penyuluhan kesehatan (61 persen). Anak di bawah dua tahun rata-rata dibawa ke posyandu 4,8 kali dalam enam bulan terakhir, padahal mestinya dibawa setiap bulan. Kegiatan penyuluhan kesehatan sudah berjalan namun nampaknya kurang efektif karena hanya 25 persen yang berpartisipasi dan hanya 30 persen yang menerapkan apa yang sudah dipelajari.

Untuk ibu hamil, sebanyak 96 persen melakukan pemeriksaan kehamilan, tetapi kebanyakan tidak rutin setiap bulan, baik di puskesmas atau posyandu. Lebih dari setengah responden melahirkan di rumah sakit dan puskesmas (61 persen), sedangkan 33 persen melahirkan di rumah. Kebanyakan bayi lahir secara normal dibantu oleh dokter (20 persen) atau bidan (67 persen). Sekitar 7 persen masih menggunakan dukun beranak tradisional.

Untuk pelayanan kontrasepsi, sebanyak 37 persen responden yang sudah atau pernah menikah tidak menggunakan alat kontrasepsi dan sebagian besar tidak berencana untuk menggunakannya (92 persen). Nampaknya preferensi untuk tidak menggunakan alat kontrasepsi dan keinginan untuk tidak membatasi jumlah anak masih cukup tinggi (19 persen). Faktor lingkungan dan pekerjaan yang mendukung usaha keluarga atau turun-termurun, seperti pertanian atau perikanan, mungkin menjadi pertimbangan utama bagi orang tua di daerah terpencil untuk mempunyai anak banyak—untuk menjadi jaminan dan pengasuh di hari tua. Ada juga hambatan dari segi ekonomi karena hampir 60 persen responden melaporkan harus membayar untuk pemakaian alat kontrasepsi.

Pembahasan

Temuan bahwa sebanyak 36 persen rumah tangga yang tidak berobat ketika sakit sangat mengkhawatirkan. Tetapi ketika dibandingkan dengan rata-rata nasional, angka ini jauh lebih kecil. Sebanyak 48 persen individu semua usia yang mempunyai keluhan kesehatan pada Susenas 2017, berobat sendiri dan tidak pergi ke fasilitas kesehatan. Ini menunjukkan bahwa praktik untuk mengobati sendiri masih lebih rendah di daerah terpencil daripada di daerah lain.

Pada 2016, prevalensi perokok aktif dewasa di tingkat nasional mencapai 39,4 persen, dengan laki-laki 79 persen dan perempuan 3 persen (WHO, 2018). Pada rumah tangga sampel, prevalensi perokok mencapai 64 persen. Dengan asumsi ada dua orang dewasa dalam sebuah rumah tangga dan seorang perokok aktif, maka estimasi pada tingkat individu adalah 32 persen, lebih rendah dari rata-rata nasional.

Demikian halnya dengan prevalensi kasus tuberkulosis, malaria, dan hipertensi. Di ketiga provinsi sampel, angka rata-rata provinsi adalah satu kasus tuberkulosis per 100 penduduk pada 2017 (Kemenkes, 2018b). Kasus malaria pada 2008 tercatat 7,5 persen di Bengkulu, sebanyak 2 persen di Sulawesi Selatan, dan 12 persen di Nusa Tenggara Timur (Hanandita, 2016). Dengan menggunakan rata-rata jumlah anggota rumah tangga 4,3, estimasi pada tingkat individu adalah 0,9 persen untuk tuberkulosis dan 5,8 persen untuk malaria—lebih rendah dari angka rata-rata provinsi.

Untuk hipertensi, prevalensi secara nasional di individu dewasa mencapai 30,6 persen pada 2007 (Nugroho *et al.*, 2015). Kajian lain di 14 provinsi pada 2015 menemukan rata-rata angkanya 33,4 persen (Peltzer *et al.*, 2018). Dalam sampel, angka rata-rata di tingkat individu diperkirakan 18,2 persen, jauh lebih rendah dari rata-rata nasional. Dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah perkotaan, kegiatan masyarakat di daerah terpencil kemungkinan lebih aktif. Misalnya, dalam Riskesdas 2007 ditemukan bahwa 30 persen orang dewasa di perkotaan tidak melakukan aktivitas fisik yang cukup (Hanandita, 2016).

Dalam kesehatan anak, berat bayi yang lahir di daerah terpencil lebih ringan dibandingkan dengan berat bayi dalam data BPJS Kesehatan, yakni 3,4 kilogram dengan panjang 50,5 sentimeter (Zulaikha, 2016). Namun perbedaannya tidak jauh. Kelengkapan imunisasi dasar juga masih dalam batas rata-rata provinsi, yakni 86,8 persen di Bengkulu, 71 persen di NTT, dan 100 persen di Sulawesi Selatan. Adapun prevalensi diare, buang air besar lebih dari tiga kali sehari, lebih rendah dari prevalensi diare di tingkat nasional, yaitu 16,5 persen untuk anak di bawah umur satu tahun pada 2007 (Kemenkes, 2011).

Yang harus segera dibenahi adalah keterbatasan puskesmas, termasuk mengisi kekosongan dokter. Jam operasional yang terlalu singkat juga tidak memungkinkan sebagian besar masyarakat yang bekerja sebagai buruh perkebunan untuk bertobat, karena waktu kerja mereka dimulai dari pagi sampai sekitar pukul lima sore.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi kesehatan masyarakat di daerah terpencil sudah membaik dan tidak jauh berbeda dengan rata-rata nasional atau provinsi. Meskipun, kondisi prasarana di banyak rumah tangga masih kurang memadai untuk kegiatan sanitasi. Pemanfaatan fasilitas kesehatan lebih tinggi dari rata-rata nasional, walaupun fasilitas kesehatan sering sulit dijangkau dan tenaga ahli kesehatan di puskesmas, khususnya dokter, masih terbatas jumlahnya.

Saran

Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat yang berkesinambungan, selain dengan menambah dokter dan memperbaiki akses jalan ke fasilitas kesehatan, masyarakat juga harus menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat di rumah. Pembangunan prasarana rumah layak menjadi prioritas untuk mendukung penerapan hidup bersih dan sehat serta untuk mencegah penyakit menular. Karena itu, kiranya pembuat kebijakan mendukung berbagai proyek mikro, seperti memberikan



subsidi untuk pengadaan bahan bangunan atau mengkoordinasi gotong royong untuk membangun prasarana sanitasi dan jamban di rumah penduduk yang dinilai belum memadai. Penyuluhan kesehatan yang mengajarkan cara hidup bersih, pola makan yang sehat, serta pentingnya pertukaran udara di dalam rumah harus dilakukan secara kreatif dan inovatif agar menarik perhatian masyarakat untuk terlibat aktif dan mau menerapkan langsung pengetahuan yang diterimanya dari penyuluhan. Penting juga disusun program penyuluhan untuk ibu dan calon ibu karena pengetahuan tentang kesehatan anak dan pemeriksaan yang optimal pada saat kehamilan masih kurang. Selain itu, media lain seperti iklan dan poster berisi informasi kesehatan bisa digunakan sebagai sarana penyuluhan. Perubahan di tingkat mikro diharapkan dapat meningkatkan kesehatan masyarakat di daerah terpencil secara berkelanjutan karena berbagai upaya dalam perubahan tersebut sekaligus ditanamkan pada generasi penerus.

12. Menilik Puskesmas di Daerah Tertinggal: Kepatutan, Kegiatan, dan Keuangan

Latar Belakang

Puskesmas adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama atau primer di bawah dinas kesehatan kabupaten yang bertanggung jawab atas kesehatan populasi yang tinggal di wilayah jangkauannya. Puskesmas juga berperan sebagai penjaga gerbang ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi, seperti rumah sakit dan klinik khusus. Pada 2017, sebanyak 9.825 puskesmas beroperasi di seluruh negeri (Kemenkes, 2018), dengan setidaknya terdapat satu puskesmas di setiap kecamatan. Kajian ini menganalisis kondisi di puskesmas di daerah yang dikategorikan tertinggal.

Tim kajian mengunjungi 18 puskesmas di lokasi program Nusantara Sehat (NS), sebuah inisiatif Kemenkes. Tim profesional kesehatan yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, ahli kesehatan masyarakat, ahli kesehatan lingkungan, teknisi laboratorium, ahli gizi, dan apoteker pergi ke daerah yang telah ditetapkan oleh pemerintah sebagai daerah tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau kecil yang kekurangan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Dalam kajian ini, kepala puskesmas diwawancarai untuk mendapatkan informasi tentang kondisi fasilitas puskesmas, kegiatan di dalam dan di luar gedung, dan kondisi keuangan mereka dalam beberapa bulan terakhir.

Metodologi

Kajian ini dilakukan dengan metode semikualitatif melalui pengumpulan data sekunder dan wawancara di puskesmas. Puskesmas yang menjadi sampel dipilih secara sengaja (*purposive*). Instrumen survei dikembangkan dengan mencakup kegiatan di puskesmas, volume pasien, infrastruktur, ketersediaan peralatan dan bahan medis, sumber daya manusia, kegiatan di dalam dan luar ruangan, dan arus pendapatan dan pengeluaran puskesmas dalam beberapa bulan terakhir. Jawaban atas pertanyaan tersebut akan memberikan informasi mengenai kualitas fasilitas di dalam dan di sekitar gedung puskesmas, kegiatan yang sedang berjalan, dan kondisi keuangan dalam beberapa bulan terakhir.

Lokasi penelitian dipilih di tiga provinsi, yang mewakili kawasan barat, tengah, dan timur Indonesia, yakni Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Pengumpulan data mendapatkan persetujuan etik dari Universitas Gajah Mada dalam surat nomor Ref: KE/FK/0510/EC/2018, dan mengantongi izin implementasi dari TNP2K.

Di setiap provinsi, ada enam kabupaten yang dikunjungi, dengan satu puskesmas setiap kabupaten, sehingga totalnya 18 puskesmas. Puskesmas ini menjangkau 6-17 desa, dengan populasi antara 3.000 dan 30.000 jiwa (Kemenkes, 2017c; 2017d; dan 2017b). Sumber informasi utama diperoleh dari kepala puskesmas, yang kemungkinan besar paling mengetahui kondisi dan kegiatan puskesmas dan program yang menjangkau masyarakat setempat. Bila kepala puskesmas tidak ada di tempat, kepala administrasi, kepala operasional, pejabat yang mewakili, atau petugas kesehatan senior menggantikannya sebagai informan.

Hasil dan Diskusi

Tabel 5 menyajikan fasilitas di puskesmas, yang meliputi jam operasional, kemudahan akses bagi pasien, sumber daya manusia bidang kesehatan, ruangan yang tersedia, dan kecukupan peralatan dan bahan medis. Kajian ini melaporkan temuan dari semua puskesmas dalam sampel dan menurut provinsi untuk menyoroti penyediaan layanan kesehatan di daerah.

Tabel 5. Jam Operasi, Sumber Daya Manusia, dan Fasilitas di 18 Puskesmas Berdasarkan Provinsi

	Bengkulu	NTT	Sulawesi Selatan	Total
# Puskesmas	6	6	6	18
# Puskesmas Perawatan	1	5	4	10
Jam Buka Puskesmas				
# Buka Senin-Sabtu	6	6	6	18
# Buka Minggu	1	2	1	4
Rata-rata (Senin-Kamis)	5,8 jam	5,1 jam	5,9 jam	5,58 jam
Rata-rata (Jumat)	3,9 jam	3,1 jam	5,2 jam	4,04 jam
Rata-rata (Sabtu)	4,8 jam	3,8 jam	5,6 jam	4,75 jam
Model Transportasi	Pribadi	Pemerintah	Pemerintah	Pribadi
Rata-rata Biaya Perjalanan	Rp13.000	Rp29.000	Rp104.100	Rp51.000
Rata-rata Waktu Perjalanan	43 menit	140 menit	143 menit	99 menit
Rata-rata Setiap Puskesmas				
Dokter Umum	1,5	0,5	0,67	0,89
Dokter Gigi	0,33	0,33	0,5	0,39
Perawat	10,8	22,3	8,8	14
Bidan	15,3	22,7	14,2	17,4
Apoteker	0,67	1,17	0,5	0,78
Ahli Gizi	0,33	2	1	1,11
Ahli Kesehatan Masyarakat	1,67	0,83	1	1,17
Ahli Kesehatan Lingkungan	0	1,67	1	0,89
Teknisi Laboratorium	0	1,17	0	0,39
Rata-rata Jumlah Ruangan Konsultasi	3,33	5,17	3,33	3,94

	Bengkulu	NTT	Sulawesi Selatan	Total
Jumlah Puskesmas dengan Tempat Penyimpanan Obat	6	6	4	16
Jumlah Puskesmas dengan Laboratorium	2	5	3	10
Jumlah dengan Ketersediaan "Tidak Ada"/"Sangat Kurang"				
Variasi Obat	2	0	0	2
Bahan Medis	1	0	0	1
Peralatan Medis	3	0	1	4

Sumber: TNP2K, 2018

Dari 18 puskesmas sampel, terdapat 10 puskesmas dengan layanan rawat inap dan delapan puskesmas tanpa layanan rawat inap. Setengah dari puskesmas dengan tempat tidur rawat inap berlokasi di NTT. Di Bengkulu, hanya satu dari enam puskesmas yang menyediakan layanan rawat inap.

Semua puskesmas dalam sampel beroperasi dari Senin hingga Sabtu. Empat puskesmas buka pada hari Minggu dan tiga diantaranya memiliki tempat tidur. Waktu operasional puskesmas adalah 4-6 jam per hari, dari pukul 07.00-08.00 hingga 12.00-14.00. Jam buka ini berlaku di sebagian besar puskesmas di Indonesia, tidak hanya yang di daerah terpencil. Sebagian besar pasien menggunakan kendaraan pribadi atau ojek untuk mencapai puskesmas. Namun jalan menuju puskesmas sering dalam kondisi yang buruk, seperti tidak diaspal, berlubang, terlimpahi banjir, dan berbatu. Banyak pasien yang perlu melintasi sungai (12 puskesmas) dan lembah (15 puskesmas) untuk mencapai fasilitas kesehatan ini. Rata-rata, pasien membutuhkan 99 menit untuk mencapai puskesmas. Namun untuk beberapa orang, waktu perjalanan dapat mencapai enam jam (Puskesmas Rampi di Sulawesi Selatan). Hambatan akses ini mencerminkan kondisi di daerah terpencil dengan infrastruktur transportasi yang tidak memadai.

Rata-rata puskesmas memiliki 0,89 dokter umum, 0,39 dokter gigi, 14 perawat, dan 17 bidan. Memiliki rata-rata kurang dari satu dokter mengindikasikan beberapa puskesmas tidak memiliki dokter permanen. Tim kajian mengidentifikasi lima puskesmas (tiga di NTT dan dua di Sulawesi Selatan) tidak memiliki dokter umum permanen dan 11 lainnya tidak memiliki dokter gigi permanen. Kondisi ini tidak memenuhi standar minimum sumber daya manusia bidang kesehatan menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, yang menyatakan bahwa di daerah tertinggal dan sangat tertinggal harus ada satu dokter umum di puskesmas nonperawatan, dua dokter umum di puskesmas perawatan, dan satu dokter gigi di setiap puskesmas baik perawatan maupun nonperawatan (Kemenkes, 2014b).

Tidak adanya dokter dapat menyebabkan orang tidak mencari perawatan kesehatan di puskesmas karena bagi banyak orang untuk menjangkau puskesmas tidaklah mudah. Dalam kasus tidak ada dokter di puskesmas, perawat dan bidan menjalankan peran tersebut. Ini terjadi di NTT, yang memiliki perawat dan bidan di setiap puskesmas lebih banyak daripada di dua provinsi lainnya. Standar minimum juga menetapkan minimum lima perawat dan empat bidan di puskesmas nonperawatan dan delapan perawat serta tujuh bidan di puskesmas perawatan (Kemenkes, 2014b). Hal yang sama terjadi dalam kasus tidak adanya apoteker dan teknisi laboratorium di puskesmas, yang berarti puskesmas tidak dapat mengeluarkan obat yang diresepkan oleh dokter atau tidak dapat melakukan tes darah. Menurut Permenkes 75/2014, di setiap puskesmas perawatan dan nonperawatan harus ada seorang tenaga teknisi laboratorium, apoteker, ahli kesehatan masyarakat, dan ahli kesehatan lingkungan. Untuk ahli gizi, di setiap puskesmas nonperawatan setidaknya ada satu, sedangkan di setiap puskesmas perawatan ada dua ahli gizi (Kemenkes, 2014b).

Sebagian besar puskesmas memiliki setidaknya tiga ruangan konsultasi dan satu ruangan untuk menyimpan obat-obatan (16 puskesmas). Namun hanya 10 puskesmas yang memiliki laboratorium yang berfungsi, dua puskesmas memiliki laboratorium yang kondisinya buruk, sedangkan delapan lainnya tidak memiliki laboratorium. Ketersediaan peralatan medis (misalnya stetoskop, termometer, timbangan tubuh, dan *sphygmomanometer* untuk mengukur tekanan darah) dan bahan medis habis pakai (seperti bola kapas, jarum suntik, dan plester medis) tampaknya cukup baik. Sangat sedikit puskesmas yang melaporkan bahwa kebutuhan medis ini tidak tersedia atau tersedia namun dalam kondisi yang tidak baik. Ada juga sedikit keluhan tentang berbagai obat yang dikirim ke puskesmas.

Dalam penelitian ini ditemukan 15 dari 18 puskesmas telah menggunakan komputer dalam melakukan tugas-tugas administrasi dan menyimpan catatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun berlokasi di daerah terpencil, puskesmas tersebut berusaha untuk melakukan efisiensi dan berkomitmen untuk memiliki catatan yang akurat mengenai pasien dan kegiatan mereka. Penggunaan sistem komputer juga membantu proses pemantauan dan evaluasi secara teratur.

Dalam satu bulan, rata-rata puskesmas melayani 481 kasus rawat jalan dan 12 kasus rawat inap (pada 10 puskesmas perawatan), atau sekitar 25 pasien per hari. Di luar wilayah daerah terpencil, satu puskesmas umumnya dapat menerima 90-100 pasien per hari (Rizcarachmakurnia, Wigati, dan Sriatmi, 2017; Utama, Lestari, dan Ikmaluhakim, 2017). Lebih lanjut, ada lebih banyak pasien

perempuan daripada pasien laki-laki. Tren ini juga diamati di tempat lain (Rahmayanti dan Ariguntar, 2017). Hampir 70 persen kasus adalah pasien yang disubsidi penuh (peserta PBI), yang premi jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah. Di kota-kota besar, mungkin ada lebih banyak pasien umum yang membayar dari kantong sendiri, tetapi sebagian besar pasien dilindungi oleh jaminan pemerintah (PT Iconesia Solusi Prioritas, 2016).

Puskesmas di wilayah tertinggal dapat menangani sebagian besar kasus, dengan hanya sekitar 6 persen tingkat rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit). Selain kasus-kasus yang membutuhkan perawatan medis lebih lanjut, rujukan juga dapat disebabkan oleh kekurangan obat-obatan, peralatan medis yang tidak memadai, dan jarak yang dekat ke fasilitas tingkat lanjut (Alawi, Junadi, dan Latifah, 2017). Masalah kesehatan yang paling umum ditemukan adalah penyakit akut dan menular. Sebanyak 12 puskesmas melaporkan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) sebagai penyakit dengan jumlah tertinggi. Temuan ini juga diperoleh di tempat lain, tidak hanya di puskesmas di daerah terpencil (Kemenkes, 2014a; Afifah, 2017; Firnanda N, Junaid, dan Jafriati, 2017; Rahmayanti dan Ariguntar, 2017). Selain ISPA, puskesmas menangani banyak kasus penyakit kronis, seperti hipertensi dan gangguan pencernaan kronis (Rahmayanti dan Ariguntar, 2017).

Semua puskesmas telah menyelenggarakan kelas pendidikan kesehatan, termasuk mempromosikan gaya hidup bersih dan sehat seperti kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan menyiapkan makanan, tetap aktif setiap hari, berhenti merokok, dan melakukan diet dengan mengonsumsi buah dan sayuran. Kelas-kelas tersebut juga mencakup pengenalan gejala, penyebab, dan pengobatan penyakit umum, dan informasi yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak seperti perawatan antenatal, masalah umum selama kehamilan, menyusui secara eksklusif dalam enam bulan pertama, dan manfaat imunisasi. Kelas yang paling sering dijalankan adalah mempromosikan gaya hidup bersih dan sehat dan hubungannya dengan pencegahan penyakit menular, seperti diare dan TBC, dan pengaruhnya terhadap kesehatan anak-anak. Ketika kesadaran akan kesehatan meningkat, orang-orang akan mengunjungi puskesmas untuk mendapatkan perawatan kesehatan, nasihat medis, atau pemeriksaan kesehatan rutin (Napirah, Rahman, dan Tony, 2016). Di antara tiga provinsi, puskesmas di NTT paling aktif menyelenggarakan kelas pendidikan.

Penyakit yang paling banyak dipantau oleh puskesmas adalah hipertensi, malnutrisi (*stunting* dan *wasting*) pada balita, dan kelengkapan imunisasi dasar. Seperti halnya kelas pendidikan, program

deteksi luar dijalankan paling intensif oleh puskesmas di NTT. Puskesmas bertanggung jawab untuk membentuk dan mengawasi posyandu di wilayah cakupan mereka. Rata-rata puskesmas dalam sampel mengawasi 16 posyandu aktif, yang dijalankan setiap bulan. Sebagian besar puskesmas juga membuka pos pembinaan terpadu untuk lanjut usia (posbindu lansia), dan pos pembinaan terpadu untuk penyakit tidak menular alias posbindu PTM.

Dalam tiga bulan terakhir, sebanyak 14 dari 18 puskesmas menerima tambahan anggaran dari pemerintah pusat melalui dana bantuan operasional kesehatan (BOK). Pendanaan dari jaminan kesehatan pemerintah (dana kapitasi JKN) meningkat di enam puskesmas. Adapun pendapatan dari pasien tidak mampu di sebagian besar puskesmas relatif stabil atau menurun. Tren ini mencerminkan peningkatan jumlah pasien pemilik jaminan kesehatan di puskesmas, yang pada gilirannya mengurangi jumlah pasien umum. Tren ini juga menunjukkan bahwa puskesmas makin tergantung pada pendanaan pemerintah sebagai sumber pendapatan utama mereka.

Tiga belas dari 18 puskesmas melaporkan adanya peningkatan pengeluaran untuk penyediaan layanan medis. Sementara itu, hanya tujuh puskesmas yang melaporkan peningkatan biaya untuk membayar tenaga kesehatan. Dengan adanya dana kapitasi, sangat penting untuk menyesuaikan kembali kompensasi pekerja mengingat meningkatnya volume pasien (Ramdani, Setiawati dan Herawati, 2016; KOMPAK, 2017). Sepuluh puskesmas melaporkan naiknya biaya karena peningkatan kegiatan di dalam ruangan, sedangkan 12 lainnya melaporkan peningkatan biaya karena kegiatan di luar ruangan. Hanya tiga puskesmas yang melaporkan peningkatan pengeluaran untuk membangun fasilitas. Sebagian besar responden menjawab "tidak relevan" atau "tidak tahu" untuk pertanyaan ini.

Sebagai kesimpulan, beberapa kekurangan dalam dimensi fasilitas puskesmas perlu mendapat perhatian segera. Misalnya, jam operasional puskesmas yang singkat atau waktu penutupan yang lebih cepat (pukul 12.00) membuat banyak pasien mendapatkan pengobatan yang tidak layak, termasuk mereka yang bekerja berjam-jam tanpa izin sakit atau cuti, seperti buruh dan petani. Sementara itu, akses yang tidak nyaman dapat menghambat orang untuk pergi dan mencari pengobatan (Radito, 2014). Untuk melayani mereka yang tempat tinggalnya jauh, puskesmas keliling dapat dijalankan lebih sering guna memastikan mereka juga menerima perawatan kesehatan.

Absennya seorang dokter di puskesmas dapat menurunkan motivasi orang dalam mencari layanan kesehatan. Di tingkat nasional, rata-rata terdapat 1,83 dokter dan 0,73 dokter gigi di setiap puskesmas (Kemenkes, 2018). Dalam sampel, hanya ada 0,89 dokter umum dan 0,39 dokter gigi per puskesmas. Angka ini di bawah standar minimum sumber daya manusia bidang kesehatan di puskesmas di daerah tertinggal yang ditetapkan oleh Kemenkes (Kemenkes, 2014b). Terkadang, perawat dan bidan menjadi pengganti dokter. Ada lebih banyak perawat dan bidan per puskesmas dalam sampel (rata-rata 17 perawat dan 14 bidan) daripada yang angka di tingkat nasional (rata-rata 15 perawat dan 12 bidan) (Kemenkes, 2018). Namun, mengingat bahwa sampel dalam kajian ini terletak di daerah tertinggal, puskesmas cenderung memiliki cakupan wilayah yang jauh lebih luas daripada di tempat lain. Karena itu, lebih banyak perawat dan bidan diperlukan untuk mengisi pos kesehatan desa (poskesdes) dan pos kesehatan untuk membantu persalinan atau pos bersalin desa (polindes).

Untuk memastikan bahwa masyarakat di daerah tertinggal memiliki akses ke pelayanan kesehatan primer berkualitas, kebijakan langsung dapat diarahkan untuk meningkatkan fasilitas di puskesmas. Awalnya, hal ini termasuk menghubungi dinas kesehatan kabupaten untuk memperbaiki akses masyarakat ke puskesmas dan merekrut dokter, serta menyediakan teknisi laboratorium dan apoteker (Harian Nasional, 2017). Dengan meningkatnya volume pasien, rasio tenaga kesehatan terhadap pasien menjadi menurun sehingga dapat berdampak negatif terhadap kualitas layanan. Masyarakat setempat dapat membantu memperbaiki puskesmas dengan mengoordinasikan aksi gotong royong untuk membuka jalan ke puskesmas ataupun mengecat ulang dan membersihkan puskesmas. Untuk meningkatkan kualitas kegiatan yang dijalankan oleh puskesmas, program pendidikan harus dirancang secara kreatif dan inovatif. Insentif kecil, seperti pembagian souvenir, dapat diberikan untuk menarik khalayak yang lebih luas. Puskesmas juga dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan kabupaten untuk menyediakan sumber daya tambahan (Listiana, Suryoputro, dan Sriatmi, 2018). Pesan kesehatan harus disampaikan dengan cara yang sederhana dan menyeluruh, serta dapat diterapkan oleh masyarakat di rumahnya.

13. Tren Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dalam Implementasi JKN: 2011–2016

Latar Belakang

Tujuan utama JKN adalah untuk mengatasi ketimpangan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dengan memastikan seluruh lapisan masyarakat, terutama kelompok miskin dan rentan miskin, memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa harus mengalami kesulitan keuangan. Namun, apakah sejak JKN diluncurkan pada 2014 sudah terjadi perbaikan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan? Apakah terjadi perbedaan pelayanan yang disebabkan oleh status sosial-ekonomi atau wilayah? Faktor apa saja yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan selain cakupan asuransi? Apakah pemanfaatan JKN lebih sesuai di pelayanan primer dibandingkan dengan di pelayanan rujukan? Jawaban dari pertanyaan tersebut digali melalui studi ini.

HP+ yang didukung USAID membuat kajian ini bersama TNP2K. Tim kajian membandingkan tren pemanfaatan rawat inap dan rawat jalan sebelum dan sejak diluncurkannya JKN, baik pada penduduk pemilik jaminan kesehatan maupun pada mereka yang tidak punya, serta pada seluruh kelompok sosial-ekonomi dan kelompok pulau.

Metode dan Data

Analisis ini mengkaji pemanfaatan rawat inap dan rawat jalan dengan menggunakan data survei rumah tangga Susenas 2011-2016 dan memasukkan data kesehatan di tingkat provinsi dari Kemenkes. Analisis deskriptif menilai tren penggunaan rawat inap dan rawat jalan di tingkat nasional dari waktu ke waktu. Kajian ini mengembangkan dua model untuk memahami faktor-faktor yang secara signifikan meningkatkan penggunaan rawat inap dan rawat jalan, yang difokuskan pada pengaruh jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk semua kelompok sosial-ekonomi dan kelompok pulau (Jawa, Kalimantan, Sulawesi, Sumatera, dan Indonesia Timur). Pengaruh faktor-faktor lain terhadap penggunaan pelayanan kesehatan juga diteliti.

Tren dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pada tahun pertama implementasi JKN (2014–2015), pemanfaatannya meningkat secara signifikan. Penggunaan layanan rawat inap meningkat 46 persen, sedangkan rawat jalan naik 16 persen. Masyarakat mampu, baik yang memiliki jaminan maupun tidak, menjadi kelompok yang paling banyak mengambil manfaat pelayanan kesehatan. Pemanfaatan layanan kesehatan terlihat stabil pada tahun-

tahun sebelum JKN diterapkan (201-2013), lalu terjadi lonjakan pemanfaatan pada tahun pertama JKN. Kenaikan pemanfaatan rawat inap dan rawat jalan oleh masyarakat pemilik jaminan kesehatan tersebut masing-masing sebesar 64 persen dan 20 persen. Penggunaan rawat inap pada masyarakat yang tidak memiliki jaminan juga meningkat meskipun lajunya lebih rendah dibandingkan dengan pemilik jaminan kesehatan. Pemanfaatan rawat inap dan rawat jalan oleh masyarakat mampu pemilik jaminan kesehatan dapat dilihat pada **Gambar 24**.

Gambar 24. Diagram Pemanfaat Rawat Inap dan Rawat Jalan Peserta dan Bukan Peserta Jaminan Kesehatan

Diagram 1a. Pemanfaatan Rawat Inap Peserta dan Bukan Peserta Jaminan Kesehatan Berdasarkan Status Sosial-Ekonomi

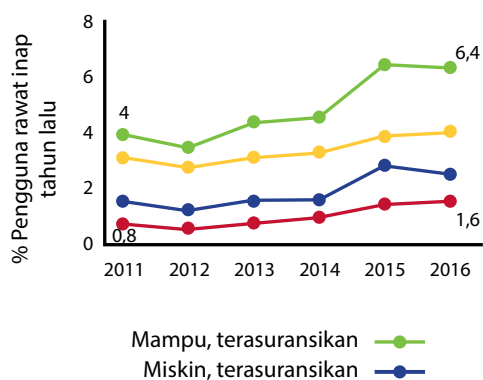
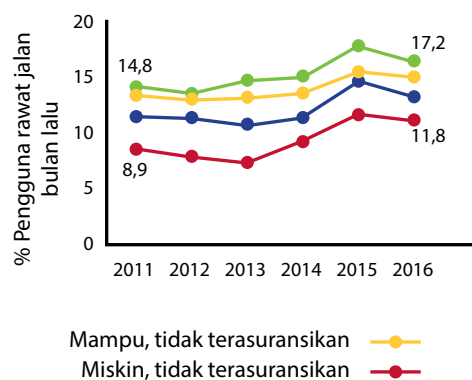


Diagram 1b. Pemanfaatan Rawat Jalan Peserta dan Bukan Peserta Jaminan Kesehatan Berdasarkan Status Sosial-Ekonomi



Sumber: Susenas, 2011-2016. diolah oleh HP+ dan TNP2K, 2017

Faktor-faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan Rawat Inap

Dibandingkan masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan, peserta JKN cenderung memanfaatkan rawat inap. Sebelum JKN diterapkan, terdapat perbedaan besar dalam kecenderungan penggunaan rawat inap di antara kelompok pulau dan di antara kelompok sosial-ekonomi, yang dalam tahun-tahun terakhir ini perbedaan tersebut kian menyempit. Pada 2016, kepemilikan JKN dalam layanan rawat inap oleh masyarakat miskin dan masyarakat mampu sama pengaruhnya.

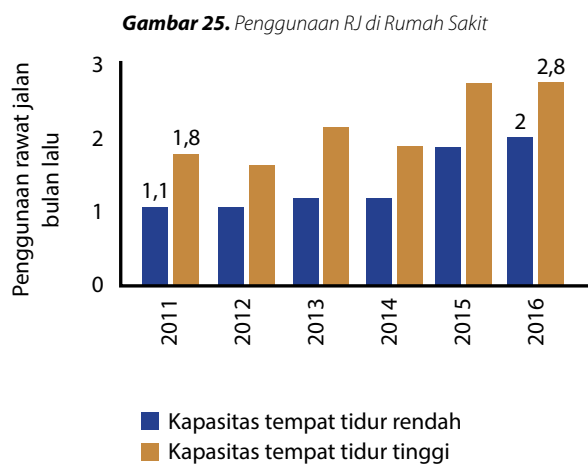
Pemanfaatan Rawat Jalan

Kecenderungan penggunaan rawat jalan di kalangan peserta JKN lebih besar daripada pada mereka yang tidak memiliki jaminan—meskipun kecenderungan ini tidak menunjukkan kenaikan dari waktu ke waktu. Namun tetap ada perbedaan kecenderungan penggunaan rawat jalan per kelompok pulau. Kepesertaan JKN meningkatkan kecenderungan penggunaan rawat jalan individu miskin, rentan

miskin, dan berpenghasilan menengah sebesar 32 persen dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki jaminan.

Ketersediaan Pelayanan

Penggunaan rawat jalan di rumah sakit menunjukkan kenaikan di provinsi dengan rumah sakit berkapasitas tempat tidur rendah dan tinggi (**Gambar 25**) setelah 2014. Namun pada puskesmas penggunaan rawat jalan relatif tidak berubah. Hal ini menunjukkan bahwa faktor ketersediaan layanan meningkatkan kemungkinan penggunaan layanan rawat jalan di rumah sakit dibandingkan di puskesmas sejak adanya JKN.



Sumber: Susenas, 2011-2016. Diolah oleh HP+ dan TNP2K, 2017

Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan

Analisis ini menyoroti berbagai perbaikan signifikan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan sejak diluncurkannya JKN, terutama dalam penggunaan rawat inap di sebagian besar kelompok pulau. Meskipun ada perbedaan pemanfaatan antara masyarakat miskin dan masyarakat mampu, pengaruh JKN terhadap penggunaan rawat inap cenderung sama pada kedua kelompok masyarakat tersebut. Agar ketimpangan berdasarkan kelompok sosial-ekonomi dan kelompok pulau ini dapat diatasi, direkomendasikan:

- Mendorong penggunaan rawat jalan di daerah perdesaan.
- Memberikan insentif kepada individu yang mengakses rawat jalan di puskesmas dengan memperbaiki kualitas dan meminimalkan waktu tunggu.
- Melakukan kajian lebih lanjut terhadap kendala selain faktor keuangan yang dapat memengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.

14. Keberlanjutan Keuangan Jaminan Kesehatan Nasional: 2017-2021

Latar Belakang

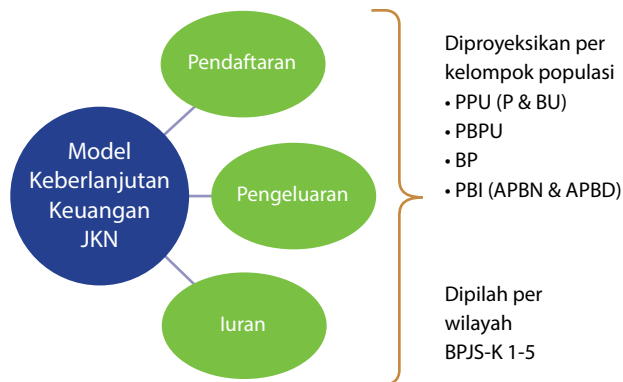
JKN merupakan salah satu program jaminan kesehatan dengan satu penyelenggara (*single-payer*) paling ambisius di dunia. Sejak diluncurkan pada Januari 2014, JKN berhasil meningkatkan kepesertaan hanya dalam beberapa tahun. Pemerintah berkomitmen memastikan agar JKN dapat terus berjalan secara berkelanjutan. Namun karena defisit yang dialami JKN setiap tahun terus meningkat, kondisi keuangan JKN kerap mendapat sorotan. Untuk itu, pemerintah perlu membuat proyeksi yang lebih akurat dan kebijakan yang tepat untuk meningkatkan pendapatan, mengoptimalkan pengeluaran pelayanan kesehatan, dan mengestimasi kemungkinan terjadinya defisit pada masa yang akan datang guna memastikan JKN dapat dikelola secara berkelanjutan.

Sehubungan dengan itu, HP+ yang didukung USAID, bersama TNP2K membuat analisis bersama untuk memproyeksikan keberlanjutan keuangan JKN dengan menggunakan model matematika dinamis dan mengkaji implikasi keuangan yang akan timbul jika ada perubahan kebijakan yang saat ini sedang dipertimbangkan.

Metode dan Data

Model ini menggunakan data dari tiga sumber utama, yaitu data klaim JKN agregat, baik data historis maupun data yang diproyeksikan oleh BPJS Kesehatan; data ekonomi makro dan data sosial-ekonomi yang tersedia untuk umum dari BPS; serta masukan dari para pemangku kepentingan tentang berbagai keputusan pokok yang terkait dengan kebijakan untuk dinilai dalam model ini. Dengan proyeksi populasi berdasarkan wilayah dan kelompok peserta JKN sebagai fokus, model ini memproyeksikan populasi yang terdaftar sebagai peserta JKN; iuran; pengeluaran untuk pelayanan kesehatan menurut tipe pelayanan kesehatan berbasis rumah sakit, kapitasi, dan nonkapitasi; serta pengeluaran nonkesehatan. Kemudian, posisi keuangan tahunan JKN dan rasio pengajuan penggantian biaya secara keseluruhan dirangkum dalam grafik yang senantiasa menampilkan status dan perkembangan terkini serta tren historis dari indikator kinerja utama.

Gambar 26. Struktur Model Keberlanjutan Keuangan



Sumber:TNP2K, 2018

Faktor-faktor yang Dipertimbangkan dalam Proyeksi adalah Pendaftaran, Pengeluaran, dan Iuran

Pendaftaran

Terhitung sejak April 2018, JKN menanggung 195 juta jiwa atau sekitar 75 persen dari jumlah seluruh penduduk Indonesia. Skenario yang dibuat memproyeksikan akan ada 225 juta jiwa yang terdaftar sebagai peserta pada 2021. Itu dengan asumsi bahwa dalam kurun waktu tersebut jumlah peserta PBI masih tetap sebanyak 92,4 juta jiwa. Skenario tersebut juga memperhitungkan pergeseran dalam aspek kependudukan dan angkatan kerja ketika perekonomian Indonesia mengalami pertumbuhan.

Pengeluaran

Rumah sakit menghabiskan hampir 80 persen pengeluaran untuk pelayanan JKN. Karena itu, model ini memperhitungkan dampak dari perubahan epidemiologi terhadap perilaku mencari pengobatan di rumah sakit dan berkurangnya pengobatan informal, yang sejalan dengan surutnya kecenderungan penduduk yang berisiko tinggi menderita penyakit kronis untuk mendaftar sebagai peserta JKN (*adverse selection*). Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, jumlah klinik swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kian banyak sehingga model ini menghitung dampak keuangan dari tren tersebut, dengan mempertimbangkan nilai kapitasi klinik yang lebih tinggi, dan usulan untuk merevisi nilai kapitasi tersebut.

Kontribusi

Besaran iuran masing-masing kelompok peserta dan rendahnya tingkat pengumpulan iuran pada peserta sektor informal memengaruhi pendapatan dari iuran. Model ini meliputi revisi terhadap besaran iuran pekerja bukan penerima upah yang memilih kelas rawat inap yang lebih rendah (kelas II dan III). Hal ini juga mencerminkan upaya BPJS Kesehatan baru-baru ini dalam memperbaiki pengumpulan

iuran. Misalnya, melalui perpanjangan waktu tunggu setelah registrasi untuk mendapatkan kepesertaan, mewajibkan pendaftaran kepesertaan per rumah tangga, dan memonitor kepatuhan peserta dalam membayar iuran. Besaran iuran PBI dipertahankan karena tingkat pemanfaatan oleh kelompok ini masih rendah. Sehingga, jika dinaikkan hanya akan mensubsidi kelompok pembayar iuran. Tingkat kontribusi sektor formal dihitung kembali menggunakan data gaji spesifik per wilayah dan data kepesertaan.

Keberlanjutan Keuangan JKN: Kinerja Saat Ini dan Proyeksi

Defisit JKN mencapai Rp6,23 triliun pada 2017, dengan rasio pengajuan penggantian biaya atau klaim rasio rata-rata sebesar 103 persen. Klaim rasio per kelompok bervariasi tetapi tampaknya terus meningkat.

Hasil proyeksi terhadap data dasar yang dihimpun di awal memberikan prediksi bahwa defisit akan meningkat seiring dengan makin banyaknya pendaftaran untuk menjadi peserta JKN. Namun model ini menunjukkan bahwa laju kenaikan defisit dapat ditahan dan memungkinkan JKN berada pada jalur yang berkelanjutan. Pada 2020, defisit JKN diperkirakan stabil pada kisaran Rp9 triliun per tahun dengan klaim rasio rata-rata sebesar 104 persen. Menaikkan iuran per kapita dan keharusan untuk berbagi biaya (*cost sharing*) untuk pelayanan tertentu yang tidak lagi bebas biaya sedang dipertimbangkan. Di sisi lain, peningkatan efisiensi juga dapat memperbaiki posisi keuangan JKN, meskipun dampaknya terhadap pemanfaatan dan proteksi finansial masih memerlukan analisis lebih lanjut.

Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan

Analisis HP+ dan TNP2K menunjukkan bahwa JKN dapat berkelanjutan dari segi finansial dengan memperhitungkan tren jangka panjang dan perubahan kebijakan tertentu. Di samping itu, dengan mempertimbangkan bahwa pemanfaatan JKN pada peserta PBI cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya fasilitas kesehatan dan meningkatnya kesadaran akan manfaat JKN, maka tim kajian merekomendasikan hal sebagai berikut:

- Meningkatkan fokus pada strategi untuk mendaftarkan dan mempertahankan kepesertaan pekerja sektor informal.
- Meningkatkan penilaian pada partisipasi dan kontribusi sektor formal swasta.
- Memperkuat pembelian/pembelanjaan strategis (*strategic purchasing*), terutama dengan pihak rumah sakit, termasuk implementasi lebih lanjut pemisahan secara tegas antara penyedia layanan dan penanggung pembiayaan layanan, pemberian kontrak dan akreditasi secara selektif,

memperbaiki prosedur pemberian rujukan dan rujuk balik, dan kian menggiatkan audit secara klinis dan pada proses pengajuan penggantian biaya.

- Memberikan insentif yang lebih baik untuk penyediaan layanan kesehatan yang efisien melalui perluasan kapitasi berbasis kinerja pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Selain itu, mempelajari lebih lanjut potensi untuk mengimplementasikan anggaran global (*global budget*) pada tingkat rumah sakit berdasarkan kegiatan percontohan yang saat ini sedang berlangsung.

15. Pasar Sektor Kesehatan Swasta di Era JKN

Latar Belakang

JKN merupakan salah satu bentuk komitmen pemerintah dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Dalam melaksanakannya, diperlukan kemitraan yang kuat antara pemerintah dan sektor kesehatan swasta. Karena JKN akan berdampak pada sektor kesehatan swasta, respons dari pihak swasta atas kebijakan JKN penting untuk diketahui. Apalagi JKN berupaya memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas. Di sisi lain, JKN pun dituntut untuk mendukung sektor swasta tetap kokoh serta terus bertumbuh.

Untuk mengetahui hal tersebut, HP+ yang didukung USAID kembali melakukan analisis bersama dengan TNP2K. Analisis difokuskan pada dampak JKN terhadap perusahaan farmasi, alat kesehatan, dan rumah sakit swasta. Hal itu untuk mengetahui apakah JKN mendorong munculnya pemain baru di pasar sektor kesehatan swasta, terutama di wilayah-wilayah yang sebelumnya tidak terlayani dengan baik; apakah terdapat diversifikasi produk dan pelayanan sektor kesehatan swasta; dan apakah JKN mendorong persaingan yang sehat antara perusahaan dan antar-rumah sakit.

Metode dan Data

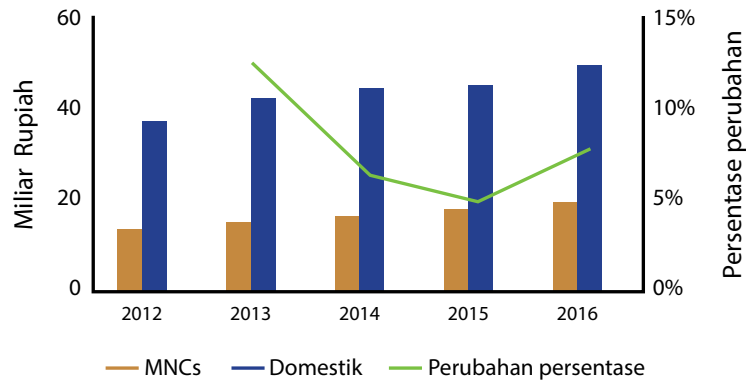
HP+ dan TNP2K mengumpulkan data melalui tiga pendekatan. *Pertama*, survei terhadap 73 rumah sakit swasta di 11 provinsi. *Kedua*, mewawancarai 27 informan kunci dengan pimpinan sektor kesehatan swasta terdepan. Dan *ketiga*, mengkaji data sekunder yang dapat diakses publik. Survei rumah sakit swasta menghimpun data kuantitatif yang menghasilkan tren volume dan jenis pelayanan kesehatan yang tersedia, profitabilitas, dan persepsi terhadap kompetisi. Wawancara informan kunci dan kajian data sekunder dilakukan untuk memahami tren perubahan pasar sektor kesehatan swasta.

Dampak JKN terhadap Pasar Farmasi dan Alat Kesehatan

Pasar produk farmasi mengalami pertumbuhan sejak JKN diluncurkan pada tahun 2014 (**Gambar 27**). Namun pertumbuhan penjualan mengalami pelambatan pada tahun-tahun terakhir dan diproyeksikan akan menurun pada 2018 dan 2019, baik untuk obat paten maupun generik. Sejak 2014, hanya sedikit perusahaan baru yang masuk ke pasar produk farmasi dan hanya sedikit bukti yang menunjukkan adanya peningkatan jenis obat. Namun JKN mempunyai efek terhadap diferensiasi pasar perusahaan multinasional dan perusahaan lokal, dengan perusahaan multinasional (MNCs) yang berfokus pada obat

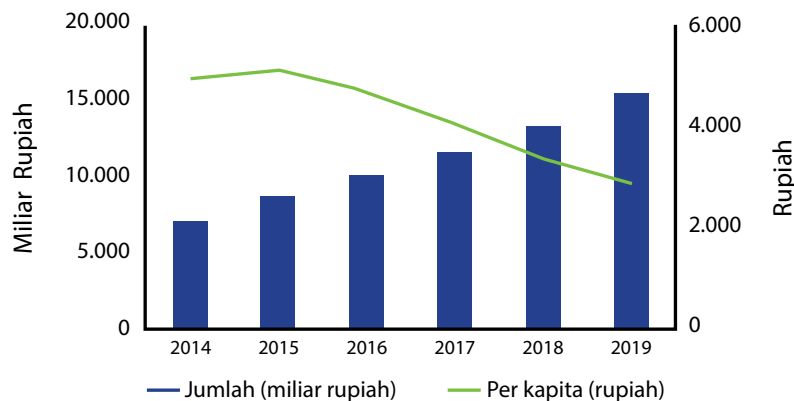
paten dan perusahaan lokal yang berfokus pada obat generik. Persaingan perusahaan dalam negeri meningkat bukan pada kualitas obat, namun justru pada harga—yang pada akhirnya merugikan pasien.

Gambar 27. Total Pasar Farmasi, 2012-2016



Sumber: IMS, 2017

Gambar 28. Pasar Alat Kesehatan, 2015-2019



Sumber: IMS, 2017

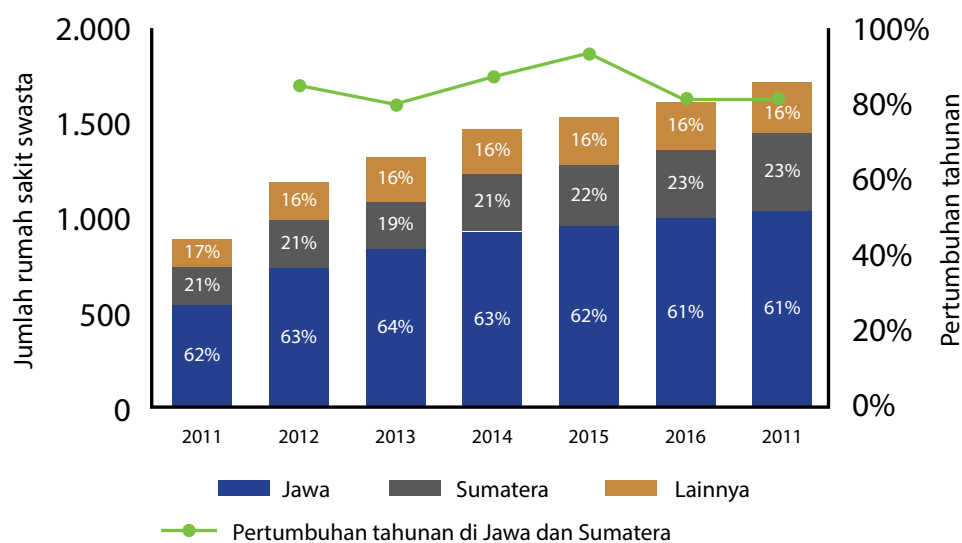
Pasar alat kesehatan Indonesia yang nilainya mencapai Rp10,2 triliun pada 2016 diproyeksikan akan terus tumbuh (**Gambar 28**). Sebelum ada JKN, pasar tersebut memiliki basis yang rendah. Pertumbuhannya tercatat hanya 12 persen pada 2016 dan diproyeksikan akan melebihi 16 persen pada 2017 dan 2018, serta dapat mencapai 18 persen pada 2019. Meskipun jumlah perusahaan alat kesehatan tidak berubah, persaingan kian ketat dan pertumbuhan di wilayah-wilayah baru makin meningkat. Keragaman produk yang ditawarkan juga meningkat di beberapa daerah, khususnya mesin-mesin diagnostik dan bahan medis habis pakai, seperti selang oksigen dan kateter. Hal tersebut berhubungan dengan tren sektor rumah sakit swasta yang akan dibahas di bawah ini.

Plafon biaya layanan kesehatan di rumah sakit yang ditentukan oleh INA-CBGs memengaruhi pertumbuhan industri, sejalan dengan keputusan fasilitas kesehatan untuk merawat pasien dengan biaya yang lebih rendah. Informan kunci menyatakan bahwa meningkatnya persaingan mendorong turunnya harga. Perusahaan pun sedapat mungkin mengusahakan agar produknya masuk ke dalam katalog elektronik atau *e-Katalog* Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah (LKPP). Selain itu, perusahaan alat kesehatan berinvestasi pada pengenalan produk dan mempertahankan loyalitas pelanggan.

Dampak JKN terhadap Sektor Rumah Sakit Swasta

Sejak JKN dilaksanakan, jumlah rumah sakit swasta yang sebagian besar terdapat di Jawa dan Sumatera, meningkat. Investasi jaringan rumah sakit yang berorientasi laba menyiratkan keinginan mereka untuk mendapatkan keuntungan dari “pasar” JKN. Jika pasar daerah perkotaan dan sekitar perkotaan di Jawa dan Sumatera sudah optimum, kemungkinan besar akan terjadi ekspansi ke daerah perdesaan yang kekurangan tenaga dokter dan perawat terlatih. Namun kebijakan pembangunan dan perizinan fasilitas kesehatan dapat menjadi penghambat.

Gambar 29. Pertumbuhan Jumlah Rumah Sakit Swasta per Sektor dan Wilayah, 2011-2017



Sumber: Kementerian Kesehatan, Profil Kesehatan Indonesia, 2011-2017

Berbagai bukti menunjukkan bahwa INA-CBGs memberikan insentif kepada rumah sakit swasta untuk menyediakan layanan kesehatan yang lebih banyak dan lengkap dengan kualitas yang lebih baik. Rumah sakit dengan keuangan yang baik saat ini melakukan ekspansi menuju pelayanan kesehatan

yang lebih komprehensif yang dapat mendatangkan pendapatan bersih lebih tinggi. Namun sebagian besar rumah sakit belum memperluas jenis layanan kesehatan secara signifikan. Laba dimaksimalkan dengan cara mengurangi biaya dan hanya menawarkan pelayanan kesehatan rutin. Terlepas dari orientasinya akan laba, fasilitas kesehatan swasta merupakan penerima harga pasar untuk pelayanan yang diberikan, yaitu berdasarkan tarif INA-CBGs. Karena saat ini BPJS Kesehatan merupakan pembeli pelayanan kesehatan terbesar dan paling berpengaruh, penyedia layanan kesehatan terdorong untuk lebih mengutamakan pengendalian biaya daripada kualitas.

Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan

Analisis dalam kajian ini menunjukkan bahwa JKN telah mendorong pertumbuhan pasar sektor swasta, memberikan insentif untuk investasi, dan meningkatkan persaingan. Namun, belum mendorong peningkatan keragaman wilayah layanan dan produk secara menyeluruh. JKN dapat memberikan dampak positif yang lebih besar terhadap sektor swasta apabila para pemangku kepentingan melakukan hal sebagai berikut:

- Mengklarifikasi proses penetapan tarif INA-CBGs, termasuk biaya yang digunakan dalam menghitung tarif, sehingga sektor swasta (rumah sakit) dapat membuat keputusan dengan dasar informasi yang valid mengenai pilihan-pilihan pengobatan yang dapat diberikan kepada pasien.
- Menggunakan *health technology assessment* (HTA) dengan fokus di luar obat-obat *top-up* yang mahal untuk membantu menginformasikan prosedur serta proses seleksi obat dan alat kesehatan.
- Meningkatkan registrasi *e-Katalog* dengan mempertimbangkan kemungkinan dibolehkannya lebih dari satu pemenang tender pengadaan obat, mengembangkan kriteria lain selain harga, serta mempertimbangkan kemungkinan akses *e-Katalog* untuk penyedia layanan kesehatan swasta.
- Meningkatkan koordinasi antara pasar asuransi kesehatan swasta dan JKN yang berbasis analisis HTA untuk menyediakan cakupan tambahan atau *top-up*, yang memberikan akses terhadap obat dan perawatan nongenerik yang saat ini tidak tercakup dalam JKN.

16. Memperluas Akses Pelayanan Kesehatan melalui Sektor Swasta: JKN dan Rumah Sakit Swasta

Latar Belakang

Pemerataan akses pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia masih tetap menjadi persoalan dalam pelaksanaan JKN. Kontrak kerja sama JKN dengan layanan kesehatan swasta diharapkan mengembangkan jangkauan lebih cepat daripada hanya melalui sektor pemerintah. BPJS Kesehatan selaku pengelola program JKN menjalin kerja sama dengan klinik swasta menggunakan sistem kapitasi dan INA-CBGs untuk pembayaran kepada rumah sakit. Pada September 2017, rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mencapai 60 persen. Karena itu, penting untuk mengetahui pengaruh kebijakan JKN dan keberadaan BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit swasta.

HP+ yang didukung USAID melakukan analisis bersama TNP2K untuk menggali hal tersebut. Analisis dilakukan dengan mengkaji kapasitas pelayanan rumah sakit swasta, pemanfaatan layanan, dan persoalan dalam hal keuangan sejak adanya JKN. Persepsi rumah sakit swasta mengenai pembayaran JKN yang adil juga dianalisis.

Metode dan Data

HP+ dan TNP2K mengumpulkan data primer dari 73 rumah sakit swasta di 11 provinsi. Sampel akhir terdiri dari 61 fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan 12 fasilitas kesehatan yang belum bekerja sama. Lewat survei, data kuantitatif dan kualitatif dari 2013—sebelum JKN diberlakukan—dan 2016—setelah JKN diberlakukan—dikumpulkan. Di setiap rumah sakit, wawancara dilakukan terhadap bagian administrasi rumah sakit, bagian keuangan, dan tenaga kesehatan. Tujuannya, untuk memperoleh gambaran mengenai strategi pengambilan keputusan, kondisi keuangan rumah sakit, permintaan pasien, dan layanan kesehatan yang tersedia. Surveyor juga mengumpulkan data operasional dan keuangan berdasarkan catatan administrasi rumah sakit.

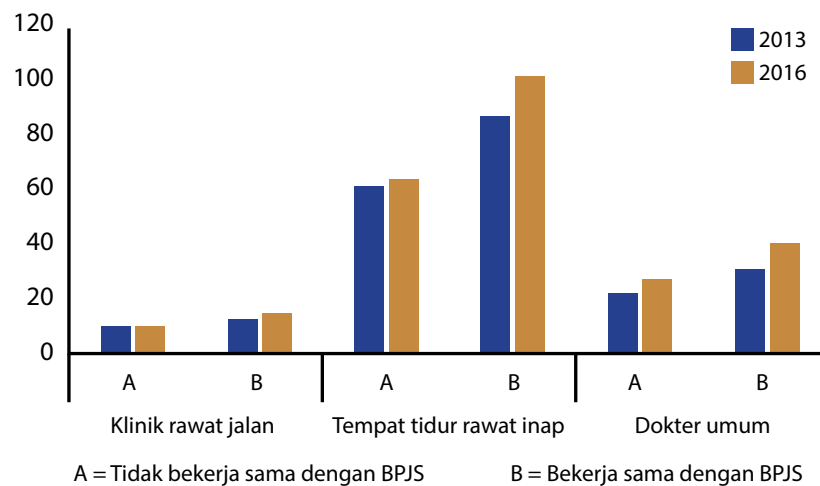
Analisis dilakukan menggunakan statistik deskriptif dan uji statistik terhadap perubahan data antartahun untuk melihat pergeseran variabel yang diteliti. Dalam kajian ini, model *difference-in-difference* (DID) digunakan untuk menguji apakah perubahan tersebut dapat diasosiasikan dengan status kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Kajian ini memakai rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai kelompok pembanding dalam membandingkan data 2013 dan 2016².

²Variabel kontrol model *difference-in-difference* adalah wilayah (Jawa, Sumatera, atau pulau-pulau lainnya), kepadatan penduduk berdasarkan kabupaten/kota, kelas rumah sakit (B,C,D), kepemilikan rumah sakit (nonprofit/sosial, berbasis agama, berorientasi laba milik perorangan atau jaring), dan jumlah dan keragaman klinik/ruang perawatan (jumlah dan jenis/tipe klinik).

Bagaimana Pengaruh Implementasi JKN terhadap Kapasitas, Pemanfaatan, atau Keuangan Rumah Sakit Swasta?

Kapasitas rumah sakit swasta meningkat dan menawarkan lebih banyak jenis pelayanan kesehatan, tetapi kerja sama dengan BPJS Kesehatan tidak memengaruhi keputusan untuk berinvestasi secara signifikan. Rumah sakit dalam sampel survei ini menyebutkan adanya kenaikan kapasitas, termasuk jumlah klinik rawat jalan, tempat tidur rawat inap (**Gambar 30**), dan alat penunjang diagnosis. Fasilitas kesehatan juga mempekerjakan lebih banyak staf, dengan jumlah rata-rata tenaga medis dan staf administrasi pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan masing-masing naik sebesar 23 persen dan 15 persen pada 2013 dan 2016. Sementara itu, jumlah rata-rata staf administrasi berkurang sebesar 3 persen pada rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Meskipun hasil pengamatan menunjukkan tren yang meningkat secara keseluruhan, model statistik yang digunakan tidak menunjukkan adanya efek yang signifikan secara statistik dari status kerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Gambar 30. Perubahan Jumlah Rata-rata Klinik Rawat Jalan, Tempat Tidur Rawat Inap, dan Dokter Umum



Sumber: HP+ dan TNP2K, 2018

Sebanyak 81 persen rumah sakit swasta menyebutkan terjadi kenaikan penggunaan layanan rawat inap dan rawat jalan sejak adanya JKN. Analisis tim kajian menunjukkan bahwa peningkatan pemanfaatan layanan rawat inap dan rawat jalan lebih dipengaruhi oleh jumlah dan jenis ruangan rawat inap, kelas perawatan, dan jenis klinik rawat jalan yang tersedia, daripada status kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Jumlah rata-rata pengobatan penyakit TBC yang dilayani setiap tahun meningkat sebesar

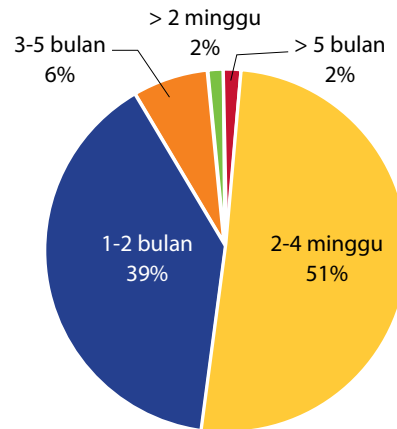
84 persen, antara 2013 dan 2016. Pada periode yang sama, jumlah rata-rata pengobatan penyakit tidak menular yang dilayani setiap tahun meningkat sebesar 72 persen. Hasil pengamatan juga menunjukkan kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil/melahirkan, bayi baru lahir, dan anak, serta pemeriksaan penunjang diagnostik.

Indikator keuangan menunjukkan bahwa pembayaran pelayanan kesehatan dari kantong sendiri berkurang drastis di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit swasta tersebut tampak lebih menyadari biaya karena mereka lebih bergantung pada pendapatan dari JKN. Hal sebaliknya terjadi pada rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Persentase biaya obat dari total pengeluaran menurun secara signifikan pada rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dibandingkan dengan yang tidak bekerja sama. Ditemukan bahwa rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan lebih banyak menggunakan obat generik (58 persen) dibandingkan dengan yang tidak bekerja sama (26 persen). Persentase penggunaan *e-Katalog* sebagai acuan dalam menentukan harga pada rumah sakit swasta yang bekerja sama (72 persen) juga lebih besar jika dibandingkan dengan yang tidak bekerja sama (33 persen).

Apakah Proses Penggantian Biaya JKN Dinilai Menarik dan Adil?

Beberapa rumah sakit swasta berpandangan bahwa tingkat penggantian (*reimbursement rate*) cukup untuk menutup biaya langsung dan tidak langsung untuk semua pelayanan kesehatan. Namun proses pengurusan klaim dianggap tidak mudah. Hampir semua rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengakui bahwa penggantian biaya hanya dapat menutup biaya langsung dan tidak langsung untuk beberapa layanan. Sistem proses klaim JKN yang baru sudah diterapkan di 70 persen rumah sakit dengan mempekerjakan rata-rata 5,3 staf baru untuk memproses klaim. Sebagian besar rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan melaporkan bahwa pembayaran klaim diterima dalam kurun waktu empat pekan sejak pengajuan klaim. Namun mereka menunggu lebih dari satu bulan karena adanya proses verifikasi sebelum pembayaran dilakukan (**Gambar 31**).

Gambar 31. Rata-rata Lamanya Waktu Penggantian Biaya dari Sejak Diajukan hingga Diterima



Sumber: HP+ dan TNP2K, 2018

Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan

Analisis ini menegaskan adanya pertumbuhan infrastruktur rumah sakit swasta pada era JKN, yang diikuti dengan penurunan yang signifikan dalam pengeluaran kesehatan dari kantong sendiri pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Namun, kerja sama dengan BPJS Kesehatan tampaknya tidak terlalu berkaitan dengan investasi yang dikururkan rumah sakit untuk meningkatkan kapasitasnya. Di samping itu, rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupaya memangkas biaya dengan efisiensi. Bagi rumah sakit ini, proses pembayaran klaim tetap menjadi masalah. Agar pemerintah dapat mengarahkan sektor swasta untuk berinvestasi serta menyediakan pelayanan kesehatan yang mendasar dan berkualitas, kajian ini memberikan rekomendasi sebagai berikut:

- Meningkatkan transparansi dalam proses penetapan tarif JKN untuk rumah sakit, termasuk standar pelayanan medis, agar rumah sakit dapat terus mengelola sumber daya yang dimilikinya untuk mengendalikan biaya sekaligus memberikan pelayanan yang berkualitas.
- BPJS Kesehatan dapat mempertimbangkan peningkatan dalam proses klaim secara elektronik dengan mengembangkan sistem dokumentasi yang sistematis dan mengurangi beban administrasi, baik bagi BPJS Kesehatan maupun rumah sakit

17. Apakah JKN Berasosiasi dengan Efisiensi Rumah Sakit yang Lebih Besar? Bukti dari Survei Rumah Sakit Swasta

Latar Belakang

Pertumbuhan sektor kesehatan swasta di Indonesia cukup mendukung dalam menanggapi peningkatan permintaan setelah pemerintah berencana mencapai cakupan semesta pada 2019. Industri rumah sakit swasta tumbuh secara signifikan selama tujuh tahun terakhir, dari 52 persen menjadi 63 persen (Kemenkes, 2017).

Pemerintah melalui BPJS Kesehatan telah menandatangani kontrak dengan sejumlah klinik dan rumah sakit swasta. Pada September 2017, lebih dari 60 persen klinik dan rumah sakit menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan adalah swasta (Idris, 2017). BPJS Kesehatan yang menjadi lembaga pembayar tunggal, membayar rumah sakit swasta per kunjungan rawat jalan dengan menggunakan penghitungan INA-CBGs.

INA-CBGs menentukan tingkat pembayaran berdasarkan jenis penyakit, tingkat keparahan penyakit, dan kelas rumah sakit. Kecuali untuk penyakit seperti HIV dan TBC yang biasanya didanai oleh obat program pemerintah, penyedia layanan kesehatan swasta harus mempekerjakan staf dan membeli obat, reagen, dan peralatan terlebih dahulu sebelum ada penggantian.

Mengingat bahwa 80 persen pengeluaran rumah sakit merupakan biaya layanan kesehatan JKN (HP+ dan TNP2K, 2018), analisis ini bertujuan untuk melihat penggunaan sumber daya di rumah sakit sejak pelaksanaan JKN—apakah terjadi efisiensi. Efisiensi didefinisikan sebagai keadaan dengan setiap sumber daya dialokasikan secara optimal, seperti meminimalisasi limbah dan penyalahgunaan. Beberapa penelitian telah menilai efisiensi rumah sakit di Indonesia sejak JKN diteraokan. Namun mereka yang hanya menilai rumah sakit umum dan tidak menilai apakah perubahan efisiensi sebagai respons terhadap inisiasi JKN (Hafidz et al., 2018; Harmadi dan Irwandy, 2018; Iswanto, 2015). Situasi rumah sakit swasta yang dikontrak oleh BPJS Kesehatan sangat berbeda dengan rumah sakit umum, yang menyebabkan analisis perubahan efisiensi menjadi penting. Tidak seperti rumah sakit umum, yang biaya personel dan pengeluarannya dibiayai pemerintah, rumah sakit swasta harus mendanai sebagian besar biaya dari pendapatan langsung.

Pendekatan HP+ yang didukung USAID dan bekerja sama dengan TNP2K menggunakan model statistik untuk menilai efisiensi unit rawat inap dan rawat jalan rumah sakit swasta sebelum dan setelah JKN berlaku. Metode yang dipakai adalah analisis yang penyampulan data atau *data envelopment analysis* (DEA). DEA—teknik linier yang mengukur perubahan proporsional dari beberapa input dan hasil—sering digunakan untuk mengukur efisiensi (Banker et al., 1984; Charnes et al., 1978; Harmadi dan Irwandy, 2018). Dalam DEA, efisiensi dinilai untuk setiap fasilitas “relatif” terhadap fasilitas “terbaik,” dan “rata-rata”. Model *difference-in-difference* kemudian digunakan untuk menilai perubahan efisiensi terkait dengan kontrak BPJS Kesehatan dan implementasi JKN.

Metode dan Data

Sumber data

Kajian ini menggunakan data operasional, termasuk data beban rawat jalan, kapasitas rawat inap dan hunian, layanan yang tersedia, dan sumber daya manusia. Data dikumpulkan dari Desember 2017 hingga Januari 2018 dari 73 rumah sakit swasta di 11 provinsi, yang mewakili 5 persen dari rumah sakit swasta yang terdaftar di Indonesia. Rumah sakit dikelompokkan berdasarkan provinsi, klasifikasi rumah sakit, status kontrak dengan BPJS Kesehatan, dan kepemilikan (nirlaba, berbasis agama, laba pribadi, atau laba jaringan). Survei dilakukan terhadap 61 rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan dan 12 rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yang mewakili 13 rumah sakit kelas B, 38 rumah sakit kelas C, dan 21 rumah sakit kelas D. Rincian lebih lanjut tentang pengambilan sampel dan pengumpulan data dapat ditemukan dalam Hasil Survei Pribadi Rumah Sakit di Era Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia (Ross et al., 2018).

Analisis Data Envelopment

Dalam analisis ini, efisiensi dinilai dengan memeriksa hubungan antara input fisik dan hasil di rumah sakit swasta pada 2013 dan 2016. Efisiensi didefinisikan sebagai efisien secara teknis jika suatu peningkatan *output* memerlukan penurunan setidaknya satu *output* atau input lain (Farrel, 1957; Magnusson, 1996; Moshiri et al., 2010). Dengan kata lain, jumlah hasil maksimum yang mungkin diproduksi untuk jumlah input tertentu. Sebagai input yang digunakan dan hasil yang diproduksi di unit rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit swasta yang berbeda, analisis ini menciptakan model DEA yang berbeda untuk setiap unit dan tahun. Secara keseluruhan, empat model DEA dibuat, yakni unit rawat inap 2013, unit rawat inap 2016, unit rawat jalan 2013, dan unit rawat jalan 2016. Model DEA berorientasi untuk meminimalkan input (berorientasi input) atau untuk memaksimalkan output (berorientasi *output*), yang

bergantung pada kontrol rumah sakit pada input yang digunakan atau pada output yang dihasilkan. Dengan asumsi bahwa rumah sakit merencanakan anggaran di muka dan tidak memiliki kemampuan untuk dengan cepat menyesuaikan investasi infrastruktur, peralatan, atau tenaga kerja, model DEA ditetapkan untuk memaksimalkan *output* rumah sakit.

Semua variabel rawat inap dan rawat jalan dikumpulkan secara terpisah dalam instrumen survei dengan pengecualian sumber daya manusia, yang dilaporkan sebagai agregat di setiap rumah sakit. Variabel sumber daya manusia dipisahkan menjadi unit rawat inap atau rawat jalan berdasarkan asumsi waktu yang dihabiskan oleh dokter umum dan tenaga spesialis medis lainnya dengan sisa staf didistribusikan secara proporsional.³ Sumber daya manusia di unit rawat inap dan rawat jalan kemudian dikategorikan menjadi dokter umum atau dokter gigi; perawat; spesialis medis; dan staf pendukung dan administrasi.

Selanjutnya, statistik deskriptif dan uji statistik perubahan digunakan untuk menunjukkan pergeseran yang terjadi pada skor efisiensi yang dihasilkan oleh DEA antartahun. Skor yang meningkat menunjukkan peningkatan efisiensi. Untuk memahami apakah status kontrak BPJS Kesehatan memengaruhi efisiensi, tes ini dilakukan secara terpisah di setiap unit perawatan (Lindlbauer et al., 2016). Model DID menggunakan regresi *inverse truncated* (Simar dan Wilson, 2005; Tauchmann, 2015).⁴ Analisis dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak Stata/SE versi 15.

Keterbatasan

Karena ukuran sampel yang terbatas dan penolakan rumah sakit sampel untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, tidak ada rumah sakit kelas A yang disertakan dalam analisis. Selain itu, analisis ini tidak bertujuan untuk menggeneralisasi temuan di seluruh sektor swasta mengingat sampel hanya mencakup 12 rumah sakit yang tidak menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan. Karena keterbatasan data, tim kajian tidak dapat secara langsung menghubungkan perubahan efisiensi dengan JKN atau kontrak dengan BPJS Kesehatan—sebab tim tidak mengukur dampak dengan analisis sebab-akibat. Tanpa data tentang biaya atau harga penyediaan layanan di rumah sakit atau hasil kesehatan, tim kajian tidak dapat menilai efisiensi total rumah sakit swasta. Dengan keterbatasan tersebut, kajian ini bertujuan untuk menilai efisiensi relatif dari rumah sakit swasta dan menentukan apakah status kontrak dengan BPJS Kesehatan terkait dengan perubahan efisiensi.

³ Asumsi waktu yang dihabiskan dari penulis berdasarkan permintaan.

⁴ Regresi Truncated mengikuti model yang umum: $efficiencyT = \beta_0 + \beta_1BPJSK_affiliation + \beta_2TimeT + 3BPJSK_affiliation*TimeT + \beta_4Geo_groupT + \beta_5UrbanT + \beta_6Pop_densityT + \beta_7Hospital_classificationT + \beta_8Hospital_ownershipT + u + \epsilon T$

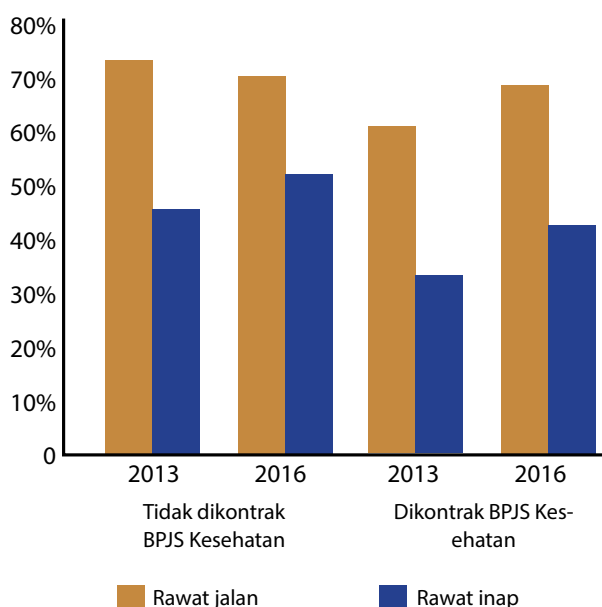
Hasil

Secara umum, antara 2013 dan 2016, variabel input dan output meningkat di unit rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan maupun yang tidak. Secara kualitatif, tim kajian menemukan bahwa penyedia layanan kesehatan menganggap pemanfaatan pasien dan investasi rumah sakit telah meningkat sejak adanya JKN. Sebanyak 81 persen dari seluruh rumah sakit yang disurvei melaporkan kenaikan jumlah pasien dan kapasitas tempat tidur sejak JKN dilaksanakan (54 persen rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan dan 25 persen rumah sakit tidak dikontrak). Sebagian besar rumah sakit juga menginformasikan mempekerjakan lebih banyak perawat dan spesialis sejak dimulainya JKN (85 persen rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan dan 58 persen dari rumah sakit tidak dikontrak).

Perubahan input termasuk kenaikan kecil rata-rata jumlah klinik rawat jalan dan ruang rawat inap dan penurunan rata-rata jumlah klinik lainnya di rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan. Jumlah rata-rata ruangan perawatan juga meningkat di rumah sakit yang tidak dikontrak oleh BPJS Kesehatan. Adapun rata-rata jumlah tempat tidur meningkat di kedua jenis rumah sakit. Perubahan input sumber daya manusia lebih signifikan terjadi di rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan.

Output yang digunakan dalam model DEA meliputi jumlah rata-rata hari rawat inap, jumlah rata-rata layanan rawat jalan, dan jumlah layanan bedah. Secara umum, semua output meningkat di rumah sakit yang dikontrak oleh BPJS Kesehatan antara 2013 hingga 2016, dan menurun di rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pada periode yang sama, hari rawat inap meningkat 51 persen di rumah sakit yang menjalin kontrak BPJS Kesehatan dan menurun 43 persen di rumah sakit yang memiliki kontrak dengan BPJS Kesehatan. Layanan rawat jalan juga meningkat 35 persen di rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan dan menurun 14 persen di rumah sakit yang tidak memiliki kontrak dengan BPJS Kesehatan. Terakhir, layanan bedah meningkat 67 persen pada rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan menurun 14 persen di rumah sakit jenis kedua. Analisis tambahan pada perubahan kapasitas, pemanfaatan, dan keuangan di rumah sakit, dirinci di tempat lain (Ross et al., 2018).

Gambar 32. Rata-rata Skor Efisiensi



Sumber: HP+ dan TNP2K, 2018

Apakah efisiensi rumah sakit swasta berubah sejak inisiasi JKN?

Secara keseluruhan, efisiensi rumah sakit swasta meningkat antara 2013 dan 2016. Rata-rata skor efisiensi unit rawat inap meningkat 8 persen dan unit rawat jalan meningkat 23 persen pada periode tersebut (**Gambar 32**). Di rumah sakit yang dikontrak oleh BPJS Kesehatan, rata-rata efisiensi meningkat di unit rawat inap (12 persen) dan rawat jalan (27 persen). Peningkatan ini dapat dijelaskan oleh adanya sedikit bertambahnya kapasitas layanan dan sumber daya manusia.

Di rumah sakit yang tidak memiliki kontrak dengan BPJS Kesehatan, efisiensi rawat inap rata-rata turun 4,7 persen pada periode yang sama. Di rumah sakit ini, peningkatan sumber daya manusia tidak diimbangi dengan peningkatan layanan yang disediakan. Efisiensi unit rawat jalan di rumah sakit ini meningkat 14 persen dalam kurun tersebut.

Apakah status kontrak dengan BPJS Kesehatan memengaruhi perubahan yang efisien?

Analisis ini menunjukkan bahwa menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan secara signifikan berdampak pada peningkatan efisiensi pada unit rawat inap. Dengan menjaga faktor lainnya tetap konstan, ada efek positif yang signifikan dari bekerja sama BPJS Kesehatan terhadap efisiensi. Dengan demikian, dampak menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan terhadap perubahan mean efisiensi adalah 3,46 persen. Namun status kontrak BPJS Kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap perubahan efisiensi di unit rawat jalan.

Variabel tahun, kelompok geografis, kepadatan populasi, klasifikasi tipe, dan kepemilikan rumah sakit juga memengaruhi efisiensi. Yang menarik, hasil analisis menunjukkan bahwa peningkatan efisiensi juga berasosiasi dengan peningkatan spesialisasi tipe rumah sakit, yaitu rumah sakit swasta dengan spesialisasi yang lebih besar (tipe B) daripada rumah sakit umum (tipe D). Hasil analisis juga memperlihatkan adanya asosiasi antara peningkatan efisiensi dengan status kepemilikan rumah sakit nirlaba dibandingkan dengan rumah sakit profit. Temuan ini menunjukkan bahwa rumah sakit yang beroperasi secara nirlaba beroperasi secara lebih efisien.

Secara kualitatif, hasil survei menunjukkan bahwa sebagian besar penyedia fasilitas kesehatan tidak mengetahui bahwa peningkatan efisiensi merupakan keuntungan utama dari bergabungnya rumah sakit tersebut ke dalam jaringan JKN. Mereka malah melaporkan ekspektasi dari beban peningkatan kedatangan pasien dan kemampuan untuk menawarkan kualitas layanan yang lebih baik. Hanya 38 persen rumah sakit yang dikontrak BPJS Kesehatan berpikir bahwa bergabung dengan jaringan JKN akan meningkatkan penggunaan sumber daya. Namun, sebanyak 89 persen dari rumah sakit melaporkan realisasi dari ekspektasi peningkatan efisiensi sejak menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan.

Selanjutnya, mayoritas petugas keuangan melaporkan bahwa rumah sakit memiliki kemampuan finansial untuk melakukan investasi modal dan infrastruktur sejak adanya JKN. Di rumah sakit yang tidak dikontrak oleh BPJS Kesehatan, sebanyak 83 persen petugas keuangan melaporkan bahwa rumah sakit secara finansial dapat melakukan investasi modal, dan 58 persen melaporkan dapat melakukan investasi infrastruktur sejak JKN diterapkan. Adapun di rumah sakit yang dikontrak oleh BPJS Kesehatan, sebanyak 95 persen petugas keuangan melaporkan bahwa rumah sakit memiliki kapasitas keuangan untuk berinvestasi pada infrastruktur dan 79 persen menginformasikan bahwa investasi infrastruktur terjadi sejak adanya JKN.

Data kualitatif dari direktur dan penyedia rumah sakit menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas dan infrastruktur tersebut bukan hasil dari mengorbankan kualitas perawatan. Sebanyak 64 persen rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan melaporkan peningkatan frekuensi pelatihan staf dalam pemberian layanan persalinan dan komplikasi persalinan, diagnosis TB, serangan jantung, dan dialysis. Di rumah sakit yang tidak memiliki kontrak dengan BPJS Kesehatan angkanya hanya 42 persen. Hampir semua rumah sakit sampel menggunakan mekanisme pelacakan kepuasan pasien dan memiliki tim penjamin kualitas atau peningkatan kualitas, meskipun sebagian rumah sakit didirikan sebelum 2014.

Diskusi dan Rekomendasi

Hasil analisis menunjukkan bahwa menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan meningkatkan efisiensi di unit rawat inap rumah sakit swasta, namun tidak ada bukti yang jelas adanya peningkatan efisiensi di unit rawat jalan terkait dengan adanya JKN. Mekanisme untuk memastikan kualitas perawatan juga tampaknya telah meningkat, namun tidak ada bukti yang menghubungkan hal tersebut dengan kebijakan JKN atau status kontrak dengan BPJS Kesehatan. Pada saat yang sama, pemerintah menguji coba beberapa mekanisme, seperti plafon anggaran global, untuk membatasi dan menahan kenaikan pengeluaran layanan rumah sakit. Peningkatan efisiensi dapat menyebabkan penggunaan sumber daya di rumah sakit menjadi lebih baik, memungkinkan penyedia layanan beradaptasi dan berkembang di bawah JKN, dan mendorong keberlanjutan keuangan. Namun berkurangnya atau menurunnya penggunaan input yang penting, misalnya dengan menurunkan kualitas perawatan, bukanlah hal yang diinginkan. Karena itu, penting bagi pemerintah untuk mempertimbangkan penerapan kebijakan yang mendorong efisiensi dan memastikan kualitas layanan dipertahankan. Rekomendasi berikut ini disarankan untuk terus dijalankan guna meningkatkan dan mendorong efisiensi tanpa membahayakan kualitas layanan.

- Mengkaji pengalaman dari hasil uji coba anggaran global yang diusulkan untuk JKN dan menerapkan pembayaran INA-CBGs ditambah dengan plafon pengeluaran bersama (*cost-sharing*) dengan mekanisme untuk menegakan pedoman dan standar klinis perawatan.
- Memastikan penyedia swasta dilibatkan dalam mekanisme pengelolaan biaya input, seperti obat.
- Mengoordinasikan dan membakukan standar jaminan kualitas dan tata kelola BPJS Kesehatan dan Kemenkes untuk memastikan bahwa rumah sakit yang menjalin kerja sama mempertahankan dan meningkatkan kualitas perawatan.





02

Kebijakan Pengadaan
Obat Era JKN

1. Analisis Pengadaan Obat pada Sistem JKN 2016

Pengantar

Untuk mencapai cakupan semesta pada 2019 yang menjadi tujuan JKN, ketersediaan obat yang memadai merupakan faktor penting. Kekosongan obat JKN, yang membuat pasien tidak memperoleh obat sesuai indikasi medisnya, harus segera diatasi. Mata rantai proses pengadaan obat JKN yang menyebabkan terjadinya kesenjangan antara rencana kebutuhan obat (RKO), katalog elektronik atau *e-Katalog*, dan realisasi RKO harus dibenahi, termasuk sistem pengadaan obat JKN oleh rumah sakit swasta di luar katalog elektronik. Sistem pendukungnya, infrastruktur peraturan dan perundang-undangan, perlu pula disempurnakan.

Sistem pengadaan secara elektronik atau *e-Procurement* obat di bawah JKN telah diimplementasikan selama lebih dari tiga tahun. Formularium Nasional (Fornas) mencantumkan nama semua obat yang telah ditinjau secara medis dan hemat biaya oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional, yang harus dipasok ke fasilitas kesehatan untuk mendukung jalannya JKN. Analisis ini menyoroti hambatan dalam implementasi Fornas dan tantangan dalam pengadaan obat melalui *e-Katalog*, khususnya dari perspektif penyedia layanan kesehatan.

Metodologi ini menggabungkan kajian kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif membandingkan data antara perencanaan persediaan pemerintah dan pembelian obat oleh fasilitas kesehatan sebagaimana dicatat oleh *e-Order*. Survei terhadap fasilitas kesehatan dilakukan di 10 kabupaten/kota di lima provinsi, yakni di Jawa Barat, Sumatera Barat, Selatan Kalimantan, Sulawesi Tenggara, dan Papua Barat. Survei juga melibatkan 28 rumah sakit publik dan swasta, 10 dinas kesehatan, 20 puskesmas, 9 klinik, dan 24 apotek. Sementara itu, analisis kualitatif menyigi persepsi pemangku kepentingan utama tentang pengadaan obat di bawah sistem ini. Analisis ini bersandar pada wawancara dengan tiga perusahaan farmasi dan 10 distributor.

Rantai Proses Pengadaan Obat JKN

Rantai proses pengadaan obat JKN berawal dari penyusunan RKO oleh dinas kesehatan kabupaten/kota yang dilaporkan ke pemerintah kabupaten/kota dan diteruskan ke pemerintah provinsi untuk dihimpun. Data RKO pemerintah provinsi menjadi bahan bagi pemerintah pusat, dalam hal ini Kemenkes, untuk menyusun RKO nasional. Selanjutnya, Kemenkes menetapkan harga perkiraan sendiri (HPS) dari setiap

obat untuk setiap provinsi dengan memperhitungkan biaya distribusi. Kebutuhan obat dengan harga yang ditetapkan inilah yang dilelang melalui *e-Katalog* LKPP. Dalam lelang, dipilih satu pemenang untuk setiap obat untuk satu provinsi berdasarkan harga penawaran terendah. Masalah yang dapat muncul pada rantai proses pengadaan obat yang panjang tersebut mencakup:

1. RKO

Di atas kertas, sebelum proses lelang, Kemenkes menetapkan jumlah obat yang dibutuhkan di suatu provinsi agar industri farmasi dapat menghitung harga yang kompetitif untuk tahun berikutnya. Pada kenyataannya, rasio realisasi pembelian obat dibandingkan dengan RKO rata-rata hanya mencapai 30 persen. Ketidakesesuaian realisasi pembelian dengan RKO tersebut membuat industri mengalami kerugian, sehingga tidak berminat mengikuti lelang pada periode berikutnya. Ketidakakuratan RKO terjadi karena proses penyusunannya tidak didasari pada data penggunaan obat tahun sebelumnya.

2. HPS

Dalam konsep, HPS yang bersama RKO menjadi dasar bagi industri farmasi untuk mengajukan penawaran, ditetapkan dengan mempertimbangkan berbagai faktor, seperti harga bahan baku di pasar internasional, nilai-tukar rupiah terhadap dolar Amerika Serikat, biaya produksi untuk memperkirakan harga pokok, hingga harga dari pemasok internasional sebagai pembanding. Pada kenyataannya, banyak jenis obat yang tidak mendapatkan penawaran dari industri sehingga tak dapat masuk ke dalam *e-Katalog*.

3. Fornas

Obat yang tercantum dalam Fornas, yang menurut International Non-Proprietary Names (INN) yang menggunakan nama molekul, dipahami sebagai obat yang dijamin oleh JKN. Di sisi lain, fasilitas kesehatan dibayar secara kapitasi berdasarkan INA-CBGs sudah mencakup obat. Hal ini menimbulkan dualisme pemahaman mengenai obat yang harus diberikan sesuai kebutuhan medis kepada pasien JKN. Dalam pembayaran kapitasi tercermin bahwa kewenangan dalam memilih obat ada pada fasilitas kesehatan. Namun, di lapangan sering ditemukan peserta JKN tidak mendapatkan obat atau diminta membeli obat sendiri dengan alasan obat yang dibutuhkan tidak ada di dalam Fornas.

4. *e-Katalog*

Pada penyediaan obat di fasilitas kesehatan pemerintah disiapkan mekanisme lelang harga secara nasional melalui *e-Katalog*. Lelang melalui katalog elektronik itu dimaksudkan untuk membantu fasilitas kesehatan pemerintah membeli obat tanpa melakukan lelang sendiri dengan tidak



menyalahi peraturan pengadaan barang publik. Semua jenis obat dalam Fornas seharusnya dapat dilelang dalam *e-Katalog* secara bersamaan sehingga fasilitas kesehatan dapat membeli obat tepat waktu sesuai kebutuhan pasien. Dalam praktiknya, lelang obat dilakukan bertahap hingga 14 paket dalam setahun. Hal tersebut malah menimbulkan kekosongan obat JKN sehingga fasilitas kesehatan yang terdesak kebutuhan harus membeli obat yang belum tersedia di pasar dengan harga reguler. Konsekuensinya, pasien yang berobat dipaksa membayar atau membeli sendiri obat dengan harga reguler, atau rumah sakit yang menanggung biaya obat. Selain itu, ditemukan pula kasus rumah sakit tidak memberikan obat karena obat yang dibutuhkan tersebut belum dapat diakses di *e-Katalog*.

5. Pengadaan obat melalui negosiasi harga

Untuk obat yang masih terlindungi paten yang hanya diproduksi oleh satu industri atau obat yang jumlah pemasoknya terbatas, mekanisme penetapan harganya tidak dapat melalui lelang. Sehingga, Kemenkes dan LKPP harus melakukan negosiasi harga secara langsung dengan industri. Muncul keluhan dari industri bahwa penetapan HPS sebagai acuan dalam negosiasi tidak memiliki dasar yang jelas, sehingga tawar-menawar harga obat tidak realistis. Hal ini menyebabkan menggelembungnya klaim obat yang macet karena tidak mendapat penggantian. Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, misalnya, klaim obat yang belum diganti dalam dua tahun (2014 dan 2015) mencapai Rp36 miliar.

6. Pengadaan *orphan drugs*

Kebutuhan obat bersifat mutlak sesuai dengan penyakit yang ada di Indonesia. Penyakit atau masalah kesehatan lain yang kasusnya jarang tetap membutuhkan obat untuk penanganannya. Namun karena volume obat yang dibutuhkan sangat kecil, secara teknis industri tidak tertarik memproduksinya. Obat yang demikian, yang disebut sebagai "*orphan drugs*", biaya produksinya sangat besar sehingga obat sering tidak tersedia meskipun peserta JKN membutuhkannya. Dalam kasus seperti ini, seharusnya pemerintah memberikan subsidi selisih harga terhadap biaya produksi yang tinggi sehingga tercapai harga keekonomian. Alternatif lain, pemerintah membeli atau menugaskan industri memproduksi "*orphan drugs*" dengan harga yang layak.

7. Pemilihan pemenang lelang

Dalam lelang harga *e-Katalog*, harga menjadi satu-satunya faktor penentu kemenangan. Faktor lain, seperti kualitas produk dan layanan serta reputasi perusahaan, tidak dipertimbangkan. Ada laporan bahwa banyak perusahaan yang tidak memiliki kapasitas dan reputasi yang baik, bahkan sebelumnya pernah melanggar kontrak, masih menjadi pemenang lelang. Persoalan lainnya, sistem yang hanya

memenangkan satu perusahaan untuk satu molekul obat di satu provinsi. Ketergantungan yang terlalu besar terhadap pemasok resmi yang tunggal ini menimbulkan kesulitan dalam memberikan obat kepada pasien. Tidak sedikit pemenang lelang yang tidak mampu memenuhi pasokan sesuai dengan kontrak. Akibatnya, pasien tidak mendapatkan obat yang dibutuhkan karena rumah sakit tidak dapat serta-merta membeli obat dari pemasok lain.

8. Pengumuman pemenang lelang

Selama ini, karena proses yang bertahap, pemenang lelang diumumkan pada waktu yang berbeda-beda. Bahkan ada yang baru diumumkan beberapa bulan setelah awal tahun berjalan. Di sisi lain, industri membutuhkan waktu minimal tiga bulan untuk perencanaan produksi dan pemesanan bahan baku. Apalagi volume obat yang diproduksi harus disesuaikan dengan RKO. Hal ini menyebabkan pasokan dari industri menjadi terlambat, dan mungkin tidak terserap, karena fasilitas kesehatan yang setiap saat membutuhkan telah membeli obat dari pemasok lain. Pemenang lelang yang hanya berlaku setahun juga tidak memberi insentif efisiensi bagi industri karena, selain perlu waktu, proses pemesanan bahan baku ke luar negeri membutuhkan volume tertentu untuk mencapai skala ekonomi yang menguntungkan. Karena itu, disarankan lelang harga melalui *e-Katalog* dapat berlaku dua tahun dan pemenang lelang mendapatkan notifikasi selambat-lambatnya pada 1 Oktober setiap tahunnya, atau tiga bulan sebelum harga *e-Katalog* yang dimaksud berlaku.

9. Pemesanan dan distribusi obat

Rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya cenderung memesan obat yang diperlukan secara bertahap, masing-masing dalam volume kecil karena umumnya tidak memiliki gudang berkapasitas besar. Di sisi lain, di daerah dengan kondisi geografis yang sulit, biaya distribusi dapat membengkak, bahkan menjadi lebih besar daripada harga obat karena skala ekonomi tidak tercapai. Disarankan agar harga obat tidak termasuk biaya distribusi atau ongkos kirim.

10. Pengadaan obat JKN untuk rumah sakit swasta

Saat ini, lebih dari 1.000 rumah sakit swasta telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan—lebih banyak dari rumah sakit pemerintah. Saat kajian ini dibuat, rumah sakit swasta tidak dapat melakukan pengadaan obat JKN melalui *e-Katalog*. Dengan pemesanan obat secara manual, mereka kesulitan membeli obat dengan harga *e-Katalog* sehingga sebagian harga lebih mahal. Sementara itu, pembayaran INA-CBGs tidak dibedakan, bahkan sebagian besar rumah sakit swasta yang merupakan tipe C dan D mendapat pembayaran yang lebih kecil dibanding rumah sakit pemerintah tipe A dan B. Hal ini menimbulkan beban ganda bagi rumah sakit dalam melayani

peserta JKN dan mengurangi keinginan rumah sakit lain untuk turut melayani peserta JKN. Padahal jika rumah sakit swasta berpartisipasi lebih banyak, antrian panjang di rumah sakit pemerintah dapat dikurangi. Ini bisa membuat peserta penerima upah secara konsisten membayar iuran.

11. Pembayaran oleh BPJS Kesehatan

Pengadaan bertahap hingga 14 paket menyebabkan harga obat tidak tercantum pada waktu yang sama dalam *e-Katalog*. Padahal rumah sakit harus memberikan obat pada saat pasien membutuhkan. Mereka tidak bisa menunggu sampai harga pemenang masuk dalam *e-Katalog*. Akibatnya, ketika klaim terhadap obat diajukan oleh rumah sakit, verifikasi BPJS Kesehatan tidak dapat memberikan persetujuan karena tidak ada harga patokannya di dalam *e-Katalog*. BPJS Kesehatan pun tidak membayar klaim tersebut. Hal ini merugikan rumah sakit dan peserta JKN. Peserta JKN yang berobat di rumah sakit swasta mendapat kesulitan yang lebih besar lagi karena tidak banyak rumah swasta yang mau mengambil risiko memberikan obat kepada pasien ketika pembayaran dari BPJS Kesehatan tidak dapat dipastikan.

Rekomendasi

Tim kajian memberikan rekomendasi berikut, yang dinilai dapat memperbaiki pengadaan obat untuk pasien JKN sesegera mungkin. Rekomendasi tersebut meliputi:

1. Kemenkes diharap lebih membuka diri dalam perumusan kebijakan pengadaan obat, penetapan RKO, penetapan HPS, dan penggunaan harga referensi internasional untuk obat yang dilindungi paten. Penetapan HPS, baik untuk obat nonpaten maupun obat paten, sebaiknya dipahami juga oleh produsen. Dengan penetapan harga yang transparan dan memasukkan komponen biaya pengembangan industri, diharapkan akan terjadi perbaikan JKN di masa depan.
2. Lelang bertahap—apalagi sampai lebih dari 10 paket—menyebabkan obat tidak tersedia pada waktu yang diperlukan dan tidak sesuai dengan semangat persaingan sehat. Karena itu, direkomendasikan untuk menyelenggarakan lelang sekaligus seluruh obat nonpaten, baik nama generik maupun nama dagang. Lelang diselenggarakan sekaligus empat bulan sebelum tahun berikutnya. Dengan begitu, pemenang lelang—yang mungkin bukan pemenang tunggal—bisa diberi notifikasi tiga bulan sebelum *e-Katalog* tayang. Penetapan pemenang lelang menggunakan kriteria ganda atau multikriteria, bukan hanya berdasarkan harga termurah. Selain itu, perlu evaluasi secara menyeluruh dan masa berlaku *e-Katalog* setidaknya dua tahun.
3. Sebaiknya data pemenang dan harga obat pemenang dapat diakses secara daring (*e-Order*) oleh fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Karena, JKN tidak membedakan pasien

yang berobat di fasilitas kesehatan pemerintah atau swasta. Data *online* ini harus terhubung secara otomatis dengan pangkalan data Kemenkes, LKPP, BPJS Kesehatan, dan fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta. Dengan demikian, tujuan utama bahwa pasien JKN mendapatkan obat sesuai kebutuhan.

4. Kesehatan, RKO fasilitas kesehatan, hingga kinerja perusahaan farmasi pemenang—dapat tersedia secara mudah bagi para peneliti agar evaluasi dan perbaikan terus-menerus dapat dilakukan dan dipublikasikan secara nasional dan internasional. Publikasi tersebut akan menginformasikan kemajuan pelaksanaan JKN kepada dunia.



2. Kajian Kebijakan Pengadaan Obat untuk Program JKN 2014-2017

Banyaknya masalah seputar pengadaan obat JKN seperti dibahas dalam kajian sebelumnya, TNP2K melakukan kajian lanjutan dengan menambahkan data kuantitatif yang berasal dari data RKO dari Kemenkes dan data *e-Order* dari LKPP.

Proses Pengadaan Obat JKN

Kajian ini memperkuat hasil kajian sebelumnya. Masih ada sejumlah masalah yang muncul dalam proses pengadaan obat JKN, di antaranya:

1. Dari Fornas sampai *e-Order* dan *e-Purchasing*

Pada empat tahun pertama penerapan JKN, kesenjangan antara Fornas dan RKO serta antara RKO dan *e-Katalog* kian menyempit. Namun pada 2017 kesenjangan antara *e-Katalog* dan *e-Order* yang dipenuhi melalui *e-Purchasing* kembali melebar. Sebagian besar karena jauh di bawah *e-Purchasing*, termasuk *zero e-Purchasing*, setelah pada 2016 terjadi kecenderungan *over e-Purchasing*, yaitu *e-Purchasing* di atas 100 persen RKO. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun penetapan RKO telah menggunakan data dari fasilitas kesehatan dan berbasis Fornas, serta HPS yang ditetapkan Kemenkes cukup menarik kalangan industri farmasi untuk mengikuti lelang *e-Katalog*, RKO tersebut belum mencerminkan kebutuhan aktual di tingkat fasilitas kesehatan. Kesenjangan yang masih lebar antara *e-Katalog* dan *e-Purchasing* bisa disebabkan oleh:

- Formula umum yang digunakan untuk menetapkan RKO pada tingkat fasilitas kesehatan mengandung kesalahan, yakni menghasilkan data yang tidak akurat yang kemudian digunakan oleh Kemenkes untuk menetapkan RKO nasional.
- Sistem teknologi informasi di tingkat fasilitas kesehatan kurang memadai sehingga banyak fasilitas kesehatan yang terpaksa melakukan order secara manual.
- Pada 2017, cukup banyak fasilitas kesehatan yang memiliki teknologi informasi yang memadai justru beralih ke pengadaan manual—walaupun makin banyak fasilitas kesehatan yang dapat melakukan *e-Purchasing* seiring diberikannya akses kepada fasilitas kesehatan swasta yang menjalin kontrak dengan BPJS Kesehatan sejak September 2016. Pada 2017, jumlah rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan lebih banyak daripada fasilitas kesehatan pemerintah.
- Pada 2017 tercatat 60.639 paket *e-Order* ditolak perusahaan farmasi pemenang *e-Katalog*. Dalam unit terkecil, volume *e-Order* yang ditolak juga terbilang tinggi. Pada 2017, penolakan

tablet amlodipin 5 miligram (*e-Purchasing* 50,9 persen RKO), misalnya, mencapai 40,5 persen RKO yang terdiri dari 1.341 paket.

- Perusahaan farmasi yang bukan pemenang *e-Katalog* kian agresif memasarkan produknya sehingga banyak fasilitas kesehatan mengalihkan pemesanan untuk memenuhi kebutuhan obat JKN mereka ke perusahaan farmasi ini, yang menawarkan harga bersaing dan umumnya dalam bentuk paket atau bundling dengan obat non-JKN untuk pasien reguler.

2. Perencanaan dan Penganggaran Pengadaan Obat JKN

Salah satu penyebab kesenjangan antara *e-Katalog* dan *e-Purchasing* adalah ketidaksesuaian antara RKO dan anggaran yang disetujui. Di tingkat fasilitas kesehatan, RKO harus diserahkan pada April, sedangkan anggarannya baru disetujui pada Agustus hingga Oktober. Anggaran yang diketuk biasanya lebih kecil daripada anggaran yang diajukan. Karena itu, dinas kesehatan dan fasilitas kesehatan (puskesmas) cenderung mengajukan anggaran yang lebih besar dari kebutuhan aktual guna mengantisipasi pemangkasan oleh DPRD provinsi atau DPRD kabupaten/kota.

Dengan data RKO dari fasilitas kesehatan yang demikian dan sistem *e-Monev* yang belum andal, Kemenkes tak memiliki data yang memadai untuk menetapkan RKO secara akurat. Proporsi *e-Purchasing* terhadap RKO yang fluktuatif—yang ditandai kecenderungan di bawah *e-Purchasing* pada 2015, diikuti di atas *e-Purchasing* pada 2016, dan kembali di bawah *e-Purchasing* pada 2017—menunjukkan bahwa sampai tahun ketiga penerapan *e-Katalog*, Kemenkes belum memiliki metode yang andal untuk mengoreksi data yang diterimanya dalam menetapkan RKO. Lebih jauh lagi, sistem *e-Monev* Kemenkes yang tak kunjung sempurna dan belum terkoneksi dengan sistem LKPP, ditambah dengan langkanya personel di bidang teknis pengadaan dan lelang di Kemenkes serta tidak adanya personel yang memahami produk farmasi di LKPP, membuat kerja sama di antara kedua institusi itu tidak semulus yang diharapkan.

3. *e-Purchasing* dan Pengiriman Obat

Meskipun menyederhanakan proses pengadaan dan meningkatkan transparansi harga, tata kelola, dan akuntabilitas, menggunakan *e-Purchasing* melalui *e-Katalog* bagi sebagian besar fasilitas kesehatan dan dinas kesehatan, tidaklah mudah. Kendala itu ditambah pemasaran yang kian agresif dari perusahaan farmasi yang bukan pemenang *e-Katalog*, seperti memberi diskon besar sehingga harga produknya bersaing dengan obat *e-Katalog* namun dengan waktu tunggu jauh lebih pendek, sehingga mendorong banyak fasilitas kesehatan, terutama klinik dan rumah sakit swasta, beralih ke obat dari perusahaan ini. Penurunan volume *e-Purchasing* yang tak terduga pada 2017 sebagian disebabkan oleh kedua hal di atas. Penurunan volume *e-Purchasing* sebesar 8,1

persen tersebut, dari 6,66 miliar unit terkecil menjadi 6,12 miliar unit, dikatakan tak terduga karena pada waktu itu terjadi hal-hal berikut:

- Jumlah item obat e-Katalog mengalami peningkatan sekitar 5 persen, dari 941 obat pada tahun sebelumnya menjadi 988 obat.
- Kepesertaan JKN bertumbuh 4,5 persen, menjadi 188 juta dari 172 juta penduduk pada tahun sebelumnya, sehingga kebutuhan akan obat JKN juga meningkat.
- Jumlah fasilitas kesehatan yang memiliki akses terhadap *e-Purchasing* meningkat tinggi seiring diberikannya akses e-Katalog kepada fasilitas kesehatan swasta sejak September 2016. Pada 2017, jumlah rumah sakit swasta yang dikontrak BPJS Kesehatan lebih banyak dari jumlah rumah sakit publik.

Di tengah kenyataan di atas, *e-Purchasing* mengalami penurunan dalam volume, yang mengindikasikan bahwa kepercayaan para pemangku kepentingan, terutama penyedia dan pengguna obat JKN, terhadap e-Katalog secara umum menurun sampai ke tingkat yang cukup rendah.

4. Waktu tunggu dan *e-Order* yang Tak Dipenuhi

Pada 2017, waktu tunggu atau *lead time* untuk *e-Purchasing* melalui e-Katalog masih panjang, mencapai 2-8 bulan dengan rerata 3 bulan—jauh lebih panjang dibanding waktu tunggu obat yang dipesan secara manual dari perusahaan bukan pemenang e-Katalog atau obat dengan harga reguler dari pemenang e-Katalog. Hal ini terjadi karena:

- Perusahaan farmasi pemenang e-Katalog baru memesan bahan baku, yang sering masih harus diimpor, setelah ada *e-Order* atau *order* manual dengan volume memadai, meskipun kontrak telah ditandatangani sebelum e-Katalog ditayangkan.
- Beberapa perusahaan farmasi pemenang e-Katalog yang memasukkan harga penawaran kelewat rendah, enggan atau tak mampu memenuhi seluruh pesanan karena alasan kapasitas produksi yang tidak memadai atau menekan potensi kerugian. Data sekunder dari LKPP menunjukkan bahwa alasan penolakan *e-Order* yang terkait dengan kapasitas produksi mencapai 36 persen dari seluruh *item* obat yang ditolak, yang meliputi:
 - a) obat yang stoknya tidak tersedia dan/atau stok terbatas (20,7 persen);
 - b) waktu pengiriman kurang (8,1 persen);
 - c) menambah jumlah pesanan dan/atau merevisi pesanan (6,5 persen); dan
 - d) stok memiliki tanggal kedaluwarsa kurang dari dua tahun (0,7 persen).

- Distributor kesulitan melakukan pengiriman secara tepat waktu, terutama karena faktor infrastruktur transportasi kurang mendukung dan volume order yang jauh di bawah skala ekonomi yang menguntungkan.

Alasan lain penolakan *e-Order* yang tercatat dalam data sekunder dari LKPP meliputi jumlah pesanan tidak sesuai kelipatan (45,5 persen), obat hanya untuk rumah sakit (0,5 persen), dan alasan lain (3,5 persen). Tingginya penolakan karena jumlah pesanan tidak sesuai kelipatan mengindikasikan bahwa, setelah e-Katalog berjalan selama empat tahun, fasilitas kesehatan masih memerlukan pelatihan tentang cara melakukan *e-Order* secara benar. Satu temuan yang mungkin tak terduga—mengingat lambatnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan—adalah alasan penolakan karena masih ada obat yang belum dibayar ternyata tidak terlalu tinggi, yaitu hanya 3,2 persen. Ini terjadi pada fasilitas kesehatan yang merasa masih memiliki utang obat sehingga tidak banyak yang melakukan *e-Order*.

Tingginya penolakan *e-Order* karena keengganan perusahaan farmasi pemenang e-Katalog menyiapkan produk sejak dini memperkuat indikasi bahwa kepercayaan kalangan penyedia dan pengguna obat JKN perlu ditingkatkan.

5. Insentif dan Disinsentif

Hingga 2017, tidak ada insentif bagi kalangan industri farmasi yang memiliki rekam jejak baik dan, terutama, tak ada disinsentif baik bagi perusahaan farmasi maupun distributor yang tidak memenuhi kontrak e-Katalog. Di sisi lain, fasilitas kesehatan bebas melakukan *e-Order* yang meleset jauh dari RKO mereka dan tidak ada pula disinsentif bagi manajemen BPJS Kesehatan yang terlambat membayar klaim dan tidak mampu menarik iuran dari peserta mandiri. Tidak adanya insentif dan disinsentif tersebut telah dipersepsikan oleh kalangan industri farmasi dan fasilitas kesehatan sebagai indikasi bahwa pemerintah dan para pemangku kepentingan tidak terlalu serius mengembangkan e-Katalog sehingga kepercayaan mereka terhadap sistem ini juga menurun.

Rekomendasi

Kajian ini menghasilkan sejumlah rekomendasi yang dapat memberikan dampak langsung terhadap perbaikan pengadaan obat JKN. Rekomendasi tersebut meliputi:

1. Pada tingkat makro (strategis), Kemenkes diharapkan:
 - Mengatur agar satuan kerjanya lebih bertanggung jawab atas RKO yang mereka tetapkan sehingga memberikan kepastian *order* kepada industri farmasi pemenang e-Katalog, dengan cara:
 - Berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri.
 - Kemenkes mewajibkan dinas kesehatan kabupaten/kota yang melakukan *e-Purchasing* untuk puskesmas non-Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan rumah sakit umum daerah yang sudah menjadi BLUD untuk merealisasikan sebagian RKO yang dilaporkan.
 - Kemenkes mewajibkan rumah sakit vertikal, atau rumah sakit umum pusat, yang memang di bawah kendalinya untuk merealisasikan sebagian RKO yang dilaporkan.
 - Dengan menerapkan insentif dan disinsentif yang jelas, Kemenkes mewajibkan perusahaan pemenang e-Katalog memastikan ketersediaan obat JKN sehingga *order* dari fasilitas kesehatan dapat dipenuhi dengan waktu tunggu yang tidak terlalu lama.
 - Menerapkan kriteria dengan mempertimbangkan rekam jejak dan reputasi lainnya dalam penetapan pemenang lelang *e-Katalog*. Misalnya, kriteria teknis seperti cara pembuatan obat yang baik (CPOB), kapasitas produksi, sistem teknologi informasi, pengendalian operasional; dan administratif seperti kepatuhan terhadap prosedur, upaya bisnis, serta komitmen manajemen dan organisasi. Penetapan pemenang yang tidak hanya berdasarkan pada harga terendah akan memberikan insentif kepada perusahaan farmasi pemenang e-Katalog untuk memenuhi *order* sesuai kontrak.
 - Meningkatkan sistem *e-Monev* dan memastikan sistem teknologi informasi Kemenkes dapat terhubung dengan sistem LKPP dan BPJS Kesehatan. Selain itu, meningkatkan keandalan jaringan internet dan sumber daya manusianya.
2. Pada tingkat meso (regional), dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi diharapkan:
 - Melaporkan RKO seakurat mungkin agar data yang masuk ke Kemenkes dapat digunakan untuk menetapkan RKO nasional dengan akurat.
 - Melakukan *e-Purchasing* sesuai dengan RKO yang dilaporkan sehingga perusahaan farmasi pemenang e-Katalog memiliki kepastian untuk menyediakan obat, sehingga waktu tunggu tidak terlalu panjang. Dengan kepastian *order* dan waktu tunggu yang wajar, kepercayaan terhadap e-Katalog diharapkan tumbuh dan terjaga.

- Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam pengisian RKO dan melakukan *order*, sehingga data RKO lebih akurat dan *e-Purchasing* tidak lagi mendapat penolakan karena alasan administratif yang sepele, seperti jumlah pesanan tidak sesuai kelipatan.
 - Meningkatkan sistem teknologi informasi dan mengintegrasikan sistem tersebut ke sistem *e-Monev* Kemenkes, dinas kesehatan, dan fasilitas kesehatan.
3. Pada tingkat mikro (operasional), diharapkan:
- Fasilitas kesehatan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam pengisian RKO dan melakukan *order*, sehingga data RKO lebih akurat dan *e-Purchasing* tidak lagi mendapat penolakan karena alasan administratif yang sepele.
 - Fasilitas kesehatan meningkatkan sistem teknologi informasi dan mengintegrasikannya secara internal dan eksternal. Sistem tersebut perlu terhubung dengan dinas kesehatan kabupaten/ kota dan dinas kesehatan provinsi.
 - BPJS Kesehatan meningkatkan sumber daya manusia, teknologi, dan peralatannya, sehingga verifikasi berlangsung lebih cepat dan pembayaran klaim pun lebih lancar.
 - Bersama Kemenkes, BPJS Kesehatan memberikan arahan agar FKRTL yang menerima cicilan pembayaran klaim segera membayar utang obat dan perbekalan kesehatan lainnya secara proporsional, sehingga tidak terjadi penolakan *order*. Hal tersebut bisa meningkatkan kepercayaan terhadap sistem e-Katalog.

3. Situasi Ketersediaan ARV *Triple Fixed-Dose Combination* (3FDC)

Latar Belakang

Angka kematian akibat AIDS di Indonesia terus meningkat, dengan mencapai lebih dari 3,5 kali lipat. Pada 2013, Indonesia bahkan memiliki jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) terbanyak ketiga di kawasan Asia-Pasifik. Namun baru sekitar 8 persen ODHA yang mendapat akses ke pengobatan antiretroviral atau ARV. Pada 2016, diperkirakan jumlah ODHA mencapai 785.821 orang, dengan 32 persennya atau 248.903 orang di antaranya berusia 15-49 tahun dan membutuhkan beragam obat ARV. Indonesia telah mengadopsi strategi “90-90-90”, yang menargetkan pada 2030 sebanyak 90 persen ODHA terdiagnosis, 90 persen ODHA yang terdiagnosis menjalani pengobatan ARV, dan 90 persen ODHA yang menjalani pengobatan ARV mengalami *viral load* (VL) tak terdeteksi.

Sejak sekitar satu dasawarsa lalu, Indonesia telah mengadopsi pengobatan dengan ARV sebagai kebijakan pencegahan untuk menekan risiko infeksi HIV melalui upaya deteksi dan penanganan kasus secara dini. Dengan demikian, walaupun belum menandatangani ratifikasi, kebijakan nasional Indonesia sesuai dengan strategi UNAIDS “90-90-90”, yang meliputi:

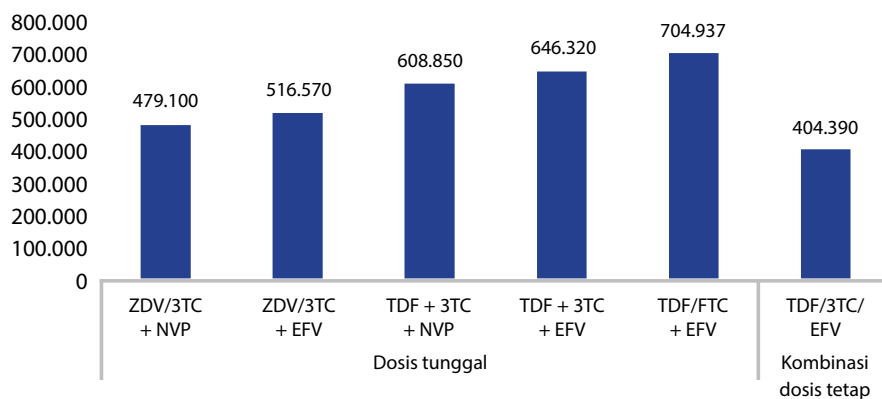
- Pada 2020, sebanyak 90 persen dari seluruh penderita infeksi HIV atau ODHA mengetahui status HIV mereka.
- Pada 2020, sebanyak 90 persen dari seluruh pasien yang didiagnosis terinfeksi HIV, atau 81 persen ODHA, akan mendapat terapi ARV berkelanjutan.
- Pada 2020, sebanyak 90 persen dari seluruh pasien yang mendapat terapi ARV, atau 73 persen ODHA, infeksi virusnya akan terkendali.

Berdasarkan data Kemenkes 2018, ODHA yang menerima pengobatan ARV sebanyak 109.044 orang. Di Indonesia, ARV tergolong sebagai obat penyelamat (*life-saving*) dan masuk dalam obat program pengadaan nasional. Anggaran pemerintah untuk pengadaan ARV yang diambil dari APBN selalu meningkat dari tahun ke tahun sesuai komitmen pemerintah untuk menyediakan obat dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan untuk program pencegahan, perawatan, pendampingan, dan pengobatan HIV.

Saat ini, sebanyak 95 persen ODHA menggunakan ARV lini pertama (95,9 persen) dengan rata-rata biaya per bulan mencapai Rp509.135, dan lini kedua (3,6 persen) dengan biaya sebesar Rp1.114.668 per bulan. Anggaran Kemenkes untuk pengadaan ARV pada 2018 mencapai Rp809 miliar. Alokasi anggaran pengadaan ARV tersebut adalah kedua terbesar setelah pengadaan vaksin, dengan besaran anggaran rata-rata pengadaan obat di Kemenkes mencapai Rp4,2 triliun. Untuk mencapai target tahun 2020, yakni sebanyak 248.903 ODHA mendapat terapi ARV, dibutuhkan anggaran setidaknya dua kali lipat dari yang dialokasikan sekarang. Pemerintah pun harus melakukan negosiasi dengan perusahaan farmasi untuk menurunkan harga ARV, terutama jenis ARV yang paling murah saat ini, yakni ARV kombinasi tiga dosis tetap atau *ARV triple fixed-dose combination (3FDC)*, yang mengandung *efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil (TDF/3TC/EFV)*.

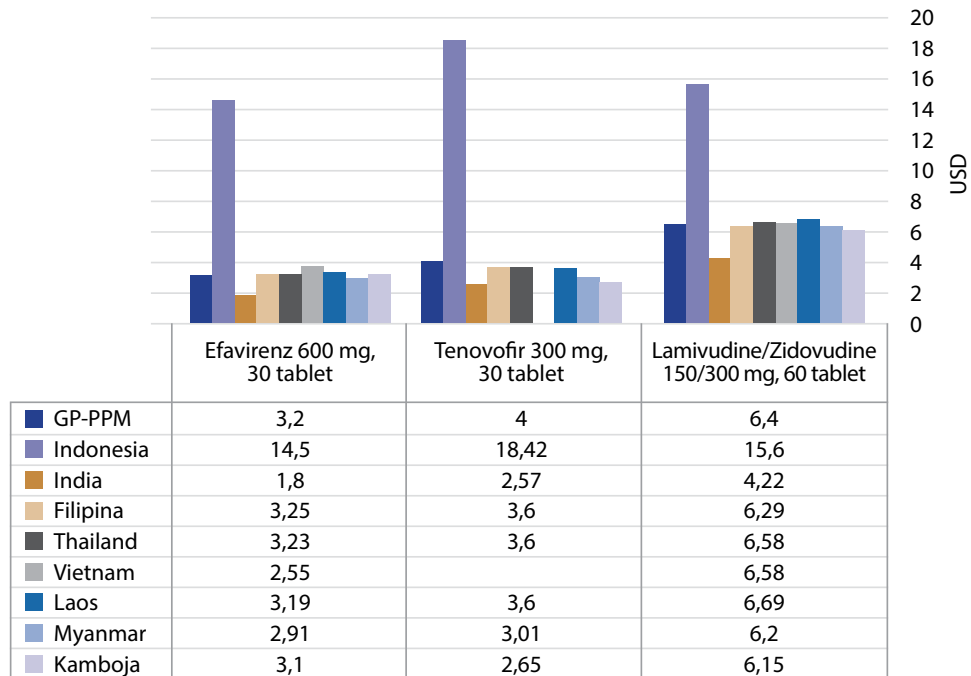
Saat ini, meskipun pemerintah telah membebaskan bea masuk impor bahan obat aktif atau *active pharmaceutical ingredients (APIs)* untuk obat ARV dan membebaskan pajak pertambahan nilai (PPn) untuk obat ARV program pengadaan, harga ARV lini pertama di tingkat pengguna masih tinggi, mencapai 3-5 kali lebih tinggi dibanding obat ARV yang diadakan melalui *GFATM Pooled Procurement Mechanism (GF-PPM)* atau dengan mengikuti harga patokan internasional WHO. Untuk ARV lini kedua, harganya di Indonesia lebih tinggi jika dibandingkan dengan di negara Asia-Pasifik lain seperti Thailand dan India.

Gambar 33. Harga ARV di Indonesia (dalam Rupiah)



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2017

Gambar 34. Perbandingan harga ARV di Indonesia dengan Negara Lain (dalam Dolar)



Sumber: CHAI, 2017

Kajian Harga ARV untuk Mengatasi Kesenjangan Target ODHA Penerima Terapi ARV dan Ketersediaan ARV

Harga ARV 3FDC pada 2016 adalah Rp404.000 per botol, sedangkan pada 2017 mencapai Rp385.000 per botol. Padahal, harga internasionalnya Rp110.000 per botol. Dari hasil kajian TNP2K (2017), harga wajar ARV jenis ini adalah Rp220.707 per botol termasuk pajak atau Rp167.181 per botol tanpa pajak (**Tabel 6**). Dengan demikian, untuk ARV 3FDC yang masih harus diimpor secara khusus, harga obat ARV program pengadaan yang harus dibayar setidaknya Rp212.300 per regimen (PPPT) atau 2,1 kali lipat dari harga wajar. Jika harga ARV 3FDC dapat diturunkan ke tingkat yang wajar, dengan jumlah anggaran yang sama, pemerintah akan mendapatkan jumlah obat 2,1 kali lipat dari yang diperoleh saat ini—cukup untuk pengobatan ARV bagi ODHA dengan jumlah 2,1 kali lipat cakupan saat ini.

Tabel 6. Estimasi Struktur Harga ARV 3FDC Menurut TNP2K dan Kemenkes

No	Estimasi Struktur Harga ARV 3FDC Impor dari India	TNP2K	Kemenkes	Catatan Estimasi Struktur Harga Kemenkes
	Harga Pokok Pabrikasi	Rp 109.060	Rp 219.960	
1	Transportasi dari pabrik ke Jakarta 10%	Rp 10.906	Rp 21.996	
2	Bea masuk 10%	Rp 10.906	-	
3	PPn + PPh (impor) 12,5%*	Rp 13.633	Rp 27.495	
4	Handling Charge 5%	Rp 5.453	Rp 10.998	
A	Subtotal (Hatga FOB + Pajak Impor)	Rp 149.958	Rp 280.449	
	<i>In kind</i>			
5	Asuransi 5%	Rp 7.498	-	
6	Gudang 5%	Rp 7.498	Rp 16.827	6%
7	Bunga Bank 1,5%	Rp 2.249	-	
B	Subtotal (harga pokok penjualan)	Rp 167.203	Rp 297.276	
8	Biaya distribusi 10%	Rp 16.720	-	Tidak diketahui
9	Margin Perusahaan 10%	Rp 16.720	-	Tidak diketahui
C	Subtotal (harga jual distributor)	Rp 200.643	-	
10	PPn penjualan 10%*	Rp 20.064	-	Tidak diketahui
D	Subtotal (harga eceran)	Rp 220.707	Rp 404.390	
E	Harga jual ke Kemenkes (2016)	Rp 404.390		
F	Komponen biaya tidak diketahui	Rp 183.683		
G	% kemungkinan penghematan biaya per botol	45%		

Sumber: Kemenkes, CHAI, pengembangan model dari Perusahaan Farmasi Lokal dan Internasional 2017

Keterangan

1. *Kemungkinan bisa bebas pajak sesuai Peraturan Menteri Keuangan Nomor 197/PMK.010/2005 dan PMK Nomor 16/PMK.010/2016 yang diperbarui dengan PMK Nomor 34/PMK.010/2017.
2. Pabrikasi asal India memberikan konfirmasi bahwa harga pokok pabrikasi dan transportasi pabrik ke Jakarta berlaku untuk semua importir asal Indonesia.

Kelebihan Terapi ARV dengan 3FDC

Penggunaan ARV kombinasi tiga dosis tetap (3FDC) lebih efisien dibandingkan dengan penggunaan dosis tunggal. Karena bagi ODHA, meminum empat tablet kombinasi ARV tiap hari secara terus-menerus seumur hidup menimbulkan dampak fisik dan psikis yang cukup besar, terlebih lagi jika persediaan salah satu atau beberapa jenis ARV habis sehingga potensi resistensi virus menjadi lebih besar. Dengan 3FDC, yang mengandung tiga jenis obat, virus sulit menyerap zat ARV sehingga tidak lagi resisten terhadap obat tersebut. Selain itu, harga 3FDC lebih murah daripada dosis tunggal dengan regimen yang sama. Contohnya, harga FDC TDF/3TC/EFV sebesar Rp404.390, lebih murah daripada dosis tunggal TDF/3TC/EFV yang harga pakatnya mencapai Rp646.320.

Harga beli obat ARV oleh pemerintah relatif tinggi daripada harga wajar bila obat tersebut diimpor langsung dari pabriknya, Mylan atau Cipla, di India. Untuk ARV produksi lokal, misalnya *efavirenz* 600 miligram dan *lamivudine* 150 miligram, pemerintah harus membayar masing-masing 2,4 kali lipat dan 1,7 kali lipat dari harga wajar. Untuk ARV yang diimpor secara reguler, seperti *tenofovir* 300 miligram, pemerintah harus membayar 3,5 kali lipat dari harga wajar. Adapun untuk ARV yang diimpor secara khusus, seperti 3FDC, pemerintah harus membayar sekitar 2,1 kali lipat dari harga wajar. Jika 3FDC yang merupakan standar terapi ARV dijadikan patokan, rerata biaya obat ARV yang harus ditanggung pemerintah per regimen (PPPT) setidaknya 2,1 kali lipat harga wajar. Dengan asumsi yang konservatif ini, jika harga obat ARV dapat diturunkan sampai ke tingkat yang wajar, dana yang dikeluarkan untuk pemberian terapi ARV dapat dihemat 52,1 persen per tahun. Untuk tahun 2017 yang memerlukan anggaran Rp1.193,22 miliar, penghematan mencapai Rp625,14 miliar.

Pengadaan dan Penggunaan 3FDC di Indonesia

Penggunaan kombinasi dosis tetap TDF/3TC/EFV meningkat pada 2015. Pada saat itu terjadi kehabisan persediaan karena Kemenkes tidak mengantisipasi peningkatan penggunaan ARV yang begitu cepat. Namun melalui bantuan anggaran hibah dari The Global Fund, masalah kehabisan stok obat dapat diatasi. Pada 2018, Kemenkes menggelar lelang terbatas untuk pengadaan ARV jenis 3FDC dengan harga perkiraan sendiri Rp165.000. HPS tersebut mengikuti rekomendasi hasil kajian TNP2K pada 2017 yang menyatakan harga 3FDC dapat diturunkan hingga 30 persen. Dua perusahaan farmasi, PT Kimia Farma dan PT Indofarma, yang diundang mengikuti lelang tidak menyepakati HPS dan tidak mengikuti lelang tersebut, sehingga lelang dinyatakan gagal tender pada 29 Desember 2018.

Pengadaan FDC melalui Bantuan Dana The Global Fund

Kemenkes dengan dana hibah dari Global Fund mendatangkan obat 3FDC sebanyak 220.000 botol melalui mekanisme jalur khusus atau *special access scheme* (SAS). Obat ini untuk memenuhi kebutuhan hingga Mei 2019. Kemenkes kembali mendapatkan izin pembelian dengan dana hibah Global Fund sebanyak 290.000 botol untuk Juni/Juli 2019 namun proses *pre-custom clearance*, khususnya untuk SAS, belum selesai. Global Fund telah menyatakan bahwa pengadaan ARV oleh mereka hanya untuk kondisi darurat dan anggaran pengadaan ARV untuk periode 2018-2020 telah terserap karena kondisi ini.

Harga ARV 3FDC Rp165.000 per Botol Realistis bagi Perusahaan Farmasi Swasta

Berdasarkan kajian TNP2K mengenai harga ARV jenis 3FDC yang mengacu pada regulasi obat program, ARV dibebaskan dari bea masuk (10 persen), PPn + PPh impor (12,5 persen), dan PPn penjualan (10 persen). Sehingga, subtotal harga eceran dapat berkurang dari Rp220.707 menjadi Rp167.181. Menurut sebuah perusahaan farmasi swasta yang tertarik memasukan ARV jenis ini, harga Rp165.000 yang ditawarkan Kemenkes tersebut masih realistis.

Tabel 7. Struktur Biaya ARV setara 3 FDC

Struktur Biaya 3FDC (dalam US\$)				
Harga Pokok Penjualan		7,5		
% berdasarkan harga pokok penjualan				
Pajak impor US\$	0			
PPh	2,5%	0,1875		
PPn	0	0		
Asuransi	5%	0,375	Biaya bank sekitar 6 persen, tergantung syarat pembayaran antara 0-11 persen. Apabila biayanya 11 persen, harga akan bergerak ke Rp165.000.	
Gudang	5%	0,375		
Biaya bank	11%	0,825		
Subtotal		1,7625		
% berdasarkan target harga jual (US\$11,62)				
Biaya distribusi	10%	1,162		
Laba	10%	1,162		
PPn	0%	0		
Subtotal		2,324		
Total US\$		11,5865		
Total dalam rupiah		164.528	Dengan asumsi tidak ada masalah pajak.	
Kurs tukar US\$1 = Rp14.200				
Harga final penjualan yang ditawarkan ke Kemenkes		165.000		

Sumber: TNP2K, 2017

Kondisi Kritis Stok FDC 2019

Persediaan ARV jenis 3FDC saat ini menipis. Berdasarkan informasi dari Kemenkes, pengguna 3FDC saat ini sebanyak 44.364 pasien, sedangkan persediaan nasional sebanyak 134.131 botol. Stok diperkirakan habis pada Mei/Juni 2019. Karena kegagalan tender pengadaan 3FDC, maka dosis tunggal diadakan kembali untuk menggantikan kombinasi tiga dosis tetap tersebut.

Rekomendasi

- Ada lembaga pemerintah yang ditunjuk untuk memantau pengadaan obat ARV dan logistik obat hingga ke pengguna.
- Mengadakan pertemuan khusus dengan Kemenkes untuk menggali permasalahan eksternal dan internal dalam pengadaan obat ARV.
- Melaksanakan pertemuan lintas kementerian terkait untuk membantu Kemenkes melakukan negosiasi harga dengan PT Kimia Farma dan PT Indofarma.
- Membuka peluang bagi perusahaan farmasi lain untuk melakukan registrasi obat ARV.
- Menyusun peta jalan penurunan harga ARV dan peningkatan cakupan untuk mencapai strategi "90-90-90" bersama Bappenas dan kementerian terkait.
- Mendorong dan mendukung kelompok pasien agar terus menyuarakan ini.
- Mencari solusi praktis pengadaan obat 3FDC.
- Mendorong adanya kebijakan pengadaan ARV dengan dana dari APBD atau DAK.



03

Pembiayaan Kesehatan di Puskesmas

1. Pemantauan Program Bantuan Operasional Kesehatan untuk Puskesmas 2015

Pada 2015, program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) memasuki tahun kelima. Program ini memberikan bantuan dana kepada pemerintah daerah, terutama untuk operasional puskesmas. Sejak 2010 hingga 2015, jumlah puskesmas yang menerima dana BOK makin banyak, yaitu sebanyak 8.155 puskesmas pada 2010, 8.947 (2011), 9.133 (2012), 9.419 (2013), 9.599 (2014), dan 9.719 (2015). Adanya suntikan dana operasional dari pemerintah pusat mendorong pemerintah kabupaten/kota dan dinas kesehatan setempat untuk mendirikan puskesmas atau meningkatkan status puskesmas pembantu (pustu) menjadi puskesmas. Namun peningkatan status puskesmas pembantu menjadi puskesmas harus diikuti dengan peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia agar kegiatan di puskesmas dapat berjalan optimal.

Mekanisme penyaluran dana BOK dari pusat ke daerah perlu diperhatikan karena akan memengaruhi serapan dana serta pemanfaatan dana BOK di daerah. Selain itu, implementasi JKN yang dimulai pada Januari 2014 diprediksi memiliki dampak terhadap pelaksanaan kegiatan yang didanai BOK. Masalah lain yang mungkin memengaruhi mencakup keterlambatan turunnya daftar isian pelaksanaan anggaran (DIPA) Kemenkes, perbedaan alokasi dana BOK 2015, dan perencanaan serta pemanfaatan dana BOK untuk kegiatan operasional seperti program promotif dan preventif di puskesmas.

Kondisi di atas mendorong Pokja Kesehatan TNP2K memantau pelaksanaan BOK 2014 dan proses perencanaan program BOK 2015 beserta perubahannya, serta memberi rekomendasi mekanisme penyaluran BOK pada tahun mendatang.

Desain Kegiatan

Studi potong lintang (*cross-sectional*) ini menggunakan metode analisis kualitatif melalui pengambilan data primer dan sekunder. Data primer diambil dari wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah (FGD), dan observasi. Wawancara mendalam dilakukan terhadap pengelola BOK di dinas kesehatan kabupaten/kota yang respondennya terdiri dari pejabat pembuat komitmen (PPK), bendahara pengelola, dan petugas dinas kesehatan terkait. Setiap kabupaten/kota diminta mengirimkan data empat puskesmas dengan penyerapan dana BOK tertinggi dan terendah, masing-masing dua puskesmas. Di tingkat puskesmas dilakukan FGD terpisah antara pengelola BOK (kepala puskesmas dan bendahara BOK), dan pelaksana program di lapangan seperti dokter, bidan, perawat, sanitarian, hingga ahli gizi.

Selain data primer, dikumpulkan juga data sekunder untuk memperkuat analisis. Data sekunder yang dikumpulkan meliputi:

- Laporan pelaksanaan program BOK tahun 2014.
- DIPA dan/atau rencana kegiatan dan anggaran (RKA) dinas kesehatan kabupaten/kota khusus program BOK.
- RKA yang berisi seluruh kegiatan puskesmas, baik yang berasal dari BOK maupun dana lain seperti APBN, APBD, hingga hibah.
- Data alokasi dana BOK 2015 dan besar dana kapitasi masing-masing puskesmas di kabupaten/kota.
- Rencana usulan kegiatan (RUK) puskesmas untuk kegiatan yang didanai BOK 2015.

Lokasi kegiatan

Pemantauan program BOK 2015 dilaksanakan di 11 kabupaten/kota di enam provinsi. Pemilihan provinsi mempertimbangkan letak geografis kepulauan dan capaian sejumlah indikator BOK seperti cakupan kunjungan antenatal empat kali (K4), kunjungan neonatal pertama (KN1), pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN), dan cakupan pelayanan kesehatan bayi dan balita. Data tersebut bersumber dari "Laporan Dit. Anak dan Ibu, Cek Point B09 Tahun 2014" yang terdapat dalam materi Evaluasi Program Bina Gizi dan KIA Tahun 2014 yang disampaikan oleh Sekretaris Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kemenkes. Kabupaten/kota yang menjadi lokasi kajian pada 2013 dan 2014, tidak lagi menjadi lokasi kajian pada 2014. Pemilihan kabupaten/kota berdasarkan tingkat penyerapan dana BOK tertinggi dan terendah hingga Desember 2014 dalam dokumen Rekap Alokasi dan Realisasi TP BOK 2014 yang didapat dari Sekretariat BOK.

Data Sekunder

Selain menggali data primer dengan cara melakukan wawancara mendalam dan menyelenggarakan FGD dengan dinas kesehatan dan puskesmas, tim kajian juga mengumpulkan data sekunder. Data yang dikumpulkan tersebut meliputi:

- Jumlah dana yang diterima dari BOK dan sumber lain, seperti APBN, APBD, dan hibah, pada 2011-2014.
- Dokumen rencana kegiatan BOK seperti DIPA/RKA kementerian/lembaga, RUK, dan data alokasi per puskesmas.
- Data alokasi dan realisasi dana BOK.
- Pencapaian puskesmas 2012 dan 2013.

Sumber data selain dari kegiatan lapangan juga berasal dari Profil Kesehatan *Indonesia* 2009-2014 terbitan Kemenkes dan data alokasi dan realisasi BOK per provinsi 2011-2014 dari Sekretariat BOK.

Analisis

Analisis dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Data primer dari hasil wawancara mendalam dan FGD ditranskrip dan disusun dalam bentuk matriks per tema. Kemudian, diambil intisari dari matriks yang disajikan per kabupaten/kota. Sementara itu, data sekunder disusun dalam Microsoft Excel. Analisis dilakukan dengan melihat sebaran distribusi frekuensi dan tabulasi silang antarvariabel. Hasil wawancara mendalam dimanfaatkan untuk mendukung dan memperkuat serta menjelaskan hal-hal yang tidak bisa diungkap oleh kajian kuantitatif.

Hasil dan Kesimpulan

Sebelas kabupaten/kota yang dikunjungi menyatakan bahwa untuk visi-misi puskesmas mengacu pada visi-misi dinas kesehatan yang terdapat dalam rencana strategis, termasuk indikator capaian standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan. Sebanyak lima dari 11 kabupaten/kota, yaitu Kabupaten Bintan, Kota Malang, Kota Mataram, Kabupaten Lombok Timur, dan Kota Sorong, telah memiliki program upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang didanai APBD, seperti program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM); anggaran khusus untuk kader posyandu; program Gerakan Seribu Hari atau Gerasi untuk ibu hamil, melahirkan, dan menyusui hingga berusia tiga tahun; serta alokasi dana otonomi khusus untuk program Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

Dari sisi pendanaan, alokasi dana dari pemerintah pusat dan daerah sudah cukup baik, namun masih di bawah proporsi yang diamanatkan undang-undang. Pada 2014, rata-rata 7,96 persen APBD provinsi ditujukan untuk kesehatan, sedangkan di tingkat kabupaten/kota rata-ratanya 8,76 persen. Advokasi dinas kesehatan ke pemerintah daerah sangat penting dalam pengalokasian APBD untuk kesehatan. Dengan advokasi dari dinas kesehatan, kepala daerah akan memahami mengenai pentingnya program kesehatan di daerahnya sehingga program tersebut mendapatkan anggaran yang cukup.

Ihwal mekanisme penyaluran dana BOK dari pusat ke daerah, hanya tiga dari 11 kabupaten/kota yang setuju dengan perubahan mekanisme penyaluran BOK ke DAK-APBD. Alasannya, secara administrasi penyaluran melalui DAK atau APBD lebih mudah daripada melalui APBN. Sedangkan

delapan kabupaten/kota sisanya tidak setuju karena mengkhawatirkan dampak negatif yang mungkin terjadi, seperti pencairan lambat, dana tidak langsung dimanfaatkan karena sudah masuk APBD, kewajiban daerah untuk menyediakan dana pendamping sebesar 10 persen, serta adanya kekhawatiran akan pengurangan alokasi dana dinas kesehatan dan puskesmas dari APBD kabupaten/kota.

Dana BOK diperlukan untuk kegiatan puskesmas. Bahkan, di beberapa daerah seperti Kota Mataram dan Kabupaten Lombok Timur, dana BOK dijadikan sebagai dana utama atau dana pokok untuk kegiatan promotif dan preventif di puskesmas. Dana BOK juga berperan sebagai daya ungkit program yang sebenarnya telah ada sebelum dana BOK diberikan. Peningkatan daya ungkit ini terlihat dari jumlah kegiatan ke lapangan yang makin sering dilakukan oleh petugas puskesmas. Dari tren cakupan SPM seperti kunjungan ibu hamil K4, persalinan dengan tenaga kesehatan, neonatus yang ditangani, komplikasi kebidanan yang ditangani, desa/kelurahan *universal child immunization* (UCI), dan peserta KB aktif, sebagian cakupannya naik di hampir seluruh provinsi.

Program BOK 2014

Pada 2014, tantangan terbesar dalam pelaksanaan program BOK terjadi karena dimulainya pelaksanaan JKN. Era JKN mengubah secara signifikan tatanan pendanaan di tingkat puskesmas. Puskesmas berhak mendapatkan sejumlah dana kapitasi per orang terdaftar tiap bulan yang menjadi tanggung jawab puskesmas tersebut. Implementasi JKN akan memunculkan efek jaminan (*insurance effect*), yakni peserta akan berlomba-lomba mencoba layanan kesehatan. Selain itu, bertambahnya jumlah peserta baru JKN (di luar PBI) dan adanya kewajiban untuk pergi ke puskesmas sebelum ke rumah sakit (sistem rujukan berjenjang) bisa membuat antrean layanan berobat makin panjang dan lama. Hal ini bisa mengakibatkan puskesmas kekurangan waktu serta tenaga dalam mengerjakan layanan preventif dan promotif di luar gedung. Dana kapitasi JKN bisa mencapai 77 persen dari total dana puskesmas.

Empat dari 11 puskesmas menyatakan bahwa adanya JKN memengaruhi kegiatan preventif dan promotif seiring dengan meningkatnya jumlah pasien. Sementara itu, sisanya mengatakan tidak ada kendala administratif maupun teknis di lapangan karena sejak 2013 sudah mempersiapkan diri menyongsong JKN. Kendala terbesar tidak terletak pada pelaksanaan program, namun pada administratif. Kegiatan bulan ini dapat terlaksana apabila bukti pertanggungjawaban bulan sebelumnya telah selesai. Padahal, bendahara di puskesmas hanya satu atau dua orang yang bekerja rangkap dalam berbagai kegiatan, sehingga pencairan dana BOK menjadi terhambat. Dari laporan kegiatan puskesmas

terlihat bahwa di beberapa daerah rata-rata penyerapan dana BOK atau kegiatan luar gedung puskesmas dengan dana BOK dilakukan sangat gencar di tiga bulan terakhir tahun berjalan. Terlihat beberapa kegiatan menjadi tidak realistis dan perlu dilakukan evaluasi lebih mendalam. Misalnya, cakupan pelayanan balita di salah satu puskesmas di Kota Mataram. Selama periode Januari sampai Oktober, cakupannya baru 1.298 kunjungan, dan pada November mencapai 1.322 kunjungan.

Hal lain yang perlu menjadi catatan adalah belum dilaksanakannya koordinasi lintas sektor.

Kendala yang muncul saat koordinasi lintas sektor adalah sebagian besar rapat koordinasi lintas sektor dihadiri oleh perwakilan yang tidak bisa mengambil keputusan dan belum tentu dapat menyampaikan hasil rapat kepada pimpinan masing-masing secara tepat. Kondisi ini mengakibatkan munculnya rasa frustrasi di tingkat puskesmas karena apabila terjadi kasus kesehatan di kemudian hari, mereka akan dipersalahkan atau diminta menanggulangi masalah tersebut.

Program BOK 2015

Perencanaan program BOK 2015 yang telah dilakukan sebelum tahun berjalan atau pada 2014, ternyata harus direvisi. *Pertama*, implementasi BOK yang terlambat mengurangi waktu pelaksanaan kegiatan BOK di puskesmas, dari 10-12 bulan menjadi hanya 8-9 bulan. *Kedua*, karena adanya pengurangan alokasi BOK di empat dari 11 kabupaten/kota lokasi kajian. Akibat terlambatnya implementasi serta adanya penurunan alokasi, 10 dari 11 daerah itu merasakan dampak yang cukup signifikan, terutama dalam hal penganggaran dan keterlambatan melakukan kegiatan.

Implementasi BOK baru dimulai April 2015 karena terlambatnya pengesahan DIPA BOK di tingkat pemerintah pusat. Dua tahun terakhir, yakni 2014 dan 2015, DIPA BOK selalu terlambat.

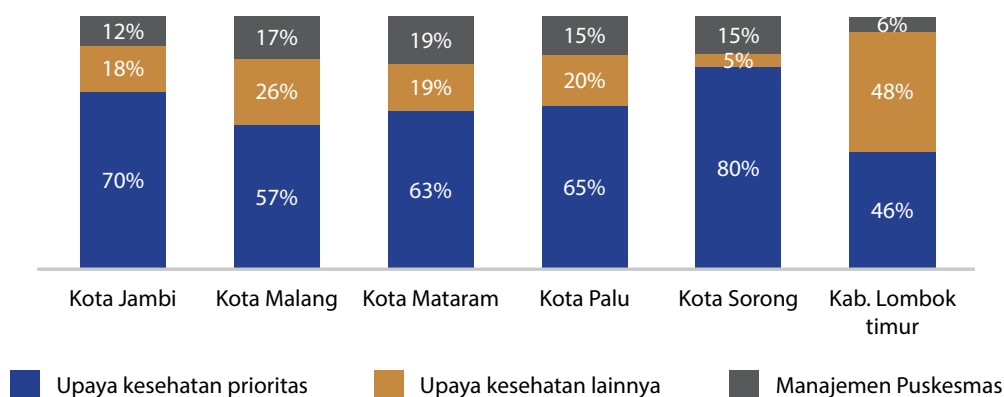
Pada 2014, DIPA BOK baru disahkan DPR pada awal Februari 2014, sedangkan pada tahun berikutnya, DIPA BOK disahkan pada akhir Maret 2015. Turunnya DIPA BOK tepat waktu di kabupaten/kota sangat penting untuk memaksimalkan dana BOK yang telah dikururkan oleh pemerintah. Di samping itu, kegiatan yang telah direncanakan secara matang oleh puskesmas juga mulai dilakukan pada Januari. Dari empat daerah yang mengalami penurunan alokasi BOK 2015, Kota Sorong paling signifikan. Dari total dana BOK yang diterima, terdapat penurunan sebesar 52 persen dari tahun sebelumnya, dari Rp1.681.800.000 menjadi Rp809.474.000. Alokasi dana BOK untuk enam puskesmas di Kota Sorong mengalami penurunan 50-64 persen dari tahun sebelumnya. Dinas kesehatan membebaskan puskesmas menentukan pendanaan lain untuk menutup kegiatan puskesmas yang

telanjur direncanakan. Beberapa puskesmas akhirnya memindahkan kegiatan BOK ke kegiatan yang didanai APBD Kota Sorong, sedangkan sejumlah puskesmas lain menggunakan dana kapitasi JKN.

Ada perbedaan proporsi dana manajemen BOK di dinas kesehatan kabupaten/kota, tergantung pada luas dan tingkat kesulitan wilayah serta jumlah puskesmas. Di daerah yang memiliki luas wilayah serta jumlah puskesmas yang besar, dan kesulitan menjangkau puskesmas, alokasi untuk kegiatan pemantauan dan evaluasi sangat besar. Namun ada pula provinsi dengan alokasi untuk kegiatan perencanaan sangat tinggi karena dinas kesehatan mengadakan berbagai pertemuan untuk membuat perencanaan secara maksimal.

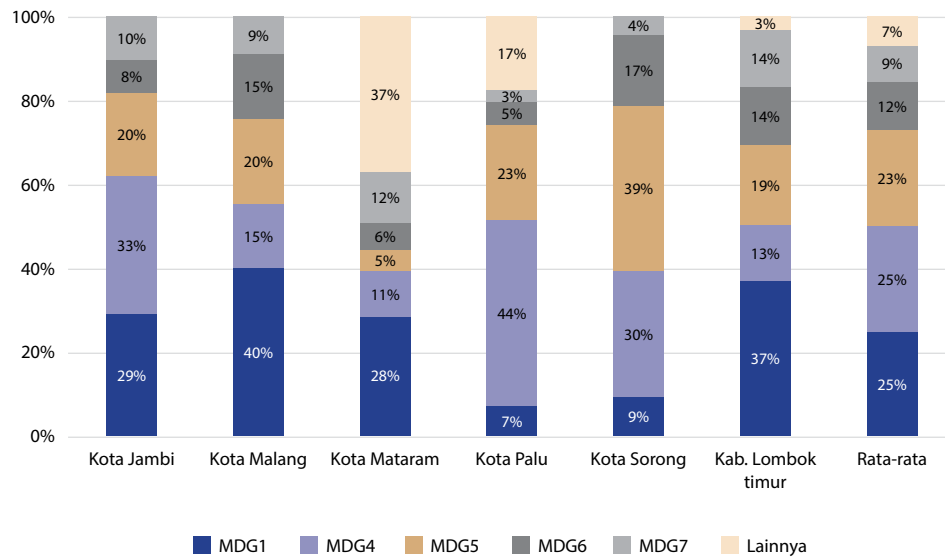
Pada tahun 2015, di Puskesmas, upaya kesehatan prioritas (MDGs 1, 4, 5, 6, 7) merupakan kegiatan dengan alokasi paling tinggi yang didanai dengan dana BOK Puskesmas di lima dari enam kabupaten/kota. Pada 2015, tiap daerah memiliki fokus kegiatan yang berbeda-beda. Dari enam kabupaten/kota, puskesmas di Kota Jambi dan Kota Palu berfokus pada MDG 4 atau Tujuan Pembangunan Milenium butir 4, puskesmas di Kota Malang dan Kabupaten Lombok Timur berfokus pada MDG 1, Kota Sorong berfokus pada MDG 5, sedangkan Kota Mataram mengalokasikan sebagian besar dana prioritasnya pada dukungan MDGs seperti penyuluhan dan "refreshing" kader posyandu.

Gambar 35. Rata-rata Proporsi Dana BOK di Puskesmas per Jenis Upaya Kesehatan, 2015



Sumber : Diolah dari RUK puskesmas di enam kabupaten/kota (2015)

Gambar 36. Rata-rata Proporsi Dana BOK di Puskesmas untuk Upaya Kesehatan Prioritas di Enam Kabupaten/Kota, 2015



Sumber: Diolah dari RUK Puskesmas di Kabupaten/Kota, 2015

Rekomendasi

1. Sosialisasi intensif serta advokasi kepada Kemenkes yang bekerja sama dengan Kemendagri dalam meningkatkan anggaran kesehatan yang berasal dari APBD. Sosialisasi juga diperlukan terutama untuk memberikan pemahaman mengenai program BOK yang merupakan tambahan bagi puskesmas untuk melaksanakan kegiatannya, bukan merupakan sumber utama kegiatan di luar gedung puskesmas.
2. Advokasi kepada pemerintah daerah, terutama daerah yang belum mengalokasikan dana APBD minimal 10 persen. Dana APBD tersebut untuk membantu kegiatan berbasis masyarakat guna menjalankan fungsi promotif dan preventif puskesmas.
3. Mekanisme penyaluran BOK saat ini, yakni tugas pembantuan, sebisa mungkin dipertahankan. Namun jika ketentuan undang-undang mengharuskan hal tersebut untuk masuk ke dalam mekanisme daerah, DAK adalah jawaban yang cukup baik. Yang perlu digarisbawahi adalah Kemenkes diharapkan bisa membuat petunjuk teknis yang lengkap, yang mencakup seluruh aspek dan berisi penjelasan yang rinci. Hal ini untuk mengunci dana BOK hanya untuk kegiatan puskesmas serta manajemen BOK. Diperlukan rancangan konsep pemantauan dan evaluasi dana BOK dari DAK ini.

4. Jika masih menggunakan mekanisme tugas pembantuan dalam penyaluran BOK, diperlukan penelaahan dan tindak lanjut atas terlambatnya DIPA BOK dua tahun terakhir ini. Hal ini diperlukan karena DIPA yang tepat waktu, yang diharapkan pada akhir tahun sudah disahkan dan pada Januari mulai bisa diimplementasikan, akan memaksimalkan penggunaan dana BOK untuk membiayai program yang dijalankan oleh dinas kesehatan dan puskesmas.
5. Petunjuk teknis atau juknis disampaikan ke daerah pada akhir tahun atau paling lambat awal bulan tahun berjalan. Hal ini akan mempermudah proses perencanaan oleh puskesmas sehingga tidak diperlukan lagi perubahan atau penyesuaian terhadap juknis yang diterbitkan belakangan.
6. Diperlukan mekanisme pelaporan dan evaluasi khusus mengenai capaian kegiatan yang didanai BOK. Indikator capaian dapat dibuat dengan saksama dan disetujui oleh berbagai pihak baik Kemenkes, dinas kesehatan, dan khususnya puskesmas yang menjadi pelaksana kegiatan BOK.



2. Pembiayaan di Puskesmas: Tantangan Pengintegrasian berbagai Sumber Pembiayaan Kesehatan

Pendahuluan

Kemenkes telah melakukan penguatan sasaran pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan masyarakat (UKM). Salah satunya dengan pengintegrasian sumber dana di puskesmas untuk menyokong kegiatan UKM. Inisiatif tersebut dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Terdapat perbedaan mekanisme pendanaan dari anggaran pusat dan dari anggaran daerah. Pemerintah pusat menyediakan BOK yang ditransfer langsung dari Kementerian Keuangan ke pemerintah daerah melalui DAK nonfisik sejak 2016 (Kemenkes, 2016a). Dana BOK ini ditujukan untuk menunjang kegiatan promotif dan preventif di luar gedung puskesmas, termasuk manajemen pelaksanaan kegiatan. Walaupun pemanfaatan BOK didasarkan pada usulan yang sesuai dengan prioritas kesehatan masyarakat di daerah masing-masing, namun pemanfaatan dana tersebut harus mengikuti aturan. Sedangkan di tingkat kabupaten/kota, tersedia dana bantuan operasional puskesmas (BOP) yang berasal dari APBD—disebut BOP-APBD—dan dana lain, seperti dana kapitasi JKN yang merupakan bagian dari pendapatan asli daerah (PAD), yang juga berkontribusi dalam mendukung kegiatan operasional puskesmas.

Pembiayaan untuk menunjang kegiatan promotif dan preventif yang dikelola puskesmas meningkat dari tahun ke tahun (Kemenkes, 2017). Namun kesulitan dalam pemanfaatan dana sering kali terjadi, terutama di puskesmas yang berada di bawah koordinasi dinas kesehatan. Situasi ini disebabkan setidaknya oleh dua hal. *Pertama*, perbedaan interpretasi tata laksana keuangan antar sumber dana. *Kedua*, kurangnya jumlah dan/atau kompetensi staf bidang administrasi dan akuntansi yang memahami pertanggungjawaban keuangan secara ajek (KOMPAK, 2017).

Beberapa laporan telah mengungkap adanya tumpang-tindih anggaran di dinas kesehatan dan puskesmas. Hal tersebut ditemukan di beberapa daerah, seperti Kabupaten Simalungun (Res, 2016), Kabupaten Siantar (Hutasoid, 2015), dan Kabupaten Lampung Utara (Baho, 2018). Tumpang-tindih pendanaan dilaporkan terjadi pada kegiatan pengadaan dan distribusi obat di instalasi farmasi, puskesmas, puskesmas pembantu, dan poskesdes; pengadaan alat tulis kantor; serta perbaikan sarana dan prasarana di puskesmas. Tumpang-tindih pendanaan dan kesenjangan pembiayaan harus dihindari

agar kebutuhan dana UKM dapat terpenuhi secara utuh dan mendukung pelaksanaan program preventif dan promotif secara lebih efektif dan efisien.

Permenkes Nomor 19 Tahun 2017 yang mengatur pengintegrasian seluruh sumber dana bertujuan untuk mewujudkan perencanaan dan penganggaran ideal di puskesmas guna mengoptimalkan pelaksanaan UKM. Perencanaan dan penganggaran puskesmas harus mencakup seluruh komponen mata anggaran dari berbagai sumber dana. Idealnya, dana pelaksanaan UKM di puskesmas dan dinas kesehatan dapat digunakan secara fleksibel untuk membiayai sebagian atau seluruh mata anggaran UKM, termasuk kegiatan pendataan keluarga sehat dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) mulai dari sosialisasi, pelatihan petugas, koordinasi lintas sektor, dan kegiatan pendataan ke rumah warga.

Dari lensa administrasi publik, pengintegrasian pembiayaan melalui Permenkes 19/2017 merupakan salah satu bentuk reformasi dalam pengelolaan keuangan publik atau *public financial management* (PFM) di FKTP, khususnya di puskesmas. Secara umum, reformasi PFM bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan keuangan, alokasi sumber daya yang strategis, dan efisiensi dalam mengelola pembiayaan publik Lawson A., 2012).

Penelitian ini bertujuan untuk mendapat gambaran proses dan tantangan yang dihadapi dalam mengintegrasikan berbagai sumber pembiayaan kesehatan di puskesmas yang diatur dalam Permenkes 19/2017, khususnya pembiayaan untuk program UKM, menurut tahapan PFM. Hasil penelitian berupa implementasi di lapangan dan tantangannya akan dipaparkan, kemudian dilanjutkan pembahasan usulan intervensi untuk memperbaiki integrasi berbagai pembiayaan di puskesmas.

Metode

Teori dan Konsep Penelitian

Untuk memastikan pembiayaan publik telah terencana, terlaksana, dan dilaporkan dengan baik, proses PFM dibuat dalam siklus anggaran tahunan, yang terdiri dari (1) formulasi anggaran, (2) pelaksanaan anggaran, dan (3) pemantauan anggaran (Cashin *et al.*, 2017). Dalam penelitian ini, formulasi anggaran membahas proses penetapan prioritas dalam perencanaan, dan bagaimana memformulasikan dan menyalurkan anggarannya. Pelaksanaan anggaran membahas bagaimana puskesmas menggunakan anggaran yang telah disetujui, dan proses pencairan dana ke target institusi, seperti dinas kesehatan dan puskesmas. Terakhir, pemantauan anggaran membahas bagaimana proses pelaporan keuangan dibuat dan tercatat dalam sistem akuntansi yang baik.

Data dan Analisis

Penelitian kualitatif ini secara spesifik menyoroti siklus PFM serta analisis terhadap tantangan untuk memberikan usulan perbaikan ke depan. Wawancara mendalam dilakukan untuk mengumpulkan data primer dari informan, yang meliputi: 1) kepala puskesmas beserta staf administrasi dan keuangan; 2) kepala dinas kesehatan beserta kepala bidang tata usaha dan administrasi, serta kepala bidang pelayanan kesehatan masyarakat; 3) kepala bidang sosial dan pengembangan, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), beserta staf bagian perencanaan; dan 4) bendahara umum daerah (BUD) termasuk bagian anggaran, badan pengelola keuangan dan anggaran daerah (BPKAD) atau badan keuangan daerah (BKD).

Penelitian ini menggunakan Indonesia Governance Index (IGI) (Kemitraan, 2017) untuk memilih provinsi dan menggunakan kapasitas fiskal (Kemenkeu, 2017) untuk memilih kabupaten/kota di provinsi terpilih. Mengacu pada IGI dan peta kapasitas fiskal 2017, Bali terpilih untuk mewakili provinsi dengan IGI teratas (6,23), sedangkan Sumatera Barat mewakili provinsi dengan IGI di kelompok bawah (5,70). Di Bali, dipilih Kabupaten Gianyar dan Kabupaten Jembrana, yang masing-masing mewakili kapasitas fiskal tinggi (1,30) dan rendah (0,61). Adapapun di Sumatera Barat, dipilih Kabupaten Dharmasraya dan Kota Payakumbuh yang masing-masing mewakili kapasitas fiskal rendah (0,61) dan sangat rendah (0,39). Di samping itu, penelitian ini juga melihat status badan layanan umum daerah (BLUD) puskesmas. Tujuannya, untuk mengidentifikasi pengaruh status BLUD terhadap siklus PFM di puskesmas. Menurut Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Puskesmas dengan status BLUD memiliki otonomi untuk mengelola keuangan sendiri sesuai dengan peraturan serta melakukan pelaporan langsung ke BKD tanpa melalui dinas kesehatan (Kemendagri, 2007).

Pengambilan data dilakukan pada bulan Maret-April 2018. Proses analisis dilakukan mulai dari pembuatan transkrip wawancara, matriks, kemudian analisis terhadap temuan di lokasi kajian. Data sekunder tentang perencanaan dan penganggaran, seperti RUK terintegrasi, RKA DAK nonfisik, dan rencana bisnis dan anggaran (RBA) puskesmas BLUD, juga dikumpulkan untuk melengkapi analisis.

Hasil Penelitian

Formulasi Anggaran

Hasil asesmen di delapan puskesmas di empat kabupaten/kota menunjukkan bahwa proses integrasi pembiayaan tidak terjadi secara keseluruhan seperti tujuan yang dimaksud. Integrasi yang dapat dilakukan puskesmas tersebut masih terbatas pada tahap formulasi anggaran melalui pembuatan RUK terintegrasi, yang juga masih belum memadai. Idealnya, penyusunan RUK terintegrasi diawali dengan penyusunan rencana semua aktivitas, sesuai dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang teridentifikasi di wilayah kerja puskesmas masing-masing. Hanya setelah tersusun RUK terintegrasi inilah selanjutnya anggaran dana untuk setiap aktivitas ditentukan.

Berdasarkan rencana aktivitas dan jumlah dana tersebut, puskesmas harus memadukan mata anggaran setiap kegiatan dengan sumber-sumber pembiayaan kesehatan yang tersedia. Di lapangan justru urutan kegiatan penyusunan RUK tersebut terbalik. Langkah pertama puskesmas menyusun dokumen RUK terintegrasi malah dengan membuat RUK setiap sumber pembiayaan dengan tujuan untuk mendapatkan persetujuan dari masing-masing sumber dana. Setelah itu, puskesmas menggabungkan kegiatan yang sudah dimuat dalam RUK tersebut menjadi satu.

Salah satu faktor yang menyebabkan puskesmas memutuskan untuk membalik urutan penyusunan RUK adalah kendala selisih waktu penentuan petunjuk teknis antara sumber dana yang berbeda-beda. Karena tidak tergantung pada faktor eksternal, pada awal tahun (Februari-April), puskesmas dan dinas kesehatan sudah dapat mulai membuat RUK BOP-APBD (bagi puskesmas berstatus non-BLUD) atau RUK BLUD (bagi puskesmas berstatus BLUD). Adapun untuk pemanfaatan dana yang bersumber dari DAK nonfisik, yang bergantung pada tujuan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah pusat, perencanaan program di puskesmas harus menyesuaikan rencana anggaran dengan juknis yang ditetapkan. Sayangnya, juknis dari pemerintah pusat sering kali terlambat, bahkan hingga pertengahan tahun anggaran berjalan. Pada 2017, misalnya, mata anggaran kegiatan untuk pendataan keluarga sehat belum dapat diintegrasikan karena informasi dan petunjuk teknis PIS-PK terlambat terbit, yaitu pada pertengahan 2017 saat RKA semua sumber dana lain telah disetujui.⁵

Perencanaan puskesmas untuk keseluruhan kegiatan yang dibutuhkan menjadi tidak optimal karena adanya ketidakpastian finansial. Menurut puskesmas dan dinas kesehatan, masing-masing sumber

⁵ Karena petunjuk teknis PIS-PK tidak mengalami perubahan, maka puskesmas dapat memulai pembuatan RUK terintegrasi untuk PIS-PK baru sejak 2018.

dana memiliki daftar mata anggaran yang bisa dibiayai, seperti tertera dalam masing-masing juknis. Akibatnya, terjadi ketidakpastian pada sejumlah mata anggaran karena keterlambatan satu atau lebih petunjuk teknis. Sebagai contoh, dalam kajian ini, semua puskesmas menyatakan bahwa panduan pendataan PIS-PK seharusnya menggunakan gawai tablet. Namun hal ini tidak dapat dilakukan sebab berdasarkan juknis masing-masing, pengadaan tablet tidak boleh menggunakan DAK nonfisik, kapitasi, maupun dana BOP-APBD.⁶ Selain itu, ditemukan bahwa empat kabupaten/kota lokasi kajian tidak menerapkan sistem honor tambahan bagi petugas pendataan keluarga sehat karena honor dianggap sudah didapatkan dari jasa pelayanan dana kapitasi.⁷ Padahal, menurut delapan puskesmas, pendataan keluarga sehat sering kali dilakukan di luar jam kerja karena anggota keluarga yang hendak didata hanya ada atau dalam keadaan lengkap berada di rumah pada sore atau malam hari. Singkatnya, puskesmas hanya dapat mengandalkan perencanaan kegiatan menggunakan komponen mata anggaran dari sumber-sumber dana yang disetujui lebih awal pada tahun anggaran berjalan.

Pelaksanaan Anggaran

Mengingat dalam sebuah siklus terdapat kaitan antara kelancaran satu bagian siklus dengan bagian yang lain, maka dapat diduga bahwa pelaksanaan anggaran dipengaruhi secara langsung oleh tidak optimalnya proses integrasi formulasi anggaran. Hal ini terlihat dari rendahnya penyerapan dana. Kondisi ini diperberat oleh singkatnya waktu untuk melaksanakan kegiatan sejak turunnya dana, kurangnya luasnya puskesmas dalam mengelola keuangan, serta terbatasnya sumber daya manusia untuk melaksanakan program puskesmas.

Kajian ini menemukan bahwa puskesmas dengan status BLUD cenderung lebih berhasil dalam melaksanakan kegiatan. Hal ini karena puskesmas BLUD memiliki lebih banyak kewenangan dalam mengelola keuangannya. Menurut puskesmas, perbedaan waktu antara turunnya dana daerah (dana BOP-APBD dan dana BLUD) dengan dana transfer dari pusat (dana kapitasi dan DAK nonfisik) menghambat integrasi pelaksanaan kegiatan dan menjadi salah satu penyebab rendahnya penyerapan dana.

Pemantauan Anggaran

Perbedaan sumber dana untuk mata anggaran yang berbeda pada satu kegiatan memiliki konsekuensi beban administratif dan menjadi kendala dalam kelancaran pelaporan, yang merupakan ukuran

⁶ Dana BOP-APBD tidak boleh digunakan untuk membeli barang investasi yang memiliki masa pakai lebih dari satu tahun.

⁷ Maksimal 60 persen dari total dana kapitasi yang diterima puskesmas.

keberhasilan pemantauan anggaran. Menurut regulasi, setiap sumber dana harus mendapatkan laporan pertanggungjawaban sesuai dengan mata anggaran yang dikeluarkan sebagai dokumentasi internal. Pada akhir setiap kegiatan, puskesmas harus menyiapkan surat perintah membayar (SPM) dan surat pertanggungjawaban (SPJ) yang terpisah untuk masing-masing sumber dana. Sebagai contoh, untuk menjalankan kegiatan lokakarya mini dengan pihak eksternal seperti camat, lurah, dan tokoh masyarakat, mata anggaran biaya transportasi didanai oleh DAK nonfisik, sedangkan mata anggaran pembuatan salinan materi lokakarya dan biaya konsumsi didanai oleh BOP-APBD. Masalah muncul karena petugas puskesmas memiliki keterbatasan waktu serta kemampuan administrasi dan keuangan—staf fungsional tenaga kesehatan harus beralih tugas menjadi tenaga administrasi. Kondisi ini membuat beban kerja petugas bertambah seiring dengan banyaknya laporan keuangan yang harus diselesaikan. Sebagai dampak juga, persoalan administratif ini mengorbankan waktu dan kualitas dari pelaksanaan program di puskesmas.

Pembahasan

Dalam implementasi di daerah, ditemukan bahwa instruksi pelaksanaan pembiayaan terintegrasi masih membingungkan puskesmas. Di tingkat puskesmas dan dinas kesehatan, ada banyak peraturan pengelolaan keuangan publik yang harus diperhatikan, seperti Permenkes Nomor 71 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Non-Fisik Bidang Kesehatan 2017, Perpres Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permenkes 21/2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permendagri Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan APBD 2017, Permendagri Nomor 61 Tahun 2017 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD, dan peraturan terkait lain seperti PP Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah. Sementara puskesmas harus mengikuti peraturan-peraturan tersebut, Permenkes Nomor 19 Tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan PIS-PK juga mengatur pengelolaan keuangan puskesmas dan mengharuskan puskesmas melakukan penyesuaian dengan pengelolaan keuangan masing-masing sumber.

Pedoman pengintegrasian dana di puskesmas yang seharusnya memudahkan perencanaan tidak terlaksana secara optimal apabila kendala di semua tahap siklus PFM tidak terpecahkan. Permenkes 19/2017 merupakan salah satu inisiatif pembiayaan kesehatan untuk memaksimalkan fungsi puskesmas dengan tetap mengedepankan prinsip akuntabilitas dan transparansi. Harapannya, pedoman ini dapat

memudahkan perencanaan untuk memenuhi kebutuhan kegiatan dan anggaran. Namun pengumpulan informasi lanjut tentang praktik seluruh proses integrasi sumber-sumber pembiayaan sesuai dengan siklus PFM, termasuk cara untuk mengalokasikan dana dari berbagai sumber, pelaksanaan anggaran, dan pertanggungjawaban, masih dibutuhkan. Hal ini terkuak dari ditemukannya berbagai tantangan dalam siklus PFM, seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya.

Berdasarkan *Mapping PFM Intervention to Health System Performance* yang disusun oleh USAID dan WHO, kajian ini selanjutnya membahas sejumlah intervensi PFM untuk memperbaiki pengintegrasian pembiayaan di puskesmas. Intervensi PFM tersebut dimasukkan ke dalam kelompok siklus PFM, yaitu formulasi anggaran, pelaksanaan anggaran, dan pemantauan anggaran (**Tabel 8**).

Tabel 8. Intervensi PFM untuk Perbaikan Integrasi Dana di Puskesmas

No.	Intervensi PFM	Hasil yang diharapkan
A. Formulasi Anggaran		
A.1	Kebijakan pembiayaan, prioritas dan partisipasi anggaran	Alokasi sumber daya dan penyesuaian belanja kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan prioritas yang lebih baik.
A.2	Klasifikasi dan penyesuaian anggaran	Konsisten dalam nomenklatur dan pengklasifikasian <i>budget item</i> .
A.3	Anggaran berdasar pada program, anggaran berorientasi pada hasil	Perbaikan dalam formulasi dan justifikasi anggaran berdasarkan tujuan, aktivitas, dan keluaran yang diharapkan.
B. Pelaksanaan Anggaran		
B.1	Kas manajemen dan pilihan perbendaharaan	Koordinasi pembiayaan supaya waktu turunnya dana terencana dan mencegah tidak terserapnya dana.
B.2	Sistem informasi manajemen yang terintegrasi	Informasi keuangan secara <i>real time</i> , otomatis, dan mengintegrasikan siklus PFM.
B.3	Otonomi anggaran bagi fasilitas kesehatan	Peningkatan fleksibilitas keuangan, terutama ketika terjadi keterlambatan turunnya dana.
C. Pemantauan dan pelaporan anggaran		
C.1	Sistem informasi manajemen yang terintegrasi	Informasi keuangan secara <i>real time</i> , otomatis, dan mengintegrasikan siklus PFM.
C.2	Kontrol dan audit internal	Memastikan integritas sektor publik dengan melakukan deteksi terhadap kegiatan yang tidak beres dan mendesain mekanisme untuk mengurangnya.

Sumber: TNP2K, 2018

Kesimpulan

Beragamnya sumber pembiayaan di puskesmas ternyata belum mampu memenuhi kebutuhan kegiatan promotif dan preventif karena alokasi dana terkesan terkotak-kotak. Kekhawatiran akan adanya tumpang-tindih antar-sumber pembiayaan di puskesmas membuat Kemenkes menginstruksikan pengintegrasian berbagai sumber dana tersebut, khususnya untuk pelaksanaan PIS-PK. Instruksi dalam Permenkes 19/2017 merupakan salah satu bentuk reformasi dalam pengelolaan keuangan publik di puskesmas.

Integrasi keuangan masih terbatas pada perumusan anggaran, khususnya persiapan rencana kegiatan terpadu yang diusulkan (RUK). Tantangan keberhasilan integrasi meliputi kekakuan dalam alokasi dana dan pendanaan silang, pencairan dana yang tidak sinkron, dan kurangnya otoritas untuk mengelola keuangan puskesmas non-BLUD. Beberapa intervensi PFM dapat diimplementasikan untuk mengintegrasikan pembiayaan yang optimal, seperti pengklasifikasian ulang anggaran sehingga semua kegiatan dapat didanai, otonomi anggaran bagi puskesmas untuk meningkatkan ketahanan keuangan, dan sistem informasi manajemen keuangan yang terintegrasi dan otomatis.







04

Indonesia Mampu
Cegah Risiko Tinggi
(IM-CRT)

Latar Belakang

Morbiditas dan Mortalitas Penyakit Tidak Menular

Kemenkes melaporkan bahwa Indonesia mengalami pola kesakitan yang disebut dengan beban penyakit ganda (*double burden of disease*). Dalam kondisi ini, penyakit menular masih menjadi problem, namun penyakit tidak menular meningkat tajam. Penyakit tidak menular adalah penyakit kronis dengan proses penyembuhan yang biasanya lambat. Yang termasuk ke dalam penyakit tidak menular adalah penyakit kardiovaskular seperti jantung dan stroke, kanker, gangguan pernapasan akut, dan diabetes. Selain faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi seperti umur dan faktor genetik, kondisi lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat berpotensi menyuburkan penyakit tidak menular. Gaya hidup tidak sehat yang dimaksud adalah merokok, diet tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, dan mengonsumsi alkohol.

Di dunia, sebanyak 63 persen kematian disebabkan oleh penyakit tidak menular yang membunuh 36 juta jiwa setiap tahun. WHO memperkirakan 35 persen penyebab kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit kardiovaskular, 12 persen karena kanker, 6 persen karena diabetes, 6 persen karena gangguan pernapasan akut, dan 21 persen karena penyakit menular (WHO, 2018). Bahkan, tingkat kematian karena penyakit kardiovaskular dan diabetes di Indonesia lebih tinggi daripada di dunia.

Riskesdas menunjukkan hasil pengukuran prevalensi hipertensi sebesar 25,8 persen pada 2013 dan meningkat menjadi 34,1 persen pada 2018. Prevalensi diabetes melitus (DM) meningkat dari 1,1 persen (2007) menjadi 2,1 persen (2013), dan menurun menjadi 1,8 persen pada 2018. Meski menurun, Perkumpulan Ahli Endokrinologi Indonesia menetapkan konsesus prevalensi DM umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9 persen pada 2018. Hal ini sesuai dengan angka yang dikeluarkan oleh WHO pada 2014, yakni 8,5 persen di antara penduduk dewasa.

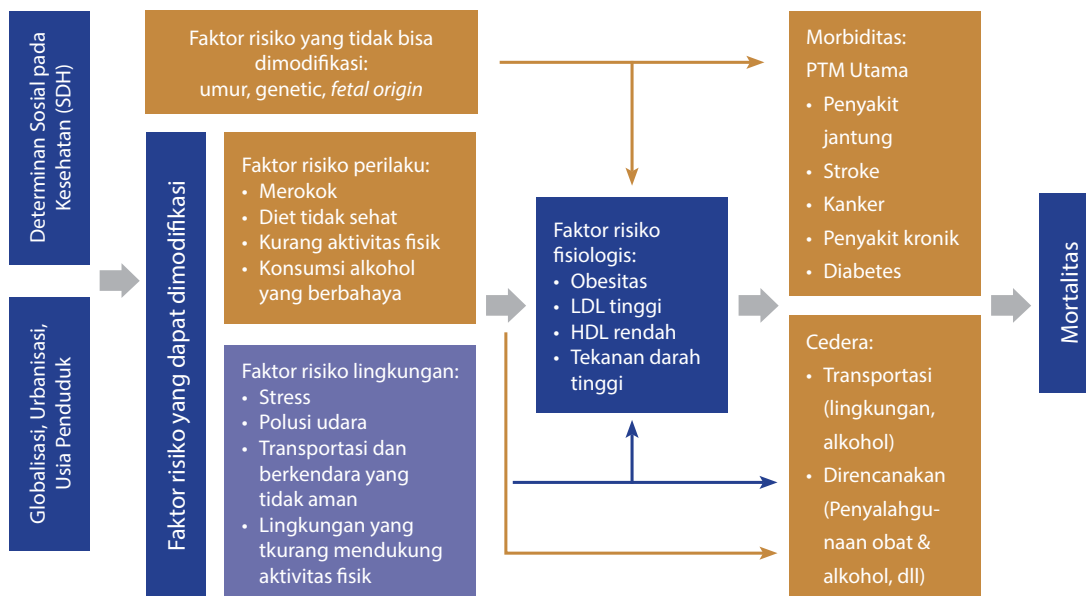
Prevalensi berat badan berlebih (*overweight*) dan obesitas sebagai salah satu faktor risiko penyakit tidak menular juga meningkat dari tahun ke tahun, baik di Indonesia maupun dunia. Pada 2013, penduduk dengan berat badan berlebih mencapai 11,5 persen. Angkanya menjadi 13,6 persen pada 2018. Sedangkan angka obesitas meningkat tinggi hampir 50 persen, dari 14,8 persen pada 2013 menjadi 21,8 persen pada 2018 (Riskesdas, 2018).

Kebijakan Pemerintah dalam Mengendalikan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular telah mendapatkan perhatian serius di dunia, dan menjadi salah satu target dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030, khususnya tujuan ketiga, yaitu “memastikan hidup sehat dan sejahtera”. Penyakit tidak menular yang tidak terkendali akan mengakibatkan kerugian besar pada kualitas hidup dan kondisi ekonomi penderita. Bagi penderita diabetes, misalnya, apabila dia tidak melakukan pengobatan secara benar, penyakitnya akan menjadi kronis dan memunculkan komplikasi penyakit yang akan menurunkan kualitas hidup penderita. Jika penderita adalah kepala keluarga atau orang yang bertanggung jawab mencari nafkah, kondisi ekonomi keluarga pun akan terganggu.

Seseorang yang telah mengidap penyakit tidak menular sulit untuk kembali sehat seratus persen. Karena itu, perlu tindakan yang dapat mencegah faktor risiko berkembang menjadi penyakit.

Gambar 37. Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular



Sumber: TNP2K, 2017

Kebijakan untuk mengendalikan faktor risiko tersebut telah diimplementasikan di Indonesia dan dunia. Di Indonesia, kebijakan penanggulangan penyakit tidak menular telah dilakukan sejak 2013. Di antaranya melalui terbitnya Permenkes Nomor 28 Tahun 2013, Permenkes 30/2013, Permenkes 34/2013, dan Permenkes 4/2013; Peraturan Menteri Keuangan (PMK) 34/2015, PMK 63/2015, PMK 71/2015, PMK 43/2016, PMK 56/2017, dan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

Salah satu cara mengendalikan faktor risiko adalah dengan melakukan deteksi dini. Deteksi dini adalah pemeriksaan fisik dan fisiologis untuk mengetahui tingkat risiko individu. Kegiatan deteksi dini dilaksanakan dengan memaksimalkan peran masyarakat melalui kegiatan berbasis masyarakat dengan membentuk pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (posbindu PTM). Pada 2017, Kemenkes melaporkan sebanyak 7.225 posbindu telah dikembangkan oleh masyarakat dan mendapatkan "Posbindu Kit". Posbindu yang telah melakukan input data secara elektronik menggunakan sistem informasi surveilans PTM sebanyak 3.273 di 2.512 desa/kelurahan yang dibina oleh 1.338 puskesmas, di 1.058 kecamatan pada 272 kabupaten/kota di 29 provinsi.

Namun demikian, masih ada tantangan dalam melaksanakan posbindu PTM. Kemenkes menyebutkan sejumlah kendala dalam mencapai deteksi dini secara menyeluruh. Di antaranya, (1) belum optimalnya dukungan terhadap program penanggulangan penyakit tidak menular; (2) perilaku masyarakat berisiko penyakit tidak menular; (3) kapasitas pelayanan untuk penyakit tidak menular; dan (4) minimnya data untuk manajemen program (perencanaan dan evaluasi).

1. Uji Coba Model Kemitraan Pemerintah dan Swasta dalam Program IM-CRT

Kerja Sama Pemerintah dan Swasta dalam Menjawab Keterbatasan Sumber Daya

Meskipun menghadapi banyak kendala, TNP2K atas arahan Wakil Presiden RI mempromosikan pencegahan penyakit tidak menular dengan meninisiasi sebuah program bernama Indonesia Mampu-Cegah Risiko Tinggi (IM-CRT). TNP2K menjalin kemitraan dengan Palladium International sebagai pengelola program IM-CRT.

IM-CRT dilaksanakan berkat kerja sama pemerintah dan sektor swasta. Untuk melaksanakan program ini, TNP2K dibantu oleh konsultan manajemen, Palladium International, yang bertugas mengelola dana dari pihak swasta. TNP2K juga mendapatkan dukungan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kemenkes, akademisi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, serta Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni). Dari diskusi pemerintah dengan pihak swasta, program IM-CRT yang dimulai sejak 2016 menghasilkan sejumlah poin penting, di antaranya:

1. Bentuk model kerja sama antara swasta dan pemerintah. Tantangannya adalah menghasilkan kesepakatan bentuk kerja sama yang saling menguntungkan antara kedua belah pihak. Pemerintah mendapatkan dukungan pendanaan, sedangkan swasta mendapatkan manfaat

positif untuk mendukung bisnis mereka. Poin yang cukup alot didiskusikan menyangkut (1) apa yang diharapkan oleh pemerintah dari pihak swasta; (2) sejauh mana keuntungan bagi pihak swasta apabila menjalin kerja sama ini; (2) bagaimana mekanisme penyaluran dana; dan (4) bagaimana kerja sama bisa dikelola apabila terdapat dua pihak swasta yang menghasilkan produk sejenis dan bersaing secara komersial.

2. Model intervensi yang akan digunakan dalam program pencegahan penyakit diabetes dan hipertensi.

Kedua poin tersebut pada akhirnya mencapai titik temu dan mendapatkan dukungan dari Kemenkes dan swasta, yakni:

1. Prinsip dasar model kerja sama adalah kemitraan berdampak positif (*positive impact partnership*), dengan swasta dan pemerintah memiliki tujuan bersama untuk mencegah penyakit tidak menular. Masing-masing pihak memiliki hak dan kewajiban untuk berkontribusi dalam setiap pembahasan dan inisiatif pelaksanaan program IM-CRT. Dalam sebuah kesempatan, Sekretaris Eksekutif TNP2K menyampaikan kepada pihak swasta mengenai nilai positif bagi perusahaan dan masyarakat apabila berpartisipasi dalam program IM-CRT.
2. Model intervensi yang akan dilakukan adalah model intervensi berbasis masyarakat (*community-based intervention*), yakni melalui posbindu PTM yang dikembangkan oleh Kemenkes. Kemenkes mempersilakan posbindu menggalang dana atau menambah kegiatan sepanjang model pelayanan “lima meja” tidak diubah.

Pada 29 November 2017, program IM-CRT diresmikan oleh Menteri Kesehatan Nila Moeloek dalam kegiatan Hari *Diabetes* Sedunia. Kalangan swasta yang turut berinvestasi dalam kerja sama ini adalah Herbalife, Novo Nordisk, Brighter, dan Pulse Lab.

Modifikasi Model Intervensi untuk Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular

A. Model Dasar Deteksi Dini di Posbindu PTM

WHO telah mengembangkan paket penanggulangan penyakit tidak menular atau *package of essential noncommunicable (PEN) diseases*—selanjutnya disebut WHO PEN. WHO PEN merupakan satu set intervensi minimum yang bisa dilaksanakan oleh tenaga kesehatan maupun nonkesehatan untuk mendeteksi tingkat faktor risiko penyakit tidak menular di masyarakat, sehingga bisa dilakukan pencegahan dan pengobatan di tingkat puskesmas. Menurut WHO, penyakit yang bisa dicegah tersebut adalah penyakit kardiovaskular, diabetes, gangguan pernapasan kronis, dan kanker.

Dari WHO PEN tersebut, Indonesia menerjemahkannya dalam kegiatan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular yang dilaksanakan di tingkat komunitas. Upaya ini mengikuti kegiatan yang telah sukses sebelumnya, yakni posbindu bayi dan balita serta posbindu lanjut usia. Kemenkes menetapkan bahwa posbindu PTM merupakan wujud peran serta masyarakat dalam kegiatan deteksi, pemantauan, dan intervensi dini faktor risiko secara mandiri dan berkesinambungan. Posbindu PTM merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan masyarakat atau UKM. Diharapkan upaya deteksi dini melalui posbindu PTM ini berkembang menjadi upaya kesehatan yang digerakkan masyarakat di bawah bimbingan puskesmas.

Model dasar kegiatan di posbindu PTM terdiri dari lima tahapan yang disebut "lima meja", yang meliputi:

1. Meja 1: Administrasi pendaftaran dan pencatatan data individu
2. Meja 2: Wawancara oleh kader untuk mengetahui riwayat penyakit tidak menular pada keluarga dan diri sendiri, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik, serta kebiasaan merokok dan minum alkohol
3. Meja 3: Pengukuran dan pemeriksaan oleh kader yang meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lingkar perut
4. Meja 4: Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan yang meliputi pengukuran tekanan darah, kadar glukosa, kadar kolesterol
5. Meja 5: Konseling dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan bagi yang memiliki faktor risiko penyakit tidak menular di atas normal

Pelaksanaan di lapangan tidak mengharuskan posbindu harus memiliki lima meja secara lengkap. Bila tempat dan sumber daya manusia jumlahnya terbatas, "Meja 1" dan "Meja 2" bisa digabung. Demikian juga "Meja 4" dan "Meja 5". Yang penting masyarakat harus melalui semua tahapan pemeriksaan tersebut. Kepedulian masyarakat akan kesehatan pribadinya serta kesadaran akan pentingnya deteksi dini terhadap penyakit tidak menular merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan mandiri masyarakat. Untuk sampai pada kondisi tersebut diperlukan dukungan, arahan, dan pemantauan dari puskesmas dan dinas kesehatan setempat secara berkelanjutan. Program IM-CRT diharapkan dapat memperkuat kegiatan posbindu PTM sehingga memunculkan kesadaran, kepedulian, dan kemandirian warga dengan dukungan puskesmas dan dinas kesehatan.

B. Evaluasi Hasil Implementasi Posbindu PTM dengan Model Dasar

Hingga 2017, tercatat ada 2.057 puskesmas di 298 kabupaten/kota di 34 provinsi yang telah mengirimkan

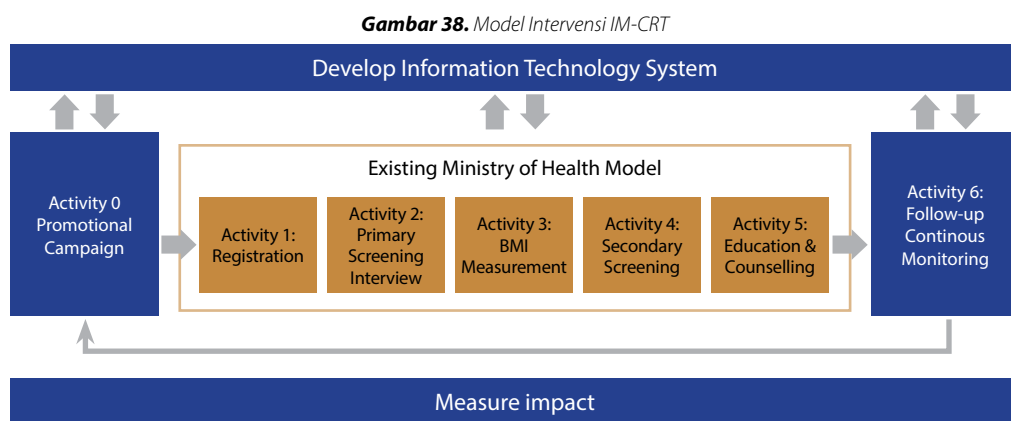
perwakilannya untuk mengikuti pelatihan tenaga kesehatan penguatan posbindu PTM. Dari pelatihan tersebut, telah berdiri 7.225 posbindu PTM yang tersebar di 2.512 desa/kelurahan yang dibina oleh 1.338 puskesmas yang berada di 272 kabupaten/kota di 29 provinsi. Seluruh posbindu PTM tersebut telah mendapatkan dukungan “Posbindu Kit” dari Kemenkes. Dari jumlah itu, baru sebanyak 3.723 posbindu PTM, atau sekitar 50 persennya, yang telah menginput data secara elektronik dengan menggunakan sistem informasi surveilans penyakit tidak menular.

Hasil wawancara dengan salah seorang dokter puskesmas di Jakarta yang mengampu posbindu PTM menyatakan bahwa terdapat sejumlah kendala mengapa warga tidak mau datang pada pemeriksaan faitor risiko, di antaranya:

1. Warga tidak mengetahui kegiatan posbindu.
2. Jadwal layanan posbindu PTM biasanya menyesuaikan dengan jam kerja petugas kesehatan sehingga dilaksanakan pada jam kerja pada Senin-Jumat. Jadwal ini menyulitkan peserta yang memiliki kegiatan rutin.
3. Posbindu PTM dilaksanakan sekurang-kurangnya sebulan bulan sekali. Orang yang datang biasanya orang yang sama yang datang pada dengan bulan sebelumnya. Padahal mereka hanya perlu datang satu kali dalam satu tahun apabila tidak memiliki faktor risiko yang perlu diperiksa secara rutin.

C. Modifikasi Model Intervensi

Dengan kendala implementasi di lapangan sebagaimana penjelasan di atas, program IM-CRT memodifikasi model dasar posbindu PTM agar hasil pemeriksaan lebih optimal. Adapun hasil akhir model yang disetujui oleh pemerintah, swasta, dan asosiasi yang terlibat ditunjukkan pada gambar di bawah ini.



Sumber: TNP2K, 2017

Model utama posbindu PTM adalah sistem “lima meja”. Program IM-CRT menambahkan model intervensi, yaitu:

1. Aktivitas 0: **Promosi dan Kampanye**. Kegiatan ini dilakukan sebelum kegiatan posbindu PTM dilaksanakan.
2. Aktivitas 6: **Pemantauan Berkelanjutan**. Setelah peserta selesai di Meja 5, tim akan melakukan pemantauan berkelanjutan terhadap pasien, seperti memantau rujukan ke rumah sakit dilaksanakan oleh pasien bersangkutan; dan melakukan intervensi lanjutan seperti SMS Sehat, olahraga bersama, hingga kampanye sehat.
3. Aktivitas 7: **Sistem Teknologi Informasi**. Aktivitas ini untuk merekam seluruh informasi tentang pasien yang melakukan deteksi dini dan melakukan analisis untuk mengetahui dampak dari deteksi dini dan pemantauan.
4. Aktivitas 8: **Pengukuran Dampak**. Kegiatan ini mengukur dampak dari model intervensi untuk melihat dan mengevaluasi seluruh pelaksanaan intervensi.

Pelaksanaan Uji Coba Model Intervensi

Uji coba model intervensi dilaksanakan di Desa Sekarwangi, Kecamatan Soreang, Kabupaten Bandung, Jawa Barat, yang memiliki luas wilayah 116 hektare dan terdiri dari 14 RW dan 45 RT. Desa ini berpenduduk 8.798 jiwa atau memiliki 2.441 kepala keluarga. Jumlah penduduk usia di atas 15 tahun sebanyak 5.281 jiwa, dengan 2.720 laki-laki dan 2.561 perempuan. Tim kajian dari TNP2K memeriksa lokasi 12 posbindu di tiap RW.

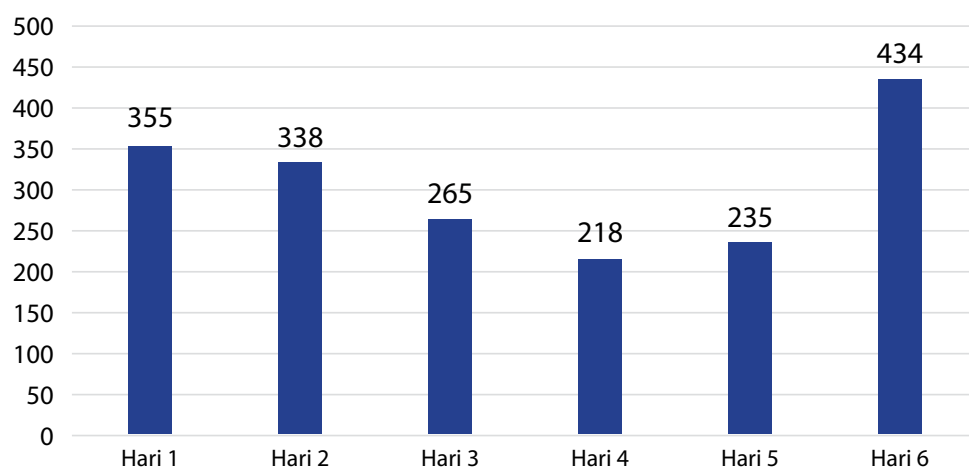
Sebagian besar penduduk bekerja sebagai petani, ibu rumah tangga, dan pelajar. Informasi ini penting untuk perencanaan “Aktivitas 0” (promosi). Kegiatan berbasis masyarakat ini sangat mengandalkan dukungan kader yang berperan memobilisasi masyarakat dan membantu petugas kesehatan dalam melakukan registrasi dan mengukur berat badan, tinggi badan, dan lingkar pinggang. Untuk melakukan hal tersebut, para kader mendapatkan pelatihan selama satu hari. Topik pelatihan meliputi pengenalan penyakit tidak menular dan risikonya, bahaya merokok, latihan penggunaan “Posbindu Kit” berupa pengenalan alat-alat serta tata cara dan praktik pengukuran fisik dan tekanan darah. Pelatihan diakhiri dengan pengenalan perangkat lunak Magpi dan praktik memasukkan data dengan menggunakan tablet.

Kegiatan ini juga mengukur faktor risiko penyakit tidak menular, seperti melakukan pemeriksaan gula darah sewaktu, tekanan darah, kolesterol, Body Mass Index (BMI), dan lingkar perut. Juga, mengukur gaya hidup dan kesehatan mental.

Jumlah Peserta atau Partisipan Uji Coba

Selama satu pekan beroperasi pada pukul 13.00-16.00 WIB, kecuali Sabtu dari pukul 09.00 hingga 16.00 WIB, warga yang mengikuti kegiatan ini berjumlah 1.845 orang. Setiap orang hanya berhak diperiksa sekali. Jumlah orang yang diperiksa setiap hari terlihat pada tabel di bawah ini.

Gambar 39. Jumlah Orang yang Diperiksa per Hari



Sumber: TNP2K, 2017

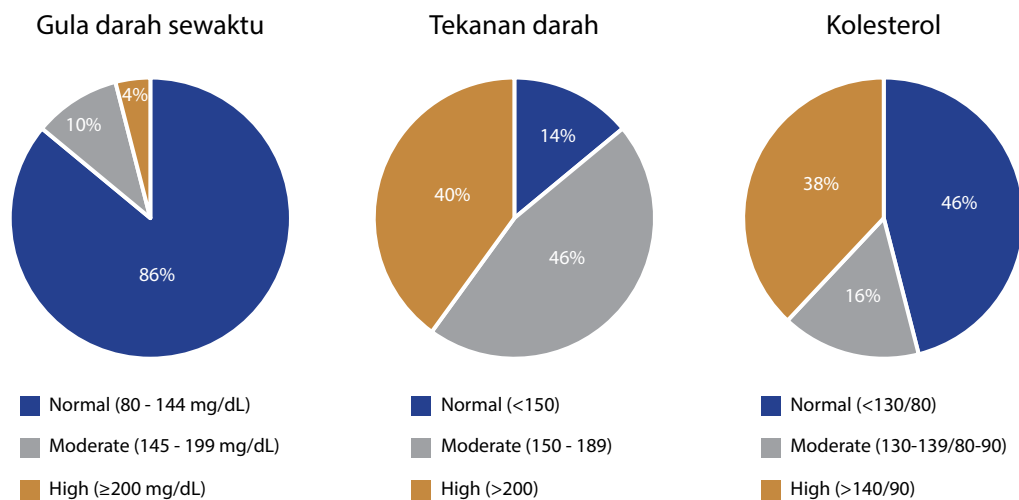
Posbindu PTM memeriksa rata-rata **25** warga per hari selama 3-4 jam beroperasi. Dibandingkan dengan posyandu lansia yang beroperasi rutin setiap hari dan rata-rata hanya memeriksa 10 orang per hari, capaian posbindu PTM dinilai bagus. **Ini menandakan bahwa “Aktivitas 0” berhasil mengajak warga untuk melakukan deteksi dini diabetes dan hipertensi. Artinya, perlu upaya mempromosikan dan mengampanyekan pentingnya pemeriksaan deteksi dini sebelum posbindu PTM dibuka.**

2. Hasil Uji Coba IM-CRT untuk Mengukur Faktor Risiko

Tujuan screening peserta uji coba program IM-CRT adalah meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pengetahuan tentang kondisi kesehatan serta mengetahui populasi yang memiliki faktor risiko, khususnya hipertensi dan diabetes. Berikut ini hasil uji coba IM-CRT yang telah dilakukan.

Sebanyak 4 persen peserta memiliki risiko tinggi pada pemeriksaan gula darah sewaktu, cukup rendah dibanding jumlah peserta dengan risiko tinggi pada tekanan darah dan kolesterol, yaitu mencapai 40 persen dan 38 persen. Kondisi ini terlihat pada **Gambar 40**, yang menunjukkan hasil pemeriksaan terhadap gula darah sewaktu, tekanan darah, dan kolesterol dengan pengelompokan “normal”, “moderat”, dan “tinggi”.

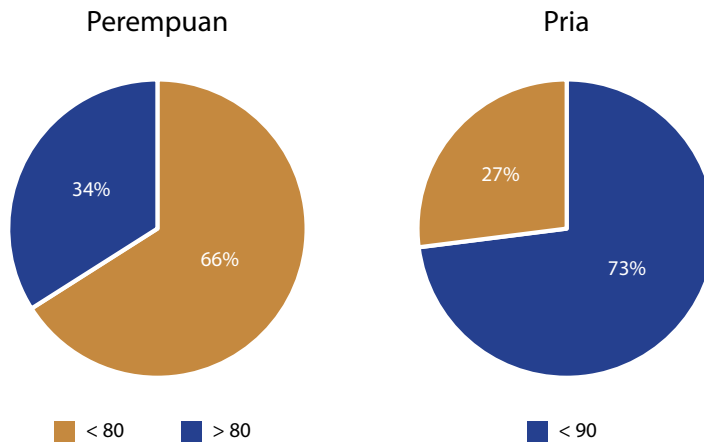
Gambar 40. Gula Darah Sewaktu, Tekanan Darah, dan Kolesterol



Sumber: TNP2K, 2017

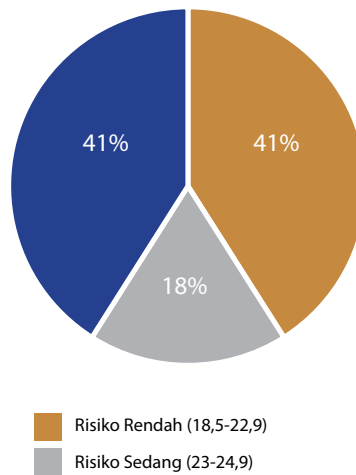
Pada analisis selanjutnya, diketahui bahwa 41 persen warga memiliki nilai BMI di atas normal. Artinya, **hampir separuh warga yang diperiksa memiliki berat tubuh melebihi normal.** Sebanyak dua pertiga perempuan memiliki lingkar pinggang di atas normal, sedangkan laki-laki hanya sepertiganya. Secara alamiah, metabolisme seseorang mengalami masa puncak pada usia remaja hingga umur 20-an dan terus mengalami penurunan ketika memasuki usia 30 tahun. Apabila tidak melakukan diet seimbang, maka berat badan perempuan ataupun laki-laki akan bertambah seiring usia.

Gambar 41. Proporsi Laki-laki dan Perempuan Berdasarkan Lingkar Pinggang



Sumber: TNP2K, 2017

Gambar 42. Proporsi BMI Peserta IM-CRT



Sumber: TNP2K, 2017

Dibandingkan dengan prevalensi nasional, kondisi kesehatan masyarakat di Desa Sekarwangi lebih memprihatinkan. Angka hipertensi nasional pada 2013 mencapai 25,8 persen, sedangkan di Sekarwangi mencapai 38 persen.

Tabel 9. Perbandingan hasil deteksi dini IM-CRT dengan Riskesdas

Prevalensi	Riskesdas		Sekarwangi
	2007	2013	2017
Hipertensi	31,7%	25,8%	38%
Riwayat hipertensi	7,6%	9,5%	
Diabetes (D/G)	1,1%	2,1%	4%

Sumber: Riskesdas, 2007 dan 2013. TNP2K, 2017

Berikut ringkasan hasil analisis faktor risiko pada peserta uji coba IM-CRT:

1. Sebaran Hasil Pengukuran Gula Darah Sewaktu Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Gaya Hidup

Hasil pengukuran menunjukkan bahwa terdapat perbedaan **nilai tengah** hasil pengukuran gula darah sewaktu pada perempuan dan laki-laki di bawah 45 tahun dan di atas 45 tahun, yang hasilnya lebih tinggi pada kelompok usia di atas 45 tahun. Diketahui juga nilai tengah hasil pengukuran gula darah sewaktu pada perempuan dan laki-laki yang kurang aktif bergerak dan merokok lebih tinggi daripada yang sebaliknya.

2. Sebaran Hasil Pengukuran Sistolik Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Gaya Hidup

Diagram di bawah melihat distribusi hasil pengukuran sistolik di atas 140 di Desa Sekarwangi pada mereka yang kurang aktif bergerak dan merokok. Hasil sebaran menunjukkan: (1) perempuan di atas 45 tahun memiliki nilai sistolik lebih tinggi daripada perempuan di bawah 45 tahun; (2) nilai median sistolik lebih tinggi pada perempuan di atas 45 tahun, tidak aktif bergerak, dan merokok; (3) pada laki-laki hanya ditemukan bahwa nilai sistolik usia 45 tahun ke atas lebih tinggi daripada usia di bawah 45 tahun, baik pada yang merokok, tidak merokok, aktif bergerak, maupun tidak aktif bergerak.

3. Sebaran Hasil Pengukuran Kolesterol Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Gaya Hidup

Dari hasil pengukuran yang terlihat dalam diagram terlihat bahwa (1) semua perempuan dan laki-laki di atas 45 tahun memiliki kadar kolesterol lebih tinggi daripada mereka yang berusia di bawah 45 tahun; dan (2) laki-laki dan perempuan yang tidak aktif bergerak dan merokok memiliki kadar kolesterol lebih tinggi.

4. Distribusi Tingkat Risiko Gula Darah Sewaktu Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Gaya Hidup

Setelah mengetahui sebaran dan nilai tengah dari hasil pengukuran gula darah sewaktu, kolesterol, dan tekanan darah sistolik, sebaran hasil pengukuran akan dilihat sesuai dengan kategorinya, yakni normal, moderat, dan tinggi, yang dibandingkan dengan aktif-tidak aktif bergerak, merokok-tidak merokok, dan makan sayur-kurang makan sayur. Warna merah tua pada diagram di bawah memperlihatkan sebaran mereka yang memiliki gula darah sewaktu di atas normal, yakni > 200 miligram/desiliter (mg/dL). Hasil analisis menunjukkan bahwa risiko diabetes yang tinggi, yang ditandai dengan hasil gula darah sewaktu di atas normal, terjadi pada perempuan di atas 45 tahun, terutama mereka yang tidak aktif bergerak dan merokok, meskipun mengklaim cukup makan sayur.

5. Distribusi Tingkat Risiko Sistolik Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Gaya Hidup

Hasil pengukuran sistolik, dengan risiko tinggi ditandai dengan nilai sistolik > 140, menunjukkan: (1) perempuan yang kurang makan sayur lebih banyak memiliki nilai sistolik > 140 daripada perempuan yang banyak makan sayur meskipun kurang aktif bergerak dan merokok; dan (2) risiko tinggi juga terjadi pada laki-laki di atas 45 tahun yang kurang aktif bergerak.

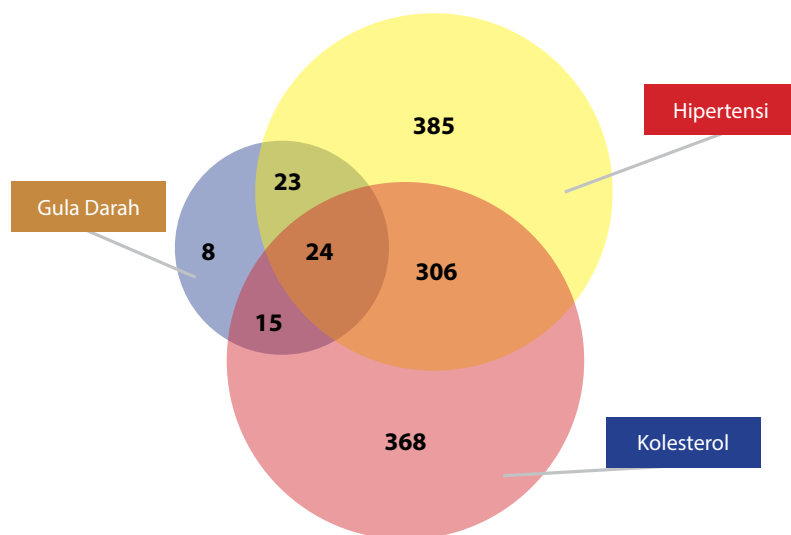
6. Distribusi Tingkat Risiko Kolesterol Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Gaya Hidup

Hasil analisis kadar kolesterol dalam darah dibandingkan dengan gaya hidup aktif-tidak aktif bergerak, merokok-tidak merokok, dan makan sayur-kurang makan sayur, menunjukkan: (1) kadar kolesterol di atas ambang normal sebagian besar ditemukan pada perempuan di atas 45 tahun yang mengaku kurang aktif bergerak dan merokok; dan (2) kadar kolesterol tinggi terjadi pada laki-laki di atas 45 tahun yang kurang aktif bergerak.

7. Kombinasi Faktor Risiko pada Responden dengan Risiko Tinggi Gula Darah Sewaktu, Hipertensi, dan Kolesterol

Gambar 43 di bawah memperlihatkan bahwa, *pertama*, sebanyak 34,3 persen responden yang memiliki risiko tinggi gula darah sewaktu juga memiliki risiko tinggi kolesterol dan hipertensi. Sebanyak 21,4 persen mengidap kolesterol dan sebanyak 32,9 persen mengami hipertensi. *Kedua*, sebanyak 42,9 persen penderita risiko tinggi kolesterol juga memiliki risiko tinggi hipertensi. *Ketiga*, ada 41,5 persen penderita risiko tinggi hipertensi yang juga mengalami risiko tinggi kolesterol. Maka dapat diambil kesimpulan bahwa penderita yang paling banyak mengalami komplikasi adalah mereka yang memiliki kadar gula darah sewaktu di atas normal.

Gambar 43. Diagram Venn Jumlah Responden dengan Tingkat Risiko Tinggi Kadar Gula Darah Sewaktu, Hipertensi, dan Kolesterol



Sumber: TNP2K, 2017

Diskusi dan Pembelajaran

Target Pemeriksaan

Target harian pemeriksaan adalah 73 orang selama tiga jam operasional posbindu, mulai pukul 13.00 hingga 16.00 WIB, sehingga delapan ribu warga dapat diperiksa selama tujuh hari di 12 posbindu. Di lapangan, rata-rata waktu yang diperlukan untuk pendaftaran hingga konseling selesai adalah 14 menit. Rata-rata waktu ini tidak bisa dipersingkat lagi karena posbindu dilaksanakan di komunitas dengan sejumlah keterbatasan. Bila dalam satu RW ada 500 orang berusia di atas 15 tahun, diperlukan 15 kali operasi posbindu. Bila hanya dilaksanakan sekali dalam satu bulan, deteksi dini usia 15 tahun ke atas memerlukan waktu lebih dari satu tahun.

Waktu Operasional Posbindu

Komposisi populasi di Desa Sekarwangi meliputi 40 persen petani dan pekerja dan 60 persen ibu rumah tangga dan anak sekolah. Dengan asumsi karakteristik demografi tersebut, waktu operasional posbindu yang ideal adalah pukul 13.00-16.00 WIB untuk Senin-Jumat dan pukul 09.00-12.00 WIB untuk Sabtu.

Hasil uji coba menunjukkan bahwa dua kelompok populasi terbesar, yakni petani dan pelajar, kurang berhasil dijaring. Petani hanya terjaring 2 persen, sedangkan pelajar 8 persen. Perlu evaluasi lebih lanjut mengenai penyebab kedua kelompok terbesar ini tidak bisa hadir pada saat posbindu beroperasi.

Pemanfaatan Teknologi

Dalam uji coba ini, ke-12 posbindu dibagi menjadi dua kategori, yakni enam posbindu menggunakan kertas untuk mendata peserta, dan sisanya menggunakan tablet untuk menginput data. Untuk cara manual, ada seorang petugas khusus entri data. Tablet dioperasikan secara *offline*. Setelah entri data selesai, data dikirim menggunakan koneksi internet. Keuntungan penggunaan teknologi adalah data dapat diunduh lebih cepat dan dapat segera ditindaklanjuti bila ada data kosong, salah, atau tidak lengkap. Diperlukan manajer data yang berpengalaman yang dapat membersihkan data setelah data diunggah ke server.

Biaya Operasional

Kegiatan uji coba dan posbindu rutin dan berkelanjutan memerlukan anggaran. Rinciannya bisa dilihat pada **Tabel 10**.

Tabel 10. Biaya Minimum yang Diperlukan di Posbindu PTM

No.	Kegiatan	Biaya
1	Persiapan pembukaan posbindu PTM, yang terdiri dari pelatihan kader dan petugas kesehatan	<ul style="list-style-type: none">Makan-minum pesertaHonorarium narasumberMeja serta taplak
2	Operasional posbindu	<ul style="list-style-type: none">Makan-minum petugasTransportasi petugas kesehatan
3	Biaya tetap (pembelian alat, pembelian bahan medis habis pakai secara rutin, dan pemeliharaan alat)	<ul style="list-style-type: none">Bahan medis habis pakai (setrip untuk pemeriksaan gula darah dan kolesterol, alkohol, kapas, dll.)

Sumber: TNP2K, 2017

Implikasi Hasil Pengukuran Deteksi Dini

Hasil pemeriksaan kegiatan uji coba yang telah dianalisis menunjukkan banyaknya masalah kesehatan yang dialami masyarakat. Sebagian besar penyakit adalah darah tinggi dan kolesterol. Sebanyak 17 persen atau sekitar 310 orang dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut ke puskesmas terdekat. Apabila hasil pemeriksaan kesehatan mental digabungkan, jumlah peserta yang dirujuk kemungkinan besar mencapai 20 persen.

Dampak positif dari hasil pemeriksaan adalah sebanyak 20 persen warga terdeteksi memiliki gejala penyakit kronis. Artinya, segera bisa dilakukan pencegahan agar gejala tersebut tidak memburuk dan berakibat fatal di kemudian hari. Sementara itu, bagi mereka yang belum melakukan pemeriksaan, dapat dilakukan pencegahan lebih awal. Dampak negatifnya, bila sarana dan prasarana fasilitas kesehatan terdekat tidak mampu menampung jumlah peserta yang dirujuk. Selain sarana, keterbatasan sumber daya manusia di fasilitas kesehatan terdekat menjadi kendala apabila ada banyak pasien baru. Demikian pula dengan ketersediaan obat, kegiatan luar gedung sebagai upaya pencegahan seperti senam bersama, kunjungan ke rumah pasien, hingga kampanye kesehatan. Semua itu akan menyedot sumber daya fasilitas kesehatan.

Analisis Biaya Manfaat

Penelitian menunjukkan ada intervensi yang berhasil dan ada pula yang tidak. Eksperimen dengan menggunakan metode uji acak terkendali (*RCT*) dalam mempromosikan gaya hidup sehat pada anak-anak di Australia dengan meningkatkan aktivitas fisik dan mengurangi jam menonton televisi ternyata tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan pada kelompok "kontrol" dan kelompok "perlakuan". Namun program lain memberikan hasil yang berbeda. Program "*The Change4Life*", sebuah proyek di Inggris untuk mengkampanyekan perubahan gaya hidup lebih sehat karena masalah obesitas

melaporkan bahwa kampanye tersebut telah menginspirasi lebih dari 47 ribu orang untuk bekerja secara sukarela memberikan penyuluhan tentang diet dan makanan sehat kepada orang lain. Sebanyak 30 persen ibu yang memiliki anak usia 2-11 tahun melaporkan minimal ada satu kebiasaan makan buruk atau aktivitas yang berubah.

TNP2K juga menggunakan metode RCT untuk mengetahui perubahan perilaku ibu terhadap anemia dan gizi anak. Hasilnya menunjukkan bahwa intervensi menggunakan layanan pesan singkat, SMS Sehat, terbukti meningkatkan pengetahuan terhadap anemia dan tablet tambah darah. Sayangnya, dalam banyak kasus, peningkatan informasi dan kesadaran tersebut tidak serta-merta mengubah gaya hidup seseorang. Kajian metaanalisis yang menelaah sejumlah studi ihwal motivasi menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi dan perilaku di masa mendatang.

Biaya Potensial Pelaksanaan Program

Bila setiap RW menyelenggarakan posbindu satu kali dalam satu bulan dengan target cakupan 100 persen dalam satu tahun, biaya pelaksanaan di tiap kecamatan kemungkinan bisa menyerap seluruh anggaran untuk desa. Karena itu, perlu terobosan untuk mendapatkan pendanaan dari pihak lain. Pembelajaran dari proses mendapatkan pendanaan dari swasta adalah mereka cenderung siap membantu pembiayaan apabila capaian kegiatan selaras dengan tujuan umum perusahaan. Contohnya, menggunakan alat dan bahan medis habis pakai produk sebuah perusahaan sehingga perusahaan yang diajak bekerja sama dapat melakukan promosi produk dalam kegiatan tersebut. Bisa juga mengajak perusahaan sebagai penyelenggara seluruh kegiatan. Benturan etika ini harus dicari solusinya oleh para pemangku kepentingan.

Biaya Potensial Jika Program Gagal

Negara berpendapatan rendah menghadapi banyak kasus malnutrisi, yang menyebabkan anak-anak kurang gizi atau bahkan obesitas. Kondisi kelebihan berat badan tersebut disebabkan oleh tidak seimbangnya diet dan kurangnya aktivitas fisik. Obesitas adalah pemicu utama penyakit kronis seperti diabetes tipe 2, gangguan jantung, dan stroke. Menurut laporan WHO, sebanyak 63 persen kematian disebabkan oleh penyakit tidak menular, dengan 80 persennya terjadi di negara berkembang. Dengan kondisi tersebut, hal yang perlu dipertimbangkan dalam pembiayaan pada masa yang akan datang meliputi:

1. Potensi jumlah penderita penyakit kronis, baik diabetes maupun hipertensi.
2. Lama waktu rata-rata seseorang menderita penyakit kronis.
3. Jumlah obat minimum yang diperlukan seorang penderita.
4. Jumlah pengobatan rata-rata orang yang harus melakukan terapi cuci darah.
5. Produktivitas yang hilang karena absen dan tidak bisa bekerja.
6. Produktivitas yang hilang karena kematian yang prematur.





05

Agenda ke Depan

Asupan Makanan dan Gaya Hidup yang Sehat

Berdasarkan fakta-fakta di atas, perlu ada perubahan perilaku hidup sehat yang mengarah pada penambahan aktivitas fisik dan perubahan jenis atau komposisi makanan yang dikonsumsi. Hal ini sejalan dengan yang disebut dalam WHO PEN bahwa merokok, kurangnya aktivitas fisik, dan diet tidak sehat adalah perilaku yang berisiko meningkatkan tekanan darah, gula darah, kegemukan, dan lipid darah yang tidak normal. Karena itu, kegiatan promotif dan preventif bagi masyarakat harus mencakup kegiatan sebagai berikut:

1. Kampanye aktivitas fisik minimal 30 menit setiap hari.
2. Kampanye mengurangi garam dalam makanan.
3. Kampanye makan buah dan sayur.
4. Olahraga bersama.
5. SMS Sehat.

1. JKN

Agenda ke depan yang perlu dilakukan untuk menyempurnakan program JKN meliputi:

1. Keberlanjutan keuangan
2. Pembelian strategis
3. Penguatan sistem pelayanan kesehatan

2. IM-CRT

Sejumlah hal yang perlu dilakukan untuk meningkatkan program IM-CRT mencakup:

1. Persiapan memperluas uji coba
2. Rapat untuk mendapatkan komitmen
3. Perencanaan kegiatan lapangan
4. Pengumpulan data dan edukasi
5. Penulisan laporan

3. Nusantara Sehat (NS)

Langkah yang perlu diambil untuk memperkuat kajian program ini di antaranya:

1. Pembersihan data
2. Analisis data
3. Penulisan laporan
4. Lokakarya publikasi



Referensi

- Achadi, E.L., A. Achadi, E. Pambudi, dan P. Marzoeki. 2014. *A Study on the Implementation of JAMPERSAL Policy in Indonesia*. Washington, DC: World Bank Group.
- Carrieri, V. dan Jones, A.M., 2017. "The Income–Health Relationship 'Beyond the Mean': New Evidence from Biomarkers". *Health economics*, 26(7), pp.937-956.
- Elgar, F.J., Pfortner, T.K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G.W., dan Currie, C. 2015. "Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study". *The Lancet*, 385(9982), pp.2088-2095.
- Farrel, M.J. 1957. "The Measurement of Productivity". *Journal of the Royal Statistical Society* 3: 253-290.
- Fletcher, J. dan Wolfe, B., 2014. "Increasing Our Understanding of The Health-Income Gradient In Children". *Health economics*, 23(4), pp.473-486.
- Hanandita W. 2016. *Essays on Poverty and Health in Indonesia*. Internet. University of Manchester. Tersedia di: [https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/theses/essays-on-poverty-and-health-in-indonesia\(66349228-5aee-4ea8-a3ca-dc4c87fb3fd9\).html](https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/theses/essays-on-poverty-and-health-in-indonesia(66349228-5aee-4ea8-a3ca-dc4c87fb3fd9).html).
- Harian Nasional*. 2017. "Libatkan Pemda Dalam Pembangunan Puskesmas". Tersedia di: <http://harnas.co/2017/08/24/libatkan-pemda-dalam-pembangunan-puskesmas> (diakses pada 4 November 2018).
- Health Policy Plus and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction (HP+ and TNP2K)*. 2018. *The Financial Sustainability of Indonesia's National Health Insurance Scheme: 2017-2021*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Health Policy Plus dan National Team for the Acceleration of Poverty Reduction (HP+ and TNP2K)*. 2018. *Memperluas Akses Pelayanan Kesehatan melalui Sektor Swasta: Jaminan Kesehatan Nasional dan Rumah Sakit Swasta*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim

Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Health Policy Plus dan National Team for the Acceleration of Poverty Reduction (HP+ and TNP2K). 2018.

Pasar Sektor Kesehatan Swasta di Era JKN. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K)

Health Policy Plus dan National Team for the Acceleration of Poverty Reduction (HP+ and TNP2K). 2018.

Sudahkah Jaminan Kesehatan Nasional Jangkau Masyarakat yang paling Rentan? Analisis Distribusi Manfaat terhadap Biaya JKN untuk Rumah Sakit. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Health Policy Plus dan National Team for the Acceleration of Poverty Reduction (HP+ and TNP2K). 2018.

Tren Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional: 2011-2016. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Idris, F. 2017. *Rapat Tingkat Menteri: Pengendalian Defisit Data Jaminan Social Program JKN*. Presentasi.

Indonesia Ministry of Health. 2012-2017. *Ministry of Health Annual Health Sector Profile 2011-2016*.

Jakarta: Ministry of Health.

Jacobs, B., Bigdeli, M., Annear, P.L. dan Van Damme, W. 2011. "Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries". *Health policy and planning*, 27(4), pp.288-300.

Johar M, Pujisubekti R, Soewondo P, Satrio HK, Adji A. 2017. *Access Inequity Health Insurance and the Role of Supply Factors*. Kertas kerja. Jakarta: TNP2K.

Johar M, Soewondo P, Adji A, Pujisubekti R, Satrio HK, Wibisono ID. 2017. *The Impact of Indonesia's Rapid Move Towards Universal Health Insurance on Total Health Care Expenditure*. Kertas kerja. Jakarta: TNP2K.

Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan. 2018. *Indonesia Mampu Cegah Risiko Tinggi*. Laporan Implementasi. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan. 2015. Laporan Monitoring Program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) *Tahun 2015*. Laporan. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Kelompok Kerja Kebijakan Jaminan Kesehatan. 2017. Laporan Kajian Kondisi Penyediaan Obat ARV di Indonesia. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Kementerian Kesehatan. 2014b. *Standar Ketenagaan Puskesmas Permenkes 75 Tahun 2014*. Jakarta. Tersedia di: <https://www.scribd.com/doc/289645780/Standar-Ketenagaan-Puskesmas-Permenkes>.

Kementerian Kesehatan. 2014b. *Standar Ketenagaan Puskesmas Permenkes 75 Tahun 2014*. Jakarta. Tersedia di: <https://www.scribd.com/doc/289645780/Standar-Ketenagaan-Puskesmas-Permenkes>.

Kementerian Kesehatan. 2017. *Number 61*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan. 2017b. *Data Dasar Puskesmas Bengkulu 2016*. Jakarta. Tersedia di: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/data-dasar-puskesmas/2016/07>. Data Dasar Puskesmas Bengkulu 2016.pdf.

Kementerian Kesehatan. 2017c. *Data Dasar Puskesmas NTT 2016*. Jakarta. Tersedia di: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/data-dasar-puskesmas/2016/19>. Data Dasar Puskesmas NTT 2016.pdf.

Kementerian Kesehatan. 2017d. *Data Dasar Puskesmas Sulawesi Selatan 2016*. Jakarta. Tersedia di: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/data-dasar-puskesmas/2016/27>. Data Dasar Puskesmas Sulsel 2016.pdf.

Kementerian Kesehatan. 2018. *Cegah Stunting dengan Perbaikan Pola Makan, Pola Asuh dan Sanitasi* [Internet]. Tersedia di: <http://www.depkes.go.id/article/view/18040700002/cegah-stunting-dengan-perbaikan-pola-makan-pola-asuh-dan-sanitasi-2-.html> (diakses pada 20 Agustus 2018).

Kementerian Kesehatan. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017* [Internet]. Jakarta. Tersedia di: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2017.pdf>.

Kementerian Kesehatan. 2011. *Situasi Diare di Indonesia. Buletin Jendela Data dan informasi Kesehatan* [Internet]. Tersedia di: https://www.google.co.id/search?q=jendela+data+dan+informasi+kesehatan+volume+2,+triwulan+2,+2011&sa=X&rlz=1C1GCEU_enID821ID821&tbm=isch&tbo=u&source=univ&ved=2ahUKewi_vpaQ1JTfAhVLu8KHXE6Af4Q7Al6BAgAEBM&biw=1600&bih=762#imgrc=vi6J64xt5-ddTM:

Kementerian Kesehatan. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta.

Koblinsky, M. dan S. Qomariyah. 2014. *Increasing Access for the Poor to Facility-Based Birth in Indonesia*. Depok, Indonesia: Centre for Family Welfare, Faculty of Public Health, University of Indonesia.

KOMPAK. 2017. *Kondisi Pembiayaan dan Tantangan Sumber Daya Manusia saat ini di Puskesmas*. Tersedia di: <http://kompak.or.id/userfiles/publication/report/brief-puskesmas-11291.pdf>.

Linden, M. and Ray, D., 2017. "Aggregation bias-correcting approach to the health-income relationship: Life expectancy and GDP per capita in 148 countries, 1970-2010". *Economic Modelling*, 61, pp.126-136.

Lindlbauer, I., J. Schreyogg, and V. Winter. 2016. "Changes in Technical Efficiency after Quality Management Certification: a DEA Approach Using Difference-in-Difference Estimation with Genetic Matching in the Hospital Industry". *European Journal of Operational Research* 250: 1026-1036.

Magnusson, J. 1996. "Efficiency Measurement and Operationalization of Hospital Production". *Health Service Research* 31(1): 21-37.

Mills, A., 2014. "Health care systems in low-and middle-income countries". *New England Journal of Medicine*, 370(6), pp.552-557.

- Moshiri, H., S.M. Aljunid, and R.M. Amin. 2010. "Hospital Efficiency: Concept, Measurement Techniques and Review of Hospital Efficiency Studies". *Malaysian Journal of Public Health Medicine* Vol 10(2): 35-43.
- Napirah, M. R., Rahman, A. dan Tony, A. 2016. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso". *Jurnal Pengembangan Kota* doi: 10.14710/jpk.4.1. 29-39.
- Nugroho P, Pramono LA, Mihardja L. 2015. *Hypertension and Kidney Dysfunction in Adult Population in Indonesia* [Internet]. Juni 1(33):e43. Tersedia di: https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2015/06002/Hypertension_and_Kidney_Dysfunction_in_Adult.162.aspx
- Pickett, K.E. and Wilkinson, R.G. 2015. *Income inequality and health: a causal review. Social science & medicine*, 128, pp.316-326.
- Pusat Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2016. Laporan Akhir: Analisis Pengadaan Obat pada Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Laporan akhir. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) dan *Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ).
- Radito, T. 2014. "Analisis pengaruh kualitas pelayanan dan fasilitas Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas". *Jurnal Ilmu Manajemen*, 11(2). Tersedia di: <https://journal.uny.ac.id/index.php/jim/article/view/11753>.
- Rahmayanti, N. S. dan Ariguntar, T. 2017. "Karakteristik Responden dalam Penggunaan Jaminan Kesehatan pada Era BPJS di Puskesmas Cisoka Kabupaten Tangerang Januari-Agustus 2015". *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, doi: 10.18196/jmmr.6128.
- Ramdani, A. H., Setiawati, E. P. dan Herawati, D. M. D. 2016. "Persepsi Dokter Puskesmas di Kota Bandung terhadap Implementasi Sistem Jaminan Kesehatan Nasional". *Jurnal Sistem Kesehatan*, 1(4). Tersedia di: http://jurnal.unpad.ac.id/jsk_ikm/article/view/12804.

- Ross R, Dutta A. 2018. *Apakah JKN berasosiasi dengan efisiensi Rumah Sakit yang Lebih Besar? Bukti dari Survei Rumah Sakit Swasta*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- Ross, R., S. Koseki, A. Dutta, P. Soewondo, dan Y. Nugrahani. 2018. *Results of a Survey of Private Hospitals in the Era of Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional: Impact of Contracting with National Health Insurance on Services, Capacity, Revenues, and Expenditure*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: National Team for Accelerating Poverty Reduction (TNP2K).
- Sarnianto P. 2019. *Kajian Kebijakan Pengadaan Obat untuk Program Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2014-2017. Laporan Akhir*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Simar, L. dan P.W. Wilson. 2005. "Estimation and Inference in Two-Stage, Semi-Parametric Models of Production Processes". *Journal of Econometrics*, 136: 31-64.
- Soewondo, P. dan Halimah. 2018. *Report Review on the Implementation of Integrated Planning & Budgeting for Preventive/Promotive Program at Puskesmas: a reform of Public Financial Management (PFM)*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Soewondo, P., Johar, M., PujiSubekti, R., Halimah, dan Irawati, D.O. 2018. "Menilik Puskesmas di Daerah Tertinggal: Kebutuhan, Kegiatan dan Keuangan". *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, volume 75, 2019.
- Soewondo, P., Johar, M., PujiSubekti, R. 2018. *Akses Pelayanan Kesehatan Keluarga Berstatus Ekonomi Rendah di Era JKN*. Manuskrip. TNP2K.
- Soewondo P, Johar M, PujiSubekti R, Halimah H, Irawati DO. 2019. *Bagaimanakah Kondisi Kesehatan Saudara Kita yang Bermukim di Daerah Tertinggal?*. Manuskrip. TNP2K.
- Soewondo P, Johar M, PujiSubekti R, Halimah H. 2018. *Association between Healthcare Utilisation and Neighbourhood Networks: Evidence from Indonesia*. Manuskrip. TNP2K.

- Soewondo P, Johar M, PujiSubekti R. 2018. *Treatment choice in Indonesia under Universal Social Health Insurance*. Manuskrip. TNP2K.
- Susilawaty D. 2018. "WHO: 7,8 Juta Balita di Indonesia Penderita *Stunting*". Jakarta: Republika. Tersedia di from: <https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/18/01/24/p30s85396-who-78-juta-balita-di-indonesia-penderita-stunting>.
- Tauchmann, H. 2015. *Simarwilson: DEA Based Two-Step Efficiency Analysis*. Dipresentasikan di "2015 German Stat Users Group Meeting" di IAB, Nuremberg, 26 Juni 2015.
- Teplitskaya L, Dutta A. 2018. *Apakah Skema Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir?*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Teplitskaya L, Ross R, Dutta A. 2018. *Has Indonesia's National Health Insurance Scheme Improved Family Planning Use?*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus; dan Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- The World Bank. 2016. *Indonesia health financing system assessment: Spend more, right and better*. Tersedia di: <http://pubdocs.worldbank.org/en/633911492102648134/112931-WP-Policy-Note-HFSA-Indonesia-Published.pdf>.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2014. *Kajian Akses Penerima Bantuan Iuran (PBI) ke Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Laporan akhir studi. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2015. *Model estimasi dinamik: Kesenjangan antara Kebutuhan dan Ketersediaan Pelayanan Kesehatan hingga 2020*. Laporan. Jakarta: TNP2K.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. *100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting) Volume 2* [Internet]. Jakarta. Tersedia di: <http://www.tnp2k.go.id/downloads/100-kabupatenkota-prioritas-untuk-intervensi-anak-kerdil-stunting-volume-2>.

World Health Organization. 2018. *Smoking prevalence, total, ages 15+* [Internet]. The Worldbank.

Tersedia di: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.PRV.SMOK?view=chart> (diakses pada 20 Agustus 2018).

Yen TS. 2018. "Kurus, Gizi Buruk, Stunting: Wajah Ngeri Anak Indonesia". *Kompas.com*. Tersedia di:

<https://lifestyle.kompas.com/read/2018/07/23/073018120/kurus-gizi-buruk-stunting-wajah-neri-anak-indonesia>.







TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Kantor Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Jl. Kebon Sirih No. 14, Jakarta Pusat 10110

Telpon : (021) 3912812

Fax : (021) 3912511

E-mail : info@tnp2k.go.id

Website : www.tnp2k.go.id

ISBN 978-602-275-204-2

