

PKMK Working Paper

**Perencanaan Berbasis Bukti untuk
Menjawab Kebutuhan Kesehatan
Anak dan Jaminan Sosial Bidang
Kesehatan:
Studi Kasus
Tasikmalaya dan Jayawijaya**

**Pusat Kebijakan dan
Manajemen Kesehatan**

Muhamad Faozi Kurniawan¹
Tiara Marthias¹,
Digna Niken Purwaningrum¹,
Likke Pramudya Putri¹,
Deni Harbianto¹,
Laksono Trisnantoro¹
Deswanto Marbun²

ABSTRACT

Background & Literature review

Millennium Development Goal acceleration has called for innovations in health. One of the innovations is the Evidence-Based Planning (EBP) for maternal, neonatal and child health (MNCH). The Evidence-Based planning and budgeting approach is a rational approach, and put forward the scale-up of interventions that have been proven to be effective in reducing women and children deaths globally. The evidence-based interventions package for MNCH was published based on systematic review of over than 190 health interventions (Kerber, 2007) and is part of the Lancet series in maternal and child survival. The EBP was designed to improve sub-national MNCH planning and to be used at the district level, by the district health office and District hospital, as well as other health-relevant offices/departments. In terms of social protection and health insurance, the regulation No. 24/2011 on BPJS (Social Security Managing Organization) and the President decree No. 12/2011 on Health Insurance have instructed that health care providers, including hospitals, have to provide comprehensive health services for poor and near-poor population.

Research Objectives

To identify bottlenecks in health system that hinders the scaling up of important health intervention, particular for vulnerable population including poor families. To identify health system environment that would support the utilization of health insurance scheme for important interventions in child health survival.

Methodology

Case study approach was used to analyze two Indonesian districts that have used EBP; Tasikmalaya and Jayawijaya districts. Tasikmalaya is a highly populated urban area with equal distribution. On the other hand, Jayawijaya district is located at highland with geographical barriers and sparsely scattered population. The chosen evidence-based intervention is the Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care (CEONC), an important intervention to reduce neonatal mortality. The analyses use bottleneck analysis framework, which is part of the EBP. Bottleneck analysis identifies health system problems form both the supply and demand side (Tanahashi, 1978). This study also assesses the utilization of Jamkesmas health insurance in both districts. Data collection period was between 2011-2012.

Findings & Analysis

CEONC utilization in Tasikmalaya was only 50%, despite high availability of human resources and infrastructure for CEONC (100% and 80%, respectively). Tasikmalaya CEONC hospital is accessible for most of the population (98%). The bottleneck analysis shows that the problem lies in the actual utilization by the target population. Some of the identified reasons are; (1) lack of knowledge among the community and the delays by health workers during emergency situation and (2) inadequate referral systems.

Jayawijaya district has problems on both supply and demand sides for the CEONC intervention. Limited human resources and infrastructure has caused low utilization of CEONC services, of which only 17% women with delivery complications attended the CEONC facility. Jayawijaya district has one CEONC hospital, which does not operate 24/7 due to limited human resource (33% of the minimum requirement), and only covers approximately 33% of the population. People had difficulties in reaching

CEONC facility, due to geographical constraint and high transportation cost. From 2012 data, Jamkesmas health insurance utilization at the hospital level for Tasikmalaya district was 21.3 billion rupiah, while it was only 1.1 billion in Jayawijaya. It was evident that Jamkesmas utilization in Tasikmalaya, an urban area, is much higher than the rural Jayawijaya district. Supply side bottlenecks and barrier to access were found to be important factors in determining the utilization of Jamkesmas.

Conclusion and Policy implications

Financial support for poor population such as Jamkesmas, would be useful only in areas with good supply side for CEONC. On the other hand, merely providing a generic insurance coverage will not improve CEONC utilization in Jayawijaya, due to the supply side constraints and high transportation cost.

The analyses have pointed out a stark difference in health system problems between Tasikmalaya and Jayawijaya district. However, even in a well-supplied district such as Tasikmalaya, the utilization is relatively low. Target population does not necessarily have the knowledge on when and where to get CEONC services, and delays among health care providers have also been documented.

One of the main causes in low utilization in Jayawijaya is the expensive transportation cost, and this cost is much higher compared to Tasikmalaya district. However, Jamkesmas does not currently cover for transportation cost necessary to reach health facility. Hence, transportation cost financing mechanism should be a priority focus in allocating funds, particularly for the disadvantaged and poor population.

Policy Recommendations

Health insurance, particularly for the poor, should be able to protect and ensure accessibility to the necessary health services. Health insurance scheme should also serve as a control mechanism for sound treatment pathway. For example, in developed countries, patients with health insurance coverage will have to firstly be fully examined at the primary health care. Depending on clinical indication, patient could then be referred to higher-level facility.

However, Indonesia's referral pathway for health insurance is often only a formality, where patients were not carefully examined in the primary setting and referred directly to the district hospital. This would lead to over-referral and burdening the district hospital. On The other hand, patients often could not reach the referral hospital in time, because of the delays in deciding the referral, by both the family and the primary health care providers. Therefore, health insurance should be well designed and regulations be enforced to obtain more rational and timely health care services. In addition, health insurance scheme should also cover for transportation costs, particularly in geographically constrained areas. Cross cutting collaborations should also be improved in improving access to hospitals and health insurance utilization, particularly for poor and remote area population.

Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara yang telah menandatangani Deklarasi Milienium pada bulan September 2000. Komitmen ini antara lain mencapai target MDG untuk angka kematian bayi (AKB) 23/1000 Kelahiran Hidup dan angka kematian anak balita (AKABA) 32/1000 KH, sampai tahun 2015¹. Hasil sementara SDKI 2012 menunjukkan AKB dan AKABA adalah 32/1000 KH dan 40/1000 KH². Penyebab utama pada kematian bayi dan balita adalah masalah neonatal yang mencakup prematuritas, asfiksia, BBLR, infeksi; penyakit infeksi yaitu diare, pneumonia, malaria, campak dan masalah gizi kurang serta gizi buruk. Permasalahan gizi kurang (terutama gizi buruk) memiliki kontribusi terhadap 30% kematian pada balita. Secara nasional prevalensi balita gizi buruk dan gizi kurang menurun sebanyak 0,5 persen yaitu dari 18,4 persen pada tahun 2007 menjadi 17,9 persen pada tahun 2010. Demikian pula halnya dengan prevalensi balita pendek (*stunted*) yang menurun sebanyak 1,2 persen yaitu dari 36,8 persen pada tahun 2007 menjadi 35,6 persen pada tahun 2010³.

Pencapaian target MDGs 4 & 5 membutuhkan upaya yang lebih serius dan fokus menggunakan intervensi yang tepat untuk mengatasi penyebab kematian baik ibu maupun anak. Seiring dengan semakin dekatnya target waktu MDGs yaitu pada tahun 2015, diperlukan upaya percepatan pencapaian MDG 4 dan 5 . Hal ini mendorong berbagai pihak termasuk akademisi melakukan inovasi dalam bentuk intervensi program kesehatan. Faktor penting yang turut dibutuhkan adalah dukungan pemerintah pusat dan daerah terhadap upaya inovasi-inovasi dalam implementasi intervensi KIA yang dikembangkan. Salah satu inovasi yang dikembangkan adalah Perencanaan Berbasis Bukti (PBB). PBB merupakan sebuah pendekatan proses perencanaan dan penganggaran dengan menggunakan dasar intervensi-intervensi yang telah terbukti efektif dalam mengurangi angka kematian atau angka kesakitan secara global. Intervensi-intervensi ini diperoleh dari penelitian dan publikasi ilmiah yang telah diakui dan dipublikasikan dalam Jurnal *The Lancet Series* dengan mereview lebih dari 190 intervensi untuk kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak⁴. Bukti ilmiah yang dimaksud adalah daftar intervensi kesehatan menurut konsep *continuum of care*.

AusAID Knowledge Hubs (School of Population Health, University of Queensland) bekerjasama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan (Badan Litbangkes) dan Universitas Gadjah Mada (UGM) dengan pendanaan dari UNICEF dan AusAID telah melakukan inisiasi terhadap pendekatan perencanaan ini melalui sebuah konsorsium *Investment Case*, di Jakarta pada tahun 2010⁵. PBB menjadi dasar terbentuknya jejaring kesehatan dalam merencanakan program dan kegiatan pembangunan kesehatan, yaitu dinas kesehatan, rumah sakit pemerintah maupun swasta, serta lembaga lintas sektor dan lintas program yang terkait kesehatan. Studi PBB pertama kali dilakukan tahun 2009-2011 di 4 (empat) kabupaten/kota, yaitu Kota Tasikmalaya, Kota Pontianak, Kabupaten Sikka dan Kabupaten Merauke. Evaluasi dari implementasi *Investment Case* di keempat kabupaten tersebut menunjukkan peran positif dari pendekatan perencanaan dalam

¹ Ministry of National Development Planning/National Development Planning Agency (Bappenas), Republic

² Angka Target Penurunan Hasil SDKI

³ Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI, (2010). **Riset Kesehatan Dasar**. Kemenkes RI, Jakarta, Indonesia.

⁴ Kerber, (2007).

⁵ **Investment Case Report (2011)**. University of Queensland, Australia.

mensistematisasikan proses perencanaan kesehatan di tingkat kabupaten. Berdasarkan evaluasi tersebut, konsep *Investment Case* kemudian diterjemahkan sebagai perencanaan berbasis bukti sektor KIA dan dikembangkan di provinsi Papua. Pemilihan daerah tersebut didasarkan pada analisis ekuitas masalah KIA dimana daerah kepulauan yang terletak di Indonesia timur masih menghadapi masalah stagnasi angka kematian neonatal dan tingginya angka kematian ibu. Pengembangan PBB dilakukan di 3 (tiga) Kabupaten/Kota di Provinsi Papua, yaitu Kabupaten Kepulauan Yapen, Kabupaten Jayawijaya, dan Kabupaten Boven Digoel dari tahun 2011-sekarang.

Perencanaan Berbasis Bukti selanjutnya secara khusus digunakan sebagai pendekatan (metode) untuk menjawab kebutuhan kesehatan anak melalui jaminan sosial. Dua daerah dengan karakteristik yang berbeda telah dipilih sebagai fokus penelitian, yaitu Kabupaten Jayawijaya dan Kota Tasikmalaya. Kabupaten Jayawijaya merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Papua dengan wilayah geografis pegunungan. Proyeksi BPS 2012 menyatakan bahwa jumlah penduduk di Kabupaten Jayawijaya adalah 232.840 jiwa⁶. Survey Sosial Ekonomi Nasional 2012 menyatakan jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Jayawijaya mengalami penurunan, tahun 2007 sebesar 48 persen, sedangkan tahun 2012 sebesar 41 persen dari jumlah penduduk. Kabupaten Jayawijaya menggunakan standar faris kemiskinan 242.655 per kapita per bulan⁷. Pemerintah daerah memiliki 1 (satu) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tipe D dan 12 (dua belas) puskesmas. Dua puskesmas berfungsi sebagai puskesmas PONED. Puskesmas memiliki 29 (dua puluh sembilan) unit Pustu dan 26 (dua puluh enam) unit Polindes⁸.

Disisi lain, Kota Tasikmalaya merupakan kabupaten di Provinsi Jawa Barat. Jumlah penduduk tahun 2011 berjumlah 646. 874 jiwa dan tingkat kemiskinan penduduk 20,7 persen. Tahun 2006 tersedia rumah sakit umum pemerintah 1 (satu) buah, rumah sakit umum swasta 2 (dua) buah, rumah sakit bersalin swasta 5 (lima) buah, rumah bersalin pemerintah 1 (satu) buah, rumah bersalin swasta 2 (dua) buah, balai pengobatan tanpa tempat tidur 50 (lima puluh) buah, puskesmas dengan tempat tidur 4 (empat) buah, puskesmas tanpa tempat tidur 14 (empat belas) buah, Pustu 19 (sembilan belas) buah dan 692 buah Posyandu⁹. Kota Tasikmalaya merupakan kota dengan padat penduduk dan tingkat kemiskinan model perkotaan. Target pertama dari MDGs adalah menurunkan proporsi penduduk miskin hingga setengahnya antara tahun 1990 sampai dengan tahun 2015¹. Selama tiga tahun terakhir (2007-2009), persentase penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan menurun sebesar 2,3 persen, yaitu dari 48,6 persen di tahun 2007 menjadi 46,3 persen di tahun 2009¹⁰. Untuk meningkatkan kesehatan kepada masyarakat diperlukan sarana kesehatan dan tenaga kerja kesehatan.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan mewajibkan penyedia pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit untuk memberikan

⁶ BPS Kabupaten Jayawijaya, (2012).

⁷ Susenas, 2012.

⁸ Dinas Kesehatan Kabupaten, (2006-2007). Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya.

⁹ Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, (2011). Profil Dinas Kesehatan Kota Jayawijaya.

¹⁰ BPS Kota Tasikmalaya, (2009).

pelayanan kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat miskin dan hampir miskin, termasuk perlindungan bagi anak-anak yang hidup dalam kemiskinan. Undang-undang ini diterjemahkan ke dalam bentuk Strategi Nasional yang berfokus pada upaya penurunan kematian bayi dan balita. Strategi tersebut dapat wujudkan melalui program dan kegiatan seperti pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, meningkatkan kerja sama dan kordinasi lintas sektor, dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan anak yang komprehensif dan berkualitas.

Penelitian studi kasus ini dilakukan untuk melihat kendala di dalam sistem kesehatan yang membatasi cakupan intervensi/pelayanan kesehatan yang penting untuk ibu dan anak, terutama bagi populasi yang rawan yaitu yang termasuk keluarga miskin. Identifikasi terhadap sumbatan sistem kesehatan yang menghambat penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat terutama bagi masyarakat kurang mampu. Keluarga miskin yang dimaksud termasuk didalamnya adalah anak-anak. Tujuan penelitian ini juga untuk mengidentifikasi lingkungan sistem kesehatan yang dapat mendukung utilisasi jaminan kesehatan dalam membantu penggunaan pelayanan kesehatan yang penting bagi kelangsungan hidup anak.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus (*case study*) untuk mempelajari proses serta hasil perencanaan berbasis bukti sektor KIA di dua setting daerah yang berbeda. Lokasi penelitian adalah kabupaten Jayawijaya (Provinsi Papua) dan Kota Tasikmalaya (Provinsi Jawa Barat). Kabupaten Jayawijaya merepresentasikan daerah dengan kapasitas fiskal yang tinggi namun memiliki hambatan geografis yang dominan. Kabupaten Tasikmalaya merepresentasikan daerah dengan kapasitas fiskal lebih rendah namun tidak memiliki hambatan geografis. Penelitian dilakukan pada kurun waktu 2011 – 2012.

Dalam implementasinya, langkah pertama dari studi kasus adalah penentuan masalah atau isu yang akan diselidiki melalui pengumpulan data. Studi kasus bisa didasarkan pada enam sumber bukti yang berlainan, yaitu: dokumen, rekaman arsip, wawancara, pengamatan langsung, observasi partisipan, dan perangkat-perangkat fisik (Yin, 2012). Penelitian ini mengkombinasikan teknik kualitatif dan kuantitatif untuk mengumpulkan data primer maupun sekunder di lokasi penelitian. Wawancara mendalam dilakukan untuk menggali proses perencanaan kesehatan yang ada di masing-masing kabupaten. Data yang digunakan untuk telaah kuantitatif adalah data sekunder yang berasal dari laporan bulanan dinas kesehatan, profil kesehatan dan dokumen perencanaan masing-masing kabupaten.

Perencanaan berbasis bukti menggunakan kerangka berpikir analisis *bottleneck* untuk menguraikan hambatan yang ada dalam sistem kesehatan. Grafik *bottleneck* menggambarkan dua komponen besar yaitu *supply* yang terdiri dari ketersediaan obat dan anak, SDM yang dimiliki sistem kesehatan, dan akses ke fasilitas kesehatan; sisi yang kedua dari grafik *bottleneck* adalah sisi *demand* yang terdiri dari utilisasi pelayanan kesehatan, keberlangsungan penggunaan oleh masyarakat dan kualitas pelayanan yang diterima masyarakat (Tanahashi, 1978). Analisis *bottleneck* secara khusus dilakukan untuk menguraikan intervensi PONEK atau Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif. Intervensi ini termasuk ke dalam 66 intervensi yang direkomendasikan oleh The Lancet sebagai intervensi yang memiliki efikasi tinggi untuk mengatasi penyebab

anak (Kerber et al, 2007). Cakupan komponen bottleneck (sisi *supply* dan *demand*) dihitung menggunakan indikator yang ditentukan bersama oleh seluruh stakeholder yang mengikuti lokakarya perencanaan berbasis bukti. Analisis dilakukan dengan membandingkan cakupan masing-masing komponen grafik bottleneck. Selain melakukan analisis bottleneck, analisis data pemanfaatan Jamkesmas juga dilakukan untuk melihat utilisasi layanan kesehatan oleh masyarakat di dua kabupaten.

Analisis data dalam studi kasus terdiri atas pengujian, pengkategorian, pentabulasian dan pengkombinasian kembali bukti yang didapatkan. Persiapan terbaik untuk melakukan analisis studi kasus ialah dengan memiliki strategi umum analisis (Yin, 2012). *Content analysis* (identifikasi kata yang sering muncul, pengujian triangulasi, pengkategorian dalam matriks/ tabulasi dan pengkombinasian kembali semua data yang didapatkan) digunakan untuk menganalisis data kualitatif. Analisis deskriptif dilakukan untuk menjabarkan data kasus kegawatdaruratan terkait bayi atau anak yang ditangani di PONEK dan utilisasi jamkesmas oleh masyarakat. Perbandingan data kedua kabupaten dilakukan untuk melihat perbedaan kecenderungan masalah yang muncul, solusi yang telah dilakukan dan utilisasi jaminan kesehatan sebagai program perlindungan kesejahteraan dari pemerintah.

Hasil Penelitian

Tasikmalaya adalah daerah perkotaan di Provinsi Jawa Barat dengan kepadatan penduduk yang tinggi. Sumber daya kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak, tidak mencukupi untuk melayani seluruh penduduk di kota ini. Di lain pihak, kabupaten Jayawijaya merupakan daerah dengan penduduk yang relatif sedikit dan berada di daerah pegunungan di Provinsi Papua. Sumber daya yang tidak memadai disertai dengan kendala geografis dan distribusi penduduk yang tidak merata menyebabkan sulitnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan.

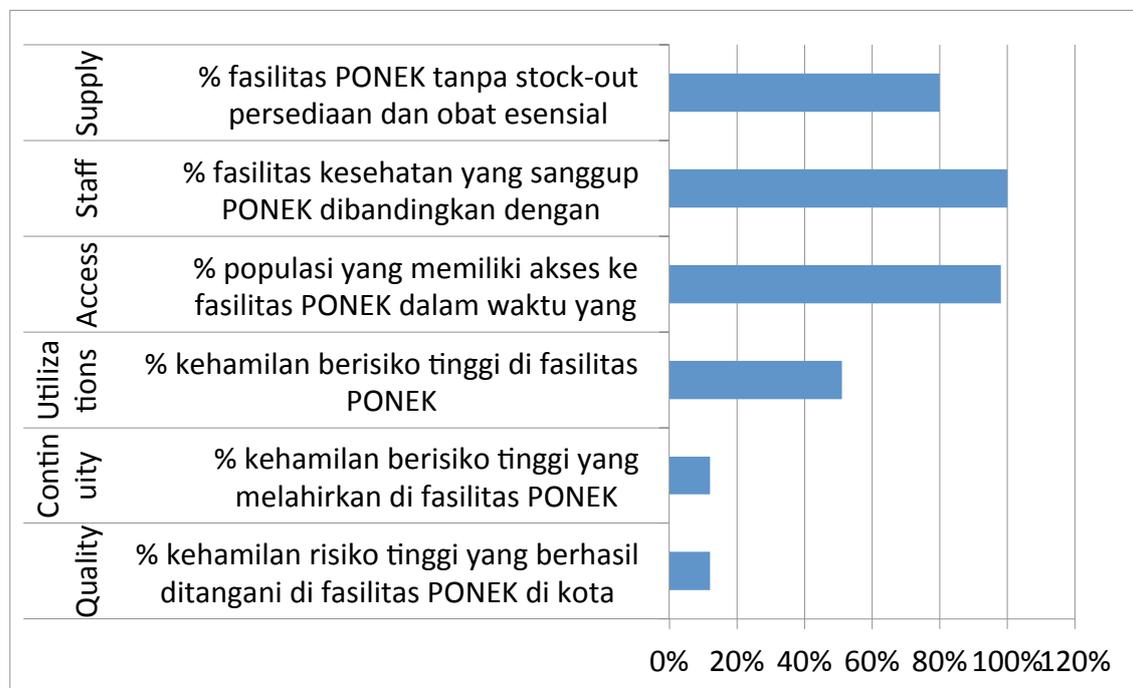
Infrasruktur yang memadai tidak menjamin sisi penyediaan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan baik. Keterbatasan sumber daya menjadi penyebab mengapa akses pelayanan kesehatan terhambat. Keterbatasan di sisi penyediaan (*supply*) akan terlihat dalam grafik sumbatan. Grafik tersebut akan menjelaskan apa yang menjadi sumbatan pada sisi penyediaan. Penyediaan disini bisa berupa peralatan, obat-obatan, sumber daya manusia dan bagaimana akses pelayanan kesehatan. Sisi suply ini akan menjelaskan mengapa sisi suply ini penting diukur atau dinilai.

Kuantitatif

Sesuai dengan tujuan utama penelitian, maka peneliti mengkaji satu intervensi utama yang berdasarkan daftar 66 intervensi merupakan intervensi dengan efikasi tertinggi untuk menangani penyebab kematian anak secara langsung. Intervensi yang dimaksud adalah PONEK. Peneliti melakukan analisis sumbatan pada intervensi PONEK untuk menguraikan keenam aspek komponen analisis, yaitu suplai obat dan alat, ketersediaan SDM kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan, penggunaan layanan kesehatan oleh masyarakat, keberlangsungan penggunaan, dan kualitas layanan yang diterima masyarakat. Analisis sumbatan (*bottleneck*) dilakukan dengan menggunakan kombinasi data laporan bulanan, profil kesehatan dan survei di tingkat kabupaten.

Hasil analisis *bottleneck* untuk intervensi PONEK di masing-masing kabupaten/ kota ditampilkan dalam grafik 1 dan 2.

Hasil analisa *bottleneck* dari kota Tasikmalaya untuk intervensi PONEK ditunjukkan oleh grafik berikut ini.



Grafik 1. Hasil analisa bottleneck Kota Tasikmalaya untuk intervensi PONEK

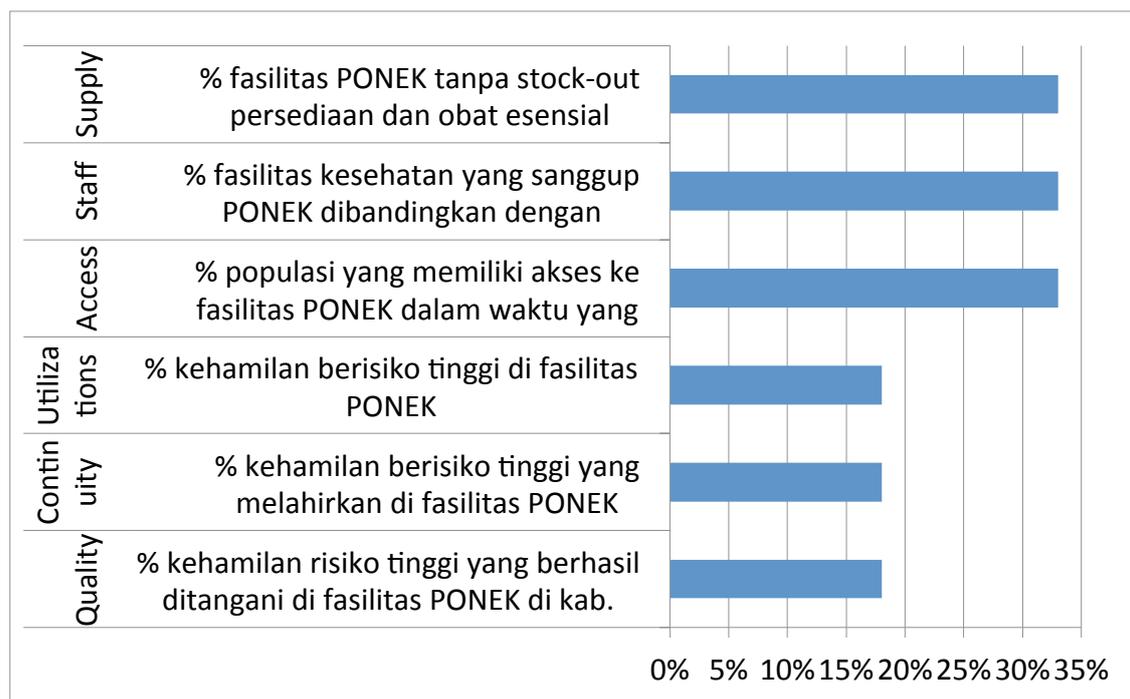
Grafik 1 menunjukkan bahwa cakupan PONEK yang berkualitas hanya sebesar 12%, dinilai dari jumlah ibu hamil risiko tinggi yang berhasil ditangani di fasilitas PONEK dibandingkan dengan total target ibu hamil risiko tinggi yang seharusnya melahirkan di fasilitas PONEK. Dalam hubungannya dengan kasus kematian bayi, cakupan PONEK yang berkualitas merepresentasikan kualitas layanan yang mampu untuk mengatasi penyebab kematian bayi saat proses persalinan. Apabila cakupan kualitasnya masih rendah, maka risiko jumlah kematian bayi akibat tidak ditangani dengan baik di fasilitas tersebut dapat meningkat.

Peneliti menemukan bahwa sumbatan sistem kesehatan terdapat pada komponen penggunaan (utilisasi) oleh masyarakat. Apabila melihat komponen analisis lainnya, maka dapat terlihat bahwa kabupaten Tasikmalaya relatif tidak memiliki masalah dalam hal suplai obat atau alat, jumlah tenaga kesehatan yang dapat ditugaskan, dan

akses ke fasilitas kesehatan. Satu temuan penting dari analisis ini adalah sarana prasarana layanan kesehatan untuk intervensi PONEK telah memadai, namun penggunaan layanan oleh masyarakat masih sangat rendah, yaitu baru mencapai 52%.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, kota Tasikmalaya adalah wilayah perkotaan yang padat, sehingga aksesibilitas ke layanan PONEK tidak menjadi masalah, dan hal ini dapat dilihat dari grafik yang menunjukkan bahwa 98% masyarakat kota Tasikmalaya sebenarnya dapat mengakses layanan PONEK di daerah tersebut.

Berikut merupakan uraian analisis *Bottleneck* untuk Kabupaten Jayawijaya:



Grafik 2. Hasil analisa *bottleneck* Kabupaten Jayawijaya untuk intervensi PONEK

Grafik di atas menunjukkan analisa sumbatan atau *bottleneck* untuk intervensi PONEK di kabupaten Jayawijaya. Sangat berbeda dengan situasi di kota Tasikmalaya, kabupaten Jayawijaya memiliki hambatan baik di sisi suplai maupun demand untuk mengimplementasikan intervensi ini. Dari grafik terlihat bahwa terdapat keterbatasan sumber daya manusia dan suplai alat serta bahan kesehatan (33%). Demikian pula dengan aksesibilitas layanan ini, di mana hanya 33% penduduk kabupaten Jayawijaya yang dapat menjangkau fasilitas PONEK dengan relatif mudah.

Hambatan pada sisi suplai ini berdampak pada rendahnya penggunaan layanan tersebut serta kualitas PONEK di daerah Jayawijaya. Seperti yang terlihat pada grafik, hanya sekitar 18% kehamilan berisiko tinggi di kabupaten Jayawijaya yang mendapatkan pelayanan PONEK, dan angka ini sama untuk tingkat keberhasilan komplikasi kehamilan/kelahiran yang berhasil ditangani di fasilitas PONEK. Temuan ini merepresentasikan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan bayi dan potensi peningkatan risiko kematian bayi saat persalinan.

Kualitatif

Dari hasil analisis kualitatif, ditemukan beberapa topik utama halangan/*barrier* di sistem kesehatan, yang dapat dikategorikan sebagai berikut:

Sistem rujukan dan regulasi sektor swasta untuk kesehatan

Kota Tasikmalaya memiliki isu sistem rujukan yang lebih mencolok jika dibandingkan dengan Kabupaten Jayawijaya. Kota Tasikmalaya memiliki sistem pelayanan kesehatan yang lebih kompleks yang terdiri dari 2 RS swasta dan 5 klinik bersalin serta bidan praktek swasta. Kompleksnya sistem kesehatan belum disertai dengan koordinasi yang kuat antara dinas kesehatan dan rumah sakit, sehingga mekanisme rujukan belum terimplementasi dengan baik.

Ketiadaan sistem koordinasi dan rujukan yang jelas, berakibat pada tidak dirujuknya sebagian kasus-kasus kehamilan risiko tinggi ke sarana pelayanan yang seharusnya. Beberapa kasus risiko tinggi yang berpotensi menimbulkan kematian baik ibu maupun bayi justru ditangani di fasilitas yang tidak mampu melaksanakan intervensi PONEK. Pola penanganan semacam ini menyebabkan alur rujukan tidak berfungsi dengan baik. Akibat dari alur yang kurang baik tersebut adalah timbulnya keterlambatan penanganan kasus kegawatdaruratan ibu dan anak. Keterlambatan penanganan persalinan berisiko tinggi dapat berakibat pada tingginya potensi mortalitas maupun morbiditas pada ibu dan bayi,

Di sisi lain, kabupaten Jayawijaya memiliki permasalahan koordinasi di level Dinas Kesehatan dengan RSUD setempat. Kegagalan koordinasi yang pertama adalah di level Puskesmas. Data menunjukkan belum ada puskesmas di Jayawijaya yang mampu menyediakan layanan PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar). Puskesmas PONEK merupakan fasilitas yang menjadi rujukan tingkat pertama dalam hal kegawatdaruratan ibu hamil yang akan melahirkan. Ketiadaan puskesmas PONEK menyebabkan hilangnya satu langkah rujukan untuk kasus kehamilan berisiko tinggi, sehingga pelayanan primer atau bidan dan Puskesmas harus merujuk langsung ke RSUD Wamena. Kegagalan koordinasi yang kedua terdapat antara Puskesmas dengan RSUD, di mana tidak adanya komunikasi rujukan dari Puskesmas ke RSUD Wamena. Hal ini menyebabkan RSUD tidak dapat melakukan persiapan ketika akan menangani kasus yang dirujuk dari level Puskesmas..

Pengetahuan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak

Pengetahuan masyarakat mengenai pelayanan yang tersedia sangat minim, baik di kota Tasikmalaya maupun kabupaten Jayawijaya. Sehingga masyarakat cenderung menggunakan pelayanan yang lebih mudah dijangkau dan sudah digunakan secara turun-temurun oleh anggota keluarga. Hal ini terlihat dari tingginya jumlah persalinan yang ditolong oleh dukun baik di Kota Tasikmalaya maupun Kabupaten Jayawijaya.

Kendala geografis dan finansial

Dilihat dari aspek akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, Tasikmalaya memiliki karakter dataran rendah dengan sarana prasarana transportasi yang memadai tetapi belum memiliki jaminan kesehatan yang mencakup seluruh warga. Pada saat pengambilan data dilakukan di Tasikmalaya, program Jampersal belum dilaksanakan sepenuhnya. Hal yang sebaliknya terjadi di Kabupaten Jayawijaya. Kabupaten

Jayawijaya memiliki karakteristik pegunungan dengan keterbatasan infrastruktur dan prasarana transportasi tetapi kabupaten tersebut telah memiliki jaminan kesehatan dan pengobatan gratis bagi seluruh penduduknya. Tersedianya jaminan kesehatan yang mencakup jaminan persalinan merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan penggunaan fasilitas kesehatan, terutama fasilitas PONEK yang dapat menangani kasus kegawatdaruratan persalinan. Faktor biaya persalinan dan biaya non persalinan menjadi pertimbangan ibu dan keluarga ketika akan memilih tempat bersalin, termasuk ketika dalam proses memutuskan untuk menerima atau tidak menerima saran rujukan pertolongan persalinan ke fasilitas yang lebih tinggi.

Pembahasan

Alokasi dana untuk kesehatan yang ideal adalah setidaknya 15% dari total APBD. Besarnya alokasi dana tersebut telah disepakati oleh para pemimpin daerah. Kenyataan berbeda ditemukan di Kota Tasikmalaya dimana pada tahun 2008 Kota Tasikmalaya hanya mengalokasikan 1,18% dari total APBD untuk kesehatan. Di sisi lain, kabupaten Jayawijaya telah mengalokasikan sebesar kurang dari 5% dari total APBD untuk kesehatan pada tahun 2012.

Masalah tingginya angka kematian ibu dan anak di Indonesia menjadi lebih rumit ketika dihadapkan dengan kesenjangan antara daerah-daerah di bagian timur dan barat, dengan angka kematian bayi terendah di provinsi DI Yogyakarta (19 per 1.000 kelahiran hidup) dan tertinggi di provinsi Sulawesi Barat (74 per 1.000 kelahiran hidup). Di artikel ini, Tasikmalaya mewakili kawasan Indonesia yang berpenduduk padat dengan akses transportasi baik dan kapasitas fiskal rendah sedangkan Jayawijaya mewakili kawasan yang berpenduduk jarang dengan kapasitas fiskal tinggi dan keterbatasan akses secara geografis.

Tasikmalaya dan Jayawijaya memiliki beberapa perbedaan dalam hal karakteristik wilayah dan kebijakan jaminan kesehatan lokal. Yang paling mencolok yaitu hal penyebab utama rendahnya utilisasi fasilitas PONEK, di mana keterbatasan finansial menjadi penghalang masyarakat menggunakan fasilitas PONEK di Tasikmalaya sedangkan keterbatasan pelayanan di fasilitas PONEK menjadi kendala utama di Jayawijaya. Kondisi di Tasikmalaya dapat mewakili gambaran pelayanan kesehatan di provinsi-provinsi padat penduduk dengan kapasitas fiskal terbatas, sedangkan Jayawijaya mewakili provinsi-provinsi terpencil dengan kapasitas fiskal tinggi.

Di sebagian besar wilayah Indonesia, memberikan pelayanan kesehatan gratis menjadi isu utama yang sering menjadi jargon dalam pemilihan kepala daerah dan unggulan kebijakan kesehatan lokal. Namun hanya sebagian kecil yang telah menetapkan peraturan penyelenggaraan jaminan kesehatan menyeluruh untuk penduduknya tanpa memandang status sosial ekonomi untuk jenis pelayanan rawat inap maupun rawat jalan, misalnya: Aceh, DKI Jakarta, Musi Banyuasin dan Papua. Daerah-daerah ini umumnya memiliki kapasitas fiskal yang tinggi. Gambaran cakupan PONEK di Tasikmalaya, dengan akses geografis yang baik tetapi utilisasi rendah, mengindikasikan adanya keterbatasan finansial masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil Riskesdas 2008 yang menyatakan bahwa sebagian besar hambatan untuk mengakses fasilitas kesehatan yaitu masalah finansial (referensi). Adanya

kebijakan Jampersal yang dirilis awal 2012 ditujukan untuk meningkatkan tingkat pemeriksaan kehamilan dan persalinan di fasilitas kesehatan, akan tetapi masih ada beberapa kendala yang mengurangi daya unguhnya antara lain: tidak adanya penggantian uang transportasi untuk keluarga pasien dan nominal penggantian yang terlalu rendah. Terlebih lagi, kebijakan Jampersal ini melekat pada Jamkesmas, yang diberikan kepada masyarakat miskin atau hampir miskin. Hasil Susenas 2011 menggambarkan bahwa lebih dari 30% masyarakat dari kuintil kemampuan ekonomi terendah masih belum memiliki jaminan kesehatan; jumlah tersebut lebih tinggi bagi masyarakat dari kuintil kemampuan ekonomi kedua terendah. Ini berarti masih banyak masyarakat yang belum menikmati Jampersal dan banyak pula yang memiliki hambatan finansial untuk dapat mendapatkan pelayanan perawatan antenatal ataupun persalinan di fasilitas kesehatan.

Tidak adanya sistem rujukan yang tepat dan komprehensif juga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi pada stagnannya tingkat penggunaan fasilitas PONEK ataupun fasilitas kesehatan untuk bersalin. Grafik di atas menunjukkan bahwa kontinuitas penggunaan pelayanan PONEK sebagai tempat penatalaksanaan bumil risti di Tasikmalaya rendah, yang berarti fungsi PONEK sebagai sarana kesehatan rujukan belum berjalan dengan optimal. Hal ini juga menggambarkan bahwa masih banyak bumil risti yang melahirkan di luar fasilitas PONEK. Ini dapat menjadi titik hilangnya kesempatan (*lost of opportunity*) dalam upaya mengurangi kematian ibu dan bayi.

Hal ini perlu menjadi perhatian oleh pembuat kebijakan, bahwa perlu merumuskan kebijakan untuk memberikan jaminan kesehatan yang menjamin seluruh penduduk dan dengan *coverage benefit* yang lebih memadai. Isu penjaminan transportasi untuk keluarga atau fasilitas yang merujuk juga perlu dikembangkan untuk mengurangi hambatan mengakses pelayanan kesehatan emergensi. Penting untuk membangun alur dan sistem rujukan yang melibatkan rumah sakit dan klinik swasta sebagai sarana rujukan PONEK atau PONEK.

Untuk daerah dengan akses terbatas tetapi kapasitas fiskal tinggi seperti Jayawijaya, penting untuk memikirkan aspek *supply and demand* dalam merancang kebijakan kesehatan. Memberikan jaminan kesehatan universal tanpa dibarengi dengan peningkatan jumlah fasilitas dan sumber daya kesehatan dapat berdampak pada kurang optimalnya upaya pencapaian target kesehatan. Di konteks Papua, adanya jaminan kesehatan untuk seluruh rakyat Papua tetapi jumlah tenaga kesehatan dan pembangunan fasilitas kesehatan yang memadai dapat menghambat upaya penurunan angka kematian ibu dan anak. Dengan kapasitas fiskal yang tinggi, penting bagi kabupaten Jayawijaya untuk dapat mengalokasikan biaya pembangunan fasilitas PONEK/PONEK, pelatihan tenaga kesehatan, serta perbaikan infrastruktur dan tingkat keamanan wilayah supaya keberadaan fasilitas kesehatan bisa terpelihara jangka panjang. Yang lebih penting lagi, perlu komitmen untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat sehingga *demand* untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas dapat meningkat.

Hal yang perlu diperhatikan oleh daerah yang telah menetapkan jaminan kesehatan menyeluruh yaitu perlu meningkatkan dari sisi *supply* yaitu kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan.

Implikasi Kebijakan

Gambaran uraian di atas menunjukkan hambatan/*bottleneck* rumah sakit PONEK berbeda jauh antara Kota Tasikmalaya dan Kabupaten Jayawijaya. Tingkat utilisasi rumah sakit akan menggambarkan utilisasi Jaminan Kesehatan yang dimanfaatkan oleh masyarakat, terutama oleh masyarakat miskin yang memiliki anak. Rumah sakit PONEK kota Tasikmalaya dengan berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2014 diperkirakan akan menerima masyarakat yang berobat lebih banyak dari pada rumah sakit PONEK di Kabupaten Jayawijaya.

Salah satu penyebab kurangnya pemanfaatan rumah sakit di Kabupaten Jayawijaya adalah mahalnya biaya transportasi. Biaya transportasi di Kota Tasikmalaya dan Kabupaten Jayawijaya jauh berbeda, sehingga mekanisme pembebanan biaya transportasi perlu diperhatikan. Namun, Jamkesmas tidak menanggung biaya untuk transportasi. Hal ini menjadi hambatan untuk daerah dengan keterbatasan akses seperti Jayawijaya.

Rekomendasi Kebijakan

Jaminan kesehatan, khususnya untuk masyarakat miskin, seharusnya dapat menjadi salah satu mekanisme kontrol dalam alur pengobatan. Misalnya, seperti di negara berkembang, pasien yang ditanggung oleh jaminan kesehatan, harus diperiksa secara komprehensif di level kesehatan primer. Apabila terindikasi untuk layanan rujukan, barulah pasien tersebut dirujuk. Namun, alur rujukan untuk jaminan kesehatan di Indonesia hanya bersifat formalitas dan tidak mengikuti alur yang jelas. Sehingga aturan jaminan kesehatan harus didisain dan dipatuhi agar alur rujukan pelayanan kesehatan menjadi lebih rasional.

Salah satu cara untuk meningkatkan pemanfaatan rumah sakit adalah mendesain paket jaminan kesehatan yang juga mencakup pendanaan untuk kondisi geografis yang sulit. Dukungan lintas sektoral juga diperlukan untuk meningkatkan akses ke rumah sakit dan pemanfaatan jaminan kesehatan sampai daerah terpencil.

DAFTAR PUSTAKA

- Ministry of National Development Planning/National Development Planning Agency (Bappenas), Republic of Indonesia, (2010). *Report on the Achievement of the Millenium Development Goals Indonesia 2010. Goal 4: Reduce Child Mortality Rate, pages 57-64*. Published by Ministry of National Development Planning/National Development Planning Agency (Bappenas), September 2010.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI, (2010). Riset Kesehatan Dasar. Kemenkes RI, Jakarta, Indonesia
- Data Survei, (2012), Badan Pusat Statistik RI, Angka Target Penurunan Hasil SDKI, BPS, Jakarta, Indonesia.

- Data Survei (2012), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), BPS RI, Jakarta, Indonesia.
- Data Statistik Kabupaten Jayawijaya, Badan Pusat Statistik Kabupaten Jayawijaya, (2012), BPS, Jayawijaya, Indonesia.
- Data Statistik Kota Tasikmalaya, Badan Pusat Statistik Kota Tasikmalaya, (2012), BPS, Jawa Barat, Indonesia.
- Dinas Kesehatan Kabupaten, (2007), Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya, Provinsi Papua, Indonesia
- Dinas Kesehatan Kota, (2011), Profil Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, Provinsi Jawa Barat, Indonesia
- Kerber, K.J., Graft-Johnson, J.E., Bhutta, Z.A., Okong, P., Starrs, A., Lawn, J.E. (2007), Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*, 370: 1358 – 69.
- Soto. E. J, at all, (2011), Indonesia, Developing in Investment Case for Financing Equitable Progress Towards MDGs 4 and 5 in the Asia Pasific Region , ***Scale Up Report***. University of Queensland, Australia.
- Tanahashi, T. Health service coverage and its evaluation. (1978), *Bulletin of the World Health Organization*, 56 (2): 295 – 303
- Yin, R.K. (2012), Studi Kasus: Desain dan Metode. Penerjemah: M. Djauzi Mudzakir. Jakarta: Rajawali Pers (2012)