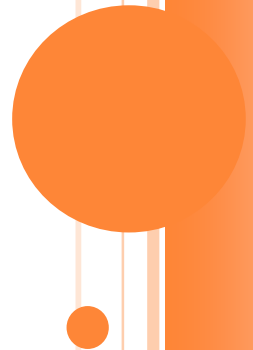


**BAHAN AJAR**

**EQUITY DALAM PELAYANAN  
KESEHATAN**

**OLEH :**

**PUTU AYU INDRAYATHI  
RINI NOVIYANI**



## KATA PENGANTAR

Paradigma tentang kesehatan sekarang telah berubah dimana kesehatan bukan lagi merupakan barang konsumsi melainkan kesehatan adalah sebuah “investasi”. Kesehatan dapat mempengaruhi semua aspek, baik aspek ekonomi, politik, sosial budaya, pertahanan dan keamanan. Upaya kesehatan merupakan bagian dari pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM). Pembangunan SDM merupakan salah satu pilar/elemen dalam Sistem Kesehatan Nasional. Untuk mewujudkan layanan yang bermutu dan terjangkau bagi rakyat Indonesia bukanlah hal yang mudah. Memperoleh layanan yang dapat diakses oleh semua kalangan penduduk tanpa memandang status sosial ekonomi baik secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif merupakan impian bagi seluruh rakyat Indonesia

Dalam dunia kesehatan, ilmu ekonomi dapat dipergunakan untuk mengetahui perilaku pemberi pelayanan kesehatan yang kemudian dicocokkan dengan perilaku masyarakat sebagai pembeli atau penerima subsidi pelayanan kesehatan. Dengan pemahaman seperti ini maka pelayanan kesehatan sebenarnya dapat disebut sebagai suatu komoditi yang harus diperlakukan secara hati-hati karena masalah sehat dan sakit bukan hanya dipengaruhi oleh agent, bakteri, biologis, dan genetik saja namun masalah sehat sakit tidak terlepas juga dari faktor determinan sosial seperti faktor kemiskinan, faktor sosio ekonomi, sektor pertanian, perhubungan dan lain sebagainya. Untuk itulah untuk mencapai equity dalam pelayanan kesehatan diperlukan integrasi dan sinergi dari berbagai pihak. Bahan ajar ini akan memberikan pemahaman kepada mahasiswa konsep Equity yang diterapkan pada sektor kesehatan. *Bahan ajar* ini dibuat sebagai pedoman mahasiswa dalam mengikuti semua kegiatan pembelajaran dari mata kuliah ini. Semoga *bahan ajar* ini dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya untuk menunjang pembelajaran di Program Studi Kesehatan Masyarakat.

Denpasar, Juni 2017

Tim Pengajar

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI.....	ii
PENDAHULUAN .....	1
KONSEP DASAR EQUITY .....	4
A. Pengertian equity dan equality .....	4
B. <i>Equity</i> dalam pelayanan kesehatan .....	6
EQUITY DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA.....	12
EQUITY DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL .....	19
A. Tantangan <i>Equity</i> Pelayanan Kesehatan .....	19
B. Tantangan <i>Equity</i> dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional.....	22
C. Tantangan Dalam Pencapaian SDGs .....	25
D. Harapan Terhadap <i>Equity</i> Pelayanan Kesehatan .....	26
CASE STUDY : EQUITY DALAM KESEHATAN JIWA.....	29
CASE STUDY : EQUITY DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS .....	29
PENUTUP .....	45

## PENDAHULUAN

Pudjiraharjo tahun 2012 mengatakan bahwa Indonesia memasuki masa transisi pada bidang kesehatan saat ini. Disamping itu juga terjadi perubahan yang besar dalam bidang epidemiologi dan gizi. Hal tersebut berdampak besar pada pembiayaan kesehatan dan sistem kesehatan masyarakat yang berlaku di Indonesia. Untuk dapat mencapai *universal health coverage* maka diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional mulai tanggal 1 Januari 2014.

Pelayanan kesehatan dasar atau *primary health care* akan menjadi penekanan yang sangat penting dalam strategi dalam mencapai tujuan kesehatan untuk semua masyarakat, yang sesuai dengan konferensi Alma Ata pada tahun 1978. Hal yang sangat penting dalam *primary health care* tersebut adalah bagaimana *equity* (keadilan) bisa didapatkan oleh seluruh rakyat Indonesia, oleh karena *equity* dalam pelayanan kesehatan merupakan hal yang fundamental dalam memenuhi cita-cita Bangsa Indonesia sekaligus sebagai cita-cita organisasi kesehatan dunia (WHO)(Braveman et al., 2001). Bila suatu wilayah memiliki akses pelayanan kesehatan yang mudah di jangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, baik orang kaya, orang miskin, desa, kota, di pulau besar maupun kecil maka wilayah tersebut telah memiliki ekuitas yang adil dan merata. Distribusi pelayanan kesehatan, kuantitas dan kualitas pelayanan, serta sebaran sumber daya manusia dan distribusi sarana penunjangnya menjadi indikator *equity dalam pelayanan kesehatan*. Untuk mewujudkan layanan yang bermutu dan terjangkau bagi rakyat Indonesia bukanlah hal yang mudah. Memperoleh layanan yang dapat diakses oleh semua kalangan penduduk tanpa memandang status sosial ekonomi baik secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif merupakan impian bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal itu tidak terlepas dari kondisi geografis dari penduduk Indonesia, ada yang tinggal di wilayah urban dan wilayah

rural. Kondisi geografis sangat mempengaruhi akses dan layanan menuju fasilitas kesehatan jika mengalami sakit. Berdasarkan hasil dari *Riskesdas 2013*, pengetahuan masyarakat terhadap adanya layanan kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia tidak merata. Data dari Riskesdas 2013 secara nasional menunjukkan pengetahuan rumah tangga (masyarakat) terhadap keberadaan faskes rumah sakit pemerintah sebanyak 69,6%, sedangkan terhadap faskes rumah sakit swasta sebanyak 53,9%. Rumah tangga/masyarakat yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah tertinggi ada di Propinsi Bali sebanyak 88,6%, sedangkan terendah ada di Propinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 39,6%. Pengetahuan rumah tangga tentang keberadaan rumah sakit swasta tertinggi di DI Yogyakarta (82,4%) dan terendah di Sulawesi Barat (15,1%). Keterjangkauan terhadap fasilitas kesehatan di tiap propinsi di Indonesia juga berbeda-beda.. Keterjangkauan ini dilihat dari jenis angkutan/transportasi yang digunakan, jarak dan waktu tempuh serta biaya transportasi menuju layanan kesehatan. Jenis transportasi yang digunakan menuju fasilitas kesehatan dapat berupa jalan kaki, naik sepeda, naik motor, kendaraan/mobil pribadi, kendaraan umum, maupun perahu, serta yang menggunakan lebih dari satu jenis alat angkut. Waktu tempuh rumah tangga menuju tempat pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah tertinggi pada waktu antara 16-30 menit sebanyak 34,4% dan terendah lebih dari 60 menit sebanyak 18,5%. Pola ini hampir sama dengan waktu tempuh menuju layanan kesehatan rumah sakit swasta dimana waktu tempuh pada waktu antara 16-30 menit sebanyak 37,3% dan terendah yaitu lebih dari 60 menit sebanyak 12,4%.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia pada tahun 1999 memperlihatkan Indonesia diurutan ke 103 dengan jumlah 191 negara (WHO, 2000; UNDP, 2004) dan menjadi urutan ke-112 di tahun 2004. Tiga indikator yang menentukan indeks pembangunan manusia

(IPM) yaitu: indikator kesehatan (Umur Harapan Hidup, Angka Kematian Ibu dan Bayi), angka melek huruf dan pendapatan perkapita. Jika dibandingkan dengan negara di Asia Indonesia masih jauh tertinggal meskipun ada pengurangan jumlah angka kematian ibu, angka kematian bayi dan ada kenaikan umur harapan hidup. Krisis multidimensi memperburuk tingkat kesehatan masyarakat. Khusus dalam bidang kesehatan antara lain terjadi transisi epidemiologis yang menyebabkan Indonesia mengalami “beban ganda penyakit” (*double burden of diseases*), yaitu masalah penyakit infeksi belum hilang, sudah muncul masalah penyakit degeneratif yang memerlukan biaya besar, sementara di pihak lain, pembiayaan kesehatan masih tetap merupakan masalah yang belum terselesaikan (Dhillon et al., 2012). Masalah pembiayaan kesehatan tersebut akan berdampak terhadap *equity* pelayanan kesehatan.

Kesehatan merupakan hak asasi setiap umat manusia, dan kita dapat mengartikannya sebagai suatu keadaan dimana seseorang dapat melakukan kegiatannya sehari-hari secara normal untuk memenuhi kebutuhan hidupnya yang berupa kebutuhan biopsikososiospiritual, seperti yang diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sudah seharusnya menjadi kewajiban Pemerintah Indonesia dalam mengupayakan pembangunan kesehatan yang berlandaskan keadilan (*equity*) bagi seluruh rakyat Indonesia.

Dengan dilaksanakannya program JKN ini yang mulai pada tahun 2014 yang lalu diharapkan mampu menciptakan *universal health coverage* di Indonesia, tapi dalam perjalanannya sudah pasti banyak mendapatkan hambatan-hambatan yang muncul di masyarakat. Pemerintah harus fokus memperhatikan hal ini, supaya jurang *equity* pelayanan kesehatan tidak bertambah lebar.

## KONSEP DASAR EQUITY

### A. Pengertian equity dan equality

Ada kata “*equity*” dan “*equality*”, kedua kata ini mempunyai konsep yang saling terkait satu sama lainnya. Menurut WHO definisi dari “*equality*” ialah ‘*The absence of differences in health status or the distribution of health determinants between different population group*’ yang artinya tidak membedakan status kesehatan antar kelompok yang berbeda-beda. Sedang “*equity*” merupakan sebuah **nilai**, tentang **keadilan**.

Definisi “*Equity*” menurut *Webster’s New Collegiate Dictionary* adalah ‘Suatu keadilan (*justice*) berdasarkan hukum alam asasi manusia serta bebas dari bias dan ‘*favoritism*’

Definisi “*Equity*” menurut *American Heritage Dictionary* adalah: Kondisi/keadaan yang adil, tidak parsial, dan fair.

*Equality* merupakan kesamaan (*sameness*) dan *equity* merupakan keadilan (*fairness*). Dalam suatu kondisi tertentu, kesamaan (*equal*) bisa jadi tidak adil (*inequitable*), atau kesamaan (*equal*) bisa jadi adil (*equitable*). Jadi *Equity* merupakan sesuatu yang abstrak.

Menurut *Whitehead (1992)* ada 3 (tiga) dimensi *Equity* dalam konsep kesehatan:

#### 1. *Equity* dalam hal status kesehatan

Contoh: Perbedaan Angka Kematian Ibu di Yogyakarta dan di Papua, Angka Kematian Ibu di Yogya sebanyak 125 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Ibu di Propinsi Papua 362 per 100.000 kelahiran hidup

Perbedaan ini “**tidak adil**” serta dapat dihindari

## 2. Equity dalam akses layanan kesehatan

Terjadi ketimpangan dalam mengakses layanan kesehatan antar populasi, misalnya masyarakat yang hidup di kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Denpasar sangat mudah mengakses layanan faskes. Sedangkan masyarakat yang ada dipelosok seperti di Papua, Nusa Tenggara Timur, dimana sarana perhubungan darat amat sangat terbatas, infrastruktur belum memadai sangat susah untuk mengakses fasilitas kesehatan. Hal ini dapat juga disebabkan oleh penyebaran tenaga medis dan paramedis yang tidak merata. Hal tersebut merupakan “**inequity**”

## 3. Equity dalam pembiayaan kesehatan

Dengan ditetapkannya Undang-Undang No. 24 tahun 2011 tentang Jaminan Sosial Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan, maka membawa angin positif bagi pembiayaan kesehatan di Indonesia. Adanya jaminan perlindungan yang semakin baik di bidang kesehatan bagi masyarakat dapat menghindarkan terjadinya katastrofik dimana orang miskin dapat menjadi semakin miskin karena sakit.

### **Equity horizontal dan equity vertikal (Dian Kusuma, 2007)**

- a. *Horizontal equity*: Alokasi sumber daya yang sama untuk kebutuhan yang sama, pasien mempunyai kemampuan membayar yang sama, memberikan kontribusi yang sama. Biasanya terjadi pada negara-negara yang berkembang, mereka menganggap equity bisa diperoleh dengan memberikan akses yang sama kepada semua orang. “*Free for all*” baru pada pelayanan kesehatan dasar, misalnya di Indonesia pada puskesmas, karena negara belum mampu membiayai semuanya.



- b. *Vertical equity*: Alokasi dari sumber daya yang berbeda untuk tingkat kebutuhan yang berbeda, orang dengan kemampuan berbeda, membayar tarif pelayanan yang berbeda pula. Biasanya terjadi di negara maju, dimana pemerintahnya telah sanggup memberikan layanan kesehatan yang berbeda-beda yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Layanannya bersifat spesifik, misalnya untuk pasien yang menderita HIV-AIDs ada klinik khusus AIDs dan pemerintah sanggup memberikan layanan tersebut.

## **B. *Equity* dalam pelayanan kesehatan**

Setiap orang memiliki hak kesehatan yaitu akses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau (UU Kesehatan 36,2009). Undang Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional dan Undang Undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan pedoman pemerintah memberikan jaminan sosial secara menyeluruh bagi semu masyarakat Indonesia termasuk jaminan kesehatan. Pemerintahan setiap negara memberikan dan menyediakan pelayanan kesehatan optimal yang dapat dimanfaatkan oleh seluruh warga masyarakatnya. Pelayanan kesehatan merupakan upaya pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat berupa upaya promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif. Tantangan pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu pemerataan dan keadilan (*equity*), peningkatan biaya pelayanan kesehatan, efisiensi dan efektifitas serta akuntabilitas dan kebersinambungan(Trisnantoro,2010).

*Equity* terhadap akses pelayanan merupakan tantangan besar yang banyak dihadapi berbagai negara. Dalam program peningkatan *equity* kesehatan harus mengarah pada peningkatan *equity* sumber daya layanan kesehatan yang ada untuk menghindari adanya *inequity* kesehatan di masyarakat yang sampai sekarang masih ada karena setiap orang mempunyai kesempatan yang

berbeda dalam akses pelayanan kesehatan, pendidikan dan pekerjaan. Keadilan dan pemerataan layanan kesehatan adalah bagian dari *equity* kesehatan yang tidak dapat dipisahkan. Menurut WHO, *equity* kesehatan adalah setiap masyarakat mendapatkan kesempatan yang adil akan kebutuhan kesehatannya sehingga upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan tidak ada yang dirugikan, apabila faktor-faktor penghambat dapat dihindari.

Menurut Margaret Whitehead *equity* dalam kesehatan yaitu:

1. *Equity* dalam status kesehatan
2. *Equity* dalam penggunaan layanan kesehatan
3. *Equity* dalam pembiayaan kesehatan

*Equity* dalam pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai berikut:

1. Akses yang sama ke pelayanan kesehatan

Setiap masyarakat mempunyai hak yang sama dalam mengakses layanan kesehatan. Adanya hambatan yang menyebabkan masyarakat tidak dapat mengakses layanan kesehatan seperti budaya, letak geografis, sumber daya kesehatan yang tidak merata, tingkat pekerjaan, tingkat pendidikan dan tidak adanya asuransi kesehatan yang dimiliki masyarakat.

2. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang sama dalam memenuhi kebutuhan yang sama.

Banyak faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat seperti keperluan masyarakat yang berbeda.

3. Kualitas pelayanan kesehatan yang sama

Pemberi Pelayanan Kesehatan memiliki komitmen yang sama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sesuai dengan standar yang diterapkan.

Dua dimensi *equity* dalam pelayanan kesehatan yaitu:

1. Keadilan horisontal (*horisontal equity*) merupakan prinsip perlakuan yang sama terhadap kondisi yang sama yang terdiri dari: sumber daya, penggunaan dan akses yang sama untuk kebutuhan yang sama serta kesamaan tingkat kesehatan.
2. Keadilan Vertikal (*Vertical equity*) menekankan pada prinsip perlakuan berbeda untuk keadaan yang berbeda, meliputi: perlakuan yang tidak sama untuk kebutuhan yang berbeda dan pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar.

Akses pelayanan kesehatan dapat disebut *equity* jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut letak geografis, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Beberapa hasil penelitian tentang *equity* terhadap akses pelayanan kesehatan di beberapa negara:

1. Amerika Serikat

Amerika memiliki sistem kesehatan yang paling berteknologi maju di dunia tetapi masih ada saja kesenjangan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan etnis dan status sosial ekonomi. Amerika mempunyai beberapa kebijakan sosial dengan tujuan yang spesifik yaitu meningkatkan kesehatan dan mengurangi kesenjangan kesehatan. Upaya nasional yang dilakukan diarahkan pada membentuk infastruktur organisasi untuk berkoordinasi dan pengawasan kegiatan yang dirancang untuk mengatasi kesenjangan kesehatan di berbagai isu.

2. Argentina

Menjamin pelayanan kesehatan secara menyeluruh melalui pusat pelayanan primer dan rumah sakit, dimana pelayanan kesehatan yang digunakan terutama oleh masyarakat kelompok berpendapatan rendah sehingga dapat meminta biaya minimal untuk layanan dan program obat yang gratis. Cakupan kesehatan ditetapkan oleh hukum yaitu pembiayaannya

diperoleh dari karyawan (3%) dan pengusaha (6%). Argentina meningkatkan *equity* dalam akses pelayanan kesehatan berfokus pada meningkatkan kapasitas, struktur dan manajemen serta generalisasi dari praktek berbasis bukti. Masalah akses ke pelayanan kesehatan yaitu masalah perspektif.

### 3. Meksiko

Pemerataan pelayanan kesehatan di Mexico di pengaruhi oleh :

- a. Karakteristik sosial ekonomi, penyakit menular masih bertahan dan umum di antara orang miskin, yang pengobatannya juga mahal
- b. Peningkatan prevalensi penyakit kronis degeneratif, pengobatan yang umumnya seumur hidup, sehingga menempatkan anggaran pelayanan kesehatan, yang merupakan 5,9% dari produk domestik bruto.
- c. Sistem jaminan kesehatan yang dimiliki sebuah keluarga

### 4. Italia

Tujuan sistem pelayanan kesehatan di Italia adalah akses yang adil ke semua sarana kesehatan. Terdapat pencapaian cakupan kesehatan yang cukup komprehensif pada pelayanan kesehatan selama beberapa dekade, tapi ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan masih ada yang berhubungan dengan variasi pendapatan regional. Langkah-langkah yang dilakukan dalam pembangunan kesehatan di Italia sebagai berikut:

- a. Peningkatan akses kesehatan terutama bagi penduduk miskin melalui pelayanan kesehatan gratis
- b. Peningkatan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular termasuk polio dan flu burung
- c. Peningkatan kualitas, keterjangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar

d. Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan. Penjamin mutu, keamanan dan khasiat obat dan makanan, penanganan kesehatan di daerah bencana

e. Peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

Terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan rendahnya status kesehatan penduduk miskin, seperti karena kendala geografis maupun kendala biaya.

Dimana masyarakat Italia selatan lebih jarang mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di Italia pusat.

## 5. Spanyol

Hasil studi melaporkan bahwa masyarakat yang tinggal di pedesaan lebih jarang mengakses pelayanan kesehatan spesialis dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di perkotaan, hal tersebut karena terbatasnya sarana layanan spesialis di pedesaan

## REFERENSI

Idris, H., 2016. Ekuitas Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan: Teori dan Aplikasi Dalam Penelitian. *Ilmu Kesehatan Masyarakat* , 7(2).

Low A, Ithindi T., 2003. Low A. A step too far? Making health equity interventions in Namibia more sufficient. *International journal for equity in health*. Apr 28;2(1):5.

Murti B., 2001. Keadilan horisontal, keadilan vertikal, dan kebijakan kesehatan Horizontal equity, vertical equity and health policy. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*.

Nadjib, M., 1999. Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia. *FKM UI*.

Thabrany H., 2005. Pendanaan kesehatan dan alternatif mobilisasi dana kesehatan di Indonesia. RajaGrafindo Persada

Trisnantoro L., 2010 The equity of health service in Indonesia between 2000-2007: Better or worse, introduction to seminar and workshop, Universitas Gadjah Mada & Bappenas, Jakarta.

Whitehead M., 1992.The concepts and principles of equity and health. International journal of health services. SAGE Publication; Jul;22(3) 429- 45

## EQUITY DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

*Equity* pelayanan kesehatan di Indonesia masih belum merata di seluruh wilayah Indonesia. Akses pelayanan kesehatan sangat berbeda antar wilayah yang dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan wilayah (Nadjib 1999). Permintaan pelayanan kesehatan di berbagai wilayah Indonesia juga ada kaitannya dengan asuransi kesehatan yang dimiliki masyarakat (Thabrany,2005). Berbagai masalah akses pelayanan kesehatan di Indonesia masih belum bisa teratasi dengan baik. Pemerintah telah mengupayakan berbagai cara pemerataan dan keadilan mengatasi faktor yang berhubungan dengan akses pelayanan kesehatan. Faktor yang dapat menyebabkan masalah dalam akses tersebut seperti:

1. Persebaran tenaga kesehatan yang tidak merata di setiap wilayah Indonesia

Tenaga kesehatan banyak terdapat di daerah perkotaan sedangkan di daerah pedesaan dan daerah terpencil di Indonesia memiliki tenaga kesehatan yang tidak mencukupi kebutuhan masyarakatnya, hal tersebut dikarenakan tenaga kesehatan di Indonesia banyak yang tidak ingin di tempatkan pada daerah pedesaan dan terpencil

2. Fasilitas kesehatan yang tidak sama antara wilayah di Indonesia dan antara wilayah perkotaan dan pedesaan

Umumnya fasilitas kesehatan di daerah perkotaan memiliki fasilitas yang lebih lengkap dibandingkan dengan fasilitas kesehatan di daerah pedesaan dan terpencil. Ketersediaan fasilitas di suatu wilayah juga dapat menyebabkan *inequity* pelayanan kesehatan, dengan adanya fasilitas kesehatan yang cukup akan dapat melayani kebutuhan pelayanan kesehatan untuk masyarakat secara menyeluruh.

### 3. Aksesibilitas pelayanan kesehatan yang tidak merata

Pada masyarakat daerah terpencil, pedesaan dan kepulauan masih mengalami kesulitan dalam upaya memperoleh dan memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang ada karena jarak fasilitas kesehatan jauh dari tempat tinggal mereka yang mengharuskan masyarakat menggunakan transportasi sehingga menimbulkan biaya kesehatan tambahan.

Upaya perbaikan perlu terus diupayakan agar masalah *equity* terhadap akses pelayanan kesehatan dapat teratasi. Perbaikan tersebut dapat dilakukan dari *Supply side* dan *Demand Side*. *Supply side* dibutuhkan kebijakan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan pada kelompok dengan hambatan geografis, seperti distribusi sumber daya kesehatan yang terkendala oleh keadaan geografis, perlu adanya pengawasan dan monitoring sehingga akses pelayanan kesehatan dapat diterima masyarakat sesuai dengan kebutuhan dan berkualitas. Sedangkan *Demand side* berdasar pada kemampuan masyarakat untuk membayar pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, hal ini dapat diatasi dengan menggunakan asuransi kesehatan sehingga pemerintah dapat menjamin seluruh masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

### **Bagaimana mencapai keadaan equity di Indonesia?**

Untuk mencapai keadaan yang equity di Indonesia, maka Indonesia harus mengadakan “**reformasi**” di bidang kesehatan, terutama reformasi Universal Health Coverage. Universal Health Coverage adalah hampir tidak bisa lepas dari komponen pembiayaan. Kalau kita berbicara dalam kehidupan sehari-hari saja, kita tidak bisa memenuhi kebutuhan hidup kita kalau tidak ada uang. Kalau masyarakat ingin mengakses semua layanan yang mereka butuhkan tak lepas dari unsur pembiayaan.



## **Bagaimana cara masyarakat bisa membayar agar bisa mengakses layanan kesehatan secara equity?**

Secara global negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah kebanyakan masyarakatnya membiayai asuransinya secara “*out of pocket*”, mengeluarkan uang sendiri. Mengharapkan orang yang sakit untuk membiayai sendiri pengobatannya sangat tidak *equitable*. Orang yang kaya mampu membiayai dirinya sendiri, sehingga orang kaya semakin sehat dan semakin kaya, tetapi orang miskin yang tidak dapat mengakses layanan akan menjadi semakin miskin, anak-anaknya menjadi tidak sekolah akhirnya menimbulkan jurang populasi si miskin dan si kaya semakin lebar. *Out of pocket* ini menyebabkan rendahnya proteksi finansial, sehingga menjadi sangat rentan dan mengakibatkan orang jatuh miskin setelah sakit, terjadilah pengeluaran *katastropik*. Semakin tinggi persentase rumah tangga yang *out of pocket* maka semakin tinggi juga rumah tangga dengan pengeluaran *katastropik* (berbanding lurus).

Reformasi yang dilakukan pemerintah untuk mencapai *equity* tidak hanya pada pembiayaan kesehatan saja melainkan harus menyeluruh, seluruh elemen pada pilar Sistem Kesehatan Nasional harus direformasi diantaranya; upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan (logistik) kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan/kepemimpinan. Dan reformasi pada elemen tersebut harus memenuhi 3 (tiga) kriteria, yaitu:

1. *Sustained* : Perubahan itu bukan upaya yang sesaat tapi berkelanjutan
2. *Purposefull*: Didasari oleh proses yang terencana, rasional, dan berlandaskan bukti
3. *Fundamental*: Menyasar dimensi-dimensi atau sistem kesehatan yang signifikan dan strategis

Sejauh mana reformasi atau perubahan-perubahan yang terjadi tersebut mempengaruhi aspek dalam Sistem Kesehatan Nasional, keempat aspek tersebut antara lain;

- a. *Service delivery*, yaitu reformasi bagaimana kita menyelenggarakan upaya kesehatan
- b. *Public policy*, yaitu reformasi kebijakan pemerintah yang menyangkut masyarakat luas yang fungsinya melindungi masyarakat luas, dimana tidak hanya menyangkut sektor kesehatan, tetapi ada sektor lain yang bisa saling menguatkan kebijakan lainnya. Hal tersebut tidak terlepas dari konsep determinan sosial kesehatan dimana konsep sehat sakit tidak hanya dipengaruhi oleh agent, biologis, genetik tetapi juga oleh kemiskinan, sektor ekonomi, pengelolaan bidang pertanian, dll.
- c. *Kepemimpinan*, yaitu reformasi yang sangat strategis di bidang kepemimpinan dimana kepemimpinan itu perannya sangat sentral, karena pemimpinlah yang memberi arah bagi organisasi mau kemana kita melangkah, bagaimana pemimpin itu memediasi segala pihak agar reformasi itu berjalan dengan baik.
- d. *Universal Health Coverage (UHC)*, yaitu reformasi dalam sistem pembiayaan kesehatan dimana orang tanpa memandang status sosial ekonominya harus bisa mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan dengan proteksi masa kini dan nanti baik secara kuratif, rehabilitatif, preventif, promotif, dan paliatif dengan proteksi sosial finansial kini dan nanti.

Jangan sampai saat dia sakit, tidak boleh sampai jatuh miskin akhirnya untuk biaya makan saja tidak ada. Inilah yang menjadi dasar untuk menuju *equity* yaitu “Keadilan Untuk Semua”.

Metode pembiayaan yang paling *equitable* adalah metode pembayaran dengan *pre-payment*, yaitu dengan pembayaran iuran sebelum masyarakat jatuh sakit. Akses pelayanan kesehatan tidak semata-mata dipengaruhi oleh pembiayaan, walaupun semua sudah punya asuransi tetapi

infrastruktur daerah tidak mendukung, seperti daerah Indonesia bagian timur dimana pembangunan infrastruktur yang kurang mengakibatkan akses ke faskes juga terbatas. Biaya kesehatan tidak mencakup biaya untuk pengobatan saja tetapi ada biaya lain yang harus ditanggung oleh keluarganya seperti;

- a. Biaya transportasinya ke tempat layanan kesehatan rujukan
- b. Selama ditunggu oleh keluarganya, keluarganya butuh makan (biaya konsumsi dan akomodasi)
- c. Penghasilan yang hilang “Opportunity cost” selama keluarga si pasien di rumah sakit, karena harus menunggu keluarga yang sakit, anak-anaknya jadi terlantar tidak sekolah karena tidak ada penghasilan untuk biaya sekolah akhirnya jatuh miskin.

Untuk mencapai Universal Health Coverage merupakan visi yang besar sekali dan tidak mudah untuk mewujudkannya. Untuk mewujudkannya ada 3 (tiga) komponen besar yang dilakukan, yaitu:

1. Siapa yang ditanggung oleh asuransi kesehatan harus mencakup seluruh penduduk.
2. Paket manfaat dari asuransi/pembiayaan itu harus seluas mungkin, tidak ada pembatasan. Semua penyakit ditanggung.
3. Proporsi biaya yang ditanggung pemerintah. Semakin tinggi proporsi biaya yang ditanggung oleh pemerintah artinya tidak ada iur biaya lagi semakin besar peluang untuk mencapai UHC. Iur biaya semurah mungkin.

Tantangan yang cukup besar dalam meraih **equity dan universal health coverage** pada era JKN ini:

1. Masyarakat tidak cukup punya asuransi saja, tetapi infrastruktur kesehatan masyarakat juga harus diperhatikan dalam menghadapi permintaan/’demand’

2. Kesiapan fasilitas kesehatan dan infrastruktur, tenaga kesehatan, yang siap menghadapi peningkatan ‘*demand*’ dari masyarakat
3. Kurangnya bukti yang mendukung (data-data sekunder) bagi para mengambil kebijakan tentang pembiayaan kesehatan
4. Kapasitas manajerial pemerintah dalam mengelola SJSN perlu ditingkatkan
5. Kalau kita lihat pedoman JKN, aspek promotif preventif kurang diperhatikan daripada aspek kuratif. Pedoman penyelenggaraan JKN masih belum optimal.

Intinya dalam Reformasi Universal Health Coverage, kita tidak bisa memperhatikan satu elemen pembiayaan saja, tapi harus reformasi seluruh elemen. Tercapainya Universal Health Coverage merupakan dasar untuk meraih *Equity* “Keadilan untuk semua”

## REFERENSI

Bhisma Murti. (2001). Keadilan Horizontal, Keadilan Vertikal, dan Kebijakan Kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*; (4):3.

Konsep Equity dalam Pelayanan Kesehatan diambil dari [www.manajemen-pembiayaan-kesehatan.net](http://www.manajemen-pembiayaan-kesehatan.net)

Universal Health Coverage diakses dari <http://mediakom.sehatnegeriku.com/universal-health-coverage/> tanggal 1 Juni 2017

UU No. 39 tahun 2009 tentang Kesehatan

UUD Republik Indonesia 1945 Amandemen

Van Doorslaer E, dan Wagstaff A. (1992). Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons, *J of Health Economics*; 11: 389-411

Whitehead,M. (1992). The concepts and principles of equity and health. International Jurnal of Health Services, 22, 429 – 445

## EQUITY DI ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Badan kesehatan dunia WHO telah sepakat untuk mencapai Universal Health Coverage pada tahun 2014. Universal Health Coverage adalah sebuah sistem yang memastikan setiap orang dalam populasi memiliki akses yang sama dan adil tanpa memandang latar belakang orang tersebut dalam pelayanan kesehatan, baik secara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang terjangkau biayanya dan bermutu layanannya.

Jangkauan universal ini memiliki 2 (dua) bagian inti, yaitu:

1. Akses terhadap layanan kesehatan yang bermutu dan adil untuk seluruh warga.
2. Resiko finansial kini dan nanti ketika warga menggunakan fasilitas dan layanan kesehatan

### A. Tantangan *Equity* Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan kondisi yang dapat dilihat berdasarkan sejahteranya jasmani, rohani, dan sosial yang dapat membuat seseorang untuk dapat beraktivitas optimal secara sosial dan ekonomi. Istilah sehat didalam kehidupan sehari-hari biasanya digunakan untuk menyatakan bahwa seseorang dapat melakukan pekerjaannya secara normal. Suatu usaha yang dilakukan oleh individu atau kelompok dalam suatu masyarakat baik melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk menjaga, meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatannya disebut dengan pelayanan kesehatan.

*Equity* dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak berat sebelah, tidak sebagian dan berkeadilan. Di bidang kesehatan *equity* memberikan keadilan bagi setiap orang dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan yang optimal dan tidak membeda-bedakan pelayanan

kesehatan(Whitehead, 1992). Setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya, baik dalam mendapatkan akses yang sama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dan tidak membedakan status ekonominya.

Pembagian *equity* dapat dibedakan menjadi dua bagian yaitu *equity* horizontal dan *equity* vertical. *Equity* horizontal artinya kesempatan untuk pelayanan kesehatan yang sama untuk orang dengan kebutuhan yang sama. Sedangkan *equity* vertikal merupakan perbedaan pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhannya. (Permatasari dan Rochmah, 2013).

Pelayanan kesehatan juga memerlukan *equity* untuk alokasi sumber daya dan juga *equity* pemanfaatan pelayanan sesuai dengan kebutuhan kesehatan individu. *Equity* dalam pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai persamaan pemanfaatan, distribusi berdasarkan kebutuhan, persamaan akses dan persamaan outcome kesehatan (Bappenas; World Bank Jakarta, 2008). *Equity* pelayanan kesehatan bisa digunakan sebagai evidence atau bukti dasar distribusi faktor-faktor input dalam sektor kesehatan (pembiayaan, mutu pelayanan, sumber daya manusia, ketersediaan sarana dan prasarana). *Equity* dalam pembiayaan kesehatan bisa digunakan untuk mengukur derajat kecenderungan dampak akibat pembiayaan kesehatan. Begitu juga *equity* dalam pemberian subsidi kesehatan bisa digunakan untuk mengukur derajat kecenderungan penerima manfaat dari pelayanan kesehatan(Whitehead and Dahlgren, 2007).

Perbedaan yang sangat besar dalam hal pelayanan kesehatan yang terjadi di berbagai daerah dipengaruhi oleh banyak faktor seperti kemiskinan, kondisi geografis, sistem sosial, politik serta kebijakan suatu daerah. Bukti yang konsisten menunjukkan bahwa daerah-daerah yang kurang dalam memberikan pelayanan kesehatan cenderung mempunyai derajat kesehatan dan usia harapan hidup yang lebih rendah dibandingkan daerah yang memiliki akses dan kualitas pelayanan kesehatan lebih baik. Kondisi yang lain seperti dalam beban menderita suatu penyakit, kelompok

yang kurang beruntung dalam pelayanan kesehatan tidak hanya mengalami beban berat dari penyakit yang bersifat kronis, tetapi juga terjadi kecacatan di usia muda.

Dapat dilihat dengan jelas bahwa tantangan *equity* dalam pelayanan kesehatan yang masih menjadi kendala yang dihadapi oleh Bangsa Indonesia adalah (SKN, 2012, BPS, 2012); seperti misalnya : yang pertama karena banyaknya terdapat perbedaan dalam bidang geografis, penghasilan individu, pendapatan dan belanja daerah, pendidikan, infrastruktur, akses dan fasilitas pelayanan kesehatan, tumpang tindihnya sasaran penanggulangan kemiskinan dan akses fasilitas publik, kedua masih rendahnya apaian penduduk yang menjangkau tempat untuk berobat dan jumlah tempat untuk berobat di daerah pinggiran dan pedalaman masih kurang, ketiga rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap tempat pengobatan karena jarak yang jauh dan kurang meratanya sumber daya manusia di bidang kesehatan, seperti tenaga medis dokter dan tenaga parmedis lainnya dan pelayanan kesehatan yang mahal , keempat banyaknya terdapat perbedaan diberbagai daerah seperti dalam hal ketersediaan air bersih sepanjang tahun di puskesmas, dan masih terdapat disparitas kependudukan, kelima masalah kesehatan yang masih menonjol adalah penyakit infeksi menular yang belum bisa tertangani. Keenam terdapat beberapa penyakit yang kurang mendapatkan perhatian pemerintah walaupun sebenarnya sangat mempengaruhi status kesehatan masyarakat di berbagai daerah yang ada di Indonesia, ketujuh yaitu penyakit tidak menular yang kasusnya semakin meningkat, antara lain penyakit jantung dan kanker yang menyebabkan Indonesia menjadi mempunyai beban ganda (*double burden*) dalam bidang kesehatan.

Kalau dilihat dari segi konsep dan dasar-dasar *equity* pelayanan kesehatan, semua permasalahan di atas diatas kecenderungannya berkaitan dengan *inequity* dalam status kesehatan, *inequity* dalam pelayanan kesehatan dan *inequity* dalam pembiayaan kesehatan (Margaret Whitehead,1992). Apakah jalan yang harus ditempuh supaya dapat menciptakan keadilan dalam



pelayanan kesehatan? Salah satunya adalah dengan cara yang sudah diterapkan oleh pemerintah yaitu dengan melaksanakan Undang-Undang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mulai 1 Januari 2014 yang diharapkan dapat mencakup seluruh penduduk, walaupun hanya baru sebagian penduduk Indonesia saja yang dapat terjangkau. Nantinya diharapkan akhir tahun 2019 akan terjadi *universal coverage* yang dapat mengurangi masalah *inequity* dalam pelayanan kesehatan, dan dapat melaksanakan pemerataan sumber daya kesehatan di seluruh wilayah Indonesia serta yang diharapkan dapat memudahkan akses bagi masyarakat rentan, untuk mencapai cita-cita Negara Kesatuan Republik Indonesia sesuai yang diharapkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

#### **B. Tantangan *Equity* dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional**

Dalam pasal 25 ayat 1 dikatakan warga negara Indonesia memiliki hak memperoleh derajat hidup yang optimal untuk kesehatan diri dan keluarganya serta untuk memperoleh kesejahteraan untuk diri dan keluarganya. Sehingga, setelah berakhirnya Perang Dunia II sejumlah negara di dunia melakukan tindakan untuk membuat jaminan untuk keberlangsungan hidup rakyatnya, misalnya jaminan kesehatan semesta untuk rakyatnya (*Universal Health Coverage*).

Upaya yang dilakukan untuk kesepatan global itu adalah pemerintah harus menjamin kesehatan masyarakatnya melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan seluruh warga negaranya. Langkah pemerintah untuk hal tersebut diselenggarakan dalam beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui, seperti dulu ada kita kenal PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) dan sekarang telah beralai menjadi BPJS. Adapun hal yang ditanggung oleh badan ini adalah pensiunan, karyawan swasta dan pegawai pemerintah. Pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan

Kesehatan Daerah (Jamkesda) untuk masyarakat tidak mampu. Hal-hal di atas belum dapat memberika pelayanan yang optimal kepada masyarakat.

Sistem Jaminan Sosial Nasional dilakukan sistm asuransi kesehatan yang diwajibkan untuk semua penduduk (Mandatory) merujuk pada Undang – Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Yang dikembangkan oleh pemerintah adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan JKN diharapkan seluruh masyarakat mendapatkan perlindungan kesehatan dan manfaatnya yang ditanggung oleh pemerintah melalui BPJS.

Walaupun JKN sudah dilaksanakan mulai tahun 2014 tetapi masih banyak masalah-masalah *inequity* pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional. Dapat kita lihat seperti yang disampaikan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) , yaitu :

Yang pertama dapat dilihat dari aspek kepesertaan, yaitu seharusnya BPJS menyediakan kartu kepesertaan sementara untuk warga negara yang belum memiliki kartu identitas penduduk, jadi semua warga negara dapat merasakan pelayanan dari BPJS. Masalah yang kedua berhubungan dengan kemudahan akses pelayanan. Seharusnya peserta JKN bisa mendapatkan pelayanan di mana saja di seluruh wilayah Indonesia tanpa adanya penolakan dari tepat pelayanan kesehatan..

Permasalahan nomor tiga adalah tentang pembagian wilayah rujukan. Program JKN melaksanakan pemberian peayanan kesehatannya dengan cara bertingkat mulai dari pelayanan primer sampai ke pelayanan tersier atau sistem rujukan. Hal ini berlaku di beberapa tempat di Indonesia. Sistem rujukan semacam ini dirasakan kurang pas untuk pasien yang akan memaki tempat pelayanan kesehatan. Masalah mengenai rujukan ini dalam beberapa hal dapat memperburuk keadaan penyakit yang diderita dan dapat menambah biaya transport peserta. Solusi untuk masalah rujukan ini sebaiknya digunKn konsep jangkauan terhadap tempat pelayanan kesehatan dan kemampuan fsilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan.

Kriteria gawat darurat (*emergency*) merupakan permasalahan yang keempat. Hal ini terjadi karena belum ada aturan yang jelas mengenai pengelompokan keadaan *emergency*. Kelas perawatan menjadi masalah yang kelima. Kelas perawatan rawat untuk inap dipandang kurang cocok dengan yang diamanatkan oleh UU SJSN dan UU BPJS. Dalam peraturan tersebut dengan menyebutkan bahwa ruang untuk pasien rawat inap disesuaikan dengan tanggungannya. Diskriminasi pelayanan kesehatan dirasakan karena adanya perbedaan kelas di rumah sakit dan juga adanya pembiayaan yang berbeda sesuai dengan kelas ruangan di rumah sakit. Hal ini tidak sesuai dengan dengan prinsip keadilan sosial dan kemanusiaan.

Masalah yang nomor enam adalah tentang ketersediaan. Pendapat dari DJSN bahwa daftar obat yang ada\_tidak dapat memenuhi kebutuhan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Jadi daftar obat yang ada bukan merupakan satu-satunya cara untuk pengadaan obat karena masih ada jalan lain yang dapat dilakukan supaya pelayanan dapat berjalan dengan baik. Jenis obat yang tidak ada di daftar harganya dapat mengacu pada harga pasar, karena itu perlu dilakukan peninjauan ulang untuk peraturan yang mengaturnya.

Masalah yang ketujuh berhubungan dengan jenis biaya INA-CBGs. Hal ini menimbulkan permasalahan pada mutu pelayanan yang menjadi rendah dan tidak merata. Untuk mengatasi masalah biaya, pemerintah perlu membuat rentang biaya yang akan dijadikan dasar kesepakatan dengan pemberi layanan kesehatan. Kedelapan, yang menjadi permasalahan juga tentang jasa pelayanan di RS pemerintah. Pengaturan pembagian jasa medis yang berlaku selama ini di rumah sakit

### C. Tantangan Dalam Pencapaian SDGs

Program baru tentang pembangunan berkelanjutan telah diluncurkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) disebut dengan *Sustainable Development Goals (SDGs)*, melanjutkan dari *Millennium Development Goals (MDGs)* yang berakhir pada 2015 lalu. SDGs ini diterapkan oleh negara maju dan berkembang dalam waktu 15 tahun terhitung dari tahun 2015.

Hasil Rakorkop Kemenkes RI (2015) menyatakan bahwa penekanan SDGs 2015-2030 ada 5P yaitu People, Planet, Peace, Prosperity, and Partnership. SDGs ini terdiri dari 17 tujuan, 169 target, kurang lebih 220-300 indikator. Tujuan SDGs adalah sebuah kesatuan sistem pembangunan, tidak mementingkan satu isu tertentu. Menurut Stevance (2015) dari 169 target, 49 (29 %) yang dianggap berkembang dengan baik, 91 target (54 %) bisa diperkuat dengan menjadi lebih spesifik, dan 29 (17 %) memerlukan kerja yang signifikan.

Hal-hal yang menjadi poin penting dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* adalah nantinya terjadi penurunan angka kemiskinan secara bermakna. Nutrisi yang lebih baik, serta mendorong budidaya pertanian yang berkelanjutan, yang pada akhirnya tidak ada kelaparan. Kehidupan sehat yang terjamin. Kualitas pendidikan yang bagus dan merata di seluruh dunia Poin penting yang lainnya juga ada tentang pemberdayaan kaum perempuan dan ibu serta tercaainya kesetaraan gender, lingkungan yang bersih dan air yang melimpah untuk semua orang serta terjamin ketersediaannya. Ketersediaan sumber daya alam yang mudah diakses oleh penduduk. Pertumbuhan ekonomi yang kondusif. Melakukan penyetaraan di dunia. Melakukan pembangunan pada daerah perkotaan dan pedesaan.

Disamping itu juga terdapat poin tentang keberlangsungan konsumsi dan pola produksi yang terjamin. Responsif dalam menjaga iklim dan mengantisipasi perubahannya. Menjaga biota laut dan

ekosistemnya. Menjaga ekosistem yang ada di muka bumi ini. Perdamaian dan rasa aman untuk seluruh umat manusia. Diperkuatnya pelaksanaan kerjasama internasional antar negara di dunia.

Dalam bidang kesehatan, hasil kajian telah ditunjukkan oleh indikator memang membaik, tetapi pertumbuhannya lamban. Hal ini disebabkan karena masih banyaknya masalah-masalah kesehatan yang belum dapat ditangani oleh pemerintah.

Berdasarkan hal tersebut dapat kita lihat bahwa beban kesehatan akan semakin bertambah bila konsep kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan tidak berubah. Pemerintah perlu mencari solusi yang terbaik dengan menggunakan sumber daya yang ada untuk bisa digunakan dalam mengatasi masalah *inequity* bidang kesehatan tersebut.

#### **D. Harapan Terhadap *Equity* Pelayanan Kesehatan**

Untuk mewujudkan *equity* pelayanan kesehatan pemerintah diharapkan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan. Pemberlakuan sistem jaminan sosial baik jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua dan jaminan pensiun sepenuhnya menjadi tanggung jawab negara dan sepenuhnya dibiayai oleh negara dari APBN yang bersumber dari pajak, sehingga *equity* pelayanan kesehatan bisa dicapai, yang berpengaruh terhadap pencapaian SDGs nanti.

Namun sepertinya harapan masyarakat tersebut sulit terkabul karena kemampuan keuangan negara yang sangat kurang untuk membiayai seluruh iuran kepesertaan warganegara dalam sistem

jaminan sosial nasional, seperti yang kita lihat pada sistem jaminan kesehatan nasional (JKN) yang berlaku saat ini. Indonesia yang system perekonomiannya pada masa mendatang mengarah ke tipe negara kesejahteraan diharapkan bisa lebih mengoptimalkan sumber-sumber pendapatan negara yang bisa digunakan untuk pembiayaan jaminan sosial seluruh warga negara. Kedepan diharapkan upaya percepatan pencapaian target SDGs menjadi prioritas pembangunan nasional yang memerlukan sinergis kebijakan perencanaan dari tingkat Pusat hingga Daerah.

## REFERENSI

- Ady. 2016. *Delapan Masalah Penghambat Jaminan Kesehatan Nasional. Artikel Online Hukumonline*. Di akses pada 30 Maret 2017 pukul 19.55 WIB.
- Bappenas; World Bank Jakarta. (2008), “Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan”, *Kajian Pengeluaran Publik Indonesia Sektor Kesehatan (Rangkuman Eksekutif)*, The Word Bank Office Jakarta, Jakarta, pp. 1–9.
- Biro Pusat Statistik Indonesia. (2012), *Survey Demografi dan Kesehatan 2012*, jakarta, pp. 1–41.
- Braveman, P., Starfield, B. and Geiger, H.J. (2001), “World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy.”, *BMJ (Clinical research ed.)*, Vol. 323 No. 7314, pp. 678–81.
- Dhillon, P.K., Jeemon, P., Arora, N.K., Mathur, P., Maskey, M., Sukirna, R.D. and Prabhakaran, D. (2012), “Status of epidemiology in the WHO South-East Asia region: burden of disease, determinants of health and epidemiological research, workforce and training capacity.”, *International journal of epidemiology*, Vol. 41 No. 3, pp. 847–60.

- Kemenkes RI. 2013. *Bahan Paparan: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta:Kemenkes RI
- Perpres RI. (2012), *Peraturan Presiden RI No.72 Tahun 2012 tentang SKN*, jakarta.
- Pudjiraharjo, W.J. (2012), “PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN DI ERA DESENTRALISASI DAN MEKANISME PASAR”, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 15, pp. 66–70.
- Rochmah, P.; (2013), “Analisis Vertical equity pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.”, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1, pp. 83–90.
- Shinde, R. V. (2013), “Health Equity in Developing Countries: A Need for Effective and Responsive Public Service Delivery to Improve Access to Health Services”, *Bonfring International Journal of Industrial Engineering and Management Science*, Vol. 3 No. 2, pp. 52–56.
- Siswanto. (2010), “Analisis Trade-of dalam Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia”, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 13 No. 02, pp. 61–68.
- Whitehead, M. (1992), “The concepts and principles of equity and health.”, *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, Vol. 22 No. 3, pp. 429–45.
- Whitehead, M. and Dahlgren, G. (2007), “Regional Office for Europe Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1”, *WHO*, WHO Regional - Denmark, II., pp. 2–5.

## **CASE STUDY : EQUITY DALAM KESEHATAN JIWA**

Menurut Whitehead (1992), *Equity* adalah secara ideal setiap orang harus mempunyai kesempatan yang adil / tidak diskriminatif untuk memperoleh layanan kesehatan yang sebaik-baiknya dan tidak dirugikan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sehingga pemerataan akan layanan kesehatan akan terjamin. Menurut Depkes RI (2009), adalah setiap usaha yang diselenggarakan mandiri dan menyeluruh dalam organisasi dengan tujuan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit. Dalam Pasal 147 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menekankan bahwa “Upaya penyembuhan penderita gangguan kesehatan jiwa merupakan tanggungjawab pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat”. Pasal 148 ayat (1) UU Kesehatan yang menyatakan “Penderita gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga negara”. Ini artinya ODGJ harusnya dilayani oleh pemerintah baik itu pemerintah pusat, daerah dalam hal pelayanan kesehatan. Bagaimanapun pasien gangguan jiwa memiliki hak yang sama dalam hal mendapat layanan kesehatan / tidak adanya diskriminasi sehingga tujuan pemerintah untuk pemerataan bisa terwujud. Jaminan hukum (konstitusi dan UU) tidak serta merta mampu terlaksana karena kebijakan ini kemudian di delegasikan kembali kepada pemerintah untuk diatur lebih lanjut oleh Peraturan Pemerintah sebagaimana berdasarkan Pasal 151 UU Kesehatan. Suatu kemalangan dan sampai saat ini hampir sudah 5 tahun PP tersebut belum mampu dikeluarkan dan nyaris semua jaminan konstitusi dan jaminan UU bagi upaya penyehatan orang sakit jiwa yang menjadi tanggungjawab pemerintah tidak mampu dijalankan secara maksimal.

Berikut ini merupakan beberapa macam equity yang berpengaruh langsung terhadap layanan kesehatan khususnya bagi penderita ODGJ yaitu :



## 1. *Equity* SDM pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa ( ODGJ )

SDM dalam memberikan pelayanan kesehatan gangguan jiwa akan berpengaruh terhadap setiap layanan jiwa baik di rumah sakit atau di puskesmas yang ada. Dalam RUU RI SDM itu dibagi menjadi dua jenis yaitu tenaga kesehatan yang terlibat langsung dengan pasien ODGJ dan tenaga lainnya seperti tenaga dari dinas terkait seperti dinas sosial sehingga dalam memberika pelayanan menjadi bersinergi dan bersatu. Indonesia dengan luas wilayah yang sangat luas dan jumlah penduduk yang sangat padat peran SDM kesehatan sangat besar artinya / pengaruhnya. SDM yang diperlukan disini seperti tenaga kesehatan dokter spesialis jiwa, dokter umum, perawat, sangat sedikit perhatiannya dengan pasien ODGJ sehingga SDM yang ada hanya berada di kota – kota besar saja, didaerah pedesaann tidak terjangkau layanan kesehatan jiwa. Puskesmas sebagai layanan kesehatan yang paling primer belum mampu memberikan layanan yang maksimal dikarenakan tenaga kesehatan seperti dokter umum dan perawat belum kompeten memberikan layanan jiwa seperti anamnesa pasien yang baik dan memberikan obat yang benar, sehingga cenderung apabila ada pasien ODGJ datang ke puskesmas maka akan langsung dirujuk ke rumah sakit umum atau langsung ke rumah sakit jiwa.

Jumlah penderita ODGJ didaerah pedesaan lebih banyak dari pada jumlah penderita di daerah perkotaan dan ini ada beberapa sebab seperti faktor ekonomi yang paling dominan. Maka peran tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan yang kompeten di kesehatan jiwa harus adil dari sisi distribusinya oleh pemerintah. Kesenjangan jumlah tenaga kesehatan di pedesaan dan perkotaan yang begitu jauh bisa berpengaruh tingkat kesakitan dan kematian pasien ODGJ seperti semakin banyaknya pasien ODGJ yang dipasung dengan berbagai alasan oleh keluarga dan masyarakat. Upaya pengadaan dan peningkatan mutu SDM masyarakat

dilakukan melalui diklat yang diselenggarakan oleh pemerintah. RUU akan mengatur SDM untuk penempatan diseluruh Indoneasia tanpa terkuali sehingga pemerataan terjamin.. Untuk melindungi ODGJ dari segala bentuk macam kekerasan maka petugas kesehatan tidak boleh melakukan kekerasan fisik. pasien itu sendiri Pada era JKN ini diharapkan distribusi tenaga kesehatan jiwa diseluruh Indonesia mulai merata baik itu di daerah pedesaan maupun diperkotaan.

## **2. *Equity* sarana dan prasarana pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa**

Sarana dan prasarana kesehatan di Indonesia seluruhnya belum optimal distribusinya terbukti didaerah bagian barat lebih mudah mengaksesnya dari pada bagian timur. Ini bisa disebabkan beberapa alasan yaitu pembangunan wilayah bagian barat dari segi transportasi lebih cepat dan biayanya jauh lebih murah. Sarana dan prasarana kesehatan jiwa khususnya sangat terbatas jumlahnya. Menurut Kemenkes tahun 2013 terdapat 9 provinsi dari 34 provinsi diseluruh Indonesia yang belum memiliki Rumah Sakit Jiwa dan tenaga psikiater. 9 provinsi tersebut adalah Riau sumatra, Banten, Sulawesi Barat, Maluku Utara, Gorontalo, Bali, NTT, Papua Barat, Kalimantan Utara. Sedangkan yang belum punya tenaga psikiater adalah Gorontalo, Papua Barat, Sulawesi Barat, Maluku Utara, dan Kalimantan Utara. Meski penderita dan nilai kerugiannya besar, fasilitas dan tenaga kesehatan jiwa di Indonesia masih sangat terbatas. Pada tahun 2012 ada 32 RSJ milik pemerintah,16 RSJ swasta. Terdapat 1.678 RSU dan hanya 2% yang memiliki layanan kesehatan jiwa. Hanya 15 rumah sakit dari 441 rumah sakit umum daerah milik pemerintah kabupaten/kota yang memiliki layanan psikiatri. Puskesmas, hanya 1.235 yang memberikan layanan kesehatan jiwa.

Perbedaan yang begitu besar dari segi jumlah fasilitas kesehatan baik itu Rumah Sakit atau alatnya dan dari segi pemerataannya juga bermasalah. Kecenderungan baru dikota – kota besar saja yang baru punya rumah sakit jiwa. Rendahnya fasilitas kesehatan dalam upaya penyembuhan orang sakit jiwa diperparah dengan keadaan orang sakit jiwa yang terus bertambah tiap tahunnya.. Pasien ODGJ bisa saja akan dimasukan ke yayasan pengobatan penyakit mental, membawa ke dukun, pondok pesantren khusus orang gila, atau rumah penampungan sosial. Dan berdasarkan data pemerintah terdapat 18.000 orang sakit jiwa dipasung. Umumnya dipasung dengan rantai, kayu, balok dan lainnya yng sifatnya kekerasan untuk mencegah agar pasien ODGJ tidak dapat lepas.

Realitasi ini menunjukkan bahwa upaya penyembuhan orang sakit jiwa sangatlah rendah dapat dilihat dari fasilitas kesehatan dihubungkan dengan jumlah orang sakit jiwa yang mendapat fasilitas kesehatan. Maka hampir sekitar 96,5 persen yang belum mendapat layanan kesehatan serta terdapat 18000 jiwa lainnya yang harus dipasung. Dari mulai belum terbentuknya PP tentang kesehatan jiwa yang menjadi tugas pemerintah sampai dengan realitas di lapangan tadi menunjukkan bahwa pemerintah belum melakukan upaya optimal dalam penanggulangan maupun upaya penyembuhan orang sakit jiwa. Pemasungan bukan tindakan yang diharapkan oleh pasien dan keluarga tetapi karena jumlah fasilitas kesehatan jiwa terbatas maka pemasungan dilakukan.

### **3. *Equity* pembiayaan kesehatan orang dengan gangguan jiwa**

Pembiayaan kesehatan adalah segala bentuk materi yang dikeluarkan oleh masyarakat dengan tujuan untuk mendapatkan layanan kesehatan. Keputusan Kebijakan pembiayaan kesehatan berhasil memperbaiki pemerataan sosial ekonomi. Situasi sekarang ini rumah sakit

jiwa milik pemerintah maupun milik swasta cenderung digunakan oleh kalangan masyarakat mampu saja. Tetapi adanya sistem birokrasi yang sangat ribet dan tidak menguntungkan masyarakat miskin ditambah dengan pengetahuan yang sangat terbatas maka sebagian besar program asuransi tidak berjalan baik. Masih ada ketidakmerataan orang – orang yang mendapat jatah kartu asuransi. Ini disebabkan tidak adanya sistem skrining orang – orang yang dianggap miskin sehingga banyak salah sasaran, ada juga karena faktor kedekatan petugas sehingga pendistribusian kartu asuransi juga salah sasaran. Program perlindungan kesehatan bagi masyarakat memiliki arah yang baik menuju semakin terlindunginya kaum miskin. Salah satu kelemahan perlindungan kesehatan pemerintah adalah belum adanya biaya untuk akses ke pelayanan bagi kaum miskin secara total. Misalnya di daerah terpencil mungkin biaya berobat gratis, tetapi biaya transportasi dari suatu pulau ke pulau yang tersedia layanan kesehatan, mungkin berjuta – juta.

#### **4. Tantangan dan harapan *equity* pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa pada era JKN**

##### **A. Tantangan *equity* pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa pada era JKN**

Adapun tantangan tersendiri yang dihadapi bagi pasien dengan ODGJ dalam era JKN ini adalah:

##### **a. Kepesertaan**

Syarat kepesertaan adalah identitas dan disini terjadi tantangan bagi pasien ODGJ karena harus masuk seluruh anggota keluarga bila punya kartu JKN dan yang lebih susahnya pasien dengan ODGJ susah untuk diajak berkomunikasi.

b. Pelayanan

Prinsip portabilitas JKN/KIS yang berjalan selama ini yaitu masih belum optimal. Portabilitas berarti setiap peserta dapat menikmati layanan kesehatan berkelanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Wilayah Indonesia yang sangat luas dan jumlah penduduk yang padat ini menjadi tantangan sendiri bagi pemerintah untuk melaksanakan program JKN nya terlebih bagi pasien dengan ODGJ.

c. Sistem rujukan

Peserta harus menempuh jarak yang jauh dengan biaya yang besar untuk mencapai sebuah faskes. Untuk mengatasi masalah rujukan itu DJSN mengusulkan agar regionalisasi rujukan diatur berdasarkan ‘konsep jangkauan’ dan ‘kemampuan’ faskes. Rujukan pasien ODGJ juga mengalami permasalahan dimana akan terjadi keterlambatan karena SDM di Faskes primer tidak ada yang kompeten dalam hal kasus kejiwaan.

d. Kegawatan

Kriteria gawat darurat (*emergency*) selama ini bagi peserta JKN sangatlah rancu / tidak jelas. Apalagi untuk pasien dengan ODGJ tidak ada patokan yang jelas tentang tingkat kegawatannya dan yang ditanggung oleh pemerintah. BPJS Kesehatan dituntut mampu mengumpulkan informasi tentang kemampuan dan ketersediaan tempat tidur di faskes yang bekerjasama. Sehingga pasien darurat dapat dipindahkan ke RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

e. Regulasi kefarmasian

Obat dalam e-catalog terutama obat – obat untuk keperluan kasus ODGJ tidak dapat memenuhi kebutuhan. Karena itu e-catalog bukan satu-satunya cara untuk pengadaan obat dalam program JKN/KIS.

## **B. Harapan *equity* pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa pada era JKN**

Untuk mewujudkan *equity* pelayanan kesehatan pada pasien ODGJ pemerintah diharapkan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi *equity* dari segi layanan kesehatan, sarana prasarana, SDM, pembiayaan. Namun sepertinya harapan masyarakat tersebut sulit terakumulasi karena kemampuan negara yang sangat kurang untuk membiayai seluruh yang kurang pemerataan warganegara. Indonesia yang system perekonomiannya pada masa mendatang mengarah ke tipe negara kesejahteraan diharapkan bisa lebih mengoptimalkan sumber-sumber pendapatan negara yang bisa digunakan untuk pembiayaan jaminan sosial seluruh warga negara. Kedepan diharapkan upaya percepatan pencapaian target Indonesia bebas pasien ODGJ yang tidak mendapat perawatan maksimal di tahun 2025 akan bisa terwujud meskipun itu sangat sulit.

## **REFERENSI**

- Anonim; 2011. *Kesehatan Jiwa*: <http://www.nurseofmysoul.blogspot.com/>, diakses tanggal 22 Mei 2011, jam 14:10 WIB.
- Braveman, P., Starfield, B. and Geiger, H.J. (2001), "World Health Report 2000: how it
- Kemkes RI. 2013. *Bahan Paparan: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemkes RI
- Perpres RI. (2012), *Peraturan Presiden RI No. 72 Tahun 2012 tentang SKN*, Jakarta.
- Rochmah, P.; (2013), "Analisis Vertical *equity* pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.", *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1, pp. 83–90.

Siswanto. (2010), “Analisis Trade-of dalam Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia”,  
*Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 13 No. 02, pp. 61–68.

Whitehead, M. (1992), “The concepts and principles of equity and health.”, *International journal  
of health services : planning, administration, evaluation*,

UUD Negara RI Tahun 1945

UU Nomor 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

## CASE STUDY : EQUITY DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS

Ekonomi dalam kesehatan adalah implementasi dari ilmu ekonomi dalam menentukan suatu pilihan untuk upaya kesehatan diantaranya pada sumber daya baik peran pemerintah maupun swasta, jumlah dan jenis sumber daya yang akan digunakan, volume dan jenis upaya yang akan dilakukan serta distribusi dan utilisasi produk suatu upaya yang dilakukan oleh masyarakat. Dalam *equity* pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya puskesmas menyangkut penerima layanan atau pasien atau *costumer, provider* yaitu profesional investor yang terdiri dari *public* maupun *private* dan pemerintah. Penerapan ilmu ekonomi dalam kesehatan diantaranya terkait keberadaan sumber daya khususnya pendanaan yang semakin hari semakin jauh dari yang namanya mencukupi. Sehingga memotivasi ilmu kesehatan dalam perencanaan, manajemen serta monitoring dan evaluasi sektor kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Kurangnya anggaran yang difungsikan untuk sektor kesehatan berdampak pada masalah baru yang menyerap anggran lebih besar. Dalam ekonomi kesehatan mencakup beberapa konsentrasi antara lain peraturan (*regulation*), perencanaan (*planning*), pemeliharaan kesehatan (*the health maintenance*), dan analisis *cost benefit*.

Equitas dalam pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan suatu kondisi yang berhubungan dengan persepsi kepuasan seseorang atau individu, interpersonal, sekelompok orang dan atau sekelompok masyarakat terhadap distribusi sumber daya yang adil dan merata. Equitas mencakup akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama dan pemanfaatan yang sama. Beberapa indikator equitas adalah intensif ekonomi, pelayanan kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Indikator ini juga berkaitan dengan distribusi institusi layanan itu



sendiri, kualitas pelayanan, jumlah layanan, serta sebaran sumber daya manusia dan distribusi sarana penunjangnya. Suatu daerah dikatakan memiliki tingkat equitas yang adil dan merata apabila akses pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh suatu lapisan masyarakat, baik kaya, miskin, kota, desa di pulau besar maupun kecil. Berbagai faktor atau determinan yang mempengaruhi derajat kesehatan antara lain adalah lingkungan, perilaku dan gaya hidup, faktor genetik dan pelayanan kesehatan.

Equity dalam pemberian pelayanan kesehatan terdapat pada dua bentuk yaitu equitas horisontal dan equitas vertikal. Equitas horisontal orientasinya pada perlakuan dan kondisi yang sama baik terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan, sumber daya untuk kebutuhan yang sama, kesempatan untuk kebutuhan dan kesamaan tingkat kesehatan. Sedangkan equitas vertikal menekankan pada prinsip perlakuan yang berbeda untuk suatu keadaan yang berbeda, diantaranya perlakuan tidak sama untuk kebutuhan yang berbeda dalam pembiayaan kesehatan menurut kemampuan masyarakat.

Indikator dalam equitas pelayanan kesehatan di puskesmas antara lain pelayanan kesehatan, insentif ekonomi, akses terhadap pelayanan kesehatan (ekonomi, sosial, geografis), status kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan. Akses ekonomi diantaranya biaya transportasi yang dibutuhkan dalam mencapai tempat layanan kesehatan, waktu dari aktifitas yang ditinggalkan setelah pergi ke pelayanan kesehatan. Akses geografis meliputi jarak yang ditempuh menuju pelayanan kesehatan. Dan akses sosial meliputi sikap pemberi layanan dan juga antrean pemeriksaan serta sikap petugas saat administrasi.

Peran pemerintah dalam *equity* pelayanan kesehatan adalah dengan menyediakan pelayanan kesehatan, menjamin hak asasi untuk hidup sehat, subsidi serta pembiayaan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah salah satunya adalah puskesmas. Bila dikaitkan dengan ekonomi kesehatan sebagai contoh kesehatan yang buruk pada seseorang dapat berdampak pada pembiayaan kesehatan karena kemampuan seseorang untuk menjalani kehidupan, bekerja dengan baik dan memperoleh penghasilan. Kesehatan yang buruk pada seseorang berdampak pula pada orang lain. Kesehatan yang baik memungkinkan seseorang untuk hidup lebih produktif. Pelayanan kesehatan juga memberikan dampak bagi seseorang dan masyarakat umum jika membawa kesehatannya yang lebih baik. Status kesehatan masyarakat yang baik berdampak pada meningkatnya pendapatan yang dapat meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

Equity dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas seringkali dijadikan perbandingan untuk melihat ketimpangan antar populasi. Sebagai contoh, masyarakat yang hidup di Bali dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan jika dibandingkan dengan masyarakat yang hidup di Irian Jaya. Equity dalam pelayanan kesehatan berbeda dengan pelayanan ekonomi maupun barang lainnya karena pelayanan kesehatan sangat beragam. Pelayanan yang bertujuan memelihara, memperbaiki ataupun memulihkan fisik seseorang sangat banyak sehingga pelayanan kesehatan sulit untuk diukur. Biasanya pelayanan kesehatan diukur dari ketersediaan baik sumber daya kesehatan maupun tempat tidur atau penggunaan (jumlah konsultasi). Equity dalam ekonomi kesehatan lebih menekankan pada keadilan yang harus dicapai dan untuk bisa adil tidak mesti mendapatkan porsi yang sama untuk semua. Jasa yang diberikan dalam pelayanan kesehatan di puskesmas merupakan komoditi yang banyak variasi, kualitas, bentuk dan jenisnya heterogen.

Equity dalam layanan kesehatan paling bawah merupakan tantangan hingga kini oleh karena masyarakat mempunyai kesempatan berbeda atau *unequal* akan akses pekerjaan, pelayanan

kesehatan dan juga pendidikan. Karenanya dalam peningkatan equitas kesehatan seyogyanya mengarah pada peningkatan equitas sumber daya layanan kesehatan yang sudah ada. Keadilan terkait dengan pemerataan berdasarkan kebutuhan dan kemampuan masyarakat pengguna layanan. Masyarakat yang miskin dan sakit membutuhkan bantuan pemerintah dan sektor swasta agar dapat mencapai status kesehatan yang sama baiknya dengan masyarakat yang tidak miskin. Solusi dari equity dalam pelayanan kesehatan di puskesmas diantaranya pemerataan terhadap sosial ekonomi, geografi dan kebutuhan masyarakat. Sehingga dapat membantu meningkatkan status kesehatan masyarakat. Hal ini

sudah dibuktikan pemerintah antara lain menyediakan fasilitas kesehatan dari tahun ke tahun tercatat jumlah puskesmas meningkat meskipun jumlah tersebut belum menjamin sepenuhnya masyarakat diberbagai daerah dapat mengakses pelayanan rawat jalan minimal.

Utilisasi pelayanan kesehatan pada seseorang tidaklah sama sehingga perlu kiranya dicari penyebabnya baik dari segi layanan maupun dari segi pengguna layanan. Penyedia layanan dalam hal ini puskesmas memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan yang sesuai standar kepada semua masyarakat. Equitas terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi isu hangat sehingga perlu upaya perbaikan dari segi *supply* maupun *demand*. Dari sudut *supply* atau persediaan diupayakan suatu kebijakan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan sampai ke pelosok pada kelompok dengan hambatan geografis. Monitoring terhadap keberadaan sumber daya kesehatan untuk daerah yang keadaan geografisnya susah sehingga masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan secara adil. Sedangkan dari sudut *demand* menitikberatkan pada kemampuan seseorang dalam membayar pelayanan kesehatan tersebut. Di era JKN saat ini dapat menggunakan asuransi kesehatan dan pemerintah kiranya dapat memfasilitasi lewat PBI pusat dan daerah untuk menjamin masyarakatnya dalam mengakses pelayanan kesehatan tanpa kendala pembiayaan.

Dalam pelayanan kesehatan di puskesmas untuk masyarakat yang miskin agar dapat memanfaatkan subsidi pemerintah perlu kemampuan perencanaan kesehatan untuk mengidentifikasi daerah-daerah kemiskinan serta jumlah penduduk miskin di wilayah masing-masing. Pelayanan kesehatan tidak terlepas dari koordinasi lintas sektor dalam peningkatan status kesehatan masyarakat untuk kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh puskesmas sebagai garda terdepan dalam peningkatan status kesehatan masyarakat dapat mencapai *equity* apabila hubungan kerjasama yang baik antara penyedia layanan (petugas kesehatan) dengan penerima layanan (pasien). Dan kesenjangan dapat diminimalisir dengan peningkatan edukasi kepada masyarakat melalui promosi kesehatan yang intensif. Keterlibatan masyarakat dalam peningkatan *equity* dengan membentuk kerjasama pelayanan kesehatan dengan masyarakat untuk memotivasi seluruh masyarakat dalam upaya pemerataan kesehatan. Disamping itu melibatkan masyarakat dalam kegiatan-kegiatan yang dapat bermanfaat untuk kesehatan individu, dan masyarakat sehingga masyarakat mampu untuk menolong dirinya sendiri atau mandiri dalam hidup sehat. Dalam *equity* pelayanan kesehatan tidak mengeliminasi semua perbedaan pada layanan kesehatan sehingga setiap insan memiliki status kesehatan sama, tetapi untuk meminimalisir faktor-faktor yang berakibat ketidakadilan melalui atau dengan cara menciptakan kesempatan yang sama untuk memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya.

Kesempatan yang sama menuju pelayanan kesehatan berarti semua orang memiliki hak yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Faktor penghambat yang ada dilapangan saat ini diantaranya karena keadan geografis suatu daerah yang berbeda-beda, tingkat pendapatan masyarakat, budaya tempat, transportasi yang melonjak naik, dan pemerataan sumber daya kesehatan serta tidak semua masyarakat memiliki asuransi kesehatan. Isu *quality* dalam pelayanan

kesehatan di masyarakat berbeda-beda. Sebagai contoh di puskesmas memfokuskan pemberian pelayanan pada promotif preventif tanpa mengesampingkan kuratif dan rehabilitatif. Menentukan prioritas pelayanan medis pada individu berdasarkan pada tingkat keakutan dan keparahan suatu penyakit yang diderita pasien, keterbatasan sarana prasarana, keterbatasan tenaga penunjang (petugas laboratorium dan apoteker) dan lainnya. Mobilisasi sumber daya baik tenaga kesehatan maupun pembiayaan kesehatan, contoh dalam hal minimnya anggaran pemerintah untuk bidang kesehatan, pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

Equity dalam pembiayaan kesehatan sangat penting dalam suatu layanan kesehatan dan merupakan unsur konstitutif dalam proses pelayanan kesehatan. Pembiayaan kesehatan berakibat pada pola pelayanan yang didapatkan di suatu tempat atau wilayah. Pada era JKN sekarang ini untuk mendukung *universal health coverage* keadilan (*equity*) dalam pelayanan kesehatan adalah dari segi pelayanan kesehatan dengan kualitas yang sama bagi setiap masyarakat dan juga dalam hal pembiayaan kesehatan sehingga masyarakat memperoleh akses pelayanan yang adil dan bermutu bagi setiap warga masyarakat dan perlindungan risiko finansial ketika warga masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan. Kaitan dengan isu ekonomi dalam pelayanan kesehatan adalah efisiensi didalam penggunaan sumber daya yang ada baik dalam administrasi, manajemen dana asuransi maupun efisiensi penyediaan pelayanan kesehatan. Promosi kesehatan kepada masyarakat menjadi suatu keharusan di layanan kesehatan tingkat pertama dan pemerataan kesehatan menjadi target dimulai dari unit-unit terkecil seperti keluarga-keluarga untuk mendukung atau mencapai *equity* pelayanan kesehatan. Meningkatkan equitas dalam pelayanan kesehatan tidak hanya mengurangi perbedaan status kesehatan tetapi juga mengurangi kesenjangan dalam kesehatan. Akses sebagai alat ukur dalam pelayanan kesehatan dapat dilihat dari adanya atau tersedianya fasilitas kesehatan yang dibutuhkan masyarakat kapanpun dan dimanapun. Penilaian

kinerja terhadap pelayanan kesehatan dilihat dari efektifitas, efisiensi dan equitas (*equity*). Ketiga aspek ini tidak dapat dipisahkan atau berdiri sendiri. Akses pelayanan yang mendekati equitas apabila pelayanan kesehatan yang diberikan terdistribusi menurut sosial ekonomi, geografi dan kebutuhan masyarakat. Berikut disampaikan beberapa penelitian yang berhubungan dengan equitas antara lain pada penelitian yang dilakukan oleh Harric at all (2011) dari Afrika Selatan dengan judul penelitiannya menilai inequity dalam akses pelayanan kesehatan dimana hasil temuannya adalah penduduk miskin yang tinggal dipedesaan dan tidak memiliki asuransi kesehatan mengalami ketidakadilan dalam mengakses layanan kesehatan. Penelitian lain dilakukan oleh Cholid at all (2013) dari Indonesia dengan judul penelitian mendeskripsikan *equity* pembiayaan dan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas, dimana diutarakan hasil penelitiannya bahwa penduduk yang miskin lebih banyak menggunakan pelayanan rawat jalan di rumah sakit sedangkan penduduk yang kaya lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit. Disamping itu juga disampaikan bahwa distribusi dana jamkesmas di puskesmas lebih banyak digunakan oleh penduduk miskin sedangkan di rumah sakit lebih banyak digunakan oleh penduduk yang kaya.

Dari uraian singkat diatas dapat penulis simpulkan berhubungan dengan equity dalam pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya puskesmas adalah :

1. *Equity* pelayanan kesehatan di puskesmas menyangkut penerima layanan atau pasien atau *costumer, provider* yaitu profesional investor yang terdiri dari public maupun *private* dan pemerintah.
2. Equitas mencakup akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama dan pemanfaatan yang sama.

3. Equity dalam pemberian pelayanan kesehatan terdapat pada dua bentuk yaitu equitas horisontal dan equitas vertikal.
4. Indikator dalam equitas pelayanan kesehatan di puskesmas antara lain pelayanan kesehatan, insentif ekonomi, akses terhadap pelayanan kesehatan (ekonomi, sosial, geografi) status kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan.
5. Peran pemerintah dalam equity pelayanan kesehatan adalah dengan menyediakan pelayanan kesehatan, menjamin hak asasi untuk hidup sehat, subsidi serta pembiayaan kesehatan.
6. Equitas terhadap pelayanan kesehatan masih menjadi isu hangat sehingga perlu upaya perbaikan dari segi *supply* maupun *demand*.
7. Penilaian kinerja terhadap pelayanan kesehatan dilihat dari efektifitas, efisiensi dan equitas (*equity*).

#### **Referensi :**

- Idris,H,2016. Equitas Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan : Teori dan Aplikasi dalam Penelitian,available :Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Volume 7 Nomor 02 Juli,Accesses :25 Mei 2017
- Iwan,dkk.2011.Implementasi Customer Based Brand Equity Model dalam Meningkatkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sungai Rambutan Kabupaten Ogan Illir. Available: Jurnal IKSMA Volume 8 Nomor 2 September 2012,Accessed : 25 Mei 2017
- Intan,dkk,2013. Equitas dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 1 Januari-Maret 2013.Accessed : 25 Mei 2017
- Rimawati,E.2004.Modul Ekonomi Kesehatan,Fakultas Kesehatan Masyarakat Unidus

## PENUTUP

Dari permasalahan tentang equity dalam pelayanan kesehatan tersebut dapat disimpulkan bahwa:

1. Equity (Keadilan) dalam pelayanan kesehatan itu ada 3 (tiga) yaitu:
  - a. Keadilan dalam status kesehatan
  - b. Keadilan dalam akses ke pelayanan kesehatan
  - c. Keadilan dalam pembiayaan kesehatan
2. Perbedaan antara “*horizontal equity*” dengan “*vertikal equity*” adalah:
  - a. ***Horizontal equity***: Alokasi sumber daya yang sama untuk kebutuhan yang sama, pasien mempunyai kemampuan membayar yang sama, memberikan kontribusi yang sama. Biasanya terjadi pada negara-negara yang berkembang, mereka menganggap equity bisa diperoleh dengan memberikan akses yang sama kepada semua orang. “*Free for all*” baru pada pelayanan kesehatan dasar, misalnya di Indonesia pada puskesmas, karena negara belum mampu membiayai semuanya.
  - b. ***Vertikal equity***: Alokasi dari sumber daya yang berbeda untuk tingkat kebutuhan yang berbeda, orang dengan kemampuan berbeda, membayar tarif pelayanan yang berbeda pula. Biasanya terjadi di negara maju, dimana pemerintahnya telah sanggup memberikan layanan kesehatan yang berbeda-beda yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Layanannya bersifat spesifik, misalnya untuk pasien yang menderita HIV-AIDs ada klinik khusus HIV-AIDs dan pemerintah sanggup memberikan layanan tersebut.



3. Upaya-upaya yang hendaknya dilakukan pemerintah dalam meraih equity pelayanan kesehatan adalah:
- a. Melakukan reformasi pada Upaya Kesehatan, *Public Policy*, Kepemimpinan dan *Universal Health Coverage*
  - b. Pemerataan akses ke pelayanan kesehatan
  - c. Pemerataan penyebaran Sumber Daya Manusia kesehatan di Indonesia terutama ke Indonesia Bagian Timur
  - d. Penguatan Primary Care/ Layanan Kesehatan Dasar yang terintegrasi yang merupakan faskes tingkat 1 bagi masyarakat dengan membangun jejaring kerja dengan layanan-layanan kesehatan lainnya
  - e. Penguatan Sistem Informasi Pasien di Puskesmas
  - f. Pemberdayaan masyarakat