



PRAKARSA
Welfare Initiative for Better Societies



**UNIVERSAL HEALTH COVERAGE:
MENGUKUR
CAPAIAN
INDONESIA**



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

LAPORAN PENELITIAN

Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia

Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia

Herawati
Robert Franzone
Adrian Chrisnahutama



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

2020

Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia

ISBN: 978-623-91350-9-6

Penulis:

Herawati , Robert Franzone, Adrian Chrisnahutama

Pengulas:

Eka Afrina Djamhari, Cut Nurul Aidha, Herni Ramdlaningrum

Penanggung Jawab:

Ah Maftuchan

Disain dan Tata Letak:

Bambang Nurjaman

Referensi:

Herawati, Franzone, R., Chrisnahutama, A. 2020. Universal Health Coverage: Tracking Indonesia's Progress. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta.

Kata Kunci:

Universal Health Coverage, Sustainable Development Goals, Inequality

Penerbit:

Perkumpulan PRAKARSA
Rawa Bambu 1 Blok A No. 8E
Pasar Minggu, Jakarta Selatan
Daerah Khusus Ibukota Jakarta 12520
Indonesia

© 2020 by Perkumpulan PRAKARSA

Disclaimer:

Laporan ini berdasarkan pada penelitian "Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia" yang didukung oleh Brot fur die Welt (BfdW). Laporan ini adalah tanggung jawab penulis.

DAFTAR SINGKATAN

AKI	Angka Kematian Ibu
ART	Antiretroviral
AS	Amerika Serikat
Askeskin	Asuransi Kesehatan untuk Keluarga Miskin
BPJS-K	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk Kesehatan
BPS	Badan Pusat Statistik
DJSN	Dewan Jaminan Sosial Nasional
DPT	Difteri, Pertusis dan Tetanus
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
HepB3	Hepatitis B (dosis ke 3)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICP	International Comparison Program
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KB	Keluarga Berencana
MDGs	Milenium Development Goals/Tujuan Pembangunan Milenium
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ORS	<i>Oral Rehydration Solution</i>
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PPP	Purchasing Power Parity
PTM	Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health atau Kesehatan Reproduksi, Ibu Hamil, Bayi baru Lahir dan Anak
SDGs/TPB	Sustainable Development Goals/Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SUPAS	Survei Penduduk Antar Sensus
SUSENAS	Survey Sosial Ekonomi Nasional
TBC	Tuberkulosis
UHC	<i>Universal Healthcare Coverage</i>

UNAIDS	United Nations Programme on HIV and AIDS
UU	Undang-Undang
WHO	World Health Organization

DAFTAR ISI

DAFTAR SINGKATAN	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL, GAMBAR, GRAFIK DAN PETA	v
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN EKSEKUTIF	ix
1 PENDAHULUAN	2
1.1 Jalan Menuju Universal Health Coverage di Indonesia	3
2 TUJUAN	6
3 METODOLOGI	8
3.1 Indikator 3.8.1 – Cakupan Layanan UHC	8
3.2 Indikator 3.8.2 – Perlindungan Keuangan	14
3.3 Konsumsi dan Pengeluaran <i>out-of-pocket</i> untuk Kesehatan	14
4 HASIL DAN DISKUSI	18
4.1 Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage (UHC)	18
4.2 Perlindungan Keuangan	40
4.3 Indeks Kapasitas dan Akses Layanan	51
5 KESIMPULAN	54
6 REKOMENDASI	58
7 REFERENSI	59

DAFTAR TABEL, GAMBAR, GRAFIK DAN PETA

Tabel 1	Indikator Cakupan Layanan	10
Tabel 2	Indeks Cakupan Layanan UHC	20
Tabel 3	Indeks Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)	26
Tabel 4	Indeks Penyakit Menular	30
Tabel 5	Indeks Penyakit Tidak Menular	35
Tabel 6	Indeks Kapasitas dan Akses Layanan	39
Tabel 7	Pengeluaran Katastropik di Indonesia, 2018	44
Tabel 8	Pemiskinan dan Kesenjangan Kemiskinan karena Pengeluaran Langsung untuk Perawatan Kesehatan	50
Gambar 1	Rumus Indeks Cakupan Layanan UHC	13
Gambar 2	Indeks Cakupan Layanan UHC dan Perlindungan Keuangan	52
Grafik 1	Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage, menurut Provinsi	19
Grafik 2	Indeks Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) menurut Provinsi	22
Grafik 3	Indeks Penyakit Menular, menurut Provinsi	28
Grafik 4	Indeks Penyakit Tidak Menular, menurut Provinsi	33
Grafik 5	Indeks Kapasitas dan Akses Layanan	37
Grafik 6	Pengeluaran Katastropik 10 persen, Berdasarkan Provinsi (persen)	41
Grafik 7	Pengeluaran Katastropik 25 persen, menurut Provinsi (persen)	43
Peta 1	Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage, Indonesia	18
Peta 2	Indeks Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Indonesia	22
Peta 3	Indeks Penyakit Menular, Indonesia	28
Peta 4	Indeks Penyakit Tidak Menular, Indonesia	32

Peta 5	Indeks Kapasitas dan Akses Layanan	37
Peta 6	Pengeluaran Katastropik 10 persen, Indonesia (persen)	41
Peta 7	Pengeluaran Katastropik 25 persen, Indonesia (persen)	42
Peta 8	Insiden Pemiskinan pada 1,90 dolar AS (PPP 2018), Indonesia (persen)	47
Peta 9	Insiden Pemiskinan pada 3,10 dolar AS (PPP 2018), berdasarkan Provinsi (persen)	47
Peta 10	Insiden Pemiskinan di Garis Kemiskinan Nasional, Indonesia (persen)	48
Peta 11	Kesenjangan Kemiskinan pada 1,90 dolar AS (PPP 2018), Indonesia	49
Peta 12	Kesenjangan Kemiskinan pada 3,10 dolar AS (PPP 2018), Indonesia	49

KATA PENGANTAR

Hak hidup sejahtera lahir batin dan hak mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan beberapa hak warga yang termaktub dalam konstitusi negara Republik Indonesia. Kewajiban negara untuk memberikan perlindungan dan pelayanan kesehatan serta jaminan sosial kemudian diatur secara khusus dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Dalam kerangka yang lebih jauh, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) melalui pasal 25 tahun 1948 tentang Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa “Setiap orang memiliki hak untuk standar kehidupan yang memadai, hak untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk makanan, pakaian, perumahan dan perawatan medis dan layanan sosial yang diperlukan”.

Pada tahun 2014, sebagai bentuk komitmen untuk memberikan perlindungan hak kesehatan, Pemerintah Indonesia meluncurkan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diperuntukan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program ini merupakan upaya konkrit pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan semesta atau *Universal Healthcare Coverage* (UHC). Sampai 2019, cakupan kepesertaan JKN berdasarkan data per Desember 2019, baru 224,1 juta atau 83 persen dari total populasi penduduk

Indonesia. Angka ini meleset dari target pemerintah yang menjanjikan capaian seratus persen pada 2017. Terlambatnya capain kepesertaan semakin berat manakala persoalan defisit pembiayaan jaminan kesehatan semakin membesar.

Di tengah prahara pembiayaan, pihak-pihak yang melakukan evaluasi perkembangan capaian UHC di Indonesia masih sangat minim. Atas dasar inilah, PRAKARSA mengambil inisiatif untuk melakukan pemantauan capaian UHC di Indonesia. Berdasarkan konsep yang dikembangkan World Health Organization (WHO), UHC merupakan situasi di mana semua orang memiliki akses pada layanan kesehatan yang dibutuhkan, kapan dan di manapun tanpa mengalami kesulitan teknis dan kendala keuangan. Lebih lanjut, sebagai upaya untuk mengakselerasikan capaian UHC di seluruh dunia, negara-negara anggota PBB terikat dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs) yang menegaskan kembali komitmen global untuk mencapai cakupan UHC pada tahun 2030. Ini berarti bahwa semua orang, di manapun di dunia, harus memiliki akses ke layanan kesehatan berkualitas tinggi yang mereka butuhkan - promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, atau paliatif - tanpa menghadapi diskriminasi, kesulitan teknis dan kendala keuangan.

Untuk mengukur ini, PRAKARSA menggunakan metodologi WHO untuk melihat perkembangan capaian UHC

dengan menilik pada dua aspek: 1) Cakupan Layanan UHC, yaitu mengukur progres cakupan pelayanan kesehatan di seluruh provinsi di Indonesia dan 2). Perlindungan Finansial, yaitu mengukur pengeluaran katastropik dan masyarakat yang termiskinkan akibat pengeluaran *out-of-pocket* untuk akses layanan kesehatan di seluruh provinsi di Indonesia.

PRAKARSA sebagai organisasi *think tank* yang telah turut memperjuangkan pentingnya perlindungan kesejahteraan di Indonesia merasa berkepentingan untuk melakukan pengukuran capaian UHC untuk mencari bukti-bukti mengenai apa yang telah berhasil dan upaya perbaikan apa yang perlu dilakukan. Hasil pengukuran ini tentunya diharapkan dapat menjadi acuan bagi pemerintah ataupun pihak-pihak lain untuk membangun langkah strategis ke depan terkait perbaikan aksesibilitas dan kualitas jaminan kesehatan nasional.

Melalui proses yang sangat intensif, PRAKARSA berhasil mengukur sejauhmana UHC di Indonesia dicapai. Laporan yang Anda baca ini merupakan kesungguhan kami untuk berkontribusi pada pembangunan sumber daya manusia yang lebih baik untuk mewujudkan negara sejahtera, adil dan setara. PRAKARSA meyakini, UHC bukanlah mimpi untuk masa depan. Ini sudah menjadi kenyataan di banyak negara baik negara maju ataupun berkembang. Indonesia perlu memacu diri agar capaian UHC menjadi kenyataan sehingga dapat mewujudkan amanah konstitusi dan undang-undang. Namun,

tanpa layanan kesehatan yang mudah diakses dan berkualitas, hal tersebut bisa tetap menjadi janji kosong.

Terima kasih dan selamat kepada tim peneliti utama Herawati, Adrian Chrisnahutama dan Robert Franzone, yang secara tekun mengulik data-data sampai pada penulisan hasil. Kepada Herni Ramdlaningrum, Cut Nurul Aidha dan Eka Afrina Djamhari yang memberikan supervisi serta memberikan kritikan konstruktif untuk mempertajam laporan sehingga mendapatkan hasil yang memuaskan. Dan terima kasih kepada seluruh pihak baik internal ataupun eksternal yang telah turut membantu pengerjaan laporan ini khususnya kepada Brot fur die Welt. Kerja keras tidak akan pernah mengkhianati hasil dan setinggi-tingginya niat baik, adalah yang ditunaikan dalam bentuk perbuatan.

Selamat membaca dan semoga berguna. Kami terbuka untuk mendiskusikannya dengan pihak manapun dalam kerangka *sharing knowledge* dan *policy conversation* agar terwujud pemanfaatan pengetahuan untuk perbaikan kebijakan di Indonesia!

Jakarta Selatan, Januari 2020

Ah Maftuchan

Direktur Eksekutif PRAKARSA

RINGKASAN EKSEKUTIF

Sistem kesehatan Indonesia bertransisi menuju *Universal Health Coverage* (UHC) dengan target untuk menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Dalam hal ini, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional sejak tahun 2014 menjadi bagian penting dalam pencapaian UHC yang telah diamanatkan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Oleh karena itu, diperlukan sebuah analisis untuk melihat perkembangan dan capaian UHC di Indonesia.

World Health Organization (WHO) pada tahun 2017 menerbitkan laporan mengenai perkembangan UHC di seluruh dunia dengan judul 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report'. Dengan mengadopsi *Sustainable Development Goals* (SDGs) nomor 3, target 3.8 dan indikator 3.8.1 dan 3.8.2, WHO mengembangkan *framework* untuk menilai capaian UHC melalui dua dimensi yaitu cakupan layanan dan perlindungan finansial bagi masyarakat.

Merujuk pada *framework* tersebut, Perkumpulan PRAKARSA pada tahun 2019 melakukan kajian capaian UHC di Indonesia. Kajian ini bertujuan untuk (1) Mengukur kemajuan yang dicapai pada cakupan layanan dalam mencapai UHC di semua provinsi di Indonesia, (2) Mengukur kesulitan finansial yang dialami masyarakat akibat pengeluaran *out-of-pocket* untuk kesehatan.

Terdapat 4 dimensi dan 14 indikator yang digunakan untuk melihat cakupan layanan UHC di Indonesia. Indeks pada setiap dimensi didapatkan berdasarkan nilai rata-rata indeks semua indikator pada setiap dimensi. Selanjutnya, nilai rata-rata semua dimensi menjadi indeks cakupan layanan UHC untuk Indonesia. Dimensi dan indikator yang dimaksudkan adalah: (1) Dimensi Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Dimensi ini terdiri dari indikator penggunaan KB modern, kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil, imunisasi dasar lengkap dan penggunaan *Oral Rehydration Solution* (ORS) untuk diare pada anak. (2) Dimensi penyakit menular. Dimensi ini terdiri dari indikator efektifitas perawatan tuberkulosis (TBC) yang dihitung dari *case detection rate* dan *treatment success rate*, penderita Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang mendapatkan pengobatan antiretroviral dan penggunaan sanitasi dasar di masyarakat. (3) Dimensi penyakit tidak menular. Dimensi ini terdiri dari indikator tekanan darah, penderita diabetes yang mendapatkan perawatan, skrining kanker serviks untuk wanita usia 30-49 tahun dan persentasi masyarakat usia di atas 10 tahun yang tidak merokok dalam 30 hari terakhir. (4) Dimensi kapasitas and akses layanan. Dimensi ini terdiri dari indikator jumlah tempat tidur di rumah sakit per kapita, kepadatan tenaga kesehatan, dan akses terhadap obat-obatan esensial di puskesmas. Sementara itu, untuk perlindungan

finansial ada dua pengukuran yang dilakukan yaitu pengeluaran katastropik dan pengeluaran yang dapat memiskinkan masyarakat berdasarkan pengeluaran *out-of-pocket* untuk kesehatan. Data yang digunakan dalam laporan ini diperoleh dari berbagai sumber yaitu data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 dari Kementerian Kesehatan, data Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2018 dari Badan Pusat Statistik (BPS) dan beberapa sumber data sebagai pelengkap seperti data profil kesehatan provinsi dan data lainnya dari BPS dan World Bank.

Berdasarkan hasil yang diperoleh, nilai Indonesia untuk cakupan layanan berada pada indeks 60. Nilai ini lebih tinggi dari indeks cakupan layanan UHC yang dilakukan WHO dengan menggunakan data tahun 2015, yaitu 49. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan capaian semenjak JKN mulai diimplementasikan di Indonesia pada tahun 2014. Akan tetapi, terlihat adanya ketimpangan indeks cakupan layanan UHC antara daerah Jawa dan daerah di luar pulau Jawa. Dimensi penyakit menular mempunyai indeks terendah dengan indeks 49 dan dimensi kapasitas dan akses layanan mempunyai indeks tertinggi dengan nilai 67. Sementara itu, untuk dimensi penyakit menular nilai indeksnya adalah 59 dan indeks untuk dimensi Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) adalah 65.

Terkait dengan perlindungan finansial, lebih dari 13 juta masyarakat membelanjakan lebih dari 10 persen dari total konsumsi mereka untuk perawatan

kesehatan. Hampir 2,5 juta masyarakat membelanjakan lebih dari 25 persen dari total konsumsi mereka untuk perawatan kesehatan. Sehingga dapat dikatakan bahwa pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan di Indonesia masih relatif tinggi. Selain itu ditemukan bahwa terdapat 0,22 persen, 0,74 persen dan 0,41 persen dari total penduduk Indonesia yang mengalami pemiskinan dikarenakan pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan berdasarkan US\$1.90 garis kemiskinan per kapita per hari, US\$3.10 garis kemiskinan per capita per hari dan garis kemiskinan per kapita per bulan, secara berurutan.

Ada lima hal yang menjadi catatan penting berdasarkan analisis dalam laporan ini. Pertama, *community awareness* terhadap fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah masih kurang. Hal ini dapat dilihat dari nilai indeks pada indikator skrining untuk kanker serviks yang hanya mencapai 9 secara nasional. Kedua, tingginya prefelansi merokok dan pola hidup tidak sehat mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap rendahnya indeks pada dimensi penyakit tidak menular. Ketiga, pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan di Indonesia masih tinggi sehingga menghambat upaya dalam menyediakan perlindungan finansial. Keempat, provinsi di pulau Jawa dan bagian barat Indonesia cenderung mempunyai nilai indeks cakupan layanan UHC yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan daerah lainnya. Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan di antara provinsi-provinsi tersebut. Distribusi tenaga kerja kesehatan dan

terbatasnya infrastruktur di daerah-daerah miskin perlu untuk segera diatasi untuk mempercepat capaian UHC di Indonesia. Terakhir, ditemukan bahwa ada kecenderungan dimana provinsi dengan indeks cakupan layanan UHC rendah memiliki pengeluaran katastrofik untuk kesehatan yang juga rendah, begitu pula sebaliknya. Misalkan Papua dan Nusa Tenggara Timur, dua provinsi dengan angka kemiskinan yang tinggi, mempunyai indeks cakupan layanan UHC yang rendah dengan pengeluaran katastrofik yang rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa rendahnya pengeluaran katastrofik bukan disebabkan karena tercapainya perlindungan finansial dalam mendapatkan layanan kesehatan akan tetapi adanya keterbatasan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan.

Sebagai rekomendasi dalam upaya akselerasi pencapaian UHC, pemerintah harus berkomitmen dalam menurunkan tingkat ketimpangan antar provinsi dengan membangun infrastruktur dan fasilitas kesehatan yang lebih baik, termasuk distribusi tenaga kesehatan yang lebih merata di provinsi dengan indeks cakupan layanan UHC yang

rendah. Selanjutnya upaya strategi promosi kesehatan perlu direvisi dan diperluas. Misalnya pemerintah pusat dan pemerintah daerah perlu bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan pemimpin agama dalam menyusun strategi komunikasi dalam menyampaikan informasi kesehatan yang penting bagi masyarakat. Selanjutnya, pemerintah perlu mempertimbangkan kebijakan pungutan cukai yang secara khusus dikenakan pada barang-barang tertentu yang dianggap berbahaya bagi masyarakat. Hal ini perlu dilakukan untuk meningkatkan pola hidup sehat dan mengurangi prevalensi merokok dalam upaya mengurangi beban kesehatan yang terkait dengan penyakit tidak menular. Terakhir, pemerintah juga perlu merumuskan komponen survey yang lebih komprehensif untuk mengidentifikasi komponen pengeluaran kesehatan tidak langsung yang berkontribusi terhadap tingginya pengeluaran *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan. Data ini sangat penting dalam penyusunan kebijakan yang lebih tepat sasaran dalam upaya perlindungan finansial masyarakat.

Halaman ini sengaja dikosongkan



1 PENDAHULUAN

“ Sistem kesehatan Indonesia yang beralih ke Cakupan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage (UHC)*, bertujuan untuk menyediakan perawatan kesehatan universal pada akhir 2019. -TNP2K, 2015

Memasuki tahun 2020, perlu dilakukan analisis untuk melihat sejauh mana sistem kesehatan Indonesia, khususnya dengan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam mencapai UHC. Laporan ini akan memberikan gambaran posisi Indonesia saat ini dalam mencapai UHC dengan menggunakan kerangka kerja yang ditetapkan oleh World Health Organization (WHO).

Mengadopsi definisi WHO tentang UHC “bahwa semua orang memiliki akses layanan kesehatan yang mereka butuhkan, kapan dan di mana mereka membutuhkannya, tanpa dipersulit soal pembiayaan” (WHO, 2019), Indonesia memerlukan sistem yang sanggup untuk melayani hampir 270 juta jiwa (Bank Dunia, 2019c). Sistem yang ada saat ini, adalah konsolidasi dari beberapa skema kesehatan sebelumnya yang akan menjadi program asuransi kesehatan sosial terbesar di dunia (Erlangga et al., 2019).

Ada banyak tantangan yang menghambat pencapaian UHC di Indonesia, salah satunya adalah beban dari tiga penyakit seperti yang dibahas oleh Moeloek (2017), yaitu penyakit tidak menular (PTM), penyakit menular, dan penyakit tropis terabaikan. Penyakit

seperti tuberkulosis (TB) dilihat sebagai penyakit dengan penyebaran yang lebih besar karena tingginya tingkat urbanisasi dan pertumbuhan populasi. Penyakit tidak menular seperti stroke, jantung, dan diabetes mellitus menjadi penyebab utama morbiditas dan kematian di Indonesia sejak 2010 yang berimbas pada kehidupan masyarakat di semua kelas sosial ekonomi, baik tua maupun muda. Tingginya tingkat merokok, pola makan yang tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik menyebabkan meningkatnya beban kesehatan untuk PTM dan obesitas di Indonesia (Moeloek, 2017).

Para pemangku kebijakan perlu menyusun peraturan untuk mempersiapkan perubahan struktur demografi Indonesia serta dampaknya terhadap sistem kesehatan di masa depan. Saat ini usia rata-rata penduduk Indonesia adalah 28,8 tahun (Worldometer, 2019). Akan tetapi, penduduk Indonesia akan mengalami penuaan selama 30 tahun ke depan (Adioetomo dan Mujahid, 2014). Diperkirakan proporsi penduduk Indonesia di atas usia 50 tahun pada 2030 akan menjadi sekitar 25 persen dan sekitar 10 persen untuk mereka berusia lebih tua dari 65 tahun (Agustina et al., 2019). Pergeseran demografis ini

akan menentukan bagaimana sistem kesehatan harus dilaksanakan, dan harus ada layanan yang memadai untuk seluruh penduduk di Indonesia.

1.1 Jalan Menuju *Universal Health Coverage* di Indonesia

Asuransi Kesehatan untuk Keluarga Miskin (Askeskin) yang diperkenalkan pada tahun 2005 adalah skema asuransi sosial pertama di Indonesia yang bertujuan melindungi pekerja informal dan masyarakat miskin (Sparrow et al., 2013). Askeskin adalah program asuransi kesehatan yang disubsidi oleh pemerintah untuk menyediakan akses layanan kesehatan dan memberikan perlindungan keuangan dari resiko kesehatan bagi rakyat miskin dan pekerja informal (Sparrow et al., 2013). Program ini adalah upaya awal Indonesia dalam menyediakan perlindungan universal bagi warganya, dengan target cakupan mencapai 60 juta jiwa. Program ini menyediakan perawatan rawat jalan dasar, rawat inap di beberapa rumah sakit, paket layanan kebidanan, layanan kesehatan keliling dan layanan untuk daerah atau pulau terpencil, program imunisasi, dan akses obat-obatan (Sparrow et al., 2013). Pada 2008, Program Jamkesmas diimplementasikan sebagai pengganti Askeskin (Brooks et al., 2017) yang bertujuan menyediakan akses kesehatan bagi masyarakat hampir miskin melalui pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dan beberapa rumah sakit pemerintah dan swasta (Brooks et al., 2017). Jamkesmas juga menyediakan layanan kehamilan

menyeluruh, seperti perawatan antenatal, persalinan institusional, dan perawatan paska kelahiran (Brooks et al., 2017). Setelah implementasi Jamkesmas, dikembangkan sebuah strategi nasional yang mengacu pada kerangka kerja jaminan sosial tahun 2004 untuk mencapai UHC (Mahendradhata et al., 2017). Skema ini bertujuan menyediakan jaminan sosial kesehatan yang mencakup perawatan kesehatan, asuransi jiwa, cedera karena kecelakaan kerja, dan perawatan untuk orang tua (Mboi, 2015). Sebagian besar pegawai negeri, polisi, dan militer telah tercakup dalam program tersebut ketika diadopsi pada 2004, sehingga skema ini diciptakan untuk meningkatkan kesehatan bagi orang miskin (Mboi, 2015).

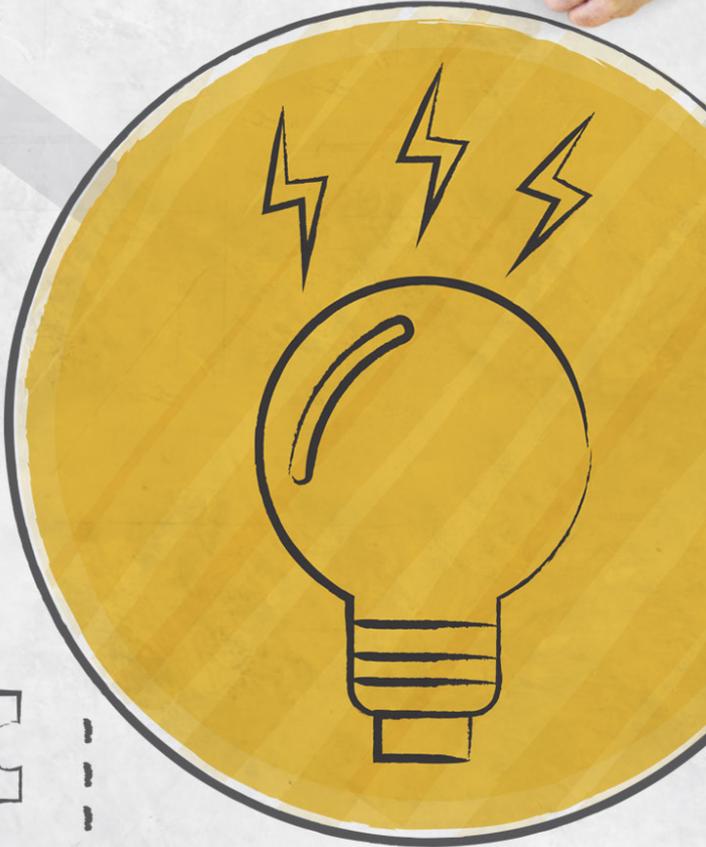
Jalan menuju UHC di Indonesia dimulai pada tahun 2004 berdasarkan UU No. 40/2004 (Mboi, 2015, Vidyattama et al., 2014). Implementasi JKN pada tahun 2014 dirancang untuk memberikan perawatan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia dengan empat tujuan utama, yaitu:

- Memudahkan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan keuangan;
- Memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dan biaya yang terjangkau;
- Meningkatkan kualitas layanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer dan rujukan;
- Memprioritaskan langkah-langkah pencegahan dan meningkatkan upaya preventif dan promotif dalam

memberikan layanan kesehatan sehingga dapat mengurangi prevalensi penyakit serta memberikan layanan yang efisien (WHO, 2019).

Tanggung jawab layanan kesehatan dibagi antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten, dan gabungan penyedia swasta dan publik yang kemudian membentuk JKN. Keseluruhan sistem kesehatan di Indonesia dikatakan telah melemah dengan desentralisasi pada akhir 1990-an, dimana pelaporan, data, dan komunikasi tidak dikelola secara terpusat (Mahendradhata et al., 2017).

JKN dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk Kesehatan (BPJS-K) dan yang bertanggung jawab atas administrasi JKN adalah Badan Manajemen Jaminan Sosial untuk Kesehatan. BPJS-K diawasi oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), yang keduanya melapor langsung kepada presiden (Mahendradhata et al., 2017).



RESEARCH

DESIGN



2 TUJUAN



Mengukur Cakupan Pelayan Kesehatan

Laporan ini akan menghasilkan tinjauan umum tentang capaian UHC Indonesia berdasarkan salah satu tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), yaitu: mengukur kemajuan cakupan pelayanan kesehatan diseluruh provinsi di Indonesia.



Mengukur Pengeluaran Katakstropik

Mengukur pengeluaran katastrofik dan masyarakat yang jatuh miskin akibat biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan diseluruh provinsi di Indonesia.

Penerima manfaat dari laporan ini adalah pemangku kebijakan, diantaranya Kementerian Kesehatan dan pihak lain yang mengadvokasi sistem kesehatan yang lebih setara dan universal. Laporan ini mengadvokasi pemantauan UHC yang berkelanjutan di Indonesia dengan menggunakan kerangka kerja SDGs atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB).

Laporan ini dikembangkan oleh Perkumpulan PRAKARSA, sebuah lembaga *think tank* berbasis Organisasi Non Pemerintah di Jakarta, Indonesia. Komitmen PRAKARSA untuk meningkatkan inisiatif kesejahteraan untuk masyarakat yang lebih baik mencakup peningkatan standar kesehatan masyarakat Indonesia.



3 METODOLOGI

Metodologi yang digunakan untuk mengukur capaian UHC di Indonesia diadopsi dari kerangka Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) nomor tiga, yaitu kesejahteraan dan kesehatan yang baik, dengan memastikan kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan untuk semua di segala usia (PBB, 2019). Tujuan Pembangunan Berkelanjutan nomor tiga terdiri dari 13 target yang mencakup indikator yang sesuai untuk setiap target (PBB, 2019). Laporan ini berfokus pada target nomor 3.8 yaitu mencapai UHC dengan perlindungan risiko keuangan. Terdapat dua indikator dalam target 3.8 yaitu cakupan layanan dan perlindungan keuangan, yang masing-masing disebut indikator 3.8.1 dan 3.8.2 (PBB, 2019). Kerangka kerja di atas, bersama dengan indikator dalam laporan 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report', yang disusun oleh World Health Organization (WHO) dan Bank Dunia, digunakan untuk membangun kerangka kerja yang sesuai secara kontekstual untuk melacak UHC di Indonesia.

Data untuk penelitian ini dikumpulkan dari Biro Statistik Nasional, Kementerian Kesehatan Indonesia, Bank Dunia, dan Organisasi Kesehatan Dunia. Semua data berasal dari 2018 dan diolah berdasarkan kerangka kerja di atas, untuk menghasilkan semua indeks dan estimasi yang ditampilkan di bagian hasil.

3.1 Indikator 3.8.1 – Cakupan Layanan UHC

Kerangka kerja yang digunakan untuk melacak cakupan layanan UHC di Indonesia terdiri dari empat dimensi yang terdapat dalam 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report', yaitu: (1) Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), (2) Penyakit Menular, (3) Penyakit Tidak Menular, dan (4) Kapasitas dan Akses Layanan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Masing-masing dari keempat dimensi tersebut ditetapkan serangkaian indikator yang sesuai secara kontekstual untuk Indonesia berdasarkan data yang tersedia dan upaya yang ada yang dilakukan oleh sistem kesehatan. Indikator yang digunakan dalam laporan ini adalah sebagai berikut:

Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak):

1. Penggunaan Keluarga Berencana (KB) modern (persentase wanita yang menikah dengan tuntutan akan keluarga berencana);
2. Kelahiran didampingi tenaga kesehatan terampil;
3. Imunisasi (DPT, HepB3 dan campak); dan
4. *Oral Rehydration Solution* (ORS) untuk diare pada anak-anak

Penyakit Menular:

1. Penanganan tuberkulosis (tingkat

- deteksi kasus (persentase semua bentuk) dan (persentase kasus baru);
2. Penderita HIV yang menerima perawatan antiretroviral (ART) (persen); dan
 3. Masyarakat yang menggunakan sanitasi dasar (persentase dari populasi).

Penyakit tidak menular:

1. Prevalensi tekanan darah normal;
2. Penderita diabetes dengan perawatan;
3. Pemeriksaan kanker serviks (wanita 30-49 tahun) (persen); dan
4. Masyarakat usia > = 15 tahun tidak merokok dalam 30 hari terakhir (persen).

Kapasitas dan Akses Layanan:

1. Ranjang rumah sakit per kapita;
2. Kepadatan tenaga kesehatan; dan
3. Akses terhadap obat-obatan penting.

Untuk menghitung indeks cakupan layanan UHC indikator 3.8.1, metode yang digunakan mengikuti 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report'. Sebagian besar indikator menggunakan skala alami. Misalnya, indikator nomor dua, kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil, persentase yang ditemukan untuk setiap provinsi dimasukkan dalam formula. Tabel 1 di bawah ini menjelaskan metode yang digunakan untuk menghitung indeks setiap dimensi dan metode untuk menghitung nilai indeks akhir.

Tabel 1 Indikator Cakupan Layanan

Dimensi	Indikator	Formula	Metode
Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)	Penggunaan KB modern (persentase wanita yang menikah dengan tuntutan akan keluarga berencana)	$\left(\frac{X_{keluarga\ berencana}}{100}\right) \times 100$ = $I_{keluarga\ berencana}$	Dimensi ini hanya menggunakan nilai <i>natural scale</i> untuk setiap indikator. Persentase indikator dikumpulkan di tiap provinsi, dijumlahkan kemudian dibagi empat untuk menghasilkan nilai indeks untuk kesehatan reproduksi dan kia (kesehatan ibu dan anak). Indikator imunisasi adalah rata-rata dari tiga vaksin. Merek ORS yang paling banyak digunakan di Indonesia adalah Oralit.
	Kelahiran didampingi tenaga kerja terampil	$\left(\frac{X_{kelahiran\ yang\ dibantu}}{100}\right) \times 100$ = $I_{kelahiran\ yang\ dibantu}$	
	Imunisasi (DPT, HepB3, dan campak)	$\left(\frac{X_{DPT}}{100}\right) \times 100 = I_{DPT}$ $\left(\frac{X_{HepB3}}{100}\right) \times 100 = I_{HepB3}$ $\left(\frac{X_{campak}}{100}\right) \times 100 = I_{campak}$ $\frac{I_{DPT} + I_{HepB3} + I_{campak}}{3}$ = $I_{imunisasi}$	
	Oral Rehydration Solution (ORS) untuk diare pada anak-anak	$\left(\frac{X}{100}\right) \times 100 = I_{ORS}$	
Penyakit menular	Penanganan tuberkulosis (Tingkat deteksi kasus (persentase semua bentuk) dan (persentase kasus baru)	$\left(\frac{X_{CDR}}{100}\right) \times 100 = I_{CDR}$ $\left(\frac{X_{TSR}}{100}\right) \times 100 = I_{TSR}$ $\frac{I_{CDR} + I_{TSR}}{2} = I_{TBeffective}$	Untuk dimensi penyakit menular menggunakan nilai <i>natural scale</i> . Jumlah dari ketiga indikator itu kemudian dibagi tiga, untuk memberikan indeks untuk penyakit menular.

	Penderita HIV yang menerima perawatan antiretroviral (ART) (persen)	$\left(\frac{X_{HIV}}{100}\right) \times 100 = I_{HIV}$	Indikator 'penggunaan kelambu berinsektisida (persentase dari populasi balita), tidak dimasukkan untuk perhitungan indeks ini karena sebagian besar provinsi di Indonesia sudah tidak lagi endemik malaria.
	Masyarakat yang menggunakan sanitasi dasar (persentase dari populasi)	$\left(\frac{X_{Sanita}}{100}\right) \times 100 = I_{Sanita}$	
Penyakit tidak menular	Prevelensi tekanan darah normal	$\frac{(X_{tekanan\ darah\ normal} - 50)}{(100 - 50)} \times 100 = I_{tekanan\ darah\ normal}$	Prevalensi tekanan darah normal didapat melalui orang yang tidak mengalami hipertensi melalui pengukuran dan dijumlahkan dengan orang yang minum obat antihipertensi. Hasilnya disusun kembali menjadi rumus yang diperoleh dari laporan pelacakan WHO untuk menghitung indeks. Indikator diabetes dan indikator kanker serviks didasarkan pada skala alami mereka. Indikator merokok dihitung dengan
	Penderita diabetes dengan perawatan	$\left(\frac{X_{Diabetes}}{100}\right) \times 10 = I_{Diabetes}$	
	Pemeriksaan kanker serviks (Wanita 30-49 thn) (persen)	$\left(\frac{X_{pemeriksaan}}{100}\right) \times 100 = I_{pemeriksaan}$	
	Masyarakat usia >= 15 tahun tidak merokok dalam 30 hari terakhir (persen)	$\frac{(X_{tidak\ merokok} - 50)}{(100 - 50)} \times 100 = I_{tidak\ merokok}$	

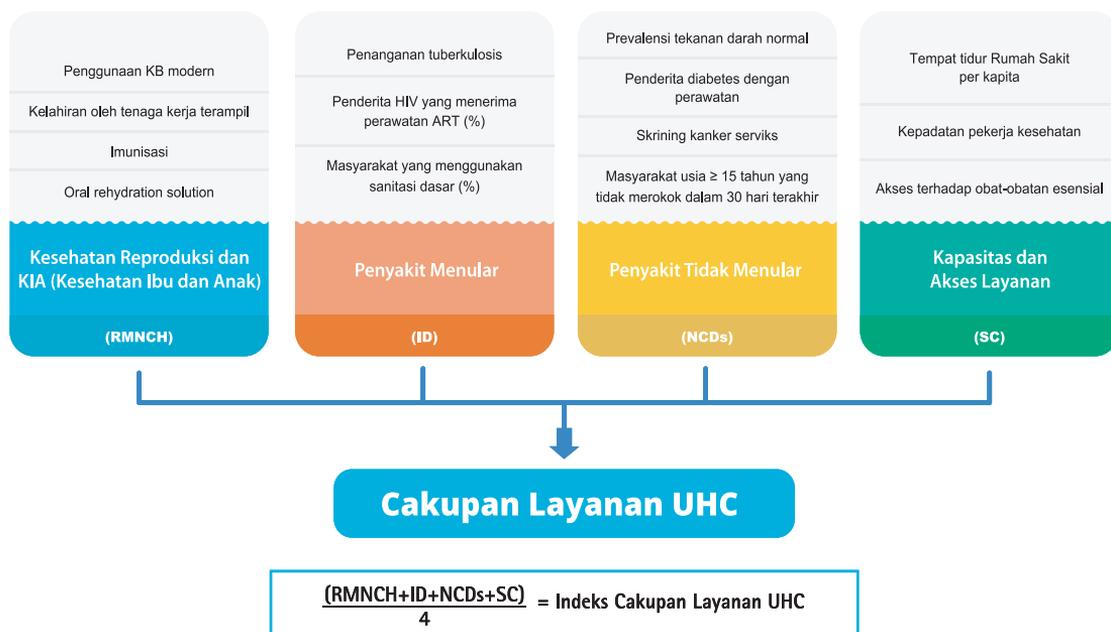
			menggunakan persentase mereka yang bukan perokok dan dihitung kembali menggunakan rumus untuk menghitung indeks.
Kapasitas dan Akses Layanan	Ranjang rumah sakit per kapita	$\left(\frac{X_{Beds}}{\frac{10}{18}}\right) \times 100 = I_{ranjang}$	Rasio untuk ranjang rumah sakit per 100.000 orang digunakan untuk menghitung indeks berdasarkan formula WHO yang direkomendasikan. Untuk rasio di atas 18 ranjang per 10.000 orang, nilai indeksnya adalah 100 berdasarkan metode laporan pelacakan WHO. Kepadatan petugas kesehatan mewakili semua petugas kesehatan. Terdiri dari jumlah total dokter (ambang 0,9 per 1000) dan ahli bedah (ambang 14 per 100.000), dan jumlah perawat, bidan, dan petugas kesehatan masyarakat (jumlah ketiganya dibagi 100 kemudian dibagi dengan ambang batas 4,45 yang
	Kepadatan jumlah petugas kesehatan	$\left(\frac{X_{fisik}}{\frac{100}{0.9}}\right) \times 100 = I_{fisik}$ $\left(\frac{X_{ahli\ bedah}}{14}\right) \times 100 = I_{ahli\ bedah}$ $\left(\frac{X_{suster} + X_{bidan} + X_{CHW}}{\frac{100}{4.45}}\right) \times 100 = I_{lain-lain}$ $\frac{I_{fisik} + I_{ahli\ bedah} + I_{lain-lain}}{3} = I_{petugas\ kesehatan}$	
	Akses terhadap obat-obatan penting	$\left(\frac{X_{obat-obatan}}{100}\right) \times 100 = I_{obat-obatan}$	

			<p>diperoleh dari WHO), kemudian dibagi tiga.</p> <p>Indikator untuk akses ke obat-obatan dihitung berdasarkan skala alami (persentase).</p> <p>Indikator asli yang ditemukan dalam laporan pemantauan 2017, indeks kapasitas inti IRH, tidak dimasukkan dalam pelacakan UHC untuk Indonesia karena data untuk tingkat provinsi tidak tersedia.</p>
--	--	--	---

Sumber: World Health Organization, dikompilasi oleh Penulis.

Catatan: X adalah persentase dari setiap indikator; I adalah index dari setiap indikator

Gambar 1 Rumus Indeks Cakupan Layanan UHC



Sumber: World Health Organization, dikompilasi oleh Penulis

3.2 Indikator 3.8.2 – Perlindungan Keuangan

Perlindungan keuangan memastikan keluarga yang menggunakan layanan kesehatan tidak mengalami kesulitan keuangan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Merujuk kepada Global Monitoring Report WHO 2017 tentang UHC, ada dua dimensi yang menjadi fokus dalam laporan ini, yaitu pengeluaran katastrofik dan pemiskinan karena pengeluaran *out-of-pocket* untuk kesehatan.

Pengeluaran katastrofik diukur dengan pengeluaran *out-of-pocket* (tanpa penggantian oleh pihak ketiga) yang melebihi kemampuan bayar rumah tangga (WHO dan Bank Dunia, 2017). Kemampuan bayar didasarkan pada pengeluaran *out-of-pocket* yang lebih dari 10 dan 25 persen dari total pendapatan atau konsumsi rumah tangga, yang diadopsi dari kerangka kerja 3.8.2 TPB (WHO dan Bank Dunia, 2017). Laporan ini menggunakan pendekatan konsumsi rumah tangga untuk mengukur pengeluaran katastrofik di Indonesia.

Pemiskinan karena *out-of-pocket* untuk kesehatan terjadi ketika rumah tangga terpaksa mengalihkan konsumsi kebutuhan pokok menjadi untuk kesehatan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Pengeluaran ini menyebabkan pendapatan atau konsumsi rumah tangga tersebut dibawah garis kemiskinan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Walaupun

pemiskinan karena *out-of-pocket* untuk kesehatan tidak termasuk dalam bagian TPB 3.8, tetapi indikator ini berkaitan langsung dengan TPB nomor satu yaitu pengentasan kemiskinan (Wagstaff et al., 2018). Laporan ini menggunakan tiga nilai garis kemiskinan, yaitu: 1,9 dolar Amerika Serikat (AS) per hari, 3,1 dolar AS per hari, dan garis kemiskinan nasional yang ditetapkan oleh pemerintah Indonesia. Garis kemiskinan antar provinsi di Indonesia bervariasi dengan rata-rata nasional adalah 401.220 rupiah per kapita per bulan pada tahun 2018.

3.3 Konsumsi dan Pengeluaran *out-of-pocket* untuk Kesehatan

Mengukur pendapatan di negara-negara berpenghasilan rendah sulit untuk diterapkan karena banyak keluarga mengolah dan memproduksi makanan dari tanah mereka, yang tidak termasuk sebagai bagian dari pendapatan mereka (Deaton dan Zaidi, 2002). Selain itu, pendekatan konsumsi diyakini lebih baik dalam menangkap kesejahteraan jangka panjang dibandingkan dengan pendapatan saat ini (Bank Dunia, 2001). Laporan ini menggunakan pendekatan konsumsi untuk mengukur pengeluaran *out-of-pocket* untuk kesehatan dan pemiskinan di Indonesia.

Definisi pengeluaran *out-of-pocket* menurut WHO dan Bank Dunia adalah sebagai berikut:

“Pengeluaran *out-of-pocket* adalah pembayaran yang dilakukan saat mendapatkan semua jenis layanan (perawatan preventif, kuratif, rehabilitasi, paliatif atau jangka panjang). Ini tidak termasuk pembayaran di muka untuk

layanan kesehatan, misalnya dalam bentuk pajak atau premi atau kontribusi asuransi tertentu dan, jika mungkin, bersih dari setiap penggantian kepada individu yang melakukan pembayaran.” (WHO dan Bank Dunia, 2017).

Data pengeluaran *out-of-pocket* untuk kesehatan diambil dari SUSENAS tahun 2018. Pengeluaran *out-of-pocket* terdiri dari: (1) biaya untuk layanan medis atau kuratif (termasuk biaya pengiriman dan obat-obatan yang tidak dapat

ditentukan), (2) biaya untuk obat-obatan yang dibeli di apotek, (3) biaya untuk layanan pencegahan, dan (4) biaya transportasi untuk mencari layanan kesehatan.

Halaman ini sengaja dikosongkan



4 HASIL DAN DISKUSI

4.1 Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage (UHC)

Nilai Indeks Indonesia: 60

Laporan ini menunjukkan kemajuan Indonesia dalam mencapai UHC. Peta di bawah ini menunjukkan nilai indeks cakupan layanan UHC di tiap provinsi di Indonesia pada tahun 2018. Indeks cakupan layanan UHC di Indonesia bernilai 60. Nilai indeks ini sedikit lebih tinggi dari pengukuran yang dilakukan oleh WHO melalui laporan 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report' yaitu 49 pada 2015 (WHO dan Bank Dunia, 2017). Indeks cakupan layanan UHC menyajikan nilai numerik berdasarkan skala satu hingga

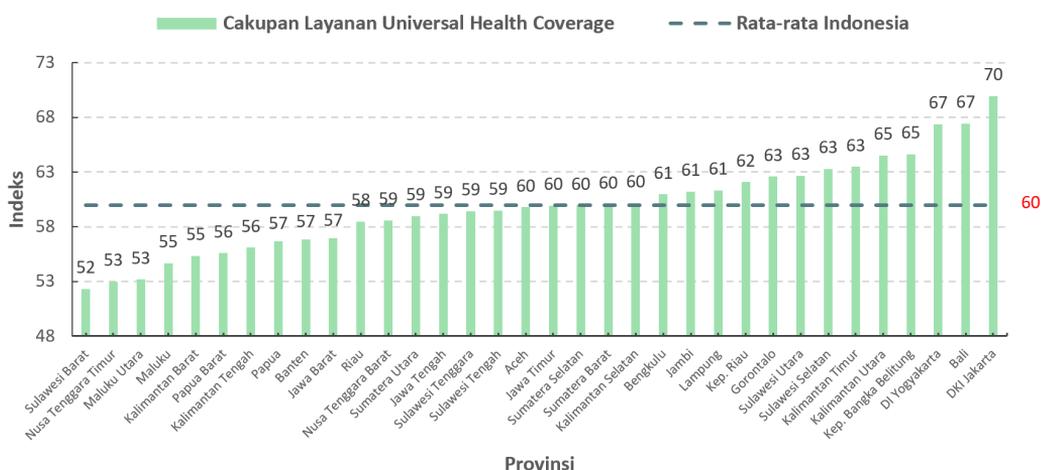
seratus, dimana semakin tinggi indeks, maka semakin baik hasilnya. Nilai tersebut mewakili pencapaian yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dalam kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitasi, dan paliatif dan kualitas layanan untuk peningkatan kesehatan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Saat ini, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah memasuki tahun kelima, namun berdasarkan penelitian, indikator cakupan layanan menunjukkan hasil yang relatif rendah. Laporan ini menyoroti bidang-bidang dimana pekerjaan diperlukan tidak hanya untuk memperluas cakupan UHC di Indonesia tetapi juga bagaimana strategi tersebut digunakan untuk meningkatkan kualitas dan membantu memenuhi target TPB.

Peta 1 Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage, Indonesia



Sumber: olahan penulis

Grafik 1 Indeks Cakupan Layanan Universal Health Coverage, menurut Provinsi



Sumber: olahan penulis

Penelitian menunjukkan keempat dimensi dalam cakupan layanan menampilkan angka yang relatif rendah untuk skema kesehatan dengan ambisi mencapai UHC pada akhir 2019. Selain itu, terdapat ketimpangan antara daerah padat penduduk seperti Jawa yang menunjukkan hasil yang lebih positif dari daerah luar. Kota-kota seperti Jakarta, Yogyakarta, dan Bali menunjukkan kinerja yang lebih baik untuk UHC pada sebagian besar indikator. Dari 34 provinsi, sebanyak 17 berada di bawah indeks rata-rata nasional 60, sementara hanya satu provinsi, yaitu Jakarta yang memiliki indeks 70 atau lebih untuk semua dimensi.

Ketimpangan yang tinggi dalam cakupan layanan antar provinsi ditunjukkan dengan sebagian besar provinsi yang memiliki indeks 60 atau lebih berada di Jawa. Sebagai perbandingan, hanya ada tiga provinsi di bagian timur Indonesia yang memiliki indeks 60 atau lebih, yaitu, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan,

dan Gorontalo. Kota Yogyakarta yang juga terletak di Jawa, memiliki indeks tertinggi kedua dalam penelitian ini, dengan indeks cakupan layanan UHC 67. Provinsi dengan indeks terendah adalah Sulawesi Barat, untuk semua dimensi, terutama untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular (PTM) dengan indeks hanya 52. Provinsi Jawa Barat secara mengejutkan memiliki skor yang relatif rendah di sebagian besar dimensi, mengingat kedekatannya dengan ibukota negara. Indeks keseluruhan untuk Jawa Barat adalah 57, dengan dimensi untuk PTM memiliki indeks hanya 43.

Analisis terperinci untuk setiap dimensi dibahas di bawah ini. Namun, ada beberapa indikator yang mengkhawatirkan sehingga perlu dibahas lebih mendalam. Pemeriksaan untuk kanker serviks untuk wanita berusia antara 30 dan 49 tahun hanya mendapat skor sembilan sebagai indeks, meskipun pemeriksaan ini tersedia gratis melalui

JKN. Pengobatan untuk penderita HIV atau orang dengan HIV/AIDS (ODHA) hanya memiliki indeks sebesar 34, menunjukkan hanya 34 persen penderita HIV yang menerima pengobatan memadai dan perawatan yang diperlukan untuk menjalani kehidupan yang sehat. Indikator kepadatan jumlah tenaga kesehatan memiliki indeks yang buruk yaitu hanya 38. Hasil yang rendah ini menjadi perhatian untuk perawatan bagi proporsi populasi Indonesia dengan PTM yang semakin meningkat dan tingginya prevalensi merokok di Indonesia. Upaya untuk mengatasi tingkat merokok di Indonesia juga menunjukkan angka yang buruk, dengan indeks hanya 44.

Jika indikator cakupan layanan yang efektif adalah cara untuk mengukur upaya suatu negara dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, maka Indonesia masih jauh dari mencapai hasil yang optimal (WHO dan Bank Dunia, 2017). Cakupan layanan yang efektif menyediakan layanan untuk memperoleh akses perawatan kesehatan yang berkualitas dan potensi peningkatan kesehatan. Berdasarkan penelitian ini, banyak daerah yang masih kurang menyediakan layanan untuk masyarakat (WHO dan Bank Dunia, 2017).

Tabel 2 Indeks Cakupan Layanan UHC

Provinsi	Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)	Penyakit Menular	PTM	Kapasitas dan Akses Layanan	Cakupan Layanan UHC
Aceh	55	56	51	77	60
Sumatra Utara	57	62	48	69	59
Sumatra Barat	65	54	53	69	60
Riau	60	63	51	60	58
Jambi	69	57	52	67	61
Sumatra Selatan	67	61	49	62	60
Bengkulu	70	57	49	68	61
Lampung	71	65	51	58	61
Kepulauan Bangka Belitung	70	66	55	66	65
Kepulauan Riau	65	61	52	70	62
Jakarta	70	73	51	86	70
Jawa Barat	67	65	43	53	57
Jawa Tengah	69	62	46	60	59
Yogyakarta	73	61	51	84	67
Jawa Timur	70	61	47	61	60

Banten	64	64	48	51	57
Bali	76	60	56	77	67
Nusa Tenggara Barat	71	54	51	58	59
Nusa Tenggara Timur	59	52	48	52	53
Kalimantan Barat	63	54	46	59	55
Kalimantan Tengah	62	57	46	59	56
Kalimantan Selatan	67	62	47	64	60
Kalimantan Utara	71	66	51	71	65
Sulawesi Utara	65	58	48	79	63
Sulawesi Tengah	62	56	49	70	59
Sulawesi Selatan	63	69	49	73	63
Sulawesi Tenggara	64	61	50	63	59
Gorontalo	66	62	49	73	63
Sulawesi Barat	57	45	48	59	52
Maluku	51	50	49	69	55
Maluku Utara	51	50	49	62	53
Papua Barat	51	51	51	70	56
Papua	63	50	49	64	57
Indonesia	65	59	49	67	60

Sumber: olahan penulis

4.1.1. Dimensi Satu: Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

Dimensi ini mencakup empat indikator untuk mewakili semua aspek kesehatan ibu dan anak, yaitu penggunaan KB

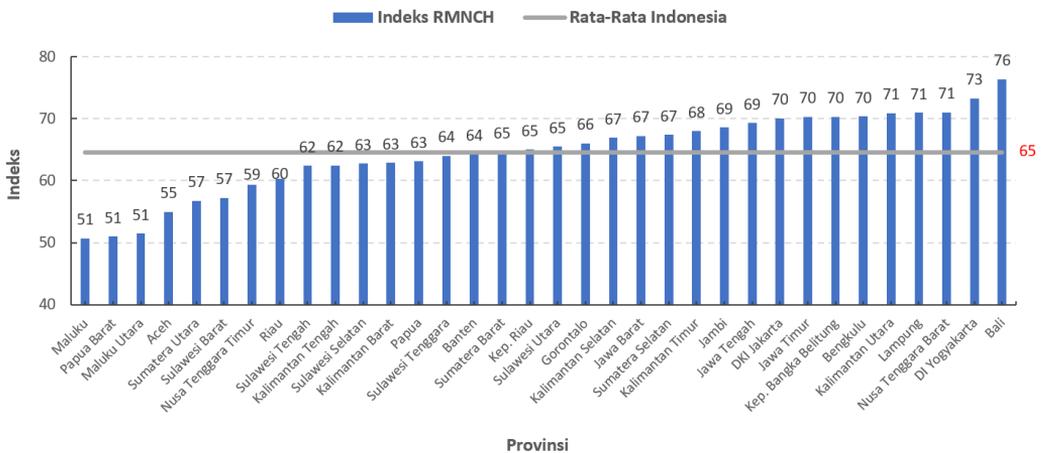
modern, jumlah kelahiran didampingi tenaga kesehatan terampil, tiga imunisasi penting (DPT, HepB3 dan campak), dan penggunaan ORS.

Peta 2 Indeks Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Indonesia



Sumber: olahan penulis

Grafik 2 Indeks Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) menurut Provinsi



Sumber: olahan penulis

Hasil penelitian kesehatan reproduksi dan kia (kesehatan ibu dan anak), seperti pada peta 2 dan bagan 2, menunjukkan sebagian besar provinsi di bagian timur Indonesia dan Sumatera bagian utara memiliki indeks yang rendah. Sebagian besar provinsi di Jawa dan Bali memiliki indeks yang lebih tinggi dari provinsi lainnya. Hasil untuk setiap indikator bervariasi di tiap provinsi, dengan banyaknya ketidakseragaman di antara pulau-pulau utama.

Sebagian besar provinsi di Indonesia memiliki angka yang relatif rendah untuk program keluarga berencana, yaitu 58. Provinsi Bengkulu memiliki indeks tertinggi untuk indikator penggunaan KB modern yaitu 71, sedangkan provinsi Papua Barat memiliki indeks terendah yaitu 25. Hasil ini mengecewakan bagi Indonesia yang memiliki program keluarga berencana yang berhasil (The John Hopkins University, 2019). Keputusan program keluarga berencana dibangun

di tingkat nasional hingga akhir 1990-an; namun, desentralisasi telah menyebarkan tanggung jawab dan sumber daya pemerintah ke lebih dari 535 pemerintah kabupaten. Sekarang Indonesia tercatat sebagai negara dengan penggunaan metode kontrasepsi modern yang relatif rendah dibandingkan dengan negara-negara Asia lainnya (The John Hopkins University, 2019). Saat ini ada sebuah program bernama *MyChoice* (didanai oleh Bill and Melinda Gates Foundation) yang bermitra dengan dua organisasi muslim terbesar di Indonesia untuk mempromosikan informasi keluarga berencana dalam kegiatan keagamaan (The John Hopkins University, 2019). Fokus utama *MyChoice* adalah meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi modern, termasuk mempromosikan kemudahan mengakses alat kontrasepsi modern melalui berbagai platform media sehingga perempuan mempunyai berbagai pilihan metode kontrasepsi modern (The John Hopkins University, 2019). Namun, masih banyak pekerjaan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan metode kontrasepsi modern di Indonesia, terutama untuk daerah-daerah dengan populasi tinggi tetapi penggunaannya masih rendah. Hal ini karena kurangnya promosi kesehatan dan penyampaian informasi seputar keluarga berencana.

Berbeda dengan penggunaan kontrasepsi, kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil memiliki angka yang tinggi di sebagian besar provinsi di Indonesia, dengan indeks nasional sebesar 92. World Health Organization (WHO) menetapkan angka

kematian ibu (AKI) sebesar 102 per 100,00 kelahiran hidup harus dicapai pada akhir 2015 saat Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) beralih ke Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) (Brooks et al., 2017). Menurut data Bank Dunia (2019a), angka kematian ibu di Indonesia adalah 177 per 100,00 kelahiran hidup pada tahun 2017. Hal ini menunjukkan skema asuransi kesehatan JKN belum mengurangi rasio angka secara dramatis dalam empat tahun terakhir, meskipun tenaga kesehatan terampil yang mendampingi proses persalinan angkanya cukup tinggi. Berdasarkan data dari Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), angka kematian ibu adalah 305 per 100,000 kelahiran. Untuk mengurangi angka kematian ibu, perlu peningkatan jumlah tenaga persalinan terampil dan mempromosikan pentingnya bantuan medis selama persalinan. Hasil perhitungan menunjukkan sebagian besar provinsi di timur Indonesia (Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Maluku Utara) telah memiliki jumlah tenaga kesehatan. Dalam sebuah studi mengenai dampak skema asuransi kesehatan Jamkesmas pada AKI, ditemukan masih banyak perempuan dan keluarganya yang menggunakan metode tradisional dengan kepercayaan budaya dan agama, sehingga mereka memilih untuk tidak mencari bantuan medis modern (Brooks et al., 2017). Walaupun JKN telah diperkenalkan, penggunaan metode tradisional untuk proses persalinan di timur Indonesia masih sering terjadi. Oleh karena itu, perlu adanya perencanaan promosi kesehatan yang mempertimbangkan tradisi budaya

setempat yang memegang peranan penting dalam masyarakat.

Imunisasi dikenal sebagai metode yang paling efektif untuk mengendalikan penyakit menular berbahaya dan mematikan, namun upaya imunisasi di Indonesia masih kurang memiliki tingkat perlindungan yang ideal untuk anak-anak. Hampir setiap provinsi, selain Yogyakarta dan Bali, diperhitungkan memiliki target tingkat cakupan imunisasi yang direkomendasikan untuk campak. World Health Organization (WHO) merekomendasikan target 95 persen untuk cakupan imunisasi untuk pengendalian campak yang efektif (Hu et al., 2018). Indonesia gagal menyediakan cakupan imunisasi yang memadai untuk Difteri, Pertusis dan Tetanus (DPT3). Penelitian ini menyarankan indeks rendah, yaitu 60, untuk imunisasi DPT3 di tingkat nasional, namun data untuk imunisasi ini sulit untuk ditemukan dan data untuk tingkat provinsi hanya tersedia untuk jenis imunisasi DPT HB/DPT HB-Hib 3, yang diambil dari data RISKESDAS (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018). Vaksin ini mencakup perlindungan terhadap enam penyakit yaitu difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia, dan meningitis (Arnani, 2019). World Health Organization (WHO) memperkirakan, cakupan DPT3 secara nasional adalah sekitar 79, yang hanya meningkat satu persen dari 2014 ketika JKN diperkenalkan (WHO, 2019). Rencana aksi vaksin global menetapkan target global untuk cakupan DPT3 yang akan dicapai pada akhir 2015 dan merekomendasikan agar negara mencapai cakupan 90 persen atau lebih

demi mengurangi risiko wabah akibat kesenjangan dalam cakupan populasi (Syiroj et al., 2019). Cakupan suboptimal untuk DPT3 ini menyebabkan wabah difteri yang luas pada tahun 2017, yang merenggut 44 nyawa dan 954 kasus (Syiroj et al., 2019).

Penelitian menunjukkan indeks cakupan yang sedikit lebih tinggi untuk vaksin hepatitis B, dengan rata-rata angka nasional sebesar 80. Indeks yang rendah didapatkan di bagian timur Indonesia, termasuk Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara. Provinsi Aceh juga mencatat indeks rendah, yaitu 56. Aceh merupakan provinsi di ujung utara Sumatera yang menerapkan hukum syariat Islam. Penelitian lain menunjukkan bahwa kepercayaan Islam memainkan peran aktif dalam mencegah para orang tua untuk mengimunisasi anak mereka terhadap penyakit mematikan, serta mempercayai bahwa vaksin tersebut mengandung produk haram (Syiroj et al., 2019). Penelitian ini juga menunjukkan para orang tua lebih suka jika kekebalan tubuh didapatkan secara alami daripada disuntik dengan vaksin 'buatan' yang dapat membunuh sel-sel sehat dan menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan (Syiroj et al., 2019). Kekhawatiran masyarakat Indonesia seputar mengimunisasi anak-anak perlu diatasi demi melindungi anak-anak dari penyakit berbahaya dan mematikan. Strategi komunikasi perlu ditingkatkan sebagai upaya memastikan informasi yang disampaikan kepada para pemimpin Islam setempat akurat, memastikan pentingnya tingkat cakupan imunisasi yang tinggi terjadi di Indonesia,

dan mengurangi wabah penyakit yang dapat membahayakan kesehatan anak-anak (Syiroj et al., 2019).

Komponen terakhir kesehatan reproduksi dan KIA (kesehatan ibu dan anak) adalah terkait dengan distribusi larutan rehidrasi oral (ORS) untuk diare yang diderita anak-anak. Penelitian ini memilih untuk memasukkan indikator ini dalam kerangka daripada perilaku mencari perawatan untuk pneumonia, karena data untuk tingkat provinsi sulit diperoleh. Penyakit diare juga merupakan penyebab utama kematian bagi anak balita di Indonesia, dengan seperempat dari seluruh anak balita di Indonesia menderita diare (Unicef, 2019). Data untuk cakupan ORS dalam penelitian ini dikumpulkan dari data RISKESDAS (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018), yang menyediakan data untuk penggunaan Oralit untuk masing-masing dari 34 provinsi. Oralit adalah merek ORS yang paling umum digunakan di Indonesia (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana et al., 2018). Penelitian ini menunjukkan penggunaan oralit di Indonesia sangat rendah di seluruh provinsi, dengan hanya mencetak indeks serendah 23, seperti Kalimantan Selatan. Enam provinsi di Indonesia juga mendapat skor di bawah 30 untuk penggunaan oralit. Hanya satu provinsi, yaitu Papua, yang memiliki skor di atas 50, yaitu 59. Untuk mengeksplorasi lebih lanjut, diperlukan data penggunaan berbagai metode perawatan ORS, yang termasuk cairan rumah yang direkomendasikan dan peningkatan asupan cairan. Data tingkat nasional menunjukkan hasil yang lebih

baik untuk penggunaan ORS untuk anak balita yang mengalami diare, dengan rata-rata nasional sebesar 66 persen (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional et al., 2018).

Untuk cakupan ORS yang efektif, 100 persen anak-anak (balita) yang menderita diare harus mendapatkan perawatan ORS untuk mencegah dehidrasi dan kehilangan cairan vital. Penyakit diare dapat dicegah melalui akses yang memadai untuk mendapatkan air minum yang aman dan perilaku sanitasi dan kebersihan yang lebih baik. Diare dapat menyebabkan anak-anak kehilangan garam dan air yang diperlukan untuk bertahan hidup, yang menyebabkan dehidrasi parah dan kehilangan cairan, bahkan dapat menyebabkan kematian. Infeksi pada saluran usus biasanya merupakan penyebab diare, yang didapat dari berbagai organisme dan menyebar melalui kebersihan yang buruk, menular dari satu orang ke orang yang lain, atau makanan dan air minum yang terkontaminasi. Untuk mengurangi diare, diperlukan akses terhadap air minum yang aman dan mencuci tangan pakai sabun. Selain itu, disarankan bahwa diare harus diobati dengan ORS, campuran air bersih, gula, dan garam (WHO, 2017).

Penyebab kontaminasi air termasuk air yang terkontaminasi oleh kotoran manusia. Ada sekitar 25 juta orang di Indonesia yang tidak memiliki akses ke toilet, yang membuat mereka buang air besar di ladang, semak-semak, hutan, parit, jalan-jalan, kanal, atau ruang terbuka lainnya (Unicef, 2019). Survei

Indonesia dan demografi dan kesehatan 2017 melaporkan anak-anak dari rumah tangga yang tidak memiliki akses ke toilet lebih mungkin mengalami diare daripada anak-anak yang memiliki akses. Hasil penelitian menunjukkan pendidikan

seputar perawatan diare untuk anak di bawah lima tahun sangat tidak memadai, dengan penggunaan ORS yang rendah, yang mengindikasikan kurangnya akses atau pengetahuan untuk menangani diare dan bahaya dehidrasi.

Tabel 3 Indeks Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

Provinsi	Permintaan keluarga berencana (KB) melalui metode KB modern	Kelahiran didampingi tenaga kesehatan terampil	Imunisasi (DPT, HepB3 dan campak)	Oral Rehydration Solution (ORS) untuk diare pada anak-anak	Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
Aceh	54	98	38	30	55
Sumatra Utara	49	95	56	27	57
Sumatra Barat	57	97	62	43	65
Riau	51	93	60	37	60
Jambi	69	89	75	42	69
Sumatra Selatan	66	93	70	41	67
Bengkulu	71	96	78	37	70
Lampung	69	94	79	42	71
Kepulauan Bangka Belitung	67	97	81	36	70
Riau	45	98	83	34	65
Jakarta	57	100	84	40	70
Jawa Barat	66	93	76	34	67
Jawa Tengah	65	99	86	27	69
Yogyakarta	59	100	95	39	73
Jawa Timur	65	97	82	37	70
Banten	65	90	64	38	64
Bali	67	100	95	44	76

Nusa Tenggara Barat	62	95	83	44	71
Nusa Tenggara Timur	38	84	69	46	59
Kalimantan Barat	59	85	67	40	63
Kalimantan Tengah	67	86	63	34	62
Kalimantan Selatan	70	96	79	23	67
Kalimantan Timur	55	97	81	40	68
Kalimantan Utara	66	96	84	38	71
Sulawesi Utara	62	92	76	32	65
Sulawesi Tengah	60	89	68	33	62
Sulawesi Selatan	53	96	77	25	63
Sulawesi Tenggara	66	87	66	38	64
Gorontalo	56	95	78	35	66
Sulawesi Barat	39	92	70	28	57
Maluku	52	64	55	32	51
Maluku Utara	29	77	61	39	51
Papua Barat	25	89	64	26	51
Papua	62	85	46	59	63
Indonesia	58	92	72	36	65

Sumber: olahan penulis

4.1.2. Dimensi Dua: Penyakit Menular

Bagian ini membahas mengenai penyakit menular di Indonesia dan menyoroti bagaimana tanggapan JKN untuk menangani beban penyakit menular. Termasuk dalam dimensi ini adalah cakupan untuk pengobatan tuberkulosis (TB) yang efektif, cakupan untuk ODHA yang menerima pengobatan

antiretroviral (ART), dan orang yang menggunakan layanan sanitasi dasar. Diputuskan dalam tujuan penelitian ini, penggunaan kelambu berinsektisida tidak termasuk dalam indeks, karena sebagian besar wilayah Indonesia bukan tempat bagi endemis malaria, walaupun Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur merupakan area dengan endemik malaria (Kementerian Kesehatan

Republik Indonesia, 2018). Malaria masih menjadi perhatian penting di beberapa bagian, dimana malaria masih menyebabkan sekitar 40.000 kematian setiap tahun pada tahun 2017 (Agustina et al., 2019). Seperti pembahasan sebelumnya, Indonesia dihadapkan dengan beban penyakit menular, penyakit tidak menular, dan penyakit tropis terabaikan. Penyakit menular

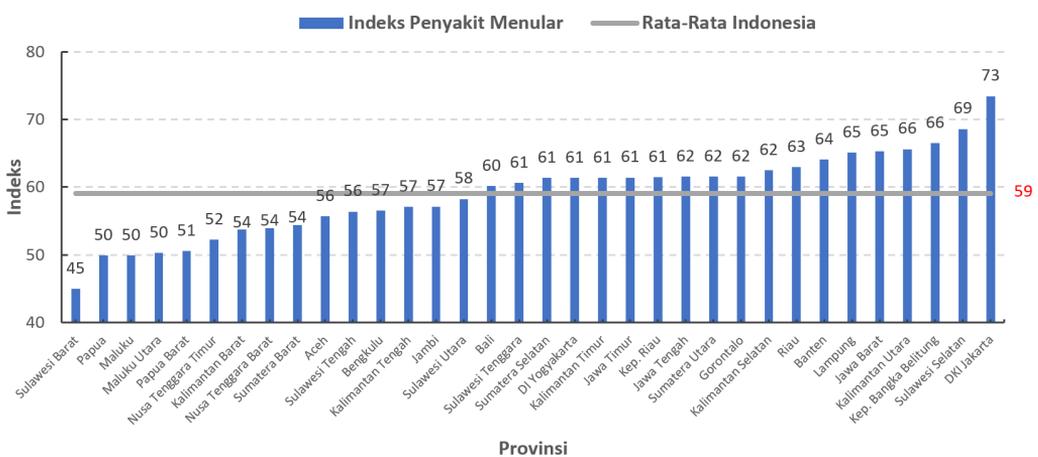
masih menyebabkan tingginya angka sakit dan kematian di Indonesia, dan Indonesia memiliki tingkat tuberkulosis tertinggi di dunia (Agustina et al., 2019). Epidemio HIV di Indonesia juga termasuk yang paling cepat berkembang di Asia Tenggara, dengan mayoritas ODHA dalam rentang kelompok usia 20-49 tahun (Agustina et al., 2019).

Peta 3 Indeks Penyakit Menular, Indonesia



Sumber: olahan penulis

Grafik 3 Indeks Penyakit Menular, menurut Provinsi



Sumber: olahan penulis

Untuk indeks penyakit menular, penelitian ini menghitung indeks yang ditemukan hanya 59. Selain Jakarta dengan indeks 73, semua provinsi mendapat skor di bawah 70. Banyak provinsi di Indonesia bagian timur memiliki indeks di bawah angka rata-rata nasional, dengan Sulawesi Barat yang memiliki indeks hanya 45. Ketiga indikator menunjukkan upaya yang tidak memadai untuk mengekang beban penyakit menular di Indonesia.

Upaya yang tidak memadai dalam menanggapi orang yang hidup dengan HIV di Indonesia disajikan dalam penelitian ini. Indeks yang rendah hanya 34 yang dihitung secara nasional untuk ODHA yang menerima pengobatan ART yang benar. Karena indeks tersebut dihitung berdasarkan skala alami, angka ini menunjukkan hanya 34 persen dari kemungkinan 100 persen ODHA di Indonesia menerima perawatan yang memadai. Beberapa provinsi dihitung dengan indeks yang sangat rendah, seperti Sulawesi Barat dengan indeks hanya 8, dan provinsi di bagian timur Indonesia, seperti Maluku dan Papua, yang masing-masing memiliki indeks hanya 18 dan 17. Angka-angka ini bahkan tidak mendekati target UNAIDS yaitu 90 persen dari semua ODHA yang menerima ART pada tahun 2020 (UNAIDS, 2019).

Seperti disebutkan sebelumnya, TB di Indonesia masih merupakan masalah penting. Indeks dihitung menggunakan dua sub-indikator yaitu tingkat deteksi kasus dan tingkat keberhasilan pengobatan untuk kasus TB baru. Indeks yang dihitung adalah 66 secara nasional, dengan hanya satu provinsi, yaitu

Jakarta, yang memiliki indeks 100. Bagian timur Indonesia yang kurang dalam akses perawatan dan layanan untuk indikator ini dengan indeks rendah, yaitu 47 di Maluku Utara dan 48 di Papua Barat. Indeks tuberkulosis yang lebih tinggi mencakup Jawa Barat dan Jawa Timur, dan yang mengejutkan adalah Papua Barat dengan indeks 75. Penelitian ini juga menunjukkan hanya sedikit provinsi yang memenuhi target deteksi kasus nasional yaitu sebesar 70 persen pada akhir 2020 (Departemen Kesehatan, 2018). Untuk tingkat pengobatan tuberkulosis yang berhasil, hanya sekitar delapan provinsi yang telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 90 persen. Indonesia memiliki Rencana Strategis Nasional Pengendalian Tuberkulosis 2016–2020 untuk mengakhiri tuberkulosis pada akhir 2030 sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dengan memastikan 95 persen dari semua orang dengan kasus yang didiagnosis terdaftar dalam rencana perawatan pada akhir 2020 (Departemen Kesehatan, 2018). Meskipun saat ini ada rencana untuk memberantas tuberkulosis di Indonesia, kesadaran masyarakat masih rendah dalam mengetahui kapan harus mencari pengobatan untuk gejala TB atau kemana harus merujuk untuk mendapatkan pengobatan yang memadai.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa bagi masyarakat yang memiliki akses ke layanan sanitasi dasar, upaya yang cukup memadai telah dicapai dengan indeks nasional sebesar 77. Untuk indikator ini, sulit untuk menarik konsistensi dengan indikator lain, karena hasil yang lebih tinggi tersebar di banyak provinsi.

Indeks tertinggi adalah di Kalimantan Timur sebesar 91. Provinsi Riau dan Kepulauan Riau adalah area tertinggi berikutnya dengan indeks 90, diikuti oleh Kepulauan Bangka Belitung dengan indeks 88. Indeks penilaian terendah adalah Papua yang hanya 58, diikuti oleh Maluku Utara dengan 62. Indikator sanitasi memiliki hubungan langsung dengan indikator solusi rehidrasi oral, yang mengukur upaya dalam menyediakan pengobatan untuk diare

pada masa kanak-kanak. Sebagaimana dibahas di atas, sanitasi yang buruk akan meningkatkan risiko pencemaran air dan meningkatkan kemungkinan penyakit yang berhubungan dengan diare. Peningkatan akses kebutuhan sanitasi dasar dan peningkatan penyerapan ORS akan mengurangi jumlah anak yang meninggal akibat penyakit diare, yang merupakan penyebab utama kematian anak atau balita di Indonesia (Unicef, 2019).

Tabel 4 Indeks Penyakit Menular

Provinsi	Tuberkulosis (rata-rata tingkat deteksi kasus dan tingkat keberhasilan pengobatan)			Orang yang hidup dengan HIV yang menerima ART (%)	Orang yang menggunakan setidaknya layanan sanitasi dasar (% dari populasi)	Indeks Penyakit Menular
	Tingkat deteksi kasus tuberkulosis (% Semua bentuk)	Tingkat keberhasilan pengobatan TBC (% kasus baru)	Indeks TBC			
Aceh	34	86	60	34	73	56
Sumatra Utara	48	91	69	31	85	62
Sumatra Barat	43	81	62	30	72	54
Riau	43	82	62	37	90	63
Jambi	32	90	61	29	81	57
Sumatra Selatan	50	95	73	33	78	61
Bengkulu	43	80	61	28	80	57
Lampung	45	87	66	43	86	65
Kepulauan Bangka Belitung	31	87	59	52	88	66
Riau	44	89	67	28	90	61
Jakarta	122	81	100	35	83	73
Jawa Barat	71	85	78	37	81	65

Jawa Tengah	68	83	75	28	81	62
Yogyakarta	34	85	60	44	81	61
Jawa Timur	64	87	76	32	77	61
Banten	77	90	84	27	81	64
Bali	30	89	59	43	79	60
Nusa Tenggara Barat	29	89	59	37	67	54
Nusa Tenggara Timur	32	72	52	33	71	52
Kalimantan Barat	34	80	57	26	79	54
Kalimantan Tengah	33	85	59	38	75	57
Kalimantan Selatan	51	92	72	37	78	62
Kalimantan Timur	40	93	66	27	91	61
Kalimantan Utara	48	54	51	57	89	66
Sulawesi Utara	64	78	71	29	75	58
Sulawesi Tengah	57	90	73	30	66	56
Sulawesi Selatan	84	95	90	35	82	69
Sulawesi Tenggara	43	81	62	45	75	61
Gorontalo	71	82	76	56	52	62
Sulawesi Barat	38	89	64	8	63	45
Maluku	59	69	64	18	68	50
Maluku Utara	31	64	48	41	62	50
Papua Barat	58	35	47	33	72	51
Papua	79	71	75	17	58	50
Indonesia	51	82	66	34	77	59

Sumber: olahan penulis

4.1.3. Dimensi Tiga: Penyakit Tidak Menular (PTM)

Bagian dari penyakit tidak menular (PTM) dalam penelitian ini terdiri dari empat indikator, yaitu prevalensi tekanan darah normal, penderita diabetes yang menerima pengobatan, pemeriksaan kanker serviks untuk wanita berusia 30 hingga 49 tahun, dan prevalensi orang dewasa berusia 15 tahun ke atas yang tidak merokok dalam 30 hari terakhir. Penyakit tidak menular di Indonesia dengan cepat mendominasi angka kematian, terutama disebabkan oleh penyakit-penyakit seperti jantung, obesitas, ginjal, paru-paru, dan kanker (Purnamasari, 2018). Dilaporkan bahwa tren PTM di Indonesia meningkat dibandingkan

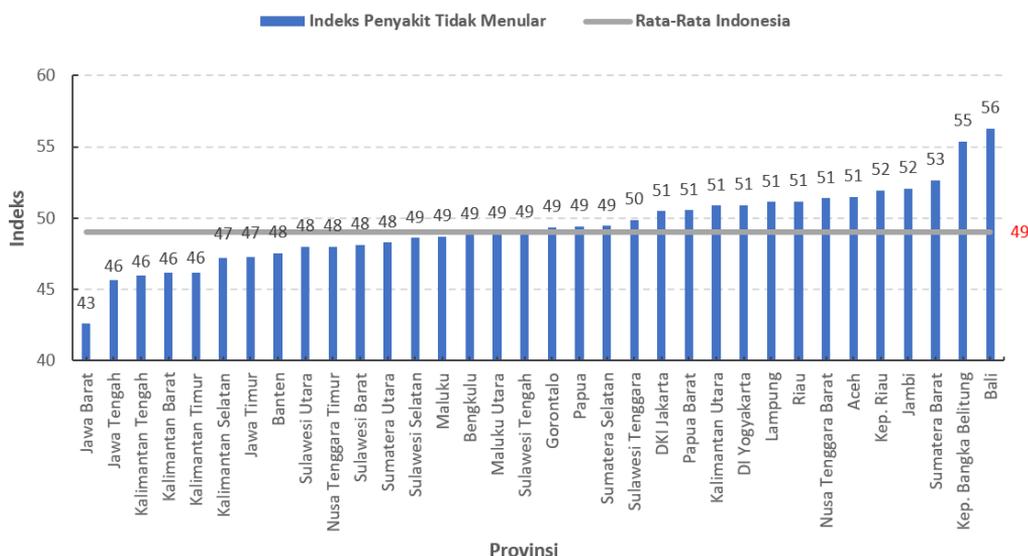
dengan laporan yang dibuat lima tahun lalu (Purnamasari, 2018). Mayoritas PTM dapat cepat berkembang dan banyak pasien tidak menyadari bahwa mereka menderita penyakit sampai gejala dan komplikasi terjadi (Purnamasari, 2018). Empat faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap prevalensi PTM adalah konsumsi tembakau, kurangnya aktivitas fisik, penggunaan alkohol yang berbahaya, dan diet yang tidak sehat (WHO, 2019b). Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban diabetes tertinggi di dunia (Soewondo et al., 2013) dan tingkat prevalensi merokok tertinggi di dunia (Kusumawardani et al., 2018). Tingginya angka merokok dan gaya hidup tidak sehat berkontribusi terhadap meningkatnya beban PTM di Indonesia.

Peta 4 Indeks Penyakit Tidak Menular, Indonesia



Sumber: olahan penulis

Grafik 4 Indeks Penyakit Tidak Menular, menurut Provinsi



Sumber: olahan penulis

Hasil penelitian tidak memperlihatkan ada upaya untuk mengurangi beban PTM di Indonesia. Indeks nasional keseluruhan yang didapatkan hanya 49. Provinsi Bali dengan skor tertinggi untuk dimensi ini mempunyai indeks sebesar 56, diikuti Kepulauan Bangka Belitung dengan indeks sebesar 55. Provinsi Jawa Barat mempunyai indeks terendah sebesar 43. Semua indikator pada dimensi PTM mempunyai nilai indeks yang buruk untuk Jawa Barat, dengan nilai indeks pemeriksaan untuk kanker serviks hanya sebesar tiga. Hanya pengobatan untuk diabetes yang menunjukkan tanda-tanda kemajuan dalam pengelolaan PTM di Indonesia, dengan indeks keseluruhan 90.

Deteksi dini kanker serviks memiliki indeks yang sangat rendah, hanya sembilan secara nasional, dengan beberapa provinsi, seperti Papua dan Sulawesi Tenggara yang hanya memiliki

indeks sebesar satu, dan Provinsi Banten dengan nilai indeks sebesar dua. Kondisi ini sangat memprihatinkan, karena orang yang terdaftar dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak mendapatkan pemeriksaan gratis untuk deteksi dini kanker serviks di pusat pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan lembaga yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (RG, 2014). Kanker serviks sangat sulit dideteksi pada tahap awal, oleh karena itu, perempuan disarankan untuk melakukan pemeriksaan setiap dua tahun sekali, terutama jika mereka telah melahirkan (RG, 2014). Pada tahun 2018, ada lebih dari 18.000 kematian akibat kanker serviks di Indonesia dan kanker serviks menjadi penyebab kematian terbesar kedua bagi wanita berusia antara 15 dan 44 tahun (Bruni et al., 2019). Sebuah studi yang dilakukan oleh UK Medical Research Council

menunjukkan tingkat pemeriksaan kanker serviks yang sangat sedikit untuk perempuan di Indonesia adalah karena kurangnya kesadaran dan edukasi (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2017). Mereka tidak menerima undangan untuk pemeriksaan kanker serviks oleh pusat perawatan kesehatan primer dan selama ini pemeriksaan hanya berdasarkan inisiatif masyarakat (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2017). Program edukasi dan peningkatan kesadaran perlu segera dilakukan untuk mengatasi rendahnya tingkat pemeriksaan kanker serviks yang berpengaruh terhadap tingginya angka kematian perempuan.

Prevalensi tekanan darah normal dihitung untuk melihat upaya yang dilakukan dalam menangani penyakit kardiovaskular. Pengukuran prevalensi tekanan darah normal dapat membantu menentukan layanan kesehatan yang efektif untuk menangani hipertensi (WHO dan Bank Dunia, 2017). Hasil untuk indikator ini agak kontras dengan mayoritas indikator lain dalam penelitian ini. Beberapa wilayah Indonesia bagian timur dan provinsi Aceh tercatat sebagai daerah dengan indeks tertinggi. Provinsi Aceh dan Kepulauan Riau memiliki indeks tertinggi di 66, dengan Papua, Papua Barat, dan Maluku masing-masing memiliki indeks sebesar 65 dan 64. Sumatera Barat juga memiliki indeks 65, provinsi lain, seperti Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur memiliki indeks di atas 60. Hipertensi adalah penyakit yang biasanya berkaitan dengan diet yang tidak sehat, kurang olahraga, konsumsi

tembakau, konsumsi alkohol, dan depresi (Peltzer dan Pengpid, 2018). Hasil yang sangat rendah ini menunjukkan upaya pengendalian intervensi melalui perilaku dan gaya hidup tidak sehat masih kurang. Kesadaran akan bahaya hipertensi sangat perlu ditingkatkan sebagai upaya mengurangi risiko penyakit kardiovaskular di Indonesia.

Konsumsi tembakau merupakan penyebab utama masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Indikator ini melihat upaya pengendalian konsumsi tembakau dalam mengurangi dampak merokok terhadap PTM. Telah diketahui konsekuensi buruk merokok terhadap kesehatan, namun Indonesia masih belum menandatangani WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) (WHO, 2019c). Framework Convention on Tobacco Control diadopsi oleh mayoritas negara anggota WHO pada tahun 2003 dan berlaku sepenuhnya sejak 2005, yang mencakup lebih dari 90 persen populasi dunia (WHO, 2019c). Akibat keputusan Indonesia untuk tidak menandatangani FCTC dan kurangnya komitmen untuk mengurangi penggunaan tembakau ditunjukkan dalam penelitian. Secara nasional, indeks untuk orang dewasa berusia 15 tahun atau lebih yang tidak merokok tembakau dalam 30 hari terakhir hanya sebesar 44. Provinsi dengan indeks terendah untuk indikator ini adalah Gorontalo dan Jawa Barat sebesar 36, sedangkan provinsi Yogyakarta merupakan provinsi dengan nilai indeks tertinggi sebesar 52. Walaupun banyak provinsi yang memiliki indeks di atas 40, akan tetapi, Bengkulu, Lampung, dan Sulawesi Tengah memiliki

indeks sebesar 37. Hanya dua provinsi lain yang memiliki indeks di atas 50, yaitu Jambi sebesar 50 dan Kalimantan Selatan sebesar 51. Indeks-indeks ini menunjukkan hanya sekitar setengah dari upaya untuk membatasi angka merokok di Indonesia telah dilakukan. Merokok adalah penyebab utama penyakit kardiovaskular di Indonesia

dimana lebih dari 147.000 kematian kardiovaskular setiap tahun dan hampir 15 persen dari semua kematian atau 225.000 jiwa (WHO, 2018). Oleh karena itu, beberapa upaya yang dapat dilakukan adalah dengan penerapan kebijakan yang lebih kuat dan promosi kesehatan yang lebih baik, serta mendidik orang tentang bahaya merokok.

Tabel 5 Indeks Penyakit Tidak Menular

Provinsi	Prevalensi tekanan darah normal (Pengukuran + Obat)	Penderita diabetes menerima pengobatan	Skrining kanker serviks (Wanita 30-49 tahun) %	Masyarakat berusia >= 15 tahun tidak merokok dalam 30 hari terakhir (%)	Indeks Penyakit Tidak Menular (PTM)
Aceh	66	93	3	44	51
Sumatra Utara	54	89	5	46	48
Sumatra Barat	65	89	19	38	53
Riau	59	92	11	43	51
Jambi	57	93	8	50	52
Sumatra Selatan	55	85	17	41	49
Bengkulu	61	90	7	37	49
Lampung	57	93	17	37	51
Kepulauan Bangka Belitung	58	95	25	43	55
Riau	66	87	8	47	52
Jakarta	54	91	14	44	51
Jawa Barat	41	91	3	36	43
Jawa Tengah	42	91	5	44	46
Yogyakarta	56	88	8	52	51
Jawa Timur	45	92	9	44	47
Banten	59	92	2	37	48
Bali	60	96	17	53	56

Nusa Tenggara Barat	60	93	13	40	51
Nusa Tenggara Timur	57	83	5	47	48
Kalimantan Barat	44	90	6	45	46
Kalimantan Tengah	50	88	5	42	46
Kalimantan Selatan	33	89	15	51	47
Kalimantan Timur	44	86	8	48	46
Kalimantan Utara	55	85	17	47	51
Sulawesi Utara	61	84	7	41	48
Sulawesi Tengah	62	88	9	37	49
Sulawesi Selatan	52	89	5	48	49
Sulawesi Tenggara	55	95	1	48	50
Gorontalo	63	96	3	36	49
Sulawesi Barat	46	93	4	50	48
Maluku	55	89	7	44	49
Maluku Utara	64	88	4	40	49
Papua Barat	64	88	6	44	51
Papua	65	83	1	49	49
Indonesia	55	90	9	44	49

Sumber: olahan penulis

4.1.4. Dimensi Empat: Kapasitas dan Akses Layanan

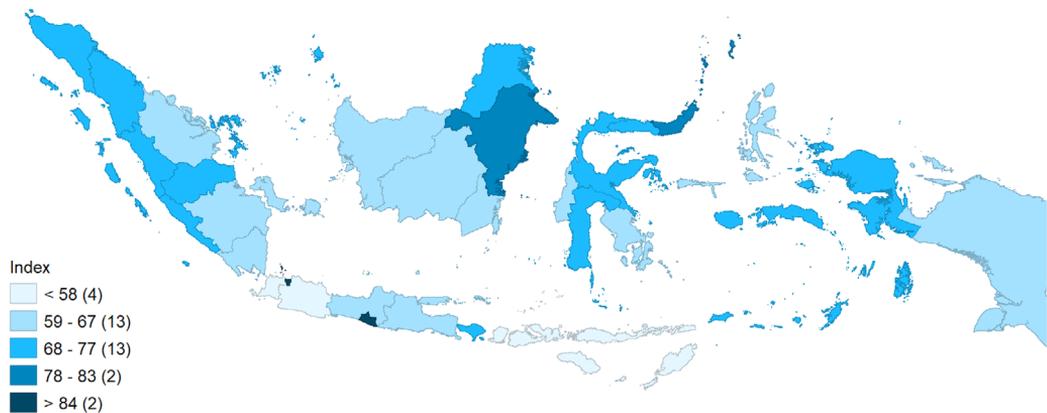
Dimensi keempat untuk kapasitas jangkauan layanan adalah kapasitas layanan dan akses menuju UHC. Ada tiga indikator yang digunakan untuk memberi kami indeks dimensi, dengan

dua di antaranya adalah kombinasi dari tiga sub-indikator lainnya. Tiga indikator tersebut adalah ranjang rumah sakit per kapita, kepadatan petugas kesehatan, dan akses obat-obatan penting. Indikator kepadatan petugas kesehatan terdiri dari dokter per 100.000

orang, ahli bedah per 100.000 orang, dan kombinasi perawat, bidan dan petugas kesehatan masyarakat untuk diturunkan pada indeks kepadatan pekerja kesehatan. Untuk obat-obatan penting, WHO mendefinisikannya sebagai obat yang memprioritaskan dan memenuhi

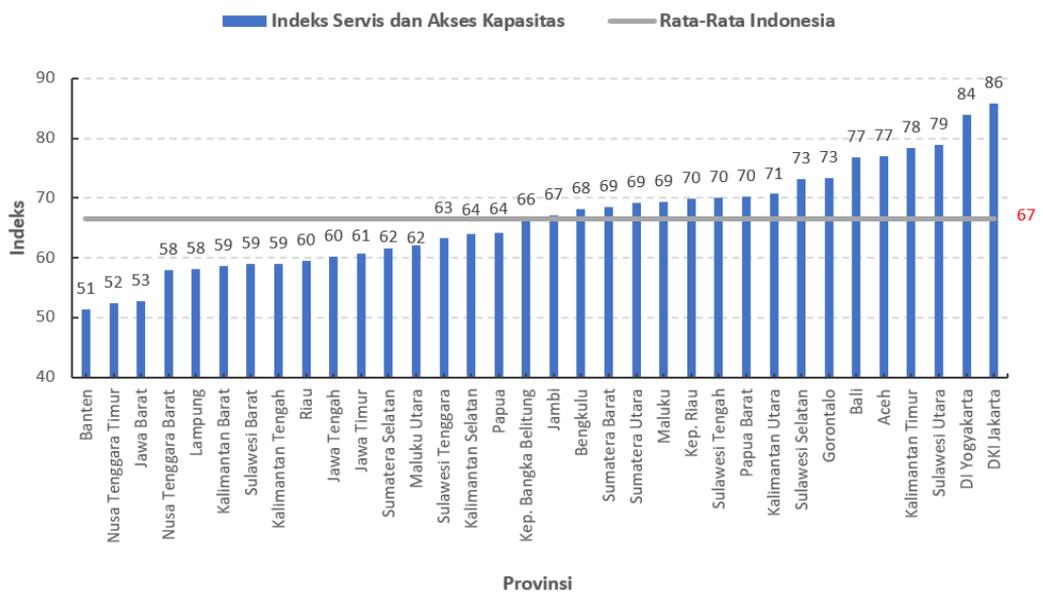
kebutuhan perawatan kesehatan populasi (WHO, 2019a). Untuk penelitian ini, diputuskan daftar obat-obatan nasional yang direkomendasikan yang ditemukan di Puskesmas, akan digunakan untuk melacak perkembangan indikator ini.

Peta 5 Kapasitas dan Akses Layanan, Indonesia



Sumber: olahan penulis

Grafik 5 Kapasitas dan Akses Layanan, menurut Provinsi



Sumber: olahan penulis

Penelitian ini menyajikan hasil yang beragam untuk kapasitas layanan dan dimensi akses. Indeks nasional keseluruhan adalah 67, dengan indeks tertinggi ada di Jakarta di angka 86. Angka ini diikuti oleh Yogyakarta di angka 84. Provinsi dengan skor tertinggi berikutnya adalah Aceh (77), Bali (77), dan Kalimantan Timur (78). Provinsi dengan skor terendah adalah Banten di 51, diikuti Nusa Tenggara Timur di 52 dan Jawa Barat di 53. Indeks nasional untuk ranjang rumah sakit per kapita adalah 70, dengan sekitar 128 ranjang rumah sakit per 100.000 orang. Jakarta, Yogyakarta, Kalimantan Timur, dan Sulawesi Utara semuanya mendapat skor 100 untuk indeks, sedangkan indeks terendah adalah Nusa Tenggara Barat yang hanya mencapai angka 39. Nusa Tenggara Timur juga mendapat skor rendah, yaitu 45, sementara provinsi Jawa Barat dan Banten juga relatif rendah dengan indeks masing-masing 47 dan 48.

Untuk kepadatan petugas kesehatan, indeks nasional dihitung pada angka 38, dimana cukup buruk mengingat angka itu mewakili tenaga kesehatan Indonesia. Indeks tertinggi adalah Jakarta di 62, dengan indeks rendah hanya 17 untuk Jawa Barat dan Banten. Nilai rendah lainnya termasuk Nusa Tenggara Timur dengan indeks 29 dan Sulawesi Barat dengan indeks 28. Penelitian ini menyoroti bahwa indeks untuk ahli bedah di seluruh Indonesia cukup rendah, dengan indeks nasional

hanya 15. Beberapa provinsi seperti Lampung, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, skor indeksnya sangat rendah yakni hanya sembilan. Hanya lima provinsi yang menunjukkan indeks 20 atau lebih, diantaranya Jakarta, Yogyakarta, dan Bali.

Penelitian lain menyoroti masih ada 430 kecamatan di seluruh Indonesia yang sebagian besar berada di timur Indonesia seperti Papua, Papua Barat, dan Nusa Tenggara Timur, gagal menyediakan Puskesmas. Penelitian menemukan 380 Puskesmas tidak memiliki dokter sebagian besar juga berlokasi di bagian timur Indonesia (Mahendradhata et al., 2017). Kesenjangan regional dan ketimpangan alokasi sumber daya manusia dan fisik ini perlu diatasi untuk memastikan peluncuran UHC yang memadai di Indonesia.

Akses ke obat-obatan penting di Indonesia tampaknya berjalan baik dibandingkan dengan indeks mengenai tenaga kesehatan. Indeks nasional sebesar 92 didapatkan untuk indikator obat-obatan penting, yang menunjukkan ketersediaan obat-obatan yang sesuai di lokasi perawatan kesehatan primer. Provinsi dengan skor terendah untuk indikator ini adalah Nusa Tenggara Timur dan Papua Barat, dengan indeks 84. Mayoritas provinsi tampaknya mendapat skor di tahun 90-an dengan beberapa provinsi menunjukkan skor tinggi, sebesar 80-an.

Tabel 6 Indeks Kapasitas dan Akses Layanan

Provinsi	Ranjang Rumah Sakit per Kapita	Kepadatan Tenaga Kesehatan	Akses Terhadap Obat-obatan Penting	Kapasitas dan Akses Layanan
Aceh	89	50	92	77
Sumatra Utara	86	33	90	69
Sumatra Barat	73	33	100	69
Riau	54	31	93	60
Jambi	63	42	97	67
Sumatra Selatan	60	33	92	62
Bengkulu	66	46	92	68
Lampung	51	34	90	58
Kepulauan Bangka Belitung	73	38	87	66
Riau	80	36	94	70
Jakarta	100	62	95	86
Jawa Barat	47	17	95	53
Jawa Tengah	64	26	91	60
Yogyakarta	100	53	99	84
Jawa Timur	59	27	96	61
Banten	48	17	89	51
Bali	86	49	97	77
Nusa Tenggara Barat	39	37	97	58
Nusa Tenggara Timur	45	29	84	52
Kalimantan Barat	57	31	88	59
Kalimantan Tengah	51	37	89	59
Kalimantan Selatan	63	34	95	64
Kalimantan Timur	100	42	93	78
Kalimantan Utara	78	44	90	71
Sulawesi Utara	100	46	91	79
Sulawesi Tengah	76	44	90	70

Sulawesi Selatan	85	36	98	73
Sulawesi Tenggara	60	40	90	63
Gorontalo	87	41	92	73
Sulawesi Barat	51	28	99	59
Maluku	77	35	96	69
Maluku Utara	61	38	87	62
Papua Barat	77	50	84	70
Papua	69	36	87	64
Indonesia	70	38	92	67

Sumber: olahan penulis.

4.2 Perlindungan Keuangan

4.2.1. Pengeluaran Katastropik

Bagian ini membahas pengukuran pengeluaran katastrofik di Indonesia. Pengeluaran katastrofik didefinisikan sebagai biaya perawatan kesehatan per rumah tangga atau per kapita yang melebihi proporsi atau ambang batas pendapatan atau pembelanjaan tertentu (Wagstaff dan Doorslaer, 2001). Pengeluaran katastrofik diukur dengan menghitung total pengeluaran rumah tangga atau individu untuk kesehatan, yang disebut sebagai pembayaran tidak langsung. Pengeluaran katastrofik menunjukkan seberapa besar masyarakat membayar layanan kesehatan menggunakan uang mereka sendiri (Wagstaff, 2008). Penelitian ini menggunakan total konsumsi individu pada kesehatan untuk mengukur pengeluaran katastrofik di Indonesia. Dua kategori berbeda digunakan untuk mengukur pengeluaran katastrofik, yaitu (1) biaya *out-of-pocket* yang melebihi 10 persen dari total konsumsi dan (2), biaya *out-of-pocket* yang melebihi 25 persen

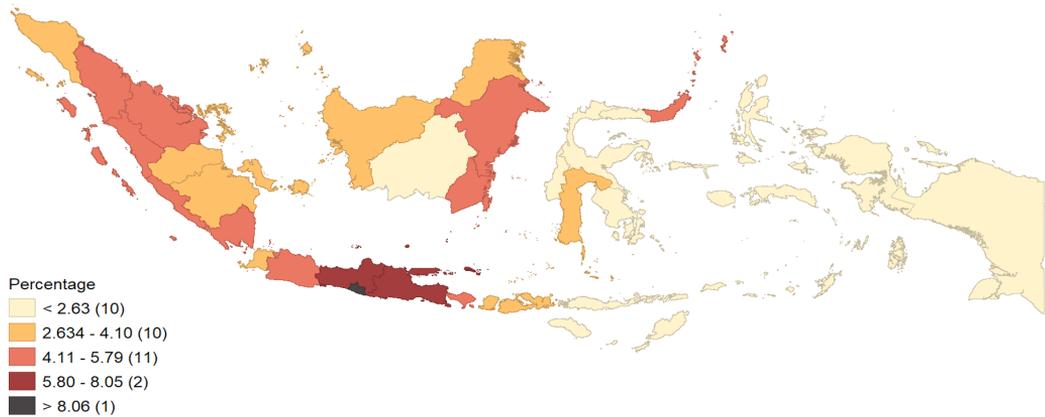
dari total pembelanjaan. Kategori yang digunakan berdasarkan rekomendasi yang terdapat dalam laporan WHO (WHO dan Bank Dunia, 2017).

Sejak 2014, partisipasi JKN telah melampaui 81 persen dari total populasi atau setara dengan 215,7 juta jiwa (BPJS Kesehatan, 2019). Namun, jumlah yang sangat besar ini tidak menyoroti seberapa jauh orang harus membayar untuk layanan kesehatan menggunakan uang mereka sendiri. Biaya *out-of-pocket* di Indonesia masih relatif tinggi, meskipun partisipasi JKN telah meningkat secara signifikan, Kementerian Kesehatan Indonesia menyatakan biaya *out-of-pocket* di Indonesia berkontribusi sekitar 35 persen dari total pengeluaran kesehatan pada tahun 2016 (Pinto et al., 2016). Studi sebelumnya menunjukkan biaya pembelian obat adalah kontributor utama pada biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan (Organisasi, 2019). Tercatat enam negara di Asia menghabiskan 75 persen biaya *out-of-pocket* untuk pembelian obat (Organisasi, 2019). Lauranti et al. (2018), berdasarkan hasil

survei mereka, menyimpulkan obat adalah komponen tertinggi untuk biaya *out-of-pocket* di Indonesia, diikuti biaya rawat inap, dan pembiayaan patologi. Hal ini menunjukkan peraturan yang efektif untuk pengobatan diperlukan sebagai upaya mengurangi biaya *out-of-pocket* untuk perawatan kesehatan. Laporan ini menggunakan data SUSENAS (Badan Pusat Statistik, 2018) untuk mendapatkan biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan. Dalam data tersebut ditemukan bahwa

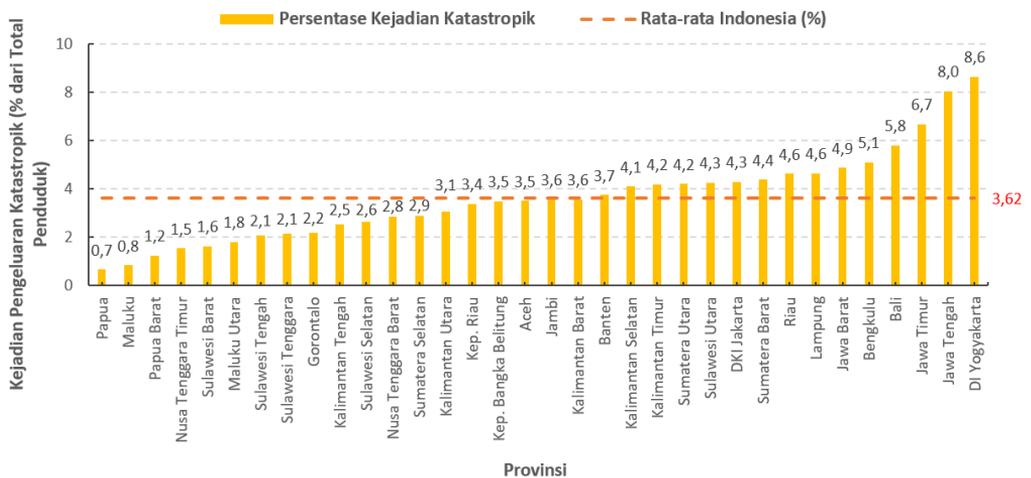
biaya perawatan di rumah sakit umum dan swasta merupakan kontributor utama biaya *out-of-pocket*, namun tidak disebutkan komponen belanja kesehatan apa yang digunakan untuk layanan perawatan di rumah sakit. Selain itu, biaya untuk pengobatan hanya dikategorikan ke dalam tiga komponen, yaitu obat yang dibeli dari apotek atau lokasi lain berdasarkan resep dokter, obat yang dibeli dari apotek atau lokasi lain tanpa resep dokter, dan obat tradisional.

Peta 6 Pengeluaran Katastropik 10 persen, Indonesia (persen)



Sumber: olahan penulis.

Grafik 6 Pengeluaran Katastropik 10 persen, Berdasarkan Provinsi (persen)

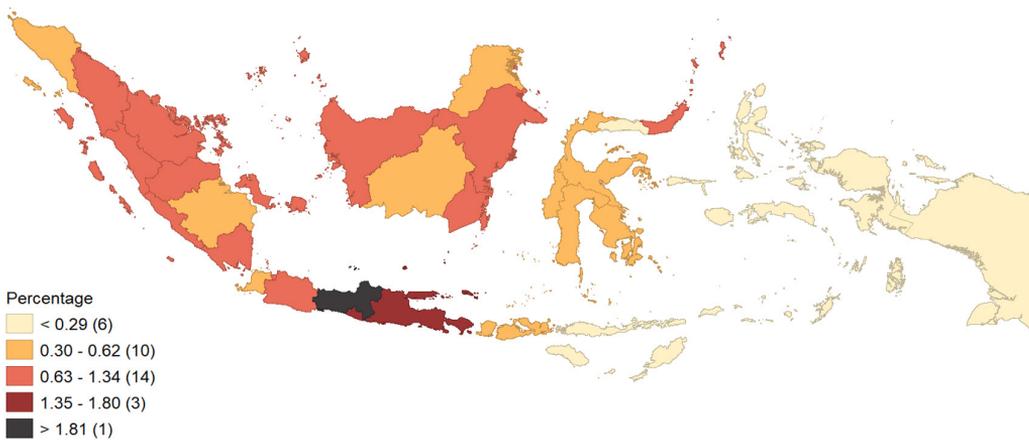


Sumber: olahan penulis.

Penelitian ini menemukan bahwa hampir 13 juta jiwa menghabiskan lebih dari 10 persen dari total konsumsi mereka untuk biaya layanan kesehatan di Indonesia. Angka ini setara dengan 3,62 persen dari total populasi. Jumlah ini lebih rendah dari angka rata-rata global sebesar 9,7 persen, dan angka rata-rata Asia 10,4 persen pada 2017 (WHO dan Bank Dunia, 2017). Hal ini menunjukkan Indonesia lebih baik dari negara lain dalam mencegah masyarakat mengalami kesulitan keuangan yang disebabkan pembiayaan langsung untuk membayar layanan kesehatan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Berdasarkan hasil yang diperoleh, Jawa Tengah menjadi provinsi dengan pengeluaran katastrofik tertinggi dimana 2,7 juta jiwa mengeluarkan lebih dari 10 persen dari total konsumsi untuk

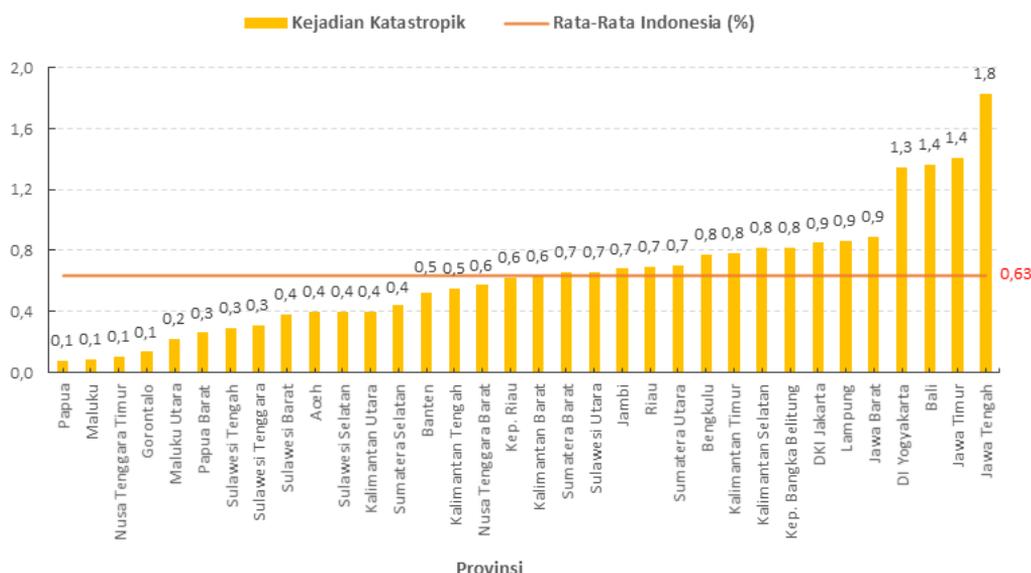
biaya kesehatan, diikuti Jawa Timur (2,6 juta jiwa), dan Jawa Barat (2,4 juta jiwa). Papua Barat menjadi provinsi dengan pengeluaran katastrofik terendah yaitu 11.000 jiwa, diikuti Maluku sebesar 14000 jiwa, dan Kalimantan Utara sebesar 21.000 jiwa. Adapun secara persentase, Yogyakarta menjadi provinsi dengan pengeluaran katastrofik tertinggi yaitu 8,64 persen, diikuti Jawa Tengah (8,04 persen), dan Jawa Timur (6,68 persen). Papua merupakan provinsi dengan pengeluaran katastrofik terendah sebesar 0,67 persen, diikuti Maluku sebesar 0,84 persen, dan Papua Barat sebesar 1,24 persen. Bagian selanjutnya akan membahas pengeluaran katastrofik pada ambang batas 25 persen.

Peta 7 Pengeluaran Katastrofik 25 persen, Indonesia (persen)



Sumber: olahan penulis.

Grafik 7 Pengeluaran Katastropik 25 persen, menurut Provinsi (persen)



Sumber: olahan penulis.

Penelitian ini juga menemukan hampir 2,5 juta masyarakat membelanjakan lebih dari 25 persen dari total konsumsi mereka untuk layanan kesehatan. Angka ini setara dengan 0,63 persen dari jumlah total populasi, lebih rendah dari rata-rata global sebesar 1,9 persen dan rata-rata Asia sebesar 2,1 persen pada 2017. Ini menunjukkan Indonesia lebih baik dari negara lain dalam mencegah orang mengalami kesulitan keuangan yang disebabkan oleh pembayaran *out-of-pocket* pada layanan kesehatan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Berdasarkan penelitian, Jawa Tengah memiliki jumlah orang yang menderita katastrofik terbesar pada ambang batas 25 persen (630.000 jiwa), diikuti Jawa Timur (555.000 jiwa), dan Jawa Barat (432.000 jiwa). Jawa Tengah memiliki tingkat pengeluaran katastrofik terbesar yaitu 1,83 persen, diikuti Jawa Timur (1,41 persen), dan Bali (1,37 persen). Maluku memiliki jumlah

orang terendah yang menderita pengeluaran katastrofik 25 persen (1.500 jiwa), diikuti Gorontalo (1.600 jiwa), dan Papua Barat (2.400 jiwa), sedangkan Papua memiliki tingkat katastrofik terendah. pengeluaran pada ambang batas 25 persen (0,08 persen), diikuti Maluku (0,08 persen), dan Nusa Tenggara Timur (0,10 persen).

Pengeluaran katastrofik yang tinggi terpusat di provinsi Jawa dan Sumatera, sementara beberapa provinsi di Kalimantan dan bagian timur Indonesia memiliki angka yang rendah. Pada tahun 2018, tingkat pengeluaran tertinggi untuk kedua ambang batas berada di provinsi Jawa, seperti Yogyakarta (8,64 persen pada ambang 10 persen dan 1,34 persen pada ambang 25 persen), Jawa Tengah (8,04 persen pada ambang 10 persen dan 1,83 persen pada ambang batas 25 persen), dan Jawa Timur (6,68 persen pada ambang batas 10 persen

dan 1,41 persen pada ambang batas 25 persen). Tingkat pengeluaran katastrofik terendah untuk kedua ambang batas ditunjukkan di provinsi bagian timur Indonesia, seperti Papua (0,67 persen pada ambang 10 persen dan 0,08 persen

pada ambang 25 persen), Maluku (0,84 persen pada ambang 10 persen dan 0,08 persen pada ambang batas 25 persen), dan Nusa Tenggara Timur (1,55 persen pada ambang 10 persen dan 0,10 persen pada ambang 25 persen).

Tabel 7 Pengeluaran Katastropik di Indonesia, 2018

Provinsi	Jumlah orang yang membelanjakan lebih dari 10 persen dari pembelanjaan rumah tangga untuk pengeluaran perawatan kesehatan yang dibayar menggunakan uang pribadi	Persentase orang yang menghabiskan lebih dari 10 persen dari pembelanjaan rumah tangga untuk pengeluaran perawatan kesehatan yang dibayar menggunakan uang pribadi	Jumlah orang yang membelanjakan lebih dari 25 persen dari pembelanjaan rumah tangga untuk pengeluaran perawatan kesehatan yang dibayarkan menggunakan uang pribadi	Persentase orang yang menghabiskan lebih dari 25 persen dari pembelanjaan rumah tangga untuk pengeluaran perawatan kesehatan yang tidak terjangkau
Aceh	183,870	3.50%	20,748	0.40%
Sumatra Utara	605,167	4.20%	100,811	0.70%
Sumatra Barat	234,751	4.38%	35,120	0.65%
Riau	313,358	4.63%	46,734	0.69%
Jambi	126,204	3.55%	24,139	0.68%
Sumatra Selatan	241,456	2.90%	36,945	0.44%
Bengkulu	99,640	5.10%	15,080	0.77%
Lampung	387,147	4.64%	71,931	0.86%
Kepulauan Bangka Belitung	50,619	3.49%	11,902	0.82%
Riau	71,751	3.38%	13,239	0.62%
Jakarta	445,380	4.28%	88,494	0.85%
Jawa Barat	2,360,174	4.87%	431,399	0.89%
Jawa Tengah	2,766,211	8.04%	629,251	1.83%
Yogyakarta	327,616	8.64%	50,937	1.34%
Jawa Timur	2,633,461	6.68%	555,141	1.41%
Banten	472,120	3.75%	65,438	0.52%
Bali	247,677	5.79%	58,489	1.37%
Nusa Tenggara Barat	142,237	2.85%	28,608	0.57%

Nusa Tenggara Timur	82,688	1.55%	5,560	0.10%
Kalimantan Barat	177,721	3.57%	31,600	0.63%
Kalimantan Tengah	66,570	2.52%	14,489	0.55%
Kalimantan Selatan	170,795	4.10%	34,070	0.82%
Kalimantan Timur	151,806	4.18%	28,395	0.78%
Kalimantan Utara	21,792	3.07%	2,843	0.40%
Sulawesi Utara	105,343	4.26%	16,278	0.66%
Sulawesi Tengah	62,248	2.08%	8,697	0.29%
Sulawesi Selatan	230,045	2.63%	34,909	0.40%
Sulawesi Tenggara	56,435	2.14%	8,158	0.31%
Gorontalo	25,744	2.18%	1,587	0.13%
Sulawesi Barat	22,086	1.64%	5,081	0.38%
Maluku	14,762	0.84%	1,493	0.08%
Maluku Utara	22,236	1.82%	2,654	0.22%
Papua Barat	11,576	1.24%	2,417	0.26%
Papua	22,206	0.67%	2,558	0.08%
Indonesia	12,952,892	3.62%	2,485,195	0.63%

Sumber: olahan penulis.

4.2.2. Tingkat Pemiskinan Akibat Pengeluaran Biaya *Out-of-Pocket*: Indikator Non-TPB

Bagian ini menjelaskan hasil pemiskinan yang disebabkan pengeluaran kesehatan sebagai tambahan dari indikator pengeluaran katastrofik untuk perlindungan keuangan. Pemiskinan akibat pengeluaran kesehatan dapat menangkap seberapa besar kesulitan keuangan yang dihadapi sebuah rumah tangga dikarenakan indikator pengeluaran katastrofik tidak mampu menangkap tingkat kesulitan yang dialami sebuah rumah tangga ketika

terjadi biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan (Wagstaff, 2008). Sebuah rumah tangga dikatakan mengalami pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* ketika total konsumsi rumah tangga tersebut lebih besar daripada garis kemiskinan, akan tetapi jika konsumsi rumah tangga dikurangi biaya *out-of-pocket*, maka konsumsi rumah tangga tersebut lebih kecil daripada garis kemiskinan (Wagstaff et al., 2018). Pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan dapat menunjukkan peningkatan kemiskinan yang terjadi. Hal ini terjadi ketika rumah tangga tidak punya

pilihan selain mengalihkan konsumsi untuk kebutuhan pokok ke perawatan kesehatan (Wagstaff et al., 2018). Meskipun indikator ini bukan merupakan indikator resmi untuk mengukur perlindungan keuangan dan pengeluaran katastropik, pemiskinan akibat biaya *out-of-pocket* ini memiliki korelasi dengan TPB satu, yaitu pengentasan kemiskinan (Wagstaff et al., 2018).

Pemiskinan akibat biaya *out-of-pocket* diukur dengan menghitung perubahan jumlah penduduk miskin dengan dan tanpa pengeluaran kesehatan di dalam total konsumsi (Wagstaff et al., 2018). Ada tiga garis kemiskinan berbeda yang digunakan untuk laporan ini, yaitu: (1) standar internasional 1,90 dolar AS per hari, yang juga disebut garis kemiskinan ekstrim, (2) standar internasional 3,10 dolar AS per hari, yang menangkap kemiskinan di negara-negara berpenghasilan menengah, dan (3) garis kemiskinan nasional Indonesia yang bervariasi antara provinsi dengan garis kemiskinan nasional rata-rata 401.220 rupiah (28,64 dolar AS) per kapita per bulan pada 2018. Dua garis kemiskinan pertama yang dipilih sama dengan yang digunakan oleh Wagstaff (2018). Garis kemiskinan internasional dikonversi ke unit mata uang lokal (LCU menjadi satu dolar) menggunakan Purchasing Power Parity (PPP) 2018 dan International Comparison Program (ICP) dengan mengikuti data dari Bank Dunia (Bank Dunia, 2019b). Oleh karena itu, nilai garis kemiskinan 1,90 dolar AS di Indonesia adalah $1,90 \times 5.104 \text{ dolar AS} \times 30,5 \text{ hari} = 295.835,17$ rupiah per kapita per bulan, dan garis kemiskinan 3,10 dolar AS adalah

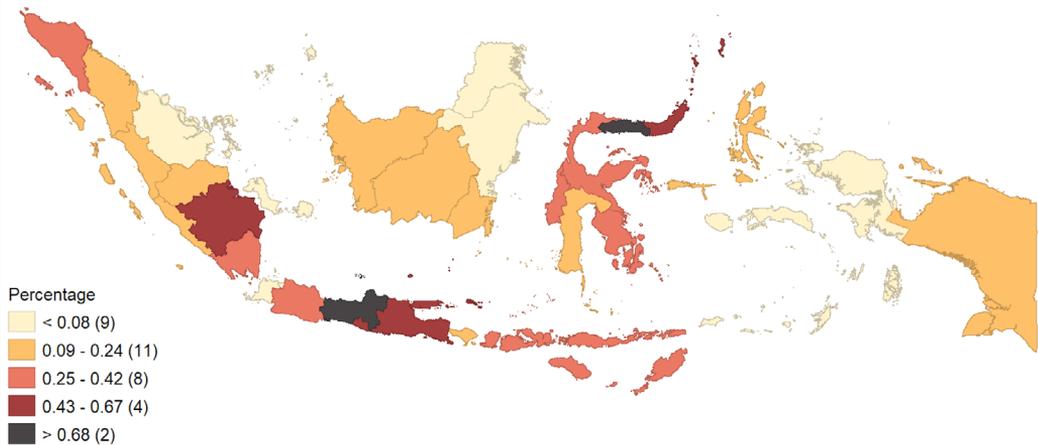
$3,10 \times 5.104 \text{ dolar AS} \times 30,5 \text{ hari} = 482.676,8$ rupiah per kapita per bulan. Namun, untuk garis kemiskinan ketiga, Wagstaff (2018) menggunakan garis kemiskinan relatif yang ia definisikan sebagai 50 persen dari pembelanjaan rata-rata. Jenis garis kemiskinan ini digunakan oleh Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) dan negara-negara berpenghasilan tinggi lainnya, sehingga garis kemiskinan relatif tidak dimasukkan dalam laporan ini. Pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* di Indonesia lebih relevan jika dihitung berdasarkan garis kemiskinan nasional.

Bagian selanjutnya dari laporan ini menghitung perubahan dalam kesenjangan kemiskinan akibat biaya *out-of-pocket*. Perubahan kesenjangan kemiskinan dapat menangkap kedalaman tingkat kemiskinan akibat biaya *out-of-pocket* yang dibayarkan sebuah rumah tangga yang tidak dapat ditangkap oleh jumlah orang yang dimiskinkan. Terdapat dua metode berbeda yang digunakan untuk menghitung kesenjangan kemiskinan antara rumah tangga miskin dan rumah tangga yang jatuh miskin karena biaya *out-of-pocket* (Wagstaff et al., 2018). Untuk rumah tangga miskin, perubahan dalam kesenjangan kemiskinan adalah jumlah total biaya *out-of-pocket*, sementara untuk rumah tangga yang jatuh miskin, perubahan pada kesenjangan kemiskinan diukur berdasarkan biaya *out-of-pocket* yang mendorong mereka jatuh di bawah garis kemiskinan (Wagstaff et al., 2018). Total biaya *out-of-pocket* dari dua jenis rumah tangga ini kemudian dibagi dengan

jumlah seluruh rumah tangga Indonesia untuk mendapatkan perubahan rata-rata kesenjangan kemiskinan nasional sebagai akibat dari biaya *out-of-pocket* (Wagstaff et al., 2018). Pengukuran perubahan ketimpangan kemiskinan hanya menggunakan garis kemiskina

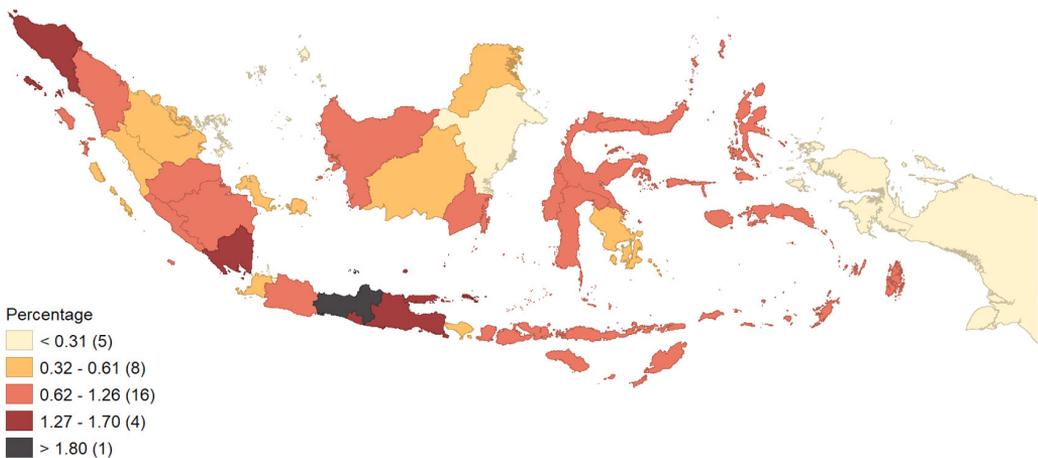
1,90 dolar AS dan 3,10 dolar AS. Garis kemiskinan nasional tidak digunakan untuk menunjukkan perubahan dalam kesenjangan kemiskinan karena biaya *out-of-pocket*, karena garis kemiskinan ini tidak menunjukkan makna absolut apapun (Wagstaff et al., 2018).

Peta 8 Insiden Pemiskinan pada 1,90 dolar AS (PPP 2018), Indonesia (persen)



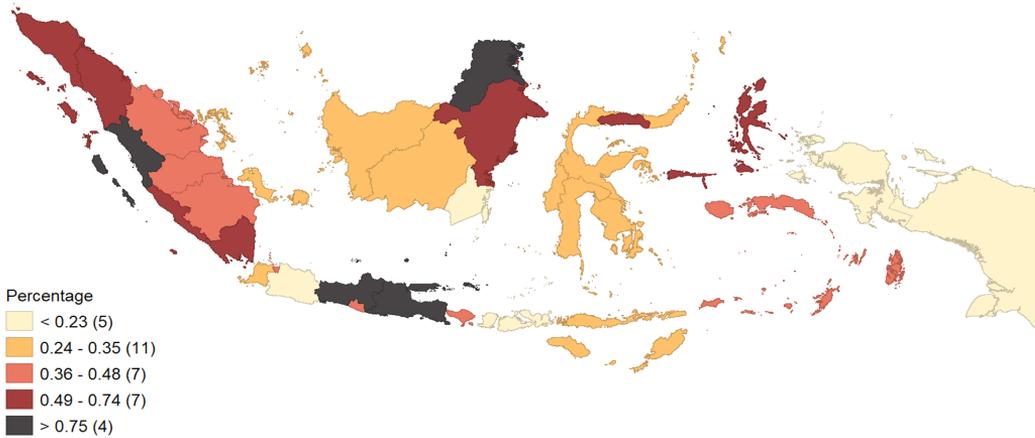
Sumber: olahan penulis.

Peta 9 Insiden Pemiskinan pada 3,10 dolar AS (PPP 2018), berdasarkan Provinsi (persen)



Sumber: olahan penulis.

Peta 10 Insiden Pemiskinan di Garis Kemiskinan Nasional, Indonesia (persen)



Sumber: olahan penulis.

Pemiskinan akibat biaya *out-of-pocket* di garis kemiskinan 1,90 dolar AS per hari adalah 0,22 persen atau setara dengan 584.831 jiwa pada tahun 2018. Tingkat kemiskinan bervariasi antar provinsi. Jawa Tengah dan Gorontalo mengalami tingkat pemiskinan lebih dari 0,68 persen. Sebagian besar provinsi dengan tingkat pemiskinan yang tinggi berpusat di Jawa. Sementara itu, provinsi di Kalimantan dan Kepulauan Papua mengalami tingkat pemiskinan yang rendah, yaitu kurang dari 0,24 persen.

Pola yang sama juga ditunjukkan oleh pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* di bawah garis 3,10 dolar AS per hari. Pemiskinan bervariasi di antara provinsi-provinsi, dengan Jawa Tengah memiliki tingkat pemiskinan tertinggi dengan lebih dari 1,8 persen dari populasi jatuh miskin karena biaya *out-of-pocket*. Tingkat pemiskinan terendah terjadi di Kalimantan Timur dan semua provinsi di Papua, dengan kurang dari 0,310 persen populasi termiskinkan akibat biaya *out-of-pocket*.

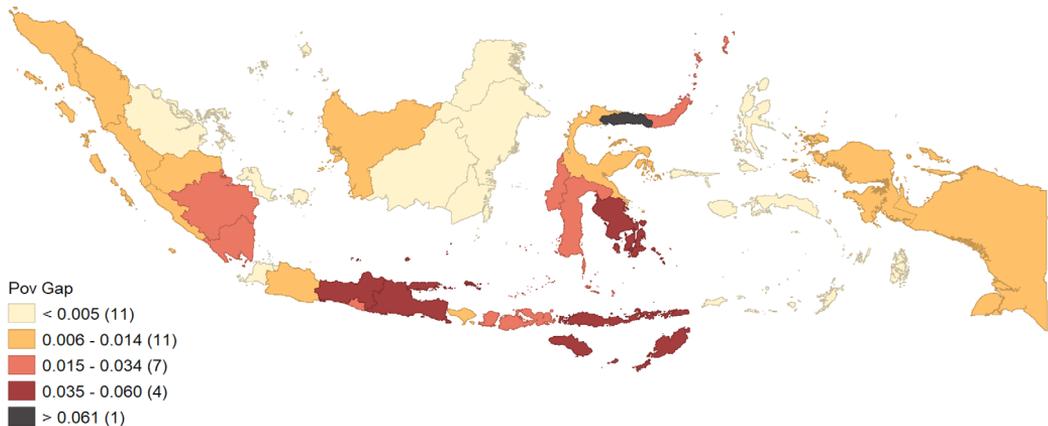
Terkait hasil garis kemiskinan nasional, polanya sedikit berubah meskipun masih menunjukkan ketimpangan antar provinsi. Ada empat provinsi yang mengalami tingkat pemiskinan tertinggi, yaitu Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Utara, dan Sumatera Barat. Sementara itu, Jawa Barat, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Papua dan Papua Barat merupakan provinsi yang memiliki tingkat pemiskinan terendah, dengan kurang dari 0,23 persen dari populasi termiskinkan oleh biaya *out-of-pocket*.

Secara umum, pemiskinan akibat biaya *out-of-pocket* di Indonesia relatif rendah, berkisar dari nol hingga 1,8 persen untuk semua garis kemiskinan. Rata-rata nasional pemiskinan di Indonesia adalah 0,22 persen, 0,74 persen dan 0,41 persen untuk 1,90 dolar AS, 3,10 dolar AS dan garis kemiskinan nasional. Akan tetapi, angka-angka ini lebih tinggi daripada laporan 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report' dimana pemiskinan di Indonesia untuk garis

kemiskinan 1,90 dolar AS adalah 0,07 persen dan 0,66 persen untuk garis kemiskinan 3,10 dolar AS (WHO dan Bank Dunia, 2017). Ini menyiratkan lebih banyak orang dimiskinkan karena biaya *out-of-pocket* pada tahun 2018 dibandingkan

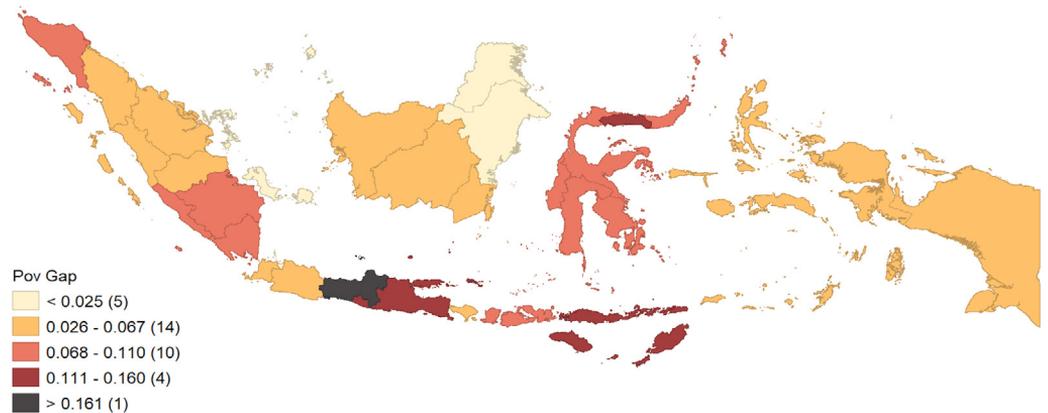
2011. Penting juga disebutkan bahwa pemiskinan tertinggi karena biaya *out-of-pocket* terpusat di Jawa, sedangkan tingkat pemiskinan terendah terjadi di daerah timur Indonesia, seperti Papua dan Maluku.

Peta 11 Kesenjangan Kemiskinan pada 1,90 dolar AS (PPP 2018), Indonesia



Sumber: olahan penulis.

Peta 12 Kesenjangan Kemiskinan pada 3,10 dolar AS (PPP 2018), Indonesia



Sumber: olahan penulis.

Peningkatan ketimpangan kemiskinan karena biaya *out-of-pocket* pada garis kemiskinan 1,90 dolar AS per hari relatif rendah di Indonesia, hanya sebesar 0,014

dolar AS untuk garis kemiskinan 1,90 dolar AS per kapita per hari dan 0,068 dolar AS per kapita per hari untuk garis kemiskinan 3,10 dolar AS per kapita per

hari. Perlu diperhatikan bahwa rendahnya perubahan ketimpangan merupakan hasil dari total biaya *out-of-pocket* dari rumah tangga dan rumah tangga yang dimiskinkan yang kemudian dibagi dengan total populasi di Indonesia (Wagstaff et al., 2018). Peningkatan kesenjangan kemiskinan karena biaya *out-of-pocket* juga bervariasi di setiap provinsi. Terdapat sebelas provinsi yang memiliki kesenjangan kemiskinan di bawah 0,005 dolar AS per kapita untuk garis kemiskinan 1,90 dolar AS per kapita perhari, dengan kesenjangan kemiskinan terendah sebesar 0,00 dolar AS per kapita terjadi di Bangka Belitung. Sementara

itu, perubahan kesenjangan kemiskinan tertinggi terjadi di Gorontalo yang mencapai 0,06 dolar AS per kapita. Hasil untuk kemiskinan 3,10 dolar AS per kapita per hari menunjukkan pola ketimpangan kemiskinan karena biaya *out-of-pocket* yang sama dengan garis kemiskinan 1,90 dolar AS per kapita per hari. Rata-rata peningkatan ketimpangan kemiskinan secara nasional adalah 0,068 dolar AS per kapita. Jawa Tengah mengalami tingkat peningkatan ketimpangan kemiskinan tertinggi, mencapai 0,20 dolar AS per kapita. Sementara itu, tingkat kenaikan kesenjangan kemiskinan terendah terjadi di Jakarta sebesar 0,00 dolar AS.

Tabel 8 Pemiskinan dan Kesenjangan Kemiskinan karena Pengeluaran Langsung untuk Perawatan Kesehatan

Provinsi	Persentase orang yang terdorong ke bawah garis kemiskinan 1,90 dolar AS (\$ 2018) dengan pengeluaran yang dibayarkan dari uang pribadi	Persentase orang yang terdorong ke bawah garis kemiskinan 3,10 dolar AS (\$ 2018 PPP) dengan pengeluaran yang dibayarkan dari uang pribadi	Persentase orang yang terdorong ke bawah garis kemiskinan nasional 2018 dengan pengeluaran yang dibayarkan dari uang pribadi	Kesenjangan Kemiskinan sebesar 1,90 dolar AS per hari (\$ 2018 PPP)	Kesenjangan Kemiskinan sebesar 3,10 dolar AS per hari (\$ 2018 PPP)
Aceh	0.25%	1.35%	0.51%	0.008	0.079
Sumatra Utara	0.15%	0.80%	0.49%	0.006	0.067
Sumatra Barat	0.09%	0.44%	0.74%	0.005	0.040
Riau	0.00%	0.52%	0.45%	0.001	0.033
Jambi	0.14%	0.70%	0.42%	0.008	0.057
Sumatra Selatan	0.43%	0.82%	0.41%	0.022	0.082
Bengkulu	0.13%	0.87%	0.55%	0.006	0.093
Lampung	0.32%	1.26%	0.56%	0.017	0.110
Bangka Belitung	0.00%	0.37%	0.30%	0.000	0.010
Kepulauan Riau	0.02%	0.31%	0.31%	0.000	0.010
Jakarta	0.00%	0.13%	0.37%	0.000	0.005

Jawa Barat	0.24%	0.82%	0.20%	0.013	0.065
Jawa Tengah	0.76%	1.84%	0.86%	0.046	0.202
Yogyakarta	0.53%	1.31%	0.39%	0.020	0.140
Jawa Timur	0.51%	1.50%	0.88%	0.035	0.160
Banten	0.02%	0.47%	0.33%	0.001	0.034
Bali	0.16%	0.42%	0.39%	0.006	0.043
Nusa Tenggara Barat	0.36%	0.86%	0.16%	0.019	0.076
Nusa Tenggara Timur	0.33%	1.01%	0.23%	0.041	0.123
Kalimantan Barat	0.20%	0.79%	0.34%	0.007	0.060
Kalimantan Tengah	0.12%	0.48%	0.33%	0.004	0.044
Kalimantan Selatan	0.09%	0.90%	0.11%	0.003	0.040
Kalimantan Timur	0.01%	0.15%	0.51%	0.000	0.009
Kalimantan Utara	0.00%	0.48%	0.93%	0.000	0.015
Sulawesi Utara	0.62%	0.82%	0.28%	0.018	0.098
Sulawesi Tengah	0.28%	0.93%	0.34%	0.011	0.078
Sulawesi Selatan	0.18%	0.71%	0.25%	0.033	0.087
Sulawesi Tenggara	0.31%	0.61%	0.28%	0.044	0.094
Gorontalo	0.70%	0.68%	0.60%	0.061	0.112
Sulawesi Barat	0.26%	0.82%	0.25%	0.022	0.095
Maluku	0.03%	0.81%	0.35%	0.004	0.040
Maluku Utara	0.08%	0.79%	0.59%	0.002	0.055
Papua Barat	0.06%	0.18%	0.16%	0.007	0.025
Papua	0.17%	0.17%	0.09%	0.009	0.036
Indonesia	0.22%	0.74%	0.41%	0.014	0.068

Sumber: olahan penulis.

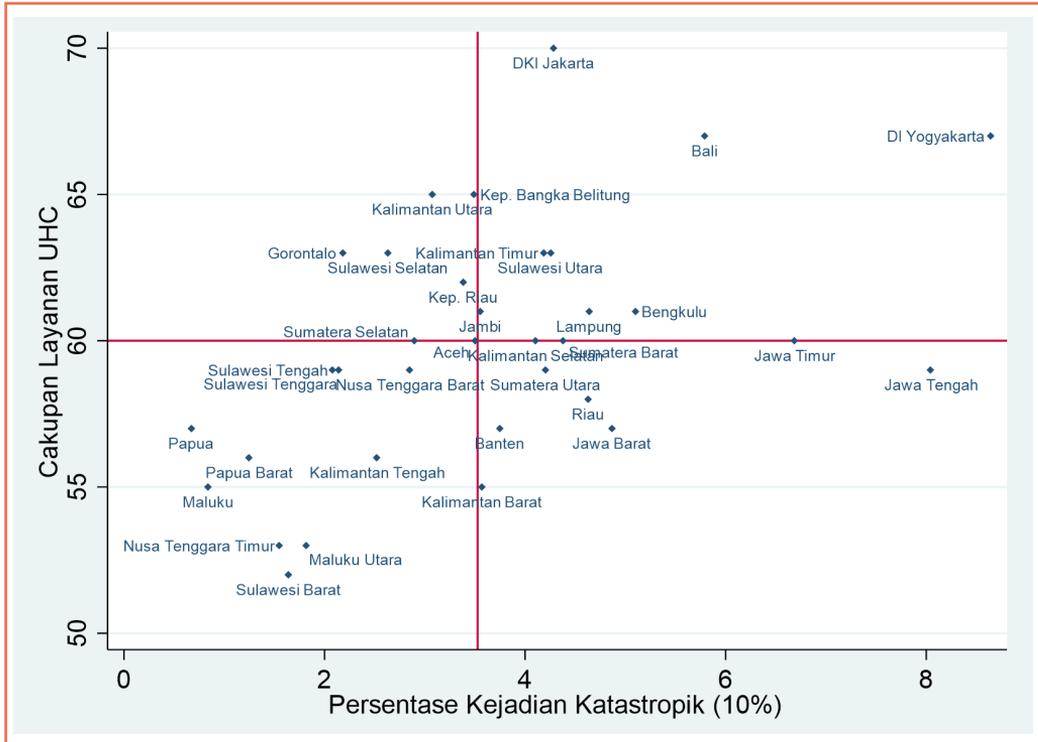
4.3 Indeks Cakupan Layanan dan Perlindungan Finansial

Terdapat kecenderungan dimana provinsi-provinsi dengan indeks cakupan yang tinggi memiliki pengeluaran katastrofik yang juga tinggi. Berdasarkan laporan 'Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report', rendahnya

pengeluaran katastrofik dan rendahnya pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* menunjukkan perlindungan keuangan yang baik (WHO dan Bank Dunia, 2017). Akan tetapi, kajian dalam laporan tersebut juga menemukan bahwa rendahnya biaya *out-of-pocket* dan rendahnya tingkat pemiskinan juga bisa mengindikasikan

minimnya akses terhadap layanan kesehatan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Narasi tersebut bisa juga diaplikasikan pada hasil penelitian ini.

Gambar 2 Indeks Cakupan Layanan UHC dan Perlindungan Keuangan



Sumber: olahan penulis.

Provinsi-provinsi yang berada di bagian timur Indonesia seperti Papua dan Nusa Tenggara Timur menunjukkan tingkat pengeluaran katastrofik dan indeks cakupan layanan UHC yang rendah (lihat gambar 2). Provinsi-provinsi tersebut merupakan daerah dengan tingkat kemiskinan yang tinggi di Indonesia sehingga mengindikasikan kemampuan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan terbatas karena kemampuan keuangan yang rendah dan minimnya akses terhadap fasilitas kesehatan. Lauranti et al. (2017) dalam survei yang

mereka lakukan menemukan 10 persen dari total 1,344 responden mempunyai akses terbatas terhadap fasilitas-fasilitas kesehatan dasar. Jarak fasilitas kesehatan, ketidaktersediaan tenaga kesehatan, dan biaya transportasi menjadi faktor utama kondisi tersebut (Lauranti et al., 2017). Oleh karena itu rendahnya pengeluaran katastrofik yang ditemukan dalam penelitian ini mengindikasikan terbatasnya akses untuk mendapatkan layanan kesehatan sebagai akibat kondisi geografis, infrastruktur kesehatan yang buruk, dan ketimpangan kesehatan.



5 KESIMPULAN

“ Laporan ini menyajikan pengukuran yang komprehensif terhadap capaian UHC di Indonesia. Kerangka kerja dari WHO diadopsi dan diadaptasi secara kontekstual untuk menghitung indeks cakupan layanan UHC dan upaya perlindungan keuangan, dengan indeks 60 untuk cakupan layanan. Hasil ini lebih tinggi dibandingkan indeks Indonesia yang diterbitkan oleh WHO (2017) 2015, yaitu 49.

Hal ini menunjukkan peningkatan kesehatan sejak diperkenalkannya Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun 2014. Seperangkat indikator dikembangkan untuk menyusun empat dimensi yang kemudian digunakan untuk mengukur cakupan layanan dengan menggunakan data tahun 2018. Perlindungan keuangan diukur dengan menggunakan biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan. Hasilnya menunjukkan pengeluaran katastrofik karena biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan di Indonesia masih tinggi.

Penelitian ini menunjukkan kesadaran masyarakat terhadap layanan kesehatan yang disediakan oleh Jaminan Kesehatan Nasional masih kurang. Dapat dilihat dari hasil pengukuran indikator kanker serviks, dengan indeks nasional hanya sembilan. Padahal pemeriksaan kanker serviks ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional dan merupakan program gratis di beberapa Puskesmas. Hasil yang rendah menunjukkan perempuan tidak mempunyai pengetahuan yang memadai terkait adanya layanan yang tersedia dan administrasi yang harus dilakukan untuk mendapatkan layanan tersebut. Indeks

yang rendah untuk dimensi penyakit tidak menular juga menunjukkan rendahnya kesadaran pemerintah akan pentingnya mengurangi beban penyakit tidak menular di Indonesia. Meskipun sudah ada program khusus untuk menangani tuberkulosis di Indonesia, rendahnya *case detection rate* tuberkulosis menyebabkan peningkatan penyebaran penyakit ini. Selain itu, kesadaran masyarakat yang rendah untuk mendapatkan pengobatan atau memiliki pengetahuan tentang di mana mendapatkan perawatan kesehatan yang tepat juga menghambat upaya menuju UHC.

Tingginya angka merokok dan gaya hidup tidak sehat berkontribusi terhadap meningkatnya beban PTM di Indonesia. Kurangnya upaya untuk mengendalikan hipertensi di Indonesia menunjukkan bahwa intervensi pemerintah terhadap perilaku dan gaya hidup masyarakat masih belum memadai. Oleh karena itu, perlu diatasi dengan penerapan kebijakan yang lebih kuat dan inisiatif promosi kesehatan yang lebih baik, mengedukasi masyarakat tentang bahaya merokok terhadap kesehatan. Hasil indeks yang rendah mengindikasikan dibutuhkannya

peningkatan kesadaran yang lebih luas mengenai bahaya hipertensi. Strategi komunikasi yang efektif sangat penting untuk menyampaikan pesan kesehatan yang penting, seperti menjalin kerja sama dengan pemimpin agama dan tokoh masyarakat.

Biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan yang masih tinggi menghambat upaya pemberian perlindungan keuangan untuk masyarakat. Dimana hampir 13 juta jiwa membelanjakan lebih dari sepuluh persen dari total konsumsi mereka untuk perawatan kesehatan. Dibandingkan tahun 2011, pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan meningkat pada 2018. Hal ini mengindikasikan lebih banyak orang yang jatuh miskin dan mengorbankan konsumsi kebutuhan pokok untuk biaya kesehatan.

Penelitian ini juga menunjukkan banyak provinsi di Jawa dan bagian barat Indonesia memiliki cakupan layanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan provinsi di luar Jawa dan bagian timur Indonesia. Rasio ranjang rumah sakit per kapita yang rendah dan kepadatan tenaga kesehatan yang rendah tetap menjadi masalah penting yang perlu ditangani di provinsi yang lebih miskin. Oleh karena itu, kesenjangan dan ketidaksetaraan alokasi sumber daya manusia dan sumber daya fisik perlu diatasi untuk memastikan peluncuran UHC yang memadai di Indonesia. Seperti dibahas dalam pendahuluan, indikator telah dirancang untuk mengukur upaya terhadap UHC. Oleh karena itu, dengan keempat dimensi dan indeks yang sesuai relatif rendah menunjukkan

Jaminan Kesehatan Nasional tidak cukup memberikan akses perawatan kesehatan yang berkualitas bagi warga negara Indonesia. Hasil dari laporan ini juga menunjukkan ada kecenderungan untuk provinsi yang memiliki indeks cakupan layanan UHC yang tinggi memiliki pengeluaran katastrofik yang tinggi. Menurut 'Tracking Universal Health: 2017 Global Monitoring Report', masyarakat yang mengalami tingkat pemiskinan yang rendah atau mereka yang membiayai pengeluaran kesehatan melalui biaya talangan pribadi, dapat mengindikasikan perlindungan dari kesulitan keuangan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Laporan tersebut juga membahas pengeluaran dan pemiskinan yang rendah dapat mengindikasikan kurangnya akses ke layanan kesehatan atau ketidakmampuan untuk membayar akses layanan kesehatan (WHO dan Bank Dunia, 2017). Provinsi-provinsi di Indonesia timur, seperti Papua dan Nusa Tenggara Timur menunjukkan insiden yang rendah untuk pengeluaran katastrofik, tetapi juga indeks yang rendah untuk cakupan layanan. Provinsi-provinsi ini juga merupakan tempat dengan tingkat kemiskinan tertinggi di Indonesia, yang menunjukkan kemampuan mereka untuk mencari layanan kesehatan masih terbatas karena situasi keuangan yang rendah. Selain itu, rendahnya angka kejadian katastrofik mengindikasikan akses terhadap layanan kesehatan yang tidak memadai karena infrastruktur kesehatan yang buruk dan kesenjangan kesehatan.

Halaman ini sengaja dikosongkan



6 REKOMENDASI

Penelitian ini mengadopsi kerangka kerja Tujuan Pembangunan Berkelanjutan untuk melacak perkembangan yang dibuat oleh Jaminan Kesehatan Nasional, menuju pencapaian UHC. Berdasarkan temuan penelitian, rekomendasi yang disarankan adalah sebagai berikut:

	<p>Pemerintah perlu berkomitmen untuk mengurangi ketimpangan kesehatan dengan pengembangan infrastruktur dan fasilitas kesehatan dasar yang lebih baik di provinsi-provinsi yang menunjukkan perlindungan layanan kesehatan yang buruk. Pemerintah juga perlu menyediakan lebih banyak pusat perawatan kesehatan primer, Puskesmas, dan rumah sakit, termasuk pengembangan infrastruktur jalan yang lebih baik bagi masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan.</p>
	<p>Upaya promosi kesehatan perlu direvisi dan diperluas untuk mendorong hasil yang lebih baik dan mengurangi beban pada layanan sistem kesehatan. Pemerintah lokal dan nasional harus bekerja dengan masyarakat setempat dan para pemimpin agama, untuk merumuskan strategi komunikasi baru yang memberikan informasi kesehatan yang penting dan efektif.</p>
	<p>Pemerintah perlu melakukan penelitian lebih lanjut mengenai potensi cukai yang dapat mengurangi beban penyakit tidak menular yang dikaitkan dengan gaya hidup sehat.</p>
	<p>Pemerintah harus melakukan survei yang lebih komprehensif untuk mengidentifikasi komponen pengeluaran kesehatan tidak langsung yang berkontribusi terhadap tingginya tingkat kejadian katastropik. Data ini sangat penting untuk merumuskan kebijakan yang menargetkan komponen tertentu untuk mengurangi beban pengeluaran kesehatan di Indonesia.</p>

7 REFERENSI

Adioetomo, S. M. & Mujahid, G. 2014. Indonesia on the Threshold of Population Ageing. *UNFPA Indonesia Monograph Series: No.1*. Jakarta: UNFPA Indonesia.

Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., Susiloretni, K. A., Soewondo, P., Ahmad, S. A., Kurniawan, M., Hidayat, B., Pardede, D., Mundiharno, Nelwan, E. J., Lupita, O., Setyawan, E., Nurwahyuni, A., Martiningsih, D., Khusun, H. & Global Indonesian Health Systems. 2019. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393, 75-102.

Arnani, M. 2019. Beri Imunisasi kepada Anak, Perhatikan Daftar Imunisasi Ini... *Kompas.com*, 10/04/2019.

Badan Pusat Statistik. 2018. Survei Sosial Ekonomi Nasional. *In: BPS (ed.)*. Jakarta.

BPJS Kesehatan. 2019. *Peserta Program JKN* [Online]. Indonesi: BPJS Kesehatan. Available: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/home> [Accessed 31/08/2019 2019].

Brooks, M. I., Thabrany, H., Fox, M. P., Wirtz, V. J., Feeley, F. G. & Sabin, L. L. 2017. Health facility and skilled birth deliveries among poor women with Jamkesmas health insurance in Indonesia: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*.

Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F. & De Sanjosé, S. 2019. Human Papillomavirus and Related Diseases Report: Human Papillomavirus and Related Diseases in Indonesia. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre).

Deaton, A. & Zaidi, S. 2002. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. *LSMS Working Paper*. Washington: World Bank.

Erlangga, D., Ali, S. & Bloor, K. 2019. The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data. *International Journal of Public Health*, 64, 603-613.

Hu, Y., Wang, Y., Chen, Y., Liang, H. & Chen, Z. 2018. Measles vaccination coverage, determinants of delayed vaccination and reasons for non-vaccination among children aged 24-35 months in Zhejiang province, China. *BMC public health*, 18, 1298-1298.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Hari Malaria Sedunia, Pemerintah Perluas Wilayah Bebas Malaria. Available: <https://www.depkes.go.id/article/view/18043000010/hari-malaria-sedunia-pemerintah-perluas-wilayah-bebas-malaria.html> [Accessed 17/10/2019].

Kusumawardani, N., Tarigan, I., Suparmi & Schlotheuber, A. 2018. Socio-economic, demographic and geographic correlates of cigarette smoking among Indonesian adolescents: results from the 2013 Indonesian Basic Health Research (RISKESDAS) survey. *Global health action*, 11, 1467605-1467605.

Lauranti, M., Afrina, E., Mawesti, D., Nurrahmah, B., Mustafa, F. & Suriyanto, F. 2017. Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional: Ekuitas Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan Hampir Miskin di Indonesia. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa.

London School Of Hygiene And Tropical Medicine. 2017. *Indonesia: Only one in five Indonesian women are aware of cervical cancer screening* [Online]. London: Vaccine Confidence Project Available: <https://www.vaccineconfidence.org/latest-news/indonesia-only-one-in-five-indonesian-women-are-aware-of-cervical-cancer-screening?rq=indonesia> [Accessed 03/12/2019 2019].

Maharani, C., Afief, D. F., Weber, D., Marx, M. & Loukanova, S. 2019. Primary care physicians' satisfaction after health care reform: a cross-sectional study from two cities in Central Java, Indonesia. *BMC Health Services Research*, 19, 290.

Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Harimurti, P., Marthias, T. & Prawira, J. 2017. *The Republic of Indonesia Health System Review 2017*.

Mboi, N. 2015. Indonesia: On the way to universal health care. *Health Systems and Reform*, 1, :91-97.

Ministry Of Health Indonesia 2018. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta.

Ministry Of Health, K. 2018. *Current status of integrated community based TB service delivery and the Global Fund work plan to find missing TB cases* [Online]. The World Health Organization. Available: https://www.who.int/tb/features_archive/indonesia_11apri8.pdf?ua=1 [Accessed 03/12/2019 2019].

Moeloek, N. F. 2017. Indonesia national health policy in the transition of disease burden and health insurance coverage. *Medical Journal of Indonesia*, 26, 3-6.

National Population And Family Planning Board, Statistics Indonesia, Ministry Of Health & The Dhs Program Icf 2018. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. Jakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes, and ICF.

Peltzer, K. & Pengpid, S. 2018. The Prevalence and Social Determinants of Hypertension among Adults in Indonesia: A Cross-Sectional Population-Based National Survey. *International Journal of Hypertension*, 2018, 9.

Pinto, R., Harimurti, P., Masaki, E. & Pinto, R. 2016. *Indonesia Health Financing System Assessment. [electronic resource] : Spend More, Spend Right, Spend Better*, The World Bank.

Purnamasari, D. 2018. The Emergence of Noncommunicable Disease in Indonesia. *Acta Medica Indonesiana*, 50, 273-274.

Rg. 2014. Jangan Khawatir, BPJS Kesehatan Menjamin Deteksi Sebelum Kanker Serviks Menyerang. Available: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2014/262/Jangan-Khawatir-BPJS-Kesehatan-Menjamin-Deteksi-Sebelum-Kanker-Serviks-Menyerang/berita> [Accessed 03/12/2019].

Soewondo, P., Ferrario, A. & Tahapary, D. L. 2013. Challenges in diabetes management in Indonesia: a literature review. *Globalization and health*, 9, 63-63.

Sparrow, R., Suryahadi, A. & Widyanti, W. 2013. Social health insurance for the poor: targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science & Medicine* (1982), 96, 264-271.

Syiroj, A. T. R., Pardosi, J. F. & Heywood, A. E. 2019. Exploring parents' reasons for incomplete childhood immunisation in Indonesia. *Vaccine*, 37, 6486-6493.

The John Hopkins University. 2019. *My Choice* [Online]. Baltimore: The John Hopkins University Available: <https://ccp.jhu.edu/projects/family-planning-indonesia/> [Accessed 04/11/2019 2019].

The United Nations. 2019. *Sustainable Development Goals Knowledge Platform* [Online]. New York: United Nations. Available: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> [Accessed 10/10/2019 2019].

The World Bank. 2019a. *Maternal Mortality Ratio (Modeled Estimate, Per 100,000 Live Births)* [Online]. The World Bank Group Available: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics> [Accessed 03/12/2019 2019].

The World Bank. 2019b. *PPP Conversion Factor, Private Consumption (LCU Per International \$) - Indonesia* [Online]. The World Bank Available: <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PRVT.PP?locations=ID> [Accessed 05/12/2019 2019].

The World Bank. 2019c. *The World Bank Indonesia: Overview* [Online]. The World Bank. Available: <https://www.worldbank.org/en/country/indonesia/overview> [Accessed 10/10/2019 2019].

The World Health Organization. 2018. *Indonesia Tobacco Factsheet 2018* [Online]. The World Health Organization. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272673/Wntd_2018_Indonesia_Fs.Pdf?sequence=1 [Accessed 03/12/2019 2019].

The World Health Organization. 2019a. *Essential Medicines And Health Products* [Online]. The World Health Organization. Available: https://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/ [Accessed 03/12/2019 2019].

The World Health Organization. 2019b. *Noncommunicable Diseases* [Online]. The World Health Organization. Available: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed 03/12/2019 2019].

The World Health Organization. 2019c. *WHO Framework Convention On Tobacco Control* [Online]. The World Health Organization. Available: <https://www.who.int/fctc/en/> [Accessed 03/12/2019 2019].

The World Health Organization. 2019. *Universal Health Coverage* [Online]. The World Health Organization. Available: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 [Accessed 07/10/2019 2019].

The World Health Organization Indonesia. 2019. *Universal Health Coverage And Health Care Financing Indonesia* [Online]. Indonesia: The World Health Organization Available: <http://www.searo.who.int/indonesia/topics/hs-uhc/en/> [Accessed 10/10/2019 2019].

TNP2K 2015. *The Road To National Health Insurance (JKN)*. Jakarta: National Team For The Acceleration Of Poverty Reduction

UNAIDS. 2019. *90-90-90: Treatment For All* [Online]. UNAIDS. Available: <https://www.unaids.org/en/resources/909090> [Accessed 03/12/2019 2019].

UNICEF. 2019. *Water, Sanitation And Hygiene* [Online]. Unicef. Available: <https://www.unicef.org/Indonesia/Water-Sanitation-And-Hygiene> [Accessed 06/11/2019 2019].

Vidyattama, Y., Miranti, R. & Resosudarmo, B. P. 2014. The Role Of Health Insurance Membership In Health Service Utilisation In Indonesia. *Bulletin Of Indonesian Economic Studies*, 50, 393-413.

Wagstaff, A. 2008. *Measuring Financial Protection In Health*. [Electronic Resource], The World Bank.

Wagstaff, A. & Doorslaer, E. V. 2001. *Paying For Health Care*. [Electronic Resource] : *Quantifying Fairness, Catastrophe, And Impoverishment, With Applications To Vietnam, 1993-98*, World Bank, Development Research Group, Public Services For Human Development.

Wagstaff, A., Flores, G., Smitz, M.-F., Hsu, J., Chepynoga, K. & Eozenou, P. 2018. Progress On Impoverishing Health Spending In 122 Countries: A Retrospective Observational Study. *The Lancet Global Health*, 6, E180-E192.

WHO & World Bank 2017. *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. World Health Organization, International Bank For Reconstruction And Development.

World Bank 2001. *World Development Report 2000/2001 Attacking Poverty*, Washington, D.C., The World Bank.

World Health Organization. 2017. *Diarrhoeal Disease* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease> [Accessed 05/11/2019 2019].

World Health Organization. 2019. *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2019 global summary* [Online]. World Health Organization. Available: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=IDN [Accessed 04/11/2019 2019].

World Health Organization. 2019. *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary*. World Health Organization.

Worldometers. 2019. *Indonesia Population* [Online]. Dadax. Available: <https://www.worldometers.info/world-population/indonesia-population/> [Accessed].



PRAKARSA

Welfare Initiative for Better Societies

Perkumpulan PRAKARSA adalah lembaga think tank di Indonesia yang melakukan tugas untuk membangun dan meningkatkan kebijakan serta ide dalam membangun kesejahteraan melalui penelitian yang independen dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Kami menggabungkan penelitian dengan analisis kebijakan, komunikasi, dan advokasi, serta melakukan transfer ilmu pengetahuan untuk menjadi aksi yang dapat mendorong terciptanya keadilan dan kesejahteraan masyarakat.

Jl. Rawa Bambu I Blok A No. 8E
Pasar Minggu, Jakarta Selatan
Indonesia 12520

☎ +62 21 7811 798

✉ perkumpulan@theprakarsa.org

FOLLOW OUR SOCIAL MEDIA



Perkumpulan PRAKARSA



ThePRAKARSA



Perkumpulan PRAKARSA



ThePRAKARSA

ISBN 978-623-91350-9-6



9 786239 135096

www.theprakarsa.org