

Pemerataan akses pelayanan rawat jalan di berbagai wilayah Indonesia

Mardiati Nadjib

Deskripsi Dokumen: <http://lib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=74507&lokasi=lokal>

Abstrak

Dalam kebijakan alokasi sumber daya kesehatan khususnya penyediaan pelayanan rawat jalan, kriteria penilaian keberhasilan adalah efisiensi, kualitas dan pemerataan. Pemerataan di bidang kesehatan telah menjadi aspek penting yang menjadi perhatian organisasi kesehatan dunia seperti Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan Bank Dunia, namun aplikasinya belum berjalan dengan baik. Salah satu kendala yang dihadapi adalah cara mengukur pemerataan tersebut.

Pemerataan mengandung unsur keadilan (fairness), sehingga perhatian alokasi subsidi seharusnya diberikan menurut pertimbangan kebutuhan (need) dan kemampuan masyarakat. Mereka yang sakit dan miskin membutuhkan bantuan pemerintah agar dapat mencapai status kesehatan sama baiknya dengan mereka yang tidak miskin. Pemerataan yang berdasarkan unsur keadilan (equity) bukanlah pemerataan sumber daya yang berdasarkan asas sama rata' (equality), tetapi kondisi sama rata menurut standar kebutuhan (need).

Kesetaraan (equality) merupakan bagian dari pemerataan yang adil (equity) tersebut.

Sebagai upaya untuk mencapai pemerataan akses (equity of access) maka alokasi sumber daya harus mengacu pada 3 kriteria: need, geografi dan sosioekonomi. Kebijakan alokasi sumber daya kesehatan di Indonesia cukup antisipatif terhadap kebutuhan masyarakat. Status kesehatan masyarakat telah meningkat pesat sampai dengan tahun 1997 yang lalu, dimana besaran Angka Kematian Bayi menurun dari 71 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 43 per 1000 per kelahiran hidup pada tahun 1997. Demikian pula dengan indikator outcome lainnya. Penyediaan fasilitas meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 1995 jumlah puskesmas tercatat sebanyak 7105 buah, sementara puskesmas pembantu berjumlah 20.672 buah, puskesmas keliling 6514 buah.

Meskipun demikian, ternyata hal tersebut belum menjamin sepenuhnya bahwa seluruh masyarakat di berbagai wilayah telah memiliki akses yang merata (equitable access). Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah: bagaimana gambaran pemerataan akses pelayanan rawat jalan di Indonesia dan apa determinannya? Penelitian ini bertujuan agar diperolehnya informasi mengenai pemerataan akses pelayanan rawat jalan di berbagai wilayah di Indonesia serta determinannya.

Hipotesis ditegakkan untuk membuktikan masih terdapatnya ketidakmerataan secara vertikal (vertical inequity) dan ketidakmerataan horisontal (horizontal inequity). Hipotesis pertama yang diajukan adalah probabilitas untuk akses ke pelayanan rawat jalan berbeda diantara kelompok sosioekonomi dan wilayah. Hipotesis kedua adalah akses pelayanan rawat jalan yang diukur dari penggunaan pelayanan menurut need di berbagai wilayah Indonesia belum merata, terdapat disparitas antarwilayah, yang berhubungan dengan faktor pengguna pelayanan, faktor ketersediaan pelayanan, faktor sosioekonomi, serta potensi wilayah.

Penelitian ini merupakan suatu studi cross sectional yang diharapkan dapat menghasilkan gambaran pemerataan pelayanan kesehatan_ Data yang digunakan adalah data sekunder dan suatu survei nasional rumah tangga di 13 propinsi, yaitu studi IFLS (Indonesia Family Life Survey) atau SAKERTI 1993 (Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia) yang dilaksanakan pada tahun 1993/1994.

Dari jumlah populasi dewasa (14406 individu), setelah melalui proses pembersihan data diperoleh sampel penelitian 9616 individu yang mempunyai need (sepuluh macam gejala penyakit dalam empat minggu terakhir), dan 1627 atau 16,92% di antaranya adalah responden yang menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan. Untuk penyesuaian probabilitas sampel terhadap populasi propinsi, dilakukan pembobotan yang didasarkan atas penyesuaian dalam ekstrapolasi data yang berasal dari sampel cluster (normalized weighted).

Nilai rata-rata met need yang tinggi adalah pada mereka yang sosioekonominya tinggi/tidak miskin atau mereka yang tinggal di Jawa-Bali. Sebaliknya, nilai unmet need yang tinggi adalah pada mereka yang miskin dan tinggal di luar Jawa-Bali, baik di daerah urban maupun rural.

DKI Jakarta memiliki infrastruktur paling maju dan tingkat sosioekonomi masyarakat yang relatif tinggi. Pilihan pelayanan di DKI Jakarta terbanyak adalah pilihan swasta (69,2%) dengan rata-rata waktu menunggu yang tinggi. Hal ini menunjukkan tingginya demand masyarakat akan pelayanan modern, khususnya swasta.

Di propinsi Nusa Tenggara Barat, angka kunjungan sebenarnya relatif tinggi dibandingkan nilai rata-rata, namun pilihan fasilitas utama adalah fasilitas milik pemerintah dan tradisional. Selain itu Nusa Tenggara Barat juga mewakili daerah kemampuan dan kemauan membayar masyarakat untuk kesehatannya rendah, disamping potensi daerahnya juga relatif rendah.

Kalimantan Selatan meskipun memiliki angka rasio use/need yang tinggi, akses belum dapat dikatakan baik, mengingat masih banyak masyarakat menggunakan pelayanan tradisional (45,8%).

Hasil penelitian membuktikan bahwa semakin tinggi sosioekonomi individu, semakin rendah unmet need. Mereka yang tinggal di daerah urban dan memiliki jaminan asuransi kesehatan juga memiliki akses yang lebih baik. Dan seluruh responden yang menyatakan memanfaatkan pelayanan kesehatan milik pemerintah, 67% berasal dari daerah rural. Pada kelompok yang menyatakan tidak mengunjungi pelayanan kesehatan swasta selama empat minggu terakhir, 69,1% berasal dari daerah rural. Dari seluruh responden yang menyatakan pernah mencari pengobatan tradisional selama empat minggu terakhir, 76% berasal dari daerah rural.

Akses pelayanan rawat jalan di 13 propinsi dengan analisis kurva Lorenz menunjukkan gambaran ketidakmerataan horisontal (horizontal inequity) dimana rasio use/need yang tinggi dimiliki oleh kurang dari 20% penduduk terkaya.

Analisis multivariat pada total populasi dewasa sakit ditujukan untuk mendapatkan gambaran perbandingan antara unmet need (tidak akses) dan met need (akses). Analisis logistik regresi memberikan hasil bahwa individu yang tinggal di beberapa propinsi memiliki probabilitas untuk akses lebih tinggi. Namun, bila dilihat akses pada tiap jenis pelayanan, tampak adanya perbedaan. Variabel prediktor yang berhubungan dengan akses ke pelayanan milik Pemerintah adalah need, sosioekonomi, jenis kelamin, jaminan asuransi kesehatan dan status perkawinan. Variabel wilayah (urban-rural dan Jawa Bali-luar Jawa Bali) secara statistik tidak bermakna, berarti fasilitas milik Pemerintah cukup dimanfaatkan secara merata menurut wilayah. Untuk fasilitas swasta, probabilitas untuk akses tertinggi dimiliki oleh propinsi Bali, DKI Jakarta, dan Jawa timur.

Dibandingkan dengan individu yang tinggal di propinsi Sulawesi Selatan, mereka yang tinggal di propinsi Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Barat dan Sumatra Barat terbukti memiliki probabilitas untuk memanfaatkan pelayanan tradisional 5 kali atau lebih. Jadi, pelayanan tradisional di beberapa propinsi masih memiliki daya ungkit tinggi terhadap pemerataan akses pelayanan kesehatan. Pada kelompok tidak miskin, mereka yang memiliki need tinggi memiliki probabilitas untuk akses 2,4 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki need rendah. Tetapi, pada kelompok miskin, mereka yang memiliki need tinggi memiliki probabilitas untuk akses 1,8 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki need rendah ($p < 0,01$). Pada kelompok miskin, mereka yang memiliki jaminan asuransi memiliki probabilitas untuk akses 2 kali lebih tinggi daripada mereka yang tidak memiliki jaminan asuransi kesehatan ($p < 0,01$). Hal tersebut membuktikan adanya ketidak merataan secara vertikal (vertical inequity). Dari 13 propinsi terpilih, Bali secara umum memiliki akses terbaik.

Analisis regresi ganda pada tingkat individu sebelum distandardisasikan, pada kelompok need rendah variabel prediktor yang terbukti secara statistik bermakna adalah pilihan pelayanan, wilayah, waktu perjalanan dan kemauan membayar ($R^2 = 0,191$). Pada kelompok need tinggi, variabel prediktor yang secara statistik berhubungan bermakna dengan rasio use/need adalah umur, pilihan pelayanan, jenis kelamin, kemauan membayar, waktu perjalanan, dan waktu menunggu ($R^2 = 0,223$). Dengan menggunakan variabel terikat rasio use/need yang distandardisasikan dengan umur, variabel bebas yang terbukti bermakna adalah pilihan pelayanan, kemauan membayar, waktu perjalanan, dan waktu menunggu. Pada kedua subkelompok need, wilayah tidak berhubungan dengan akses ($R^2 = 0,120$ dan $0,190$), atau dengan kata lain terjadi pemerataan.

Analisis pada data kabupaten membuktikan bahwa variabel wilayah dan kemauan membayar mempengaruhi met need (akses) pada kelompok need rendah ($R^2 = 0,285$), namun pada kelompok need tinggi variabel wilayah tidak bermakna secara statistik ($R^2 = 0,134$) dengan nilai $p < 0,01$. Analisis pada data kabupaten juga dilakukan dengan menggunakan variabel pengganti yang tersedia di BPS, yaitu PDRB perkapita, persentase penduduk miskin (yang terbukti bermakna secara statistik), dan persentase desa tertinggal (IDT). Hasil uji model membuktikan bahwa variabel yang bermakna secara statistik hanya persentase penduduk miskin pada kelompok need rendah ($R^2 = 0,207$). Hal ini membuktikan bahwa status kesehatan belum merupakan salah satu kriteria alokasi sumber daya ekonomi secara makro, sehingga terdapat inequity.

Pengembangan model pemerataan akses pelayanan rawat jalan dalam penelitian ini didasarkan atas berbagai konsep mengenai akses. Konsep utama sebagai acuan adalah model Andersen (1968), Aday et al. (1980), Money (1987), Le Grand (1972), Wagstaff et al. (1989), Penchansky (1977), dan WHO (1995). Hongvivatana (1984) menilai akses sebagai suatu proses berkesinambungan (continuum process) mulai dari ketersediaan pelayanan hingga efektivitas pelayanan melalui pengukuran cakupan/hasil pemanfaatan pelayanan. Pengukuran pemerataan pelayanan hanya berdasarkan pencapaian cakupan yang dibandingkan dengan target populasi yang ditetapkan dari atas belum mencerminkan kenyataan yang sebenarnya pada tingkat pengguna (tingkat yang paling bawah dari proses pemanfaatan pelayanan yang disediakan).

Konsep pemerataan juga merupakan suatu proses berkelanjutan (continuum process). Pemerataan status kesehatan (diukur dengan meratanya angka mortalitas, morbiditas, dan akhirnya tercapainya `sehat untuk semua wellbeing dan kualitas hidup akan dapat dicapai bila pemerataan ketersediaan pelayanan, pemerataan akses, pemerataan kualitas pelayanan, dan pemerataan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat telah tercapai.

Pemerataan secara mutlak atau absolut, baik pemerataan horisontal maupun vertikal, adalah tujuan akhir

(ultimate goal) yang sulit dicapai. Hal ini disebabkan karena, pertama, banyaknya faktor yang mempengaruhi status kesehatan, dan kedua, kebijakan yang dikembangkan cenderung menekankan peran penyedia pelayanan saja. Negara-negara maju pun mempunyai masalah dengan ketidakmerataan status kesehatan. Meneliti pemerataan (equity) berarti meneliti ketidakmerataan (inequity), menilai ada tidaknya disparitas antarwilayah dan antarkelompok dalam masyarakat. Hal yang dapat dilakukan adalah mengurangi disparitas dengan mendorong masyarakat untuk memutuskan sendiri dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Saran pertama yang diajukan adalah pemetaan pemerataan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Perbandingan status kesehatan dan akses antar wilayah diusulkan untuk dilakukan secara rutin untuk memantau pemerataan hasil pembangunan. Penggunaan data set Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) dan SUSENAS diusulkan untuk dimanfaatkan secara rutin dalam menilai pemerataan akses. Penelitian lanjutan yang disarankan juga mencakup penilaian pemerataan bukan kuratif saja, tetapi juga preventif promotif dan pelayanan rawat inap.

Saran kedua adalah penelitian lanjutan dengan menyertakan variabel karakteristik dan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk pemetaan pemerataan, variabel ini diusulkan untuk diukur dalam studi nasional seperti SUSENAS dan SKRT. Saran ketiga adalah peningkatan kemampuan untuk melaksanakan penelitian operasional dan survei cepat dalam mengidentifikasi need di wilayah masing-masing.

Saran keempat, agar dapat menjamin subsidi dapat dimanfaatkan oleh mereka yang miskin, diperlukan kemampuan para perencana kesehatan di daerah untuk mengidentifikasi wilayah-wilayah kantong kemiskinan (geographic targeting) serta analisis tingkat kemampuan masyarakat dan jumlah penduduk miskin di wilayah tertentu (individual targeting).

Saran kelima adalah realokasi sumber daya kesehatan yang adil. Di daerah-daerah dengan tingkat sosioekonomi relatif baik, subsidi pemerintah perlu direalokasi bagi daerah-daerah yang lebih membutuhkan dengan tingkat sosioekonomi rendah. Sektor swasta dapat meningkatkan perannya di daerah yang mampu. Sementara itu, pelayanan tradisional yang menjadi pilihan masyarakat di beberapa propinsi perlu ditingkatkan pembinaan dan pengawasan kualitas pelayanan medisnya. Demikian pula dengan peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai swamedikasi.

Saran keenam, hambatan akses yang berasal dari faktor infrastruktur dapat diatasi apabila ada kerjasama lintas sektoral yang terpadu antara sektor kesehatan dengan sektor lainnya. Peningkatan status kesehatan merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat, sehingga upaya peningkatan status kesehatan masyarakat harus merupakan bagian integral dari upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan demikian pula sebaliknya, dalam upaya alokasi dalam sektor kesehatan sendiri, perlu memperhatikan faktor-faktor need, geografi dan sosioekonomi.

Saran ketujuh, pemerataan (equity) akan dapat dicapai melalui kerjasama yang baik antara pihak penyedia pelayanan dengan masyarakat. Kesenjangan antara perceived need dan normative need dapat dikurangi dengan peningkatan pendidikan formal masyarakat dan penyuluhan kesehatan masyarakat yang intensif.

Usulan peningkatan keterlibatan masyarakat dalam upaya peningkatan pemerataan juga diberikan dalam aspek kontrol sosial oleh masyarakat dalam pembangunan kesehatan (good governance). Misalnya, dengan membentuk suatu mekanisme koordinasi kesehatan di tingkat daerah yang terdiri dari unsur-unsur masyarakat dan penyedia pelayanan (institusi pelayanan dan penentu kebijakan). Hal ini sejalan dengan usul WHO untuk mendorong masyarakat untuk memutuskan sendiri dalam upaya meningkatkan pemerataan kesehatan. Saran lain adalah melibatkan masyarakat dalam pemantauan pengobatan tradisional dan pembiayaan pelayanan kesehatan/ kerja sama dana praupaya.

Saran kedelapan adalah bahwa upaya pemberian subsidi melalui sisi demand seperti yang telah dimulai melalui pemberian kartu sehat perlu diteruskan dengan perbaikan pada mekanisme distribusinya. Pemikiran lain adalah dengan memberikan subsidi melalui premi dana praupaya.