

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326439183>

Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Chapter · January 2016

CITATIONS

26

READS

8,777

3 authors:



[Rofingatul Mubasyiroh](#)

The National Agency for Research and Innovation of The Republic of Indonesia

58 PUBLICATIONS 557 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Enung Nurchotimah](#)

National Institute of Health Research and Development

7 PUBLICATIONS 70 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Agung Dwi Laksono](#)

National Research and Innovation Agency

538 PUBLICATIONS 5,198 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



BAB 3

Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

**Rofingatul Mubasyiroh - Enung Nurhotimah
Agung Dwi Laksono**

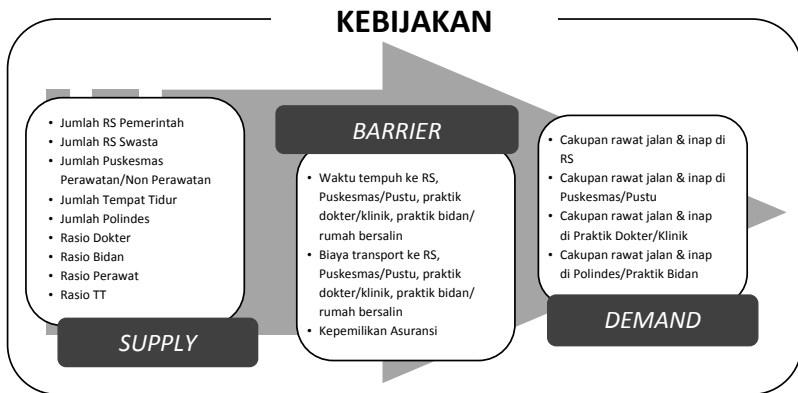
A. Pendahuluan

Tujuan utama perumusan indeks aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia ini adalah untuk memetakan besarnya disparitas antarwilayah. Data pemetaan ini menjadi penting bagi para pengambil kebijakan dalam merumuskan wilayah-wilayah mana yang perlu akselerasi dalam pembangunan fasilitas kesehatan, termasuk dalam hal penempatan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhannya.

Perumusan indeks ini melibatkan data dari 497 kabupaten/kota dalam perumusannya. Data diambil bersumber dari 5 institusi yang berbeda sebagai berikut.

1. Laboratorium Manajemen Data Badan Litbang Kesehatan
 - a. Data cakupan rawat jalan (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.

- b. Data cakupan rawat inap (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.
 - c. Data Waktu tempuh (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.
 - d. Data biaya transport (RS Pemerintah & Swasta, Puskesmas/Pustu, Praktik Dokter/Klinik, Praktik Bidan/RB) per kabupaten/kota tahun 2013.
 - e. Data cakupan kepemilikan asuransi per kabupaten/kota tahun 2013.
2. Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI
- a. Data Jumlah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah per kabupaten/kota tahun 2014.
 - b. Data Jumlah Rumah Sakit Umum milik swasta per kabupaten/kota tahun 2014.
3. Pusat Perencanaan dan Penggunaan Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
- a. Data jumlah Polindes per kabupaten/kota tahun 2014.
 - b. Data jumlah dokter per kabupaten/kota tahun 2014.
 - c. Data jumlah bidan per kabupaten/kota tahun 2014.
 - d. Data jumlah perawat per kabupaten/kota tahun 2014.
4. Dirjen Bina Upaya Kesehatan
- a. Data jumlah tempat tidur (Puskesmas dan Rumah Sakit) per kabupaten/kota tahun 2014.
5. Badan Pusat Statistik
- a. Data jumlah penduduk per kabupaten/kota tahun 2014.
 - b. Data luas wilayah per kabupaten/kota tahun 2014.



Sumber: Diadaptasi dari Jones, Stephen G., 2012

Gambar 3.1 Kerangka Konsep “Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan” dengan Pendekatan Sistem pada Manajemen

Perumusan indeks dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem pada manajemen yang diadaptasi dari Jones (2012), seperti pada Gambar 3.1. Definisi operasional masing-masing variabel dapat dilihat pada Lampiran 1.

B. Perumusan Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Secara umum perumusan indeks aksesibilitas pelayanan kesehatan didahului dengan perumusan indeks variabel pembangunnya. Ada tiga indeks yang disusun terlebih dahulu, yaitu: indeks *supply*, dan indeks *barrier*, dan indeks *demand*.

1. Indeks *Demand*

a. Komponen Indikator Indeks *Demand*

Penentuan indikator indeks *demand* berdasarkan kerangka konsep yang disusun dan ketersediaan data. Kandidat indikator indeks *demand* adalah sebagai berikut.

- 1) Cakupan rawat jalan di rumah sakit.
- 2) Cakupan rawat jalan di Puskesmas/Pustu.

- 3) Cakupan rawat jalan di praktik dokter/Klinik.
- 4) Cakupan rawat jalan di praktik bidan/rumah bersalin.
- 5) Cakupan rawat inap di rumah sakit.
- 6) Cakupan rawat inap di Puskesmas/Pustu.
- 7) Cakupan rawat inap di praktik dokter/klinik.
- 8) Cakupan rawat inap di praktik bidan/rumah bersalin.

b. Penyaringan Indikator Indeks *Demand*

Pemilihan/penyaringan indikator indeks *demand* dilakukan melalui langkah statistik. Pada semua kandidat indikator, dilakukan uji korelasi secara bersama-sama untuk mengetahui indikator mana yang memiliki korelasi tinggi antarindikator.

Dengan dilakukan uji korelasi pada 8 kandidat indikator, diperoleh hasil bahwa semua indikator tidak memiliki nilai korelasi antarindikator yang lebih besar dari 0,600. Dengan dasar hasil tersebut, semua indikator akan masuk ke dalam formulasi indeks *demand* sehingga akhir kandidat indikator adalah 8 indikator, yaitu cakupan rawat jalan di rumah sakit, cakupan rawat jalan di Puskesmas/Pustu, cakupan rawat jalan di praktik dokter/klinik, cakupan rawat jalan di praktik bidan/rumah bersalin, cakupan rawat inap di rumah sakit, cakupan rawat inap di Puskesmas/Pustu, cakupan rawat inap di praktik dokter/klinik, cakupan rawat inap di praktik bidan/rumah bersalin.

c. Pemberian Bobot dan Pembentukan Indeks *Demand*

Indeks *demand* diberlakukan sebagai indeks *outcome*; sebelum terbentuk indeks *demand*, dihitung skor *demand*. Pemberian bobot pada masing-masing indikator berdasarkan metode skala dengan justifikasi sesuai dengan alur sistem rujukan (*referral system*) pelayanan kesehatan. Fasilitas rumah sakit mendapat bobot 8, Puskesmas/Pustu mendapat bobot 6, praktik

dokter/klinik mendapat bobot 4, dan praktik bidan/rumah bersalin mendapat bobot 2. Setiap indikator dikalikan dengan bobot.

$$\text{Skor Demand} = (\text{indeks I} * \text{bobot}) + (\text{indeks II} * \text{bobot}) + (\text{indeks III} * \text{bobot}) + (\text{indeks IV} * \text{bobot}) + (\text{indeks V} * \text{bobot}) + (\text{indeks VI} * \text{bobot}) + (\text{indeks VII} * \text{bobot}) + (\text{indeks VIII} * \text{bobot})$$

$$\text{Skor Demand} = (\text{indeks I} * 8) + (\text{indeks II} * 6) + (\text{indeks III} * 4) + (\text{indeks IV} * 2) + (\text{indeks V} * 8) + (\text{indeks VI} * 6) + (\text{indeks VII} * 4) + (\text{indeks VIII} * 2)$$

Keterangan:

Indeks I : Indeks Cakupan rawat jalan di rumah sakit

Indeks II : Indeks Cakupan rawat jalan di Puskesmas/Pustu

Indeks III : Indeks Cakupan rawat jalan di praktik dokter/klinik

Indeks IV : Indeks Cakupan rawat jalan di praktik bidan/rumah bersalin

Indeks V : Indeks Cakupan rawat inap di rumah sakit

Indeks VI : Indeks Cakupan rawat inap di Puskesmas/Pustu

Indeks VII : Indeks Cakupan rawat inap di praktik dokter/klinik

Indeks VIII : Indeks Cakupan rawat inap di praktik bidan/rumah bersalin

Setelah diperoleh skor *demand*, tahap selanjutnya menghitung indeks *demand*.

- 1) nilai relatif kabupaten/kota

$$\frac{\text{Skor demand}}{\text{Rata-rata skor demand}}$$

- 2) indeks *demand*

$$\frac{\text{Nilai relatif kabupaten/kota}}{\text{Nilai relatif maksimal}}$$

2. Indeks Supply

Supply dalam pelayanan kesehatan adalah penyediaan pelayanan kesehatan yang disampaikan kepada individu oleh kombinasi tenaga pelayanan kesehatan (seperti: dokter, perawat, teknisi, dan para asistennya) dan fasilitas (seperti: rumah sakit,

klinik rawat jalan, dan laboratorium klinis). Fungsi *supply* (produksi) menggambarkan hubungan antara *output* yang berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas dan sumber daya (*resources*) yang digunakan untuk memproduksinya.

Faktor yang mempengaruhi *Supply* dalam pelayanan kesehatan merupakan *derivate* (turunan) dari *supply* pada umumnya. Dengan demikian, *supply* pelayanan kesehatan juga merupakan fungsi produksi di mana yang mempengaruhi *supply* adalah faktor internal organisasi. Faktor yang mempengaruhi *supply* dalam pelayanan kesehatan, antara lain 6M, 2T, 1I yang dapat dijabarkan sebagai berikut.

- a. *Man*: dokter, dokter spesialis, bidan, perawat, skm, farmasi, tenaga administrasi, dan lain sebagainya.
- b. *Money*: biaya operasional, biaya investasi, dan biaya lain-lain.
- c. *Material*: berhubungan dengan logistik pelayanan kesehatan, misalnya: obat, suntik, bahan makanan, dan sebagainya.
- d. *Method*: SOP rumah sakit, Standart Pelayanan Minimal (SPM), dan lain-lain.
- e. *Machine*: peralatan laboratorium, peralatan unit penunjang, *incinerator*, dan lain-lain.
- f. *Market*: wilayah kerja pelayanan kesehatan, segmentasi pasar, masyarakat sasaran yang dibidik berdasarkan proses STP (*segmenting*, *targeting*, dan *posisioning*).
- g. Teknologi: kecanggihan dan kemutakhiran teknologi yang digunakan, misalnya: *finger print*, dan sebagainya.
- h. *Time*: waktu yang digunakan untuk pelayanan, unit pelayanan.
- i. Informasi: melalui internet, pamflet dan *leaflet*.

a. Komponen Indikator Indeks *Supply*

Penentuan indikator indeks *supply* berdasarkan kerangka konsep yang disusun dan ketersediaan data. Kandidat indikator indeks *supply* adalah sebagai berikut.

- 1) Jumlah rumah sakit pemerintah
- 2) Jumlah rumah sakit swasta
- 3) Jumlah Puskesmas non-perawatan
- 4) Jumlah Puskesmas perawatan
- 5) Rasio dokter per jumlah penduduk
- 6) Rasio bidan per jumlah penduduk
- 7) Rasio perawat per jumlah penduduk
- 8) Rasio tempat tidur per jumlah penduduk.

b. Penyaringan Indikator Indeks *Supply*

Penyaringan indikator indeks *supply* dilakukan melalui langkah statistik. Semua kandidat indikator dilakukan uji korelasi secara bersama-sama untuk mengetahui indikator mana yang memiliki korelasi tinggi antar indikator.

- 1) Dilakukan uji korelasi pada 8 kandidat indikator. Hasil menunjukkan bahwa jumlah RS pemerintah dan RS swasta memiliki nilai korelasi yang cukup tinggi, yaitu sebesar 0,642. Dengan dasar hasil tersebut, jumlah RS pemerintah dan RS swasta digabungkan menjadi angka jumlah RS sehingga kandidat indikator berkurang menjadi 7.
- 2) Ketujuh kandidat indikator diuji korelasi kembali, dan diperoleh hasil uji korelasi bahwa tidak ada nilai korelasi yang tinggi antarkandidat indikator. Dengan hasil tersebut, ketujuh indikator akan dimasukkan dalam indikator penyusun indeks *supply*.

c. Pembentukan Indeks masing-masing Indikator *Supply*

Sebelum menuju perhitungan komposit indeks *supply*, setiap indikator dibentuk indeks. Secara umum, indeks setiap indikator dihitung dengan rumus berikut.

- 1) Menghitung nilai relatif kabupaten/kota

$$\frac{\text{Nilai Indikator per kabupaten/kota}}{\text{Rata-rata indikator}}$$

- 2) Menghitung indeks

$$\frac{\text{Nilai Relatif Kabupaten/Kota}}{\text{Nilai Relatif Maksimal}}$$

Langkah menghitung indeks dilakukan pada semua indikator kandidat indeks *Supply*, yaitu:

- 1) Indeks jumlah rumah sakit
- 2) Indeks jumlah Puskesmas non-perawatan
- 3) Indeks jumlah Puskesmas perawatan
- 4) Indeks rasio dokter per jumlah penduduk
- 5) Indeks rasio bidan per jumlah penduduk
- 6) Indeks rasio perawat per jumlah penduduk
- 7) Indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk

d. Pemberian Bobot dan Pembentukan Indeks *Supply*

Beberapa komponen komposit indeks *supply* tersebut di atas diberi bobot dengan cara uji statistik regresi linier, dengan variabel dependen adalah indeks *demand* dan independen variabel adalah indeks jumlah rumah sakit, indeks jumlah Puskesmas non-perawatan, indeks jumlah Puskesmas perawatan, indeks rasio dokter per jumlah penduduk, indeks rasio bidan per jumlah penduduk, indeks rasio perawat per jumlah penduduk, indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk sehingga diperoleh bobot

masing-masing indeks, yaitu **proporsi nilai part** pada hasil uji regresi linier.

Indeks *Supply* adalah penjumlahan komponen indeks yang sudah dikalikan bobot.

$$\text{Indeks Supply} = (\text{indeks I} * \text{bobot}) + (\text{indeks II} * \text{bobot}) + (\text{indeks III} * \text{bobot}) + (\text{indeks IV} * \text{bobot}) + (\text{indeks V} * \text{bobot}) + (\text{indeks VI} * \text{bobot}) + (\text{indeks VII} * \text{bobot})$$

$$\text{Indeks Supply} = (\text{indeks I} * 0,0282) + (\text{indeks II} * 0,0718) + (\text{indeks III} * 0,3761) + (\text{indeks IV} * 0,1326) + (\text{indeks V} * 0,0032) + (\text{indeks VI} * 0,3332) + (\text{indeks VII} * 0,0548)$$

Keterangan:

Indeks I : Indeks jumlah rumah sakit

Indeks II : Indeks jumlah Puskesmas non-perawatan

Indeks III : Indeks jumlah Puskesmas perawatan

Indeks IV : Indeks rasio dokter per jumlah penduduk

Indeks V : Indeks rasio bidan per jumlah penduduk

Indeks VI : Indeks rasio perawat per jumlah penduduk

Indeks VII : Indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk

3. Indeks *Barrier*

a. Komponen Indikator Indeks *Barrier*

Penentuan indikator indeks *barrier* berdasarkan kerangka konsep yang disusun dan ketersediaan data. Kandidat indikator indeks *barrier* sebagai berikut.

- 1) Waktu tempuh ke rumah sakit
- 2) Waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu
- 3) Waktu tempuh ke praktik dokter/klinik
- 4) Waktu tempuh ke praktik bidan/rumah bersalin
- 5) Biaya transport ke rumah sakit
- 6) Biaya transport ke Puskesmas/Pustu
- 7) Biaya transport ke praktik dokter/klinik

- 8) Biaya transport ke praktik bidan/rumah bersalin
- 9) Kepemilikan asuransi.

b. Penyaringan Indikator Indeks *Barrier*

Penyaringan indikator indeks *barrier* dilakukan melalui langkah statistik. Pada seluruh kandidat indikator, dilakukan uji korelasi secara bersama-sama untuk mengetahui indikator mana yang memiliki korelasi tinggi antarindikator.

Dengan uji korelasi yang dilakukan pada 9 kandidat indikator, diperoleh hasil bahwa beberapa indikator memiliki nilai korelasi yang cukup tinggi satu sama lain, yaitu lebih besar dari 0,600. Berdasarkan hasil tersebut, dilakukan pengeluaran indikator secara bertahap satu per satu, dengan urutan biaya transport menuju praktik dokter/klinik, waktu tempuh menuju praktik dokter/klinik, biaya transport menuju praktik rumah sakit, biaya transport menuju praktik bidan/rumah bersalin, biaya transport menuju Puskesmas/Pustu. Akhir kandidat indikator adalah 4 indikator, yaitu kepemilikan asuransi, waktu tempuh menuju rumah sakit, waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu, dan waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin.

c. Pembentukan Indeks Masing-masing Indikator *Barrier*

Setiap indikator terpilih dibentuk indeks, sebelum menuju perhitungan komposit indeks *barrier*. Secara umum, indeks setiap indikator dihitung dengan rumus:

- 1) Menghitung nilai relatif kabupaten/kota

$$\frac{\text{Nilai Indikator per kabupaten/kota}}{\text{Rata-rata indikator}}$$

- 2) Menghitung indeks

$$\frac{\text{Nilai Relatif Kabupaten/Kota}}{\text{Nilai Relatif Maksimal}}$$

d. Langkah Menghitung Indeks Dilakukan pada Semua Indikator Kandidat Indeks *Barrier*

- 1) Indeks kepemilikan asuransi
- 2) Indeks waktu tempuh menuju rumah sakit
- 3) Indeks waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu
- 4) Indeks waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin

e. Pemberian Bobot dan Pembentukan Indeks *Barrier*

Beberapa komponen komposit indeks *barrier* tersebut di atas diberi bobot dengan cara uji statistik regresi linier. Variabel dependen adalah indeks *demand* dan independen variabel adalah kepemilikan asuransi, waktu tempuh menuju rumah sakit, waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu, dan waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin sehingga diperoleh bobot masing-masing indeks, yaitu: **proporsi nilai part** pada hasil uji regresi linier.

Indeks *barrier* adalah penjumlahan komponen indeks yang sudah dikalikan bobot.

$$\text{Indeks Barrier} = (\text{indeks I} * \text{bobot}) + (\text{indeks II} * \text{bobot}) + (\text{indeks III} * \text{bobot}) + (\text{indeks IV} * \text{bobot})$$

$$\text{Indeks Barrier} = (\text{indeks I} * 0,4090) + (\text{indeks II} * 0,3841) + (\text{indeks III} * 0,0173) + (\text{indeks IV} * 0,1896)$$

Keterangan:

Indeks I : Indeks kepemilikan asuransi

Indeks II : Indeks waktu tempuh menuju rumah sakit

Indeks III : Indeks waktu tempuh menuju Puskesmas/Pustu

Indeks IV : Indeks waktu tempuh menuju praktik bidan/rumah bersalin

C. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Indeks aksesibilitas dibentuk dari kelompok indikator yang mempengaruhi gambaran riil keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, yang dalam hal ini tercermin sebagai indeks *demand*. Indeks aksesibilitas terbentuk dari indeks *supply* dan indeks *barrier*.

$$\text{Indeks Aksesibilitas} = (\text{Indeks Supply} + \text{Indeks Barrier})/2$$

1. Kesenjangan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Kota dan Kabupaten

Dari 497 kabupaten/kota terdiri dari 399 kabupaten dan 98 kota. *Demand* dalam pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang sesungguhnya dimanfaatkan oleh konsumen/pasien. Dari tabel 3.1 menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan di kota lebih besar daripada di wilayah kabupaten ($p=0,000$), yang ditunjukkan dengan rata-rata indeks *demand* di kota sebesar 0,639 dan rata-rata di kabupaten adalah 0,406.

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan indeks *supply* pada kelompok kabupaten dan kelompok kota, hal ini ditunjukkan dari nilai p hasil t-test (0,002). Dengan nilai rata-rata indeks *supply* pada kelompok kabupaten adalah 0,147 dan standar deviasi 0,071. Rerata pada kelompok kota lebih tinggi dari kelompok kabupaten, yaitu sebesar 0,172 dan standar deviasi 0,068.

Hal yang sama juga terjadi pada sub indeks *barrier*, di mana rata-rata angka indeks di kota (0,405) secara signifikan ($p= 0,000$) lebih besar daripada indeks *barrier* di kabupaten (0,276). Indeks di kota lebih besar menunjukkan bahwa kondisi akses yang lebih baik di wilayah kota. Akses di sini ditunjukkan dari kepemilikan

asuransi, waktu tempuh ke RS, waktu tempuh ke Puskesmas, dan waktu tempuh menuju praktik bidan.

Tabel 3.1. Kesenjangan Sub Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Kabupaten/Kota di Indonesia Tahun 2013

Indeks	Kabupaten/Kota	N	Mean \pm SD	p
<i>Demand</i>	Kabupaten	399	0,406 \pm 0,154	0,000
	Kota	98	0,639 \pm 0,150	
<i>Supply</i>	Kabupaten	399	0,147 \pm 0,071	0,002
	Kota	98	0,172 \pm 0,068	
<i>Barrier</i>	Kabupaten	399	0,276 \pm 0,086	0,000
	Kota	98	0,405 \pm 0,087	

Sumber: Hasil olahan peneliti

Indeks *supply* terdiri dari komponen indeks Jumlah Rumah Sakit, indeks Jumlah Puskesmas non perawatan, indeks Jumlah Puskesmas perawatan, indeks Rasio dokter per jumlah penduduk, indeks Rasio bidan per jumlah penduduk, indeks Rasio perawat per jumlah penduduk, indeks rasio tempat tidur per jumlah penduduk. Komponen inilah unsur pendukung utama berjalannya pelayanan kesehatan.

Tabel 3.2. Indikator *Supply* Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan, Analisis Tingkat Kabupaten/Kota di Indonesia Tahun 2013

Tipe Wilayah	Indikator <i>Supply</i>	<i>Mean</i>	Min	Maks
Kabupaten	Jumlah Dokter	33,07	0	203
	Jumlah Perawat	220,37	0	799
	Jumlah Bidan	223,82	0	1.173
	Rasio Dokter per 100.000 pddk	10,16	0,00	73,85
	Rasio Perawat per 100.000 pddk	81,81	0,00	550,09
	Rasio Bidan per 100.000 pddk	59,61	0,00	274,03
Kota	Jumlah Dokter	44,01	6	246
	Jumlah Perawat	163,40	21	823
	Jumlah Bidan	119,07	7	415
	Rasio Dokter per 100.000 pddk	10,90	1,90	33,49
	Rasio Perawat per 100.000 pddk	56,12	5,29	322,38
	Rasio Bidan per 100.000 pddk	40,26	3,78	202,74

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.2 menunjukkan distribusi persebaran jumlah dan rasio tenaga kesehatan dokter, perawat dan bidan di kabupaten dan kota. Persebaran tenaga dokter baik dari segi jumlah maupun rasio masih lebih banyak di kota. Namun demikian distribusi jumlah dan rasio bidan lebih banyak di kabupaten daripada di kota. Begitu

juga pada perawat, jumlah dan rasio per penduduk lebih banyak di kabupaten daripada di kota.

Dari tabel 3.2 tampak bahwa meskipun secara rerata rasio dokter per penduduk masih sedikit lebih tinggi persebaran di kota, tetapi untuk maksimum rasio dokter jauh lebih banyak di kabupaten (73,85) dibandingkan di kota (33,49). Hal ini dapat menjadi tanda bahwa di antara kelompok kabupaten terdapat disparitas persebaran tenaga dokter. Bahkan di kabupaten masih ada wilayah yang tidak ada tenaga dokter, hal ini ditunjukkan nilai jumlah dan rasio minimum nol. Pada tenaga perawat, rasio maksimum di kabupaten jauh lebih tinggi (550,09) daripada di kota (322,38). Hal ini dapat terjadi, jumlah tenaga perawat yang banyak berada di wilayah kabupaten yang memiliki populasi sedikit. Pada tenaga bidan, baik segi bidan maupun rasio memang lebih banyak di kabupaten daripada di kota. Dengan nilai maksimum rasio bidan juga lebih banyak di kabupaten. Seperti halnya tenaga dokter, pada tenaga bidan dan perawat juga masih ada wilayah kabupaten yang tidak ada tenaga bidan maupun perawat, yang ditunjukkan dengan jumlah dan rasio minimum nol.

Pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kondisi sumber daya manusia dan fasilitas pelayanan yang mendukung. Pemerataan tenaga kesehatan merupakan suatu masalah di beberapa kabupaten yang sampai saat ini belum teratasi. Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas di wilayah kepulauan sangat kurang dibanding Puskesmas perkotaan. Rasio jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan lain-lain) terhadap 100.000 penduduk yang harus dilayani masih kurang dan masih jauh di bawah rata-rata rasio nasional. Di lain pihak, penempatan tenaga yang tidak merata telah mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di daerah terpencil (Herman dan Hasanbasri, 2008).

Beberapa faktor penyebab kurang diminatinya suatu daerah biasanya berkaitan dengan situasi geografi, sosial budaya, adat istiadat, kondisi ekonomi daerah dan penduduknya, peluang karir, kelengkapan sarana, fasilitas transportasi dan komunikasi, pelayanan administrasi, peluang mengikuti pendidikan dan pelatihan atau pendidikan lanjutan, lama waktu penugasan, serta citra tentang daerah tersebut (Ayuningtyas, 2006).

Keadaan geografis yaitu jarak yang sangat jauh dan berada di kepulauan juga mengurangi retensi tenaga, semakin jauh atau semakin sulit lokasi tempat tugas semakin tinggi keinginan pindah. Hasil riset tentang kelangsungan pekerja kesehatan tahun 2007 (Herman dan Hasanbasri, 2008), di pedesaan Scotlandia ditemukan bahwa mereka yang bekerja di pedesaan merasa lebih terisolasi dibanding di kota kecil. Kondisi tempat kerja yang serba terbatas mengakibatkan ketidakpuasan, sehingga mereka ingin meninggalkan pekerjaannya. Perpindahan tenaga kesehatan akan semakin menambah permasalahan baik Puskesmas yang ditinggalkan maupun Puskesmas yang dituju. Puskesmas yang dituju kelebihan tenaga sementara Puskesmas yang ditinggalkan kekurangan tenaga.

Distribusi tenaga kesehatan tidak hanya berbicara mengenai *deployment* saja, tetapi juga berbicara tentang masalah kesinambungan pasokan tenaga, lama tinggal, pengembangan profesi dan karir tenaga kesehatan beserta keluarganya. Pengertian keseimbangan distribusi sumber daya manusia dari pandangan ekonomi, menurut Roy et al. (1996), adalah penyebaran keterampilan sumber daya manusia sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan, sehingga terjadi keseimbangan *supply* dengan *demand*. Maldistribusi keterampilan terjadi bila jumlah sumber daya manusia dengan keterampilan tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan atau melebihi kebutuhan (Meliala, 2009).

Tabel 3.3 Indikator *Supply* Distribusi Fasilitas Kesehatan di Kabupaten dan Kota di Indonesia tahun 2013

Wilayah	Indikator <i>Supply</i>	Mean	Min	Maks
Kabupaten	Jumlah Puskesmas Perawatan	7,55	0,00	32,00
	Jumlah Puskesmas Non Perawatan	12,34	0,00	82,00
	Jumlah RS pemerintah dan swasta	3,08	0,00	41,00
	Total Tempat Tidur	433,41	0,00	6.614,00
	Rasio Tempat Tidur	1,14	0,00	9,54
Kota	Jumlah Puskesmas Perawatan	3,05	0,00	16,00
	Jumlah Puskesmas Non Perawatan	13,92	0,00	83,00
	Jumlah RS pemerintah dan swasta	10,72	0,00	65,00
	Total Tempat Tidur	1.505,52	36,00	9.521,00
	Rasio Tempat Tidur	3,16	0,40	14,51

Sumber: Hasil olahan peneliti

Berdasarkan Tabel 3.3 secara umum ketersediaan fasilitas kesehatan (*supply*) di Kota jauh lebih bagus dari pada di Kabupaten, dengan kesenjangan yang cukup lebar. Kesenjangan ini terjadi pada indikator jumlah rumah sakit (pemerintah dan swasta), total tempat tidur tersedia, maupun rasio tempat tidur dibanding dengan jumlah penduduk.

Bila kita melihat rerata jumlah Puskesmas Perawatan, terlihat bahwa Kabupaten memiliki rata-rata jumlah lebih tinggi dibanding dengan Kota. Fenomena ini bisa dipahami bahwa keberadaan Puskesmas Perawatan merupakan sebuah upaya untuk mendekatkan jangkauan pelayanan rawat inap pada masyarakat di Kabupaten, dikarenakan jumlah Rumah sakit yang terbatas.

Salah satu permasalahan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah disparitas kesehatan, meskipun secara nasional kualitas kesehatan telah meningkat namun disparitas antar kawasan, antar tingkat ekonomi dan antar perkotaan dan pedesaan masih cukup tinggi (Adisasmito, 2007). Pada tahun 2002, rerata setiap penduduk baru bisa dilayani oleh 3,5 Puskesmas yang jumlahnya kurang, kualitas dan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan di Puskesmas masih menjadi kendala. Jumlah seluruh tempat tidur di rumah sakit tahun 2013 sebanyak 127.217 tempat tidur atau rerata 61 tempat tidur melayani 100.000 penduduk (Adisasmito, 2007). Pembangunan Puskesmas sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia di setiap kecamatan dimulai jauh sebelum deklarasi Alma Alta (sidang WHO, 1978), sampai dengan tahun 2007 telah dibangun 7.234 Puskesmas, 21.115 Pustu, dan 342 rumah sakit umum. Pada tahun 1996 jumlah seluruh rumah sakit termasuk rumah sakit swasta dan rumah sakit khusus adalah 1.074 dengan jumlah tempat tidur 120.083 buah dan mempekerjakan lebih dari 35.000 dokter untuk menyediakan pelayanan kesehatan (Thabrany, 2005). Rerata Puskesmas melayani 83 pasien per hari dan rata-rata tingkat pemakaian tempat tidur (BOR) rumah sakit kelas A dan B sekitar 60% sedangkan kelas C dan D kurang dari 55% (Depkes, 1998).

Makna disparitas kesenjangan dan ketidakadilan yang menimbulkan disparitas pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan di wilayah kota dan kabupaten, rendahnya kinerja sistem kesehatan dan hal terkait lainnya, sehingga menjadikan Indonesia dalam tiga dekade ini masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan berbagai negara tetangga, yaitu Thailand, Filipina, Sri Lanka dan Malaysia. Hal ini dinilai mempunyai korelasi yang kuat dengan pendanaan kesehatan (Thabrany, 2005).

Tabel 3.4 Persentase Indikator *Barrier* di Kabupaten dan Kota di Indonesia, Tahun 2013

Wilayah	Indikator	Mean	Min	Maks
Kabupaten	Kepemilikan asuransi (%)	56,72	0,22	100,00
	Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	20,70	0,00	90,43
	Waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu ≤ 30 menit (%)	77,52	11,20	99,60
	Waktu tempuh ke Praktik dokter/klinik ≤ 30 menit (%)	34,63	0,00	97,84
	Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	39,06	0,00	91,36
	Biaya transport ke RS ≤ 50.000 (%)	25,39	0,00	92,05
	Biaya transport ke Puskesmas/Pustu ≤ 10.000 (%)	77,21	20,91	99,94
	Biaya transport ke Praktik dokter/klinik ≤ 10.000 (%)	33,44	0,00	96,17
	Biaya transport ke Praktik Bidan/RB ≤ 10.000(%)	44,93	0,00	97,97
	Cakupan asuransi (%)	57,49	23,91	98,48
Kota	Waktu tempuh ke RS ≤ 60 menit (%)	68,85	0,00	99,19
	Waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu ≤ 30 menit (%)	91,45	66,70	99,84
	Waktu tempuh ke Praktik dokter/klinik ≤ 30 menit (%)	69,37	24,43	98,16
	Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB ≤ 15 menit (%)	58,80	1,49	92,15
	Biaya transport ke RS ≤ 50.000 (%)	70,08	0,00	99,42
	Biaya transport ke Puskesmas/Pustu ≤ 10.000 (%)	90,07	60,1	99,6
	Biaya transport ke Praktik dokter/klinik ≤ 10.000 (%)	67,9	24,9	97,4
	Biaya transport ke Praktik Bidan/RB ≤ 10.000 (%)	65,6	2,0	96,6

Sumber: Hasil olahan peneliti

Berdasarkan Tabel 3.4 terlihat hampir tidak ada perbedaan untuk persentase cakupan kepemilikan asuransi. Kabupaten dan Kota sama-sama memiliki rerata antara 56-57%. Kesenjangan paling besar pada indikator *barrier* antara Kabupaten dan Kota adalah pada indikator waktu tempuh ke Rumah Sakit. Rata-rata masih ada 79,80% penduduk Kabupaten yang harus menempuh waktu lebih dari 60 menit untuk mencapai Rumah Sakit. Angka ini jauh di atas rata-rata penduduk Kota yang hanya pada kisaran 31,15% penduduk saja.

Selain kuantitas, kualitas pelayanan masih di bawah standar, pelayanan rujukan belum optimal, kesulitan administrasi dan lamanya waktu tunggu. Data menunjukkan bahwa 48,7% masalah pelayanan kesehatan adalah karena kendala biaya, jarak dan transportasi (Adisasmito, 2007).

Sistem kesehatan berkaitan erat dengan pemegang kebijakan pemerintahan, dan salah satu kunci sistem kesehatan adalah pendanaan kesehatan. Prinsip dasar sistem pendanaan adalah *equity*, yaitu sistem pendanaan kesehatan yang adil dan merata di mana pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan tidak memberatkan masyarakat.

Belanja berobat di berbagai negara merupakan bagian terbesar dari belanja kesehatan suatu negara karena sifat pelayanan kesehatan dasar adalah sifat kebutuhan pelayanan kesehatan yang tidak bisa dipastikan besar biayanya serta kepentingan publik yang memihak pada rakyatnya.

Pendanaan kesehatan di Indonesia selama ini tergantung pada pendanaan dari sumber anggaran pemerintahan dan biaya dari kantong sendiri (*out of pocket*) yang memberatkan masyarakat pada saat sakit sehingga bisa menimbulkan kemiskinan.

Asuransi merupakan salah satu cara pembiayaan kesehatan sebagai pengendalian biaya menggantikan cara pembayaran

langsung (*Out of Pocket*) hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Untuk mengatasi ketidakmampuan pembayaran langsung oleh masyarakat yang kurang mampu dan mengalami kesulitan dalam melakukan pembayaran. Asuransi lebih berkembang di negara dengan pendapatan yang besar dan negara maju serta kelompok masyarakat mampu dibandingkan dengan masyarakat miskin. Salah satu upaya untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pendanaan publik atau asuransi kesehatan publik, namun cakupan asuransi kesehatan di Indonesia masih rendah yaitu sekitar 16% dari jumlah penduduk (Thabrany, 2005). Asuransi merupakan salah satu upaya dalam mengatasi tingginya biaya pelayanan kesehatan yang umumnya disebabkan oleh kenaikan pemanfaatan pelayanan dan kenaikan biaya pelayanan kesehatan.

Negara berkembang seperti Indonesia memerlukan suatu sistem pelayanan asuransi kesehatan, sehingga memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada seluruh lapisan masyarakat. Perkembangan sistem asuransi kesehatan di Indonesia belum sesuai harapan maka untuk menanggulangi jaminan pelayanan kesehatan terhadap penduduk miskin pemerintah menyediakan subsidi melalui Puskesmas dan rumah sakit untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin. Mulai tahun 2014 pemerintah memulai sistem asuransi universal bagi pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia dengan menerapkan sistem *universal health coverage*, BPJS.

Bagi negara dengan pendapatan lebih dari 600 dolar perkapita pertahun, asuransi merupakan hal yang penting karena pelayanan yang bersifat tambahan hanya dapat dipenuhi pembayarannya oleh sistem asuransi karena membutuhkan biaya yang tinggi, juga pada kasus-kasus *catastrophic*.

Seiring dengan pertumbuhan ekonomi Indonesia yang cukup tinggi serta kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat yang semakin meningkat akan pelayanan kesehatan yang baik sejak tahun 2014 ditetapkan asuransi sosial yaitu dengan adanya BPJS kesehatan sejak bulan Januari 2014. Sejak tahun 2014 pemerintah Indonesia membuat komitmen untuk menyediakan jaminan asuransi kesehatan bagi seluruh masyarakat melalui suatu sistem asuransi kesehatan publik yang bersifat wajib dengan diterbitkannya UU tentang BPJS. Peranan pemerintah sangatlah besar pada perkembangan asuransi suatu negara. Penerapan BPJS merupakan sebagai upaya untuk meningkatkan cakupan asuransi bagi pelayanan kesehatan di Indonesia. BPJS pada intinya merupakan program asuransi kesehatan sosial yang dilakukan secara bertahap dengan diberikan jaminan buat kelompok masyarakat tertentu.

Peningkatan biaya belanja kesehatan suatu negara tidak selalu berpengaruh pada peningkatan kesehatan status kesehatan masyarakat, karena ada faktor-faktor lain yang berperan dalam peningkatan status kesehatan yaitu faktor-faktor lingkungan, keturunan dan faktor-faktor sosial budaya (tingkah laku, dsb). Penelitian di RRC dan Sri Lanka menunjukkan bahwa faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Kedua negara tersebut menunjukkan walaupun pendapatan perkapita mereka masih rendah namun memiliki status kesehatan yang baik (Sulastomo, 2007).

Ketimpangan akses pelayanan juga dapat terjadi karena faktor geografis. Aspek geografis setidaknya meliputi akses keterpencilan wilayah atau berdekatan dengan perbatasan. Akses geografis ke penyedia layanan kesehatan lebih sulit di wilayah pinggiran. Indonesia memiliki beberapa karakteristik yang menyebabkan

terjadinya maldistribusi tenaga dokter. Secara geografis, Indonesia memiliki berbagai daerah yang sulit untuk dijangkau, di mana daerah-daerah tersebut sama sekali tidak menarik minat dokter untuk bekerja dalam jangka waktu yang lama (Meliala, 2009).

2. Kesenjangan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin

Tabel 3.5 Kesenjangan Nilai Sub Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Indeks	Wilayah	Mean	Minimum	Maksimum
<i>Supply</i>	Non Miskin	0,152	0,037	0,478
	Miskin	0,151	0,025	0,432
<i>Barrier</i>	Non Miskin	0,476	0,131	0,946
	Miskin	0,416	0,006	0,803
<i>Demand</i>	Non Miskin	0,100	0,009	0,304
	Miskin	0,125	0,011	1,000
Aksesibilitas	Non Miskin	0,314	0,112	0,646
	Miskin	0,283	0,016	0,554

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.5 menunjukkan rerata Indeks *supply*, *barrier*, dan aksesibilitas penduduk di daerah miskin sedikit lebih rendah dibandingkan dengan daerah non miskin, demikian pula dilihat dari nilai minimum dan nilai maksimum. Hal ini menunjukkan bahwa pembangunan memang lebih banyak dilakukan di daerah non miskin, hal inilah yang membuat akses ke pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah dan tersedia lebih baik di kabupaten/kota non miskin.

Tabel 3.6 Kesenjangan Nilai Indikator *Supply* Tenaga Kesehatan Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	<i>Mean</i>	Min	Maks
Kabupaten	Non Miskin	Jumlah Dokter	37,13	0	203
		Jumlah Perawat	227,93	0	768
		Jumlah Bidan	240,73	0	1,075
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	10,43	0,00	73,85
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	74,16	0,00	550,09
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	58,72	0,00	274,03
	Miskin	Jumlah Dokter	28,51	0	98
		Jumlah Perawat	211,88	0	799
		Jumlah Bidan	204,84	0	1,173
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	9,85	0,00	65,09
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	90,39	0,00	463,33
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	60,60	0,00	250,60
Kota	Non Miskin	Jumlah Dokter	46,89	6	246
		Jumlah Perawat	165,59	21	823
		Jumlah Bidan	118,23	7	415
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	10,95	1,90	33,49
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	49,20	6,61	196,95
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	35,62	3,78	110,46
	Miskin	Jumlah Dokter	18,70	6	33
		Jumlah Perawat	144,10	26	211
		Jumlah Bidan	126,50	28	222
		Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	10,50	4,34	27,79
		Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	117,02	5,29	322,38
		Rasio Bidan per 100.000 Penduduk	81,08	13,82	202,74

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.6 menunjukkan rata-rata jumlah dokter paling tinggi di kota non miskin (46,89) , paling sedikit di kota miskin (18,70). Rata-rata rasio dokter hampir sama di semua kabupaten/kota miskin/non miskin, yaitu 10 dan mendekati 10. Hanya di kabupaten miskin dengan rasio 9,85 orang dokter per 100.000 penduduk. Rata-rata jumlah perawat paling tinggi di kabupaten non miskin (227,93), dan paling sedikit di kota miskin (144,10). Adapun rata-rata rasio perawat paling tinggi justru di kota miskin, yaitu mencapai 117,02 per 100.000 penduduk. Dan terendah adalah rasio perawat di kota yang non miskin (49,20 per 100.000 penduduk). Rata-rata jumlah tenaga bidan paling banyak di kabupaten non miskin, mencapai 240,73, yang paling sedikit tenaga bidan di kota non miskin (118,23). Sedang rata-rata rasio bidan paling tinggi di kota miskin, yang mencapai 81,08 per 100.000 penduduk, dan terendah adalah rasio bidan di kota yang non miskin (35,62 per 100.000 penduduk). Pada tabel juga ditunjukkan nilai minimum semua indikator di wilayah kabupaten (baik miskin ataupun non miskin) adalah 0 (nol). Artinya bahwa masih ada kabupaten yang tidak memiliki tenaga kesehatan. Hal ini berbeda dengan kondisi di kota (baik miskin ataupun non miskin), di mana semua wilayah sudah memiliki tenaga kesehatan.

Kesenjangan atau disparitas kesehatan berkaitan erat dengan kesenjangan derajat sosial ekonomi serta berkaitan dengan kebijakan para pemegang kekuasaan, terutama pemerintahan sebuah negara. Disparitas kesehatan baik antar wilayah maupun antar kelompok sosial bukan hanya terjadi di Indonesia, terjadi juga di berbagai negara (Houweling, 2006, Baum, 2002, Mishra, 2003 dalam Achmadi, 2012). Kelompok sosial ekonomi rendah cenderung mengalami angka kematian yang lebih tinggi dibandingkan kelompok negara atau kelompok masyarakat sosial ekonomi atas, maka dapat disimpulkan bahwa kelompok

miskin memiliki angka harapan hidup lebih pendek. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka-angka yang menunjukkan tingkat kesejahteraan yang direfleksikan oleh derajat kesehatan berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi, seperti sosial-ekonomi rendah biasanya akan menempati rumah yang tidak sehat, tidak memiliki jamban, tingkat pendidikan rendah (Mackenbach, 2003; Mishra, 2006; Bambra et al., 2005). Para pakar kesehatan masyarakat berpendapat senada, bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh tingkat kesejahteraan sosial penduduk, sedang derajat kesehatan penduduk ditentukan oleh para penguasa suatu wilayah atau sebuah negara.

Kemiskinan merupakan hal yang menjadi perhatian pemerintah di Indonesia sejak lama, berbagai upaya dilakukan untuk mengatasi kemiskinan penduduk di Indonesia. Pendekatan dalam mengatasi kemiskinan dilakukan oleh berbagai Instansi pemerintah seperti BKKBN, Departemen sosial, BPS dan Bank Dunia dan setiap badan tersebut mempunyai definisi dan indikator miskin masing-masing disesuaikan dengan kebutuhan instansi yang berkaitan dengan indikator miskin. Untuk sektor kesehatan indikator miskin akan berbeda dengan sektor pendidikan. Perbedaan definisi miskin ini menimbulkan kesulitan karena akan menimbulkan perbedaan jumlah penduduk miskin dari definisi yang berbeda, juga akan memboroskan waktu, tenaga dan anggaran hanya untuk pendataan hal yang sama yaitu penduduk miskin, diharapkan ada persamaan definisi penduduk miskin serta dikelola oleh satu badan yang sama untuk efisiensi (Mahlil, Thabrany, 2005).

Perhatian pemerintah Indonesia terhadap penduduk miskin telah dilakukan sejak lama yaitu dengan mengalokasikan pendanaan terhadap penduduk miskin seperti melalui program-program masyarakat di antaranya secara *geographic targetting* dengan program Inpres Desa Tertinggal (IDT), secara *individual*

targetting dengan Kredit Usaha Kecil (KUK), secara *supply side* dengan inpres obat, Jaring Pengaman Sosial (JPS) dan lain-lain. Pendanaan yang disebutkan itu merupakan pendanaan yang bersumber dari pemerintah, selain itu juga ada yang bersumber dari masyarakat seperti dana BAZIS (zakat, infak). Selain itu, ada pula dana pinjaman dari luar negeri seperti dari Asian Development Bank (ADB) (Mahlil, Thabrany, 2005).

Tingkat kemiskinan di pedesaan dilaporkan mencapai 17,35% dari jumlah penduduk di pedesaan, sedangkan di perkotaan sebesar 10,72 %. Pada tahun 2012 dilaporkan bahwa tingkat kemiskinan pedesaan turun menjadi 14,7% dari jumlah penduduk di pedesaan, sedangkan di perkotaan turun menjadi 8,6% (BPS, 2009).

Derajat kesehatan tidak tergantung pelayanan kesehatan (Barr, et al., 2004), tetapi lebih ditentukan oleh masalah-masalah sanitasi dasar, lingkungan hidup, seperti pencemaran udara maupun pencemaran air, pendidikan, kemiskinan, dan pendapatan masyarakat. Semua determinan tersebut sangat tergantung pada upaya pemberantasan kemiskinan dan pemerataan pendapatan (Achmadi, 2012).

Jepang, Canada dan Denmak adalah negara yang membuktikan perbedaan pendapatan tidak berpengaruh terhadap derajat kesehatan karena sistem pemerintahannya telah memberikan jaminan pendidikan, jaminan sosial, transportasi, serta berbagai kebijakan lainnya, sudah diberikan pemerintah dengan merata (Materia, et al., 2005). Negara lain yang bisa menjadi contoh adalah Sri Lanka dan Kerala (India), yang derajat kesehatan masyarakatnya dapat ditingkatkan tanpa menghubungkan dengan kenaikan atau peningkatan derajat sosial ekonomi (Achmadi, 2012).

Tabel 3.7 Kesenjangan Nilai Indikator *Supply* pada Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	Mean	Min	Maks
Kabupaten	Non Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	7,36	1	26
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	12,91	1	82
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	3,54	0	41
		Total Tempat Tidur	489,98	5	6,614
		Rasio Tempat Tidur	1,09	0,07	9,10
	Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	7,76	0	32
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	11,70	0	49
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	2,55	0	24
		Total Tempat Tidur	369,91	0	2,996
		Rasio Tempat Tidur	1,21	0,00	9,54
Kota	Non Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	3,19	0	16
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	14,57	0	83
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	11,56	0	65
		Total Tempat Tidur	1,625,27	36	9,521
		Rasio Tempat Tidur	3,23	0,40	14,51
	Miskin	Jumlah Puskesmas Perawatan	1,80	0	4
		Jumlah Puskesmas Non Perawatan	8,20	2	20
		Jumlah RS pemerintah dan swasta	3,40	0	8
		Total Tempat Tidur	451,70	116	1,201
		Rasio Tempat Tidur	2,53	0,77	5,13

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.7 menggambarkan rata-rata jumlah Puskesmas perawatan paling besar di wilayah kabupaten miskin (7,76), yang hampir sama dengan rata-rata Puskesmas perawatan di kabupaten non miskin (7,36). Rata-rata jumlah Puskesmas perawatan di kota miskin hanya 1,80. Tidak adanya Puskesmas perawatan dapat dijumpai di kabupaten miskin, kota non miskin dan kota miskin. Dan jumlah Puskesmas perawatan terbanyak ada di kabupaten miskin (32). Rata-rata jumlah Puskesmas non perawatan paling banyak di kota non miskin (14,57) dan paling sedikit di kota miskin (8,20). Masih ditemukan kabupaten miskin dan kota non miskin yang tidak memiliki Puskesmas non perawatan. Rata-rata jumlah Rumah Sakit paling banyak di wilayah kota non miskin yang mencapai 11,56 RS, dan yang paling sedikit ada di kabupaten miskin dengan rata-rata 2,55 RS. Ternyata di semua tipe wilayah masih ditemukan daerah yang tidak memiliki RS baik pemerintah ataupun swasta (nilai minimum 0). Rata-rata total tempat tidur yang tersedia (dari RS dan Puskesmas perawatan) paling banyak berada di kota non miskin, yaitu mencapai 1.625,27. Dan paling sedikit di kabupaten yaitu 369,91 tempat tidur. Rata-rata rasio tempat tidur per penduduk juga paling tinggi pada kota non miskin, yaitu 3,23, dan yang paling sedikit di kabupaten non miskin, yaitu 1,09.

Penelitian Thabrany tahun 2005 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan insiden sakit di antara berbagai kelompok pendapatan, semakin tinggi pendapatan semakin kecil kemungkinan terserang penyakit dan semakin tinggi pendapatan semakin besar peluang kelompok yang tidak miskin untuk memiliki asuransi kesehatan. Insiden sakit juga menunjukan bahwa di pedesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Angka insiden lebih tinggi ini berhubungan dengan pendapatan dan pendidikan yang baik di wilayah perkotaan.

Mackenbach, et al. (2003) dalam Achmadi, pada penelitian di 6 negara eropa menunjukkan bahwa kesenjangan sosial ekonomi berhubungan dengan angka kematian. Angka kematian juga dipengaruhi perilaku pada sosek tinggi lebih rendah angka kematian, namun pada sosek rendah angka kematian lebih tinggi maka untuk mengurangi kesenjangan derajat kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai kebijakan untuk mengurangi kesenjangan sosial ekonomi, pemerataan pendapatan, tunjangan sosial dll.

Tabel 3.8 Kesenjangan Nilai Indikator *Barrier* Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Antar Wilayah Miskin dan Non Miskin di Indonesia Tahun 2013

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	Mean	Mini- mum	Maksi- mum
Kabu- paten	Non Miskin	Cakupan asuransi (%)	50,71	13,01	99,79
		Waktu tempuh ke RS \leq 60 menit (%)	22,97	0,00	90,43
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu \leq 30 menit (%)	79,42	41,88	99,60
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB \leq 15 menit (%)	46,02	0,40	91,36
	Miskin	Cakupan asuransi (%)	63,47	0,22	100,00
		Waktu tempuh ke RS \leq 60 menit (%)	18,15	0,00	82,18
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu \leq 30 menit (%)	75,38	11,20	98,61
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB \leq 15 menit (%)	31,24	0,00	87,20

Kab/ Kota	Wilayah	Indikator	Mean	Mini- mum	Maksi- mum
Kota	Non Miskin	Cakupan asuransi (%)	56,48	23,91	98,48
		Waktu tempuh ke RS \leq 60 menit (%)	70,67	1,25	99,19
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu \leq 30 menit (%)	92,15	75,03	99,84
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB \leq 15 menit (%)	60,51	3,51	92,15
	Miskin	Cakupan asuransi (%)	66,30	38,29	97,34
		Waktu tempuh ke RS \leq 60 menit (%)	52,85	0,00	87,57
		Waktu tempuh ke Puskesmas/ pustu \leq 30 menit (%)	85,23	66,70	96,89
		Waktu tempuh ke Praktik Bidan/RB \leq 15 menit (%)	43,73	1,49	75,23

Sumber: Hasil olahan peneliti

Tabel 3.8 menunjukkan bahwa di semua kategori kabupaten/ kota rata-rata cakupan asuransi sudah lebih dari 50%. Meski demikian, ada kabupaten kategori miskin yang hanya memiliki cakupan asuransi 0,22%. Waktu tempuh ke RS \leq 60 menit paling tinggi di wilayah kota non miskin, yaitu 70,67%. Demikian juga dengan kota yang miskin, rata-rata sudah lebih dari setengah penduduk (52,85%) membutuhkan \leq 60 menit menuju RS. Hal ini berbeda dengan daerah non miskin ataupun miskin yang berada di kabupaten, yaitu masih kurang dari seperempat penduduk yang dapat mengakses RS dalam waktu kurang dari 60 menit. Puskesmas/pustu dapat diakses dalam waktu \leq 30 menit oleh rata-rata 92,15% penduduk di kota non miskin, 85,23% penduduk kota miskin, 79,42% penduduk kabupaten non miskin, dan 75,38% penduduk di kabupaten miskin. Sedangkan rata-rata penduduk yang dapat menjangkau bidan praktik \leq 15 menit, paling banyak

oleh 60,51% penduduk di kota non miskin dan paling sedikit di kabupaten miskin, yaitu 31,24%.

Rerata cakupan asuransi pada wilayah dengan proporsi penduduk miskin tinggi menunjukkan angka lebih tinggi (63,61) dibandingkan cakupan asuransi di wilayah dengan proporsi penduduk miskin rendah yaitu (52,41). Hal ini menunjukkan waktu tempuh ke RS \leq 30 menit (%) di daerah non miskin lebih tinggi (37,01) daripada di daerah miskin (19,90), demikian pula dengan waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu, dan Bidan. Dari angka minimum terlihat bahwa cakupan asuransi di daerah non miskin lebih tinggi daripada di daerah miskin (13,01) juga dengan angka minimum waktu tempuh ke Puskesmas/Pustu di daerah non miskin lebih tinggi (41,88).

Indonesia memiliki beberapa karakteristik yang menyebabkan terjadinya maldistribusi tenaga dokter. Selain secara geografis Indonesia memiliki berbagai daerah yang sulit untuk dijangkau, di mana daerah-daerah tersebut sama sekali tidak menarik minat dokter untuk bekerja dalam jangka waktu yang lama. Juga dari sisi kemampuan ekonomi, Indonesia memiliki variasi kemampuan yang sangat lebar. Terdapat daerah dengan kekuatan ekonomi yang sangat kuat, namun ada juga daerah yang sangat terbelakang. Situasi ini menyebabkan terjadinya penumpukan dokter pada daerah tertentu dan kekurangan tenaga dokter pada daerah yang lain (Meliala, 2009).

Pencapaian pembangunan kesehatan masih diwarnai dengan disparitas capaian indikator kesehatan antar provinsi dan antar status sosial ekonomi, belum optimalnya penyediaan tenaga kesehatan baik kuantitas maupun kualitas, serta belum meratanya pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan. Peningkatan akses dan kualitas kesehatan memiliki keterkaitan erat dengan pembangunan ekonomi. Meningkatnya status kesehatan masyarakat akan

membentuk sumber daya manusia yang sehat, produktif, dan cerdas, yang merupakan komponen penting dalam memberikan kontribusi pada pertumbuhan ekonomi (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013).

Meningkatnya perhatian pemerintah terhadap pembangunan pendidikan (minimal 20% dari APBN maupun APBD) telah mendorong peningkatan pembangunan di bidang pendidikan. Kondisi ini menyebabkan daerah kabupaten/kota yang memiliki APBD besar mempunyai kemampuan untuk mengalokasikan anggaran pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan dengan daerah kabupaten/kota dengan APBD lebih kecil. Tidak dapat dipungkiri perbedaan kemampuan tersebut telah mendorong tingginya tingkat disparitas pembangunan (Taryono, 2014).

Tenaga kesehatan yang ada lebih banyak terkonsentrasi di daerah perkotaan, hal ini dimungkinkan Puskesmas perkotaan secara ekonomi lebih baik dan sangat menjanjikan dibanding Puskesmas sangat terpencil. Faktor ekonomi dan masalah keluarga menyebabkan petugas lebih betah untuk memilih bertugas di kota.

Penelitian yang dilakukan Thabrany (2005) menunjukkan bahwa untuk kesenjangan dalam akses rawat jalan ke fasilitas pelayanan kesehatan relatif sangat kecil. Pada penelitian ini terungkap orang miskin kurang memiliki akses untuk berobat karena orang miskin pemegang kartu sehat pun kurang memiliki akses karena kartu sehat tidak berlaku untuk berobat jalan dan tidak memiliki uang yang cukup untuk membayar transportasi. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa status asuransi tidak berperan besar dalam menghilangkan hambatan akses pada pelayanan rawat jalan namun program-program pemerintah yang membangun Puskesmas dan Pustu sekaligus penyebaran dokter, perawat dan bidan berhasil menghilangkan hambatan finansial rawat jalan.

D. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam kajian ini maka dapat ditarik beberapa kesimpulan yang secara sederhana digambarkan pada matrik berikut:

Tabel 3.9. Matriks Kesenjangan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2013

Kategori	Kabupaten/Kota	Kesenjangan
<i>Supply</i>	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Tidak
<i>Barrier</i>	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Ada
<i>Demand</i>	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Ada
Aksesibilitas	Kabupaten/Kota	Ada
	Miskin/non Miskin	Ada

Sumber: Hasil olahan peneliti

Berdasarkan matrik tersebut dapat dijelaskan bahwa;

1. Ketersediaan *supply* tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia menunjukkan kesenjangan antara wilayah kabupaten dan kota. Persebaran tenaga dokter baik dari segi jumlah maupun rasio masih lebih banyak di kota, namun demikian distribusi jumlah dan rasio bidan lebih banyak di kabupaten daripada di kota. Ketersediaan fasilitas kesehatan di Kota jauh lebih bagus dari pada di Kabupaten pada indikator jumlah rumah sakit (pemerintah dan swasta), total tempat tidur tersedia, maupun rasio tempat tidur dibanding dengan jumlah penduduk. Rerata jumlah Puskesmas Perawatan di Kabupaten memiliki jumlah lebih tinggi dibanding dengan Kota, namun demikian, kesenjangan *supply* tidak terjadi antara daerah miskin dan non miskin.

2. Identifikasi *barrier* yang berpengaruh terhadap aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia juga menunjukkan kesenjangan yang bermakna antara daerah kabupaten dengan kota, maupun antara daerah miskin dan non miskin.
3. *Demand* terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia menunjukkan adanya kesenjangan, baik antara wilayah kabupaten dan kota, maupun antara wilayah miskin dan non miskin.
4. Hasil penghitungan yang relatif sama juga terjadi pada tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan (*supply*, *demand* dan *barrier*), terdapat perbedaan yang bermakna antara daerah kabupaten dan kota, juga antara daerah miskin dan non miskin.

Daftar Pustaka

- Adisasmito, Wiku, 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta; Rajagrafindo Press
- Ayuningtyas, Dumillah, 2006. Sistem Pemberian Insentif yang Berpihak pada Sumber Daya Manusia Kesehatan di Daerah Terpencil: Studi Kasus Provinsi Lampung. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Volume 09 No. 02 Juni 2006 Halaman: 87-93.
- Azwar Azrul. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Ketiga. Binarupa Aksara: Jakarta. *Dalam Riset Kesehatan Dasar 2013*.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI., 2011. *Riset Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2011*. Jakarta; Balitbangkes
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI., 2013a. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta; Balitbangkes

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI., 2013b. *Riset Kesehatan Dasar dalam Angka Tahun 2013*. Jakarta; Balitbangkes
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013. Buku Pegangan Perencanaan Pembangunan Daerah 2014: Memantapkan Perekonomian Nasional Bagi Peningkatan Kesejahteraan Rakyat yang Berkeadilan. Jakarta; Bappenas
- Departemen Kesehatan RI., 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat: Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1202/Menkes/SK/VII/2003*. Jakarta; Departemen Kesehatan
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI., 2012. Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK Jakarta; Direktorat BUK Dasar, Dirjen BUK, Kemenkes RI.
- Fahmi, Umar. 2012. *Horison Baru Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Jakarta; Rineka Cipta
- Herman dan Mubasyir Hasanbasri. 2008. Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* vol. 11 No. 03 September 2008, halaman:103-111.
- Jones, Stephen G., 2012. *Development of Multi-dimentional Health Care Access Index*. Proceeding. ESRI Health Geographical Information System Conference
- Meliala, Andreasta, 2009. Mengatasi Maldistribusi Tenaga Dokter di Indonesia. *Policy Brief*. Jogjakarta; Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
- Primary Health Care Advisory Committee, 2010. *Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in*

- New Brunswick. Brunswick; Primary Health Care Advisory Committee
- Sulastomo, 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta; PT. Gramedia
- Taryono. 2014. Analisis Disparitas Pembangunan Manusia di Provinsi Riau. *Jurnal Sosial Ekonomi Pembangunan Tahun IV* No. 11 Maret 2014:194-214.
- Thabrany H. 2005. Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia. Jakarta; PT. Rajagrafindo Persada, World Bank, 2006. *Annual Report*
- World Health Organization, 2010. *Ensuring Access to Health Services and Financial Protection for Migrants*. Geneva; World Health Organization
- Sumber Internet:
- Reno Ella Zaifa, Statika fertilitas.dalam *rhenoe.wordpress.com*
<http://www.djpk.depkeu.go.id>
<http://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/>
 RPJMN, <http://indonesia.unfpa.org/gu/rpjmnn>
- Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat Kota Medan dalam Memilih Asuransi Kesehatan.<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/40682/5/Chapter%20I.pdf>), DPSB Sinaga - 2014, USU.
- Health Financing in Indonesia A Reform Road Map, Claudia Rokx et al, <http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/Publication>
- Hasil evaluasi RPJMN 2010-2014: Indeks Pembangunan Manusia Membaik, 22 juli 2013.<http://pgsp-agi.org/in/news-room/berita-kami/>