

## **BAB II**

### **KETIMPANGAN KETERSEDIAAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA**

Di dalam bab terdahulu telah dijelaskan mengenai latar belakang penulisan. Pada bab ini, penulis menguraikan bagaimana negara berkontribusi terhadap upaya pemenuhan layanan kesehatan warganya. Singkatnya, bab ini akan menguraikan tanggung jawab negara dalam menjamin hak-hak sosial masyarakat untuk memperoleh kesehatan yang layak.

Selain itu, melalui bab ini juga, penulis akan mengungkapkan realitas sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Uraian ini akan diulas melalui analisis data-data tentang ketersediaan layanan kesehatan di Indonesia yang aktual. Dengan uraian yang ada dapat ditemukan gambaran aktual terkait kondisi pelayanan kesehatan di Indonesia. Bertolak dari realitas yang ada, maka dapat ditarik suatu kesimpulan terkait sudah sejauh mana negara melaksanakan tanggung jawabnya terhadap upaya pemenuhan jaminan kesehatan masyarakat Indonesia.

#### **2.1 Relasi Negara, Kesehatan dan Masyarakat**

Negara memiliki dua arti yang dikenal secara umum. Pertama, negara adalah masyarakat atau wilayah yang merupakan kesatuan politis. Kedua, negara merupakan kesatuan pusat yang menjamin dan menata kesatuan politis yang ada dan dengan demikian menguasai wilayah tersebut.<sup>14</sup> Dalam arti yang pertama, term negara dimengerti secara konkret sebagai kesatuan politis suatu tempat atau wilayah yang didiami oleh masyarakat tertentu. Dengan demikian, kesatuan pulau-pulau yang membentang di antara samudra Pasifik dan Hindia, yang kemudian dikenal sebagai Nusantara atau Indonesia dapat diakui sebagai sebuah

---

<sup>14</sup>Franz Magnis-Suseno, *Etika Politik, op. cit.*, hlm. 204.

negara. Dalam arti yang kedua, negara dipahami sebagai suatu lembaga. Lembaga yang dimaksud dalam pengertian ini merupakan lembaga pemerintahan yang berfungsi sebagai lembaga pemersatu suatu masyarakat.<sup>15</sup> Dalam arti yang kedua ini, negara memiliki tanggung jawab secara institusional terhadap kelangsungan hidup masyarakatnya. Sebagai suatu lembaga, negara memiliki kekuasaan untuk mengatur hidup bersama. Legitimasi negara ini tercipta karena negara telah menerima pengakuan dari masyarakatnya atas wewenangnya dalam mengatur kehidupan bersama.

Kehadiran negara sebagai suatu lembaga menegaskan adanya relasi antara negara dan masyarakat. Sebagaimana tercatat dalam teori-teori asal-usul sebuah negara, salah satu teori yang cukup relevan dengan argumentasi tersebut dan dapat mengurai relasi negara dan masyarakat adalah teori kontrak sosial. Setelah mengalami penyempurnaan dari para pemikir sebelumnya, Jean-Jacques Rousseau menyimpulkan bahwa sebuah negara tercipta oleh suatu perjanjian yang diinisiatifkan oleh masyarakat.<sup>16</sup> Perjanjian masyarakat atau kontrak sosial itu dimungkinkan karena hakekat kebebasan (*liberte*) yang melekat pada diri manusia. Sekalipun dilahirkan sebagai makhluk merdeka, kemerdekaan atau kebebasan individu hanya dapat diterima dalam konteks atau situasi yang menjamin kesetaraan. Atas dasar hakekat kebebasan yang melekat pada diri manusia tersebut, manusia kemudian mengikat dirinya masing-masing kepada negara, agar negara dapat menjamin kemerdekaan (*independence*) dan kesetaraannya (*egalite*) secara adil.<sup>17</sup> Melalui perjanjian masyarakat ini, kehendak seluruh rakyat dimengerti sebagai kehendak bersama dalam sebuah lembaga yang menghimpunnya, yakni negara.

Relasi antara masyarakat dan negara selalu tak lepas dari peran kekuasaan. Kekuasaan yang dimiliki oleh negara memiliki kekhasan karena memiliki wewenang atau otoritas. Wewenang adalah kekuasaan yang berhak untuk menuntut ketaatan, jadi sifat wewenang mengandung hak untuk memberikan perintah.<sup>18</sup> Suatu wewenang dalam kekuasaan akan menjadi absah atau bersifat

---

<sup>15</sup>*Ibid.*, hlm. 205.

<sup>16</sup>Budiono Kusumohamidjojo, *Filsafat Politik dan Kotak Pandora Abad Ke-21.Edisi-2* (Bandung: Penerbit Yrama Widya, 2020), hlm. 54.

<sup>17</sup>*Ibid.*

<sup>18</sup>Franz Magnis-Suseno, *Etika Politik, op. cit.*, hlm. 62.

legitim apabila berdasarkan penugasan dan persetujuan masyarakat atau dengan kata lain wewenang negara yang diwakili oleh para pemangku kekuasaan berdiri di atas kedaulatan rakyat.<sup>19</sup> Dalam negara demokrasi seperti Indonesia, masyarakat menyalurkan kepercayaan kepada pemerintah sebagai pihak yang memegang kekuasaan melalui sistem demokrasi yang representatif. Dalam sistem ini, kedaulatan rakyat agaknya dibatasi, khususnya dalam proses pengambilan keputusan, tetapi partisipasi masyarakat tetap nyata yakni melalui wakil-wakil rakyat yang dipilih oleh masyarakat itu sendiri.

Adanya pemerintahan dalam suatu lembaga bernama negara mengisyaratkan adanya pula tanggung jawab yang diemban oleh negara. Tanggung jawab ini merupakan respon negara terhadap kekuasaan yang dipercayakan rakyat kepadanya. Melalui kepercayaan yang telah diberikan, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menggunakan kekuasaan negara dengan mengelola kebijakan yang berdampak pada kehidupan warga negaranya.

Di dalam sebuah lembaga negara, melalui skala pemahaman yang lebih luas, pemerintah memiliki dua jenis kebijakan yang dapat diurai lebih lanjut, yakni kebijakan sektor dan kebijakan kewilayahan. Kebijakan kewilayahan merupakan buah kebijakan yang lahir dari era desentralisasi. Penerapan kebijakan ini dipengaruhi aspek wilayah pemerintahan. Kebijakan ini dikategorikan menjadi kebijakan pada tingkat pusat atau nasional dan kebijakan pada tingkat daerah. Kebijakan sektor dibuat berdasarkan bidang-bidang tertentu yang diatur dalam kebijakan itu. Setidaknya, terdapat empat sektor utama yakni sektor politik, sektor sosial, sektor ekonomi, dan sektor infrastruktur. Di dalam empat sektor utama ini, tersebar kebijakan-kebijakan mengenai kebijakan penegakan hukum, kebijakan terkait pendidikan, kebijakan keuangan dan perbankan hingga kebijakan kesehatan.<sup>20</sup>

Di dalam proses perumusan kebijakan, dimensi kesehatan merupakan salah satu aspek penting pembangunan suatu negara. Kesehatan suatu negara menjadi tolak ukur kesejahteraan masyarakatnya. Itulah sebabnya, derajat kesehatan masyarakat menjadi salah satu indikator dalam penentuan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Sebagai indikator dalam IPM, tentu saja kesehatan

---

<sup>19</sup>*Ibid.*, hlm. 370.

<sup>20</sup>Dr. Riant Nugroho, *Public Policy* (Jakarta: Elex Media Komputindo, 2018), hlm. 107-116.

dipandang sebagai salah satu aspek yang penting dan memiliki pengaruh yang cukup signifikan dalam kehidupan suatu negara. Dengan kata lain, aspek kesehatan merupakan salah satu aspek vital yang dapat memengaruhi aspek lain dalam tubuh suatu lembaga negara. Perekonomian yang ditunjang oleh produktivitas yang tinggi tentu bergantung dari kehadiran masyarakat yang sehat.

Berkaca pada pengalaman di masa pandemi Covid sejak Desember 2019, negara-negara di dunia tidak dapat memungkiri pengaruh masif yang timbul dari aspek kesehatan terhadap keberlangsungan hidup yang ada dalam negara tersebut.<sup>21</sup> Pandemi kali ini, menguatkan kembali argumentasi bahwa kesehatan merupakan salah satu aspek yang menentukan kestabilan suatu negara. Berdasarkan data Kementerian Ketenagakerjaan per 20 April 2020, terdapat 2.084.593 pekerja dari 116.370 perusahaan dirumahkan dan dikenakan Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) akibat pandemi ini. Permasalahan terkait penurunan jumlah tenaga kerja akibat pandemi ini secara otomatis memengaruhi produktivitas ekonomi suatu negara.<sup>22</sup> Pandemi yang hadir sebagai masalah kesehatan ini menuntut pemerintah sebagai aktor pemegang kekuasaan untuk secepatnya mengambil kebijakan demi keberlangsungan hidup warga negara dan juga demi menjaga kestabilan suatu negara dalam berbagai sektor. Kenyataan ini mengafirmasi pengaruh aspek kesehatan terhadap kestabilan dan perkembangan berbagai sektor dalam suatu negara.

Arti penting kesehatan bagi setiap individu pernah dinyatakan oleh sejumlah besar negara yang tergabung dalam Organisasi Kesehatan Dunia/*World Health Organization* (WHO) di Alma Ata, Kazakhstan pada tahun 1978. Kesepakatan antara 140 negara termasuk Indonesia ini melahirkan sebuah dokumen yang dikenal sebagai Deklarasi Alma Ata. Pasal V dokumen yang dikeluarkan oleh WHO ini menyebutkan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk kesehatan rakyatnya yang bisa dipenuhi hanya dengan adanya ketetapan mengenai ukuran-ukuran yang cukup dalam hal kesehatan dan sosial.<sup>23</sup> Melalui dokumen ini, jelas bahwa kesehatan merupakan hal penting yang mesti

---

<sup>21</sup> Haris Mustaqin dan Karla Amelia (ed.), *Ancaman COVID-19 Terhadap Legitimasi Politik* (Aceh: Syah Kuala University Press, 2020), hlm. 1.

<sup>22</sup> *Ibid.*, hlm. 3-4.

<sup>23</sup> Dr. Dumilah Ayuningtyas, MARS, *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik* (Jakarta: rajawali Press, 2019), hlm. 5-6.

diperoleh setiap individu serta menjadi kewajiban bagi negara untuk menjamin agar setiap warga negaranya mau dan mampu untuk hidup sehat dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tujuan pemerintah menjamin hak untuk hidup sehat dari setiap warga negara bukan hanya agar memacu peningkatan produktivitas masyarakatnya sehingga ekonomi negara dapat berkembang, melainkan juga menyediakan jaminan terhadap hak untuk hidup sehat dari warga negara dengan cara memastikan bahwa masyarakatnya memperoleh pemenuhan hak atas layanan kesehatan yang berkeadilan.

Pemerintah memiliki tanggung jawab moral dan politik dalam memerhatikan kesehatan masyarakatnya. Melalui berbagai kesepakatan internasional, kesehatan telah dilihat sebagai hal yang substansial dalam diri setiap individu, yakni sebagai salah satu hak dasar setiap orang. Melalui Deklarasi Umum Hak-Hak Asasi Manusia (DUHAM) dan konvensi-konvensi di bawahnya seperti konstitusi WHO 1946, Deklarasi Alma Ata 1978, dan Deklarasi Kesehatan Dunia 1998 telah ditegaskan bahwa hak untuk memperoleh akses layanan kesehatan merupakan hak dasar yang perlu dijamin oleh negara.<sup>24</sup>

Di samping kesepakatan internasional yang telah digambarkan di atas, Indonesia juga telah menandatangani *Milenium Development Goals* (MDG), yaitu sebuah kesepakatan yang menghimpun komitmen para pemimpin di seluruh dunia. MDG memiliki 6 sektor komitmen yang perlu diperhatikan pada tahun 2015 yaitu, kemiskinan dan kelaparan, kesehatan, ketidaksetaraan gender, pendidikan, air bersih, dan lingkungan.<sup>25</sup> Dalam kesepakatan ini, salah satu poin yang ditetapkan adalah terkait persoalan kesehatan dan melalui penandatanganan ini pemerintah Indonesia secara sadar mengakui urgensi sektor kesehatan.

Selain di dunia internasional, aturan legal terkait jaminan kesehatan juga dapat dijumpai di dalam sistem pemerintahan Indonesia. Pada pasal 28H UUD 45 Amandemen tahun 2000 dinyatakan bahwa setiap penduduk berhak atas layanan kesehatan. Undang-Undang No 23/1992 tentang kesehatan juga mengukuhkan bahwa negara harus bertanggungjawab atas pembangunan kesehatan rakyatnya.

---

<sup>24</sup>Roem Topasimang dkk., *Sehat Itu Hak: Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat* (Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan-FKM Universitas Indonesia, 2005), hlm. 92.

<sup>25</sup>Republik Indonesia, *Undang-Undang Dasar 1945*, pasal 28H.

Menurut UU tersebut, dijelaskan bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Di samping itu, definisi sehat menurut UU ini adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.<sup>26</sup>Aturan ini mengafirmasi tanggung jawab negara terhadap persoalan kesehatan di Indonesia, yakni dengan mengupayakan akses layanan yang memadai bagi setiap golongan masyarakat Indonesia di mana pun secara adil.

## **2.2 Panorama Kebijakan Kesehatan di Indonesia**

Status kesehatan dari sebuah negara merupakan cerminan sistem politik yang ada pada negara tersebut. Pandangan ini tidak berlebihan sebab pada dasarnya, masalah kesehatan merupakan aspek urgen dan strategis dalam hubungannya dengan sektor lain sebab menyangkut hajat hidup orang banyak. Selain itu, perihal hidup sehat juga merupakan hak dasar yang mesti diperoleh oleh setiap warga negara. Alasan ini dapat menjadi titik tolak tanggung jawab suatu negara untuk merancang dan mengeksekusi suatu kebijakan publik yang berdampak pada peningkatan kualitas kesehatan warga negaranya. Melalui ranah kebijakan publik, kesehatan menjadi sarat dengan muatan-muatan aspek politik. Melalui kebijakan publik, persoalan tentang kesehatan tidak lagi menjadi masalah personal tiap warga, akan tetapi menjadi persoalan politik yang perlu diselesaikan oleh pemerintah.

### **2.2.1 Hakikat Kebijakan Publik**

Sebuah negara berdaulat tak dapat lepas dari kebijakan-kebijakan ataupun aturan-aturan yang sengaja dibuat untuk mengikat setiap hal yang menjadi bagian dari negaranya. Selain memiliki kedaulatan, sebuah negara juga disyaratkan untuk memiliki wilayah, memiliki rakyat, memiliki pemerintahan dan memperoleh pengakuan dari dunia internasional. Syarat inilah yang membentuk dan menjamin tatanan hidup bersama di dalam suatu negara. Kehidupan bersama yang ditempati oleh masyarakat yang multidimensi mengharuskan negara untuk mengeluarkan

---

<sup>26</sup>Republik Indonesia, “Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan”, dalam Roem Topasimang, *Ibid.*, hlm. 92-93.

ragam aturan yang bersifat mengikat dan berlaku untuk semua.<sup>27</sup> Rangkaian aturan yang ada dapat dipandang sebagai bagian dari kebijakan-kebijakan publik.

Kebijakan publik atau *Public Policy* merupakan seluruh keputusan politik yang secara tertulis berwujud sebagai Undang-Undang, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan negara yang menyangkut kehidupan rakyat.<sup>28</sup> Menurut Peter Knoepfel sebagaimana dikutip Dr. Dumilah Ayuningtyas, menegaskan bahwa kebijakan publik merupakan serangkaian tindakan atau keputusan sebagai akibat dari interaksi terstruktur dan berulang di antara berbagai aktor, pihak publik atau pemerintah, swasta, privat yang terlibat berbagai cara merespon, mengidentifikasi dan memecahkan masalah yang secara politik didefinisikan sebagai masalah publik.<sup>29</sup> Sedangkan Carl I. Friedrich sebagaimana dikutip Dr. Rian Nugroho mendefinisikan kebijakan publik sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu, dengan ancaman dan peluang yang ada, di mana kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu.<sup>30</sup>

Dari uraian di atas terlihat bahwa pengertian kebijakan publik dapat dimengerti secara luas dari sudut pandang berbagai ahli. Namun demikian, secara ringkas kebijakan publik dalam konteks negara Indonesia dapat dimengerti juga sebagai suatu arahan untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan tertentu sehingga menggerakkan seluruh sektor atau perangkat pemerintahan dan menciptakan perubahan pada kehidupan yang terkena dampak dari kebijakan tersebut. Pada intinya, kebijakan publik merupakan sebuah *guide for action*, yang berarti suatu pedoman untuk melakukan suatu kegiatan atau aksi dalam upaya mencapai tujuan tertentu.<sup>31</sup> Membicarakan kebijakan publik berarti membicarakan semua kebijakan yang memengaruhi kehidupan masyarakat, termasuk bidang kesehatan yang juga tidak luput dari kehidupan masyarakat.

---

<sup>27</sup>Dr. Rian Nugroho, *op. cit.*, hlm. 201-202.

<sup>28</sup>Roem Topasimang dkk, *op. cit.*, hlm. 83.

<sup>29</sup>Dr. Dumilah Ayuningtyas, MARS, *op. cit.*, hlm 9.

<sup>30</sup>Dr. Rian Nugroho, *op. cit.*, hlm. 203.

<sup>31</sup>Dr. Dumilah Ayuningtyas, MARS, *loc. cit.*

### 2.2.2 Hakikat Kebijakan Kesehatan

Bertolak dari beberapa definisi terkait kebijakan publik, definisi tersebut pun dapat diaplikasikan ke dalam pemahaman terkait kebijakan kesehatan. Gill Walt mendefinisikan kebijakan kesehatan sebagai bentuk upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku atau aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM, dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan.<sup>32</sup> Secara sederhana, kebijakan kesehatan dapat dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku dalam bidang kesehatan.

Secara masif, kesehatan memunyai pengaruh yang cukup besar di dalam sebuah negara. Kebijakan kesehatan merupakan konsekuensi atau dampak dari urgensi aspek kesehatan dalam tatanan masyarakat di suatu negara. Kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik diperlukan dalam suatu sistem pemerintahan, mengingat karakteristik unik yang dimiliki sektor kesehatan. Karakteristik unik yang terdapat dalam sektor kesehatan antara lain.

*Pertama*, sektor kesehatan merupakan sektor yang amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu dan harus diperoleh secara adil dan setara. Artinya, setiap individu tanpa terkecuali berhak memperoleh akses kesehatan yang layak apapun kondisi dan status finansialnya.<sup>33</sup>

*Kedua*, *Consumer Ignorance*, keawaman masyarakat terkadang membuat posisi dan relasi antar “masyarakat-tenaga medis” yang sebenarnya sejajar cenderung berpola paternalistik. Artinya, masyarakat, atau dalam hal ini pasien, tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar ataupun daya pilih.<sup>34</sup> Situasi ini menuntut pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan yang dapat menyelamatkan posisi masyarakat.

*Ketiga*, kesehatan memiliki asas ketidakpastian atau *uncertainty*. Masyarakat dengan berbagai tingkatan ekonomi tidak pernah terbebas dari kemungkinan akan sakit. Siapa pun dia, baik kalangan berpunya maupun miskin

---

<sup>32</sup>*Ibid.*, hlm. 11.

<sup>33</sup>*Ibid.*

<sup>34</sup>*Ibid.*



papa sama-sama memiliki kemungkinan untuk sakit. Dan ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Selain itu ketidakpastian kesehatan juga terkait dengan waktu sakit atau pun besaran biaya yang akan dikeluarkan jika masyarakat itu sakit.<sup>35</sup> Di dalam kondisi semacam inilah, pemerintah bertanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara mendapatkan layanan kesehatan ketika membutuhkan, terutama bagi masyarakat miskin.

*Keempat*, karakteristik lain yaitu terkait adanya eksternalitas. Eksternalitas merupakan keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Dalam kesehatan dapat tercipta eksternalitas positif dan negatif. Sebagai contoh, apabila di suatu lingkungan terdapat sekelompok warga yang tidak menerapkan pola hidup sehat sehingga terdapat sarang nyamuk *Aedes Aegypti* yang menyebabkan penyakit demam berdarah, maka dampaknya kemungkinan tidak hanya dialami oleh warga di daerah sekitar sumber nyamuk tetapi juga dapat menyebar dan menginfeksi kelompok masyarakat lain yang mungkin menerapkan perilaku hidup sehat.<sup>36</sup>

Karakteristik dari aspek kesehatan di atas menjelaskan bahwa aspek kesehatan merupakan aspek yang amat bertalian dengan aspek lain serta mempunyai pengaruh yang signifikan dalam kehidupan bersama. Latar belakang ini menuntut pemerintah untuk berkewajiban membuat kebijakan di bidang kesehatan bagi setiap warga negara. Secara umum, peran dan tugas negara dalam kaitannya dengan sektor kesehatan telah dijabarkan oleh WHO yakni, sebagai pengarah, regulator, dan sebagai pihak yang dikenakan regulasi. Sebagai pengarah, pemerintah memerhatikan tiga aspek utama sebagai berikut: *Pertama*, menetapkan, melaksanakan, dan memantau aturan main dalam sistem kesehatan. *Kedua*, keseimbangan antara berbagai pelaku utama dalam sektor kesehatan (terutama pembayar, penyedia layanan kesehatan, dan pasien). *Ketiga*, menetapkan perencanaan strategis bagi seluruh sistem kesehatan.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup>*Ibid.*

<sup>36</sup>*Ibid.*, hlm. 11-12

<sup>37</sup>*Ibid.*, hlm. 12.

### 2.2.3 Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Setiap kebijakan selalu terikat dengan sistem tertentu. Sistem adalah serangkaian bagian yang saling berhubungan dan bergantung serta diatur dalam aturan tertentu untuk menghasilkan satu kesatuan. Dalam merancang suatu kebijakan, adalah penting untuk terlebih dahulu memahami apa dan siapa saja yang terlibat dalam sistem serta siapa saja yang dipengaruhi maupun memengaruhi sistem tersebut. Unsur-unsur yang saling terkait tersebut kemudian terjalin dalam sebuah sistem yang dikenal dengan sistem kebijakan. Di dalam bidang kesehatan, sistem kebijakan dapat dipahami lewat sistem kesehatan.

#### 2.2.3.1 Sistem Kesehatan Indonesia

Ketika suatu persoalan penting ditangani secara serius oleh negara, persoalan tersebut tentu akan ditangani melalui suatu sistem. Di dalam sistem yang ada, tentu terdapat aktor-aktor yang bertanggung jawab dengan tugas-tugas tertentu. Jalannya suatu sistem di dalam sebuah wilayah bernegara selalu berkaitan dengan kebijakan-kebijakan yang ditawarkan pemerintah. Dalam konteks hidup bernegara, sebuah sistem dapat dilihat melalui perspektif sistem kebijakan publik. Suatu sistem kebijakan selalu mencakup hubungan timbal balik di antara tiga unsur, yaitu: kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan.<sup>38</sup> Ketiga komponen tersebut dikenal sebagai sistem kebijakan, yaitu tatanan kelembagaan yang berperan dalam penyelenggaraan kebijakan publik untuk mengakomodasi aspek teknis, sosiopolitik, maupun interaksi antara suatu unsur kebijakan.<sup>39</sup>

Di dalam kebijakan publik, isi kebijakan atau *policy content* mengandung sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik yang dirancang oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi suatu kebijakan menguraikan penjabaran tertulis mengenai suatu kebijakan yang tertuang dalam peraturan-peraturan, perundang-undangan, dan keputusan-keputusan pemerintah.<sup>40</sup> Isi dari sebuah kebijakan mencakup berbagai bidang kehidupan dimulai dari pertahanan, keamanan, energi, kesehatan, pendidikan dan lain-lain. Terkait dengan definisi isi

---

<sup>38</sup> William Dunn, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, penerj. Samudra Wibawa dkk. (Yogyakarta: Gadjadara University Press, 2013), hlm. 109.

<sup>39</sup>Dr. Dumilah Ayuningtyas, MARS, *op. cit.*, hlm. 15.

<sup>40</sup>Roem Topasimang dkk, *op. cit.*, hlm. 84.

kebijakan, William N. Dunn menulis demikian: “Konten kebijakan merupakan rangkaian pilihan yang kurang lebih saling berhubungan (termasuk keputusan-keputusan untuk tidak bertindak) yang dibuat oleh badan dan pejabat pemerintah, diformulasikan dalam bidang-bidang isu mulai dari pertahanan, energi, dan kesehatan sampai ke pendidikan, kesejahteraan, dan kejahatan.”<sup>41</sup>

Aktor atau pemangku kepentingan kebijakan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat memengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut.<sup>42</sup> Komponen yang termasuk ke dalam elemen ini yakni, semua perangkat kelembagaan dan pelaksana isi kebijakan. Dalam konteks lembaga hukum diantaranya, lembaga pengadilan, penjara, birokrasi, pemerintahan ataupun partai politik. Sedangkan yang tergabung ke dalam kelompok para aparat pelaksana yakni, hakim, jaksa, pengacara, polisi, pedagang kaki lima, sekelompok warga, tentara, pejabat pemerintah, ataupun anggota perlemen.<sup>43</sup>

Lingkungan kebijakan atau *policy environment* adalah latar khusus di mana sebuah kebijakan terjadi, memengaruhi dan dipengaruhi oleh pembuat kebijakan dan kebijakan publik.<sup>44</sup> Lingkungan kebijakan berisikan persepsi, pemahaman, sikap penerimaan, praktik-praktik pelaksanaan, dan penafsiran terhadap dua aspek sebelumnya yakni isi kebijakan dan pelaku kebijakan. Dalam lingkungan kebijakan juga tergabung bentuk-bentuk tanggapan (reaksi atau respons) masyarakat luas terhadap dua aspek sebelumnya.<sup>45</sup>

Tiga aspek dalam kebijakan publik tersebut merupakan aspek yang saling terkait satu dengan yang lain. Oleh karena itu dalam proses pencapaian keberhasilan suatu kebijakan, ketiga elemen tersebut perlu diperhatikan secara seimbang. Sistem kebijakan merupakan suatu proses yang dialektis. Dimensi subyektif dan objektif tidak terpisahkan dalam praktiknya. Sistem kebijakan adalah suatu produk subyektif yang diciptakan manusia yakni para pelaku kebijakan, sedangkan di sisi lain, bertolak dari produk kebijakan yang dihasilkan dan telah menjadi realitas objektif, manusia atau pelaku kebijakan

---

<sup>41</sup>William Dunn, *op. cit.*, hlm. 109-110.

<sup>42</sup>Dr. Dumilah Ayuningtyas. MARS, *op. cit.*, hlm. 17.

<sup>43</sup>Roem Topasimang dkk, *op. cit.*, hlm. 84.

<sup>44</sup>William Dunn, *op. cit.*, hlm. 111.

<sup>45</sup>Roem Topasimang dkk *op. cit.*, hlm. 84-85.

memanifestasikan kebijakan yang ada ke dalam tindakan-tindakan yang teramati. Konsekuensi dari relasi ini adalah bahwa para pelaku kebijakan menjadi produk dari sistem kebijakan.<sup>46</sup>

Prinsip sistem kebijakan yang berlaku di dalam teori kebijakan publik, berlaku pula di dalam kebijakan kesehatan. Kemunduran ataupun kemajuan sektor kesehatan di Indonesia sangat bergantung pada tiga elemen di dalam sistem kebijakan kesehatan. Pemerintah dan masyarakat sebagai pelaku kebijakan selalu memiliki relasi dengan lingkungan kebijakan maupun isi kebijakan yang berlaku di dalam ranah kesehatan. Berbagai Undang-Undang dan peraturan tertulis lainnya terkait sektor kesehatan yang ditetapkan pemerintah akan memengaruhi masyarakat. Undang-Undang dan peraturan yang ditetapkan merupakan buah dari konteks atau situasi lingkungan kebijakan yang memiliki kaitan dengan sektor kesehatan. Kebijakan yang telah ditetapkan dan berlaku di dalam masyarakat akan menciptakan suatu tatanan lingkungan baru sebagai pengaruh dari pemberlakuan kebijakan yang ada.

Pemberlakuan kebijakan kesehatan di tiap negara amat bervariasi. Tidak semua negara memberlakukan kebijakan kesehatannya dengan berlandaskan pada aturan formal tertulis. Amerika Serikat, misalnya, tidak memiliki aturan formal tertulis karena tidak berlandaskan pada dokumen sistem kesehatan.<sup>47</sup> Indonesia sendiri memiliki aturan formal tertulis yang mengatur tentang sistem kesehatan. Secara hukum, sistem kesehatan di Indonesia diformulasikan ke dalam dokumen sistem kesehatan nasional (SKN). Dokumen ini, berlandaskan pada Peraturan Presiden (Perpres) No. 72 tahun 2012.<sup>48</sup>

Sistem kesehatan sendiri merupakan seluruh kegiatan yang dilakukan dengan tujuan meningkatkan dan memelihara kesehatan. Dengan demikian, yang termasuk ke dalam sistem kesehatan adalah segala bentuk pelayanan kesehatan baik formal maupun non formal, juga segala aktivitas berupa promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, pendidikan maupun peningkatan keamanan lingkungan yang berkaitan dengan kesehatan.<sup>49</sup> Dalam hubungannya dengan kebijakan

---

<sup>46</sup>William Dunn, *loc. cit.*

<sup>47</sup>Laksono Trisnantoro, *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan* (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2019), hlm. 11.

<sup>48</sup>*Ibid.*

<sup>49</sup>*Ibid.*, hlm. 3.

kesehatan, sebuah sistem kesehatan di Indonesia secara eksplisit dan legal dituangkan ke dalam dokumen sistem kesehatan nasional (SKN). Sistem kesehatan nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.<sup>50</sup>

Di Indonesia sistem kesehatan nasional telah mengalami empat kali perubahan dan pemutakhiran sejak tahun 1982. Sistem kesehatan nasional terbaru yakni SKN tahun 2012 merupakan pemutakhiran SKN tahun 2009 yang sengaja dirancang untuk mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan. Sistem kesehatan nasional tahun 2012 dibuat dengan mengacu pada rencana pembangunan jangka panjang bidang kesehatan tahun 2005-2025 (RPJP-K). Dokumen SKN menjelaskan beberapa pernyataan yang bersifat normatif, yakni pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat (termasuk swasta) bertanggung jawab atas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai peran dan fungsinya masing-masing.<sup>51</sup>

Sistem kesehatan nasional menegaskan peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai penanggung jawab, penggerak, pelaksana, dan pembina pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Pemerintah dalam hal ini badan legislatif pusat maupun daerah berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan dengan badan eksekutif.<sup>52</sup> Dalam kaitannya dengan penggunaan anggaran, pengelolaan anggaran dalam sektor kesehatan selalu bertolak dari suatu proses penggelontoran anggaran yakni, dimulai dengan pengajuan rancangan anggaran Menteri Kesehatan kepada Presiden yang kemudian dibahas bersama DPR. Rancangan anggaran yang disetujui bersama, kemudian akan ditetapkan menjadi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN. Seluruh pengalokasian dana untuk sistem

---

<sup>50</sup>*Ibid.*, hlm. 11.

<sup>51</sup>*Ibid.*, hlm. 11-12.

<sup>52</sup>*Ibid.*, hlm. 12-13.

kesehatan Indonesia bersumber dari APBN yang akan dikelola oleh pemerintah pusat, pihak kementerian terkait, dan pemerintah daerah.<sup>53</sup>

Uraian yang telah dipaparkan mendeskripsikan sistem kesehatan sebagai suatu sistem yang kompleks. Setiap komponen bangsa mempunyai kontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan yang diidealkan. Melalui gambaran umum mengenai aspek-aspek yang berperan di dalam suatu sistem kebijakan publik, yakni kebijakan, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Prinsip sistem kebijakan yang sama juga dapat berlaku di dalam sistem kebijakan kesehatan. Pemerintah sebagai pemegang kekuasaan berperan menciptakan kebijakan kesehatan, termasuk mengelola anggaran. Masyarakat sebagai pelaku kebijakan, menikmati buah kebijakan yang disepakati oleh para wakilnya yakni pemerintah. Kebijakan yang ditetapkan akan menciptakan lingkungan yang berbeda, termasuk lingkungan dengan derajat kesehatan yang tinggi.

#### **2.2.3.2 Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia**

Selain sebagai upaya pemenuhan hak asasi manusia, peningkatan derajat kesehatan masyarakat dalam suatu negara merupakan suatu upaya investasi terhadap SDM suatu bangsa. Kesehatan yang terjamin akan meningkatkan daya produktivitas dari masyarakat. Untuk mencapai tujuan ini, maka sistem pembiayaan kesehatan perlu digalakan pemerintah. Kehadiran sistem pembiayaan yang mampu menjangkau setiap lapisan masyarakat dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan. Melalui sistem pembiayaan yang efektif, masalah biaya yang menjadi kendala masyarakat dalam mengakses kesehatan perlahan-lahan ditanggulangi.

Pembiayaan kesehatan memiliki posisi strategis dalam sistem kesehatan di Indonesia. Pasal 170 UU No. 36 Tahun 2009 menegaskan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.<sup>54</sup> Pada umumnya, terdapat tiga sumber utama yang menjadi penyedia

---

<sup>53</sup>*Ibid*, hlm. 56-57.

<sup>54</sup>*Ibid.*, hlm. 44.

dana pelayanan kesehatan yakni melalui pemerintah dengan cara penarikan pajak langsung dan tidak langsung, melalui skema pihak ketiga (asuransi sosial maupun swasta) dan pembayaran tunai langsung oleh masyarakat (*out of pocket*).<sup>55</sup>

#### **2.2.3.2.1 Dana Kesehatan Melalui Pemerintah**

Selaku pemangku kebijakan, pemerintah bertanggung jawab untuk merencanakan dan memutuskan penggunaan anggaran negara secara adil demi kesejahteraan masyarakat. Melalui regulasi yang ditetapkan, pemerintah mengatur mekanisme pengalokasian dana kesehatan yang datang dari berbagai sumber. Semua dana yang akan dipergunakan untuk kepentingan nasional selalu dirampung di dalam APBN. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Pusat yang ditetapkan dengan Undang-Undang.

Sejak tahun 2014, terjadi perubahan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan terselenggaranya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mengakibatkan perubahan penyaluran dana APBN. Mekanisme pengalokasian dana APBN disalurkan melalui Kementerian Kesehatan, kementerian lain yang terkait kesehatan dan lembaga baru yakni BPJS Kesehatan. Dengan demikian, ada dua jalur besar dana APBN yang diperuntukkan dalam bidang kesehatan, yakni melalui Kementerian Kesehatan dan melalui BPJS.

Di samping dana yang bersumber dari pemerintah pusat (APBN), sumber dana lainnya adalah melalui pemerintah daerah. Dana kesehatan yang digelontorkan melalui APBN menuju ke daerah akan dianggarkan ke dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah adalah rencana keuangan tahunan daerah yang ditetapkan dengan Perda. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah disusun sesuai dengan kebutuhan penyelenggaraan urusan Pemerintahan Daerah yang menjadi kewenangan daerah dan kemampuan pendapatan daerah (Pasal 23 PP 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah). Penggunaan APBD

---

<sup>55</sup>*Ibid.*, hlm. 25.

disesuaikan dengan kebutuhan daerah berdasarkan peraturan perundang-undangan.<sup>56</sup>

Dana yang ditransfer dari pusat, selanjutnya digunakan oleh daerah (dalam bentuk belanja) untuk membiayai penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah. Alokasi belanja yang digunakan untuk mendanai urusan pemerintahan tersebut sesuai dengan prioritas daerah, serta diharuskan membiayai beberapa urusan wajib yang besarnya ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (*mandatory spending*). Tujuan *mandatory spending* adalah untuk mengurangi masalah ketimpangan sosial dan ekonomi di daerah. Salah satu urusan wajib yang alokasi anggarannya diatur dengan aturan perundang-undangan/*mandatory spending* adalah urusan kesehatan.<sup>57</sup> Dalam rangka peningkatan bidang kesehatan, Pemerintah Daerah secara konsisten dan berkesinambungan harus mengalokasikan anggaran kesehatan minimal 10% dari total belanja APBD di luar gaji sebagaimana diamanatkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah pusat mewajibkan daerah mengalokasikan anggaran minimal sebesar 10% dari APBD (di luar gaji) untuk urusan kesehatan. Setelah memenuhi kriteria tersebut, pemerintah daerah menyampaikan atau melaporkan kepada pemerintah pusat untuk ditindaklanjuti ke daerah sesuai peraturan yang berlaku.<sup>58</sup>

#### **2.2.3.2.2 Dana Kesehatan Melalui Asuransi**

Selain dana APBN, melalui program JKN, BPJS menjadi salah satu sumber dana yang membiayai layanan kesehatan di Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sebagai salah satu Badan Hukum Milik Negara (BUMN), BPJS bertujuan untuk

---

<sup>56</sup>Republik Indonesia, *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2019 Tentang pengelolaan keuangan daerah*.

<sup>57</sup>*Ibid.*

<sup>58</sup>*Ibid.*



menjamin kebutuhan dasar masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan yang layak melalui sistem asuransi.<sup>59</sup>

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mengakomodir pendanaan yang bersumber dari seluruh warga negara Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan perusahaan asuransi yang dikenal sebelumnya sebagai PT. Askes. Dalam proses yang berlangsung, masyarakat menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk memperoleh jaminan layanan kesehatan di masa depan. Dalam proses pendanaan ini, warga masyarakat miskin yang tak mampu membayar ditanggung iurannya oleh pemerintah dengan menggunakan APBN. Kelompok masyarakat ini digolongkan ke dalam kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI). Penerima Bantuan Iuran (PBI) terdiri atas dua kelompok, yaitu yang dibayarkan oleh pemerintah pusat dan yang dibayarkan oleh pemerintah daerah.<sup>60</sup>

Selain premi atau pun pungutan bulanan melalui PBI, ada pula premi lain yang masuk ke BPJS, yaitu melalui dana pekerja penerima upah (PPU) dan pekerja bukan penerima upah (PBPU). Pekerja penerima upah (PPU) merupakan kelompok penyetor dana yang bekerja pada lembaga pemerintah maupun swasta, sedangkan PBPU adalah pemberi iuran atau premi yang tidak bekerja pada lembaga pemerintah maupun perusahaan swasta lainnya, akan tetapi membayar premi secara mandiri melalui usaha sendiri. Mereka yang tergolong ke dalam kelompok PBPU, yaitu para pedagang, pengemudi ojek *online*, para dokter yang membuka praktik sendiri, dan sebagainya.<sup>61</sup>

#### **2.2.3.2.3 Dana Langsung dari Masyarakat**

Dana langsung dari masyarakat atau pembiayaan *out of pocket* (OOP) adalah dana yang dibayarkan langsung oleh masyarakat kepada penyedia layanan kesehatan untuk pelayanan kesehatan yang diterima.<sup>62</sup> Pemerintah harus berupaya agar dana langsung dari masyarakat dapat diperkecil pengeluarannya. Upaya ini perlu digalakan agar masyarakat Indonesia dapat tergolong ke dalam suatu negara

---

<sup>59</sup>Ingan Tarigan dan Tati Suryati, *Gambaran Out of Pocket pada Awal era JKN di Indonesia*, Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, 1: 2 (Jakarta: Desember 2017), hlm. 142.

<sup>60</sup>Aditya Anugrah Moha, *Ekonomi Politik Kesehatan Indonesia* (Jakarta: Penerbit RMBOOKS, 2016), hlm. 72-73.

<sup>61</sup> BPJS Kesehatan, *Peserta*, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/11>, diakses pada 15 Februari 2022.

<sup>62</sup>Laksono Trisnantoro, *op. cit.*, hlm. 50.

dengan tingkat standar kesehatan yang memadai. Standar ini dikenal dengan standar jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC). Berdasarkan standar UHC, tingginya dana OOP mengindikasikan bahwa secara umum, masyarakat belum memiliki perlindungan dari negara terhadap aspek finansial kesehatannya. Aspek *uncertainty* atau ketidakpastian dalam kesehatan cenderung menyebabkan masyarakat yang tidak mempunyai cadangan finansial dan harus mengeluarkan biaya sendiri mengalami kesulitan. Cara membayar dengan menggunakan metode pembayaran langsung ini akan lebih memberatkan masyarakat apabila penyakit yang diderita merupakan kategori penyakit katastrofik. Untuk menghindari setiap kemungkinan buruk yang terjadi sewaktu-waktu terkait masalah finansial kesehatan, setiap warga negara diupayakan oleh pemerintah agar dapat menjadi anggota asuransi kesehatan.

Sebagai salah satu penunjang di dalam sistem layanan kesehatan, adanya BPJS atau asuransi sosial penjamin layanan kesehatan masyarakat tidak sepenuhnya menjadi solusi yang mengatasi tingginya OOP di dalam masyarakat. Persoalan akses geografis Indonesia juga kerap menjadi kendala yang menyebabkan masyarakat mau tidak mau, pada akhirnya harus mengeluarkan sejumlah uang dari kantong pribadinya demi memperoleh layanan kesehatan yang memadai. Jauhnya akses layanan kesehatan mengharuskan warga untuk mengeluarkan biaya transportasi. Selain itu, kehadiran asuransi komersial dan praktik dokter swasta mandiri (bukan dengan BPJS) merupakan salah satu faktor yang menyebabkan dana OOP masih bertumbuh subur dalam masyarakat.<sup>63</sup>

#### **2.2.4 Ketimpangan Pelayanan Kesehatan di Indonesia**

Layanan kesehatan merupakan suatu produk berupa jasa yang dihasilkan oleh produsen yang dalam hal ini adalah institusi kesehatan. Definisi ini menggambarkan layanan kesehatan, sekilas tampaknya sama dengan jasa ekonomi lainnya yang ada di pasar.<sup>64</sup> Namun pada dasarnya, layanan kesehatan memiliki karakteristik tertentu yang berbeda dengan produk ekonomi pada umumnya, sekalipun melibatkan interaksi produsen dan konsumen, dalam hal ini

---

<sup>63</sup>*Ibid.*, hlm. 50-51.

<sup>64</sup>Dr. Ekowati Retnaningsih, SKM., M. Kes. *Akses Layanan Kesehatan* (Jakarta: Rajawali Press, 2013), hlm. 29.

yakni relasi antara penyedia layanan kesehatan dengan pasien. Sifat atau karakteristik pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut.

*Pertama*, layanan kesehatan merupakan suatu transaksi yang terjadi atas dasar hak asasi manusia, bukan pada kemampuan membayar. Mengakses layanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan merupakan hak setiap warga negara. Karena merupakan salah satu elemen dari hak asasi manusia, maka negara bertanggung jawab untuk menjamin aksesibilitas masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan. Salah satu langkah yang telah ditempuh oleh pemerintah adalah dengan menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan kesehatan nasional telah ditetapkan sebagai salah satu upaya menjamin pemenuhan hak warga negara ini. Undang-Undang ini menjelaskan tanggung jawab pemerintah untuk membayar iuran program jaminan kesehatan dari fakir miskin dan orang yang tidak mampu.<sup>65</sup>

*Kedua*, layanan kesehatan selalu berdiri di atas asas ketidakpastian (*Uncertainty*). Situasi ataupun waktu di mana seseorang dapat terserang penyakit adalah situasi yang tidak dapat dipastikan.<sup>66</sup> Faktor ini dapat menjelaskan mengapa setiap orang yang sakit dapat mengalami kendala dalam hal finansial, sebab penyakit yang datang dan menyerang seseorang tidak dapat diprediksi dengan pasti. Kemungkinan seperti ini mengharuskan adanya suatu jaminan finansial semacam JKN yang dapat menyelamatkan masyarakat di waktu tertentu dalam memperoleh layanan kesehatan.<sup>67</sup>

*Ketiga*, kesehatan masyarakat memiliki prinsip eksternalitas. Prinsip eksternalitas menjelaskan pengaruh yang dapat diberikan seseorang terhadap masyarakat yang lebih luas. Upaya pencegahan penyakit menular yang diantisipasi oleh seseorang akan mengurangi dampak penularan yang lebih luas terhadap orang lain.<sup>68</sup> Dalam hal ini, untuk memutuskan rantai penularan, peran dan kebijakan pemerintah amat dibutuhkan.

---

<sup>65</sup>*Ibid.*, hlm. 30.

<sup>66</sup>*Ibid.*

<sup>67</sup>*Ibid.*, hlm. 31.

<sup>68</sup>*Ibid.*, hlm. 32.

*Keempat*, ketidaksadaran para pasien atau konsumen (*consumer ignorance*) pada umumnya terhadap masalah kesehatan dapat memberikan kemungkinan adanya manipulasi yang disengaja untuk menguntungkan pihak penyedia layanan kesehatan. Tindakan yang dilakukan oleh penyedia layanan semacam ini disebut *moral hazard*.<sup>69</sup> Untuk mengurangi berlangsungnya kejadian ini, pemerintah perlu menetapkan Undang-Undang yang dapat mencegah perilaku ini agar tidak merugikan konsumen.

*Kelima*, layanan kesehatan bersifat padat karya dan padat modal. Perkembangan layanan kesehatan secara lebih spesifik, dari spesialis hingga subspecialis menyebabkan layanan yang ada bersifat padat karya. Sebagai lembaga yang bergerak di bidang jasa pelayanan, rumah sakit melibatkan relatif banyak tenaga kerja, yakni bukan saja para dokter di bidang medis, melainkan juga paramedis keperawatan, paramedis nonperawat dan tenaga non medis. Selain itu, kepadatan atau semakin banyaknya layanan yang ditawarkan mengindikasikan semakin besar pula modal yang dibutuhkan. Sebab semakin banyak tenaga medis dan kebutuhan materil yang didatangkan, maka semakin besar biaya yang dibutuhkan untuk mendanainya.<sup>70</sup>

*Keenam*, layanan kesehatan merupakan suatu aktivitas investasi dan bukan sekedar barang konsumsi. Layanan Kesehatan diberikan dengan tujuan agar masyarakat dapat memperoleh standar hidup sehat yang diharapkan dan dengan demikian akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia.<sup>71</sup>

Karakteristik pelayanan kesehatan di atas dapat menjadi indikator yang membedakan suatu proses transaksi produsen dan konsumen dalam dunia kesehatan dengan transaksi ekonomi pada umumnya. Sifat-sifat ini menguatkan alasan urgensitas layanan kesehatan sebagai aktivitas yang harus diperhatikan pihak pemerintah secara serius.

Menurut Blum sebagaimana dikutip Dr. Ekowati Retnaningsih, dimensi kesehatan dalam skala individu maupun masyarakat merupakan interaksi harmonis antara beberapa faktor yaitu, lingkungan, gaya hidup, keturunan atau hereditas, dan layanan kesehatan. Layanan kesehatan dalam arti luas dapat berupa

---

<sup>69</sup>*Ibid.*, hlm. 31.

<sup>70</sup>*Ibid.*, hlm.33.

<sup>71</sup>*Ibid.*

layanan kesehatan promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit), dan rehabilitatif (pemulihan penyakit). Layanan kesehatan promotif dan preventif yang digalakan dapat mengubah lingkungan dan gaya hidup masyarakat.<sup>72</sup> Selain itu layanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif dimaksudkan untuk mengatasi pelbagai penyakit yang ada dalam masyarakat. Berbagai layanan kesehatan ini diberikan dengan tujuan agar masyarakat dapat memiliki kualitas hidup yang sehat, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan dalam skala yang lebih luas.

#### **2.2.4.1 Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional**

Pada tahun 2019, di dalam sebuah sidang *WHO Executive Board* ke 144, telah disepakati beberapa program bersama yang ditargetkan untuk dicapai pada tahun 2023 oleh semua negara anggota WHO, termasuk Indonesia. Salah satu target yang dicanangkan adalah pencapaian dengan jumlah satu miliar orang memperoleh manfaat *Universal Coverage Health* (UHC) atau Cakupan Kesehatan Semesta. Merujuk pada rencana kerja bidang kesehatan yang disepakati melalui WHO, Indonesia telah menjalankan upaya-upaya pembangunan kesehatan sepanjang satu dasawarsa terakhir.<sup>73</sup> Salah satu upaya yang ditempuh adalah dengan membenahi dan membarui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Program JKN merupakan kebijakan pemerintah dalam mewujudkan amanat UUD 1945 tentang jaminan kesehatan sebagai hak bagi masyarakat. Beberapa Undang-Undang yang menjadi landasan pelaksanaan program ini di antaranya: *Pertama*, UUD 1945 Perubahan, Pasal 32 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan dikeluarkan UU No. 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional. *Kedua*, UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya

---

<sup>72</sup>*Ibid.*

<sup>73</sup>Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat-Kementerian Kesehatan RI, "Pemerintah Upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia", <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201212/0135971/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia/>, diakses pada 11 Februari 2022.

di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.<sup>74</sup>

Dalam upaya mewujudkan jaminan kesehatan di Indonesia sebagaimana yang diamanatkan Undang-Undang, pemerintah mengonsentrasikan kebijakan terhadap beberapa aspek dasar penunjang layanan kesehatan. Beberapa hal mendasar yang harus diperhatikan pemerintah adalah terjaminnya sumber daya manusia, upaya pemerataan ketersediaan fasilitas kesehatan di daerah dan perlindungan terhadap finansial masyarakat ketika sakit atau jaminan kesehatan berupa asuransi. Di dalam program JKN, setidaknya terdapat dua perubahan besar yang memengaruhi sistem pelayanan di Indonesia. Dua hal itu terkait pembiayaan layanan kesehatan dan klasifikasi layanan kesehatan sejak diberlakukannya jaminan kesehatan berupa BPJS Kesehatan.

Sejak program JKN diselenggarakan oleh pemerintah, pada saat yang sama negara juga mulai giat merevitalisasi asuransi kesehatan di Indonesia secara lebih sistematis dan menyeluruh. Wacana tentang asuransi kesehatan sebenarnya merupakan masalah klasik di Indonesia. Sejak masa awal kemerdekaan Indonesia, tepatnya di tahun 1949, Prof. G. A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan pada waktu itu pernah mengajukan sebuah gagasan tentang pengadaan asuransi kesehatan semesta, sebagaimana yang dipraktikkan oleh sebagian negara maju pada masa itu. Pada tahun 1968, pemerintah menerbitkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 tahun 1968 dengan membentuk badan penyelenggara dana pemeliharaan kesehatan (BPDPK). Setelah beberapa tahun, pada tahun 1984, pemerintah mengalihkan status BPDPK menjadi salah satu lembaga berbentuk BUMN, yaitu Perum Husana Bakti (PBH). Pada tahun 1992, melalui Undang-Undang Nomor 6 tahun 1992, PBH dialihkan menjadi PT. Askes. Hingga pada 1 Januari 2014, BPJS mulai digalakan menggantikan PT. Askes.<sup>75</sup> Kehadiran BPJS kesehatan merupakan buah dari komitmen Indonesia setelah menandatangani kesepakatan negara-negara di dunia yang tergabung dalam WHO untuk mewujudkan UHC.

---

<sup>74</sup>Republik Indonesia, *Undang-Undang Dasar 1945*, Pasal 32, ayat 2. “UU No. 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional”. “UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan,” dalam Laksono Triasnantoro, *op. cit.*, hlm.109.

<sup>75</sup>Bontor Paolo, “Tonggak Sejarah BPJS Kesehatan”, <https://indonesiabaik.id/infografis/tonggak-sejarah-bpjs-kesehat-an>, diakses 12 Februari 2022.

Klasifikasi pelayanan kesehatan di Indonesia pada era JKN merupakan suatu perubahan dari proses layanan kesehatan yang perlu dipahami oleh setiap lapisan masyarakat. Perubahan ini mengikuti kebijakan BPJS kesehatan sebagai lembaga baru yang berhak mengatur hal-hal operasional di dalam layanan kesehatan. Sejak tahun 2014, terjadi pembagian peran layanan kesehatan, bahwa upaya preventif dan promotif dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, sedangkan upaya kuratif dibiayai oleh BPJS Kesehatan melalui dua jenjang layanan, yakni layanan kesehatan primer dan sekunder.<sup>76</sup>

Kehadiran program JKN pada tahun 2014 dengan diselenggarakannya BPJS bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial, khususnya terhadap biaya katastrofik terhadap semua peserta. Salah satu penelitian dengan menggunakan data survei sosial ekonomi nasional tahun 2014 menjelaskan bahwa perlindungan terhadap biaya finansial, khususnya bagi penduduk termiskin dan hampir miskin, masih rendah. Pada awal masa pemberlakuan BPJS, pemerintah belum mengorganisasi secara merata kebutuhan masyarakat miskin yang tergolong ke dalam kelompok PBI yang seharusnya ditanggung dengan biaya APBN.<sup>77</sup>

#### **2.2.4.2 Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Indonesia**

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa pelayanan kesehatan di Indonesia terbagi atas dua yakni layanan kesehatan primer dan sekunder, untuk itu fasilitas pelayanan kesehatan juga dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori yakni, fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) untuk layanan primer, berupa puskesmas dan layanan sekelasnya. Untuk layanan kesehatan sekunder fasilitas yang dimaksud adalah rumah sakit.

---

<sup>76</sup>Laksono Trisnantoro, *op. cit.*, hlm. 134-135.

<sup>77</sup>Ingan Tarigan dan Tati Suryati, *op. cit.*, hlm. 141.

#### 2.2.4.2.1 Ketersediaan Fasilitas Kesehatan Primer

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 menjelaskan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerja yang ada. Berdasarkan data yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan, total jumlah Puskesmas di Indonesia sampai dengan Desember 2020 mengalami peningkatan. Peningkatan tersebut nampak apabila dibandingkan dengan jumlah di tahun 2019 yaitu sebanyak 10.134 Puskesmas. Sejak tahun 2016, jumlah Puskesmas mengalami peningkatan, yakni mulai dari 9.767 unit menjadi 10.230 puskesmas pada tahun 2020.<sup>78</sup>

Peningkatan ketersediaan FKTP di atas menggambarkan keseriusan upaya pemerintah dalam pemenuhan akses layanan kesehatan primer. Upaya pemenuhan layanan kesehatan primer dapat dilihat secara umum melalui rasio Puskesmas terhadap kecamatan. Berdasarkan data yang dihimpun dari Kementerian Kesehatan di tahun 2020, terdapat 1 provinsi dengan rasio 7,2 (DKI Jakarta), 1 provinsi dengan rasio 2,1 (Bali), 2 provinsi dengan rasio 1,8 (Maluku dan Kalimantan Timur), 1 provinsi dengan rasio 1,7 (Jawa Barat), 2 provinsi dengan rasio 1,6 (Banten dan DI Yogyakarta), 8 provinsi dengan rasio 1,5 (Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, Jawa Tengah, Kalimantan Tengah, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Selatan, Jambi dan Jawa Timur), 8 provinsi dengan rasio 1,4 (Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Bengkulu, Lampung, Riau, Kepulauan Bangka Belitung dan Sumatera Utara), 3 provinsi dengan rasio 1,3 (Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Timur dan Maluku Utara), 4 provinsi dengan rasio 1,2 (Gorontalo, Aceh, Sulawesi Tengah dan Kepulauan Riau), 1 provinsi dengan rasio 1,1 (Sulawesi Utara), 1 provinsi dengan rasio 1,0 (Kalimantan Utara), 1 provinsi dengan rasio 0,8 (Papua) dan 1 Provinsi dengan rasio 0,7 (Papua Barat). Di tahun 2020 standar rasio Puskesmas per kecamatan di Indonesia adalah 1,4.<sup>79</sup>

Berdasarkan standar rasio Puskesmas terhadap kecamatan di Indonesia (1,4), dapat di lihat bahwa dari 34 provinsi sebagian besar provinsi di Indonesia telah memenuhi standar dalam menyediakan Puskesmas di setiap kecamatan

---

<sup>78</sup>Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *op. cit.*, hlm. 20.

<sup>79</sup>*Ibid.*



yakni sebanyak 23 Provinsi. Sedangkan 11 provinsi lainnya masih di bawah standar. 11 provinsi tersebut yakni, Papua Barat, Papua, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Kepulauan Riau, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Aceh, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, dan Sulawesi Tenggara. Data di atas menggambarkan bahwa rasio ideal Puskesmas terhadap kecamatan yaitu satu Puskesmas di satu kecamatan, secara nasional sebagian besar telah terpenuhi. Hal ini secara lebih jelas ditampilkan dalam Grafik 2.1 tentang Rasio Puskesmas per Kecamatan di Indonesia Tahun 2020. Grafik tersebut dapat dilihat pada Lampiran 1 dalam Skripsi ini halaman 87.

Rasio Puskesmas per kecamatan tersebut menggambarkan kondisi aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer. Data di atas menjelaskan bahwa minimal satu Puskesmas sudah disediakan hampir di seluruh kecamatan di Indonesia, kecuali kecamatan yang terdapat di provinsi Papua dengan rasio 0,8 dan Papua Barat dengan rasio 0,7. Rasio di bawah angka satu menjelaskan bahwa masih terdapat kecamatan dengan ketiadaan puskesmas.<sup>80</sup>

#### **2.2.4.2.2 Ketersediaan Rumah Sakit**

Pada era sebelum JKN, Rumah Sakit sebagai salah sarana penyedia jasa layanan kesehatan kepada masyarakat terkonsentrasi di Jakarta, Surabaya, dan kota-kota besar lainnya di pulau Jawa. Pada masa setelah JKN, upaya pemerataan Rumah Sakit di Indonesia mulai digalakan. Tercatat sejak tahun 2016 hingga tahun 2020, terdapat peningkatan pertumbuhan Rumah Sakit sebesar 12,86%. Pada tahun 2016, jumlah rumah sakit sebanyak 2.601 meningkat menjadi 2.985 pada tahun 2020.<sup>81</sup>

Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit dikelompokkan menjadi Rumah Sakit bertipe kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D. Jumlah Rumah Sakit di Indonesia terbanyak yaitu tipe C (1.550 RS) sebesar 51,9%, kemudian kelas D dan D Pratama (877 RS) sebesar 29,4%, kelas B(436 RS) sebesar 14,6%, dan kelas A (60 RS) sebesar 2,0%, sedangkan selebihnya sebesar 2,1% merupakan Rumah Sakit yang belum ditetapkan kelasnya (62 RS).<sup>82</sup>

---

<sup>80</sup>*Ibid.*

<sup>81</sup>*Ibid.*

<sup>82</sup>*Ibid.*

Data di atas merupakan data persentasi rumah sakit kabupaten/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang di tahun 2020. Data tersebut menjelaskan bahwa persentase ketersediaan Rumah Sakit tipe paling tinggi terdapat di provinsi Aceh, Jawa Tengah, dan Bengkulu, sedangkan provinsi dengan persentase terendah terdapat di provinsi Papua, Kepulauan Riau, dan Papua Barat. Data ini menjelaskan ketimpangan ketersediaan Rumah Sakit berstandar minimal yakni Rumah Sakit bertipe C di Indonesia. Gambaran ini dapat memerjelas fakta bahwa masyarakat yang berdomisili di provinsi dengan persentasi Rumah Sakit tipe C kurang dari 80% tentu saja mengalami kendala dalam mengakses layanan kesehatan sekunder atau rujukan. Hal ini secara lebih jelas ditampilkan dalam Grafik 2.2 tentang Persentasi Rumah Sakit Kabupaten/Kota Kelas C yang Memiliki 4 Dokter Spesialis Penunjang Tahun 2020. Grafik tersebut dapat dilihat pada Lampiran 2 dalam Skripsi ini halaman 88.

#### **2.2.4.3 Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia**

Terjaminnya ketersediaan SDM kesehatan merupakan salah satu aspek penting yang dapat menunjang tercapainya tujuan JKN. Pada tahun 2014 sejak awal program JKN dilaksanakan, terdapat ketimpangan ketersediaan SDM kesehatan di Indonesia yang cukup berarti. Perbedaan ini terkait ketersediaan jumlah tenaga dokter, baik dokter umum maupun dokter spesialis, khususnya pada wilayah Indonesia barat dengan Indonesia Timur. Data kementerian kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa wilayah Indonesia Barat memiliki fasilitas dan SDM kesehatan yang lebih memadai dibandingkan Indonesia Timur.<sup>83</sup>

Perkembangan terakhir menurut data yang dihimpun Kementerian Kesehatan pada tahun 2020, diketahui bahwa jumlah tenaga medis di Indonesia sebanyak 124.449 orang, dengan proporsi terbanyak adalah dokter, yaitu sebesar 55%. Dan sebagian besar tenaga medis berada di pulau Jawa-Bali yakni sebanyak 61,12% tenaga medis. Jumlah terbanyak berada di propinsi Jawa Barat (17.032 orang), DKI Jakarta (16.754 orang), dan Jawa Timur (15.396 orang). Provinsi dengan tenaga medis paling sedikit adalah Kalimantan Utara (483 orang), Papua Barat (484 orang), dan Sulawesi Barat (489 orang). Hal ini menjelaskan bahwa

---

<sup>83</sup>Laksono Trisnantoro, *op. cit.*, hlm. 78.

masih terdapat ketimpangan dalam upaya pemerataan ketersediaan tenaga kesehatan di Indonesia.<sup>84</sup>

Ketimpangan dalam upaya pemerataan ketersediaan SDM kesehatan dapat dilihat jelas melalui perbandingan jumlah ketersediaan puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan sesuai standar menurut provinsi di Indonesia tahun 2020. Hal ini secara lebih jelas ditampilkan dalam Grafik 2.3 tentang Persentase Puskesmas dengan 9 (Sembilan) Jenis Tenaga Kesehatan Sesuai dengan Standar Menurut Provinsi Tahun 2020. Grafik tersebut dapat dilihat pada Lampiran 3 dalam Skripsi ini halaman 89.

Selain ketersediaan tenaga kesehatan pada umumnya, secara spesifik, ketersediaan jumlah dokter di puskesmas yang tidak merata antar provinsi juga mempertegas adanya ketimpangan ketersediaan SDM kesehatan. Hal ini dapat berakibat pada adanya kendala yang cukup berarti dalam hal aksesibilitas layanan kesehatan di Indonesia. . Hal ini secara lebih jelas ditampilkan dalam Grafik 2.4 tentang Persentase Puskesmas Tanpa Dokter Menurut Provinsi Tahun 2020. Grafik tersebut dapat dilihat pada Lampiran 4 dalam Skripsi ini halaman 90.

Di tahun 2020 juga, ketimpangan atau disparitas ketersediaan tenaga kesehatan di berbagai daerah di Indonesia masih terjadi. Secara umum data yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan memperlihatkan bahwa masih terdapat ketimpangan tenaga kesehatan khususnya dokter di berbagai wilayah di Indonesia. Ketimpangan yang ada memperlihatkan gambaran bahwa ketersediaan tenaga medis berupa dokter masih lebih memadai pada wilayah Sumatera, Kalimantan, Jawa, dan Bali, sedangkan Sulawesi, Maluku, Nusa Tenggara dan Papua terlihat masih menampilkan angka kebutuhan akan tenaga medis yang cukup, khususnya para dokter. Rendahnya ketersediaan tenaga medis dan fasilitas kesehatan akan berdampak pada aksesibilitas masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan, mereka yang kekurangan tenaga medis tentu akan mengalami aksesibilitas terhadap layanan kesehatan yang rendah. Hal ini secara lebih jelas ditampilkan dalam Grafik 2.5 tentang Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Dokter Menurut Provinsi Di Indonesia. Grafik tersebut dapat dilihat pada Lampiran 5 dalam Skripsi ini halaman 91.

---

<sup>84</sup>Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *op.cit.* hlm. 20.

#### **2.2.4.4 Aksesibilitas Masyarakat Indonesia terhadap Pelayanan Kesehatan**

Derajat kesehatan masyarakat akan mengalami peningkatan atau perbaikan apabila masyarakat memiliki akses yang terjamin dalam usaha pemenuhan kebutuhan akan kesehatan. Akses layanan kesehatan merupakan pemanfaatan layanan kesehatan tepat waktu untuk mencapai status kesehatan yang baik. Dengan kata lain, akses layanan kesehatan dapat diartikan sebagai kondisi ketersediaan layanan kesehatan di mana pun dan kapan pun diperlukan oleh masyarakat.<sup>85</sup> Dengan ketersediaan layanan kesehatan yang memadai, maka aksesibilitas masyarakat terhadap pemenuhan kebutuhannya akan berjalan lebih efektif.

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ketimpangan akan ketersediaan layanan kesehatan masih terdapat di wilayah Indonesia. Lain halnya dengan kondisi atau gambaran sistem pembiayaan layanan kesehatan dengan BPJS yang hampir mengalami pemerataan di wilayah Indonesia. Ketersediaan SDM kesehatan, fasilitas kesehatan dan kondisi geografis di wilayah-wilayah tertentu menyebabkan aksesibilitas masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan menjadi terganggu atau tidak semaksimal daerah-daerah dengan ketersediaan layanan kesehatan yang memadai.

Keberhasilan sebuah negara dalam memenuhi standar kesehatan semesta diukur melalui dua aspek, yaitu: *Pertama*, seberapa banyak orang yang belum memanfaatkan pelayanan kesehatan karena hambatan akses. *Kedua*, seberapa banyak orang yang terlindung dari kesulitan pembiayaan ketika mereka menggunakan pelayanan kesehatan (perlindungan finansial).<sup>86</sup> Dari kedua aspek tersebut, pemerintah Indonesia mengalami progres yang cukup signifikan selama beberapa tahun terakhir pada aspek yang kedua, yaitu terkait pembiayaan kesehatan. Menurut data dari Kementerian Kesehatan, pada tahun 2020 sebanyak 82,0% penduduk Indonesia telah menjadi peserta JKN.<sup>87</sup> Hal ini secara lebih jelas

---

<sup>85</sup>Dr. Ekowati Retnaningsih, SKM., M. Kes. *op. cit.*, hlm. 71.

<sup>86</sup>Laksono Trisnantoro, *op. cit.*, hlm. 244.

<sup>87</sup>Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *op. cit.*, hlm. 92.

ditampilkan dalam Grafik 2.6 tentang Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia Menurut Provinsi Tahun 2020. Grafik tersebut dapat dilihat pada Lampiran 6 dalam Skripsi ini halaman 92.

Sekalipun fakta terkait aspek pembiayaan kesehatan yang lebih memadai, masyarakat belum memiliki aksesibilitas yang ideal sebab ketersediaan fasilitas dan SDM kesehatan belum mengalami pemerataan di sejumlah wilayah di Indonesia. Selain faktor ketersediaan yang belum mencukupi, kondisi geografis di wilayah-wilayah tertentu juga menjadi kendala yang cukup berarti. Hal ini dikarenakan pembangunan infrastruktur, sarana dan prasarana yang mendukung kemampuan masyarakat untuk mencapai lokus pelayanan masih belum sempurna. Perbedaan kualitas antara aspek pembiayaan dan ketersediaan fasilitas serta SDM kesehatan ini menyebabkan rendahnya aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Kekurangan dalam aspek SDM dan Fasilitas Kesehatan ini menyebabkan ketimpangan atau disparitas pelayanan kesehatan di Indonesia.