

## CAPAIAN SASARAN KEADILAN SOSIAL DALAM LAYANAN JANTUNG BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KOTA PADANG

### ACHIEVEMENT OF THE EQUITY IN CARDIAC SERVICES FOR NATIONAL HEALTH INSURANCE PARTICIPANT IN PADANG CITY

Shelvy Haria Roza<sup>1</sup>, CH Tuty Ernawaty<sup>1</sup>, Mutiara Indah Sari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas

#### ABSTRAK

Sumatera Barat termasuk salah satu provinsi dengan angka penyakit jantung yang tinggi. Paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang luas membuat ketimpangan pelayanan penyakit jantung. Tujuan Penelitian ini adalah mengevaluasi capaian ketersediaan dan pemerataan layanan kesehatan jantung yang berkeadilan di kota Padang. Jenis Penelitian merupakan studi kasus pada layanan jantung yang dilakukan di kota Padang. Metode penelitian dengan *mix method*. Data kuantitatif menggunakan data sekunder yang bersumber dari BPJS Kesehatan. Data kualitatif diperoleh dari hasil *in depth interview* terhadap delapan informan yang dipilih secara purposive sampling. Analisa data dilakukan dengan triangulasi sumber. Hasil penelitian didapatkan bahwa adanya ketersediaan kateterisasi jantung di tiga rumah sakit di Kota Padang, namun, hanya satu rumah sakit yang melayani peserta JKN, ketersediaan dokter Spesialis Jantung sudah memadai, kunjungan jantung dan total dana klaim jantung tertinggi pada kelompok PBPJ dengan angka kunjungan (30,77%) dan total klaim (31,21%) menunjukkan bahwa pemerataan pelayanan jantung belum merata dinikmati oleh segmen peserta PBI. Paket manfaat JKN khususnya pelayanan jantung dapat mudah diakses oleh peserta JKN karena fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan tersedia merata di kota Padang. Peserta JKN mendapatkan pelayanan yang adil kepada semua segmen peserta JKN. Namun, pemerataan pelayanan jantung belum merata dinikmati oleh semua segmen peserta JKN.

**Kata kunci:** Keadilan sosial, Paket manfaat, Layanan kesehatan, JKN

#### ABSTRACT

West Sumatra is one of the provinces with a high rate of heart disease. The broad package of National Health Insurance (NHI) benefits creates unequal services for heart disease. The purpose of this study was to evaluate the achievement of the availability and equity of cardiovascular health services in the city of Padang. This type of research is a case study on cardiac services in the city of Padang in 2020. The research method is a mixed method. Quantitative data uses secondary data sourced from BPJS Kesehatan. Qualitative data were obtained from in depth interviews with eight informants who were selected by purposive sampling. Data analysis was performed by source triangulation. The results showed that the availability of cardiac catheterization in three hospitals in Padang City, however, only one hospital served NHI participants, the availability of cardiac specialists was adequate, heart visits and the highest total heart claim funds were in the workers are not wage earners (PBPJ) group with a number of visits (30,77%) and total claims (31.21%) indicate that even distribution of cardiac services has not been evenly enjoyed by receiving contribution participant (PBI) segment. NHI benefit packages, especially heart services, can be easily accessed by NHI participants because health facilities and health human resources are evenly available in the city of Padang. NHI participants get fair service to all JKN participant segments. However, evenly distributed cardiac services have not been enjoyed by all segments of NHI participants.

**Keywords:** Equity, Benefit packages, Health services, National health insurance

#### PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan nasional adalah bentuk reformasi kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Indonesia berhasil mencakup lebih dari 222 juta jiwa sebagai peserta JKN di bulan maret tahun 2020, meskipun pada akhir 2019 telah mencatat lebih dari 224 juta. Sepanjang implementasi program JKN, DJSN telah mencatat bahwa program ini telah berhasil bekerja sama dengan lebih dari 25.000 fasilitas kesehatan dengan jumlah kunjungan peserta lebih dari 88 juta kunjungan di FKTP dengan rasio rujukan ke FKTP lebih dari 7%. (DJSN,2020) Capaian angka tersebut tergolong berhasil mendorong akses peserta ke layanan kesehatan secara nasional. Namun, seiring telah berjalan enam

tahun pelaksanaannya masih adanya sasaran yang belum mencapai target, permasalahan dan tantangan menjadi evaluasi bagi pelaksanaan JKN.

Pada tahun 2019, peta jalan JKN menetapkan delapan sasaran diantaranya adalah pada sasaran ketiga yaitu paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama dalam mewujudkan keadilan sosial. Ditinjau dari aspek utilisasi layanan kesehatan, laporan bulanan BPJS Kesehatan sampai dengan Desember 2017 menyebutkan sekitar 219,6 juta peserta mengakses layanan kesehatan, yang terdiri atas 66,7% pemanfaatan di FKTP, 29,3% di poliklinik rawat jalan FKRTL, dan 4 % rawat inap FKRTL.(BPJS K,2018) Dari segi utilisasi, pada tahun pertama implementasi kebijakan

JKN utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta JKN meningkat signifikan, 64% pada pelayanan rawat inap dan 20% pada pelayanan rawat jalan, dibandingkan dengan utilisasi sebelum JKN (2011-2013). (TNP2K,2018) Meskipun, adanya peningkatan utilisasi layanan kesehatan namun masih ditemukan ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan, dimana manfaat jkn lebih banyak dirasakan oleh masyarakat mampu dibandingkan masyarakat kurang mampu. Ini dapat dilihat pada data utilisasi tahun 2016 menunjukkan, rasio utilisasi rawat inap dan rawat jalan antara masyarakat mampu dan kurang mampu masih cukup tinggi, 146% untuk rawat inap dan 24% untuk rawat jalan. Benefit Incidence Analysis (BIA) pada tahun yang sama menunjukkan masyarakat miskin dan hampir miskin hanya menggunakan 5-18% dari dana klaim rumah sakit dibandingkan masyarakat menengah dan mampu yang mencapai 11-27%.(TNP2K,2018)

Penyakit tidak menular menjadi penyebab kematian tertinggi pada tahun 2018 yaitu *stroke*, *ischemic heart disease/IHD*, *diabetes* dan *cirrhosis*. *stroke* dan *IHD* merupakan penyakit penyebab kematian tertinggi sejak tahun 1990 hingga 2017. (The Institute for Health Metrics, 2017) Penyakit jantung adalah salah satu masalah kesehatan utama dan penyebab nomor satu kematian di dunia. Kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah di dunia berjumlah lebih dari 17 juta orang. Lebih dari 75% kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. (WHO,2015) Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia adalah 1,5%. Di Sumatera Barat, prevalensi penyakit jantung juga menunjukkan angka yang tinggi yaitu 1,6% atau 16 dari 1.000 penduduk Sumatera Barat menderita penyakit jantung. Sumatera barat merupakan salah satu provinsi dengan prevalensi penyakit jantung lebih tinggi dari rata-rata nasional. (Kemenkes,2018) Seiring tingginya prevalensi penyakit jantung dan pembiayaan kesehatan yang tinggi diperlukan upaya dari pemerintah dalam memberikan akses pelayanan kesehatan masyarakat untuk memastikan ketersediaan kebutuhan medis masyarakat dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Sebelum lahirnya program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS), terdapat variasi tanggungan paket manfaat katastrofik antara lain pengobatan penyakit katastrofik seperti operasi jantung, hemodialisis dan sebagainya pada berbagai jenis program jaminan kesehatan. Program Jamkesmas

menanggung biaya katastrofik. Program Jamkesda menanggung biaya katastrofik karena mengacu pada program Jamkesmas namun tidak secara eksplisit di beberapa daerah. Program Askes PNS menanggung biaya katastrofik namun di masa lalu peserta harus membayar selisih tarif (*excess claim*). Program JPK Jamsostek di masa lalu tidak menanggung biaya katastrofik, JPK Jamsostek mulai menjamin biaya katastrofik sejak tahun 2012 dan untuk paket manfaat rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dibatasi maksimal 60 hari/tahun. Perbedaan manfaat katastrofik tersebut perlu menjadi perhatian karena penyakit katastrofik secara finansial memberatkan peserta dan sehingga ditetapkan jaminan paket pengobatan katastrofik.(BPJS K, 2019)

Dari sisi pembiayaan program Jaminan Kesehatan Nasional, pada penelitian Mahulae J, dkk (2016) menyebutkan bahwa beban pembiayaan terbesar salah satunya adalah penyakit katastrofik dengan angka sekitar 30% atau sekitar Rp. 16,9 triliun dari anggaran JKN tahun 2016. Penyakit katastrofik yang ditanggung terdiri atas penyakit jantung (13%), gagal jantung kronik (7%), kanker (5%), *stroke* (2%), *thalasemia* (1%), *hemofilia* (0,2%) dan *leukemia* (0,3%). Data BPJS Kesehatan tahun 2017 juga menjelaskan Penyakit jantung menduduki peringkat teratas untuk biaya rawat inap diantara penyakit katastrofik lainnya dengan klaim untuk penyakit jantung mencapai Rp 9,25 triliun. Di Sumatera Barat, BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa pada tahun 2017, penyakit jantung merupakan masalah kesehatan dengan biaya pengobatan paling banyak dengan total klaim sebesar Rp. 230,7 miliar per tahun dan terdapat 330.492 kasus jantung. (BPJS K, 2019) Berdasarkan data BPJS Cabang Padang menjelaskan bahwa di Kota Padang, total realisasi klaim untuk penyakit jantung pada tahun 2018 menunjukkan angka yang besar mencapai angka Rp. 80,187 miliar atau sekitar 8% dari total dana klaim keseluruhan. Utilisasi layanan penyakit jantung sebesar 13883 kunjungan dan mengalami peningkatan sebesar sekitar 20% dari tahun sebelumnya. (Hesniwati,dkk,2016)

Permasalahan lain perbedaan paket manfaat layanan jantung terjadi di beberapa daerah di Indonesia. Target-target kesetaraan belum tercapai. Berdasarkan penelitian Heriwati, dkk (2016) permasalahan kesetaraan ditemukan di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur. Hasil analisis menyebutkan bahwa ditemukan ada perbedaan bermakna rata-rata klaim katastrofik di kedua provinsi. Rata-rata klaim per pasien untuk kasus kardiovaskular di DKI Jakarta lebih tinggi hampir dua kali lipat dibanding rata-rata klaim di NTT dengan rata-rata klaim Jakarta adalah

7.645.276 sedangkan di NTT adalah 4.026.484. Faktor terbesar perbedaan tersebut adalah besaran CBG yang tidak memberikan insentif pemerataan dokter spesialis ke rumah sakit kelas B, C dan D di daerah berpenghasilan rendah.

Tingginya angka penyakit jantung dan pembiayaan kesehatan jantung memerlukan tersedianya paket manfaat layanan jantung yang setara merata diseluruh daerah untuk semua segmen peserta JKN. Paket manfaat layanan jantung seperti layanan kateterisasi jantung (*cath lab*) dan dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (SpJP) di rumah sakit. Program JKN menjadi upaya pemerintah dalam mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkeadilan sosial ke seluruh masyarakat Indonesia termasuk Kota Padang. Untuk melihat pelaksanaan program JKN, maka perlu dilakukan Evaluasi capaian ketersediaan layanan jantung di Kota Padang dalam upaya mewujudkan kesetaraan dan keadilan bagi peserta JKN. Tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi ketersediaan dan pemerataan layanan jantung pada peserta JKN di Kota Padang.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan metode evaluasi formatif yang dirancang untuk menilai bagaimana kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan. ini merupakan penelitian *mix methods* dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dengan studi kasus pada layanan jantung. Penelitian dilakukan pada Januari sampai Juli 2020 di kota Padang. Data kuantitatif digunakan untuk melihat ketersediaan dan cakupan layanan jantung di kota padang pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. Data kuantitatif diperoleh dari data sekunder yang didapat dari data BPJS Kesehatan dan data dari tiga rumah sakit yaitu RSUP Dr. M Djamil, RSI Ibnu Sina Padang, RS Semen Padang. Data sekunder yang terdiri dari data kunjungan Layanan Jantung, data klaim layanan jantung, data ketersediaan dokter spesialis jantung dan data utilisasi layanan jantung di Kota Padang. Sedangkan, data kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap 8 orang informan yang dipilih melalui *purposive sampling* pada beberapa instansi yaitu BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit dan Puskesmas di Kota Padang yang terdiri dari Kabid Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Padang, Tim Monev JKN Kota Padang, Kabid Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Padang, Kabid Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat,

Kabid Pelayanan Medik RSUP M. Djamil, Kepala Instalasi jantung terpadu RSUP M. Djamil, Kabid pelayanan Rumah Sakit Ibnu Sina, Kepala klinik jantung Rumah Sakit Ibnu Sina. Data kualitatif diperoleh dari hasil wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan teknik *purposive sampling*.

Analisa data kuantitatif dianalisis secara univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi ketersediaan layanan kateterisasi jantung, ketersediaan tenaga yaitu dokter spesialis jantung, kunjungan layanan jantung berdasarkan segmen peserta JKN dan berdasarkan tipe rumah sakit, dan klaim layanan jantung untuk melihat gambaran secara deskriptif pada setiap variabel yang diamati. Analisa data kualitatif dengan triangulasi sumber yang diperoleh dari informan yang berbeda.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Ketersediaan Layanan Kateterisasi Jantung (*Cath Lab*) di Kota Padang

Pelayanan penyakit jantung merupakan salah satu paket manfaat yang dapat dinikmati oleh peserta JKN. Namun, ketersediaan fasilitas kesehatan dan dokter spesialis jantung dan pembuluh darah menjadi alasan utama mengapa peserta JKN tidak dapat menikmati paket manfaat tersebut. Hasil data ketersediaan *cath lab* dan dokter spesialis jantung dan pembuluh darah sebagai salah satu sarana dan prasarana dalam pelayanan jantung di Kota Padang menggambarkan bahwa adanya ketersediaan *Cath Lab* di Kota Padang yang memiliki laboratorium kateterisasi Jantung yaitu di RSUP Dr M.Djamil, RSI Ibnu Sina Padang, dan RS Semen Padang. Namun, layanan *Cath Lab* yang telah bekerjasama dengan BPJS kesehatan hanya satu rumah sakit yaitu RSUP Dr. M. Djamil yang melayani peserta JKN. Selanjutnya, terdapat layanan *cath lab* yang belum atau tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan pada beberapa rumah sakit swasta seperti RSI Ibnu Sina dan RS Semen Padang. Berdasarkan rasio fasilitas kesehatan dibanding jumlah penduduk yaitu 1:100.000 penduduk, maka rasio ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) yaitu fasilitas layanan jantung di FKTL sebesar 1: 316.957 yang artinya 1 FKTL untuk melayani sekitar 316.957 penduduk. Angka rasio tersebut sudah memenuhi standar ideal karena standar sistem pelayanan kesehatan terpadu, satu fasilitas kesehatan melayani sebanyak-banyaknya 100.000 penduduk.

Hasil wawancara dengan dari beberapa informan mengenai ketersediaan layanan kateterisasi jantung (*cath lab*) di Kota Padang didapatkan informasi bahwa layanan kateterisasi

jantung sudah terdapat di Kota Padang yaitu di RSUP Dr. M. Djamil, RSI Ibnu Sina dan RS Semen Padang. Layanan *Cath lab* di RSUP Dr. M. Djamil sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Layanan *cath lab* di dua rumah sakit swasta lainnya belum atau tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Layanan *cath lab* di RSI Ibnu Sina masih dalam proses persyaratan mitra kerjasama. Sedangkan di RS Semen Padang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan hanya melayani pasien umum seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

***“Sudah ada, di M.Djamil. Di Semen Padang ada tapi sudah putus hubungan dengan BPJS jadi tidak bisa dengan BPJS. Kalau di Ibnu Sina, laporan ke kami sih belum ada, mungkin gara-gara itu dalam tahap persiapan, mungkin tenaganya bisa jadi, mungkin sarana ada, kalau SDM tidak banyak tentu mereka keteteran. Yang pasti itu iya di M. Djamil!” (Inf-1)***

***“Di M. Djamil, Kemudian di rumah sakit Semen Padang, Kemudian, yang sekarang sudah ada peralatannya di Rumah sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi, tinggal itu di launching, mungkin beberapa hari lagi di launching. Kemudian di rumah sakit Stroke juga sudah ada Cath lab yang dapat dimanfaatkan untuk neuro intervensi. Kemudian di Rumah sakit Unand, Rumah Sakit Unand juga ada alat cath lab tapi itu menuju siap untuk di operasional kan.Ibnu Sina saya belum lihat Ibnu Sina Cathlabnya tapi yang lain itu saya sudah lihat cath labnya.” (Inf-4)***

***“Iya. Dipadang ini Cuma ada 3, yang swasta ada di Rumah sakit Ibnu Sina dan Semen Padang hospital, yang Pemerintah tu ada di M. Djamil Padang. Terus di Sumbar juga ada di Bukittinggi yaitu di rumah sakit Stroke dan rumah sakit Achmad Mochtar. Tapi yang operasional secara umum itu ada di rumah sakit Stroke. Kalau Ibnu Sina, dulu sudah dibina kerjasama dengan BPJS tapi terputus karena ada permasalahan sehingga klaimnya lebih susah. Jadi sampai saat ini masih belum jalan untuk pasien BPJS. Tapi untuk pasien umum sudah.” (Inf-8)***

Hal ini berarti, peserta JKN belum sepenuhnya bisa mendapatkan layanan kateterisasi jantung pada seluruh rumah sakit di Kota Padang bagi peserta JKN, karena hanya baru satu rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan yang menyediakan layanan ini. Meskipun tidak semua rumah sakit menyediakan layanan *cath lab* bagi peserta JKN di Kota Padang tidak mengalami hambatan dalam melakukan rujukan pasien jantung ke rumah sakit yang memiliki *cath lab* lengkap dan telah bekerjasama dengan BPJS karena dukungan akses transportasi yang baik dan jarak fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau.

Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan untuk pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di tempat pelayanan kesehatan. Sesuai dengan Peraturan Presiden No. 72/2012 tentang Sistem Kesehatan nasional Poin A No.151 Pemerintah

wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu dan berdasar konsep WHO tahun 2009 blok- blok bangunan sistem kesehatan (*The building blocks of the health system*) antara lain : Penyediaan pelayanan (*Service delivery*) dan Tenaga kesehatan (*Health workforce*). (WHO,2009)

Hal ini sudah memenuhi dimensi ketersediaan paket manfaat layanan kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh segmen peserta BPJS Kesehatan yang mengacu pada teori Penchansky dan Thomas yang mendefinisikan akses berdasarkan sejumlah dimensi yang memiliki hubungan yang ideal antara pasien dan sistem kesehatan dimana ketersediaan (*availability*) dan aksesibilitas (*accessibility*) menjadi bagian penting dalam mencapai keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan (Thomas,et-al, 1984). Menurut Evans, Hsu dan Boerma (2013) kemudian menggabungkan beberapa kajian terkait akses dan UHC, termasuk dari Penchansky dan Thomas, dan Thiede, Akweongo, dan McIntyre (2007), dimana menyimpulkan bahwa ada 3 dimensi akses, yaitu akses fisik (*physical accessibility*), kemampuan finansial (*financial affordability*), dan akseptabilitas (*acceptability*). Sehingga dukungan tercapainya akses fisik dan dukungan finansial diharapkan dapat mencapai keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan. Keberadaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan merupakan akses fisik yang dapat diperoleh oleh semua masyarakat yang menjadi peserta JKN. Untuk dapat memenuhi akses fisik masyarakat dibutuhkan dukung finansial yang cukup baik dari Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Kota Padang merupakan daerah geografis terletak di dataran dan termasuk daerah perkotaan. Akses transportasi sudah baik dan tidak ada hambatan untuk mencapai daerah terpencil. Akses ini dapat dimanfaatkan oleh peserta JKN untuk mendapatkan layanan kebutuhan medis berupa layanan jantung di FKTL. Keuntungan adanya kebijakan JKN akan mudah didapatkan oleh peserta JKN di Kota Padang karena fasilitas Kesehatan yang sudah merata dan akses transportasi untuk ke fasilitas Kesehatan yang baik.

Menurut Dahl,et-al,2015 utilisasi pelayanan kesehatan akan berlangsung optimal jika di lingkungan wilayah tersebut tersedia fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat dengan mudah dan terjangkau. Konsep fasilitas kesehatan yang terjangkau dapat dilihat dari sisi

biaya dalam hal ini Jaminan Kesehatan Nasional sudah menyediakan biaya berobat bagi peserta yang sedang membutuhkan pelayanan kesehatan. Akan tetapi tentunya biaya yang sudah disediakan akan tidak bermanfaat jika fasilitas yang akan dituju tidak tersedia dan terbatas.

Ketersediaan layanan kateterisasi jantung didukung dengan adanya alat kesehatan dan sarana prasarana untuk layanan jantung. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan didapatkan informasi bahwa kemampuan alat kesehatan untuk layanan jantung di RSUP Dr. M. Djamil dan RSI Ibnu Sina Kota Padang secara umum. Namun, di RSI Ibnu Sina alat yang belum tersedia adalah alat *ekokardiografi*, sedangkan di RSUP Dr. M. Djamil yang belum tersedia adalah pencitraan nuklir yang alatnya sudah ada tapi dalam tahap proses kelengkapan untuk diutilisasi seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*“Ya alatnya bisa mendeteksi. Bisa mendeteksi. Alatnya lengkap. Mungkin pencitraan nuklir yang belum ada. Alat sudah ada tapi masih nunggu ya beberapa peralatan lagi sehingga bisa di utilisasi alatnya. Semuanya sudah lengkap. Eko, kateterisasi, treadmill, volter, kemudian pendeteksi penyakit kardiovaskuler.” (Inf-6).*

*“Yang disini? Ini yang benar nih ya hehe. Masih ada yang kurang. Ada nama alatnya Ekokardiografi, atau alat USG jantung kita belum punya disini. Kalau untuk periksa itu biasanya kita kirim ke rujuk ke M.Djamil atau rumah sakit swasta yang ada alatnya. Itu aja yang kurang, alat yang lain sudah ada. Alat treadmill kita sudah punya, cath lab sudah punya.” (Inf-8).*

## 2. Ketersediaan SDM Dokter Jantung dan Pembuluh Darah (dokter SpJP) di Kota Padang

Data jumlah dokter spesialis dalam penelitian ini menggunakan data dari Kemenkes. Rasio dokter spesialis per penduduk sebesar 1/100.000 penduduk artinya 1 dokter untuk melayani sekitar 100.000 penduduk. Sumber daya manusia untuk layanan Jantung seperti dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (dokter SpJP) sudah tersedia di Kota Padang. Jumlah SDM jantung yang tersedia adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Ketersediaan SDM Dokter Jantung di Kota Padang

No.	Ketersediaan SDM Dokter Jantung	Jumlah
1.	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (dokter SpJP)	22

Sumber : BPJS Kesehatan Cabang Padang, 2019

Tabel 1 diatas memperlihatkan jumlah dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (dokter SpJP) yang tersedia di Kota Padang. Dilihat dari jumlah penduduk Kota Padang Tahun 2019 yang berjumlah 950.871 orang.(Dinas Kesehatan Kota Padang,2020) Ketersediaan dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh darah sebanyak 22 orang

maka didapatkan rasio dokter SpJP di Kota Padang adalah 1 : 43.221. Hal ini menunjukkan satu orang dokter spesialis melayani 43.221 penduduk. Angka rasio tersebut sudah sesuai standar ideal karena standar sistem pelayanan kesehatan terpadu, satu orang dokter spesialis melayani sebanyak-banyaknya 100.000 penduduk. Rasio dokter SpJP di Kota Padang sudah dapat melebihi dari rasio dokter SpJP per penduduk yang seharusnya yaitu 1 : 100.000. (Kemenkes, RI,2019)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan didapatkan informasi bahwa SDM atau dokter Spesialis jantung di RSUP Dr. M. Djamil dan RSI Ibnu Sina Kota Padang adalah cukup memadai seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*“Karena jumlah dokter cukup, jumlah tenaga perawat cukup, ... Sekarang sebelas orang, diluar residen ya. Itu SpJP.” (Inf-5)*

*“Iya. SDMnya cukup. ... Disini empat belas, 14 macam - macam keahliannya. Keahlian tambahannya ya, kompetensi tambahannya ya. Ada yang intervensi, ada yang vaskular, awalnya dia dokter jantung kemudian tambah kompetensinya. Jadi ada yang intervensi, ada yang bedah pakai eko, ada yang vaskular, ada yang kompetensi komunital atau yang struktural, ada yang elektrofisiologis. Ada yang rehab, ada yang rehab. Jadi kalau sub bagian subdivisinya ada 8, jadi masing- masing itu mempunyai kompetensi tambahan setelah SpJP. Untuk BKTV, sudah ada. Dokter bedahnya ada 2.” (Inf-6)*

*“Udah, udah, udah banyak. Ada 3 atau 4 orang dokter spesialis. Kita mempersiapkan juga dokter pendampingnya untuk pelatihan Cath lab.” (Inf-7).*

Jumlah dokter spesialis di Kota Padang sudah memadai di fasilitas kesehatan di Kota Padang disebabkan karena letak geografis kota padang yang terlatak di perkotaan, jadi ada kecenderungan pendistribusian tenaga dokter spesialis terkonsentrasi di daerah urban atau perkotaan. Namun berdasarkan wawancara mendalam dengan operasional dua rumah sakit mengatakan memerlukan penambahan dokter spesialis jantung dan pembuluh darah (SpJP) dengan kompetensi tambahan untuk RSUP Dr. M Djamil Padang, dan RSI Ibnu Sina belum memiliki dokter SpJP milik rumah sakit sendiri. Hal ini sejalan dengan penelitian di sepuluh provinsi di Indonesia yang disusun oleh Laksono Trisnantoro, dkk (2018) yang menyatakan bahwa hampir seluruh provinsi di pulau Jawa sudah tersedia layanan kateterisasi jantung (*catheterization laboratory atau cath lab*) dan dokter spesialis jantung yang terdistribusi cukup merata. Dalam proses pemenuhan hak kesehatan, pemerintah harus menjamin bahwa fasilitas dan layanan kesehatan tersedia dan mencukupi. Ketersediaan yang dimaksud adalah adanya tenaga kesehatan

profesional dalam jumlah yang memadai (rasio per populasi yang adekuat), jumlah fasilitas yang cukup dan berfungsi baik, dan intervensi kesehatan yang adekuat. (Fuady A, 2014) Ketersediaan sumberdaya kesehatan menjadi tujuan utama pemerataan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penyelenggara JKN yaitu BPJS Kesehatan, dengan menggunakan teori ekuitas dalam menentukan distribusi sumberdaya adil antar dua penerima. (Adams J, 1963). Keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan dapat diwujudkan jika terpenuhinya dimensi ketersediaan. (Kreng VB, 2011)

Menurut hasil penelitian Kreng VB, 2011 membuktikan bahwa alokasi sumber daya yang ideal dalam pelayanan kesehatan dapat menjamin banyak penduduk untuk akses secara merata ke pelayanan kesehatan ketika diperlukan, Namun, karena perbedaan geografis dan aksesibilitas sumber daya dan equity sarana pelayanan kesehatan adanya kecenderungan tenaga dokter terkonsentrasi di daerah perkotaan yang terjadi di Indonesia, Taiwan dan Jerman. Hal inilah yang menyebabkan jumlah dokter spesialis jantung di kota Padang sudah memadai.

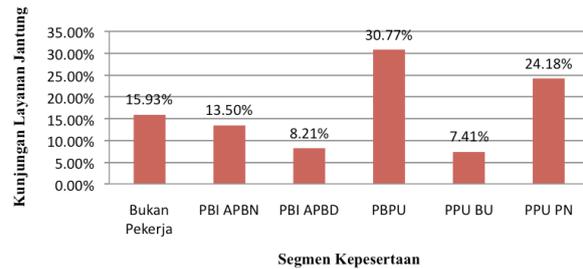
### 3. Kunjungan Layanan Jantung Berdasarkan Segmen Kepesertaan di FKRTL Kota Padang

Data tentang jumlah kunjungan layanan jantung berdasarkan segmen kepesertaan JKN di FKRTL Kota Padang menunjukkan angka sebagai berikut :

Tabel 2. Jumlah Kunjungan Peserta JKN untuk Layanan Jantung Berdasarkan Segmen Kepesertaan FKRTL

No.	Tahun	Bukan Pekerja	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPUBU	PPUPN	Total
1.	2016	1619	1095	550	2573	514	2034	8385
2.	2017	2085	1451	851	3733	725	2751	11596
3.	2018	2503	1656	1018	4431	920	3355	13883
4.	2019	2205	1868	1136	4259	1025	3347	13840

Tabel 2 diatas dapat diketahui bahwa jumlah kunjungan peserta JKN yang mengakses layanan jantung di FKRTL di Kota Padang mengalami peningkatan dari tahun 2016 hingga tahun 2018, namun mengalami penurunan pada dari tahun 2018 sampai 2019. Hal itu juga seiring dengan jumlah kunjungan jantung pada segmen kepesertaan seperti Bukan Pekerja, PBPU dan PPU PN dari tahun ke tahun. Berbeda halnya dengan segmen yang lainnya seperti PBI APBN, PBI APBD dan PPU BU selalu mengalami peningkatan. Untuk persentase kunjungan peserta JKN untuk layanan jantung di FKRTL pada tahun 2019 menunjukkan angka sebagai berikut :



Gambar 1. Persentase kunjungan peserta JKN untuk layanan jantung di FKRTL Kota Padang pada tahun 2019

Berdasarkan gambar 1 diatas dijelaskan bahwa sebaran data kunjungan layanan jantung di FKRTL Kota Padang menjelaskan bahwa kelompok dengan proporsi kunjungan layanan jantung tertinggi di FKRTL Kota Padang adalah Kelompok PBPU (Peserta Mandiri) sebesar 30,77% dan diikuti oleh kelompok PPU PN sebesar 24,18%, kelompok Bukan Pekerja sebesar 15,93% dan kelompok PBI APBN 13,50%. Rasio peserta JKN yang mengakses layanan di FKTP dan FKTL didominasi oleh kelompok peserta non- PBI baik dari peserta maupun kunjungan. Kelompok PBPU mendominasi layanan di FKRTL. Sedangkan, Kelompok PBI APBD yang merupakan proporsi terbesar jumlah peserta JKN justru memiliki rasio kunjungan per peserta paling rendah. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemerataan pelayanan jantung belum merata dinikmati oleh PBI APBN untuk masyarakat miskin dan tidak mampu di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut.

Hal ini didukung dari hasil wawancara mendalam terhadap beberapa informan mengenai utilisasi layanan jantung di Kota Padang didapatkan bahwa kelompok peserta JKN yang paling banyak mengakses rujukan layanan jantung di FKRTL adalah peserta Non PBI khususnya Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) atau disebut juga dengan peserta Mandiri. Hal ini diungkapkan oleh beberapa informan sebagai berikut :

*“Biasanya yang sering mengakses itu peserta Bukan Penerima Upah atau yang sering disebut dengan peserta mandiri. Kemudian baru ... tapi peserta yang paling banyak itu peserta Bukan Penerima Upah atau peserta mandiri.” (Inf-2)*

*“Peserta Bukan Penerima Upah atau yang sering disebut peserta mandiri.” (Inf-3)*

*“Kalau, itu dari BPJS itu keluaran datanya. Tapi, kelompok yang paling banyak klaim rasio pembayarannya itu dari Mandiri. Yaa, kalau saya lihat dari data BPJS itu 450% itu dari mandiri, subsidiya itu. Jadi yang mandiri itu yang sebenarnya lebih banyak memanfaatkan yang disubsidi mungkin dari kelompok lain yaa, mungkin dari kelompok PBI APBN atau PBI APBD, itu yang paling banyak mensubsidi ke kelompok peserta bukan penerima upah atau yang mandiri.” (Inf-4)*

Hasil penelitian mengenai kunjungan layanan jantung berdasarkan segmen kepesertaan di FKRTL Kota Padang adalah peserta yang paling banyak mengakses layanan jantung di Kota Padang adalah PBU atau Peserta Mandiri sebesar 30,77%. Hal ini sejalan penelitian Laksono Trisnantoro, dkk (2018) yang menyatakan bahwa kelompok PBU memiliki proporsi kunjungan tertinggi di FKTL yaitu 26,96%. Kemudian disusul oleh PBI APBN sebesar 25,49% dan Bukan Pekerja 21,30%. Kelompok PBI APBD dan PPU memiliki proporsi yang lebih kecil yaitu sebesar 20,57% dan 5,67%. Berkaitan dengan kunjungan layanan jantung banyak diakses kelompok PBU (Peserta Mandiri) diharapkan pihak yang berwenang dapat melakukan kajian dan memperkuat pelaksanaan regulasi terkait pemanfaatan layanan serta setiap peserta JKN diharapkan selalu memastikan status kepesertaan aktif sehingga dapat mengakses layanan jantung tanpa kendala di Kota Padang.

Data tentang jumlah kunjungan layanan jantung berdasarkan tipe rumah sakit di kota Padang menunjukkan angka sebagai berikut :

Tabel 3. Jumlah Kunjungan Peserta JKN untuk Layanan Jantung Berdasarkan Tipe Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2016-2019

No.	Tipe Rumah Sakit	2016	2017	2018	2019
1.	RS Kelas A	4702	6134	6250	5387
2.	RS Kelas B	-	-	-	-
3.	RS Kelas C	3600	5390	7555	6365
4.	RS Kelas D	88	68	74	59
Total		8390	11592	13879	11811

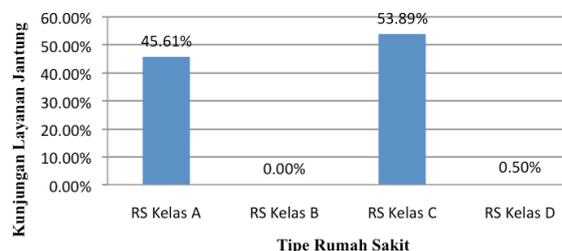
Tabel 3 diatas dapat diketahui bahwa total kunjungan peserta JKN yang mengakses layanan jantung berdasarkan tipe rumah sakit di FKRTL Kota Padang dari tahun 2016 hingga 2018 mengalami peningkatan, namun dari tahun 2018 hingga 2019 mengalami penurunan. Hal itu juga seiring dengan jumlah kunjungan jantung pada tipe rumah sakit seperti RS Kelas A dan RS kelas C. Berbeda halnya dengan RS Kelas D yang kunjungan layanan jantungnya mengalami turun naik.

Untuk persentase kunjungan peserta JKN untuk layanan jantung berdasarkan

Tabel 4. Total Dana Klaim Layanan Jantung Berdasarkan Segmen Kepesertaan di FKRTL Kota Padang Tahun 2016 -2019

No	Kategori Peserta	2016	2017	2018	2019
1.	Bukan Pekerja	9.769.277.900	15.227.296.600	14.599.776.800	13.836.959.900
2.	PBI APBN	6.349.455.900	9.080.613.769	7.658.931.748	9.983.192.200
3.	PBI APBD	3.564.809.200	6.003.923.500	6.688.298.200	6.313.393.700
4.	PBU	15.752.441.049	28.222.720.600	25.310.024.800	25.401.174.800
5.	PPU BU	3.380.822.900	4.395.966.700	5.053.964.400	5.415.622.700
6.	PPU PN	13.329.423.800	24.201.115.900	20.876.949.800	20.438.489.600
Total		52.146.230.749	87.131.637.369	80.187.945.748	81.388.832.900

tipe rumah sakit di Kota Padang pada tahun 2019 menunjukkan angka sebagai berikut :



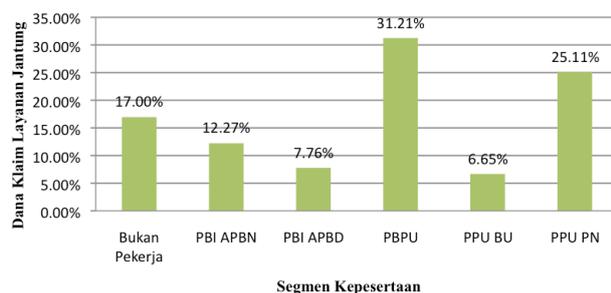
Gambar 2. Persentase Kunjungan Peserta JKN untuk Layanan Jantung Berdasarkan Tipe Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2019

Gambar 2 diatas menunjukkan bahwa kunjungan peserta JKN untuk layanan jantung di Kota Padang Tahun 2019 sebagian besar terdapat pada Rumah sakit kelas C yaitu sebesar 53,89% dari seluruh kunjungan jantung, dan sebaliknya paling rendah sebaran kunjungan di RS kelas D yaitu sebesar 0,5%. Selain itu, kunjungan jantung di RS Kelas B adalah 0, hal ini dikarenakan tidak adanya rumah sakit kelas B dengan pelayanan jantung di Kota Padang. Hal ini sejalan dengan penelitian di sepuluh provinsi di Indonesia yang disusun oleh Laksono Trisnantoro, dkk (2018) yang menyatakan bahwa kunjungan peserta JKN memiliki sebaran dengan kunjungan tertinggi di RS Kelas C sebesar 32,85% dari seluruh kunjungan, kunjungan di RS kelas B sebesar 32,84% dan RS kelas D sebesar 11,24%. Hal yang terkait dengan kunjungan layanan jantung berdasarkan tipe rumah sakit yang banyak ditemukan di rumah sakit kelas C dan A diharapkan pihak yang berwenang dapat memastikan pemerataan sebaran pemanfaatan paket manfaat layanan jantung di FKRTL Kota Padang dengan menyegerakan perencanaan.

#### 4. Total Dana Klaim Layanan Jantung Berdasarkan Segmen Kepesertaan di FKRTL Kota Padang

Data tentang total dana klaim layanan jantung berdasarkan segmen kepesertaan di FKRTL Kota Padang menunjukkan angka sebagai berikut :

Tabel 4 di atas dapat menjelaskan bahwa total klaim layanan jantung di Kota Padang Tahun 2016-2019 adalah mengalami naik turun yaitu total dana klaim jantung pada Tahun 2016-2017 mengalami peningkatan, pada tahun 2017-2018 mengalami penurunan dan pada tahun 2018-2019 mengalami peningkatan kembali. Hal ini sejalan ada penelitian Joan Xaveria Mahulae dan Jaslis Ilyas (2016) menyatakan bahwa biaya penyakit jantung yang tinggi yaitu sebesar 13% dari anggaran JKN dan mengalami peningkatan. Untuk persentase dana klaim layanan jantung berdasarkan segmen kepesertaan di FKRTL Kota Padang Tahun 2019 menunjukkan angka sebagai berikut :



Gambar 3. Persentase Dana Klaim Layanan Jantung Berdasarkan Segmen Kepesertaan di FKRTL Kota Padang Tahun 2019

Berdasarkan gambar 3 diatas menunjukkan bahwa di Kota Padang, klaim terbesar untuk jantung dibayarkan untuk kelompok PBPU sebesar 31,21%. Sedangkan Klaim lebih kecil dibayarkan untuk peserta PBI APBD yang hanya 7,76% dan kelompok PPU BU sebesar 6,65%. Hal ini sejalan penelitian Laksono Trisnantoro, dkk (2018) yang menyatakan bahwa di sepuluh provinsi yang diteliti, klaim terbesar CVD dibayarkan untuk kelompok peserta PBPU sebesar 28,47%. Kemudian BP sebesar 23,97%, PPU sebesar 23,27% sedangkan hanya 18,27% untuk membiayai klaim peserta PBI APBN dan 6,02% untuk peserta PBI APBD dari seluruh klaim CVD di sepuluh provinsi tersebut. Rata-rata dana klaim layanan jantung berdasarkan segmen kepesertaan di FKRTL Kota Padang menunjukkan data sebagai berikut :

Tabel 5. Rata-rata Dana Klaim Layanan Jantung Berdasarkan Segmen Kepesertaan di FKRTL Kota Padang Tahun 2019

No.	Kategori Peserta	Total dana Klaim	Total kunjungan jantung	Rata-rata jumlah klaim layanan jantung
1.	Bukan Pekerja	13.836.959.900	2205	6.275.265
2.	PBI APBN	9.983.192.200	1868	5.344.321
3.	PBI APBD	6.313.393.700	1136	5.557.565
4..	PBPU	25.401.174.800	4259	5.964.117
5.	PPU BU	5.415.622.700	1025	5.283.534
6.	PPU PN	20.438.489.600	3347	6.106.510
	Total	81.388.832.900	13840	5.880.696

Berdasarkan tabel 5 di atas menunjukkan bahwa di Kota Padang, rata-rata dana klaim untuk layanan jantung di Kota Padang Tahun 2019 adalah sekitar 5,88 juta rupiah. Rata-rata dana klaim layanan jantung terbesar terdapat pada segmen kepesertaan JKN yaitu kategori bukan pekerja yaitu sebesar 6.27 juta rupiah, Namun, segmen PBI APBN dan PBI APBD yang memanfaatkan pelayanan jantung masih sedikit. Untuk itu, diperlukan kajian dalam memastikan penyebab PBI APBN dan PBI APBD tidak mengakses pelayanan jantung di FKTL. Kota Padang merupakan daerah yang memiliki klaim terbesar untuk biaya pelayanan kardiovaskuler. Hal ini dimungkinkan karena untuk rujukan pelayanan jantung seperti kateterisasi jantung berada di Kota Padang dengan ketersediaan *cath lab* dan dokter spesialis jantung dan pembuluh darah yang memadai.

### 5. Utilisasi Rujukan Layanan Jantung di FKRTL Kota Padang

Utilisasi layanan jantung di Kota Padang paling banyak diakses oleh kelompok peserta Non PBI khususnya Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dilihat juga dari data kunjungan yang ada dari BPJS Kesehatan. Semua peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mendapatkan pelayanan jantung yang sama, namun yang berbeda adalah hanya kelasnya saja. Hal ini disebabkan oleh kecukupan SDM, kemampuan alat kesehatan yang sudah baik meskipun masih terdapat kekurangan alat di rumah sakit seperti alat ekokardiografi di RSI Ibnu Sina dan dukungan sarana dan prasarana yang memadai meskipun masih terdapat kekurangan. Untuk di Kota Padang, tidak ditemukan kelompok yang tidak bisa mengakses layanan jantung, baik di RSUP Dr M Djamil dan RSI Ibnu Sina Kota Padang. Seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*“Rata-rata sama sih, kalau yang ibuk lihat, di puskesmas, PBI, Mandiri, ya mereka kan sakit tidak membeda-bedakan, ada pasti kelompok itu yang penyakit jantung, apalagi penyakit jantung ini yang banyak juga kan. Nggak ada biasanya, BPJS kan sama, walaupun kepesertaannya beda-beda maksudnya ada mandiri, PBI karena dibayarkan BPJS juga sama. Ke pemberi pelayanan tidak dibedakan, preminya yang berbeda. Walaupun premi setiap peserta berbeda tapi yang didapat sama tergantung kelasnya saja.” (Inf-1)*

*“Yaa kalau yang bisa mengakses layanan jantung, tu yang bermasalah jantungnya. Kalau peserta JKN ini kan ada PBI APBN, ada PPU, PBPU, Bukan Pekerja semuanya mempunyai jika semuanya masuk JKN mempunyai hak yang sama. Ketika dia bermasalah dengan jantungnya, mempunyai hak yang sama, baik dia kelas I, II atau III dia memiliki hak yang sama, fasilitasnya saja yang berbeda.” (Inf-4)*

*"Ya sudah bisa semuanya. Tidak ada yang tidak terlayani." (Inf-7).*

*"Bisa, semua bisa mengakses layanan jantung. Tidak ada hambatan." (Inf-8).*

Hasil wawancara dengan informan mengenai utilisasi layanan jantung di dua Rumah Sakit didapatkan informasi bahwa utilisasi layanan jantung di klinik jantung RSUP Dr. M. Djamil dan RSI Ibnu Sina Kota Padang memiliki rata-rata antrian per hari yang bervariasi untuk pasien JKN yang mengakses layanan jantung seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*"Kalau poliklinik, kita menurunkan dokter jantung langsung SpJP, pasiennya dapat diselesaikan tanpa pembatasan jumlah." (Inf-5)*

*"Untuk poli jantung, rata-rata antrian 150 ya sampai 200. Tapi kadang-kadang bisa kurang sedikit dari itu, tadi agak kurang biasanya ramai. Biasanya senin ramai." (Inf-6)*

*"Bervariasi, antara 20 sampai 100 orang/hari. Satu dokter ya." (Inf-8)*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam didapatkan informasi bahwa derajat keparahan penyakit jantung pada pasien jantung di RSUP Dr. M. Djamil dan RSI Ibnu Sina Kota Padang sedikit berbeda. Pasien yang mengakses layanan jantung di RSUP Dr. M. Djamil memiliki derajat keparahan yang lebih parah dan lebih berat, dibanding derajat keparahan penyakit jantung di RSI Ibnu Sina seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*"Tipe A kan cuma disini. Pasti paling parah disini. Yang di IGD tentu yang hari itu sakit, hari itu dioperasi. Kalau di poli tentu direncanakan untuk dioperasi. Jadi memang ada batasannya. Tapi pasti paling parah. karena orang sakit jantung paling parah di Sumatera Barat dirujuk ke M.Djamil." (Inf-5).*

*"Ya, paling beratlah. Kalau masih bisa ditanggulangi di faskes II mereka tidak merujuk kesini, tapi tidak bisa ditanggulangi disana mungkin disana prasarananya kurang, alatnya kurang, ya di rujuk kesini. (Inf-6).*

*"Kalau di Poli, yang kita dilayani disini adalah faskes 2. Artinya pasien yang dirujuk dari faskes 1, klinik atau puskesmas. yang dilayani bisa semua. Kalau fasilitasnya tidak ada baru kita rujuk ke faskes 3 yaitu M.Djamil. Biasanya pasien dalam keadaan stabil atau dari poli. Kalau tidak stabil biasanya langsung ke IGD." (Inf-8).*

Hasil wawancara dengan informan mengenai masa tunggu layanan jantung di RSUP Dr. M. Djamil dan RSI Ibnu Sina didapatkan informasi bahwa masa tunggu layanan jantung di RSUP Dr. M. Djamil di klinik jantung sudah baik yaitu dapat terlayani dalam hari yang sama namun untuk layanan kateterisasi jantung (Cath lab) harus menunggu berbulan dengan menggunakan *waiting list*. Sedangkan di RSI Ibnu Sina di klinik

jantung bisa dilayani dalam hari yang sama namun masa tunggu layanan dirasa kurang efektif karena waktu pelayanan dimulai dari sore hari seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*"Kalau poliklinik tidak ada masa tunggu nya, yang tiap hari itu, masa tunggu palingan yang kateterisasi ya tapi ya ada yang satu bulan, ada yang 2 bulan nunggu ya, rata-rata 1 sampai 2 bulan waiting list nya karena banyak ya. Banyak, tapi sekarang sudah mulai terurai dengan 2 alat, tapi masih tetap juga ad waiting list, nunggu, untuk kateterisasi. Tapi kalau poliklinik, sehari tu harus tuntas, tidak ad hari tunggu nya. ...." (Inf-6).*

*"Dia kan banyak tu apanya yang ini yang konsul jantung ini kan banyak, ada terlayani, kadang-kadang kan sesuai dengan sistem HFIS dari BPJS terpenuhi. Kalau masa tunggu, karena kita memulai setelah ashar, karena kita belum punya dokter organik, jadi memang menunggu dokter itu datang dari rumah sakit pemerintah. Mulai dari jam 4 sore sampai selesai." (Inf-7).*

*"Hhhmm, agak lama ya. Karena pasien daftarnya pagi dan baru ketemu dokternya sore. Dapat obatnya malam dari apotek atau besoknya. Efisiensi waktunya agak lebih kurang baik dibanding pasien yang berobat ke M.Djamil. Itu karena dokternya sama. Dokter di M.Djamil dan disini juga. BPJS sudah mengunci jadi PNS dia bekerja di rumah sakit pemerintah dulu, diluar itu baru bisa praktek di swasta. Tidak boleh praktek di jam pelayanan yang sama dengan M.Djamil. Setelah jam 4 baru bisa praktek diluar." (Inf- 8).*

Utilisasi layanan jantung di FKRTL Kota Padang adalah semua peserta JKN di Kota Padang dapat mengakses layanan jantung yang sama (setara). Tidak ditemukan kelompok yang tidak bisa mengakses layanan jantung. Untuk kelompok yang paling banyak mengakses layanan jantung di Kota Padang adalah PBPJ atau peserta mandiri. Kesetaraan dalam bidang kesehatan secara umum didefinisikan dengan ketiadaan kesenjangan sosial. Dalam operasionalisasi dan pengukuran, definisi kesetaraan dalam kesehatan adalah ketiadaan disparitas sistematis dalam kesehatan antar kelompok sosial yang mempunyai tingkat keuntungan dan kerugian sosial mendasar yang berbeda yaitu berbeda posisi dalam hierarki sosial. (Braveman P, 2018) Dasar dalam penerimaan manfaat adalah perbedaan besaran iuran tidak menyebabkan perbedaan dalam penerimaan pelayanan medis, tetapi yang menjadi pembeda hanya ruangan kelas dalam fasilitas rawat inap di fasilitas kesehatan. (Soerianata, dkk 2018)

## KESIMPULAN

Paket manfaat JKN khususnya pelayanan jantung dapat mudah diakses oleh peserta JKN karena fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan tersedia merata di kota Padang, dimana Layanan kateterisasi jantung (*cath lab*) di Kota Padang

sudah tersedia di tiga rumah sakit di kota padang, Namun, layanan jantung belum terdistribusi secara merata bagi peserta JKN, karena hanya satu rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kunjungan layanan jantung berdasarkan segmen kepesertaan di FKRTL Kota Padang mengalami mengalami penurunan. Peserta yang paling banyak mengakses layanan jantung di Kota Padang adalah PBPU atau peserta mandiri. Tipe rumah sakit yang banyak diakses adalah rumah sakit kelas C dan rumah sakit kelas A. Total dana klaim berdasarkan segmen kepesertaan di FKRTL Kota Padang mengalami naik-turun dan klaim layanan jantung paling banyak dibayarkan untuk peserta Non PBI khususnya PBPU. Utilisasi layanan jantung di FKRTL Kota Padang adalah semua peserta JKN di Kota Padang dapat mengakses layanan jantung yang sama dan kelompok yang paling banyak mengakses adalah PBPU. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemerataan pelayanan jantung belum merata dinikmati oleh PBI APBN untuk masyarakat miskin dan tidak mampu di FKTL.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat, PKMK UGM dan BPJS Kesehatan dan seluruh informan yang telah membantu dalam penelitian ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Adams J. 1963. *Toward an understanding of inequity. J. Abnorm. Soc. Psychol.* 67 422–436. 10.1037/h0040968.
- BPJS K. 2018. *Hasil Pertemuan dan Tindak Lanjut Review Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional.* Jakarta.
- BPJS Kesehatan Cabang Padang. 2019. *Klaim Layanan Jantung.* BPJS Kesehatan Padang
- Braveman P, & Gruskin, S. 2018. *Defining equity in health.* Journal of epidemiology and Community Health. 2003; 57 (4): 254-8.
- Buse, Kent; Mays, Nicholas; and Walt, Gill. 2012. *Making Health Policy, Second Edition.* UK : McGraw-Hill Education. 2012.
- Dahl, U., Johnsen, R., Sætre, R., & Steinsbekk, A. 2015. *The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients - a retrospective comparative cohort study.* BMC Health Services Research, 15. doi: <http://dx.doi.org>
- Dewan Jaminan Sosial Nasional RI. 2020. *Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.* Jakarta. Available at: <http://sismonev.djsn.go.id>
- Dinas Kesehatan Kota Padang..2020. Profil Kesehatan Tahun 2019. Padang.
- Evans, D.B., Hsu, J., Boerma, T. 2013. (UHC). *Universal Health Coverage & Universal Acces.* Pro Quest, 91(8): 546-546A
- Fuady, A. 2014. *Jaminan Kesehatan Universal dan Pemenuhan Hak Kesehatan.* Jakarta: BP Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hesniwati, Hasbullah Thabrany.2016. *Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014.* Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia. 2016;1 :18-27.
- JKN. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019.* Jakarta.
- Irwandy. 2016. *Kajian Literature : Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.* Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. 2016;05:110-4.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Laporan Nasional Rikesdas 2018.* Jakarta. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2018. *RS Jantung Harapan Kita Pengampu Rujukan Kardiovaskular.* In: Indonesia KKR, editor. Jakarta Mahulae J, Ilyas J. 2016. *Determinan Variasi Klaim Penyakit Stroke Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Rumah Sakit X Sumatera Utara.* 2016:75-81.
- Kemenkes RI. 2019. Badan PPSDM Kesehatan Informasi SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Kreng VB, Yang C-T. *The Equity of resource allocation in health care under the National Health Insurance System in Taiwan.* Health Policy100(2):203-210.2011
- Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012. 2012. *Sistem Kesehatan nasional.* Jakarta.
- Sari, Irda. 2014. *Prediksi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2018 –2020 Di RSUD Kota Bandung.* Jurnal Akrab Juara 2019; 4: 206.
- Soerianata, S, Parlindungan M, Isfanuddin N, Doni F, Sodiqr R, Nahar T, dkk. 2018. *Pedoman Cathlab.* Jakarta : Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- Thomas, J. W., Penchansky, R. 1984. *“Relating Satisfaction with Acces to Utilization of Services”.* Medical Care 1984; 22:553
- Thiede,M.,Akwwongo,P,and McIntrye, D. 2007. *Exploring the Dimenssion of Access in The Economics of Health Equity,*ed D McIntyre and G Mooney. Cambridge University Press
- The Institute for Health Metrics. 2017. *Global Burden Disease.*Washington. . Available at: <https://vizhub.healthdata.org>

24. TNP2K Indonesia (2018b). 2018. *Healthcare Utilization Trends Under Indonesia's Social Health Insurance Scheme: 2011-2016*. Jakarta
25. TNP2K. HP+ dan HP+ dan TNP2K Indonesia (2018a). 2018. *Has Indonesia's National Health Insurance Scheme Reached the Most Vulnerable? A Benefit Incidence Analysis of JKN Hospital Expenditure*. Jakarta.
26. Trisnantoro L, Marthias T, Aktariyani T, Kurniawan MF, Fanda R, Cintyamena U, et al..2018. *Working Paper Evaluasi 8 Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist Evaluation 2018*. Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) UGM.
27. WHO. 2015. *Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region 2000-2016*. Geneva.
28. WHO. 2009. *System Thinking: for Health Systems Strengthening*. WHO Library. Geneva