

UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN: PROBLEM ANTARA PEMERATAAN DAN EFISIENSI¹ (Studi di Wilayah Pedesaan Kabupaten Purworejo)

Ambar Widaningrum

Abstract

Undoubtly, an accessible and adequate basic health service is priority for poverty reduction and more equitable development. Underutilization of health services is still a major concern for policy makers and constitutes the prime barrier to the large scale success of health programs. Information on the determinants and patterns of health care use can identify problems in organization and delivery that may result in underutilization. Based on the research findings in rural Purworejo, delivering services for the rural and poor people are in conflict with the objective to generate revenue. Many potential beneficiaries never get to adequate health services, because of the multiple non-financial constraints either from the demand side or the supply side. In order to enhance equitable utilization of public health services, strong commitment to apply investment in accessibility is certainly needed.

Pendahuluan

Investasi di dalam pembangunan kesehatan sangat penting, baik untuk alasan keadilan sosial maupun efisiensi ekonomi. Di dalam laporan terbaru Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2000), ada tiga tujuan fundamental dari sebuah sistem kesehatan: *pertama*, meningkatkan kesehatan warga negara; *kedua*, merespons kebutuhan dan harapan warga negara akan kesehatan; dan *ketiga* adalah melindungi penduduk miskin dari pembiayaan kesehatan yang mahal ketika mereka jatuh sakit.

Sejak Repelita VI 1994-1998 sampai dengan dicanangkannya Indonesia Sehat 2010 pada bulan Maret 1999 oleh Menteri Kesehatan, penekanan program pembangunan kesehatan sudah memprioritaskan kualitas dan distribusi pelayanan, khususnya pada masyarakat miskin, selain

¹ Tulisan ini merupakan bagian dari laporan penelitian untuk disertasi penulis pada Program Doktor Administrasi Publik, Universitas Gadjah Mada.

memperkuat kegiatan preventif dan promotif untuk mengurangi tingkat kematian bayi, ibu, dan anak, serta mengurangi angka kesakitan. Beberapa program tersebut telah diungkapkan dalam bentuk kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan terutama untuk kelompok marginal dan miskin, seperti program JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan), Gerakan Sayang Ibu, dan Pekan Imunisasi Nasional. Perbaikan dan penambahan sumber daya dan prasarana kesehatan juga telah dilakukan untuk menunjang tujuan tersebut, misalnya dengan merekrut 50.000 bidan desa di tahun 1990-an dan menambah jumlah puskesmas dari 36.307 puskesmas di tahun 1998 menjadi 42.247 puskesmas di tahun 1999 (Depkes, 2001).

Namun demikian, ketika terjadi krisis ekonomi Indonesia yang dimulai sejak pertengahan tahun 1997 dan tahun-tahun sesudahnya, bidang kesehatan tidak terlepas sebagai bagian dari krisis tersebut. Penyediaan pelayanan kesehatan membutuhkan sumber daya yang besar. Di tengah kelangkaan sumber daya akibat krisis tersebut, berbagai upaya dilaksanakan untuk memenuhi tujuan efisiensi dan sekaligus pemerataan. Hal ini menjadi sulit dilakukan karena adanya tukar-imbang antara efisiensi di satu sisi dan pemerataan pelayanan kesehatan di sisi yang lain. Kesulitan-kesulitan, seperti naiknya harga obat dan biaya kesehatan, membawa konsekuensi status kesehatan yang menurun, khususnya pada kelompok rumah tangga miskin. Tingkat utilisasi pelayanan kesehatan di tahun 1980-an meningkat tajam karena akses ke tempat pelayanan kesehatan pemerintah yang makin baik, kemudian menurun di tahun 1997 dan 1998. Seperti yang ditulis oleh Lieberman dan Marzoeki (2000), angka kunjungan antara petugas pelayanan dengan pengguna pelayanan puskesmas maupun puskesmas pembantu (Pustu) menunjukkan penurunan. Di tahun 1995, angka kunjungan puskesmas adalah 4,66 yang menurun menjadi 4,31 persen (1997) dan menurun lagi menjadi 3,25 persen di tahun 1998. Demikian halnya dengan kunjungan ke Pustu, dari 1,69 persen di tahun 1995, 1,66 di tahun 1997, dan menurun menjadi 1,01 di tahun 1998. Data tersebut menunjukkan bahwa angka utilisasi puskesmas makin menurun, sementara menurut data BPS (2001) angka kesakitan (persentase penduduk yang mengalami gangguan kesehatan selama sebulan yang lalu) meningkat dari 25,4 persen di tahun 1998 menjadi 25,6 persen di tahun 2000. Laporan SMERU (1999) dan BPS (1999) juga memperlihatkan peningkatan persentase penduduk miskin dalam

melakukan pengobatan sendiri jika sakit. Dalam keterbatasan sumber daya dan sumber dana, pengobatan sendiri menjadi salah satu mekanisme *coping* bagi mereka untuk bertahan. Namun demikian, mekanisme tersebut tidak akan bertahan lama ketika mereka harus menanggung beban makin berkurang aset dan biaya hidup.

Sehubungan dengan adanya peluang pengembangan kebijakan kesehatan pada tingkat kabupaten dan kota karena otonomi daerah yang sedang dilaksanakan saat ini, persoalan-persoalan pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten dan kota perlu diketahui dengan jelas. Kabupaten Purworejo juga mengalami masalah yang relatif sama dengan paparan data tersebut. Kendati telah ada penambahan fasilitas dan perbaikan akses fisik ke tempat pelayanan, cakupan kunjungan puskesmas maupun tempat-tempat pelayanan lain tidak menunjukkan peningkatan. Angka kematian ibu melahirkan masih cukup tinggi, yakni 258 per 100.000 kelahiran hidup, dan salah satu penyebabnya diduga karena pemanfaatan tenaga penolong persalinan tradisional masih cukup tinggi, terutama di wilayah pedesaan (30,7 persen) (Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2000).

Secara umum dapat dikatakan bahwa peningkatan jumlah sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk peningkatan aksesibilitas pelayanan tidak selalu diikuti dengan peningkatan utilisasi pelayanan. Oleh karenanya, tulisan ini mengacu pada *dua* isu penting. *Pertama*, dengan adanya peningkatan fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan, kecenderungan pemanfaatan pelayanan tidak berubah sehingga pola-pola utilisasi pelayanan tidak diketahui secara jelas. *Kedua*, apakah pelayanan kesehatan yang ada bermanfaat secara merata?

Tinjauan Literatur

Sistem Pelayanan dan Kegagalan Pasar Kesehatan

Mekanisme pasar dalam teori ekonomi dimaksudkan untuk menghasilkan efisiensi ekonomi dengan beberapa asumsi (kompetisi sempurna, informasi yang setara, dan sebagainya). Dalam kondisi pasar yang efisien, harga barang atau jasa ditentukan oleh keseimbangan antara penawaran dan permintaan. Asumsi pasar bebas menjadi dasar untuk mendukung privatisasi dan liberalisasi pada banyak sektor di seluruh dunia, terutama kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh badan-badan besar dunia, seperti IMF dan Bank Dunia. Efisiensi menjadi standar

produksi di sektor manapun. Namun demikian, untuk sektor kesehatan, persyaratan dalam mekanisme pasar sempurna untuk mencapai efisiensi tersebut tidak mungkin terpenuhi karena berbagai sifat yang khusus, seperti produk yang heterogen, sifat gawat darurat, dan padat karya. Persyaratan pasar sempurna memungkinkan terjadinya konflik dengan tujuan lain, yakni distribusi yang merata. Aspek ini amat penting dalam sektor kesehatan karena orang miskin lebih mudah jatuh sakit (karena malnutrisi atau sanitasi yang buruk) dan kesulitan menjangkau biaya pelayanan. Padahal, jatuh sakit berarti kehilangan hari produktif dan pada gilirannya mengurangi kemampuan memperoleh pendapatan.

Le Grand, dkk. (1992) dan James (1997) menjelaskan beberapa hal penyebab kegagalan pasar dalam pelayanan kesehatan sebagai berikut. *Pertama*, informasi yang tidak seimbang (*asymmetric information*) atau ketidaktahuan pasien (*patient-ignorancy*). Peran penyedia jasa pelayanan kesehatan lebih kuat dari pada konsumen jasa pelayanan kesehatan. Desain dan pilihan-pilihan penyediaan pelayanan ada pada produsen atau petugas pelayanan dan bukan berorientasi pada konsumen. Dalam kondisi tertentu, pengobatan atau pelayanan yang diberikan tidak efektif tanpa diketahui oleh pasien. Dalam ilmu ekonomi dikenal dengan istilah *supply induced demand* (pemanfaatan berlebihan atau tidak sesuai dengan kebutuhan) karena keputusan konsumen untuk menggunakan atau tidak menggunakan barang/jasa sangat dipengaruhi oleh keputusan produsen. Dengan demikian, tidak ada prinsip kesetaraan antara produsen dan konsumen.

Kedua, ada eksternalitas yang dihasilkan, yakni dampak yang ditimbulkan (baik yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif) akibat tindakan konsumsi dan/atau produksi oleh satu pihak ke pihak lain tanpa adanya kompensasi. Pada beberapa pelayanan tertentu, terutama yang terkait dengan penyakit menular, seperti program imunisasi, akan menimbulkan eksternalitas positif tidak hanya pada orang yang diimunisasi, tetapi juga menciptakan manfaat eksternal bagi orang lain.

Ketiga, kebutuhan akan pelayanan bersifat tidak menentu (*uncertainty*), baik waktu, tempat, jumlah, maupun biaya yang dibutuhkan. Pada pasar sempurna, akses sangat bergantung pada kemampuan membeli. Dalam situasi seperti ini, kelompok penduduk miskin tidak akan memperoleh akses yang lebih baik dari sekadar pelayanan dasar. Sementara itu, dalam

mekanisme pembayaran biaya kesehatan melalui asuransi, pasar asuransi selalu memakai asumsi yang pasti dari kondisi kesehatan pemakai jasa asuransi. Oleh karenanya, pasar asuransi biasanya menolak klien yang memiliki kemungkinan klaim yang tinggi. Pada gilirannya, pasar asuransi hanya akan mencakup kelompok populasi tertentu. Lebih lanjut, karena asuransi kesehatan selalu menetapkan tarif lebih rendah dari penggunaan nyata, maka akan terjadi potensi penggunaan asuransi yang tidak efisien, yang biasa dikenal dengan istilah *moral hazard*.

Teori kesejahteraan klasik (*classical welfare theory*) menjelaskan tentang pandangan normatif tentang apa yang seharusnya dilakukan oleh pemerintah untuk kesejahteraan warga negaranya. Peran pemerintah sangat penting terutama karena kewenangan regulasi yang dimilikinya. Regulasi memiliki pengaruh penting dalam isu penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk masyarakat, terutama mengatur proses pengalokasian sumber daya yang memungkinkan tercapainya nilai pemerataan dan efisiensi. Jika sektor swasta menggunakan mekanisme pasar sebagai aturan main, maka pemerintah berwenang mengatur pengadaan barang atau pelayanan yang ditentukan melalui keputusan-keputusan badan-badan pemerintah atau lembaga perwakilan seluruh warga negara. Pemerintah dapat berperan dalam memperbaiki atau memperluas pelayanan kesehatan dengan berbagai cara, antara lain, dengan memperluas sistem dan arus informasi sehingga mampu menangkap kecenderungan problem kesehatan dalam masyarakat untuk membangun prioritas kebijakan.

Kendati demikian, harus diakui bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah kadangkala membawa dampak ketidakmerataan karena sumber daya yang terbatas. Dari pengalaman internasional misalnya, kebijaksanaan pemberian pelayanan kesehatan gratis atau murah untuk penduduk cenderung menghasilkan lebih banyak kegagalan daripada keberhasilan (Kim-Farley, 1996). Hal itu disebabkan karena kurangnya insentif untuk para petugas kesehatan dan upah yang rendah, langkanya obat dan peralatan medis karena keterbatasan keuangan negara, inefisiensi pelayanan karena tidak adanya iklim kompetisi dalam pelayanan, serta ketidaksetaraan fasilitas antara desa yang lebih membutuhkan pelayanan dasar dan kota dengan kemampuan sosial ekonomi yang lebih baik.

Pemerataan Pelayanan Kesehatan

Pemerataan membutuhkan perhatian khusus dalam pasar pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pasar kebutuhan dasar lainnya. Dalam beberapa literatur terdapat beberapa interpretasi tentang makna atau definisi pemerataan pelayanan kesehatan. Definisi pemerataan yang banyak digunakan adalah bahwa penduduk harus dijamin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya, bukan sesuai dengan kemampuannya membayar (Wagstaff dan Doorsler, 1993). Karena penyakit atau jatuh sakit tidak terdistribusi secara acak dan seragam, pemerataan tidak dapat diartikan bahwa semua orang mendapat pelayanan yang sama. Namun demikian, apapun definisi yang digunakan, sistem pasar tidak mengandung mekanisme yang mempertimbangkan pemerataan. Pada kondisi kompetisi dan informasi yang sempurna sekalipun ketika setiap orang mendapatkan harga yang sama untuk setiap unit pelayanan, harga tersebut tetap membebani orang miskin, baik dari ketidakmerataan akses maupun hasil kesehatan yang diharapkan (Le Grand, dkk., 1992).

Pelayanan kesehatan di Amerika Serikat misalnya, menganut mekanisme pasar bebas dengan berbagai asuransi kesehatan swasta sebagai pelaku utama sektor kesehatan. Peran mekanisme pasar di negara ini ternyata tidak mampu memberikan gambaran tentang pelayanan kesehatan, terutama masalah pemerataan pelayanan secara eksplisit. Intervensi pemerintah hanya pada pelayanan-pelayanan khusus, seperti kontrol penyakit menular, pelayanan kesehatan untuk militer, dan penyakit jiwa. Ada sejumlah 30 sampai dengan 40 ribu penduduk yang tidak memiliki premi asuransi tidak mampu menjangkau pelayanan yang dibutuhkan kendati fasilitas pelayanan amat tersedia dan modern. Angka pemanfaatan pelayanan kesehatan di Amerika juga tidak merata untuk berbagai golongan ras, kelompok pendatang kurang mendapatkan pelayanan yang berkualitas jika dibandingkan dengan kelompok kulit putih. Di Cina, pemanfaatan pelayanan merupakan gambaran dari pemerataan pelayanan. Dengan sistem kesehatan masyarakat yang terdesentralisasi, pemerintah Cina menganggap bahwa tingkat pencapaian kinerja yang baik dari sektor pelayanan kesehatan adalah jika pemanfaatan pelayanan cukup tinggi dan sesuai dengan kebutuhan (Turshen, 1989). Di Filipina, kinerja pelayanan kesehatan justru tidak ditunjukkan oleh adanya penambahan fasilitas, namun lebih kepada pertimbangan kualitas pelayanan. Ada semacam gerakan yang kuat dari pasien yang memiliki keluhan penyakit

yang serius untuk memilih jenis pelayanan yang lebih mahal yang umumnya diberikan oleh lembaga pelayanan swasta. Pelayanan swasta yang relatif lebih mahal dipersepsikan memiliki kualitas pelayanan yang lebih baik daripada pelayanan yang murah (Raghupathy, 1996).

Orientasi Birokrasi Pelayanan Kesehatan

Beberapa aspek modernisasi dapat diterapkan untuk melihat perkembangan dan orientasi dunia pelayanan kesehatan. Yang pertama adalah diferensiasi institusional, yakni munculnya berbagai macam institusi yang masing-masing mengemban fungsi spesialisasi tersendiri. Aspek kedua modernisasi adalah rasionalisasi, yakni penerapan kriteria rasionalitas fungsional pada banyak aspek kehidupan sosial dan ekonomi (Freund & McGuire, 1995). Ketika proses rasionalisasi terjadi di dunia kesehatan modern, salah satu atribut masyarakat kapitalis adalah munculnya komodifikasi atau proses makna kualitas kesehatan, kebugaran, dan sebagainya ditransformasikan sebagai objek yang dapat dibeli dan dijual di pasar. Tidak hanya objek material saja seperti industri farmasi, tetapi juga cakupan yang lebih luas dari pelayanan kesehatan menjadi komoditi yang bisa dijual dan dibeli (Ham, 1993; Freund & McGuire, 1995).

Walaupun aspek-aspek sistem kesehatan modern berkaitan dengan proses yang lebih luas dari modernisasi, beberapa karakteristik dari sistem kesehatan modern sebenarnya merupakan produk dari usaha, baik secara historis maupun secara politis, dari dominasi profesi medis selain beberapa asumsi yang melekat dalam sistem pengobatan pada umumnya. Dokter diasumsikan sebagai ahli dan pasien diasumsikan sebagai penerima keahlian. Perbedaan *power* antara dokter dan pasien selanjutnya dipertajam oleh kontrol media, baik secara luas melalui arena politik dan hukum maupun secara sempit dalam struktur praktik medis. Kesenjangan yang muncul antara individu yang membutuhkan (pasien) dengan individu yang dibutuhkan (dokter) memunculkan ketergantungan struktural yang laten yang justru sering dipertahankan oleh para tenaga medis (Mechanic, 1992). Kesenjangan ini pula yang banyak dikupas oleh Le Grand, dkk. (1992) dan James (1997) dalam teori pasar pelayanan kesehatan. Inti teori tersebut adalah tidak akan terjadi pasar sempurna dalam pasar pelayanan kesehatan karena ketidakseimbangan posisi antara produsen

dan konsumen. Ketidakseimbangan yang berat kepada produsen tersebut pada gilirannya mengakibatkan terjadinya inefisiensi pelayanan .

Utilisasi Pelayanan Kesehatan: Beberapa Hasil Penelitian

Di dalam perencanaan kesehatan, tingkat penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan sangat penting. Dengan diketahuinya tingkat penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pemerintah sebagai pemegang regulasi dapat menentukan prioritas-prioritas kebijakan pelayanan kesehatan serta alokasi sumber-sumber daya yang ada.

Akses geografis, seperti letak tempat tinggal dengan tempat pelayanan, akan memberikan efek positif pada pemanfaatan pelayanan melalui pengurangan biaya perjalanan dan waktu yang diperlukan untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan (Raghupaty, 1996; Thaddeus dan Maine, 1993; Timyan, 1993). Namun demikian, kendati akses geografis penting untuk dipertimbangkan, sering kali terjadi tukar-imbang dengan pertimbangan-pertimbangan lain, terutama kualitas pelayanan (Airey, 1989). Sebagai contoh, studi di dataran tinggi Guatemala menemukan bahwa kedekatan jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan tidak menjamin pemanfaatan yang tinggi karena kualitas pelayanan yang buruk sebagai akibat kurangnya peralatan dan petugas kesehatan. Studi ini menyimpulkan bahwa untuk meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan lebih tergantung pada peningkatan kualitas pelayanan daripada membangun lebih banyak sarana pelayanan kesehatan.

Kesimpulan yang sama juga terjadi di suatu distrik di Kenya. Tingkat kunjungan dan pola pemanfaatan pelayanan di dua rumah sakit tidak membaik, bahkan setelah dilakukan perbaikan sarana jalan dan transportasi yang memungkinkan berkurangnya biaya dan waktu perjalanan (Airey, 1989). Kualitas pelayanan menjadi penting ketika pasien tersebut memiliki akses ke lebih dari satu fasilitas pelayanan. Sementara itu, faktor institusional, seperti waktu tunggu dan kepadatan pasien di tempat pelayanan, menjadi salah satu aspek penting dari pemberian pelayanan yang berkualitas. Jarak sosial antara petugas pelayanan dengan pasien misalnya, dilaporkan dalam penelitian yang dilakukan Alisyahbana di Jawa Barat (dalam Timyan, 1993).

Hal yang menarik adalah beberapa studi juga mengindikasikan bahwa harga pelayanan kesehatan tidak selalu menjadi pertimbangan utama untuk

memanfaatkan pelayanan (Barlow & Diop, 1995 dan Russel, 1996). Hal ini utamanya karena harga sering berkaitan dengan kualitas pelayanan. Studi di Tunisia (Auerbach, 1982) bahkan menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan kurang dimanfaatkan justru karena pelayanannya diberikan secara gratis. Namun demikian, beberapa hasil penelitian menunjukkan kesimpulan yang berbeda-beda tentang kaitan antara harga pelayanan dan kualitas pelayanan karena dua kemungkinan. *Pertama*, harga mungkin bisa dibuat murah dengan kualitas rendah karena pelayanannya secara kuantitas memang tidak mencukupi. Jika secara kuantitas tidak cukup, maka pasien juga tidak akan memperoleh manfaat maksimum. *Kedua*, pelayanan yang lengkap atau berlebih bisa menaikkan biaya dengan kualitas yang rendah dalam dua kemungkinan. Pelayanan yang berlebihan bisa meningkatkan kemungkinan menyakitkan pasien. Jika tidak terjadi efek yang menyakitkan pasien sekalipun, pelayanan yang berlebihan bisa menjadikan pelayanan menjadi tidak berkualitas karena ada kemungkinan pelayanan yang berulang dan pemborosan sumber daya. Hal ini akan mengakibatkan inefisiensi. Sebagai contoh, jika sumber daya yang dialokasikan lebih banyak dari yang sebenarnya dibutuhkan, maka akan ada kebutuhan lain yang sumbernya lebih kecil. Dengan demikian, jika ada pertanyaan apakah kualitas pelayanan yang baik berarti biayanya juga tinggi, maka jawabannya adalah tidak selalu demikian. Pada negara-negara yang memiliki keterbatasan sumber daya, biaya pelayanan akan berhubungan dengan standar pelayanan yang telah disepakati (Newbrander dan Rosenthal, 1997).

Beberapa analisis tentang peran penyediaan pelayanan terhadap pemanfaatan pelayanan perlu dikontrol dengan faktor-faktor pemungkin, baik dalam level individu, rumah tangga, maupun komunitas. Status sosial ekonomi hampir selalu digunakan oleh banyak peneliti untuk menjelaskan alasan pemanfaatan pelayanan (Chernichovsky dan Meesok, 1985; Russell, 1996; Frankenberg dan Thomas, 1999). Penelitian Chernichovsky dan Meesok menghitung perubahan proporsi pengeluaran untuk kesehatan dalam pengeluaran rumah tangga secara keseluruhan. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa secara rata-rata, 10 persen peningkatan pengeluaran rumah tangga di Indonesia menyebabkan 7 persen peningkatan pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, dan 10 persen peningkatan jumlah anggota rumah tangga menyebabkan 7 persen pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Hasil studi ini menyimpulkan bahwa *demand*

terhadap pelayanan kesehatan relatif tidak elastis terhadap pendapatan karena proporsi perubahan *demand* lebih kecil dari proporsi perubahan pendapatan. Russell (1996) menjelaskan bahwa kemampuan membayar pelayanan kesehatan dicerminkan melalui pengeluaran rumah tangga sebagai proksi. Kemampuan membayar ini menjadi isu kebijakan penting di banyak negara berkembang ketika sebuah rumah tangga harus menanggung beban ganda dari berbagai keperluan rumah tangga, seperti kebutuhan makan dan nonmakanan. Uang yang dipergunakan untuk membayar biaya pelayanan kesehatan juga dipakai untuk membayar kebutuhan lain, seperti makanan dan pendidikan. Oleh karenanya, kebutuhan akan pelayanan kesehatan, dalam level tertentu, bisa direpresentasikan melalui kemauan untuk membayar (*willingness to pay*) biaya kesehatan.

Barlow dan Diop (1995) serta Raghupathy (1996) menjelaskan bahwa status sosial selain aspek ekonomi, seperti tingkat pendidikan, memperkuat keinginan individu untuk memanfaatkan pelayanan karena pemahaman atas urgensi status kesehatan. Semakin tinggi pengetahuan atau tingkat pendidikan yang ditamatkan tampaknya turut meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan disebabkan pendidikan memungkinkan seseorang untuk memiliki apresiasi yang lebih baik terhadap manfaat pelayanan kesehatan.

Secara umum dapat dijelaskan bahwa penelitian-penelitian tentang utilisasi pelayanan kesehatan sangat beragam. Atribut-atribut individu, rumah tangga, komunitas maupun atribut pelayanan, seperti waktu tunggu, kualitas pelayanan dan lain-lain, banyak dimanfaatkan para peneliti untuk menjelaskan tingkat utilisasi pelayanan. Masing-masing penelitian memberikan rekomendasi yang penting dalam setiap lingkup analisis.

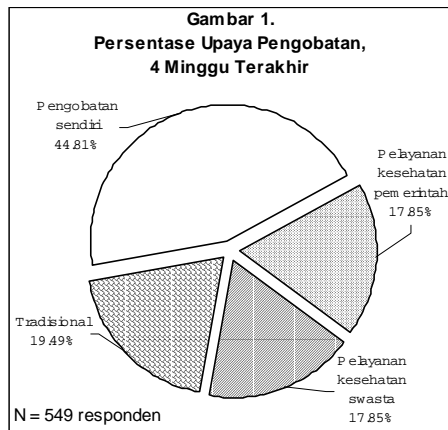
Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Wilayah Pedesaan Purworejo

Ada dua isu pokok dalam tulisan ini, yakni *pertama*, dengan adanya peningkatan fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan, kecenderungan pemanfaatan pelayanan tidak berubah sehingga pola-pola utilisasi pelayanan tidak diketahui secara jelas dan *kedua*, apakah pelayanan kesehatan yang ada bermanfaat secara merata. Bagian ini akan dimulai dengan deskripsi ketersediaan berbagai aspek pelayanan kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat di wilayah studi. Sistem kesehatan

masyarakat tidak beroperasi dalam situasi vakum, tetapi merupakan bagian dari sistem kesehatan pluralistik yang merespons berbagai kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut saling terkait sehingga membutuhkan analisis yang kompleks. Oleh karenanya, analisis perlu dilakukan satu per satu, yakni hambatan-hambatan dari sisi kebutuhan dan sisi persediaan terhadap utilisasi pelayanan, yang keduanya mempengaruhi utilisasi pelayanan yang merata.

Data dianalisis dari berbagai sumber, yakni hasil survei di wilayah pedesaan Purworejo dengan jumlah responden yang mengalami gangguan kesehatan selama sebulan yang lalu sebesar 587, diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) sebanyak 5 kelompok pengguna jasa kesehatan dan 4 kelompok petugas kesehatan, serta beberapa wawancara mendalam, baik dengan pengguna pelayanan maupun petugas pelayanan. Data statistik puskesmas, kecamatan, dan kabupaten dimanfaatkan untuk melengkapi temuan lapangan.

Analisis deskriptif tentang perilaku mencari upaya pelayanan kesehatan di pedesaan Purworejo konsisten dengan hasil penelitian SMERU (1999) maupun BPS (1999). Pengobatan sendiri menjadi upaya yang paling sering dimanfaatkan. Dari total 587 responden yang diteliti, 549 responden melakukan upaya pengobatan ketika sakit pada 4 minggu terakhir, sedangkan 38 responden tidak berobat ketika sakit. Dari 549 responden, pengobatan sendiri dengan memanfaatkan obat bebas yang dijual di apotik, toko obat, maupun warung merupakan upaya pengobatan pertama yang dilakukan. Gambar 1. menjelaskan persentase pemanfaatan cara-cara tradisional (dukun maupun pemanfaatan jamu-jamuan) juga cukup besar, baru kemudian upaya pengobatan medis.



Hal yang cukup menarik dari data ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta. Pelayanan kesehatan swasta yang tersedia adalah praktik

dokter umum, spesialis, dan praktik bidan, serta mantri kesehatan. Di antara berbagai tempat pelayanan, mantri kesehatan dan bidan paling banyak dimanfaatkan oleh penduduk. Dari total responden, sebanyak 8,2 persen memanfaatkan praktik swasta mantri kesehatan, 5,6 persen memanfaatkan bidan desa, sedangkan praktik dokter swasta hanya dimanfaatkan oleh 3 persen responden.

Jenis pembayaran langsung (membayar sendiri) untuk pelayanan kesehatan, baik pelayanan pemerintah maupun swasta, merupakan jenis pembayaran yang paling banyak, yakni sebesar 68,3 persen. Sementara itu, pembayaran melalui asuransi kesehatan (Askes) sebesar 12,8 persen dan sisanya melalui kartu sehat (untuk orang miskin) serta asuransi kesehatan lainnya. Secara keseluruhan, rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk membayar pelayanan kesehatan adalah sebesar Rp 7.368,50. Rata-rata biaya yang harus dikeluarkan penduduk untuk berbagai jenis pelayanan, khususnya untuk pelayanan rawat jalan (tidak termasuk biaya waktu dan perjalanan) bervariasi. Biaya untuk pelayanan dokter rata-rata Rp 15.709,00, sedangkan biaya rata-rata untuk pelayanan bidan dan mantri kesehatan sebesar Rp 13.107,00.

Ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan untuk tempat dan jenis pelayanan bervariasi. Secara rata-rata, rasio penduduk per puskesmas belum ideal. Setiap puskesmas melayani 30.000 penduduk. Kendatipun demikian, situasi ini masih cukup terbantu dengan sejumlah puskesmas pembantu, puskesmas keliling, posyandu, poliklinik desa (Polindes), pondok bersalin dan praktik swasta oleh dokter, bidan, dan mantri kesehatan. Secara rata-rata, setiap puskesmas dalam pelayanannya dibantu oleh 2,64 puskesmas pembantu, 76,28 posyandu, 5,48 poliklinik desa, 5,28 pondok bersalin, dan 7,7 pos obat desa.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan untuk penduduk pedesaan memiliki 18 program. Tugas pokok dokter adalah membuat 18 tugas itu berjalan kendati hanya 12 program rutin yang penuh. Karena didesain sebagai pimpinan dari sejumlah staf (rata-rata berjumlah 28 orang), dokter harus mengatur sejumlah sumber yang mencakup orang, obat-obatan, peralatan, serta dana operasional untuk kegiatan klinik dan di dalam klinik. Dengan kata lain, tugas dokter "amat luas". Sementara itu, para dokter dan stafnya harus memberikan pelayanan di dalam klinik maupun di luar klinik melalui kerja sama dengan pihak lain. Implikasinya adalah

tugas-tugas, seperti pada program KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), lebih terkesan sebagai acara seremonial. Upaya pengobatan adalah beban kerja yang paling banyak dilakukan oleh para petugas puskesmas. Beban kerja ini terutama dilakukan oleh perawat dan bidan. Kegiatan-kegiatan pokok yang dilakukan oleh dokter umumnya terjadwal pada hari-hari tertentu saja, misalnya dua kali dalam seminggu. Dengan banyaknya program yang harus diselesaikan, tugas dokter lebih banyak pada tugas-tugas administratif dan manajemen serta relatif sedikit melakukan tugas-tugas medis. Dengan kata lain perawat atau mantri memegang peran dominan di puskesmas. Kegiatan-kegiatan tersebut umumnya bersifat pengobatan atau tindakan kuratif.

Hambatan Utilisasi Pelayanan Kesehatan dari Sisi Kebutuhan

Keterbatasan Informasi

Keterbatasan informasi dari pengguna jasa menjadi salah satu sumber kegagalan pasar pelayanan kesehatan. Pemahaman tentang sehat dan kesehatan tertentu sangat kentara sebagai salah satu hambatan dalam pemanfaatan pelayanan. Tradisi upaya pencegahan (preventif) hampir tidak pernah muncul dalam diskusi dengan responden. Kurangnya informasi tentang kesehatan dan unsur-unsur pelayanan kesehatan sangat menonjol. Situasi ini tidak hanya dari sisi pengguna jasa kesehatan saja, tetapi juga didukung oleh keberadaan lembaga-lembaga pelayanan yang lebih menonjolkan peran kuratif. Kurangnya respons terhadap kebutuhan pengguna pelayanan juga merupakan faktor penting. Kurangnya respons petugas pelayanan yang diperkuat dengan posisi informasi yang tidak setara antara pasien dan petugas kesehatan, mengakibatkan duplikasi dan suplai yang berlebihan. Hal ini sangat logis mengingat kebutuhan pelayanan tidak ditentukan oleh pasien atau pengguna jasa layanan kesehatan, tetapi ditentukan oleh suplai (*supply induced demand*). Akibatnya, biaya pelayanan menjadi meningkat tanpa memperhitungkan apakah kuantitas pelayanan yang diterima sesuai dengan kualitas yang dibutuhkan. Misalnya, tempat praktik pelayanan swasta merespons keinginan pengguna layanan untuk disuntik, sementara di puskesmas lebih banyak memberikan tablet (obat). Persepsi beberapa pasien adalah suntikan lebih baik dan dapat bekerja lebih cepat dibandingkan dengan tablet. Kendatipun demikian, tidak semuanya setuju bahwa suntikan akan

lebih manjur dibandingkan dengan tablet. Dengan banyak ragam dan jenis obat yang dijual bebas, banyak orang melakukan pengobatan sendiri dengan menelan obat-obatan yang dibeli dari apotik, toko obat, maupun warung. Kecenderungan untuk mengunjungi tempat-tempat pelayanan umumnya jika keadaan sakit sudah serius. Beberapa opini tentang obat dan pelayanan kesehatan sebagai berikut.

“Suntikan lebih cepat menyembuhkan daripada tablet”.

“Obat puskesmas kurang manjur, sama saja untuk semua penyakit”.

“Jika ingin dilayani dokter, jangan ke puskesmas, dokter sering tidak ada di tempat”.

Beberapa opini tersebut umumnya didasarkan pada pengalaman personal mereka ketika berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Namun demikian, tidak ditemukan bukti yang kuat bahwa orang lebih menyukai suntikan dibandingkan dengan jenis pelayanan yang lain. Tujuan utama mereka adalah menjadi lebih baik (sembuh) secepat mungkin.

Sementara itu, kurangnya informasi sangat menonjol pada pemahaman mereka tentang rumah sakit. Ketika ditanyakan, apakah yang bisa dipelajari atau dipahami tentang rumah sakit, jawaban paling umum yang dikemukakan adalah ingin segera membawa pasien pulang ke rumah. Karena sebagian dari mereka jarang sekali mengunjungi pelayanan rumah sakit (2,2 persen dari total responden), mereka tidak tahu dan tidak yakin akan biaya dan manfaat berobat ataupun mondok di rumah sakit. Kecemasan kehilangan uang yang cukup banyak untuk biaya kesehatan dan biaya lainnya (*opportunity cost*) cukup besar, kendati beberapa dari mereka menggunakan mekanisme pembiayaan gratis melalui kartu sehat maupun bantuan lainnya.

Komunikasi kesehatan antara penduduk dengan petugas kesehatan amat terbatas. Oleh karena sebagian besar pelayanan puskesmas diberikan oleh perawat (mantri kesehatan), pelayanan yang diberikan umumnya sangat standar. Perawat dan bidan memainkan peranan sebagai layaknya peran dokter. Mereka memeriksa pasien dan memberikan obat. Sebenarnya, sangat sedikit komunikasi atau pasien dan perawat atau bidan di puskesmas. Komunikasi yang terjadi amat didominasi oleh petugas kesehatan. Komunikasi yang teramat sedikit ditunjukkan dari temuan di

semua kelompok diskusi. Dari interaksi yang terjadi antara pasien dengan petugas pelayanan puskesmas, pasienlah yang mengkomunikasikan gejala-gejala yang dialaminya kepada petugas kesehatan, sementara tidak ada aliran informasi dari petugas kesehatan kepada pasien. Komunikasi yang diberikan kepada pasien lebih berupa sapaan, anjuran untuk meminum obat sesuai dengan takaran yang dianjurkan, dan kemungkinan anjuran untuk datang lagi berkunjung jika gejala penyakit tidak kunjung sembuh. Pekerjaan ini hampir bisa dikatakan rutin sehingga tidak ada perbedaan perlakuan antara pasien dengan jenis penyakit ringan maupun pasien dengan jenis penyakit yang lebih berat (yang mungkin membutuhkan rujukan ke rumah sakit).

Peran Posyandu sebagai media komunikasi paling dekat lebih banyak dimanfaatkan untuk tempat penimbangan dan pembagian makanan pada anak balita. Hanya pada momentum tertentu saja, seperti pada pekan imunisasi nasional (PIN) atau program kesehatan nasional lainnya, peran para kader Posyandu dan petugas kesehatan lebih besar dari biasanya. Penyelenggaraan kegiatan Posyandu lebih terkesan formal, format kegiatan relatif seragam karena disesuaikan dengan petunjuk teknis program melalui mode penyampaian vertikal (satu arah). Akibat yang muncul adalah program ini kehilangan peran sebagai penggerak partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Keterlibatan para kader Posyandu juga menunjukkan penurunan dari waktu ke waktu. Hasil diskusi dengan para kader Posyandu menunjukkan adanya kebosanan karena manfaat yang diperoleh tidak sesuai dengan yang diharapkan, kecuali tambahan beberapa pengetahuan kesehatan umum dan sedikit peningkatan status sosial. Padahal, salah satu tujuan pembentukan Posyandu adalah sebagai media komunikasi kesehatan, khususnya di wilayah pedesaan yang sebagian besar penduduknya termasuk dalam strata kelompok sosial ekonomi rendah. Kelompok ini yang sesungguhnya kerap jatuh sakit, mengidap penyakit menahun, dan terlambat diobati. Dengan begitu, bisa dipahami jikalau kasus-kasus gawat darurat, baik melalui rujukan puskesmas maupun yang langsung datang ke rumah sakit, didominasi oleh kelompok strata sosial ekonomi rendah (Profil Kesehatan Purworejo tahun 2000 dan hasil wawancara kepala Dinas Kesehatan).

Akses Finansial dan Nonfinansial

Alasan pertama yang diberikan responden ketika menjawab alasan untuk melakukan pengobatan sendiri adalah biaya yang murah. Hal ini bisa dipahami, mengingat rata-rata pengeluaran per kapita sebagai proksi kemampuan membayar hanya sebesar Rp 71.628,00 per bulan untuk pengeluaran makanan dan nonmakanan. Hal yang sangat umum adalah banyak penduduk pedesaan yang menunda pergi ke tempat pelayanan kesehatan. Alasan yang terpenting adalah tingginya biaya pemeriksaan. Pergi ke tempat pelayanan umumnya dilakukan sesudah jam kerja (kerja pertanian maupun nonpertanian), kendati harus membayar lebih mahal. Oleh karena itu, dapat dipahami ketika pemanfaatan puskesmas di jam kerja sama besar dengan pemanfaatan praktik bidan dan mantri kesehatan di luar jam kerja puskesmas. Sementara itu, alasan yang banyak dikemukakan tentang keengganan mengunjungi pelayanan rumah sakit, kendati untuk pelayanan rawat jalan sekalipun adalah persepsi tentang biaya yang tinggi, baik biaya pengobatan maupun transportasi, serta hambatan kenyamanan sosial-psikologis.

Dalam definisi fisik, jarak tidak sepenuhnya didefinisikan dalam jumlah kilometer yang ditempuh ke tempat pelayanan, namun lebih pada kualitas prasarana menuju tempat pelayanan. Utilisasi pelayanan di wilayah pedesaan Purworejo memperlihatkan bahwa jarak ke tempat pelayanan bukan merupakan faktor yang penting. Hasil diskusi dengan kelompok ibu yang memiliki anak balita menunjukkan bahwa akses geografis lebih dimaknai sebagai ketersediaan sarana transportasi. Faktor yang menjadi penting adalah kerepotan membawa balita ke tempat pelayanan kesehatan. Pendapat tersebut ternyata hampir diyakinkan oleh semua peserta diskusi. Namun demikian, pertimbangan kemudahan akses fisik tersebut tidak selalu menjadi pertimbangan pokok, terutama jika dikaitkan dengan tingkat keparahan penyakit. Pilihan terhadap petugas kesehatan swasta menjadi pertimbangan utama karena umumnya para pengguna pelayanan menginginkan kesembuhan yang cepat. Keputusan ini juga didasarkan atas informasi dari mulut ke mulut, selain pengalaman sebelumnya.

Pertimbangan kualitas pelayanan menjadi pertimbangan yang ketiga dari responden. Kepuasan pelayanan dimaknai pengguna pelayanan sebagai hubungan interpersonal yang baik dengan petugas pelayanan. Karena petugas pelayanan puskesmas umumnya tinggal di wilayah kerja

puskesmas yang bersangkutan, mereka lebih mudah dijangkau oleh masyarakat pengguna pelayanan, terutama jika memerlukan pertolongan yang cepat di luar jam kerja puskesmas. Praktik di luar jam kerja oleh para petugas pelayanan juga dianggap masyarakat sebagai pelayanan yang sangat berarti. Kemudahan dalam berbagai hal, termasuk soal pembayaran, merupakan aspek utama yang ikut menentukan kepuasan pelayanan. Pelayanan yang kurang memuaskan lebih banyak didefinisikan sebagai "tidak membuat cepat sembuh". Namun demikian, asumsi seperti ini harus dipahami secara lebih hati-hati, misalnya dengan memperhatikan tingkat keparahan, lamanya muncul gejala sakit, dan sebab-sebab gejala tersebut.

"P pasien itu maunya cepat sembuh. Misalnya kalau anak diare, maunya diobati langsung mampet. Padahal, kalau anak diare sebabnya kan macam-macam. Bisa karena keracunan makanan, tidak cocok susu, atau memang disentri. Kalau untuk diare tertentu, kalau diobati langsung diare berhenti, malah berbahaya. Penyebabnya malah belum keluar dengan tuntas. Makanya, penyuluhan kesehatan itu sangat perlu dan sering dilakukan" (dokter praktik swasta, mantan kepala puskesmas di Kabupaten Purworejo, 45 tahun).

Biaya yang murah tidak selalu menjadi pertimbangan pokok ketika orang membutuhkan pelayanan yang berkualitas. Pentingnya kemudahan menjangkau, hubungan antara pasien dengan petugas kesehatan yang lebih personal, dan persepsi tentang obat yang berbeda (kemasan yang menarik dan tertutup) merupakan pertimbangan khusus dalam menentukan opini tentang pelayanan yang berkualitas.

"Sakjane teng puskesmas nggih langkung murah, nek kedah teng laborat ugi langsung wonten mriku. Petugas nggih sami mawon kalih petugas teng dusun mriki. Ning antrine niku sing kulo mboten remen. Obate nggih kacek. Badan pun lemes, tasih kedah nunggu dangu. Nopo malih nek dinten Senin. Nek kraos sakit kulo mesti milih teng pak mantri mawon, nopo ngaturi rawuh" (Sebetulnya di puskesmas lebih murah, kalau harus periksa laboratorium juga langsung ada di situ. Petugasnya juga sama dengan petugas yang ada di dusun ini. Akan tetapi, antrinya yang tidak kami sukai. Obatnya juga berbeda (lebih baik). Badan sudah terasa lemas, masih harus menunggu. Apalagi kalau hari Senin. Kalau sakit pada hari itu, saya memilih datang ke mantri kesehatan atau memintanya

datang ke rumah) (Bapak P, usia 71 tahun dari kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk kelompok usia lanjut).

Pemanfaatan kartu JPS bagi keluarga miskin untuk berobat ke puskesmas yang tidak optimal juga merupakan salah satu bentuk keterbatasan akses nonfinansial dari penduduk pedesaan. Kartu ini sudah berubah menjadi kartu JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) sejak bulan April 2000. Bagi keluarga miskin pemegang kartu JPKM, premi asuransinya dibiayai melalui dana JPS dan hanya untuk pelayanan sampai dengan tingkat puskesmas. Ada beberapa alasan dari responden untuk tidak memanfaatkan kartu JPKM. *Pertama*, kalau hanya membutuhkan pelayanan rawat jalan, biaya puskesmas dapat dijangkau. *Kedua*, faktor harga diri pasien. Beberapa anggota masyarakat sering kali gengsi memanfaatkan pelayanan gratis tersebut. *Ketiga*, pasien tertentu ingin diperlakukan sama dengan pasien lainnya karena kadangkala terjadi pasien pemegang kartu JPKM, baik secara sengaja maupun tidak, diperlakukan berbeda dengan pasien membayar. Hal sebaliknya justru terjadi pada pasien Askes, yang umumnya dimiliki oleh pasien pegawai negeri dan pembeli premi Askes. Pemegang kartu Askes umumnya termasuk dalam strata menengah ke atas di wilayah pedesaan. Mereka merasa diperlakukan lebih baik dibandingkan dengan pasien pemegang kartu JPKM, bahkan pasien yang membayar sekalipun. Namun demikian, justru pasien pemegang kartu Askes ini hanya memanfaatkan puskesmas sebagai "tempat pelayanan loncatan", yakni meminta kartu rujukan agar bisa datang ke rumah sakit dengan dokter spesialis. Kendatipun menurut beberapa petugas medis puskesmas, keluhan yang dideritanya kadangkala bisa dilayani melalui pelayanan dan obat puskesmas. Sikap kritis yang berlebihan dari beberapa pasien pemegang kartu Askes ini kadangkala mengganggu hubungan antara pasien dan petugas kesehatan sehingga pengobatan yang dilakukan tidak membuahkan hasil.

Hambatan Utilisasi Pelayanan Kesehatan dari Sisi Persediaan

Penanganan pelayanan kesehatan yang merata dari sisi kebutuhan hanya dapat dipahami dengan mengkombinasikannya dengan sisi persediaan pelayanan itu sendiri, yakni ketersediaan dan intervensi pelayanan. Sisi persediaan ini mempengaruhi kinerja pelayanan kesehatan dari dua cara. *Pertama*, kuantitas persediaan pelayanan mungkin menjadi

penghambat ataupun pendukung akses, yang memungkinkan utilisasi yang diinginkan. *Kedua*, kualitas pelayanan mempengaruhi *output* pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan yang dipersepsikan pada gilirannya akan mempengaruhi utilisasi pelayanan. Terkait dengan hal tersebut, alokasi keuangan pemerintah untuk kesehatan dan pemanfaatan sumber-sumber yang efisien akan meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan.

Pembiayaan Kesehatan

Alokasi biaya kesehatan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) amat kecil. Rata-rata anggaran pemerintah untuk kesehatan sampai dengan tahun 2003 hanya 1,4 persen dari APBN, sementara Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa anggaran kesehatan suatu negara harus diupayakan minimal 5-6 persen dari APBN. Jelas sekali bahwa pembiayaan sistem kesehatan masyarakat di Indonesia di bawah standar. Ini menunjukkan komitmen pemerintah terhadap kesehatan amat rendah. Di era otonomi daerah sekarang ini sebenarnya telah diusahakan perbaikan dalam pembiayaan kesehatan dari yang bersifat terpusat ke arah pemberian hak mengelola sendiri dana tersebut ke daerah. Anggaran kesehatan diberikan dalam bentuk *block grant* yang alokasinya harus diatur sendiri oleh pemerintah daerah. Dalam hal ini, faktor terpenting adalah kemauan politik dari kepala daerah dan anggota DPRD.

Alokasi anggaran kesehatan di Purworejo secara umum tidak berbeda dengan kabupaten lain. Kendatipun sudah ada kesepakatan yang sama antara pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan dengan DPRD tentang pentingnya mengalokasikan anggaran untuk sektor kesejahteraan masyarakat menjadi lebih besar dari tahun-tahun sebelumnya, realisasinya tidak mudah. Dilema antara pengalokasian anggaran untuk mensejahterakan masyarakat dengan meningkatkan pendapatan daerah selalu muncul. Di sisi lain, jumlah pendapatan daerah dari sektor kesehatan sebesar 6,2 persen dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) Purworejo. Dari 6,2 persen tersebut, sumbangan PAD dari puskesmas sebesar 3,76 persen. Angka ini telah mengindikasikan besarnya peran puskesmas dibandingkan dengan lembaga pelayanan kesehatan lainnya. Puskesmas sebagai lembaga pertama pelayanan kesehatan dasar yang didesain murah dan terjangkau justru memberikan kontribusi yang penting dan tidak sebanding dengan

pelayanan kesehatan lainnya (rumah sakit maupun lembaga pelayanan kesehatan swasta). Hal ini sekaligus mengindikasikan adanya konflik antara meningkatkan kontribusi pendapatan daerah dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terjangkau.

Besarnya proporsi sistem bayar sendiri (68,34 persen), terutama di pedesaan, tidak mudah disimpulkan sebagai mampu membayar. Selain itu, biaya tersebut juga tidak selalu merefleksikan kuantitas maupun kualitas pelayanan yang diterima. Sebagai contoh, kendati pelayanan swasta khususnya pelayanan oleh bidan dan mantri lebih mahal dari biaya pelayanan di puskesmas, bisa dijangkau dalam makna yang berbeda. Salah satu sebabnya adalah pasien dimungkinkan untuk membayar kapan saja sesudah pelayanan diberikan sehingga mereka tidak terlalu khawatir dengan uang jikalau mereka membutuhkan pelayanan.

"Nek teng pak mantri nopo bu bidan niku urusan ongkos gampang. Nek mboten gadhah arto, nggih saged dibayar mangke nek pun onten. Dados saged ngirangi pikiran, sing penting waras rumiyin".
(Kalau berobat ke mantri dan bidan yang praktik di rumah, urusan biaya pelayanan sangat mudah. Kalau tidak punya uang, bisa dibayar kemudian, kalau sudah ada uang. Jadi, tidak menjadi beban pikiran, yang penting sehat dulu) (Kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk kelompok usia lanjut).

Kualitas Pelayanan

Dilihat dari kualitas pelayanan, hasil diskusi dengan para perawat mengindikasikan adanya kecakapan teknis yang kurang memadai. Mereka sendiri ragu-ragu dengan peran yang diberikan kendati mereka sebenarnya menanggung beban yang cukup besar dalam pemberian tindakan kuratif di puskesmas. Biasanya perawat melakukan tindakan tersebut tanpa pengawasan dan hampir sepenuhnya menjadi tanggung jawabnya. Untuk kasus yang agak berat sekalipun perawat kadangkala melakukan tugas sendirian, tanpa merujuk kepada dokter karena dokter sering tidak dapat hadir di puskesmas. Meskipun demikian, perawat juga menyadari bahwa sebetulnya tugas pengobatan yang mereka lakukan sehari-hari adalah wewenang dokter. Salah satu kesimpulan yang dikemukakan oleh salah satu peserta diskusi tentang tugasnya seperti berikut.

“Kami belum sepenuhnya memahami tugas pengobatan yang sebenarnya. Tugas kami yang sebenarnya hanya membantu, tapi malah jadi tugas pokok, karena tugas dokter tidak hanya melakukan pengobatan di puskesmas, melainkan juga tugas-tugas manajemen, seperti rapat di kecamatan, di dinas, dan lainnya. Apa boleh buat. Pasien kami tiap hari banyak sekali yang datang. Sementara itu, pasien-pasien juga tidak mengeluh kalau yang mengobati bukan dokter. Padahal, kami sebenarnya juga kadang-kadang ragu-ragu kalau ada kasus yang cukup berat, sementara dokter sedang tugas luar. Untuk kasus-kasus seperti ini, biasanya kami hanya buat surat rujukan ke rumah sakit. Belum lagi kalau stok obat hampir habis. Kalau kasusnya banyak, kadangkala kita berikan separuh resep, atau B-kompleks saja dan meyakinkan pada pasien. Yah, beginilah tugas kami, agak tanggung” (kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk perawat).

Hal yang sama juga berlaku bagi para bidan, terutama para bidan desa. Umumnya mereka bekerja berdasarkan program bidan desa yang merupakan program pemerintah. Para bidan desa mendapatkan pendidikan bidan selama satu tahun (dua semester) dan kemudian diterjunkan ke masyarakat melalui jalur wilayah kerja puskesmas. Pengalaman pendidikan satu tahun dirasakan sangat kurang, sementara tugas-tugas di lapangan melebihi materi-materi yang diajarkan di pendidikan bidan. Secara teoretis, perawat dan bidan hanya dapat melakukan tindakan kuratif dalam situasi darurat dan di bawah pengawasan yang ketat oleh dokter. Dalam keadaan normal, perawat menjalankan kegiatan subordinat di bidang kuratif dengan dua cara. *Pertama*, sebagai informan dokter, perawat memberikan informasi tambahan agar dokter dapat mengdiagnosis dengan tepat atau mengevaluasi pengobatan medis yang telah diberikan kepada pasien sebelumnya. *Kedua*, perawat dapat melakukan tindakan kuratif ketika mereka membantu pasien mengikuti petunjuk dokter dengan memberikan obat, mengawasi pelaksanaan diet atau latihan fisik tertentu. Pada kasus-kasus tertentu, perawat dapat memberikan obat sesuai dengan program yang telah direncanakan oleh dokter. Ketentuan tersebut sebenarnya dapat memberikan ruang interpretasi yang sangat luas bagi perawat. Interpretasi yang luas ini dapat menimbulkan keraguan mengenai status perawat terhadap peran kuratif perawat puskesmas. Sementara itu, kesenjangan

materi pendidikan dengan kasus di lapangan menjadikan beban tersendiri bagi para bidan desa.

“Satu tahun pendidikan rasanya sangat tidak cukup. Apalagi dibandingkan dengan teori dan praktik di lapangan, rasanya tidak ada apa-apanya. Di lapangan kadang-kadang ada banyak pertanyaan yang waktu sekolah dulu belum ditanyakan pada dosennya. Karena bidan desa itu bagian dari proyek, jadi “bisa atau tidak bisa” harus lulus. Kalau diibaratkan sebagai mangga, kami ini bukan mangga matang, tapi mangga karbitan (diberi zat kimia tertentu agar tampak luarnya matang-red). Istilahnya bidan karbitan karena tidak mahir. Padahal masyarakat menganggap bidan itu ngerti *kabeh* (banyak-red). Jadi kalau tidak tahu, mau tanya siapa?” (Kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk para bidan desa).

Departemen Kesehatan mengizinkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk menyediakan pelayanan swasta di luar jam kerja untuk suplementasi gaji mereka. Kebijakan ini dibuat sebagai respons atas realitas bahwa tidak ada sistem insentif yang memadai untuk mereka dapat bekerja penuh waktu. Karena tidak ada pengawasan yang ketat dari pemerintah untuk penyelenggaraan praktik swasta, beban pembiayaan kesehatan oleh masyarakat meningkat tanpa mempertimbangan kebutuhannya. Implikasinya adalah pemanfaatan pelayanan swasta yang “berlebihan” walaupun gejala sakit tertentu sudah dapat diobati di puskesmas dengan biaya yang relatif sangat murah dan terjangkau. Oleh karenanya, kendati para bidan maupun perawat kadangkala meragukan kemampuan mereka sendiri, pelayanan di luar jam kerja dengan membuka kegiatan praktik di rumah. Para bidan desa diberikan izin praktik dan berlaku selama 5 (lima) tahun serta diperpanjang lagi berdasarkan kriteria Departemen Kesehatan. Praktik bidan di rumah umumnya sangat bervariasi. Bagi bidan yang sudah lama tinggal di wilayah tertentu, praktek bidan swasta mampu memberikan penghasilan tambahan yang signifikan. Karena ada kepentingan keuangan dari para bidan ataupun perawat puskesmas, menganjurkan pasien di puskesmas untuk datang (dengan alasan melakukan kontrol) ke tempat praktik swasta menjadi hal biasa. Oleh karena itu, membuka praktik bidan swasta yang banyak dikunjungi pasien menjadi keinginan semua peserta diskusi.

“Tujuan bidan dan mantri biasanya sama. Pertama dapat memberikan pelayanan pada masyarakat sesuai dengan kemampuan kita, yang lainnya cari duit, punya tempat praktik sendiri, dan pasiennya banyak. Kalau mengandalkan gaji, pasti tidak akan cukup. Golongan II itu gajinya berapa sih ...”. (Kutipan diskusi kelompok terfokus-para bidan desa).

Sementara itu, persepsi para petugas medis tentang kinerja pelayanan umumnya seragam: angka kunjungan yang banyak dengan target kegiatan yang terpenuhi. Namun demikian, beberapa kendala teknis, seperti dana dan fasilitas yang terbatas, selalu menjadi bahan pertimbangan para petugas medis jika pelayanan yang diberikan tidak cukup memadai.

Kesimpulan

Utilisasi pelayanan kesehatan masih perlu mendapat perhatian, khususnya pada utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang memang didesain sebagai pelayanan yang terjangkau. Perluasan pelayanan kesehatan yang merata khususnya untuk wilayah pedesaan tetap mendapat perhatian cukup dari pemerintah daerah dan melibatkan pelayanan pemerintah serta swasta, namun dengan kualitas pelayanan yang rendah.

Sistem hibrida pelayanan pemerintah di pagi hari dan pelayanan swasta di sore hari sebenarnya mengakibatkan fasilitas dan sumber daya kesehatan pemerintah tidak teralokasi (*misallocation*) dan termanfaatkan dengan optimal (*underutilized*), selain beban biaya yang ditanggung konsumen makin tinggi. Oleh karena itu, diperlukan strategi untuk menyeimbangkan peningkatan akses pelayanan dengan biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk mengelola fasilitas dan sumber daya tersebut. Salah satu strategi yang bisa dilakukan, antara lain, dengan melakukan revisi ulang mekanisme insentif dan akuntabilitas dalam sistem pelayanan, terutama untuk mengurangi masalah yang terkait dengan kualitas pelayanan dan inefisiensi. Strategi ini diharapkan dapat mengubah citra pelayanan kesehatan dan akhirnya mampu menarik konsumen pelayanan kesehatan.

Kendatipun kualitas pelayanan kesehatan yang tinggi selalu diharapkan, para pengguna pelayanan kesehatan secara langsung maupun tidak langsung sudah belajar dari realitas untuk bertoleransi dengan kualitas pelayanan yang rendah. Pelayanan kesehatan sering kali tidak standar dan sulit diprediksikan. Sikap pengguna pelayanan tersebut merupakan

akibat dari program-program pelayanan yang mengabaikan pandangan dan preferensi mereka. Hal ini pada gilirannya akan menjadi beban sistem pelayanan kesehatan ketika partisipasi dan kontrol sosial mereka dibutuhkan dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan. Untuk mencapai pelayanan yang optimal, kualitas pelayanan dengan komunikasi, informasi, dan edukasi harus menjadi aspek prioritas dalam pemberian pelayanan.

Desentralisasi sebenarnya menawarkan kesempatan untuk meningkatkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan bagi kelompok miskin melalui paket kebijakan khusus yang mungkin bervariasi antarkabupaten/kota. Namun demikian, ketika terjadi dilema dalam pengalokasian anggaran untuk kesehatan serta kemauan politik elite kabupaten/kota, paket kebijakan kesehatan untuk orang miskin tetap membutuhkan pengaturan dari pemerintah pusat melalui subsidi langsung dengan penetapan target, pemantauan, dan insentif yang efektif.

Dalam rangka mengefektifkan organisasi puskesmas sebagai lembaga pelayanan kesehatan dasar yang bisa dijangkau masyarakat miskin, perlu ditempuh perumusan tata kerja yang lebih memadai dan terarah terutama produktivitas kerja, baik kegiatan langsung yang berhubungan dengan masyarakat maupun kegiatan penunjang. Paket program pelayanan puskesmas yang seragam sebaiknya dikaji ulang untuk mencapai target yang tepat karena variasi sosial dan status kesehatan dalam wilayah kerja. Hal ini dipandang cukup penting dalam keseluruhan upaya kesehatan untuk pencapaian kinerja yang optimal. Kerja sama lintas sektoral dengan melibatkan partisipasi masyarakat seharusnya tidak lagi menjadi ajang pertemuan formal seperti yang selama ini terjadi, tetapi menjadi ajang tukar informasi yang efektif.

Referensi

- Airey, T. 1989. "The impact of road construction on hospital in patient catchment in Meru District of Kenya", *Social Science and Medicine* (29): 95.
- Aurbach, L.S. 1982. "Childbirth in Tunisia: Implication of decision making model", *Social Science and Medicine* (23): 1499.

- Barlow, Robin dan F. Diop. 1995. "Increasing the utilization of cost effective health services through changes in demand", *Health Policy and Planning*, 10(3): 284-295.
- Badan Pusat Statistik. 2001. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2000*. Jakarta.
- . 1999 (b). *Laporan Kemajuan Program Penanggulangan Dampak Krisis Ekonomi Terhadap Kesehatan*. Draft, 7 Oktober.
- Departemen Kesehatan RI. 1988. *Informasi Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta.
- . 2001. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2000*. Jakarta.
- Chernichovsky D. and Meesok A.A. 1986 Utilization of health services in Indonesia. *Social Science and Medicine* (23): 611-620.
- Frankenberg, E. and D. Thomas. 2000. *Women's Health and Pregnancy Outcomes: Does Access to Services Make a Difference ?*. Santa Monica: RAND. Labor and Population Program. Working Paper Series 00-04
- Freund, Peter E.S., & M.B. McGuire.1995. *Health, Illness and The Social Body: A Critical Sociology*. 2nd ed., New York: Prentice Hall.
- Ham, Chris.1993. "Power in health services", in Michael Hill (editor) *The policy Process: A Reader*, Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, pp. 180-194.
- James, Ann, 1994. *Managing to Care: Public Service and the Market*. London: Longman.
- Kabupaten Purworejo. Dinas Kesehatan. 2000. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2000*.
- Kim-Farley, Robert J. 1996. "Government and Private Cooperation in Health Services: an International Perspective". *Regional Health Forum*, 1(2): 23-31.
- King, Nigel.1996 "Qualitative research interview", in Cassell C dan G. Simon (editor) *Qualitative Methods in Organizational Research*, Newbury Park: Sage Publication.
- Le Grand, J, Proper C., and Robinson R. 1992. *The Economic of Social Problems*. London: Macmillan Press.

- Lieberman, A.S dan P. Marzoeqi.2000. *Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia*. Washington: Human Development Sector Unit East Asia and Pacific Region Document of the World Bank. Report No. 21318.
- Mechanic, David. 1992. "Health and illness behavior and the patient-practitioner relationship". *Social Science and Medicine*, 34(12): 1345-1350.
- Nadjib, Mardiaty. 1999. *Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia*. Disertasi Doktor. Program Pasca Sarjana UI.
- Newbrander W, and G. Rosenthal.1997. "Quality Care Issues in Health Sector Reform", in Newbrander W. (editor), *Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications*. London: John Wiley and Sons.
- Newhouse JP. 1992. "Medical care cost: How much welfare loss?" *Journal of Economic Perspectives*, 6(3): 3-21.
- Raghupathy, Shobana. 1996. *The Role of health Services on Utilization Behavior in the Philippines*. Rhode Island: Population Studies and Training Center, Brown University. Working Paper Series 96-12
- Russell, Steven. 1996. "Ability to pay for health care: concept and evidence", in *Health Policy and Planning*, 11(3): 219-237.
- SMERU. 1999. Preliminary Analysis of February. SUSENAS sub-sample. Jakarta.
- Timyan, J, et al. 1993. "Access to care: more than a problem of distance", in Koblinsky M, J. Timyan, and J. Gay, *The Health of Women: the Global Perspective*. Boulder: Westview Press, pp. 217-234.
- Turshen, Meredith. 1989. *The Politics of Public Health*. London: Zed Books.
- Wagstaff and Van E. Doorslear. 1993. "Equity of finance and delivery of health care: Concepts and Definitions", in Wagstaff, Doorslear and Rutten (Editor) *Equity on the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2000. *World Health Report 2000, Health System: Improving Performance*. Geneva.