

BIOETIKA (GIZ 471)

PERTEMUAN 7

Justice (Keadilan)

1. Prinsip Bioetika

The New Sense of Bioethics:

1. Belief in God or faith (percaya pada Tuhan)
2. Respect for others (Penghargaan pada sesama manusia) otonomy
3. Beneficence (berbuat kebaikan)
4. Non maleficence (tidak berbuat yang merugikan orang lain)
5. Justice (keadilan)

2. Justice artinya adalah keadilan. Teori ini berkaitan erat dengan sikap adil seseorang pada orang lain, seperti memberikan pertolongan terlebih dahulu kepada seseorang berdasarkan derajat keparahan penyakit. Keadilan atau justice adalah suatu prinsip dimana seorang tenaga kesehatan wajib memberikan perlakuan sama rata serta adil untuk kebahagiaan dan kenyamanan pasien tersebut. Perbedaan tingkat ekonomi, pandangan politik, agama, kebangsaan, perbedaan kedudukan sosial, kebangsaan, dan kewarganegaraan tidak boleh mengubah sikap dan pelayanan tenaga kesehatan terhadap pasiennya.

1. Justice mempunyai ciri-ciri :

- Memberlakukan segala sesuatu secara universal
- Mengambil porsi terakhir dari proses membagi yang telah ia lakukan
- Memberikan kesempatan yang sama terhadap pribadi dalam posisi yang sama
- Menghargai hak sehat pasien
- Menghargai hak hukum pasien
- Menghargai hak orang lain
- Menjaga kelompok rentan
- Tidak membedakan pelayanan terhadap pasien atas dasar SARA, status social, dan sebagainya
- Tidak melakukan penyalahgunaan
- Memberikan kontribusi yang relatif sama dengan kebutuhan pasien
- Meminta partisipasi pasien sesuai dengan kemampuannya
- Kewajiban mendistribusikan keuntungan dan kerugian secara adil
- Mengembalikan hak kepada pemiliknya pada saat yang tepat dan kompeten
- Tidak memberi beban berat secara tidak merata tanpa alasan sah atau tepat
- Menghormati hak populasi yang sama sama rentan penyakit atau gangguan kesehatan
- Bijak dalam makroalokasi

2. Prinsip Justice

Prinsip Justice diterjemahkan sebagai menegakan keadilan atau kesamaan hak kepada setiap orang (pasien). Definisi lainnya adalah memperlakukan orang lain secara adil, layak dan tepat sesuai dengan haknya. Situasi yang adil adalah seseorang mendapatkan manfaat atau beban sesuai dengan hak atau kondisinya. Situasi yang tidak adil adalah tindakan yang salah atau lalai berupa meniadakan manfaat kepada seseorang yang memiliki hak atau pembagian beban yang tidak sama. Prinsip justice lahir dari sebuah kesadaran bahwa jumlah benda dan jasa (pelayanan) itu terbatas, sedangkan yang memerlukan seringkali melampaui batasan tersebut. Prinsip justice kemudian diperlukan dalam pengambilan keputusan tersebut. Terdapat beberapa kriteria dalam penerapan prinsip justice, antara lain:

1. Untuk setiap orang ada pembagian yang merata (equal share)
2. Untuk setiap orang berdasarkan kebutuhan (need)
3. Untuk setiap orang berdasarkan usahanya (effort)
4. Untuk setiap orang berdasarkan kontribusinya (contribution)
5. Untuk setiap orang berdasarkan manfaat atau kegunaannya (merit)
6. Untuk setiap orang berdasarkan pertukaran pasar bebas (free-market exchange)

3. Kaidah Justice dalam kasus dr. Bagus :

Pada suatu pagi hari, ketika ia datang ke puskesmas sudah ada 4 orang pasien yang sedang mengantri. Dokter bagus memeriksa pasien sesuai nomor urut pendaftaran, hal ini dilakukannya agar pemeriksaan pasien berjalan tertib teratur. Disini dokter Bagus menunjukkan keadilannya dalam menangani pasien, ia memeriksa pasiennya secara teratur menurut nomor urut agar pemeriksaan berjalan dengan tertib, lancar dan tidak membedakan pasien. "Pak mantri tolong bikinkan puyer untuk anak ibu ini dan setelah itu tolong jelaskan cara membuat air oralit pada ibu ini" kata dokter Bagus kepada pak mantri. Dari percakapan dokter bagus diatas, dapat dilihat jika dokter Bagus menjalankan prinsip Justice yang ke sepuluh, yaitu memberikan kontribusi yang relatif sama dengan kebutuhan pasien. Dokter Bagus meminta kesediaan pasien keempat untuk menunggu diluar karena ia akan terlebih dahulu memberi pertolongan pada pemuda tersebut. Di sini dokter bagus menjalankan prinsip Justice yang ketiga, yaitu memberi kesempatan yang sama terhadap pribadi dalam posisi yang sama.

3. Beberapa Keluhan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan akibat Ketidakadilan

Y Pasien yang memakai BPJS menerima pelayanan RS lebih buruk dibandingkan yang tidak memakai BPJS

Y Pasien miskin tidak mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya dilakukan.

Y Pasien kelas III mendapatkan pelayanan kesehatan yang kurang baik dibandingkan pasien kelas VIP.

Y Seorang ibu hamil yang berada di desa di daerah terpencil akhirnya meninggal karena perdarahan dalam proses persalinan karena terlambat dirujuk ke rumah sakit.

4. Beberapa Paham mengenai Keadilan

Y Adil kalau semua merasakan hal yang sama rata

Y Adil kalau merasakan kebutuhannya terpenuhi.

Y Adil diartikan sebagai kesesuaian antara apa yang diterima dengan kemampuan (merit) yang diberikan.

Y Adil sesuai yang diusahakannya.

5. Equity dan equality

Equality adalah kesamaan atau kesetaraan (sameness), dan equity adalah keadilan (fairness). Y Dalam situasi tertentu, kesamaan (equal) bisa jadi tidak adil (inequitable), atau kesamaan (equal) bisa jadi adil (equitable). Y Ketidaksamaan bisa jadi adalah cara untuk mencapai keadilan (equitable).

Equity

Y Keadilan merupakan konsep etik dan normatif, berdasarkan nilai-nilai yang berlaku.

Y Keadilan bisa bersifat subjektif, dengan penafsiran yang berbeda-beda

Y Keadilan (justice) adalah tujuan social

Equality

Y Sedang kesamaan (equality) tidak selalu bersifat normatif, bisa bersifat teknis.

Y Kesamaan (equality) berimplikasi masalah keadilan jika menyangkut terganggunya hak azasi

6. Ketidaksetaraan Kesehatan dan Keadilan

Tidak semua perbedaan dalam kesehatan adalah tidak adil. Contoh: Y Biasanya anak muda lebih sehat dari orang lanjut usia. Y Laki-laki berpotensi mempunyai gangguan prostate, sedang wanita tidak. Y Kelainan bawaan organ bisa menyebabkan penurunan kondisi kesehatan.

7. Equity dan equality dalam kesehatan

Equity

Inequity adalah Inequality yang dianggap tidak fair atau tidak adil

Y Keadilan dalam kesehatan berarti terhindar dari ketidakadilan sosial (socially unjust) atau perbedaan kondisi kesehatan yang tidak adil (unfair health disparities).

Y Konsep keadilan dalam kesehatan berfokus pada distribusi sumber daya dan proses lainnya yang berdampak pada ketidaksetaraan status kesehatan

Equality

Health inequality adalah perbedaan, variasi atau disparitas dalam status kesehatan dari individu/kelompok

Y Ketidak merataan (inequalities) kondisi sosial, income, aset ekonomi, pekerjaan dan jabatan, tingkat pendidikan, rasial, etnik dan kelompok agama, gender, perbedaan geografis, umur, disabilitas, orientasi seksual dan karakteristik lain bisa menyebabkan ketidakadilan dalam status kesehatan.

8. Distribusi yang adil (equitable) dari apa?

Y Status kesehatan

Y Akses ke yankes

Y Utilisasi dan kualitas yankes

Y Sumber daya kesehatan (fasilitas, SDM, pengeluaran, teknologi)

Y Pembiayaan kesehatan

Y Determinan kesehatan (lingkungan kesehatan, pendidikan, air dan sanitasi, perumahan, dsb.)

Y Risiko sakit (sosial, finansial)

9. Teori keadilan Aristoteles tentang distributive justice membedakan antara

Horizontal equity

merujuk pada keadilan berdasarkan persamaan kebutuhan kesehatan.

Vertical equity

◇ ketidak samaan kebutuhan kesehatan akan menerima pelayanan kesehatan yang tidak sama.

◇ Ketidak setaraan perlakuan pada orang-orang yang tidak setara.

10. Faktor-faktor yang dapat diterima secara moral pada ketidaksamaan perlakuan pada "vertical equity"

Alasan -alasan yang dapat diterima secara moral:

Y Kebutuhan kesehatan

Y Kemampuan menerima manfaat

Y Autonomi

Y disability, genetics

Alasan yang tidak bisa diterima secara moral:

Y Age

Y gender

Y Ethnicity

Y income, class

Y (Catatan: kecuali jika kemampuan untuk menerima manfaat terkendala karena faktor -faktor tersebut diatas)

11. Determinan Kesehatan sebagai Sumber Ketidakmerataan dan Ketidakadilan Kesehatan

Y Kesehatan tidak hanya merupakan outcome dari faktor genetik atau proses biologis tetapi juga dipengaruhi oleh kondisi sosial dan ekonomi, yang disebut sebagai 'social determinants of health'.

Y Pelayanan kesehatan berkaitan dengan alokasi dan distribusi sumber daya kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan kualitas pelayanan kesehatan, yang dipengaruhi oleh kondisi sosial, ekonomi, dan politik.

Y Kemiskinan dan ketimpangan ekonomi akan berdampak buruk pada kesehatan, merupakan faktor risiko yang penting terjangkitnya penyakit dan "premature death"

12. Penilaian Keadilan dalam Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan (Need) Kesehatan sebagai pilihan ukuran keadilan. Menyangkut penilaian pada:

- Pengukuran akses pada pelayanan kesehatan, yang disebabkan oleh faktor ekonomi, sosial, medis, kultural, geografis (contoh: adakah "penolakan" pada penerimaan pasien, barrier pada penerimaan pasien karena waiting list, persepsi pasien pada pelayanan kesehatan
- Pengukuran mutu pelayanan kesehatan

13. Ketidaksamaan dalam Pelayanan Kesehatan

Y Effective care: clinical evidence mendukung adanya perbedaan treatment.

Y Preference-sensitive care: ketersediaan pilihan treatment berdasarkan kondisi pemeriksaan pasien.

Y Supply-sensitive care: variasi didasarkan pada ketersediaan model treatment yang dipilih

14. Prinsip Pengurangan Ketidakadilan

1. Fokus pada kelompok paling tidak beruntung : meningkatkan kesehatan melalui berbagai cara pada kelompok paling miskin dan terlantar, meskipun gap antara yang kaya dan miskin tetap terjadi.
2. Mengurangi "health gaps" : meningkatkan kesehatan pada kelompok paling bawah sehingga status kesehatannya tidak berbeda jauh dengan kelompok atas.
3. Menurunkan perbedaan strata sosial : mengurangi perbedaan tingkat sosial yang tajam mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan pada semua kelompok masyarakat

15. Ekuitas Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan

Kementerian Kesehatan meluncurkan program Jaminan Persalinan (Jampersal) Untuk mempercepat pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015 khususnya menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empat dan angka kematian bayi hingga dua per tiga AKI/AKB tahun sebelumnya. Namun sayangnya jumlah pemanfaatan Jampersal di Puskesmas Dupak masih rendah hanya sebesar 36,80% dari target 100%. Tidak seluruhnya jenis pelayanan kesehatan pada program Jampersal dipergunakan oleh sasaran. Berdasarkan hasil survei pendahuluan kepada 17 responden (ibu hamil dan ibu

nifas) hanya 3 orang yang sudah menggunakan Jampersal. Mayoritas masih belum menggunakan Jampersal karena tidak mengetahui tentang program Jampersal (64,28%) dan menganggap bahwa prosedur mengikuti Jampersal rumit (21,42%). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ekuitas, baik secara vertikal maupun horisontal mengenai pemberian dan pelayanan KIA berdasarkan karakteristik pengguna Jampersal dan non-Jampersal di wilayah kerja Puskesmas Dupak. Karakteristik pengguna pelayanan kesehatan ini meliputi status jaminan, usia kehamilan, paritas, jenis persalinan, strata ekonomi. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk perumusan perencanaan, strategi promosi, dan upaya lain untuk meningkatkan pemanfaatan program Jampersal di Kota Surabaya.

PUSTAKA

Kebutuhan ibu hamil berdasarkan standar kunjungan adalah 4 kali kunjungan dengan ketentuan 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga. Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tahun 2007, standar pemeriksaan ibu hamil adalah 7T (timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, pemberian imunisasi TT, pengukuran tinggi fundus uteri, pemberian table Fe, tes terhadap PMS, dan temu wicara dalam rangka perujukan). Sedangkan kebutuhan ibu nifas adalah pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir, imunisasi Hepatitis B (HB 0), konseling tentang kesehatan ibu dan bayi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan KB, serta kebutuhan kunjungan bidan ke rumah untuk membantu penanganan tali pusar. Ekuitas dalam pemberian pelayanan kesehatan merupakan keadilan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada dua atau lebih kelompok. Terdapat dua bentuk utama dari ekuitas, yaitu ekuitas horisontal dan ekuitas vertikal. Penilaian ekuitas horisontal dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah dengan menganalisis apakah perlakuan yang sama untuk kebutuhan yang sama (Equal Treatment for Equal Need atau ETEN) telah tercapai (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). Sedangkan ekuitas vertikal dinilai dari pemberian pelayanan sesuai dengan proporsi kebutuhan. Menurut (Whitehead, 1991), ekuitas mencakup akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama dan pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama. Beberapa indikator ekuitas adalah insentif ekonomi, pelayanan kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan status kesehatan. Akses terhadap pelayanan kesehatan sendiri terdiri dari akses geografis, ekonomi, dan sosial. Akses geografis pemanfaatan pelayanan kesehatan meliputi jarak rumah ibu dengan pelayanan antenatal, tempat persalinan, dan pelayanan nifas serta alat transportasi dan waktu tempuh untuk menjangkau pelayanan kesehatan tersebut. Sedangkan akses ekonomi meliputi ongkos transportasi yang dikeluarkan ibu untuk sampai di pelayanan kesehatan, biaya yang dikeluarkan di pelayanan kesehatan, dan konversi biaya waktu dari aktivitas yang ditinggalkan untuk datang ke pelayanan kesehatan. Akses sosial sendiri merupakan faktor pelayanan kesehatan yang meliputi sikap petugas administrasi, sikap pemberi pelayanan kesehatan, dan antrian pemeriksaan.

Metode untuk mengukur ekuitas dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (inequity in health care utilization) adalah dengan membandingkan pelayanan yang diterima antara dua kelompok yang diperbandingkan. Jika pelayanan yang diterima kedua kelompok tersebut tidak sama maka mengindikasikan adanya ketidakadilan. Cara pengukuran ekuitas menurut (Van Der Hoog, 2010) adalah dengan membandingkan kebutuhan dengan pemanfaatan sesuai fungsi persamaan sebagai berikut. Menurut (Van Der Hoog, 2010), pemberian pelayanan kesehatan kepada kedua kelompok dikatakan adil atau telah equity jika nilai perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan antara kedua kelompok tersebut mengikuti garis ekuitas atau sama dengan 1.

METODE

Penelitian ini merupakan sebuah penelitian survei dengan desain penelitian observasional. Penelitian ini hanya melaksanakan pengamatan tanpa intervensi terhadap objek penelitian. Data dikumpulkan secara cross sectional karena pengamatan terhadap variabel dilakukan bersamaan pada suatu saat tertentu. Populasi yang menjadi target dalam penelitian ini adalah semua ibu pengguna Jampersal dan non-Jampersal yang terdiri dari hamil dan nifas di wilayah kerja Puskesmas Dupak, Kota Surabaya pada bulan Mei tahun 2012. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik random. Sampel dalam penelitian ini adalah 75 ibu pengguna Jampersal dan non-Jampersal yang terdiri dari ibu hamil dan ibu nifas di wilayah kerja Puskesmas Dupak pada bulan Mei tahun 2012 yang terbagi secara proporsional pada setiap RW (RW 1, RW 2, RW 3, RW 4, RW 5). Cara pengambilan data dilakukan dengan indepth interview menggunakan panduan berupa kuesioner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 75 ibu di Kelurahan Dupak yang terdiri dari ibu hamil dan ibu nifas, masing-masing sebanyak 45 dan 30. Jumlah ibu pengguna Jampersal lebih sedikit dibandingkan dengan ibu non-Jampersal dengan perbandingan 2:3. Sebagian besar (40%) responden yang belum menggunakan Jampersal menjelaskan bahwa mereka belum mengetahui tentang program Jampersal. Sedangkan 13,33% ibu mengaku belum memenuhi persyaratan untuk mengikuti Jampersal sehingga mereka tidak dapat mengikuti program ini. Adanya jaminan kesehatan lain yang diikuti oleh ibu menyebabkan 11,11% ibu menolak menggunakan Jampersal. Ibu yang menggunakan Jampersal memiliki akses geografis yang memudahkan mereka dalam memanfaatkan pelayanan Jampersal ini. Mayoritas ibu pengguna Jampersal (66,67%) bertempat tinggal di dekat tempat pelayanan kesehatan. Jarak rumah dengan tempat persalinan kurang dari 5 km). Sedangkan pada ibu nonJampersal (56,25%) jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan tergolong jauh yakni lebih dari 5 km. Alat transportasi yang dimiliki oleh mayoritas responden pada kedua kelompok pengguna Jampersal dan non Jampersal adalah sepeda motor. Sebagian besar ibu hamil yang sudah menggunakan Jampersal datang ke pelayanan antenatal cukup hanya dengan berjalan kaki (93,33%). Sedangkan pada kelompok ibu nonJampersal, sebanyak hanya 41,38% yang datang ke pelayanan antenatal dengan berjalan kaki. Waktu tempuh dari tempat tinggal menuju tempat pelayanan kesehatan pada kedua kelompok ini singkat yakni kurang dari 15

menit. Dengan kondisi tersebut, sebagian besar responden menyatakan tidak ada kesulitan secara geografis untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Secara umum akses geografis responden, baik Jampersal maupun non-Jampersal ke tempat pelayanan kesehatan sudah tergolong mudah. Perbedaan kemudahan akses geografis menuju tempat pelayanan kesehatan menyebabkan adanya perbedaan uang tambahan yang digunakan untuk transportasi. Karena dapat diakses dengan hanya berjalan kaki, sebagian besar ibu pengguna Jampersal tidak mengeluarkan uang untuk sampai di pelayanan antenatal dan post natal. Sedangkan sebagian besar ibu non-Jampersal mengeluarkan uang lebih dari Rp 5.000 untuk biaya transportasi mereka mengakses pelayanan kesehatan. Tambahan biaya untuk antenatal care masih dialami oleh kedua kelompok tersebut. Sebagian besar ibu, baik pengguna Jampersal maupun non-Jampersal masih mengeluarkan biaya lebih dari Rp 10.000 agar dapat memanfaatkan ANC. Sedangkan untuk biaya persalinan, sebagian besar ibu pengguna Jampersal tidak mengeluarkan uang dan ibu non-Jampersal mengeluarkan uang hingga lebih dari Rp 1.500.000. Untuk pemeriksaan nifas, sebagian besar ibu pengguna Jampersal tidak mengeluarkan biaya sedangkan ibu non-Jampersal mengeluarkan biaya antara Rp. 10.000 - Rp. 50.000. Mayoritas responden tidak memiliki aktivitas yang ditinggalkan untuk ke pelayanan kesehatan sehingga tidak ada biaya waktu yang dikeluarkan oleh responden. Responden menyatakan tidak ada kesulitan dari segi ekonomi untuk menjangkau pelayanan antenatal, tempat persalinan, dan pelayanan nifas. Secara umum akses ekonomi ibu hamil baik Jampersal maupun non-Jampersal adalah mudah namun ibu nifas non-Jampersal memiliki kesulitan secara ekonomi dalam menjangkau persalinan. Ibu yang tidak menggunakan Jampersal harus menyiapkan uang yang cukup banyak untuk persalinan. Sebagian besar responden menyatakan sikap petugas administrasi dan petugas pemberi pelayanan (antenatal, persalinan, post natal) kesehatan sudah baik. Tidak ada perbedaan dalam perlakuan terhadap antrian pelayanan pada kedua kelompok ibu. Sebagian besar pada kedua kelompok ibu menyatakan bahwa antrian pemeriksaan di pelayanan antenatal dan post natal ramai. Sebagian besar responden, baik pengguna Jampersal maupun non-Jampersal menyatakan tidak keberatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan secara sosial. Secara umum akses sosial pada kedua kelompok tersebut adalah mudah. Berdasarkan hasil penelitian, kunjungan ibu hamil pengguna Jampersal dan non-Jampersal dalam memanfaatkan pelayanan antenatal sudah tinggi. Kunjungan antenatal pada kedua kelompok ibu sudah memenuhi standar kunjungan antenatal. Namun ibu hamil pengguna Jampersal mendapatkan pelayanan 7T lebih lengkap dibandingkan dengan ibu non-Jampersal. Dalam hal imunisasi TT, ibu hamil (trimester 2 dan trimester 3) non-Jampersal mendapatkan imunisasi TT yang lebih sedikit dibandingkan ibu pengguna Jampersal. Pertolongan persalinan pada kedua kelompok tersebut juga sudah sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang ada. Persalinan normal pada kedua kelompok sudah ditolong oleh bidan dan persalinan tidak normal ditolong oleh dokter spesialis kandungan. Pada perawatan nifas, sebagian besar ibu nifas baik pengguna Jampersal maupun non-Jampersal memiliki tipe kebutuhan yang tinggi terhadap pelayanan post natal. Pemeriksaan bayi baru lahir dan imunisasi

Hepatitis B merupakan kebutuhan yang paling dibutuhkan pada kedua kelompok. Sebagian besar ibu nifas pada kedua kelompok juga mengungkapkan bahwa mereka membutuhkan konseling. Kebutuhan terhadap kunjungan bidan ke rumah tidak menjadi hal yang dibutuhkan oleh sebagian besar ibu nifas. Jenis pelayanan yang diterima ibu nifas Jampersal dan non-Jampersal relatif sama. Ekuitas horisontal pemberian pelayanan kesehatan kepada ibu pengguna Jampersal dan non-Jampersal di Kelurahan Dupak pada bulan Mei tahun 2012 adalah sebagai berikut.

Nilai perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan pada ibu pengguna Jampersal lebih kecil daripada ibu non-Jampersal. Ibu pengguna Jampersal mendapatkan ekuitas horizontal pelayanan yang lebih tinggi daripada ibu non-Jampersal. Prinsip ekuitas horizontal untuk adalah jika seseorang memiliki kebutuhan yang sama akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama pula. Ekuitas horizontal dalam penelitian ini dibedakan berdasarkan status jaminan dalam pembayaran. Status jaminan dibedakan menjadi ibu yang menggunakan Jampersal dan ibu yang tidak menggunakan Jampersal. Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang menggunakan Jampersal, kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan pada antenatal, persalinan, dan postnatal lebih terpenuhi secara adil daripada ibu yang tidak menggunakan Jampersal. Hal ini dapat disebabkan karena pelayanan yang diberikan pada Jampersal adalah sama untuk semua ibu dan dilakukan sesuai dengan program pelaksanaan Jampersal. Program Jampersal telah memiliki panduan baku dari Kementerian Kesehatan. Dalam panduan dijelaskan paket apa saja yang bisa diberikan kepada ibu hamil. Tenaga kesehatan wajib melakukan pemenuhan kebutuhan sesuai pedoman tersebut. Adanya pedoman yang mengatur apa saja yang harus diberikan selama antenatal dalam program Jampersal menjamin bahwa ibu hamil yang menggunakan Jampersal akan mendapatkan pelayanan yang sama dengan ibu hamil yang juga menggunakan Jampersal lainnya. Sementara ibu hamil dengan status jaminan non Jampersal ekuitas horizontalnya lebih rendah daripada ibu Jampersal. Hal ini karena tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan terdiri dari berbagai jenis. Dalam program Jampersal penyedia pelayanan kesehatan sudah ditentukan berdasarkan kontrak. Hal ini yang membuat pemberian pelayanan lebih seragam pada ibu Jampersal daripada ibu non Jampersal. Kemudahan akses kedua kelompok ini terhadap pelayanan kesehatan juga berbeda, kelompok ibu Jampersal memiliki akses yang lebih mudah daripada ibu non-Jampersal. Kemudahan akses terdiri dari kemudahan akses geografis, sosial, dan ekonomi. Pada ibu Jampersal, kemudahan akses ekonomi telah dijamin oleh pemerintah. Ibu hamil tidak perlu membayar uang sama sekali untuk memanfaatkan pelayanan antenatal yang berkualitas. Kondisi ini memberikan kemudahan akses ekonomi bagi ibu hamil Jampersal untuk memanfaatkan pelayanan antenatal. Prinsip ekuitas vertikal adalah saat seseorang dengan kebutuhan yang lebih maka orang tersebut akan mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan tersebut. Dalam penelitian ini, kebutuhan khusus yang ada dalam ekuitas vertikal diwakili oleh jenis persalinan yang berbeda.

Responden dengan persalinan normal maupun tidak normal mendapatkan ekuitas vertikal pelayanan yang sama. Kedua kelompok ibu dengan jenis persalinan yang berbeda pada penelitian ini telah mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan, perbedaan jenis persalinan tidak menunjukkan adanya perbedaan. Kedua kelompok memiliki akses yang mudah dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Kemudahan akses kedua kelompok ini baik secara geografis, ekonomi, maupun sosial. Penelitian ini juga memotret tentang perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan dengan status pembayaran ibu (Jampersal atau bukan Jampersal). Berikut adalah nilai perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan berdasarkan status jaminan dan tipe pemanfaatan.

Kelompok ibu pengguna Jampersal dengan ekuitas tinggi mendapatkan atau memanfaatkan pelayanan KIA paling banyak. Begitu juga pada kelompok ibu non-Jampersal dengan ekuitas rendah mendapatkan atau memanfaatkan pelayanan KIA paling sedikit. Hal ini dapat dipahami bahwa ekuitas terhadap pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi pemanfaatan ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Semakin tinggi ekuitas maka ibu akan semakin mampu untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Pemanfaatan ibu Jampersal dan non Jampersal sama-sama memiliki pemanfaatan yang tinggi. Namun ibu yang menggunakan Jampersal lebih sering memanfaatkan pelayanan daripada ibu non Jampersal. Jampersal dapat diartikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan oleh ibu hamil. Pemberian pelayanan kesehatan pada kelompok ibu pengguna Jampersal dan non Jampersal dapat dikatakan adil atau equity jika pelayanan yang diterima oleh kedua kelompok tersebut sama. Sebagian besar responden penelitian, baik Jampersal maupun non-Jampersal belum mendapat pemenuhan kebutuhannya secara sempurna. Ibu non-Jampersal cenderung lebih banyak mengalami pemenuhan kebutuhan yang kurang sempurna. Berdasarkan nilai perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan, ekuitas pemberian pelayanan tertinggi berada pada kelompok responden dengan karakteristik berstatus Jampersal, belum pernah paritas, usia kehamilan trimester II. Sedangkan ekuitas yang didapatkan responden berdasarkan jumlah penghasilan adalah sama. Berdasarkan hasil uji Chi-Square, variabel status jaminan dan pemanfaatan memiliki hubungan dengan variabel ekuitas. Hal ini berarti bahwa kelompok ibu pengguna Jampersal dengan ekuitas tinggi mendapatkan atau memanfaatkan pelayanan KIA paling banyak. Begitu juga pada kelompok ibu non-Jampersal dengan ekuitas rendah mendapatkan atau memanfaatkan pelayanan KIA paling sedikit. Ekuitas tinggi jika nilai perbandingan antara kebutuhan dan pemanfaatan memiliki selisih 0 atau 0,1 dengan 1. Ekuitas vertikal dalam pemberian pelayanan kesehatan adalah pemberian pelayanan yang sesuai dengan tingkat kebutuhan. Penelitian ini membandingkan dua kelompok yaitu ibu dengan persalinan normal dan tidak normal. Berdasarkan hasil penelitian, akses ibu pengguna Jampersal dan non-Jampersal untuk menjangkau persalinan adalah mudah secara geografis dan sosial. Namun, secara ekonomi ibu non-Jampersal mengalami kesulitan dalam

menjangkau tempat persalinan. Walaupun demikian, ibu non-Jampersal mendapatkan ekuitas pelayanan yang sama dengan ibu pengguna Jampersal.

SIMPULAN

Secara kuantitatif, terdapat perbedaan ekuitas antara ibu pengguna Jampersal dan nonJampersal berdasarkan status paritas, usia kehamilan, dan jenis persalinan. Namun secara uji statistik, tidak ada perbedaan ekuitas antara kedua kelompok berdasarkan karakteristik tersebut. Keikutsertaan dalam Jampersal mempertinggi ekuitas pemberian pelayanan kesehatan. Sedangkan ekuitas yang tinggi akan menyebabkan pemanfaatan atau pemberian pelayanan kesehatan yang tinggi pula. Jadi, dengan status Jampersal dan ekuitas yang paling tinggi, responden akan memanfaatkan atau mendapatkan pelayanan kesehatan yang paling banyak dan begitu juga sebaliknya. Puskesmas hendaknya lebih meningkatkan promosi program Jampersal kepada masyarakat agar dapat meningkatkan jumlah pengguna Jampersal. Selain faktor tenaga kesehatan, masyarakat merupakan kelompok yang memegang peran penting dalam tercapainya ekuitas. Pengetahuan tentang berbagai program kesehatan yang telah dicanangkan oleh pemerintah akan meningkatkan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan murah. Peneliti lain yang ingin meneliti ekuitas pemberian pelayanan pada ibu pengguna Jampersal dan non-Jampersal disarankan untuk meneliti ekuitas pada pemberian pelayanan pada ibu pengguna Jampersal dan non-Jampersal di pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta untuk membandingkan tingkat ekuitas pemberian pelayanan antara pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta.

16. EKUITAS TERHADAP AKSES PELAYANAN KESEHATAN: TEORI & APLIKASI DALAM PENELITIAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan komisi determinan sosial kesehatan (CSDH) pada bulan Maret 2005. Komisi ini diberikan mandat untuk mengumpulkan bukti apa yang dapat dilakukan untuk mempromosikan pemerataan kesehatan (health equity) dan mendorong gerakan global untuk mencapainya. Komisi ini berasal dari berbagai negara dan terdiri dari 20 komisioner yang diketuai oleh Michael Marmot. Beliau dikenal karena karya rintisannya pada dampak kesenjangan sosial dalam kesehatan di Inggris. Secara khusus, CSDH bertugas mengumpulkan, menyusun dan mensintesis bukti global pada determinan sosial kesehatan dan dampaknya terhadap ketidakadilan kesehatan dari berbagai negara dan membuat rekomendasi terhadap upaya dalam mengatasi ketidakmerataan kesehatan. Promosi kesehatan penduduk dan pemerataan kesehatan adalah target utama dari organisasi kesehatan Dunia (WHO).² Meningkatkan ekuitas dalam kesehatan tidak hanya mengurangi perbedaan status kesehatan yang ada antara negara berkembang dan negara maju, tetapi juga mengurangi kesenjangan antara kelompok dalam negara.³ Pengurangan kesenjangan dalam kesehatan merupakan salah satu tujuan utama dari kebijakan kesehatan masyarakat di Negara Eropa. Namun, pengukuran kesenjangan status kesehatan kurang dapat dieksplorasi di negara

berkembang sebab kurangnya data yang tersedia.^{4,5,6} Ekuitas dalam akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi oleh berbagai negara, khususnya di Asia Tenggara. Hingga saat ini inekuitas (inequity) kesehatan antar kelompok masyarakat masih tetap berlangsung. Hal ini disebabkan oleh masyarakat mempunyai kesempatan yang berbeda (unequal) akan akses pendidikan, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, program peningkatan ekuitas kesehatan harus mengarah kepada peningkatan ekuitas sumber daya layanan kesehatan yang ada.⁷ Beberapa studi empiris sebelumnya telah mengkaji ekuitas terhadap pelayanan kesehatan. Negara yang belum menerapkan sistem asuransi sosial, maka biaya layanan kesehatannya akan sangat berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan. Penelitian di Amerika mengungkapkan bahwa biaya pelayanan kesehatan menjadi hambatan para lansia untuk mengakses pelayanan kesehatan.⁸ Studi di Spanyol melaporkan bahwa individu yang tinggal di pedesaan lebih jarang mengakses pelayanan kesehatan spesialis dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan. Hal ini disebabkan karena terbatasnya sarana layanan kesehatan spesialis di pedesaan.⁹ Individu yang menetap di Itali Selatan lebih jarang mengakses pelayanan kesehatan dibandingkan dengan mereka yang tinggal di pusat Itali. Hal ini menunjukkan bahwa daerah tempat tinggal mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan.¹⁰ Adapun ekuitas pelayanan kesehatan di Indonesia belum merata di tiap wilayah. Studi yang dilakukan Nadjib di tiga belas propinsi menunjukkan bahwa probabilitas untuk akses pelayanan kesehatan terbukti berbeda antar wilayah yang dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan wilayah.¹¹ Selain itu, penelitian oleh Thabrany menunjukkan bahwa ada kaitan antara asuransi kesehatan dengan permintaan pelayanan kesehatan di berbagai wilayah Indonesia. Pegawai negeri yang memiliki asuransi kesehatan mempunyai akses ke pusat layanan kesehatan lebih baik 26% dibandingkan kelompok lain.¹² Kesenjangan yang terjadi akan berdampak kepada status kesehatan masyarakat. Literature review ini bertujuan membahas teori ekuitas akses pelayanan kesehatan dan aplikasinya dalam penelitian

METODE Literatur review ini merupakan studi pemetaan sistematis terkait ekuitas terhadap pelayanan kesehatan. Pencarian literatur dengan memasukkan kata kunci ke beberapa search engine seperti pubmed, NCBI, dan google scholar. Dilakukan dengan satu set lima pertanyaan penelitian, terdapat 60 studi, mulai 1999-2014, dievaluasi menggunakan kriteria inklusi berupa equity dalam akses pelayanan kesehatan

PEMBAHASAN Akses Pelayanan Kesehatan Menurut komite pengawasan akses pelayanan kesehatan Amerika, akses merupakan pemanfaatan layanan kesehatan tepat waktu untuk mencapai status kesehatan yang baik dan paling memungkinkan. Akses dapat diartikan sebagai layanan kesehatan tersedia kapan pun dan dimana pun diperlukan masyarakat. Teori yang populer digunakan oleh pakar ekonomi kesehatan untuk membahas tentang akses adalah teori akses.¹⁴ Teori ini secara komprehensif mengkaji tentang akses pelayanan kesehatan baik dari segi supply, demand dan kebijakan kesehatan.¹³

Teori Aday menggambarkan hubungan beberapa komponen yang saling mempengaruhi dapat dilihat pada Gambar 1.14

Akses sebagai alat ukur ekuitas pelayanan kesehatan dapat dilihat melalui: 1. Akses potensial indikator proses (potential access process indicators) dapat dilihat dari karakteristik populasi 2. Akses potensial indikator struktural (potential access structural indicators) dapat dilihat dari karakteristik sistem layanan kesehatan 3. Akses nyata indikator objektif (realized access objective indicators) dapat dilihat dari utilisasi pelayanan kesehatan 4 Akses nyata indikator subjektif (realized access subjective indicators) dapat dilihat dari utilisasi kepuasan konsumen 5. Secara keseluruhan, variabel-variabel tersebut dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan yang berasal dari keuangan dan organisasi

Konsep Ekuitas dalam Pelayanan Kesehatan

Penilaian kinerja sistem penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah dapat dilihat dari tiga indikator. Aspek tersebut terdiri dari efisiensi, efektifitas, dan ekuitas (equity). Ketiga indikator tersebut saling berhubungan dan tidak dapat berdiri sendiri. Menurut Nadjib (1999), upaya ke arah ekuitas dapat dilakukan dengan pendekatan teori akses, berupa akses potensial indikator proses (karakteristik, predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan populasi berisiko) dan akses potensial indikator struktural (karakteristik, ketersediaan, dan organisasi sistem layanan kesehatan) menjadi akses nyata melalui alokasi sumber daya yang mengacu pada kriteria: kebutuhan, geografi, dan sosial ekonomi.¹¹ Akses pelayanan kesehatan dikatakan ekuitas jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat, sebaliknya jika pelayanan kesehatan belum terdistribusi dengan baik menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat, dapat disebut sebagai akses pelayanan inekuitas.¹³ Definisi ekuitas kesehatan dalam literatur sangat beragam. Menurut Low., et al (2003), ekuitas kesehatan merupakan: (i). equality pengeluaran perkapita, (ii). Equality akses pelayanan kesehatan, (iii). Distribusi kebutuhan, (iv). Equality status kesehatan.¹⁵ Equity dalam kesehatan menurut WHO merupakan keadaan dimana setiap orang harus mendapatkan kesempatan yang adil akan kebutuhan kesehatannya sehingga dalam upaya memenuhi kebutuhan kesehatan tidak ada yang dirugikan, apabila faktor– faktor penghambat dapat dihindari. Berdasarkan definisi di atas, Whitehead menjelaskan bahwa tujuan kebijakan equity kesehatan tidak mengeliminasi seluruh perbedaan dalam bidang kesehatan sehingga setiap orang memiliki tingkat kesehatan yang sama, namun untuk mengurangi faktor–faktor yang menyebabkan terjadinya ketidakadilan dengan cara menciptakan kesempatan yang adil untuk memperoleh kesehatan. Equity dalam pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai berikut:¹⁵

a. Akses/kesempatan yang sama ke pelayanan kesehatan, hal ini berarti setiap individu memiliki hak yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan. Beberapa faktor penghambat seperti letak geografis, budaya, keuangan (tingkat

pendapatan yang rendah, mahal biaya transportasi dan tidak tersedianya asuransi kesehatan), sumber daya kesehatan yang tidak terdistribusi secara merata menyebabkan timbulnya ketidakadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan. b. Pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) yang sama untuk kebutuhan yang sama. Tingkat utilisasi yang berbeda pada suatu kelompok individu belum mencerminkan terjadinya ketidakadilan, karena harus diketahui terlebih dahulu penyebab terjadinya perbedaan utilisasi tersebut. c. Kualitas pelayanan kesehatan yang sama bagi seluruh masyarakat, yang berarti Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memiliki komitmen yang sama untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sesuai standar yang telah ditetapkan. Equity dalam pelayanan kesehatan memiliki 2 dimensi sebagai berikut:¹⁶ a. Keadilan horisontal (horizontal equity) merupakan prinsip perlakuan yang sama terhadap kondisi yang sama, yang terdiri dari: sumber daya/input/pengeluaran yang sama untuk kebutuhan yang sama, penggunaan (utilization) atau penerimaan (receipt) sama untuk kebutuhan yang sama, akses/kesempatan yang sama untuk kebutuhan yang sama dan kesamaan tingkat kesehatan. b. Keadilan vertikal (vertical equity) menekankan prinsip perlakuan berbeda untuk keadaan yang berbeda meliputi: perlakuan tidak sama untuk kebutuhan yang berbeda dan pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar (ability to pay). Penelitian dari Aday et al. (1999) melihat equity dalam 2 sisi, yaitu substantif dan prosedural. Equity substantif berarti mengurangi kesenjangan- kesenjangan yang terjadi dalam memenuhi kebutuhan kesehatan di suatu kelompok, sedangkan equity prosedural adalah suatu proses/prosedur yang dilaksanakan dan didistribusikan secara adil untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.¹⁷ Teori dari Wagstaff et al., (1986) menjelaskan bahwa equity dalam bidang kesehatan dapat dilihat dari 2 sisi, diantaranya equity dalam pelayanan kesehatan yaitu adanya kesamaan pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama, kesamaan akses, kesamaan tingkat kesehatan dan kesamaan tingkat pendapatan.¹⁸

Lesson learn Ekuitas terhadap Akses Pelayanan Kesehatan dari beberapa negara

Studi terkait ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan telah banyak dilakukan oleh berbagai negara. Berikut deskripsi ringkasan pada Tabel 1.

Tabel di atas menunjukkan penggunaan data sekunder umumnya digunakan peneliti untuk melihat ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan. Hasil temuan yang beragam menunjukkan bahwa masalah equity terhadap akses pelayanan kesehatan menjadi isu penting yang menggambarkan kesenjangan yang terjadi dalam mengakses pelayanan kesehatan. Perbedaan factor sosial ekonomi, asuransi kesehatan, kebutuhan kesehatan dan geografis mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. Masalah ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan terbesar dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Berdasarkan sisi penyedia dan geografi terdapat ketidakmerataan persebaran tenaga kesehatan. Selain itu, penyediaan

fasilitas kesehatan yang tersedia di sebagian wilayah Indonesia terutama di luar pulau Jawa dan Bali sangat terbatas. Ketidakmerataan fasilitas kesehatan juga terdapat di daerah yang bercirikan perkotaan dibandingkan dengan pedesaan. Perkotaan secara umum mempunyai fasilitas kesehatan lebih lengkap dibandingkan dengan pedesaan.^{24,25} Selain itu menurut Mukti (2009), distribusi fasilitas kesehatan tidak merata di beberapa provinsi di Indonesia, sebagai contoh hanya terdapat 1 puskesmas atau puskesmas pembantu (Pustu) untuk melayani masyarakat di beberapa desa dan berdampak pada tingginya biaya transportasi sehingga masyarakat kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan.²⁶ Masalah aksesibilitas pelayanan kesehatan masih menjadi kendala di banyak daerah terutama pedesaan, terpencil dan kepulauan, sehingga meluaskan distribusi tenaga kesehatan dan meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan termasuk mengatasi kendala jarak dan transportasi merupakan upaya yang masih harus dilanjutkan untuk memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan.^{27,28} Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan isu kesehatan yang menarik dan perlu menjadi prioritas dari berbagai pihak. Upaya perbaikan dari segi supply side dan demand side perlu terus diupayakan agar masalah ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan dapat teratasi. Dari sisi supply side, Dibutuhkan kebijakan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan pada kelompok dengan hambatan geografis. Distribusi sumber daya kesehatan ke daerah terkendala geografis perlu dikontrol dan di monitoring agar masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan berkualitas. Dari segi demand side, terutama mengacu pada kemampuan individu untuk membayar pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diatasi dengan menggunakan asuransi kesehatan. Kebijakan pemerintah diharapkan dapat menjamin masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa kendala biaya. Selain itu, penelitian terkait ekuitas terhadap pelayanan kesehatan perlu dikembangkan agar nantinya menjadi input perbaikan kebijakan kesehatan.

KESIMPULAN Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi oleh banyak negara di dunia. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Perbaikan dari segi kebijakan dan penelitian terkait perlu terus ditingkatkan.