



ANALISIS PERKEMBANGAN FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DAN FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN PADA TAHUN 2022

Alwi Safriadi Lubis¹, Dinda Sabrina², Netha Gloria Br Ginting³, Shofiah Amini Hutajulu⁴, Fitriani Pramita Gurning⁵

Univeristas Islam Negeri Sumatera Utara

alwiasafriadi@uinsu.ac.id, dindasabrina@uinsu.ac.id, nethagloria@uinsu.ac.id, shofiahamini@uinsu.ac.id, fitriani@uinsu.ac.id

Info Artikel :

Diterima : 2 Juli 2022

Disetujui : 9 Juli 2022

Dipublikasikan : 13 Juli 2022

ABSTRAK

Kata Kunci :
BPJS
Kesehatan,
Database
Riset,
Dataset
kohort, big
data
analytics.

Adanya sistem jaminan kesehatan nasional yang menerapkan adanya sistem rujukan berjenjang mengharuskan peserta BPJS untuk mendatangi puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebelum berobat ke rumah sakit. Sistem rujukan berjenjang dilakukan sebagai upaya penguatan pelayanan primer untuk penyelenggaraan kendali mutu dan biaya atau biasa dikenal dengan sistem managed care. Salah satu strateginya yaitu melakukan kerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan sebagai strategi pengendalian mutu dan biaya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perkembangan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rujukan Pendekatan kualitatif dilakukan untuk mengembangkan data base riset yang bersumber dari data yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan RI. Pengumpulan data dilakukan dengan pendekatan literature review, diskusi kelompok terarah dan identifikasi data yang dimiliki BPJS Kesehatan serta Kemenkes. Hasil dari penelitian ini yaitu ada tiga aspek penting yang perlu diperhatikan dalam pengembangan database penelitian, yaitu konsep big data analytics, keterwakilan sampel penelitian database dan pengelolaan data yang baik.

ABSTRACT

Keywords :
BPJS
Health,
Research
Database,
Dataset
cohort, big
data analytic.

The existence of a national health insurance system that implements a tiered referral system requires BPJS participants to visit the puskesmas as a First Level Health Facility (FKTP) before going to the hospital. The tiered referral system is carried out as an effort to strengthen primary services for the implementation of quality and cost control or commonly known as the managed care system. One of the strategies is to collaborate with various health facilities as a quality and cost control strategy. This study aims to analyze the development of first-level health facilities and referrals. A qualitative approach was carried out to develop a research data base sourced from data held by BPJS Kesehatan and the Indonesian Ministry of Health. Data collection was carried out using a literature review approach, focus group discussions and identification of data held by BPJS Health and the Ministry of Health. The results of this study are that there are three important aspects that need to be considered in the development of research databases, namely the concept of big data analytics, representativeness of the database research sample and good data management..

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu kebijakan untuk mendukung pelaksanaan program pembangunan sosial di Indonesia. Hal ini sesuai dengan amanat UUD 1945, dimana negara hadir melalui perlindungan sosial untuk

mewujudkan keadilan sosial. Salah satu faktor penentu keberhasilan program JKN adalah aspek partisipasi masyarakat.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 5 ayat (2) menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, dalam pasal 30 ayat (1) menyatakan fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri dari Pelayanan Kesehatan Perseorangan dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat, ayat (2) fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, tingkat dua dan tingkat ketiga. Upaya-upaya kesehatan, dalam hal ini upaya kesehatan perseorangan, diselenggarakan melalui upaya-upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, pemulihan dan paliatif yang ditujukan pada perseorangan, dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkesinambungan, dan di dukung sistem rujukan yang berfungsi secara mantap.

Pembangunan fasilitas kesehatan perlu mendapat perhatian khusus baik dari pemerintah maupun masyarakat dikarenakan pembangunan fasilitas merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat. Permasalahan utama Indonesia saat ini antara lain masih tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antara perkotaan dan perdesaan. Secara umum status kesehatan penduduk dengan tingkat sosial tinggi di kawasan barat Indonesia dan dikawasan perkotaan cenderung lebih baik, namun sebaliknya status kesehatan penduduk sosial ekonomi rendah dikawasan timur Indonesia dan daerah pedesaan tertinggal.

Pemerintah Indonesia telah berbagai upaya dilakukan untuk memberikan kemudahan kepada masyarakat bawah pada tahun 2008 lahir Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), pervelensi di totalkan jumlah Puskesmas di Indonesia sampai dengan Desember 2020 adalah 10.205 puskesmas, yang terdiri dari 4.119 Puskesmas rawat inap dan 6.086 Puskesmas non rawat inap. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2019 yaitu sebanyak 10.134, dengan jumlah Puskesmas rawat inap sebanyak 4.048 puskesmas dan Puskesmas non rawat inap 6.086 sebanyak puskesmas, prevelensi jumlah klinik pratama Pada tahun 2020, terdapat 11.347 klinik di Indonesia baik dimiliki oleh pemerintah maupun masyarakat, terdiri atas 10.238 klinik pratama dan 1.109 klinik utama, sedangkan prevelensi praktik mandiri dokter umum Pada tahun 2020, terdapat 4.704 praktik mandiri dokter umum dan 1.158 praktik mandiri dokter gigi yang bekerjasama dengan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan. Provinsi yang memiliki jumlah Dokter Praktik Mandiri dan Dokter Gigi Praktik Mandiri yang bekerjasama dengan BPJS paling banyak adalah Provinsi Jawa Tengah, yaitu 1.059 orang praktik mandiri dokter dan 303 praktik mandiri dokter gigi.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat target yang sangat optimis terkait kepesertaan, target ini mempengaruhi secara langsung kualitas dari program JKN, salah satunya adalah kondisi defisit yang saat ini terjadi. Perlu dilakukan kaligrasi ulang terhadap target Universal Health Coverage di Indonesia. Beberapa hambatan yang terjadi antara lain perbedaan pemahaman program, masalah kelembagaan dan pendanaan, inkonsistensi peserta dan data.

Adanya sistem jaminan kesehatan nasional yang menerapkan adanya sistem rujukan berjenjang mengharuskan peserta BPJS untuk mendatangi puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebelum berobat ke rumah sakit. Sistem rujukan berjenjang dilakukan sebagai upaya penguatan pelayanan primer untuk penyelenggaraan kendali mutu dan biaya atau biasa dikenal dengan sistem managed care.

Salahsatu strateginya yaitu melakukan kerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan sebagai strategi pengendalian mutu dan biaya.

Menurut peraturan BPJS syarat pasien dirujuk apabila puskesmas tidak dapat memberi pelayanan sesuai kebutuhan pasien karena adanya keterbatasan fasilitas, pelayanan, ketenagaan serta apabila diagnosis penyakit diluar 144 diagnosis yang dapat ditangani puskesmas. Standar jumlah rujukan pasien di FKTP berdasarkan ketetapan BPJS yaitu tidak lebih dari 15% dari total kunjungan pasien BPJS setiap bulannya. Hal ini dilakukan untuk menghindari peningkatatan biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung BPJS di FKRTL.

METODE PENELITIAN

Pendekatan kualitatif dilakukan untuk mengembangkan data base riset yang bersumber dari data yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan RI. Pengumpulan data dilakukan dengan pendekatan literature review, diskusi kelompok terarah dan identifikasi data yang dimiliki BPJS Kesehatan serta Kemenkes RI. Literatur review dengan katakunci “research database” dan “health insuran ceclaim” atau “national health insurance”, dilakukan dengan bantuan google scholar dan PubMed. Artikel yang menunjukkan tersedianya database riset yang bersumber dari klaim asuransi kesehatan dikumpulkan untuk melihat pola pengembangan database riset yang bersumber dari data jaminan kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

1. Pusat Kesehatan Masyarakat

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

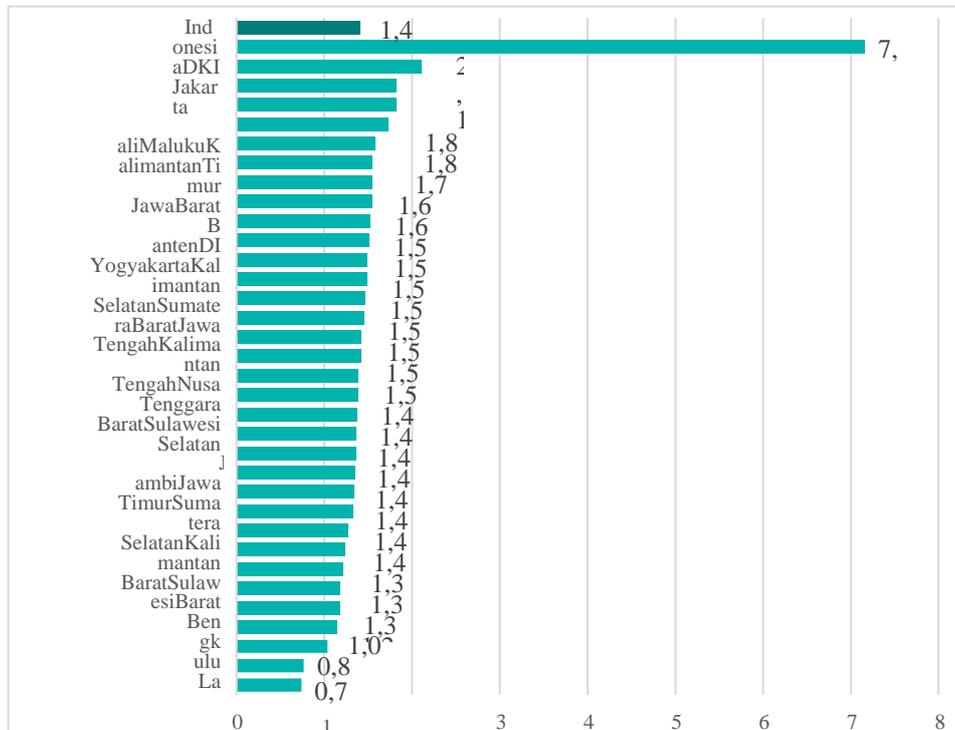
Total jumlah Puskesmas di Indonesia sampai dengan Desember 2020 adalah 10.205 puskesmas, yang terdiri dari 4.119 Puskesmas rawat inap dan 6.086 Puskesmas non rawat inap. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2019 yaitu sebanyak 10.134, dengan jumlah Puskesmas rawat inap sebanyak 4.048 puskesmas dan Puskesmas non rawat inap 6.086 sebanyak puskesmas.



Grafik 1 Jumlah Puskesmas di Indonesia

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2021

Perkembangan jumlah puskesmas sejak tahun 2016, jumlah Puskesmas semakin meningkat, dari 9.767 unit menjadi 10.230 Puskesmas pada tahun 2020. Peningkatan jumlah Puskesmas tersebut menggambarkan upaya pemerintah dalam pemenuhan akses terhadap pelayanan kesehatan primer. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan primer dapat dilihat secara umum dari rasio Puskesmas terhadap kecamatan.



Grafik 2 Rasio Puskesmas Perkecamatan

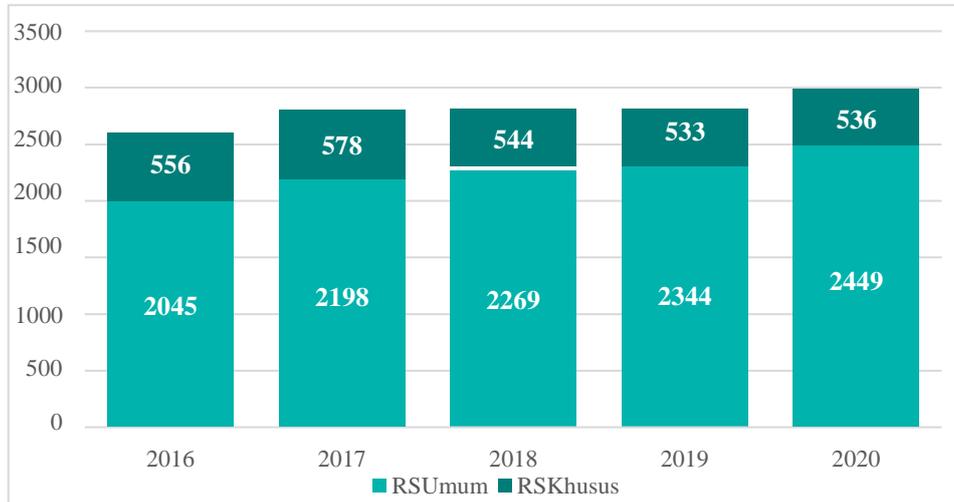
Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2021; Kementerian Dalam Negeri, 2020

Rasio Puskesmas per kecamatan tersebut dapat menggambarkan kondisi aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer. Selain ketersediaan minimal 1 Puskesmas di setiap kecamatan, aksesibilitas masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya kondisi geografis, luas wilayah, ketersediaan sarana dan prasarana dasar, sosial ekonomi dan kemajuan suatu daerah. Sebagai contoh, provinsi dengan rasio terendah di provinsi Papua Barat. Hal ini menggambarkan bahwa akses masyarakat di provinsi tersebut terhadap fasilitas pelayanan kesehatan primer masih belum ideal. Rasio di bawah 1 menunjukkan bahwa belum semua kecamatan memiliki puskesmas dan adanya kondisi geografis yang sulit dan rata-rata tingkat sosial ekonomi masyarakat yang rendah di daerah tersebut menunjukkan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan masih perlu ditingkatkan lagi.

2. Klinik Pratama

Klinik berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medik dan/ atau spesialistik. Pada tahun 2020, terdapat 11.347 klinik di Indonesia baik dimiliki oleh pemerintah maupun masyarakat, terdiri atas 10.238 klinik pratama dan 1.109 klinik utama. Provinsi dengan

mengalami peningkatan sebesar 12,86%. Pada tahun 2016 jumlah rumah sakit sebanyak 2.601 meningkat menjadi 2.985 pada tahun 2020. Jumlah rumah sakit di Indonesia sampai dengan tahun 2019 terdiri dari 2.344 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 533 Rumah Sakit Khusus (RSK). Perkembangan jumlah rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dalam lima tahun terakhir dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Grafik 5 Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum Dan Rumah Sakit Khusus Di Indonesia Tahun 2016– 2020

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2021

Tabel 1 Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum Berdasarkan Penyelenggaraan Di Indonesiatahun 2016– 2020

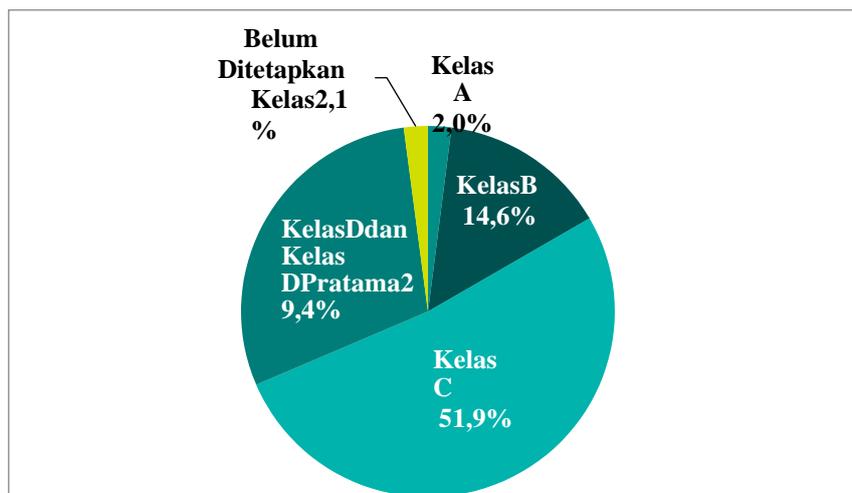
No Penyelenggara	2016	2017	2018	2019	2020
PEMERINTAH					
1 KementerianKesehatan	14	14	15	18	19
2 TNI/POLRI	161	164	158	159	160
3 KementerianLaindanBUMN	67	62	55	51	52
Total	242	240	228	228	231
1 PemerintahProvinsi	75	87	91	92	97
2 PemerintahKabupaten/Kota	564	585	614	640	676
Total	639	672	705	732	773
TotalKeseluruhan	2.04	2.19	2.26	2.344	2.44
	5	8	9		9

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI,2021

RS Umum terdiri dari 6 jenis RS berdasarkan penyelenggaranya diantaranya 3 jenis oleh pemerintah pusat (Kemenkes, TNI/POLRI, K/L, dan BUMN), 2 jenis oleh pemerintah daerah (Provinsi, Kabupaten/ Kota) dan RS Umum milik swasta.

2) Tipe Rumah Sakit

Rumah sakit dikelompokkan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, menjadi Kelas A, Kelas B, Kelas C, dan Kelas D. Jumlah rumah sakit (RS) di Indonesia menurut kelas terbanyak yaitu tipe C (1.550 RS) sebesar 51,9%, kemudian kelas D dan D Pratama (877 RS) sebesar 29,4%, kelas B (436 RS) sebesar 14,6%, dan kelas A (60 RS) sebesar 2,0%, sedangkan selebihnya sebesar 2,1% merupakan RS yang belum ditetapkan kelas (62 RS).



Gambar 1 Jumlah Rumah Sakit Menurut Kelas Tahun 2020

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2021

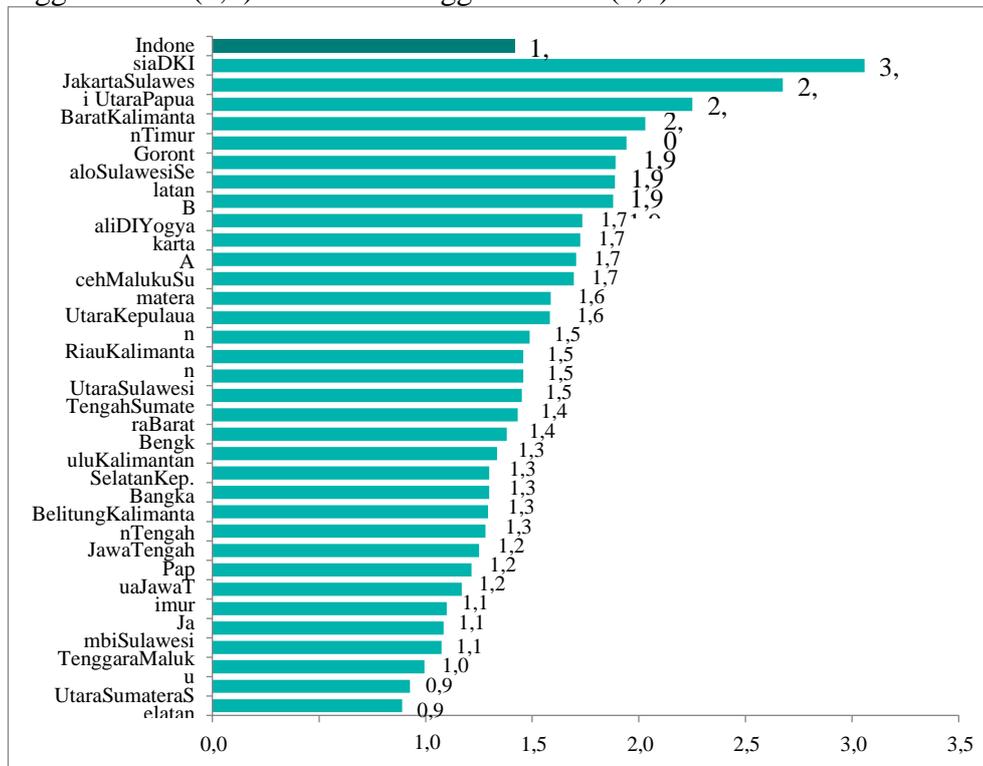
Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Pasal 3 mengatakan bahwa Rumah Sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, dan ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan limbah.

3) Rasio Tempat Tidur

Rumah Sakit Dalam standar WHO, standar terpenuhi atau tidaknya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan dan perorangan di suatu wilayah dapat dilihat dari rasio tempat tidur terhadap 1.000 penduduk. Standar WHO adalah 1 tempat tidur untuk 1.000 penduduk.

Rasio tempat tidur di rumah sakit di Indonesia sejak tahun 2015 hingga 2020 yaitu lebih dari 1 per 1.000 penduduk. Sehingga, Jumlah tempat tidur di Indonesia sudah tercukupi menurut WHO.

Secara nasional, rasio jumlah tempat tidur terhadap 1.000 penduduk di Indonesia pada tahun 2020 telah mencapai standar minimal dari WHO. Meskipun demikian, terdapat 3 provinsi yang rasio tempat tidurnya belum memenuhi standar WHO, yaitu Provinsi Nusa Tenggara Barat (0,9) dan Nusa Tenggara Timur (0,9).



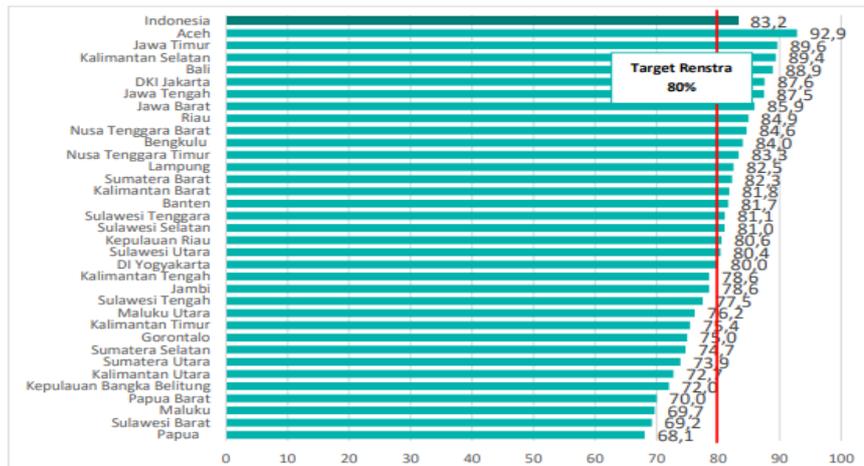
Grafik 6 Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit Per 1.000 Penduduk Di Indonesia Menurut Provinsi Tahun 2020

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2021

4) Akreditasi Rumah Sakit

Dalam RPJMN 2020-2024, salah satu sasaran yang ingin dicapai adalah pemerataan pelayanan kesehatan melalui peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Indikator sasaran strategis yang ingin dicapai adalah 100% RS terakreditasi pada tahun 2024. Pada tahun 2020, tercatat 2.985 rumah sakit di Indonesia, terdiri dari 2.449 rumah sakit umum dan 536 rumah sakit khusus. Sebanyak 1.058 rumah sakit adalah milik pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, TNI/POLRI dan sebanyak 1.927 rumah sakit milik swasta. Sebanyak 2.484 RS (83,2%) telah terakreditasi dengan distribusi 908 RS pemerintah (36,6%) dan 1.576 RS swasta (63,4%).

Berdasarkan tingkat akreditasi maka tingkat akreditasi perdana 26%, dasar 8,4%, madya 15,5%, utama 13,4%, paripurna 36,5%, dan hanya akreditasi internasional JCI sebanyak 0,2%. Persentase RS terakreditasi tertinggi adalah Provinsi Aceh sebesar 92,86% dan terendah di Provinsi Papua sebesar 68,09%. Capaian rumah sakit yang terakreditasi pada tahun 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2021

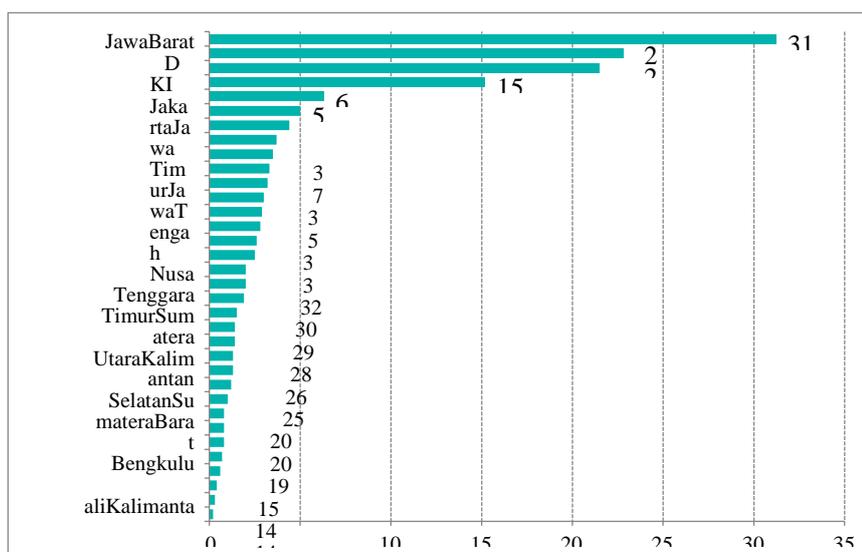
Grafik 7 Capaian rumah sakit yang terakreditasi pada tahun 2020

Fasilitas Kesehatan Penunjang

1. Laboratorium Kesehatan

Laboratorium kesehatan merupakan salah satu sarana penunjang dalam pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan. Laboratorium kesehatan diperlukan untuk memeriksa, menganalisa, menguraikan, dan mengidentifikasi bahan dalam penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, dan kondisi kesehatan tertentu.

Jumlah laboratorium kesehatan terbanyak dimiliki oleh swasta, yaitu sebanyak 1.275 laboratorium yang sudah terakreditasi 174. Kepemilikan laboratorium kesehatan terbanyak ke dua yaitu laboratorium pemerintah kabupaten/kota, yakni sebanyak 228 laboratorium, sudah terakreditasi sebanyak 137. Kepemilikan laboratorium kesehatan terbanyak ke tiga yaitu laboratorium milik pemerintah provinsi, yakni sebanyak 28 laboratorium. Laboratorium kesehatan yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan, dan menjadi pengampu dari laboratorium Kesehatan yang tersebar di Indonesia berdasarkan pembagian wilayah yaitu 4 laboratorium berupa Balai Besar Laboratorium.



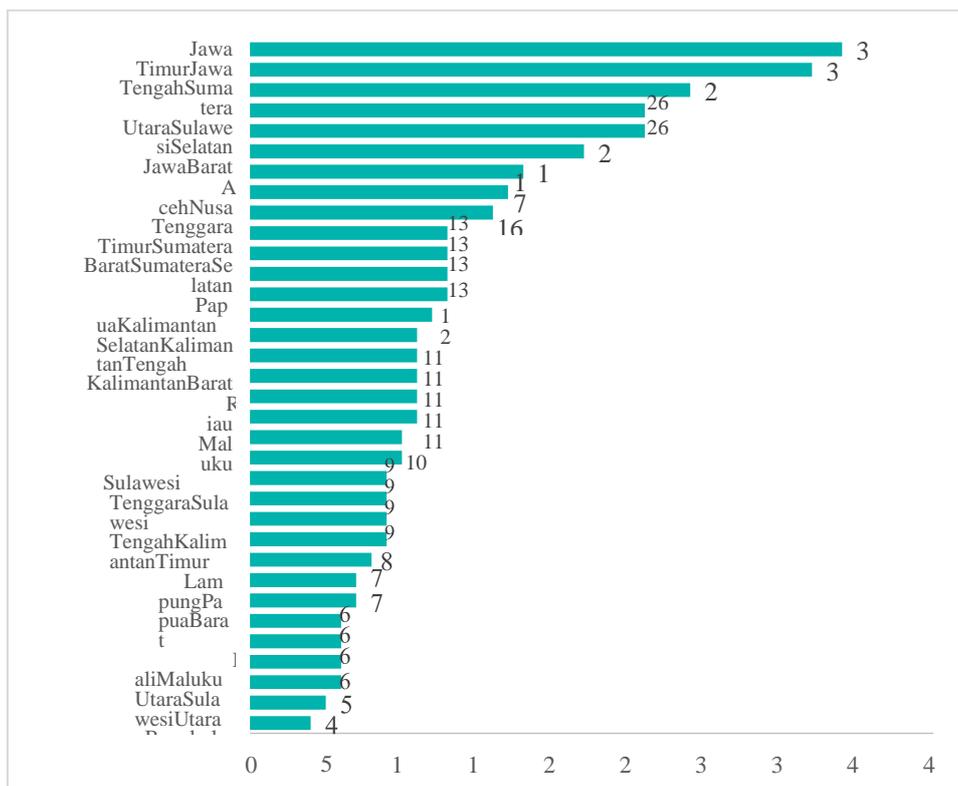
Grafik 8 Jumlah Laboratorium Kesehatan Menurut Provinsi Tahun 2020

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2021

2. Unit Transfusi Darah

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014, Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pendonor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah.

Pada tahun 2020, terdapat 460 UTD di Indonesia yang diselenggarakan hanya oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan Palang Merah Indonesia (PMI). Pada tahun 2020, provinsi dengan total jumlah UTD paling banyak yaitu Provinsi Jawa Timur (39 UTD) sedangkan provinsi dengan total jumlah UTD paling sedikit yaitu Provinsi Kalimantan Utara (4 UTD). Provinsi yang paling banyak memiliki UTD yang diselenggarakan oleh pemerintah/pemerintah daerah adalah Provinsi Sumatera Utara (21 UTD), sedangkan provinsi yang paling banyak memiliki UTD yang diselenggarakan oleh PMI adalah Provinsi Jawa Timur (37 UTD). Terdapat 2 provinsi yang tidak memiliki UTD yang diselenggarakan oleh pemerintah/pemerintah daerah, yaitu Provinsi Bali dan Banten, sedangkan UTD yang diselenggarakan oleh PMI dimiliki oleh semua provinsi di Indonesia minimal 1 UTD, yaitu Provinsi Maluku Utara, Jambi, dan Maluku.



Grafik 9 Jumlah Unit Transfusi Darah Menurut Provinsi Di Indonesia Tahun 2020

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2021

3. Sarana Kefarmasian Dan Alat Kesehatan

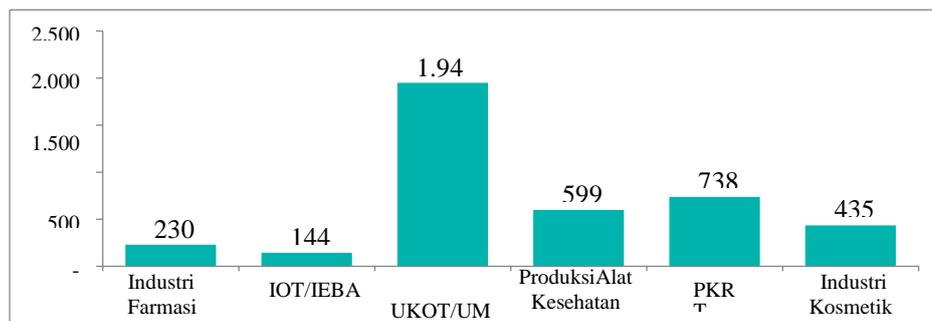
Cakupan sarana produksi bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan antara lain Industri Farmasi, Industri Obat Tradisional (IOT), Usaha Kecil Obat

Tradisional/Usaha Mikro Obat Tradisional (UKOT/UMOT), Produksi Alat Kesehatan (Alkes) dan Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), dan Industri Kosmetika.

Jika ditelaah, sarana produksi dan distribusi di Indonesia masih menunjukkan adanya ketimpangan dalam hal persebaran jumlah. Sebagian besar sarana produksi maupun distribusi berlokasi di Pulau Sumatera dan Jawa sebesar 94,5% sarana produksi dan 76% sarana distribusi. Ketersediaan ini terkait dengan sumber daya yang dimiliki dan kebutuhan pada wilayah setempat. Kondisi ini dapat dijadikan sebagai salah satu acuan dalam kebijakan untuk mengembangkan jumlah sarana produksi dan distribusi kefarmasian dan alat kesehatan di wilayah Indonesia lainnya, sehingga terjadi pemerataan jumlah sarana tersebut di seluruh Indonesia.

Selain itu, hal ini bertujuan untuk membuka akses keterjangkauan masyarakat terhadap sarana kesehatan di bidang kefarmasian dan alat kesehatan.

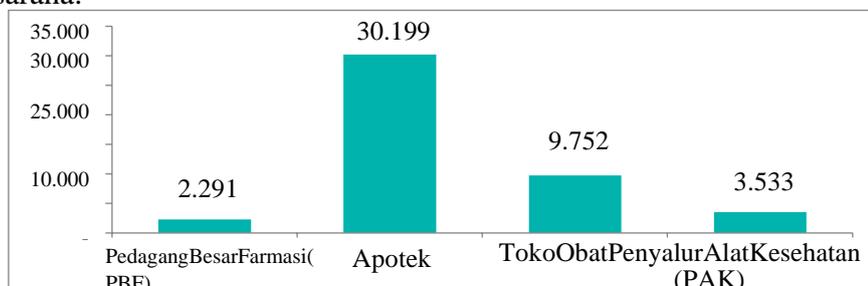
Pada tahun 2020 terdapat 4.095 sarana produksi kefarmasian dan alat kesehatan di Indonesia. Provinsi dengan jumlah sarana produksi terbanyak adalah Jawa Barat, yaitu sebanyak 1.148 sarana. Hal ini dapat disebabkan karena Jawa Barat memiliki populasi yang besar dan wilayah yang luas. Namun, terdapat 7 provinsi yang tidak memiliki sarana produksi kefarmasian dan alat kesehatan.



Grafik 10 Jumlah Sarana Produksi Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Di Indonesia Tahun 2020

Sumber: Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kemenkes RI, 2021

Sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan yang dipantau jumlahnya oleh Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain Pedagang Besar Farmasi (PBF), Apotek, Toko Obat, dan Penyalur Alat Kesehatan (PAK). Jumlah sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 45.775 sarana. Provinsi dengan jumlah sarana distribusi terbanyak adalah Jawa Barat, yaitu sebanyak 7.319 sarana.



Grafik 11 Jumlah Sarana Distribusi Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Di Indonesia Tahun 2020

Sumber: Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kemenkes RI, 2021

KESIMPULAN

Tujuan utama dari asuransi kesehatan adalah untuk meningkatkan kesejahteraan semua pihak yang tertanggung. Kelompok yang teridentifikasi lebih sedikit memanfaatkan asuransi berpotensi lebih rentan terhadap konsekuensi penyakit. Temuan ini dapat membantu pengembangan intervensi program untuk lebih meningkatkan pemanfaatan efektivitas JKN. Pengembangan intervensi kebijakan seperti pendidikan dan sosialisasi, seperti diperlukan untuk meningkatkan pemanfaatan asuransi terhadap tersebut. Permasalahan sumber daya yang muncul di antaranya itu disvaritas yang tinggi dalam jumlah dan ke dan sebaran tenaga kesehatan, Khususnya rasio dokter dengan peserta JKN yang menunjukkan dalam proses penempatan tenaga kesehatan kurang memperhatikan jumlah penduduk. rasio dokter dengan peserta yang tinggi berdampak pada waktu pelayanan yang semakin singkat selain jumlah dan sebar tenaga kesehatan, kualitas sumber daya juga masih sangat tidak Merata. Upaya peningkatan kapasitas sumber daya aparatur telah dilakukan menggunakan dan kapitalisasi, namun hasilnya masih belum maksimal terutama pada Puskesmas dengan dana kapitasi kecil.

DAFTAR PUSTAKA

- Salim, D. L. F. (2020). Aksesibilitas Pembiayaan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Lex Et Societatis*, 8(4).
- Sanjaya, G. Y., Hanifah, N., Prakosa, H. K., & Lazuardi, L. (2016). Integrasi Sistem Informasi: Akses Informasi Sumber Daya Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Rujukan. *SISFO Vol 6 No 1*, 6.
- Indrianingrum, I., & Handayani, O. W. K. (2017). Input Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kabupaten Jepara. *Public Health Perspective Journal*, 2(2).
- Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2020. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2021
- BPJS Kesehatan. Laporan Pengelolaan Program 2020 & Laporan Keuangan Tahun 2020 (Auditan).
- Salim, D. L. F. (2020). Aksesibilitas Pembiayaan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Lex Et Societatis*, 8(4).
- Sanjaya, G. Y., Hanifah, N., Prakosa, H. K., & Lazuardi, L. (2016). Integrasi Sistem Informasi: Akses Informasi Sumber Daya Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Rujukan. *SISFO Vol 6 No 1*, 6.
- Indrianingrum, I., & Handayani, O. W. K. (2017). Input Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kabupaten Jepara. *Public Health Perspective Journal*, 2(2).
- Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2020. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2021

BPJS Kesehatan. Laporan Pengelolaan Program 2020 & Laporan Keuangan Tahun 2020 (Auditan).

Ratnasari, D. 2017. Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya Analysis of The Implementation of Tiered Referral System for Participant of National Health Security at Primary Health Center X of Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 145–154.

Notoatmodjo.2003.Ilmu Kesehatan Masyarakat.Jakarta : PT Ramika Cipta.

DJSN. (2012). Peta Jalan JKN 2012-2019