LPEM FEB UI
UNIVERSITAS INDONESIA

LABOR MARKET BRIEF

EDISI #11 – MEI 2021

KELOMPOK KAJIAN PERLINDUNGAN SOSIAL DAN TENAGA KERJA

Muhammad Hanri, Ph.D.
hanri@lpem-feui.org

Nia Kurnia Sholihah, S.E.
nia.kurnia@lpem-feui.org

DAFTAR ISI

Capaian *Universal Health Coverage* – 1

Perkembangan Upah Harian Buruh – 6

UHC ditandai dengan layanan kesehatan yang dapat diterima oleh semua individu sesuai dengan kebutuhan tanpa mengalami kesulitan keuangan.

RINGKASAN

Pentingnya kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak menjadikan akses terhadap layanan kesehatan menjadi hal yang diperhatikan dan dijamin oleh pemerintah untuk masyarakat. Komitmen ini diwujudkan dalam upaya untuk mencapai *Universal Health Coverage* yang tidak hanya memperhatikan dari keterjangkauan secara fisik, tetapi juga keterjangkauan dari segi harga, peningkatan kualitas pelayanan, serta pemerataan. Indonesia sebagai salah satu negara yang juga menargetkan pencapaian UHC untuk masyarakatnya menunjukkan capaian yang cukup pesat dalam kurun waktu yang relatif singkat.

Capaian *Universal Health Coverage*

Konsep dan Tujuan UHC

Kesehatan menjadi salah satu kebutuhan hidup layak dan berkaitan erat dengan produktivitas tenaga kerja. Hal ini mendorong negara untuk menjamin akses dan kesempatan warga negara agar mendapat pelayanan kesehatan secara inklusif sehingga dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan pada akhirnya mampu mendorong pertumbuhan ekonomi negara tersebut. Untuk mewujudkan komitmen ini, negara berusaha untuk menjamin bahwa pelayanan terhadap akses kesehatan dapat diperoleh seluruh lapisan masyarakat.

Dalam upaya pencapaian tujuan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan tersebut, istilah *Universal Health Coverage* (UHC) atau Cakupan Kesehatan Semesta menjadi salah satu indikator yang berusaha untuk dipenuhi oleh pemerintah baik di negara maju maupun negara berkembang. UHC dapat diartikan bahwa semua individu dari berbagai lapisan masyarakat menerima layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan tanpa adanya kesulitan biaya. Hal ini meliputi berbagai dimensi layanan kesehatan, baik dari kualitas, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi, serta perawatan kesehatan. Selain itu, pelayanan kesehatan juga perlu didukung dengan sumber daya manusia di bidang kesehatan yang terampil, serta distrbusi layanan yang merata dan dapat dijangkau oleh masyarakat. Harapannya, dengan memastikan bahwa akses terhadap kesehatan yang dapat terjangkau baik dari jarak maupun biaya, upaya pemenuhan UHC akan meningkatkan kualitas hidup, angka harapan hidup, mengurangi angka kematian dan prevalensi penyakit.

Melihat pentingnya layanan kesehatan, diperlukan mekanisme agar biaya untuk mengakses kesehatan dapat terjamin sehingga menghindari risiko kerentanan keuangan

rumah tangga untuk membiayai kebutuhan kesehatan. Hal ini terutama untuk kelompok rumah tangga yang masuk dalam kategori miskin atau rentan yang cenderung menggunakan tabungan, menjual aset, mengakses pinjaman dari lembaga informal dengan biaya transaksi tinggi, maupun mengorbankan kepentingan lain (misalnya biaya pendidikan anak) untuk membiayai kebutuhan kesehatan terutama dalam kondisi darurat. Kondisi ini mendorong pemerintah untuk merancang skema jaminan sosial yang dapat mendorong terpenuhinya UHC.

Di sisi lain, pencapaian UHC juga menjadi salah satu indikator yang targetnya perlu dipenuhi dalam rangka mengadopsi komitmen pencapaian SDGs. Negara-negara yang mengupayakan pencapaian UHC akan melakukan perbaikan dalam berbagai segi penyediaan layanan kesehatan yang memungkinkan setiap masyarakat memperoleh akses terhadap kesehatan yang berkualitas. Dalam jangka panjang, hal ini juga akan bermanfaat dalam pemenuhan target SDGs lainnya seperti pengurangan kemiskinan dan peningkatan pendapatan karena adanya peningkatan kualitas sumber daya manusia. Secara fundamental, hal ini juga akan membantu pencapaian target pertumbuhan ekonomi.

Pengukuran UHC dan Capaian Negara-negara Dunia

Kategori untuk menghitung indeks UHC suatu negara adalah (i) kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan anak; (ii) penanganan penyakit menular; (iii) penanganan penyakit tidak menular; serta (iv) kapasitas dan akses layanan kesehatan.

Sebagai suatu indikator dengan target tertentu, WHO menetapkan standar pengukuran UHC melalui dua hal utama yang diselaraskan dengan pilar tujuan dalam SDGs, yaitu (i) proporsi populasi yang dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas dan esensial (SDG 3.8.1) serta (ii) proporsi penduduk yang menghabiskan sebagian besar pendapatan rumah tangga untuk kesehatan (SDG 3.8.2). Selain dari sisi perluasan cakupan UHC (misalnya untuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil), WHO bersama dengan Bank Dunia juga menekankan pada pentingnya UHC dalam meningkatkan kesetaraan dalam mengakses layanan kesehatan serta perlindungan finansial yang menyeluruh dalam mengakses layanan tersebut.

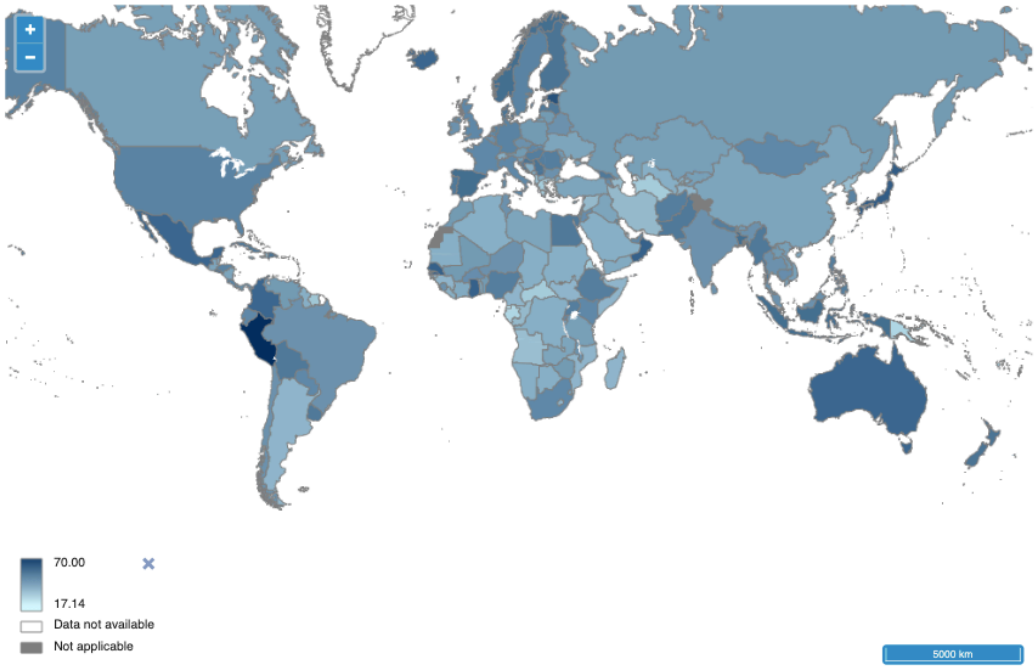
Tabel 1. Kategori dan Indikator Capaian Layanan Kesehatan Esensial

Kategori	Indikator			
Kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan anak	1.	Perencanaan keluarga	2.	Imunisasi anak lengkap
	3.	Perawatan sebelum kelahiran dan persalinan	4.	Perilaku *health seeking* untuk pneumonia
Penanganan penyakit menular	1.	Pengobatan tuberculosis	2.	Penggunaan kelambu berinsektisida dan pencegahan malaria
	3.	Pengobatan antiretroviral HIV	4.	Sanitasi yang memadai
Penanganan penyakit tidak menular	1.	Pencegahan dan pengobatan tekanan darah tinggi	2.	Pencegahan dan pengobatan glukosa darah yang meningkat
	3.	Skrining kanker serviks	4.	Non-perokok
Kapasitas dan akses layanan kesehatan	1.	Akses rumah sakit dasar	2.	Akses terhadap obat-obatan esensial
	3.	Kepadatan tenaga kesehatan	4.	Keamanan kesehatan; kepatuhan terhadap peraturan kesehatan internasional

Sumber: WHO

Untuk melihat pemerataan UHC di masing-masing negara, WHO menekankan pada capaian 4 kategori indikator dalam layanan kesehatan esensial. Keempat kategori tersebut meliputi (i) kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan anak; (ii) penanganan penyakit menular; (iii) penanganan penyakit tidak menular; serta (iv) kapasitas dan akses layanan kesehatan. Setiap negara dimungkinkan memiliki fokus dan urgensi yang berbeda satu sama lain dalam pencapaian indikator-indikator UHC, tetapi terdapat standar pengukuan tertentu yang diakui secara global sehingga dapat dibandigkan antarnegara.

Berdasarkan data terbaru dari WHO[1], indeks dari cakupan layanan kesehatan esensial yang menggambarkan UHC dari negara-negara dunia terangkum dalam Gambar 2. Pada periode 2013-2017, tercatat bahwa rata-rata indeks UHC negara-negara dunia adalah sebesar 40,41%. Angka tersebut tercatat masih cukup rendah dengan ketimpangan antar wilayah cukup tinggi. Tiga negara yang tercatat memiliki indeks UHC tertinggi adalah Peru (70%), Estonia (60%) dan Jepang (57,14%). Sedangkan tiga negara dengan indeks UHC terendah adalah Micronesia (Federated States of), Saint Lucia, dan Saint Vincent and the Grenadines dengan indeks UHC sebesar 17,14%. Berdasarkan basis data tersebut, Indonesia tercatat memiliki indeks sebesar 52,86%, lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata global.



Gambar 2. Indeks UHC Negara-Negara Dunia, 2013-2017

Sumber: WHO

[1] Data yang tersedia merupakan capaian selama 2013-2017.

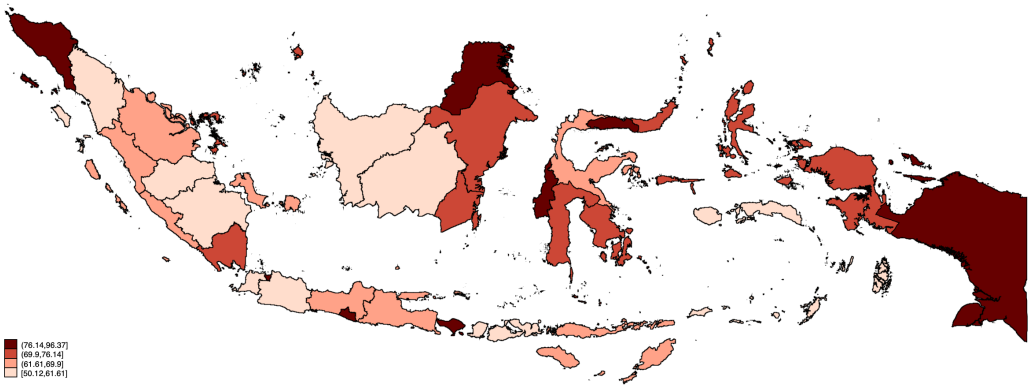
Capaian UHC Indonesia

Dalam rangka mendukung pencapaian UHC, Indonesia di bawah payung Program Jaminan kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) berusaha untuk memberikan jaminan bahwa layanan terhadap fasilitas kesehatan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Ditargetkan bahwa 98% dari penduduk Indonesia terlindungi dibawah program JKN-KIS. Pada tahun 2021, BPJS Kesehatan mencatat bahwa sebanyak 223,9 juta jiwa (82%) penduduk Indonesia bergabung dalam program tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa progress pencapaian cakupan kepesertaan JKN-KIS sudah cukup baik dan mengarah pada pemenuhan target yang ditentukan. Pencapaian ini dianggap cukup pesat karena dicapai dalam waktu yang relatif lebih singkat dibandingkan dengan negara-negara lain yang menerapkan sistem jaminan sosial.

Meskipun demikian, kepesertaan dalam JKN-KIS antardaerah di Indonesia cukup beragam di level provinsi. Berdasarkan Susenas 2020, tercatat bahwa provinsi dengan capaian JKN tertinggi adalah Provinsi Nangroe Aceh Darussalam (96,4%), DKI Jakarta (85,4%), Sulawesi Barat (85,1%), Papua (83,6%), dan Kalimantan Utara (81,4%). Di sisi lain, provinsi dengan kepesertaan JKN terendah tercatat adalah Provinsi Kalimantan Barat (59,8%), Jawa Barat (59,6%), Sumatera Selatan (59,5%), Sumatera Utara (59,1%), dan Jambi (50,1%).

BPJS Kesehatan pada tahun 2021 mencatat sebanyak 223,9 juta jiwa (82%) penduduk Indonesia telah bergabung dalam JKN-KIS.

Pencapaian UHC Indonesia ini tentu perlu diiringi dengan peningkatan kualitas baik sumber daya tenaga kesehatan maupun layanannya. Selain itu, pemanfaatan teknologi informasi juga dapat dimanfaatkan untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan yang memanfaatkan JKN-KIS, terutama untuk digitalisasi proses administrasi (proses rujukan, telekonsultasi, penagihan, verifikasi, dll). Dengan sistem rujukan yang diterapkan, juga dibutuhkan koordinasi yang baik kantar penyedia layanan kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang efektif dan dapat memberikan manfaat yang luas. Di samping itu, upaya peningkatan literasi publik mengenai JKN-KIS juga tidak kalah penting untuk dilakukan secara berkelanjutan.



Gambar 3. Kepesertaan JKN-KIS, 2020

Sumber: SUSENAS (2020)

Dampak Pandemi COVID-19 terhadap UHC

Pencapaian UHC di Indonesia yang cukup tinggi juga memberikan dampak pada perekonomian Indonesia. Studi oleh LPEM FEB UI (2021) menunjukkan bahwa pencapaian UHC meningkatkan angka harapan hidup dan produktivitas sehingga mempengaruhi output perekonomian secara makro dan pendapatan masyarakat. Meskipun demikian, pandemic COVID-19 pada tahun 2020 yang juga melanda Indonesia mempengaruhi dampak ekonomi yang ditimbulkan.

Di sisi lain, pandemi COVID-19 juga membawa dampak pada penyediaan layanan kesehatan maupun sistem layanan kesehatan pada umumnya, baik di negara maju maupun di negara berkembang. Hal ini juga menunjukkan bahwa struktur pembiayaan yang kuat menjadi hal yang penting dalam keterjangkauan akses kesehatan. Pada masa krisis, ketidakmampuan kelompok masyarakat miskin dan rentan dalam mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan cenderung mengarah pada kemungkinan untuk mengalami kesulitan keuangan yang dapat berpengaruh pada peningkatan angka kemiskinan, sehingga, pembiayaan kesehatan pada kelompok ini menjadi krusial. Pemerintah dari berbagai negara berupaya untuk mengatasi permasalah ini dengan mendanai dari sumber pendanaan wajib (misalnya pendapatan dari pajak) agar risiko krisis kesehatan dan keuangan di kelompok masyarakat miskin dan rentan dapat ditekan.

Selain dari sisi keberlangsungan pendanaan untuk menjamin akses kesehatan di masa pandemi, krisis kesehatan global akibat COVID-19 ini juga memberikan catatan mengenai pentingnya ketersediaan, pemerataan dan kapasitas petugas kesehatan serta perawatan. Hal ini sehubungan dengan pentingnya keberadaan tenaga kesehatan di masa pandemi dan pentingnya investasi serta pengelolaan sumbe dayanya. Selain itu, keberadaan fasilitas kesehatan primer serta peran aktif komunitas atau kelompok masyarakat juga menjadi kunci penting dalam meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan pada masa pandemi. Oleh karena itu, pentingnya penguatan peran fasilitas kesehatan di level primer dan edukasi di masyarakat juga menjadi hal penting dalam rangka penguatan UHC di masa pandemi selain investasi fisik seperti peningkatan kapasitas faskes, laboratorium, pemanfaatan teknologi, dll.

Perkembangan Upah Harian Buruh

Menutup kuartal pertama tahun 2021, BPS mencatat terjadi kenaikan rata-rata upah nominal harian buruh tani nasional sebesar 0,17% dibanding upah nominal buruh tani Februari 2021 (Rp56.373) dan naik sebesar 2,20% dibandingkan dengan upah nominal buruh tani pada tahun sebelumnya. Pola yang sama juga ditunjukkan rata-rata upah riil buruh tani pada Maret 2021 yang meningkat sebesar 0,06% dibandingkan dengan upah riil buruh tani Februari 2021 (Rp52.430) dan naik sebesar 0,48% dibandingkan Maret

2020. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan daya beli pendapatan buruh tani pada Maret 2021 dibandingkan dengan tahun dan bulan sebelumnya.

RATA-RATA UPAH HARIAN BURUH

	Maret 2020	Maret 2021	
Upah Nominal Harian Buruh Tani	55.254 rupiah/ hari	56.470 rupiah/ hari	▲ 2,20%
Upah Riil Harian Buruh Tani	52.212 rupiah/ hari	52.461 rupiah/ hari	▲ 0,48%
Upah Nominal Harian Buruh Bangunan	89.666 rupiah/ hari	90.971 rupiah/ hari	▲ 1,46%
Upah Riil Harian Buruh Bangunan	85.624 rupiah/ hari	85.699 rupiah/ hari	▲ 0,09%

Gambar 1. Rata-rata Upah Harian Buruh

Sumber: BPS (2021)

Kenaikan juga dialami oleh upah nominal harian buruh bangunan (tukang bukan mandor) Maret 2021 yang tercatat mengalami peningkatan sebesar 0,02% dibanding upah nominal harian buruh bangunan pada Februari 2021 (Rp90.9953) dan naik sebesar 1,46% dibandingkan pada tahun sebelumnya. Akan tetapi, rata-rata upah riil harian buruh bangunan pada Maret 2021 tercatat mengalami penurunan sebesar 0,06% dibandingkan Februari 2021 (Rp85.750). Di saat yang sama, rata-rata upah riil har 1 buruh bangunan mengalami kenaikan sebesar 0,09% dibandingkan dengan Maret 20__. Oleh karena itu, terlihat bahwa terjadi penurunan daya beli pendapatan buruh bangunan pada Maret 2021 dibandingkan bulan sebelumnya tetapi terjadi kenaikan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Referensi:

BPS. 2021. Berita Resmi Statistik, April 2021.

Herawati, Franzone, R., Chrisnahutama, A. 2020. Universal Health Coverage: Tracking Indonesia's Progress. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta.

LPEM FEB UI. 2021. Kajian Dampak Ekonomi Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Pertumbuhan Ekonomi Indonesia.

https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2021/1907/Indonesia-Sangat-Cepat-Mencapai-UHC-Dibanding-Negara-Anggota-ISSA

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/data-availability-for-uhc-index-of-essential-service-coverage-(-)