

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Status Wilayah dan Kepemilikan Jaminan Kesehatan Nasional (Kajian Susenas Tahun 2015)

Prisilya Prety R
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Papua; larc.chiel@gmail.com (koresponden)
Yulita Hendrartini
Universitas Gadjah Mada
Heni Wahyuni
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Changes in funding towards Universal Health Coverage (UHC) also have side risks such as inequitable availability of health facilities and health workers, as well as a lack of socialization on JKN policies. Indonesia's Health Profile in 2014 shows that there is still an imbalance in the utilization ratio of health services by region. This is due to the relatively small population, but has a large working area. The same thing is found in the aspects of health insurance membership. Injustice in accessing health services is a challenge faced to achieve equity in health services, where equity will occur if health services are distributed according to geography, socio-economy and community needs. Objective: To analyze the utilization of health services based on regional status and JKN ownership. Method: This research is a quantitative study that examines secondary data, namely Susenas in 2015, using a cross-sectional design. The unit of analysis in this study is the individual. This research uses descriptive, bivariate and multivariate analysis. The multivariate test uses a logistic regression test to determine the effect of regional status and ownership of health insurance on the utilization of health services. Results: Utilization of health services is mostly done by individuals in non-DTPK areas. A p value (0,000) indicates a relationship between the status of the area and the utilization of health services. Individuals in non-DTPK areas are more likely to utilize health services. Individuals who have private health insurance use more health services than those who JKN. There is a relationship between JKN ownership and health service utilization (p-value = 0,000). Individuals who have private health insurance, and who are more than one, are more likely to utilize health services. The control variables which include age, sex, education and occupation have a significant relationship with the utilization of health services. Conclusion: JKN ownership and territorial status are significantly related to the utilization of health services in Indonesia.

Keywords: utilization; health services; JKN; Susenas 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Perubahan pembiayaan menuju Universal Health Coverage (UHC) juga memiliki resiko sampingan seperti ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, serta kurangnya sosialisasi kebijakan JKN. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 menunjukkan masih adanya ketimpangan rasio pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan wilayah. Ini disebabkan oleh jumlah penduduk yang relatif sedikit, namun memiliki wilayah kerja yang luas. Hal yang sama ditemukan dalam aspek kepesertaan jaminan kesehatan. Ketidakadilan dalam akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi untuk mencapai ekuitas dalam pelayanan kesehatan, dimana ekuitas akan terjadi jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Tujuan: Menganalisis pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan status wilayah dan kepemilikan JKN. Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang mengkaji data sekunder yaitu Susenas tahun 2015, menggunakan rancangan cross-sectional. Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu. Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif, bivariat dan multivariat. Uji multivariat menggunakan uji regresi logistik untuk mengetahui pengaruh status wilayah dan kepemilikan jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hasil: Pemanfaatan pelayanan kesehatan lebih banyak dilakukan oleh individu yang berada di wilayah non-DTPK. Nilai p (0,000) menunjukkan adanya hubungan antara status wilayah dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Adapun individu pada wilayah non-DTPK lebih berpeluang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang JKN. Ada hubungan antara kepemilikan JKN dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (p-value=0,000). Individu yang memiliki jaminan

kesehatan swasta, dan yang lebih dari satu, lebih berpeluang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Adapun variabel kontrol yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kesimpulan: Kepemilikan JKN dan status wilayah berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kata kunci: pemanfaatan; pelayanan kesehatan; JKN; Susenas 2015

PENDAHULUAN

Dalam mewujudkan komitmen global pada tahun 2005, setiap negara diharuskan mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, oleh karena itu pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mencakup seluruh penduduk di Indonesia⁽¹⁾. Perubahan pembiayaan menuju *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan hal yang baik, namun juga memiliki dampak dan resiko sampingan seperti ketidakmerataan fasilitas kesehatan yang tersedia, tenaga kesehatan dan kurangnya sosialisasi kebijakan JKN menimbulkan masalah baru yakni ketidakadilan antara kelompok masyarakat⁽²⁾.

Rasio Puskesmas per 30.000 penduduk belum sepenuhnya menggambarkan kondisi yang sebenarnya mengenai aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar. Hal ini dikarenakan jumlah penduduk yang relatif sedikit namun memiliki wilayah kerja yang luas, selain itu laju pertumbuhan jumlah Puskesmas lebih rendah dibandingkan laju pertumbuhan jumlah penduduk⁽³⁾. Di sisi lain, aspek kepesertaan dalam asuransi kesehatan cukup penting karena memungkinkan masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat yang bermukim jauh dari fasilitas kesehatan yang memadai di daerah perkotaan⁽⁴⁾.

Di Indonesia, ekuitas pelayanan kesehatan belum merata di tiap wilayah. Studi yang dilakukan pada tiga belas provinsi menunjukkan bahwa probabilitas untuk akses pelayanan kesehatan terbukti berbeda antar wilayah karena dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan wilayah⁽⁵⁾. Ada kaitan antara asuransi kesehatan dengan permintaan pelayanan kesehatan di berbagai wilayah, dimana pegawai negeri yang memiliki asuransi kesehatan mempunyai akses yang lebih baik 26% ke pusat layanan kesehatan dibandingkan kelompok lain⁽⁶⁾.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang mengkaji data sekunder yaitu Susenas tahun 2015, menggunakan rancangan *cross-sectional*. Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu. Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif, bivariat dan multivariat. Uji multivariat menggunakan uji regresi logistik untuk mengetahui pengaruh status wilayah dan kepemilikan jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

HASIL

Analisis Deskriptif

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa individu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat jalan sebesar 55,27% dan individu yang melakukan rawat inap sebesar 7,16%. Kepemilikan JKN terbagi atas empat yakni yang sama sekali tidak memiliki jaminan kesehatan, JKN, Swasta dan yang memiliki lebih dari satu jaminan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, dalam hal ini yang tidak memiliki sebesar 60,53% sedangkan yang memiliki JKN sebesar 12,30%, Swasta sebesar 0,95% dan yang memiliki JKN dan Swasta sebesar 26,22%. Berdasarkan status wilayah, non-DTPK sebesar 81,94% dan wilayah DTPK sebesar 18,06%. Adapun gambaran karakteristik individu yaitu kebanyakan adalah perempuan (51,55%), usia lebih dari 25 tahun (61,13%), tergolong berpendidikan menengah-bawah (78,11%) dan kemungkinan tidak bekerja terhitung selama seminggu terakhir (55,18%)

Tabel 1. Analisis Deskriptif

No	Variabel	Frekuensi	%
1.	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		
	Rawat Jalan		
	- Ya	177.587	55,27
	- Tidak	143.733	44,73
	Total	321.320	100,0
	Rawat Inap		
- Ya	22.994	7,16	
- Tidak	298.326	92,84	
Total	321.320	100,00	
2.	Kepemilikan JKN		
	- Tidak memiliki	194.506	60,53
	- JKN	39.520	12,30
	- Swasta	3.043	0,95
	- Lebih dari satu	84.251	26,22
Total	321.320	100,0	
3.	Status Wilayah		
	- Non DTPK	263.300	81,94
	- DTPK	58.020	18,06
Total	320.321	100,0	
4	Umur		
	- ≤ 25 tahun	124.899	38,87
	- >25 tahun	196.421	61,13
Total	321.320	100,0	
5.	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	155.678	48,45
	- Perempuan	165.642	51,55
Total	320.321	100,0	
6.	Pendidikan		
	- Rendah	250.981	78,11
	- Tinggi	70.339	21,89
Total	320.321	100,0	
7.	Pekerjaan		
	- Bekerja	144.024	44,82
	- Tidak bekerja	177.296	55,18
Total	321.320	100,0	

Analisis Bivariat

Berdasarkan status wilayah (tabel 2) ada hubungan yang bermakna antara status wilayah dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Individu yang berada di wilayah non-DTPK lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap, dibandingkan dengan individu yang berada di wilayah DTPK.

Ada hubungan yang bermakna antara kepemilikan JKN dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan. Individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta lebih tinggi pemanfaatannya pada pelayanan rawat jalan dan individu yang terendah yakni pada individu yang tidak punya jaminan kesehatan. Pada pemanfaatan pelayanan rawat inap, tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan individu yang memiliki JKN. Diketahui bahwa individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta lebih banyak memanfaatkan pelayanan rawat inap dibandingkan dengan yang memiliki JKN atau bahkan yang memiliki lebih dari satu jaminan kesehatan.

Ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Kelompok umur >60 tahun lebih banyak dalam melakukan rawat jalan dan paling sedikit yakni pada kelompok umur 15-59 tahun. Umur juga memiliki hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan rawat inap dan kelompok umur yang lebih tinggi dalam memanfaatkan rawat inap yakni >60 tahun.

Jenis kelamin menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Diketahui bahwa perempuan lebih banyak melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan laki-laki.

Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Berdasarkan tingkat pendidikan, individu yang berlatar belakang pendidikan SMA sampai dengan Perguruan Tinggi lebih tinggi pemanfaatannya baik pada pelayanan rawat jalan maupun pada pelayanan rawat inap.

Pekerjaan juga memiliki hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Diketahui bahwa pemanfaatan pelayanan tertinggi yaitu pada individu yang tidak bekerja, baik rawat jalan maupun rawat inap.

Tabel 2. Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Terhadap Status Wilayah, Kepemilikan JKN dan Variabel Luar

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan									
	Rawat Jalan (%)		p-value	OR	95% CI	Rawat Inap (%)		p-value	OR	95% CI
	Ya	Tidak				Ya	Tidak			
Status Wilayah										
- Non-DTPK	83,12	80,85	0,000	1	0,84-0,87	85,31	81,86	0,000	1	0,74-0,80
- DTPK	16,88	19,15		0,85		14,69	18,14		0,77	
Kepemilikan JKN										
- Tidak Punya	59,60	61,68	0,000	1	1,05-1,10	59,21	60,64	0,253	1	0,98-1,06
- JKN	12,54	12,00		1,08		12,31	12,30		1,02	
- Swasta	1,07	0,79		1,39		1,42	0,91		1,59	
- Lebih dari 1	26,78	25,52		1,08		27,06	26,16		1,05	
Variabel Kontrol										
Umur										
- 0-14 tahun	32,29	26,20	0,000	1	0,67-0,69	21,13	30,22	0,000	1	1,39-1,49
- 15-59 tahun	51,33	60,55		0,68		55,82	55,42		1,44	
- >60 tahun	16,38	13,25		1,00		23,05	14,36		2,29	
Jenis Kelamin										
- Laki-laki	47,74	49,32	0,000	1	1,05-1,08	46,11	48,63	0,000	1	1,07-1,13
- Perempuan	52,26	50,68		1,06		53,89	51,37		1,10	
Pendidikan										
- SD-SMP	55,65	58,06	0,000	1	1,08-1,11	53,27	57,00	0,000	1	1,13-1,19
- SMA-PT	44,35	41,94		1,10		46,73	43,00		1,16	
Pekerjaan										
- Tdk bekerja	58,61	50,94	0,000	1	0,72-0,74	63,48	54,54	0,000	1	0,67-0,70
- Bekerja	41,39	49,06		0,73		36,52	45,46		0,69	

Ket: Signifikansi $p < 0,05$

Analisis Multivariat

Tabel 3 menunjukkan bahwa ada hubungan antara status wilayah DTPK dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Status wilayah dalam pemanfaatan pelayanan rawat jalan menunjukkan bahwa individu yang berada di wilayah DTPK memiliki peluang yang lebih kecil ($OR = 0,85$; $95\% CI = 0,83-0,86$) dalam memanfaatkan rawat jalan dibandingkan dengan individu yang berada di wilayah non-DTPK. Pelayanan rawat inap juga menunjukkan bahwa individu yang berada pada wilayah DTPK memiliki peluang yang lebih kecil ($OR = 0,80$; $95\% CI = 0,77-0,84$) dalam memanfaatkan rawat inap dibandingkan dengan individu yang berada pada wilayah non DTPK. Berdasarkan nilai koefisien, antara status wilayah DTPK dan pemanfaatan pelayanan kesehatan,

baik rawat jalan maupun rawat inap memiliki arah hubungan yang negatif. Nilai koefisien menunjukkan bahwa status wilayah DTPK memiliki jumlah kunjungan rawat jalan lebih rendah (Koef= -0,16) dibandingkan dengan status wilayah non-DTPK. Pada rawat inap, nilai koefisien juga menunjukkan bahwa status wilayah DTPK memiliki jumlah kunjungan rawat inap lebih rendah (Koef= -0,20) dibandingkan dengan status wilayah non-DTPK.

Tabel 3. Regresi Logistik Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan							
	Rawat Jalan				Rawat Inap			
	Coef	OR (95% CI)	SE	p-value	Coef	OR (95% CI)	SE	p-value
Status Wilayah								
-(0= Non-DTPK) -(1=DTPK)	-0,16	0,85 (0,83-0,86)	0,00	0,000	-0,20	0,81 (0,78-0,84)	0,01	0,000
Kepemilikan JKN								
-(0=Tdk pny) -(1=JKN)	0,08	1,08 (1,06-1,11)	0,01	0,000	0,29	1,02 (0,98-1,07)	0,02	0,176
-(2=Swasta)	0,33	1,40 (1,30-1,50)	0,05	0,000	0,47	1,60 (1,42-1,80)	0,05	0,000
-(3= >1 jamkes)	0,12	1,13 (1,11-1,14)	0,00	0,000	0,08	1,08 (1,05-1,11)	0,01	0,000
Umur								
-(0= 0-14 tahun) -(1=15-59 tahun)	-0,27	0,76 (0,74-0,77)	0,00	0,000	0,81	2,25 (2,16-2,34)	0,02	0,000
-(2= >60 tahun)	0,07	1,07 (1,05-1,10)	0,01	0,000	1,13	3,10 (2,97-3,23)	0,02	0,000
Jenis Kelamin								
-(0=Laki-laki) -(1=Perempuan)	0,04	1,04 (1,03-1,06)	0,00	0,000	-0,07	0,92 (0,89-0,95)	0,01	0,000
Pendidikan								
-(0=SD-SMP) -(1=SMA-PT)	0,09	1,09 (1,07-1,11)	0,00	0,000	0,18	1,20 (1,16-1,23)	0,01	0,000
Pekerjaan								
-(0=Tdk Bekerja) -(1=Bekerja)	-0,15	0,85 (0,83-0,86)	0,00	0,000	-0,71	0,48 (0,47-0,50)	0,01	0,000

p-value = 0,05

Berdasarkan kepemilikan JKN terdapat hubungan antara yang memiliki JKN, jaminan kesehatan swasta dan yang lebih dari satu jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan. Diketahui bahwa individu yang memiliki JKN berpeluang lebih besar ($OR=1,08$; $95\% CI=1,06-1,11$) dalam memanfaatkan rawat jalan dibandingkan dengan individu yang tidak punya jaminan kesehatan. Selain itu, individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta juga berpeluang lebih besar ($OR=1,40$; $95\% CI=1,30-1,50$) dibandingkan dengan yang tidak punya jaminan kesehatan, serta individu dengan lebih dari satu jaminan kesehatan yang juga berpeluang lebih besar ($OR=1,13$; $95\% CI=1,11-1,14$) dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat jalan dibandingkan dengan individu yang tidak punya jaminan kesehatan.

Tabel 3 juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara individu yang memiliki JKN ($OR=1,02$; $95\% CI=0,98-1,07$), individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta berpeluang lebih besar ($OR=1,60$; $95\% CI=1,42-1,80$) untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap dibandingkan dengan individu yang tidak punya jaminan kesehatan. Demikian pula dengan individu yang memiliki lebih dari satu jaminan kesehatan juga berpeluang lebih besar ($OR=1,08$; $95\% CI=1,05-1,11$) dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan rawat inap dibandingkan dengan individu yang tidak punya jaminan kesehatan.

Nilai koefisien antara kepemilikan JKN dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap menunjukkan arah hubungan yang positif. Berdasarkan nilai koefisien individu yang memiliki JKN (koef=0,08), individu yang memiliki jaminan kesehatan Swasta (koef= 0,33) dan individu dengan lebih dari satu jenis jaminan kesehatan (koef= 0,12) memiliki jumlah kunjungan rawat jalan lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak punya jaminan kesehatan. Selain itu, individu yang memiliki jaminan kesehatan Swasta (koef= 0,47) dan individu yang memiliki lebih dari satu jenis jaminan kesehatan (koef= 0,08), juga memiliki jumlah kunjungan yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak punya jaminan kesehatan.

Berdasarkan umur, diketahui bahwa dua dari tiga kelompok umur memiliki hubungan dengan

pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Individu dalam kelompok umur 15-59 tahun memiliki peluang lebih kecil ($OR= 0,76$; 95% $CI= 0,74-0,77$) dalam melakukan rawat jalan dibandingkan dengan kelompok umur 0-14 tahun, sedangkan individu dalam kelompok umur >60 tahun memiliki peluang yang besar ($OR= 1,07$; 95% $CI= 1,05-1,10$) dalam memanfaatkan rawat jalan dibandingkan dengan kelompok umur 0-14 tahun.

Tabel 3 juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara kelompok umur 15-59 tahun, dan kelompok umur >60 tahun terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat inap. Individu dalam kedua kelompok umur, baik 15-59 tahun ($OR= 2,25$; 95% $CI=2,16-2,34$) maupun >60 tahun ($OR=3,10$; 95% $CI= 2,97-3,23$) berpeluang lebih besar dalam memanfaatkan rawat inap dibandingkan dengan individu dalam kelompok umur 0-14 tahun.

Ada hubungan antara jenis kelamin dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Pada rawat jalan diketahui bahwa individu yang berjenis kelamin perempuan memiliki peluang yang lebih besar ($OR=1,04$; 95% $CI= 1,03-1,06$) dibandingkan dengan individu yang berjenis kelamin laki-laki. Sebaliknya pada rawat inap, individu yang berjenis kelamin perempuan memiliki peluang yang kecil ($OR= 0,92$; 95% $CI= 0,89-0,95$) dalam melakukan rawat inap dibandingkan laki-laki. Nilai koefisien menunjukkan bahwa antara pemanfaatan rawat jalan dan jenis kelamin memiliki arah hubungan yang positif, dimana individu yang berjenis kelamin perempuan memiliki jumlah kunjungan rawat jalan lebih tinggi (koef= 0,04) dibandingkan dengan individu yang berjenis kelamin laki-laki. Sebaliknya rawat inap memiliki arah hubungan yang negatif dengan jenis kelamin. Nilai koefisien menunjukkan bahwa individu yang berjenis kelamin laki-laki memiliki jumlah kunjungan rawat inap lebih tinggi (koef= -0,07) dibandingkan dengan individu yang berjenis kelamin perempuan.

Berdasarkan pendidikan diketahui bahwa ada hubungan antara individu yang berlatar pendidikan SMA-Perguruan Tinggi, terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Individu yang berlatar pendidikan SMA-Perguruan Tinggi memiliki peluang yang lebih besar dalam melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan ($OR= 1,09$; 95% $CI= 1,07-1,11$) maupun rawat inap ($OR= 1,20$; 95% $CI= 1,16-1,23$) dibandingkan dengan individu yang berlatar pendidikan SD-SMP. Nilai koefisien menunjukkan bahwa antara pendidikan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap memiliki arah hubungan yang positif. Berdasarkan nilai koefisien, individu yang berlatar pendidikan SMA-Perguruan Tinggi memiliki kunjungan yang tinggi dibandingkan dengan yang berlatar pendidikan SD-SMP, baik pada rawat jalan (koef=0,09) maupun pada rawat inap (koef= 0,08).

Dalam pekerjaan, diketahui bahwa ada hubungan antara individu yang bekerja dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Berdasarkan pekerjaan, individu yang bekerja memiliki peluang yang kecil dalam melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan baik rawat jalan ($OR= 0,85$; 95% $CI= 0,83-0,85$) maupun rawat inap ($OR= 0,48$; 95% $CI= 0,47-0,50$) dibandingkan dengan individu yang tidak bekerja. Nilai koefisien menunjukkan bahwa antara pekerjaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap memiliki arah hubungan yang negatif. Individu yang bekerja memiliki jumlah kunjungan baik rawat jalan (koef= -0,15) maupun rawat inap (koef= -0,71) lebih rendah dibandingkan dengan individu yang tidak bekerja.

PEMBAHASAN

Hubungan Status Wilayah Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara wilayah DTPK dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap, namun individu yang berada pada wilayah DTPK memiliki peluang yang kecil dalam melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap dibandingkan dengan yang individu yang berada di wilayah non-DTPK. Selain itu, wilayah dengan status DTPK memiliki jumlah kunjungan yang lebih kecil, baik rawat jalan maupun rawat inap dibandingkan dengan wilayah yang berstatus non-DTPK.

Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya perbedaan kualitas fasilitas kesehatan yang tersedia antara wilayah DTPK dan non-DTPK. Faktor pelayanan menjadi salah satu kendala bagi fasilitas yang berada di wilayah terpencil, peralatan yang kurang memadai dan bahkan ditemukan satu dari tiga puskesmas yang tidak aktif karena bangunan yang tidak layak pakai⁽⁷⁾. Selain itu kurangnya ketersediaan tenaga kesehatan bisa saja membuat masyarakat memilih alternatif lain seperti mengobati diri sendiri atau menempuh perjalanan lebih untuk mengakses fasilitas kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Hal ini akan berdampak juga pada keadaan sosio-ekonomi penduduk, tarif pelayanan yang tinggi berdampak pada pengeluaran biaya kesehatan, jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh membuat masyarakat memilih untuk mengobati diri sendiri atau bahkan mencari alternatif pengobatan lainnya, ini dikarenakan akses ke pemanfaatan pelayanan

kesehatan mempengaruhi biaya kesehatan yang dikeluarkan misalnya jika diagnosa yang menuntut berobat secara terus-menerus dan berbiaya besar maka akan memerlukan tidak hanya biaya, tetapi juga transportasi untuk mengakses pelayanan kesehatan⁽⁸⁾.

Fasilitas kesehatan menjadi bagian utama dalam peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, hal ini karena pada penelitian ini ditemukan FKTP yang mengalami kekurangan SDM Kesehatan dan masih ada distribusi yang tidak merata⁽⁹⁾.

Selain itu, geografis ditambah dengan kurangnya akses yang memadai untuk mencapai fasilitas kesehatan juga bisa saja menjadi salah satu kendala pada individu yang berada di wilayah DTPK, kergaman geografis membentuk ketidaksetaraan status kesehatan, ketersediaan fasilitas serta transportasi yang terbatas. Dalam penelitian yang sama juga diungkapkan bahwa aksesibilitas masyarakat di wilayah perkotaan lebih tinggi dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan termasuk jarak yang menjadi kendala bagi masyarakat di wilayah pedesaan⁽¹⁰⁾.

Adapun beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menghadapi keterjangkauan pelayanan kesehatan puskesmas di wilayah terpencil, perbatasan dan kepulauan yang masih rendah diperlukan peninjauan tentang keseimbangan massa kerja, beban kerja dan *reward* bagi tenaga kesehatan (PNS dan PTT), peningkatan jumlah logistik kesehatan dan fasilitas kesehatan lainnya seperti Puskesmas Pembantu (Pustu) serta ketersediaan alat transportasi yang efektif⁽¹¹⁾.

Hubungan Kepemilikan JKN Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepemilikan JKN, jaminan kesehatan Swasta dan yang lebih dari satu jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan. Individu yang memiliki ketiga jaminan kesehatan tersebut juga berpeluang lebih besar dalam melakukan rawat jalan. Pada rawat inap, ada hubungan yang bermakna antara individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta dan individu yang memiliki lebih dari satu jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan rawat inap. Pada rawat inap, individu yang memiliki JKN tidak memiliki hubungan terhadap pemanfaatan pelayanan rawat inap. Individu yang mempunyai jaminan kesehatan swasta dan lebih dari satu berpeluang lebih besar dalam rawat inap. Individu yang memiliki JKN, jaminan kesehatan swasta dan yang memiliki lebih dari satu jenis jaminan kesehatan memiliki jumlah kunjungan rawat jalan yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak punya dan dalam rawat inap, individu yang memiliki jaminan kesehatan Swasta dan individu yang memiliki lebih dari satu jenis jaminan kesehatan memiliki jumlah kunjungan yang lebih tinggi.

Program asuransi kesehatan mendorong dampak yang berbeda pada pemanfaatan pelayanan kesehatan dan meningkatkan probabilitas penggunaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat⁽¹²⁾. Kepemilikan asuransi kesehatan yang berbeda, memiliki hubungan yang erat terhadap pencarian perawatan kesehatan, terlihat bahwa ada perbedaan antara yang memiliki asuransi yang bersifat wajib NHIF (*National Health Insurance Fund*) dengan yang memiliki asuransi yang bersifat sukarela CHF (*Community Health Fund*), dimana NHIF lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan karena wilayah tempat tinggal yang dekat dengan fasilitas kesehatan dan memiliki pilihan penyedia kesehatan yang luas⁽¹³⁾.

Terjamin dalam asuransi kesehatan merupakan hal yang penting. Pasien dengan asuransi kesehatan mendapatkan keuntungan lebih dalam pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pasien yang tidak terjamin dalam asuransi kesehatan dan hal ini semakin diperkuat dengan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang memadai, dokter yang *well-trained* serta peran serta pemerintah khususnya dalam kontrak kerja dan jaminan karir. Selain terjamin dalam JKN, ada pula individu yang memiliki jaminan kesehatan swasta (*double health insurance coverage*)⁽¹⁴⁾.

Variabel Kontrol Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Ada hubungan antara kelompok umur 15-59 tahun dan kelompok umur >60 tahun terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kelompok umur 15-59 tahun memiliki jumlah kunjungan rawat jalan yang rendah, sedangkan kelompok umur >60 tahun memiliki jumlah kunjungan yang tinggi baik pada rawat jalan maupun rawat inap, rentang usia >45 tahun lebih mungkin untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dikarenakan gangguan kesehatan yang dialami pada umur tersebut lebih beragam⁽¹⁵⁾.

Individu berjenis kelamin perempuan memiliki jumlah kunjungan rawat jalan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, namun di sisi lain individu berjenis kelamin laki-laki memiliki jumlah kunjungan rawat inap yang lebih tinggi dibandingkan perempuan, hal ini dikarenakan perempuan lebih cenderung melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan terkait dengan kebutuhan reproduksi yang sifatnya berkelanjutan sehingga pemanfaatan secara berkala terus dilakukan⁽¹⁶⁾.

Pendidikan SMA-Perguruan tinggi memiliki hubungan signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap, individu dengan tingkat pendidikan tinggi banyak melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan, ini dikarenakan individu dengan pendidikan lebih memahami informasi terkait kebijakan pemerintah dalam peningkatan pelayanan pada fasilitas kesehatan⁽¹⁷⁾. Pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, status bekerja atau tidaknya seseorang bukanlah sebuah jaminan dalam menentukan pemilihan tempat pelayanan kesehatan yang tepat karena masih ada faktor lainnya seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pengaruh keluarga, budaya serta kemudahan dalam mengunjungi layanan kesehatan⁽¹⁸⁾.

KESIMPULAN

Kesimpulan

Status wilayah yang tergolong daerah DTPK menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh aksesibilitas, pemerataan fasilitas dan tenaga kesehatan serta jarak dan transportasi bagi masyarakat di wilayah DTPK.

Status kepemilikan JKN menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ini ditunjukkan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih banyak dipengaruhi oleh individu yang memiliki jaminan kesehatan. JKN sudah cukup baik dalam meng-cover penduduk Indonesia, namun dalam penggunaannya untuk individu yang memiliki lebih dari satu jaminan kesehatan dan jaminan kesehatan lebih besar dibandingkan yang memiliki JKN.

Variabel kontrol meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Baik umur, jenis kelamin, pendidikan maupun dan pekerjaan memiliki hubungan yang bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pada kelompok umur tertentu pemanfaatan pelayanan kesehatan akan sangat dibutuhkan karena adanya penyakit-penyakit tertentu. Kecenderungan perempuan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan karena perempuan lebih *concern* dan memiliki *willingness* yang lebih besar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Semakin baik pendidikan pun menunjukkan bahwa seseorang mempunyai pemahaman yang baik akan pentingnya pelayanan kesehatan. Selain itu, pekerjaan menunjukkan kemampuan seseorang secara finansial untuk mendapatkan layanan kesehatan dan tentu saja jaminan kesehatan untuk meng-cover seluruh penduduk Indonesia.

Saran

1. Bagi pemerintah, strategi kebijakan terkait dengan peningkatan ekuitas pelayanan kesehatan agar lebih mengarah pada peningkatan sumber daya layanan yang ada, dengan memperhatikan aspek wilayah secara geografis, sosial ekonomi serta kebutuhan masyarakat sehingga diharapkan kelak perbaikan yang dilakukan pemerintah mampu memobilisasi seluruh penduduk di berbagai wilayah di Indonesia.
2. Bagi peneliti selanjutnya penelitian dengan memanfaatkan data sekunder yang dalam hal ini data Susenas, menyediakan informasi yang baik namun terbatas, sehingga jika ingin menggali lebih dalam tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan bisa dengan memanfaatkan sumber data sekunder lainnya sebagai dukungan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Suharmiati, Handayani L, Kristiana L. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan di Kabupaten Sambas (Studi Kasus Puskesmas Sajingan Besar). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2012;15(3):223–231.
2. Baros W. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Indonesia Analisa Data Susenas- Modul Kesehatan Dan Perumahan Triwulan IV Tahun 2013. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2015;4(2): 73–78.
3. Saputra M, Marlinae L, Rahman F, Rosadi D. Program Jaminan Kesehatan Nasional dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015;11(1):32–42.
4. Nizar A, Nurdin AA, Kadir A, Thabrany H. Equity in Utilization of Inpatient for National Health Insurance (JKN) Program in Indonesia. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (ISJBAR)*. 2017;4531:58–74.
5. Mujiati, Yuniar Y. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia. *Media*

- Litbangkes. 2016;26(4):201–210.
6. Vidyattama Y, Miranti R, Resosudarmo BP. The Role of Health Insurance Membership in Health Service Utilisation in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. 2014;50(3):393–413. <https://doi.org/10.1080/00074918.2014.980380>
 7. Suharmiati, Handayani L, Kristiana L. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan di Kabupaten Sambas (Studi Kasus Puskesmas Sajingan Besar). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2012;15(3):223–231.
 8. Baros W. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Indonesia Analisa Data Susenas- Modul Kesehatan Dan Perumahan Triwulan IV Tahun 2013. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2015;4(2):73–78.
 9. Mujiati, Yuniar Y. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia. *Media Litbangkes*. 2016;26(4):201–210.
 10. Nizar A, Nurdin AA, Kadir A, Thabrany H. Equity in Utilization of Inpatient for National Health Insurance (JKN) Program in Indonesia. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (ISJBAR)*. 2017;4531:58–74.
 12. Vidyattama Y, Miranti R, Resosudarmo BP. The Role of Health Insurance Membership in Health Service Utilisation in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. 2014;50(3):393–413. <https://doi.org/10.1080/00074918.2014.980380>
 13. Chomi EN, Mujinja PGM, EnemarkU, Hansen K, Kiwara AD. Health Care Seeking Behaviour and Utilisation in A Multiple Health Insurance System: Does Insurance Affiliation MATter? *International Journal for Equity in Health*. 2014;13(25). doi:10.1186/1475-9276-13-25
 14. Wang Q, Zhang D, Hou Z. Insurance Coverage and Socioeconomic Differences in Patient Choice between Private and Public Health Care Providers in China. *Social Science & Medicine*. 2016;170:124–132. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.016>
 15. Kusuma R. Pengaruh Faktor Predisposing, Enabling dan Need Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Pada Puskesmas Di Kabupaten Tojo Una Una. Gadjah Mada University. 2016.
 16. Suprayogo D. Analisis Karakteristik Masyarakat Pemilik Asuransi Kesehatan Komersil dan Pemilik Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Di Pulau Jawa (Susenas 2011). Yogyakarta: Gadjah Mada University; 2013.
 17. Gong YX, Wang Y, Li Y, Qin G, Liu L, Lu Z. Social Determinants of Community Health Services Utilization Among The Users in China: A 4-year cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2014;9(5). doi:10.1371/journal.pone.0098095
 18. Rumengan DSS, Kandou JMLUGD. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat*. 2015;5(1):88–100.