



# Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Di Perkotaan Indonesia. Adilkah Bagi Masyarakat Miskin?

Achmad Djunawan\*

\*Health Policy and Management

## AIM / OBJECTIVE

Pemerintah bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, bermutu dan terjangkau untuk masyarakat, baik pelayanan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Pemerintah telah menetapkan peraturan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional adalah perlindungan kesehatan dari pemerintah kepada peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan<sup>(1)</sup>. Pelayanan kesehatan pada JKN diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014 tersebut mengikuti sistem rujukan berjenjang yang artinya peserta JKN tidak diperkenankan untuk menggunakan pelayanan tingkat lanjut tanpa adanya rujukan atau dalam keadaan gawat darurat<sup>(2)</sup>.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), penduduk miskin pada Maret 2017 menunjukkan jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai 27,77 juta jiwa (10,64%). Persentase penduduk miskin di daerah perkotaan pada Maret 2017 sebesar 10,67 juta jiwa<sup>(3)</sup>. Jumlah penduduk miskin di perkotaan masih tergolong besar sedangkan masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Masalah yang sering ditemui oleh masyarakat pemegang jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah adalah mendapatkan pelayanan yang kurang berkualitas dan mengalami diskriminasi<sup>(4)</sup>.

Ada hubungan yang kuat antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan pemilihan fasilitas dengan layanan atau provider pelayanan kesehatan<sup>(5)</sup>. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan pada awal pemberlakuan JKN adalah fasilitas kesehatan milik pemerintah. Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional maka idealnya penduduk miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan milik pemerintah dari pada pelayanan kesehatan milik swasta. Masyarakat tetap memilih puskesmas sebagai tempat berobat karena pertimbangan ekonomi dan faktor kedekatan lokasi dengan tempat tinggal mereka meskipun kualitas pelayan dapat dikatakan kurang<sup>(6)</sup>.

Peningkatan rumah sakit swasta, layanan pengobatan alternatif, klinik kebugaran dan kecantikan, serta layanan kesehatan berbasis swasta sangat mewarnai pelayanan kesehatan sekaligus mengubah perilaku warga dalam mendapatkan layanan kesehatan sesuai dengan harapan<sup>(7)</sup>. Masyarakat miskin perkotaan dengan jaminan kesehatan harusnya akan lebih memilih puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatannya meskipun terjadi peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan berbasis swasta.

Jaminan kesehatan seharusnya dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan layanan kesehatan bagi masyarakat khususnya penduduk miskin. Pada kenyataannya masih terdapat bukti bahwa jaminan kesehatan tidak meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan. Berdasarkan penelitian Husna dapat diketahui bahwa kepemilikan asuransi tidak meningkatkan pemanfaatan pelayanan puskesmas<sup>(8)</sup>. Selain itu, Meirina menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan sosial belum efektif dalam meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penyandang disabilitas berstatus miskin di Indonesia<sup>(9)</sup>. Masyarakat miskin merupakan penduduk rentan yang harusnya mendapat jaminan kesehatan dan menggunakan haknya di fasilitas yang ditunjuk. Perlu adanya kebijakan perluasan jaminan kesehatan untuk meningkatkan akses, memperluas kepesertaan, dan memberikan subsidi bagi penduduk miskin<sup>(10)</sup>. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh kepemilikan jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer di perkotaan Indonesia (analisis data IFLS 5).

## METHODS

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancang bangun *cross sectional study* menggunakan data IFLS 5. Peneliti telah mendapat *approval* dari komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Sampel dalam penelitian ini adalah penduduk usia 15 tahun keatas yang tinggal di perkotaan pada 13 provinsi di Indonesia berdasarkan keterangan sampling buku K seksi SC pertanyaan SC05. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah responden berumur 15 tahun keatas yang tinggal di perkotaan, memiliki gejala dan menggunakan pelayanan kesehatan primer dalam 4 minggu terakhir. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah responden yang menggunakan dua jenis pelayanan kesehatan primer yaitu pemerintah dan swasta dalam 4 minggu terakhir. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh penduduk miskin kota. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah jaminan kesehatan. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik.

Tabel Analisis Pengaruh Jaminan Kesehatan dan Status Ekonomi Terhadap Pemanfaatan pelayanan Kesehatan

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pemerintah n=897		Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Swasta n=1.666		p-value	OR (95% CI)
	n	%	N	%		
<b>Jaminan Kesehatan*</b>						
Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan	294	28,88	724	71,12	1	
Jaminan Kesehatan Perusahaan, Askes, Swasta	108	23,74	347	76,26	0,041	0,77 (0,59-0,99)
Jaminan Kesehatan Daerah	102	54,55	85	45,45	0,000	2,95 (2,15-4,06)
Jaminan Kesehatan Pemerintah Pusat	296	54,61	246	45,39	0,000	2,96 (2,38-3,68)
Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS)	97	26,87	264	73,13	0,467	0,90 (0,69-1,18)

Sumber : Hasil Olah Data IFLS 5  
Keterangan : \* signifikansi p<0,05

Tabel Stratifikasi Pengaruh Jaminan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Status Ekonomi

Kategori	*kuantil 1 n=350		*kuantil 2 n=467		*kuantil 3 n=533		*kuantil 4 n=590		*kuantil 5 n=623	
	OR	P Value								
Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan	1		1		1		1		1	
Jaminan Kesehatan Perusahaan, Askes, Swasta	1,08	0,868	0,73	0,456	1,16	0,621	0,68	0,116	0,92	0,744
Jaminan Kesehatan Daerah	2,04	0,024	3,17	0,001	3,66	0,000	1,24	0,556	5,08	0,000
Jaminan Kesehatan Pemerintah Pusat (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal)	3,25	0,000	2,23	0,000	3,29	0,000	2,03	0,012	2,95	0,000
Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS)	0,97	0,947	1,39	0,328	1,08	0,790	0,62	0,089	1,10	0,736

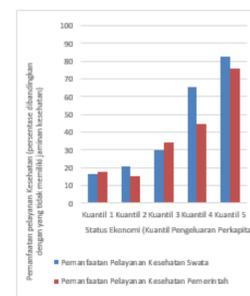
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5  
Keterangan: \*signifikansi p<0,05

## RESULTS

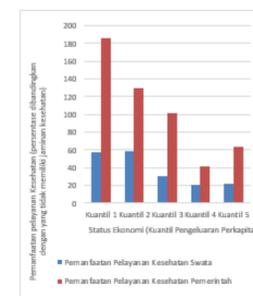
Jumlah keseluruhan responden pada IFLS 5 yang mengisi lengkap kuesioner buku 3A dan 3B sebesar 34.177, selanjutnya setelah diseleksi berdasarkan urban-rural didapatkan 20.244 responden yang tinggal di perkotaan. Setelah dilakukan pemilihan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi maka didapatkan besar sampel pada penelitian ini adalah 2.563 responden. Berdasarkan hasil analisis data dapat diketahui bahwa sebagian besar (65%) masyarakat di perkotaan menggunakan pelayanan kesehatan primer milik swasta, sedangkan sisanya menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah. Pengeluaran perkapita responden perkotaan sebagian besar pada kuantil 5 sebesar 24,31%. Sebagian besar responden tidak memiliki jaminan kesehatan 39,72%.

Berdasarkan hasil analisa regresi logistik dapat diketahui bahwa variabel jaminan kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Analisis regresi logistik dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan jaminan kesehatan berdasarkan stratifikasi status ekonomi. Responden pada status sangat miskin yang memiliki jaminan kesehatan BPJS lebih menggunakan pelayanan kesehatan swasta dibandingkan pelayanan kesehatan pemerintah.

Berdasarkan analisis data diketahui bahwa terjadi pola pemanfaatan pelayanan kesehatan yang meningkat berdasarkan peningkatan status ekonomi, artinya jaminan kesehatan perusahaan, askes, dan swasta merupakan upaya yang memberikan dampak paling banyak pada orang kaya atau *prorich*. Dapat diketahui bahwa jaminan kesehatan daerah juga banyak dimanfaatkan oleh masyarakat berstatus kaya. Terjadi pola pemanfaatan pelayanan kesehatan yang menurun berdasarkan peningkatan status ekonomi, artinya jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) merupakan upaya yang memberikan dampak paling banyak pada orang miskin atau *propoor*. Pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemilik jaminan BPJS meningkat berdasarkan peningkatan status ekonomi, artinya jaminan kesehatan BPJS merupakan upaya yang memberikan dampak paling banyak pada orang kaya atau *prorich*.



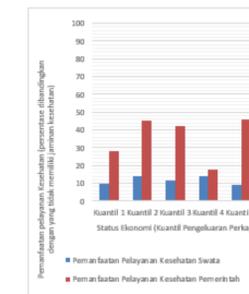
Gambar Dampak Jaminan Kesehatan Perusahaan, Askes, Swasta terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta  
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5



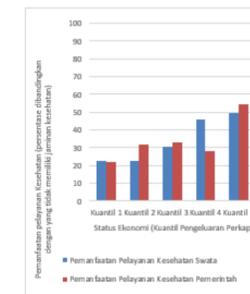
Gambar Dampak Jaminan Kesehatan Pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta  
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

## CONCLUSIONS

Jaminan kesehatan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer. Jaminan kesehatan daerah dan BPJS masih belum adil bagi masyarakat miskin perkotaan. Saran yang dapat diberikan peneliti terkait pengaruh jaminan kesehatan beserta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan primer di perkotaan Indonesia yaitu menyusun kebijakan untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan milik pemerintah sebagai fasilitas kesehatan *propoor* melalui upaya peningkatan kualitas pelayanan dan pengurangan waktu tunggu. Meningkatkan cakupan jaminan kesehatan ke seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin disertai pembagian manfaat berdasarkan status ekonomi atau kepesertaan untuk mencapai keadilan.



Gambar Dampak Jaminan Kesehatan Daerah terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta  
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5



Gambar Dampak Jaminan Kesehatan BPJS terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta  
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

## BIBLIOGRAPHY

1. Perpres. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2013.
2. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Jakarta; 2013.
3. Badan Pusat Statistik. Persentase Penduduk Miskin Indonesia. 2017.
4. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social health insurance for the poor : Targeting and impact of Indonesia ' s Askeskin programme. Soc Sci Med. 2013;96:264-71.
5. Wang Q, Zhang D, Hou Z. Insurance Coverage and Socioeconomic Differences in Patient Choice Between Private and Public Health Care Providers in China. Soc Sci Med. 2016;170:124-32.
6. Uchendu OC, Ilesanmi OS, Olumide AE, Centre FM, State O. Factor Influencing The Choice of Health Care Providing Facility Among Workers in A Local Government Secretariat in South Western Nigeria. 2013;11(2):87-95.
7. Adebayo AM, Asuzu MC. Utilization of a community based health facility in low income urban community in Ibadan, Nigeria. African J Prim Heal Care Fam Med. 2015;7(1):1-8.
8. Husna A. Pemanfaatan Puskesmas oleh Penduduk Miskin di Kota-Kota Besar Indonesia (Analisis Data IFLS 2014). Universitas Gadjah Mada; 2017.
9. Merlina I. KepemilikanAsuransi Kesehatan Sosial dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Penyandang Disabilitas (Analisis Data IFLS 5). Universitas Gadjah Mada; 2017.
10. Hidayat B, Thabrany H, Dong H, Sauerborn R. The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. Heal Policy Planin. 2004;19(5):322-35.
11. BPS. Profil dan Analisis Nasional. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2013.
12. Soembo B. Pandangan Masyarakat Miskin Perkotaan Mengenai Kesejahteraan Sosial. journal.unair.ac.id. 2007;1-13.
13. BPS. Pertumbuhan dan Persebaran Indonesia; Hasil Sensus Penduduk 2010. Jakarta-Indonesia: Badan Pusat Statistik; 2010.
14. Strauss J, Witoelar F, Sikoki B. The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey : Overview and Field Report (Volume 1). 2016. (WR-1143/1-NIA/NICHDI).
15. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Meml Fund Q Heal Soc. 1973;51(1):95-124.
16. Miller RL, Brewer JD. The A-Z of Social Research. London: SAGE Publications Inc; 2003.
17. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler L. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-income Countries : A Systematic Review. Plos Med. 2012;9(6).
18. Rolindrwan D. The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility. Soc Behav Sci. 2015;211(Sepember):550-9.
19. Intiasari AD. Kebijakan Single Pooling dan Keadilan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. Universitas Gadjah Mada; 2017.
20. Fenry AP, Yates R, Thompson R. Social health insurance schemes in Africa leave out the poor. Int Health. 2018;10(April):1-3.
21. Castel P. Health insurance Use of health care services by the poor efficiency and equity issues in the province of Kon Tum. 2009; 22. Craveiro I, Ferrinho P, Sousa B De, Goncalves L. Healthcare access and the patterns of maternal health care utilization among poor and non-poor women living in urban areas in Portugal. J Heal. 2013;5(12):1954-64.
23. Castiglione D, Lovasi GS, Carvalho MS. Perceptions and Uses of Public and Private Health Care in a Brazilian Favela. Qual Health Res. 2017;1-14.
24. Karan A, Yip W, Mahal A. Social Science & Medicine Extending health insurance to the poor in India : An impact evaluation of Rashtriya Swasthya Bima Yojana on out of pocket spending for healthcare. Soc Sci Med. 2017;181:83-92.
25. Waters HR. Measuring equity in access to health care. Soc Sci Med. 2000;(51):599-612.
26. World Bank. World Development Report: Investing in health 1993. New York: Oxford University Press for the World Bank; 1993.