

## AKSESIBILITAS TERHADAP UTILISASI FASILITAS LAYANAN KESEHATAN DASAR DI PROVINSI PAPUA (RISKESDAS 2013)

ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE CENTER FACILITY  
IN PROVINCE OF PAPUA  
(Riskesdas 2013)

Efraim Mudumi<sup>1</sup>, Mubasysyir Hasanbasri<sup>1</sup>, Lutfan Lazuardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

<sup>2</sup>Sistem Informasi Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

Penulis korespondensi: Efraim Mudumi, Departemen Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta, 55281

### ABSTRACT

**Background:** Access to basic health services is a human right in the health sector achieve social justice for all Indonesian people. Access to health care facilities in Papua remains a real challenge for the government, especially if it is associated with the goal to improve the health status, reduce morbidity and mortality. The difficulty of access to health facilities led to disparities in health status between regions in Indonesia.

**Objective:** Analysis patterns utilization of health facilities and the factors that access barriers to health centers in the province of Papua.

**Methods:** Analysis of secondary data comes from a survey of basic health research in 2013 with the kind of cross-sectional studies.

**Results:** Of the 4562 respondents as many as 3152 (69,09%) utilize health centers. Probability better utilization of health centers on the rich than the poor (OR = 4,17, 95% CI = 3,23-5,38). Participants private health insurance and social security are more likely to utilize health centers (OR = 5,87, 95% CI = 2,82-12,23). Living in the urban area increasing the utilization of health centers compared with rural area (OR = 1,24, 95% CI = 0,98-1,56). Probability health centers utilization in swampland better than others (OR = 2,17, 95% CI = 1,36-3,45). Time travel less than 30 minutes are more likely to utilize health centers compared with a travel time more than 30 minutes (OR = 1,28, CI = 1,14-2,17). Motor vehicles are more likely to utilize health centers (OR = 3,00, CI = 2,36 to 3,81). Transportation costs of more than IDR100.000 is more likely to take advantage of health center (OR = 2,59, 95% CI = 1,59-4,2).

**Conclusion:** The availability of health facilities, travel time, transport costs and the availability of transportation still be barriers of accessibility. Utilization patterns varied types of basic health facilities, primary health centers are the types of facilities that the most widely used. There is inequity between the poor and rich in the utilization of basic health services.

**Keywords:** accessibility, demand side, utilization, inequity, health centers, Papua

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Akses ke fasilitas layanan kesehatan dasar merupakan hak asasi manusia dalam mewujudkan keadilan sosial di sektor kesehatan bagi semua warga negara Indonesia. Akses ke fasilitas layanan kesehatan di Papua masih menjadi tantangan yang nyata bagi pemerintah terutama jika dikaitkan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan, menurunkan angka kesakitan dan kematian. Sulitnya akses terhadap fasilitas kesehatan menyebabkan disparitas status kesehatan antar wilayah di Indonesia.

**Tujuan:** Analisis pola utilisasi fasilitas kesehatan dan faktor-faktor yang menghambat aksesibilitas ke puskesmas di Provinsi Papua.

**Metode:** Analisis data sekunder yang berasal dari survei riset kesehatan dasar tahun 2013 dengan jenis studi *cross-sectional*.

**Hasil:** Dari 4562 responden sebanyak 3152 (69,09%) memanfaatkan puskesmas. Probabilitas utilisasi puskesmas lebih baik pada orang kaya dibandingkan orang miskin (OR = 4,17 95%, CI = 3,23-5,38). Peserta askes swasta dan jamsostek lebih berpeluang memanfaatkan puskesmas (OR = 5,87, 95% CI = 2,82-12,23). Tinggal di kota meningkatkan utilisasi puskesmas dibandingkan di desa (OR = 1,24, 95% CI = 0,98-1,56). Probabilitas utilisasi puskesmas di daerah rawa lebih baik dari dataran lainnya (OR = 2,17, 95% CI = 1,36-3,45). Waktu tempuh kurang dari 30 menit lebih mungkin memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan waktu tempuh lebih 30 menit (OR = 1,28, CI = 1,14-2,17). Kendaraan bermotor lebih berpeluang memanfaatkan puskesmas (OR = 3,00, CI = 2,36-3,81). Biaya transportasi lebih dari Rp100.000 lebih berpeluang memanfaatkan Puskesmas (OR = 2,59, 95% CI = 1,59-4,2).

**Kesimpulan:** Ketersediaan Fasilitas Kesehatan, waktu tempuh, biaya transportasi dan ketersediaan alat transportasi masih menjadi hambatan aksesibilitas. Pola utilisasi jenis fasilitas kesehatan dasar bervariasi, puskesmas adalah jenis fasilitas yang paling banyak dimanfaatkan. Terdapat inequitas antara orang miskin dan kaya dalam utilisasi fasilitas layanan kesehatan dasar.

**Kata kunci:** aksesibilitas, *demand side*, utilisasi, *equity*, puskesmas, Papua

## PENDAHULUAN

Akses ke fasilitas layanan kesehatan dasar merupakan hak asasi setiap warga negara dalam mewujudkan keadilan sosial bagi semua warga negara Indonesia<sup>1</sup>. Akses ke fasilitas layanan kesehatan di Papua masih menjadi tantangan yang nyata bagi pemerintah terutama jika dikaitkan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan, menurunkan angka kesakitan dan kematian. Sulitnya akses terhadap fasilitas layanan kesehatan menyebabkan disparitas status kesehatan antar wilayah di Indonesia<sup>2,3,4</sup>. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Risikesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa cakupan imunisasi persentase tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta (83,1%), terendah di Papua (29,2%)<sup>3</sup>. Kesenjangan status kesehatan antarwilayah dipengaruhi oleh tersedianya jumlah fasilitas layanan kesehatan<sup>5,6</sup>.

Strategi untuk mengatasi kesenjangan tersebut tergambar melalui peningkatan fasilitas puskesmas (3-3,5%) pada periode tahun 2009-2013<sup>2,7</sup>. Pertumbuhan puskesmas tidak seiring status kesehatan antar wilayah di Indonesia. Hal tersebut disebabkan oleh berbagai hambatan lain kondisi geografis yang sulit dijangkau, jarak dan waktu tempuh layang jauh ke fasilitas layanan kesehatan primer<sup>8,10</sup>. Faktor lain yang mempunyai kontribusi terhadap pemanfaatan puskesmas yaitu, transportasi dari rumah ke fasilitas kesehatan, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga<sup>11,12</sup>. Kondisi kemiskinan juga cenderung menghambat akses ke puskesmas, terutama di negara-negara berkembang seperti Indonesia<sup>13,15</sup>. Provinsi Papua merupakan salah satu daerah miskin di Indonesia, dengan proporsi kemiskinan pada tahun 2013 (31,13%) dibandingkan dengan tingkat kemiskinan nasional (11,37%)<sup>16,17</sup>.

## METODE

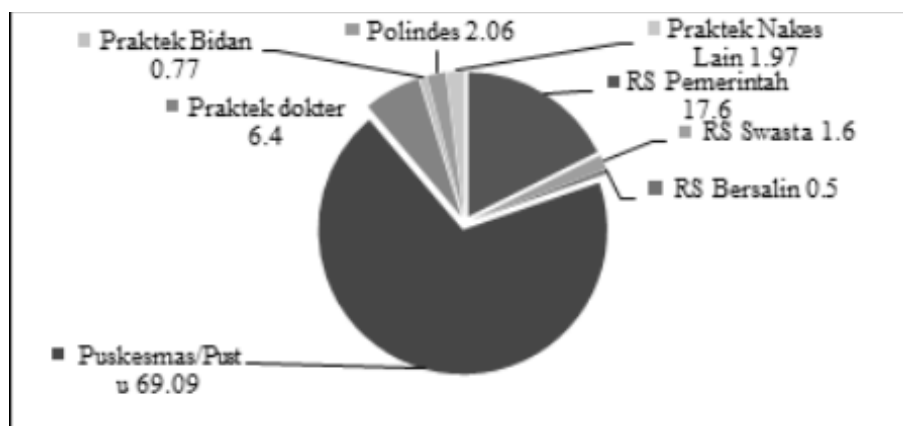
Penelitian ini menganalisis data sekunder RISKESDAS tahun 2013, dengan rancangan penelitian kuantitatif dan desain studi *cross sectional*<sup>18,19</sup>. Sampel dipilih berdasarkan *listing sensus penduduk* tahun 2010. Blok sensus dikunjungi 791, tidak dikunjungi 12 blok karena lokasi

yang sulit dijangkau dan penolakan dari masyarakat. Sampel individu teridentifikasi 40779, dikunjungi 33014. Sampel individu yang memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan 4562 responden. Data dikumpulkan dengan pedoman wawancara dan kuesioner. Analisis data menggunakan *software stata 12* setelah memperoleh data dari laboratorium manajemen Kemenkes dan *ethical clearence* dari Fakultas Kedokteran UGM.

## HASIL

Puskesmas merupakan fasilitas layanan kesehatan dasar yang paling banyak dimanfaatkan dalam satu bulan terakhir (69,09%), sementara Rumah Sakit Bersalin paling rendah (0,5%).

Responden memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dasar berada pada rentang usia 25-64 tahun (56,0%). Jenis kelamin laki-laki lebih banyak memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dasar (50,2%). Responden yang tidak bersekolah lebih banyak mengunjungi fasilitas layanan kesehatan dasar (57,4%). Berdasarkan jenis pekerjaan, didominasi oleh responden yang belum bekerja (49,3%), petani, nelayan, buruh sebesar (37,6%), pegawai swasta dan pemerintah sebesar (6,6%), pekerja wiraswasta (3,4%). Berdasarkan Status ekonomi, masyarakat miskin lebih banyak memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dasar (43,97%). Responden yang menggunakan jaminan kesehatan nasional (JAMKESMAS) dan jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) lebih banyak memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dasar (78,56%). Berdasarkan karakteristik lokasi tempat tinggal, masyarakat yang tinggal di desa lebih banyak memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dasar dibandingkan di daerah kota (82%). Distribusi frekuensi pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan dasar berdasarkan zona geografis tertinggi di dataran tinggi (47,3%). Dataran tinggi terdiri dari kabupaten Jayawijaya, Puncak, Puncak Jaya, Yalimo, Yahukimo, Pegunungan Bintang, Nduga, Tolikara, Lanny Jaya, dan Intan Jaya. Hal ini mungkin terjadi karena distribusi jumlah penduduk terbanyak terdapat zona geografis dataran tinggi.



Gambar 1. Pola Utilisasi Fasilitas Layanan Kesehatan Dasar di Provinsi Papua, 2013  
Sumber: Analisis Data Risikesdas, 2013

Tabel 1. Karakteristik Sosio-Demografi Utilisasi Fasilitas Layanan Kesehatan

Sosio-Demografi	Frekuensi (n = 4562)	%
<b>Umur</b>		
≤14 Tahun	1.371	30,1
15-24 Tahun	542	11,9
25-64 Tahun	<b>2.555</b>	<b>56,0</b>
≥65 Tahun	94	2,1
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	2.289	50,2
Perempuan	2.279	49,8
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	<b>2.618</b>	<b>57,4</b>
Dasar	1.197	26,2
Menengah	563	12,3
Tinggi	184	4,0
<b>Pekerjaan</b>		
Belum bekerja	<b>2.247</b>	<b>49,3</b>
Pegawai Pemerintah & Swasta	302	6,6
Wiraswasta	156	3,4
Petani/Nelayan/Buruh	1.722	37,6
Lainnya	135	3,0
<b>Status ekonomi</b>		
Miskin	<b>2.006</b>	<b>43,97</b>
Menengah	883	19,4
Kaya	1.673	36,7
<b>Pembiayaan kesehatan</b>		
Askes/PNS/Veteran/Pensiun	881	19,31
Askes swasta dan Jamsostek	97	2,13
Jamkesmas/Jamkesda	<b>3.584</b>	<b>78,56</b>
<b>Tipe lokasi</b>		
Desa	<b>3.659</b>	<b>82,0</b>
Kota	903	18,0
<b>Zona daerah</b>		
Rawa	685	15,0
Dataran tinggi	<b>2.158</b>	<b>47,3</b>
Dataran rendah	818	17,9
Pesisir dan sungai	901	19,75

Sumber: Analisis Data Riskedas Papua, 2013

Hasil analisis bivariabel menunjukkan status sosial ekonomi berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan puskesmas, proporsi orang miskin lebih banyak (91,58%), probabilitas orang kaya lebih berpeluang memanfaatkan puskesmas dibandingkan orang miskin (OR = 8,37, 95% CI = 6,96-10,07). Jaminan kesehatan berhubungan dengan utilisasi puskesmas, secara praktis masyarakat pengguna jamkesda/jamkesmas lebih banyak memanfaatkan puskesmas (83,87%), probabilitas peserta askes swasta dan jamsostek utilisasi puskesmas lebih tinggi memanfaatkan puskesmas (OR = 12,71, 95% CI = 6,32-25,57). Lokasi tempat tinggal secara bermakna berpengaruh terhadap utilisasi puskesmas, proporsional utilisasi puskesmas tinggi pada masyarakat yang tinggal di desa (82,89%), probabilitas masyarakat kota lebih tinggi dalam memanfaatkan puskesmas (OR = 4,26, 95% CI = 3,65-4,99).

Fasilitas puskesmas yang terletak dekat domisili penduduk berpengaruh secara bermakna terhadap utilisasi puskesmas, proporsi utilisasi puskesmas tinggi pada responden yang tinggal dekat puskesmas (78,91%), probabilitas tidak memanfaatkan puskesmas tinggi pada responden yang tinggal jauh dari puskesmas (OR = 6,10, 95 CI = 4,58-8,12). Waktu tempuh secara statistik berhubungan dengan utilisasi puskesmas, proporsi utilisasi puskesmas tinggi pada kategori waktu tempuh 30-60 menit (88,86%), probabilitas utilisasi puskesmas tinggi pada waktu tempuh kurang dari 15 menit (OR = 1,63, 95% CI = 1,35-1,96).

Terdapat pengaruh yang signifikan antara biaya transportasi dengan utilisasi puskesmas, proporsi utilisasi puskesmas tinggi pada kisaran biaya tempuh kurang dari Rp15.000 (81,15%), probabilitas utilisasi puskesmas tinggi pada responden dengan biaya transportasi lebih dari Rp100.000 (OR = 4,55, 95% CI = 3,56-5,80). Moda transportasi secara signifikan berhubungan dengan utilisasi puskesmas, proporsi utilisasi puskesmas dengan berjalan kaki lebih banyak (87,39%), probabilitas utilisasi puskesmas lebih tinggi pada responden yang mempunyai kendaraan bermotor baik umum dan pribadi (OR = 4,72, 95% IC = 4,72-6,42).

Tabel 2. Analisis Bivariat Utilisasi Puskesmas

Variabel	Utilisasi Puskesmas				OR (CI 95%)
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
<b>Status ekonomi</b>					
Miskin	1.837	91,58	169	8,42	1
Menengah	731	82,79	152	17,21	2,26 (1,79-2,86)***
Kaya	945	56,49	728	43,51	8,37 (6,96-10,07)***
<b>Pembiayaan kesehatan</b>					
Askes PNS	498	56,53	383	43,47	1
Askes swasta	97	9,28	88	90,72	12,71 (6,32-25,57)***
Jamsostek					
Jamkesmas/Jamkesda	3.006	83,87	578	16,13	0,25 (0,21-0,29)***
<b>Tempat tinggal</b>					
Kota	480	53,16	423	46,84	4,26 (3,65-4,99)***
Desa	3.033	82,89	626	17,11	1
<b>Ketersediaan puskesmas</b>					
Ya	3.432	78,91	917	21,09	1
Tidak	81	38,08	132	61,97	6,10 (4,58-8,12)***
<b>Waktu tempuh</b>					
<15 menit	1.242	70,73	514	29,27	1,63 (1,35-1,96)***
15-30 menit	1.130	79,41	293	20,59	1,02 (0,83-1,25)
30-60 menit	375	88,86	47	11,14	0,49 (0,34-0,69)***
>60 menit	766	79,71	195	20,29	1
<b>Biaya tempuh</b>					
<Rp15.000	2.944	81,15	684	18,85	1
Rp15.000-50.000	373	68,44	172	31,56	1,98 (1,63-2,42)***
Rp50.000-100.000	54	55,67	43	44,33	3,43 (2,28-5,16)***
>Rp100.000	142	48,63	150	51,37	4,55 (3,56-5,80)***
<b>Alat transportasi</b>					
Jalan kaki	2.496	87,39	360	12,61	1
Kendaraan bermotor	758	55,74	602	44,26	5,51 (4,72-6,42)***
Sepeda	157	73,71	56	22,29	2,47 (1,79-3,42)***
Perahu	67	78,82	18	21,18	1,86 (1,09-3,17)
Transportasi udara	35	72,92	13	27,08	2,58 (1,35-4,91)*

Sumber: Analisis Data Riskesdas, 2013

Ket: Signifikansi \*p &lt;0,05 \*\*p &lt;0,01 \*\*\*p &lt;0,001

Analisis multivariat menunjukkan bahwa tinggal jauh dari puskesmas menurunkan probabilitas utilisasi puskesmas dibandingkan dengan yang tinggal dekat puskesmas (OR = 7,42, 95% CI = 3,39-16,43). Waktu tempuh 15-30 menit ke meningkatkan utilisasi puskesmas dibandingkan dengan waktu tempuh lebih dari 1 jam (OR = 1,57, 95% CI = 1,44-2,17). Probabilitas utilisasi puskesmas tinggi pada kisaran biaya transportasi Rp50.000-100.000 dibandingkan dengan biaya transportasi kurang dari Rp15.000 (OR = 2,59, 95% CI = 1,59-4,22). Kepemilikan kendaraan bermotor (umum dan pribadi) meningkatkan utilisasi puskesmas dibandingkan dengan yang berjalan kaki (OR = 3,00, 95% CI = 2,36-2,81). Masyarakat

dengan status sosial ekonomi kaya memiliki kesempatan yang lebih baik untuk memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan orang miskin (OR = 4,17, 95% CI = 3,23-5,38). Probabilitas utilisasi puskesmas tinggi pada peserta asuransi kesehatan swasta dan jaminan kesehatan tenaga kerja dibandingkan dengan jamkesmas dan jamkesda (OR = 5,87, 95% CI = 2,82-12,23). Tinggal di kota meningkatkan utilisasi puskesmas dibandingkan dengan tinggal di desa (OR = 1,24, 95% CI = 0,98-1,56). Masyarakat di daerah pesisir pantai dan sungai memiliki tingkat utilisasi puskesmas lebih baik jika dibandingkan dengan daerah lainnya (OR = 1,10, 95% CI = 0,83-1,44).

Tabel 3. Odds Ratio Pemanfaatan Puskesmas (Regresi Logistik) di Provinsi Papua Tahun 2013

Variabel	Odds Ratio	95% Tingkat Kepercayaan	
		Atas	Bawah
<b>Ketersediaan puskesmas</b>			
Ya	1		
Tidak	7,42	3,79	16,43***
<b>Waktu tempuh</b>			
<15 menit	1,28	0,91	1,79
15-30 menit	1,57	1,14	2,17**
30-60 menit	0,98	0,63	1,52
>60 menit	1		
<b>Biaya tempuh</b>			
<Rp15.000	1		
Rp15.000-50.000	1,65	1,26	2,17***
Rp50.000-100.000	2,59	1,59	4,22***
>Rp100.000	1,42	0,78	2,60
<b>Alat transportasi</b>			
Jalan kaki	1		
Kendaraan bermotor	3,00	2,36	3,81***
Sepeda	2,27	1,52	3,38***
Perahu	1,99	1,09	2,62*
Transportasi udara	2,79	1,35	5,94**
<b>Status ekonomi</b>			
Miskin	1		
Menengah	2,02	1,57	2,62***
Kaya	4,17	3,23	5,38***
<b>Pembiayaan kesehatan</b>			
Askes/PNS/veteran/pensiun	1		
Askes swasta dan Jamsostek	5,87	2,82	12,23***
Jamkesmas/Jamkesda	0,46	0,38	0,56***
<b>Tempat tinggal</b>			
Kota	1,24	0,98	1,56
Desa	1		
<b>Zona daerah</b>			
Rawa	1		
Dataran tinggi	1,02	0,79	1,32
Dataran rendah	0,49	0,38	0,65***
Pesisir pantai dan sungai	1,10	0,83	1,44

Sumber: Analisis Data Riskesdas, 2013

Ket: Signifikansi \*p &lt;0,05 \*\*p &lt;0,01 \*\*\*p &lt;0,001

Masyarakat miskin di daerah rawa (Kabupaten Merauke, Mappi, Boven digoel, Asmat) memiliki kesempatan yang lebih baik untuk memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan daerah lainnya (OR = 2,17, 95% CI = 1,36-3,45). Pemanfaatan Puskesmas antara masyarakat miskin dan kaya di daerah Rawa tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan, masyarakat kaya dan miskin memiliki kesempatan yang sama. Perbedaan kinerja sistem kesehatan daerah secara signifikan terdapat di daerah dataran tinggi. Masyarakat dengan status sosial ekonomi kaya (kuitil indeks) memiliki kesempatan lebih baik untuk memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan masyarakat miskin (OR = 2,12, 95% CI = 1,57-2,88).

Masyarakat miskin di daerah dataran tinggi dan dataran rendah mempunyai kesempatan lebih rendah untuk memanfaatkan puskesmas diban-

dingkan dengan daerah pesisir pantai dan aliran sungai (OR = 0,41, 95% CI = 0,28-0,61) dan (OR = 0,42, 95% CI = 0,23-1,44). Masyarakat kaya di dataran rendah lebih berpeluang memanfaatkan puskesmas dibandingkan orang miskin (OR = 0,76, 95% CI = 0,58-1,00). Masyarakat kaya di dataran tinggi mempunyai kesempatan lebih baik memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan orang miskin (OR = 2,12, 95% CI = 1,57-2,88). Masyarakat miskin di dataran rawa mempunyai kesempatan memanfaatkan puskesmas yang sama dengan orang kaya. Hal ini menunjukkan kinerja sistem kesehatan di daerah rawa sangat baik yang tidak terdapat perbedaan utilisasi puskesmas antarkelompok masyarakat berdasarkan status ekonomi.

Tabel 4. Stratifikasi Utilisasi Puskesmas

Zona Geomorfologi	Utilisasi Puskesmas		
	Miskin	Menengah	Kaya
	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Pesisir pantai/sungai	1	1	1
Dataran rendah	0,42 (0,13-1,44)	0,45 (0,24-0,86)	0,76 (0,58-1,00)
Dataran tinggi	0,41 (0,28-0,61)***	0,93 (0,61-1,40)	2,12 (1,57-2,88)***
Rawa	2,17 (1,36-3,45)**	0,79 (0,45-1,37)	2,12 (1,57-2,88)***

Sumber: Analisis Data Risikesdas, 2013

Ket: Signifikansi \*p &lt;0,05 \*\*p &lt;0,01 \*\*\*p &lt;0,001

## PEMBAHASAN

### Hambatan Aksesibilitas

Fakta pada penelitian ini menunjukkan bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan, waktu tempuh, biaya transportasi dan sarana transportasi masih menjadi hambatan bagi masyarakat di Provinsi Papua untuk memperoleh layanan kesehatan dasar yang disediakan pemerintah. Keberadaan puskesmas yang jauh dari daerah domisili warga, secara signifikan menurunkan utilisasi puskesmas. Masyarakat lebih memilih memanfaatkan praktik perawat karena dekat dengan rumah warga, dibandingkan harus ke puskesmas yang di ibu kota kecamatan<sup>6,20</sup>. Fasilitas layanan kesehatan swasta menjadi pilihan masyarakat Indonesia untuk berobat dan memeriksakan kesehatan, karena terdistribusi secara luas dan merata di semua kabupaten di pulau Jawa<sup>5,6,21</sup>. Waktu tempuh kurang dari 30 menit lebih berkesempatan memanfaatkan puskesmas. Waktu tempuh ke fasilitas layanan kesehatan lebih dari 1 jam secara signifikan menurunkan jumlah kunjungan *ante-natal care* dan penderita kanker ke fasilitas kesehatan di Nepal<sup>14,21</sup>. Waktu tempuh yang jauh menurunkan jumlah kunjungan pasien malaria dan infeksi saluran pernafasan atas sampai 50% di Papua New Guinea<sup>9</sup>. Penelitian lain di Ethiopia menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal jauh dari fasilitas layanan kesehatan dengan waktu tempuh lebih dari 1 jam lebih kecil kemungkinan menerima vaksin dibandingkan dengan mereka mempunyai waktu tempuh kurang dari 30 menit ke fasilitas kesehatan<sup>24</sup>.

Probabilitas utilisasi puskesmas lebih tinggi pada kisaran biaya transportasi lebih dari Rp100.000 dibandingkan biaya transportasi kurang dari Rp15.000. Penelitian ini senada dengan penelitian di Purbalingga, Sumba Timur, Jembrana menyatakan bahwa biaya perjalanan dari rumah responden ke puskesmas lebih dari Rp10.000 menjadi hambatan bagi orang miskin untuk menjangkau puskesmas sekalipun mendapat pelayanan pengobatan gratis di puskesmas<sup>25</sup>. Biaya transportasi adalah beban biaya kesehatan tidak langsung yang dapat menghambat permintaan terhadap layanan kesehatan<sup>26</sup>. Responden yang mempunyai kendaraan bermotor (kendaraan pribadi dan umum) lebih mungkin memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan jalan kaki. Penelitian ini didukung bahwa keluarga yang dapat menyediakan fasilitas transportasi, mempunyai kesempatan 1,92 kali lebih untuk

mengunjungi fasilitas layanan kesehatan dibandingkan dengan mereka yang tidak<sup>27</sup>. Masyarakat yang tinggal desa sering menunda perjalanan ke fasilitas layanan kesehatan, jika menggunakan fasilitas kendaraan umum, karena waktu keberangkatan kendaraan umum tidak menentu dan tidak sesuai dengan jadwal layanan di fasilitas kesehatan<sup>28,29</sup>.

### Utilisasi Fasilitas Layanan Kesehatan

Pola utilisasi fasilitas layanan kesehatan dasar di Provinsi Papua dipengaruhi oleh status sosial ekonomi, jaminan pembiayaan kesehatan, karakteristik lokasi tempat tinggal dan zona geomorfologis. Pemanfaatan puskesmas rendah pada masyarakat miskin dibandingkan dengan masyarakat kaya. Penelitian Utomo dkk, menyatakan bahwa indikator kesehatan anak terburuk ada pada rumah tangga miskin yang hidup di daerah pedesaan<sup>30,31</sup>. Masyarakat miskin lebih cenderung mencari fasilitas layanan kesehatan murah dan kurang berkualitas<sup>32</sup>. Orang miskin memiliki akses yang rendah ke fasilitas layanan kesehatan karena dibatasi oleh pendapatan keluarga yang rendah<sup>13</sup>. Perubahan pemanfaatan layanan kesehatan dasar berhubungan langsung dengan perubahan status ekonomi rumah<sup>33</sup>. Masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah di luar pulau Jawa dan Bali mempunyai proporsi tertinggi anak kurang gizi<sup>30</sup>.

Probabilitas utilisasi puskesmas tinggi pada peserta Askes Swasta dan Jamsostek dibandingkan dengan Jamkesmas dan Jamkesda. Hasil temuan di Indonesia menyatakan bahwa program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) meningkatkan utilisasi masyarakat miskin terhadap fasilitas layanan kesehatan, terutama di daerah desa<sup>34,35</sup>. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional kurang memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan karena kurang memahami prosedur pembiayaan dan sering mendapat penolakan di fasilitas layanan kesehatan swasta maupun pemerintah<sup>36,37</sup>.

Probabilitas utilisasi puskesmas lebih baik pada masyarakat yang tinggal di kota dibandingkan dengan masyarakat desa. Penelitian ini senada dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa tinggal di perkotaan meningkatkan utilisasi puskesmas oleh lansia<sup>38</sup>. Penduduk yang tinggal kota mempunyai alternatif pilihan utilisasi jenis fasilitas layanan rawat jalan karena tidak masalah dengan jarak ke fasilitas kesehatan, sementara

penduduk di yang tinggal di daerah desa, sulit akses ke fasilitas layanan kesehatan karena keterbatasan<sup>35,39</sup>.

### Utilisasi Puskesmas dan Ekuitas

Penelitian ini menunjukkan inekuitas utilisasi fasilitas layanan kesehatan dasar berdasarkan status sosial ekonomi daerah di Provinsi. Masyarakat kaya lebih berpeluang memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dibandingkan dengan orang miskin. Orang miskin dengan beban penyakit yang tinggi, cenderung memiliki tingkat utilisasi fasilitas layanan kesehatan yang rendah. Masyarakat belum mempunyai kesempatan yang sama untuk mengakses fasilitas layanan kesehatan dasar sesuai dengan amanat UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 5 ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan<sup>40</sup>.

Probabilitas untuk akses kesehatan antar-wilayah yang dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi. Semakin tinggi faktor sosial ekonomi individu semakin rendah *unmet need*<sup>41</sup>. Inekuitas juga terjadi pada jaminan pembiayaan kesehatan, masyarakat miskin yang menggunakan jamkesmas dan jamkesda tidak mempunyai kesempatan yang sama dengan peserta askes swasta dan jamsos-tek. Hal ini tentunya tidak sesuai dengan amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah sehingga masyarakat miskin terpenuhi hak dasarnya mendapat layanan kesehatan yang sama disaat mereka membutuhkan<sup>42</sup>.

### Zona Geomorfologis dan Sistem Kesehatan Daerah

Masyarakat miskin dengan tingkat utilisasi puskesmas terendah terdapat di dataran tinggi yang terdiri dari Puncak Jaya, Yalimo, Puncak, Jayawijaya, Tolikara, Peg. Bintang, Ianny Jaya, Nduga, Intan Jaya. wilayah Papua yang luas dan kondisi geografis yang sulit yang bergunung-gunung dan sulit dijangkau menjadi faktor yang berkontribusi terhadap tidak optimalnya kinerja sistem kesehatan daerah dalam menyediakan layanan kesehatan dasar yang adil dan merata bagi masyarakat di Provinsi Papua. Kinerja sistem kesehatan di era desentralisasi pada tahun 2001 mengalami banyak perubahan, dana kesehatan dari pemerintah pusat banyak ditransfer ke daerah sehingga menyebabkan kinerja sistem kesehatan bervariasi sesuai kapasitas kelembagaan Dinas Kesehatan di daerah. Indikator variasi kinerja sistem kesehatan di daerah tampak pada layanan pemberian imunisasi TT dan tablet besi prenatal. Hasil temuan di Jawa Tengah dan Jawa Timur, proporsi layanan *prenatal tetanus toksoid* meningkat secara signifikan di Kabupaten Sampang, namun menurun secara signifikan di Kabupaten Pamekasan, Trenggalek, dan Cilacap<sup>32</sup>.

### Strategi Kebijakan dan Alternatif Solusi

Strategi Kebijakan untuk mengatasi hambatan aksesibilitas dan rendahnya utilisasi fasilitas layanan kesehatan, pemerintah segera melakukan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar dengan menjadikan Puskesmas, puskesmas pembantu, polindes dan poskesdes sebagai fokus pengembangannya. Revitalisasi pelayanan kesehatan dasar bertujuan meningkatkan mutu dan memperluas cakupan pelayanan kesehatan dasar di wilayah yang sulit dijangkau. Strategi ini memudahkan masyarakat mengakses berbagai jenis pelayanan kesehatan dasar yang tersedia.

Revitalisasi pelayanan kesehatan harus disertai dengan semangat reformasi sistem kesehatan daerah melalui strategi (5R)<sup>43</sup>. Strategi pertama adalah restrukturisasi organisasi Dinas Kesehatan diikuti dengan restrukturisasi organisasi Puskesmas (Restructuring). Puskesmas mengembangkan pelayanan kesehatan di wilayahnya kerjanya masing-masing dikoordinir oleh staf senior Puskesmas (koordinator desa). Strategi kedua reformasi sistem kesehatan adalah mengkaji mekanisme kerja dan standar prosedur pelayanan kesehatan untuk memperlancar pelayanan kesehatan di luar gedung Puskesmas (*Re-Engineering*). Strategi ketiga adalah menyelenggarakan pelatihan staf untuk mengembangkan kompetensi staf (*Re-Training*) agar mereka mampu mengelola tugas pokok dan fungsinya (*capacity building*) lebih efisien. Strategi reformasi yang keempat adalah mengatur kembali penempatan staf yang sudah lebih kompeten untuk menempati berbagai posisi strategis di Dinas Kesehatan, Puskesmas-Puskesmas pembantu, dan Poskesdes (*Re-Positioning*). Anggaran pendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan di luar gedung sudah disediakan oleh pemerintah dalam bentuk Biaya Operasional Kesehatan (BOK) dan sumber pembiayaan lainnya. Dengan memanfaatkan mekanisme kerja dan standar prosedur yang sudah tersusun, Dinas Kesehatan lebih mudah melakukan supervisi dan memberikan bimbingan teknis kepada staf Puskesmas untuk melakukan pelayanan kesehatan di luar gedung. Strategi reformasi kelima akan lebih menjamin tumbuhnya budaya mutu pelayanan kesehatan dasar secara berkelanjutan (*Re-Modelling*).

### KESIMPULAN

Ketersediaan fasilitas layanan kesehatan dasar, waktu tempuh, beban biaya transportasi, dan kurang tersedianya alat transportasi, menjadi hambatan aksesibilitas. Pola pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan sangat bervariasi. Fasilitas kesehatan yang paling sering dimanfaatkan adalah puskesmas. Utilisasi fasilitas layanan kesehatan dasar terendah, terdapat di Kabupaten Nduga dan tertinggi di Kabupaten Jayapura. Inekuitas layanan kesehatan masih terjadi di Papua, masyarakat miskin kurang mempunyai kesempatan kesempatan memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan dasar. Kinerja sistem kesehatan daerah

belum optimal dalam menyediakan fasilitas layanan kesehatan dasar terutama bagi masyarakat tinggal di desa dan daerah dataran tinggi.

Strategi penguatan layanan kesehatan dasar dalam rangka mengatasi hambatan aksesibilitas dan meningkatkan utilisasi fasilitas kesehatan melalui revitalisasi fasilitas layanan kesehatan dasar yang dekat dengan masyarakat seperti puskesmas pembantu, polindes, poskesdes dan posyandu. Penguatan *capacity building* seperti pelatihan staf, penyediaan sarana dan prasarana yang berkualitas sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan di tingkat desa.

## REFERENSI

1. WHO. *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Development. 1978 Jun; 47 (2): 159–61.
2. Kemenkes RI. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
3. Kemenkes RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta; 2013.
4. Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2014.
5. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. *What does "Access to Health Care" Mean?* J Health Serv Res Policy. 2002; 7 (3): 186–8.
6. Heywood P, Harahap NP. *Health Facilities at the District Level in Indonesia*. Aust New Zealand Health Policy. 2009; 6: 13.
7. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. 2014.
8. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. *Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries*. Health Policy Plan. 2012; 27 (4): 288–300.
9. Müller I, Smith T, Mellor S, Rare L, Genton B. *The effect of distance from home on attendance at a small rural health centre in Papua New Guinea*. Int J Epidemiol. 1998; 27 (5): 878–84.
10. Retnaningsih E. *Akses Layanan Kesehatan*. 1st ed. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2013.
11. Eastwood S V, Hill PC. *A gender-focused Qualitative Study of Barriers to Accessing Tuberculosis Treatment in The Gambia, West Africa*. Int J Tuberc Lung Dis. 2004; 8 (1): 70–5.
12. Aday, Andersen, R., Flemming GV. *Health Care in the US: Equitable for Whom?* London Sage Publ Beverly Hills. 1980.
13. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. *Poverty and Access to Health Care in Developing Countries*. Ann NY Acad Sci. 2008; 1136 (1): 161–71.
14. Ensor T, Cooper S. *Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side*. Health Policy and Planning. 2004; 19: 69–79.
15. Donnell OO. *Access to Health Care in Developing Countries: Breaking Down Demand Side Barriers*. Cad Saude Publica. 2007; 23 (12): 2820–34.
16. BPS. RI. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta; 2011.
17. Bappenas RI. *Profil Pembangunan Provinsi Papua*. Jakarta; 2012.
18. Effendy. S., & Tukiran. *Metode Penelitian Survei*. Revisi., V. Jakarta: LP3ES; 2012.
19. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 7th ed. 2010.
20. Rasanathan, Eugenio, Matheson, etienne TE. *Primary Health Care and the Social Determinants of Health: Essential and Complementary Approaches for Reducing Inequities in Health*. 2010;
21. Lavy V, Strauss J, Thomas D, De Vrejer P. *Quality of Health Care, Survival and Health Outcomes in Ghana*. J Health Econ. 1996; 15 (3): 333–57.
22. Karkee R, Binns CW, Lee AH. *Determinants of Facility Delivery After Implementation of Safer Mother Programme in Nepal: A Prospective Cohort Study*. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2013; 13 (1): 193. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3816171&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Baird G, Flynn R, Baxter G, Donnelly M, Lawrence J. *Travel time and Cancer Care: An Example of the Inverse Care Law?* Rural Remote Health. 2008; 8 (4): 1003.
24. Okwaraji YB, Mulholland K, Schellenberg JR, Andarge G, Admassu M, Edmond KM. *The Association Between Travel Time to Health Facilities and Childhood Vaccine Coverage in Rural Ethiopia. A Community Based Cross Sectional Study*. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2012; 12 (1): 476. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726457>
25. Arifianto Alex, Ruly Marianti SB. *For The Poor in Indonesia: A Report on Health Financing Mechanisms (JPK-Gakin) Scheme in Kabupaten Purbalingga, A Report on Health Financing Mechanisms (JPK-Gakin)*. World Bank Indonesia; 2005.
26. Ensor T, San PB. *Access and Payment for Health Care: The Poor of Northern Vietnam*. Int J Health Plann Manage. 1996; 11 (1): 69–83.
27. Arcury TA, Preisser JS, Gesler WM, Powers JM. *Access to Transportation and Health Care Utilization in A Rural Region*. Journal of Rural Health. 2004; 21: 31–8.
28. Mattson J. *Transportation, Distance, and Health Care Utilization for Older Adults in Rural and Small Urban Areas*. Transp Res Rec J Transp Res Board. 2012; 2265 (-1): 192–9.
29. Aronoff S. *Geographic Information Systems: A Management Perspective*. Geocarto Int. 1989; 4 (4): 58.
30. Utomo B, Sucahya PK, Utami FR. *Priorities and Realities: Addressing the Rich-Poor Gaps in Health Status and Service Access in Indonesia*. Int J Equity Health [Internet]. 2011; 10 (1): 47. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/47/abstract> [http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-47.pdf](http://www.equityhealthj.com/content/10/1/47/nhttp://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-47.pdf)
31. Campbell S., Roland M., Buetow S. *Defining Quality of Care*. Soc Sci Med. 2000 Dec; 51 (11): 1611–25.
32. Heywood P, Choi Y. *Health System Performance at the District Level in Indonesia After Decentralization*. 2010; 1–12.
33. Saeed BI, Xicang Z, Yawson AE, Nguah SB, Nsawah-Nuamah NNN. *Impact of Socioeconomic Status and Medical Conditions on Health and Healthcare Utilization Among Aging Ghanaians*. BMC Public Health [Internet]. 2015; 15: 276. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4393880&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. *Social Health Insurance for the Poor: Targeting and Impact of Indonesia's Askeskin Programme*. Soc Sci Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2013; 96: 264–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043>
35. Eryana E, Damrongplasit KK, Melnick G. *Expanding Health Insurance to Increase Health Care Utilization: Will It Have Different Effects in Rural vs. Urban Areas?* Health Policy (New York). 2011; 100 (2-3): 273–81.
36. Titley CR, Dibley MJ, Roberts CL. *Factors Associated with Under-utilization of Antenatal Care Services in Indonesia: Results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007*. BMC Public Health [Internet]. 2010; 10 (1): 485. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-485>



37. Cholid. *Equity Pembiayaan dan Utilisasi Pelayanan Kesehatan oleh Peserta Jamkesmas di Indonesia*. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Susenas. Badan Pus Stat. 2011.
38. Susanto, Lazuardi L, Hasanbasri M. *Utilisasi Rawat Jalan Puskesmas oleh Lansia di Indonesia Timur* (Ifs 2012). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2015.
39. Adi W, Hari K, Anis F. *Analisis Aksesibilitas Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Sleman*. 2009.
40. \_\_\_\_\_. *Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia 2009.
41. Nadjib. *Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia*. Universitas Indonesia; 1999.
42. \_\_\_\_\_. *Undang Undang Republik Indonesia nomrr 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Sekretaris Negara Republik Indonesia 2004.
43. Muninjaya G. *Strategi Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Dasar*. 2015.