



Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer di Area Perkotaan Berdasarkan Status Ekonomi dan Kepemilikan Jaminan Kesehatan (Analisis Data IFLS 5)

Achmad Djunawan^{1*}, Alif If'al Lillah¹, Ratna Sari Dewi²

¹ Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit, Stikes Yayasan RS. Dr. Soetomo

² Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, STIKes Insan Cendekia Medika, Jombang

*Corresponding author: achmadjuna@gmail.com

Info Artikel : Diterima 19 April 2022 ; Disetujui 29 Mei 2022 ; Publikasi 1 Agustus 2022

ABSTRAK

Latar belakang: Jumlah penduduk miskin di perkotaan masih tergolong besar sedangkan masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi kesetaraan utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah dan swasta berdasarkan status ekonomi dan kepemilikan jaminan kesehatan oleh penduduk perkotaan Indonesia (analisis data IFLS 5).

Metode: Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk berumur 15 tahun keatas yang tinggal di perkotaan Indonesia. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik random sampling berdasarkan stratifikasi provinsi dan karakteristik perkotaan atau pedesaan. Penelitian kuantitatif deskriptif ini menggunakan data sekunder Indonesia Family Life Survey (IFLS) 5 yang dikumpulkan pada bulan September 2014 sampai Agustus 2015 (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016). Peneliti menggunakan rancang bangun cross sectional study dengan pendekatan observasional.

Hasil: Hasil dari penelitian ini yaitu bahwa semakin tinggi status ekonomi masyarakat di perkotaan maka mereka cenderung menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dibandingkan milik pemerintah. Masih ada ketidaksetaraan utilisasi pelayanan kesehatan primer milik pemerintah di perkotaan pada awal implementasi JKN berdasarkan status ekonomi khususnya pada pemilik jaminan kesehatan BPJS kesehatan. Masih ada ketidaksetaraan utilisasi pelayanan kesehatan primer milik swasta di perkotaan pada awal implementasi JKN berdasarkan status ekonomi khususnya pada masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan.

Simpulan: Belum adanya pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi dan kepemilikan jaminan kesehatan. Saran yang dapat diberikan yaitu meningkatkan cakupan jaminan kesehatan ke seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin disertai pembagian manfaat (pooling) berdasarkan status ekonomi atau kepesertaan untuk mencapai kesetaraan.

Kata kunci: Kesetaraan; Pelayanan Kesehatan; Utilisasi

ABSTRACT

Title: Primary Health Care Facilities Utilization in Urban Area base on Economic Status and Health Insurance (IFLS 5 Data Analysis).

Background: The poor people in urban areas are still relatively large, while the community needs quality health services. The purpose of this study was to identify the equality of public and private primary health care facilities utilization based on economic status and ownership of health insurance by Indonesian urban residents (IFLS 5 data analysis).

Method: The population in this study is the entire population aged 15 years and over who live in urban Indonesia. Sampling was carried out using a random sampling technique based on provincial stratification and urban or rural characteristics. This descriptive quantitative study uses secondary data from the Indonesia Family Life Survey (IFLS) 5 which was collected from September 2014 to August 2015 (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016).

Result: The researcher used a cross-sectional study design with an observational approach. The results of this study are that the higher the economic status of people in urban areas, the more likely to use private primary health care facilities than public primary health care facilities. There is still inequality of public primary health services utilization in urban areas at the beginning of National Health Insurance (NHI) implementation based on economic status, especially for BPJS health insurance members. There is still inequality private primary health services utilization in urban areas at the beginning of NHI implementation based on economic status, especially for people who do not have health insurance.

Conclusion: There are inequity in health services utilization based on economic status and ownership of health insurance. Most of osteoarthritis respondent are obese. Suggestions that can be given are to increase the coverage of health insurance for the entire community, especially the poor, along with benefit-sharing (pooling) based on economic status or participation to achieve equality.

Keywords: Equality; Health Services; Utilization

PENDAHULUAN

Pemerintah bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif, bermutu dan terjangkau untuk masyarakat, baik pelayanan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Pemerintah telah menetapkan peraturan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional merupakan perlindungan kesehatan dari pemerintah kepada peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan¹.

Pemerintah telah mengambil langkah untuk jaminan kesehatan dengan reformasi di sektor kesehatan masyarakat yang komprehensif sejak tahun 2005. Pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah terlihat pada jaminan kesehatan sosial yang diperluas pada sektor informal dan masyarakat miskin. Jaminan kesehatan untuk penduduk miskin disubsidi sepenuhnya oleh dana kesehatan pemerintah. Pemerintah menjamin pelayanan kesehatan yang komprehensif untuk perawatan kesehatan masyarakat termasuk rawat inap dan rawat jalan².

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 darurat³. Jaminan kesehatan dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan menekan biaya pengeluaran kesehatan dari kantong pribadi². 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 jiwa⁴. Jumlah penduduk miskin pada Maret 2021 sebesar 27,54 juta orang, sedangkan jumlah penduduk miskin Maret 2021 perkotaan naik sebanyak 138,1 ribu orang dari 12,04 juta orang pada September 2020 menjadi 12,18 juta orang pada Maret 2021⁵. 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.²

Pemanfaatan pelayanan kesehatan primer oleh masyarakat perkotaan merupakan tolak ukur pemahaman provider terhadap kebutuhan dan ekspektasi masyarakat. Hal ini berdampak pada trend serta frekuensi penggunaan pelayanan kesehatan⁶. Terdapat hubungan yang kuat antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan pemilihan fasilitas dengan layanan atau provider pelayanan kesehatan⁷. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan pada awal pemberlakuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah fasilitas kesehatan milik pemerintah. Berdasarkan penemuan Wang, Zhang, dan Hou dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional maka idealnya penduduk miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan milik pemerintah dari pada pelayanan kesehatan milik swasta.

Pemilihan pelayanan kesehatan oleh masyarakat merupakan kondisi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kualitas pelayanan kesehatan, akses ke fasilitas pelayanan, biaya *out of pocket* (OOP) dan faktor determinan tidak langsung yang berkaitan dengan pendapatan. Masyarakat tetap memilih puskesmas sebagai tempat berobat karena pertimbangan ekonomi dan faktor kedekatan lokasi dengan tempat tinggal mereka meskipun kualitas pelayanan dapat dikatakan kurang⁸.

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 harapan⁶. Masyarakat miskin perkotaan dengan jaminan kesehatan harusnya akan lebih memilih puskesmas atau fasilitas yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai pusat layanan kesehatannya meskipun terjadi peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan berbasis swasta. Jaminan kesehatan harusnya 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 puskesmas⁹.

Selain itu, Meirina menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan sosial belum efektif dalam meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penyandang disabilitas berstatus miskin di Indonesia berdasarkan data IFLS 5¹⁰. Berbeda dengan penelitian Djunawan, jaminan kesehatan terbukti meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah terutama saat adanya pemberian subsidi terhadap penduduk miskin perkotaan¹¹. Masyarakat miskin merupakan penduduk rentan yang harusnya mendapat jaminan kesehatan dan menggunakan haknya di fasilitas yang ditunjuk. Hidayat, Thabrani, Dong dan Sauerborn menyatakan bahwa perlu adanya kebijakan perluasan jaminan kesehatan untuk meningkatkan akses, memperluas kepesertaan, dan memberikan subsidi bagi penduduk miskin¹².

Analisis ini diharapkan akan memberikan kontribusi sebagai bukti empiris terkait dampak kepelikan jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan primer baik puskesmas maupun pelayanan layanan kesehatan milik swasta oleh penduduk perkotaan di Indonesia khususnya pada awal berlakunya jaminan kesehatan nasional. Analisis ini diharapkan pula memberikan bukti empiris tentang kesetaraan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan primer baik pada penduduk miskin maupun penduduk kaya.

MATERI DAN METODE

Penelitian kuantitatif deskriptif ini menggunakan data sekunder *Indonesia Family Life Survey (IFLS) 5* yang dikumpulkan pada bulan September 2014 sampai Agustus 2015 (Strauss, Witoelar, & Sikoki, 2016). Peneliti menggunakan rancang bangun *cross sectional study* dengan pendekatan observasional. Penelitian ini bertujuan untuk melihat kesetaraan utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah dan swasta berdasarkan status ekonomi dan kepemilikan jaminan kesehatan oleh penduduk perkotaan Indonesia (analisis data IFLS 5).

Peneliti menggunakan data IFLS 5 yang diunduh dari website *RAND Corporation*. *RAND Corporation* dan *Survey Meter* melakukan survey di 13 provinsi yaitu Sumatra Utara, Sumatra Barat, Sumatra Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Daerah Istimewa Yogyakarta, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Selatan. *RAND Corporation* dan *Survey Meter* mengumpulkan data pada bulan September 2014 sampai dengan Agustus 2015¹³.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk berumur 15 tahun keatas yang tinggal di

perkotaan Indonesia. *RAND* melakukan pengambilan sampel berdasarkan stratifikasi provinsi dan karakteristik perkotaan atau pedesaan kemudian mengambil sampel secara acak. *RAND* memilih stratifikasi provinsi untuk memaksimalkan representasi populasi, menangkap keragaman budaya dan sosial ekonomi di Indonesia, selain itu menghemat biaya survei¹³. Peneliti menggunakan data IFLS 5 sebagai sampel berupa 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.

Secara keseluruhan, survei IFLS 5 dilakukan pada 16.204 rumah tangga dan 50.148 individu. Kuesioner buku 3A dan 3B diisi oleh anggota rumah tangga berusia diatas 15 tahun. Jumlah keseluruhan responden IFLS 5 yang mengisi kuesioner buku 3A dan 3B sebesar 34.177 individu. Responden yang menjawab kuesioner buku 3A dan 3B kemudian dipilih kembali berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini.

Variabel penelitian terdiri atas utilisasi pelayanan kesehatan primer oleh penduduk perkotaan, status ekonomi & Jaminan kesehatan. Berikut ini penjelasan variable dalam penelitian ini.

1. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah pemanfaatan fasilitas kesehatan primer oleh responden selama 4 minggu terakhir yang diukur dari kuesioner IFLS 5 pada buku 3B, seksi RJ pertanyaan RJ01 poin B, F, dan G yang dibangun dari pertanyaan RJ00 di halaman 183 dengan kategori fasilitas kesehatan swasta (poliklinik, klinik, dan praktek swasta) dan fasilitas kesehatan pemerintah (puskesmas/pustu).
2. Status ekonomi adalah status ekonomi responden yang diukur dari pendapatan responden yang diukur dari kuesioner IFLS 5 buku 3A seksi TK TK25A2, TK25A2a di halaman 124, TK25B2, dan TK2Ba di halaman 127 dengan kategori berdasarkan pendapatan responden terdiri atas sangat miskin, miskin, menengah (bawah), menengah (atas), sangat kaya.
3. Jaminan kesehatan adalah terdaptarnya responden dan memiliki asuransi kesehatan sosial yang diukur dari kuesioner IFLS 5 seksi AK buku 3B pertanyaan AK01 dan AK02 di halaman 177 dengan kategori tidak memiliki jaminan kesehatan, Jaminan kesehatan perusahaan, askes, dan atau swasta, Jaminan kesehatan daerah, jaminan kesehatan

pemerintah (jamkesmas,jamkessos,jampersal), dan Jaminan kesehatan nasional (BPJS).

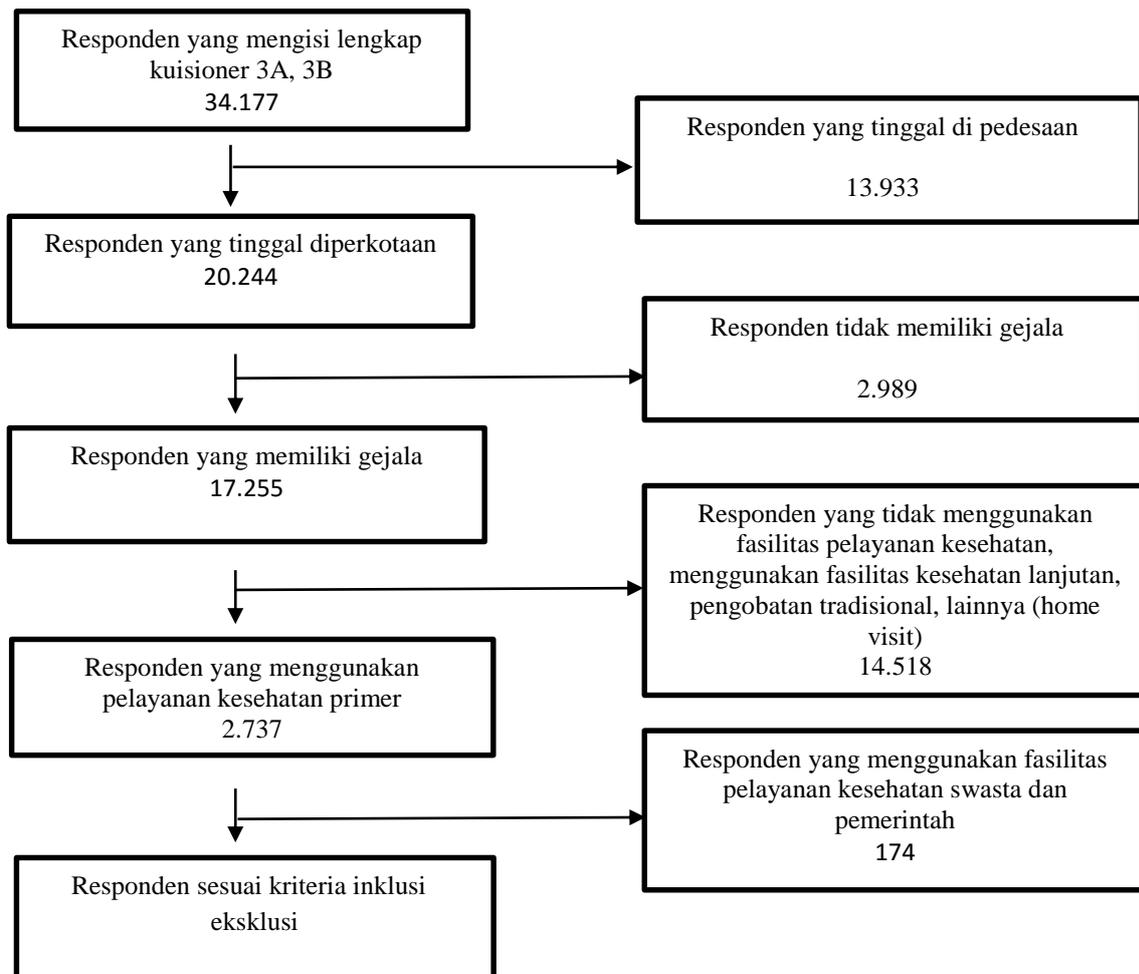
Peneliti menyeleksi pertanyaan berdasarkan kebutuhan penelitian dan menggunakan data yang tersedia berdasarkan kebutuhan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Peneliti menganalisis data IFLS 5 yang telah diperoleh menggunakan aplikasi STATA 13 dan aplikasi microsoft excel. Proses analisis data adalah sebagai berikut:

Peneliti melakukan proses *cleaning* untuk menyeleksi dan membuang data yang tidak diperlukan. Peneliti melakukan *cleaning* setelah menyalin data dan menjadikan dalam satu berkas. *Cleaning* yang dimaksud adalah penyeleksian data berdasarkan kriteria eksklusi dan inklusi. 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 dipertanian. Dalam penelitian ini responden harus memiliki minimal satu gejala untuk seleksi data,

kemudian didapatkan 17.255 responden yang memiliki minimal satu gejala.

Responden yang tinggal di perkotaan dan memiliki gejala tersebut merupakan responden yang tidak menggunakan pelayanan kesehatan, menggunakan pelayanan kesehatan tradisional, pelayanan kesehatan primer (swasta & pemerintah), maupun pelayanan kesehatan lanjutan seperti rumah sakit (swasta & pemerintah). Responden dalam penelitian ini adalah responden yang menggunakan pelayanan kesehatan primer, kemudian seleksi dilakukan sehingga didapatkan sebanyak 2.737 responden yang menggunakan pelayanan kesehatan primer baik swasta dan pemerintah.

Diantara 2.737 responden terdapat responden menggunakan pelayanan kesehatan primer swasta dan pemerintah dalam 4 minggu sebesar 174 responden yang kemudian dihilangkan karena merupakan kriteria eksklusi. Setelah dilakukan pemilihan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi maka didapatkan besar sampel yang dianalisis pada penelitian ini adalah 2.563 responden.



Gambar 1. Proses *Cleaning*

Peneliti melakukan proses recoding untuk mengklasifikasikan jawaban atau data berdasarkan kriteria yang terdapat pada definisi operasional. Peneliti melakukan analisis kuantitatif deskriptif. Analisis kuantitatif deskriptif dalam penelitian ini terdiri atas frekuensi dan persentase. Analisa dalam penelitian ini juga menggunakan grafik batang dan kurva Lorenz.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui sebaran pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi dan kepemilikan jaminan kesehatan. Dapat diketahui bahwa semakin tinggi status ekonomi masyarakat di perkotaan maka mereka cenderung menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dibandingkan milik pemerintah.

Tabel 1. Tabulasi Silang Satus Ekonomi dan Kepemilikan Jaminan Kesehatan dengan Pemanfaatan pelayanan Kesehatan di Perkotaan Berdasarkan Data IFLS Tahun 2014

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pemerintah n=897		Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Swasta n=1.666	
	N	%	N	%
Status Ekonomi				
Kuantil 1 (Sangat Miskin)	177	50,57	173	49,43
Kuantil 2 (Miskin)	193	41,33	274	58,67
Kuantil 3 (Menengah Bawah)	199	37,34	334	62,66
Kuantil 4 (Menengah Atas)	172	29,15	418	70,85
Kuantil 5 (Sangat Kaya)	156	25,04	467	74,96
Jaminan Kesehatan				
Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan	294	28,88	724	71,12
Jaminan Kesehatan Perusahaan, Askes, Swasta	108	23,74	347	76,26
Jaminan Kesehatan Daerah	102	54,55	85	45,45
Jaminan Kesehatan Pemerintah Pusat	296	54,61	246	45,39
Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS)	97	26,87	264	73,13

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Berdasarkan Tabel 2 juga dapat kita ketahui bahwa masyarakat perkotaan yang membayar dengan uang pribadi lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan swasta. Tidak hanya *out of pocket* saja yang lebih banyak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan swasta, tetapi masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan perusahaan, askes, dan swasta, serta BPJS Kesehatan. Pada jamkesda dan jaminan kesehatan milik pemerintah pusat seperti jamkesmas, jampersal, jamkessos lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan milik pemerintah.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui masyarakat perkotaan lebih memilih menggunakan pelayanan kesehatan swasta. Hasil ini sama jika dibandingkan dengan data IFLS sebelumnya pada tahun 1997 dalam penelitian Hidayat, Thabrany, Dong, & Sauerborn yang menunjukkan lebih banyak pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta dibandingkan pemerintah¹². Penggunaan pelayanan kesehatan swasta hampir dua kali pemanfaatan milik pemerintah (Tabel 2) sedangkan ketersediaan pelayanan kesehatan primer di kota antara milik pemerintah dan swasta tidak jauh berbeda. Perbandingan antara puskesmas dan puskesmas

pembantu dengan praktek swasta di perkotaan hanya 1,02 dibanding 1 (olah data IFLS 5). Kualitas pelayanan kesehatan pemerintah menjadi isu penting. Basu, Andrews, Kishore, Panjabi, & Stuckler menemukan kualitas pelayanan kesehatan pemerintah tidak selalu lebih buruk dibandingkan swasta tetapi dalam hal keramahan dan waktu tunggu perlu adanya peningkatan¹⁴.

Dibandingkan dengan data tahun 1997 dalam penelitian Hidayat, Thabrany, Dong, & Sauerborn dapat diketahui bahwa selama kurun waktu 17 tahun pelayanan kesehatan milik pemerintah semakin kurang adil. Sebaliknya, pada pelayanan kesehatan milik swasta terlihat bahwa keadilan semakin meningkat. Pada tahun 1997 pelayanan kesehatan pemerintah dinikmati oleh masyarakat dari berbagai jenis status ekonomi, sedangkan saat ini masyarakat dengan status ekonomi miskin banyak yang menggunakan pelayanan kesehatan swasta¹².

Pada kuantil 2 sampai 5 terlihat lebih banyak responden yang menggunakan pelayanan kesehatan swasta (Tabel 2). Harusnya pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta banyak oleh responden kuantil 4 dan 5 karena dianggap mampu untuk membeli

pelayanan kesehatan ataupun membeli jaminan kesehatan swasta¹⁵. Sedangkan kuantil 2 harusnya lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah karena menggunakan jaminan kesehatan pemerintah yang merupakan fasilitas kesehatan

*propoor*¹². Sesuai dengan status ekonomi, kuantil 3 merupakan median sehingga dapat dianggap wajar ketika pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah sama besar.

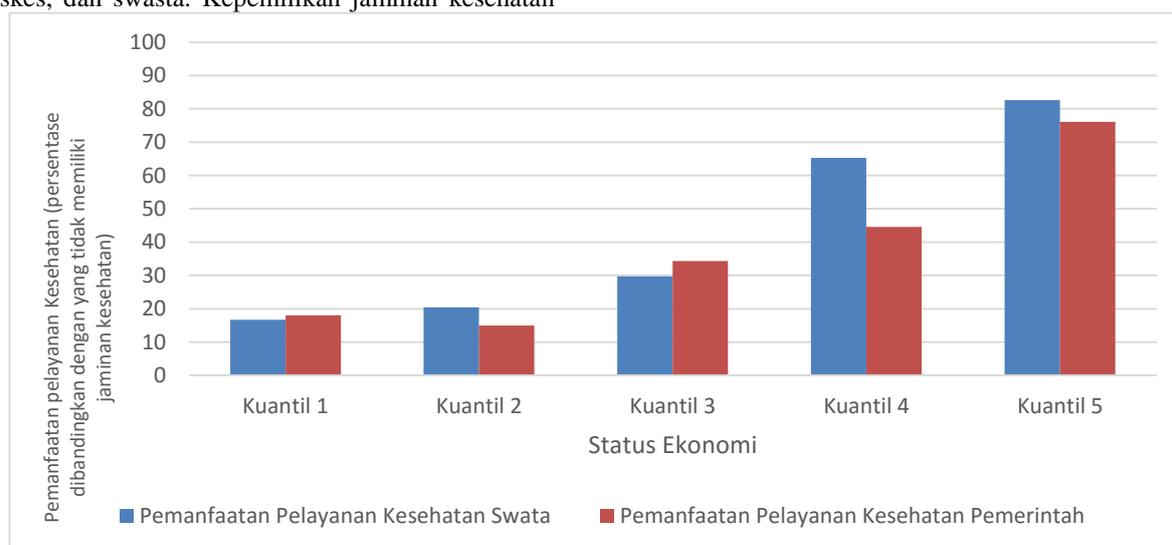
Tabel 2. Distribusi Jaminan Kesehatan Berdasarkan Status Ekonomi (Data IFLS Tahun 2014)

Variabel	Kuantil 1		Kuantil 2		Kuantil 3		Kuantil 4		Kuantil 5		Total	
	n=350		n=467		n=533		n=590		n=623		n=2563	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak memiliki Jaminan Kesehatan	134	13,16	187	18,37	229	22,50	244	23,97	224	22,00	1018	100
Jaminan Kesehatan Perusahaan, Askes, Swasta	23	5,05	35	7,69	71	15,60	144	31,65	182	40,00	455	100
Jaminan Kesehatan Daerah	22	11,76	45	24,06	46	24,60	37	19,79	37	19,79	187	100
Jaminan Kesehatan Pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal)	141	26,01	152	28,04	116	21,40	66	12,18	67	12,36	542	100
Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS)	30	8,31	48	13,30	71	19,67	99	27,42	113	31,30	361	100

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Tabel 3 menunjukkan distribusi kepemilikan jaminan kesehatan berdasarkan status ekonomi. Responden yang tidak mempunyai jaminan kesehatan paling banyak pada kuantil 4 (menengah atas). Masih terdapat penduduk sangat miskin dan penduduk miskin pada kuantil 1 dan 2 yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Pemilik jaminan kesehatan perusahaan, askes, dan swasta terkonsentrasi pada kuantil 5 (sangat kaya). Semakin meningkat status ekonomi semakin meningkat jumlah kepemilikan jaminan kesehatan perusahaan, askes, dan swasta. Kepemilikan jaminan kesehatan

daerah paling banyak terdapat pada responden dengan status ekonomi kuantil 3 (menengah bawah) dan kuantil 2 (miskin). Kepemilikan jaminan kesehatan pemerintah pusat (jamkesmas, jamkessos, jampersal) terkonsentrasi pada status ekonomi kuantil 2 (miskin) dan 1 (sangat miskin), tetapi masih banyak responden dengan status ekonomi kuantil 5 (sangat kaya) dan 4 (menengah atas) yang memiliki jaminan tersebut. Kepemilikan jaminan kesehatan BPJS paling banyak pada kuantil 5 (sangat kaya) dan 4 (menengah atas).

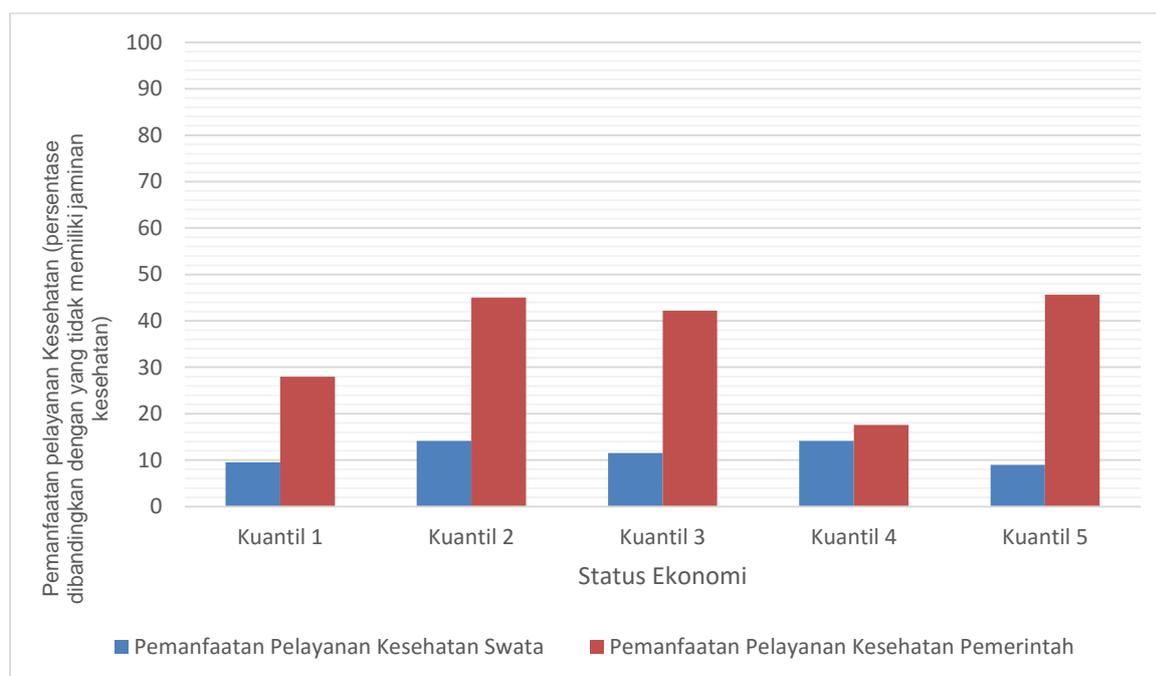


Gambar 2. Dampak Jaminan Kesehatan Perusahaan, Askes, Swasta terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Berdasarkan Gambar 2 dapat diinterpretasikan bahwa jaminan kesehatan perusahaan, askes, dan swasta mempunyai dampak paling rendah pada kuantil 1 dan paling besar pada kuantil 5 terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta. *Gap* rasio pemanfaatan pelayanan kesehatan antara milik pemerintah maupun milik swasta tidak jauh berbeda

dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Dapat 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*.

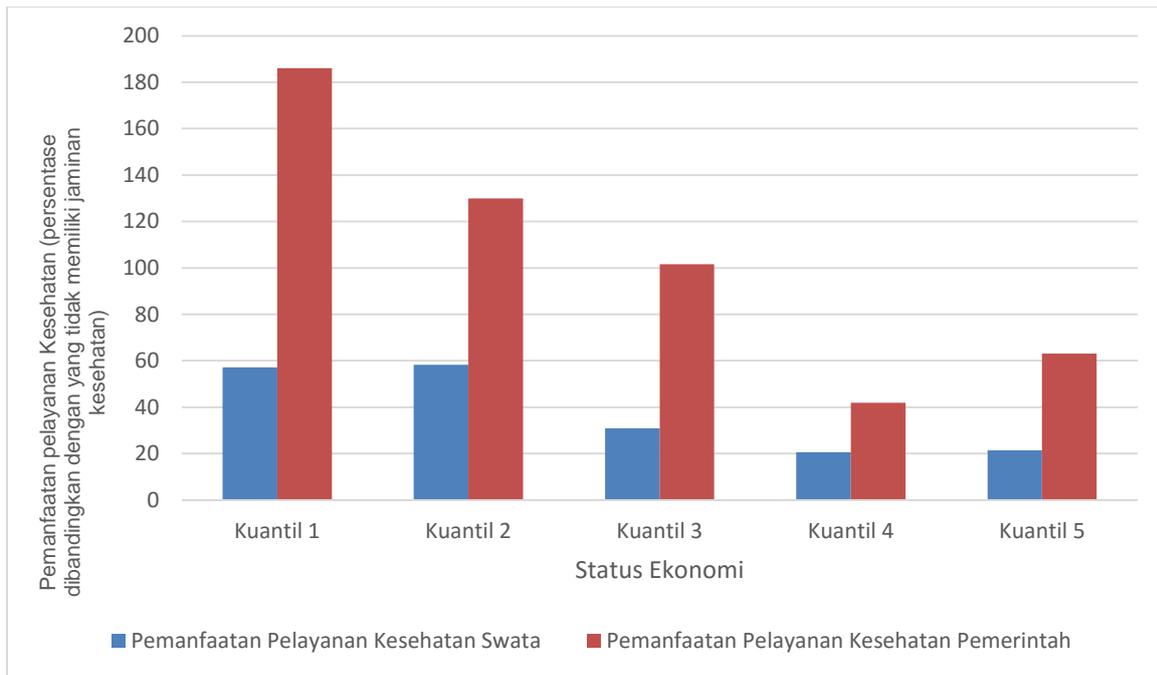


Gambar 3. Dampak Jaminan Kesehatan Daerah terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Gambar 3 menunjukkan bahwa jaminan kesehatan daerah mempunyai dampak tidak jauh berbeda pada tiap kuantilnya terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta. *Gap* rasio Pemanfaatan pelayanan kesehatan milik pemerintah jauh lebih tinggi dibandingkan dengan milik swasta setelah dibandingkan dengan responden

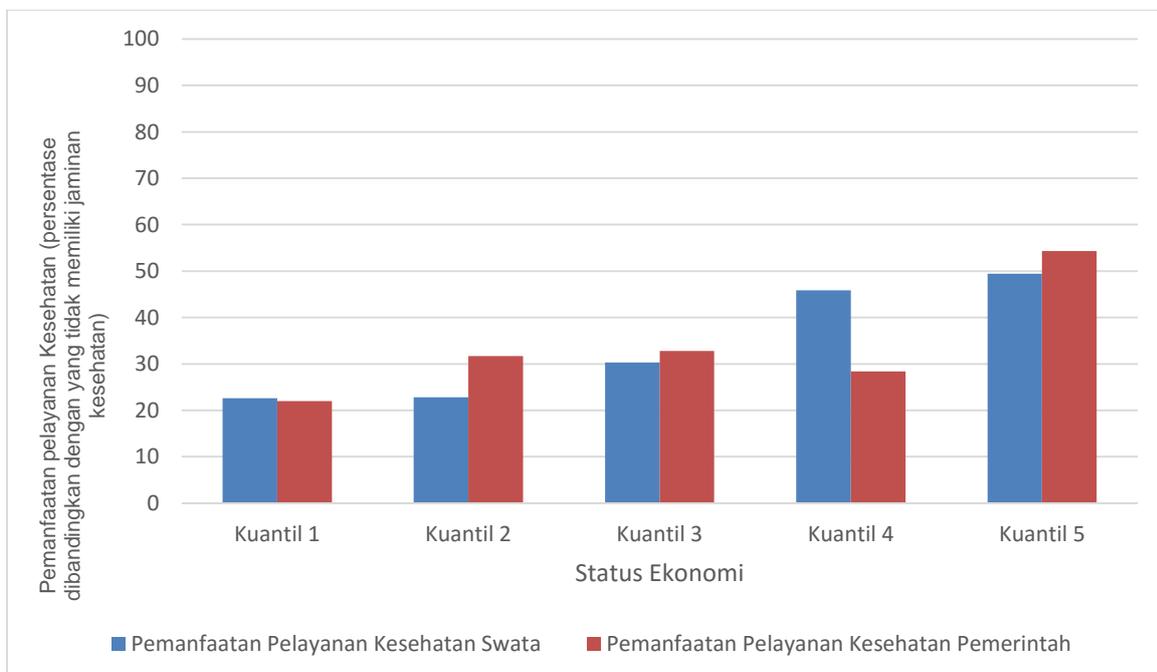
yang tidak memiliki jaminan kesehatan, artinya jaminan kesehatan daerah dapat menekan masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah. Berdasarkan Gambar 3 tersebut dapat diketahui bahwa jaminan kesehatan daerah juga banyak dimanfaatkan oleh masyarakat berstatus kaya.



Gambar 4. Dampak Jaminan Kesehatan Pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer Pemerintah dan Swasta
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Berdasarkan Gambar 4 dapat diinterpretasikan bahwa jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) mempunyai dampak paling rendah pada kuantil 5 dan paling besar pada kuantil 1 terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta. Setelah adanya jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) pemanfaatan pelayanan

kesehatan lebih banyak pada milik pemerintah dibandingkan dengan milik swasta. Dapat diketahui bahwa 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*.



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

Gambar 5 menunjukkan bahwa jaminan kesehatan BPJS mempunyai dampak paling rendah pada kuantil 1 dan paling besar pada kuantil 5 terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta. *Gap* rasio pemanfaatan pelayanan kesehatan antara milik pemerintah maupun milik swasta tidak jauh berbeda pada tiap kuantilnya jika dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki jaminan kesehatan pada tiap kuantilnya. Dapat diketahui bahwa terjadi pola pemanfaatan pelayanan kesehatan yang meningkat berdasarkan peningkatan status ekonomi, artinya jaminan kesehatan BPJS merupakan upaya yang memberikan dampak paling banyak pada orang kaya atau *prorich*.

Berdasarkan stratifikasi kepemilikan jaminan kesehatan terdapat keanehan dalam jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu pada kepemilikan jaminan kesehatan daerah, pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal), dan BPJS. Penggunaan pelayanan kesehatan oleh responden yang memiliki jaminan kesehatan BPJS harusnya lebih banyak pada milik pemerintah dibandingkan milik swasta karena pada awal pemberlakuan Program JKN fasilitas kesehatan pemerintah yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan. Penyedia pelayanan kesehatan harus bekerja sama dengan BPJS kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pemilik jaminan kesehatan BPJS³. Pada jaminan kesehatan daerah dan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) jumlahnya lebih banyak pada pelayanan kesehatan pemerintah tetapi selisihnya tidak terlalu besar. Masyarakat tetap menjadikan fasilitas pelayanan kesehatan swasta sebagai pilihan untuk mendapat pelayanan kesehatan. Pelayanan yang cepat dan keramahan merupakan alasan yang menjadikan fasilitas pelayanan kesehatan swasta menjadi pilihan¹⁴. Harusnya responden yang memiliki jaminan kesehatan BPJS lebih memilih pelayanan kesehatan pemerintah karena pada awal tahun 2014 merupakan awal pemberlakuan JKN yang mana fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang ditunjuk langsung untuk memberikan pelayanan kepada pemilik jaminan kesehatan BPJS.

Pelayanan kesehatan oleh pemilik jaminan kesehatan BPJS harusnya sama besar antara orang miskin dan orang kaya, pada realitanya pemanfaatan pelayanan oleh pemilik BPJS dinikmati oleh orang kaya. Ketidakadilan jaminan kesehatan BPJS ini didukung oleh penelitian Intiasari yang menemukan bahwa kebijakan *single pooling* berdampak pada fenomena *moral hazard*. Peserta Non PBI Mandiri (pemilik jaminan kesehatan BPJS dengan status kaya) merupakan *pool* dengan persentase jumlah peserta terkecil jumlah total peserta JKN tetapi persentase pemanfaatan jaminan pelayanan kesehatan paling besar¹⁶.

Jaminan kesehatan daerah dan jaminan kesehatan pemerintah (jamkesmas, jamkessos, jampersal) mempengaruhi responden untuk menggunakan pelayanan kesehatan milik pemerintah¹⁷. Hal itu merupakan sesuatu yang wajar, karena pemerintah menjamin pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah. Tetapi terdapat keanehan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemilik jaminan kesehatan daerah. Jaminan kesehatan daerah yang harusnya ditujukan kepada orang miskin, masih banyak orang kaya yang memanfaatkan (Gambar 3). Selain itu, pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemilik jaminan kesehatan daerah terkonsentrasi pada status ekonomi tertentu (gambar 8). Penggunaan Jaminan Kesehatan Daerah oleh responden kaya kemungkinan dapat disebabkan karena kesulitan dalam mengidentifikasi dan menentukan target yang dijamin¹⁸. Perlu adanya upaya yang menjamin Jamkesda tepat sasaran atau dimiliki oleh masyarakat berstatus miskin.

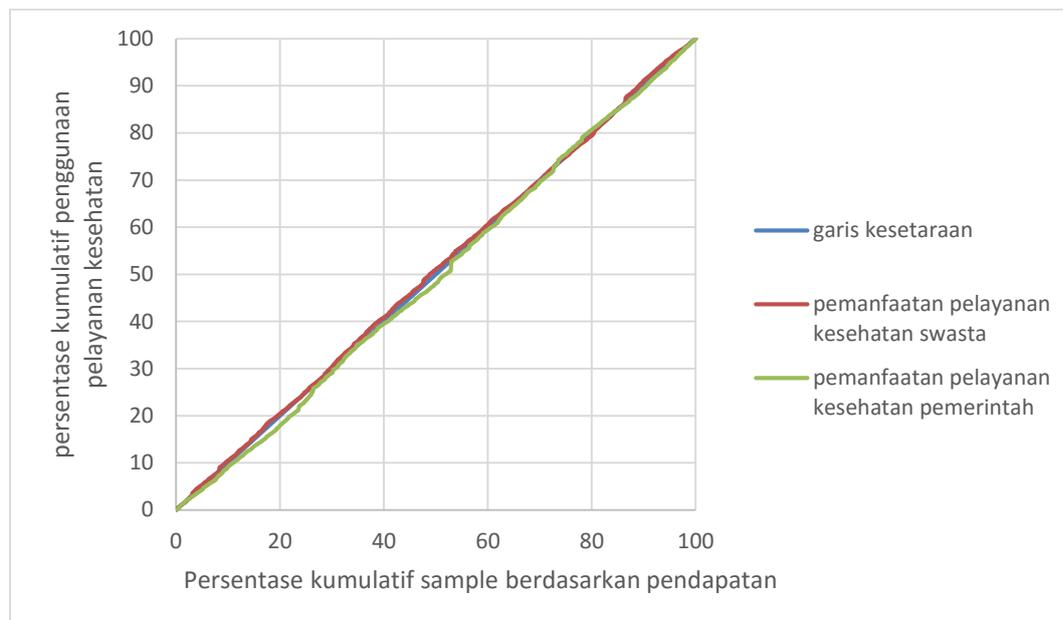
Perlu diperhatikan bahwa jaminan kesehatan memiliki pengaruh bersama faktor lain terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor lain adalah umur, jenis kelamin, status pernikahan, penyakit yang pernah diderita, pendidikan, pekerjaan, besarnya keluarga, status ekonomi, daerah bagian, disabilitas, dan keadaan umum¹⁷. Penelitian yang lain juga menyebutkan bahwa jaminan kesehatan dan faktor lain seperti umur, jenis kelamin, status pernikahan, penyakit yang pernah diderita, pendidikan, pekerjaan, besarnya keluarga, status ekonomi, daerah bagian, disabilitas, dan keadaan umum berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan (Hidayat, Thabrany, Dong, & Sauerborn, 2004).

Biaya kesehatan yang tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan merupakan hambatan keuangan untuk masyarakat miskin dalam menggunakan pelayanan kesehatan¹⁹. Kepemilikan jaminan kesehatan terbukti mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh responden dengan status ekonomi miskin¹¹. Kemiskinan merupakan faktor yang membatasi masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan²⁰. Jaminan kesehatan yang disubsidi memang harus dilakukan oleh pemerintah kepada masyarakat miskin. Jaminan kesehatan terbukti memiliki dampak positif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga perlu dilakukan perluasan kepesertaan disertai subsidi terhadap masyarakat miskin¹².

Pada kuantil 1 (sangat miskin) menunjukkan ketimpangan yaitu lebih seringnya responden yang terjamin BPJS menggunakan pelayanan kesehatan swasta dibandingkan pemerintah (Gambar 4). Lebih seringnya pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu telah banyak fasilitas kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS dan persepsi responden pelayanan

swasta yang dianggap lebih baik dibandingkan pemerintah. Sejalan dengan Castiglione, Lovasi, & Carvalho yang menemukan bahwa masyarakat miskin mendapatkan pengalaman tidak menyenangkan dari penyedia layanan kesehatan milik pemerintah seperti kurangnya belas kasih atau keramahan sehingga masyarakat miskin memilih swasta sebagai alternatif pelayanan kesehatan ²¹.

Kesetaraan (*equity*) terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan isu penting yang perlu mendapatkan perhatian dalam mencapai tujuan sistem kesehatan. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat ²². Berikut ini adalah kurva kesetaraan pemanfaatan pelayanan kesehatan primer di perkotaan berdasarkan pendapatan.



Gambar 6. Kurva Konsentrasi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer di Perkotaan
Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Gambar 6 merupakan kurva konsentrasi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh responden dalam 4 minggu yang diurutkan berdasarkan pendapatan. Sumbu Y merupakan persentase kumulatif pemanfaatan pelayanan kesehatan sedangkan sumbu X merupakan persentase kumulatif jumlah sampel yang diurutkan berdasarkan besarnya pendapatan. Berdasarkan kurva tersebut dapat diketahui bahwa baik garis pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta mendekati garis kesetaraan. Artinya, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi responden miskin maupun kaya tidak jauh berbeda.

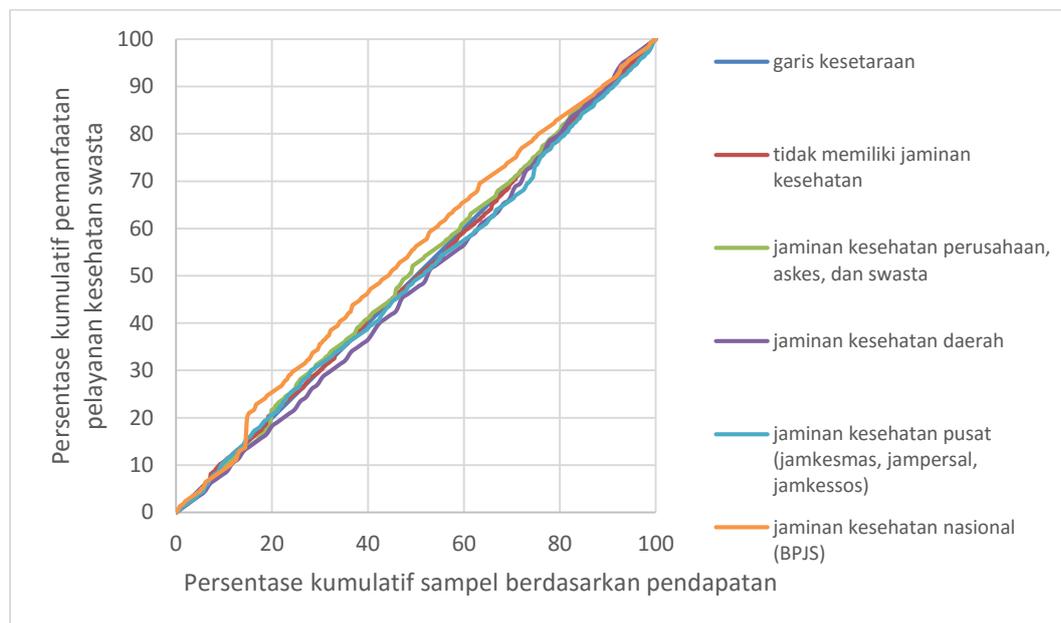
Gambar 6 merupakan kurva konsentrasi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diurutkan berdasarkan pendapatan. Berdasarkan kurva tersebut dapat diketahui bahwa baik garis pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta mendekati garis kesetaraan. Artinya, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi responden miskin maupun kaya tidak jauh berbeda. Berdasarkan Gambar 6 dapat disimpulkan bahwa dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta pada awal implementasi JKN, orang miskin dan orang kaya tidak jauh berbeda. Pemanfaatan pelayanan kesehatan primer dapat dikatakan adil.

Equity terhadap akses pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang dihadapi oleh banyak negara di dunia. Hal ini dapat tercapai jika pelayanan kesehatan terdistribusi menurut geografi, sosial ekonomi dan kebutuhan masyarakat. Perbaikan dari segi kebijakan dan penelitian terkait perlu terus ditingkatkan²². *Equity* dalam pelayanan kesehatan yaitu adanya kesamaan pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama, kesamaan akses, kesamaan tingkat kesehatan dan kesamaan tingkat pendapatan²².

Masalah *equity* terhadap akses pelayanan kesehatan menjadi isu penting yang menggambarkan kesenjangan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Perbedaan faktor sosial ekonomi, asuransi kesehatan, kebutuhan kesehatan dan geografis mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan²². Hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan adanya *inequity* pemanfaatan pelayanan kesehatan jika melihat status ekonominya. Perlu adanya stratifikasi utilisasi pelayanan kesehatan primer berdasarkan kepemilikan jaminan kesehatan.

Peneliti melakukan stratifikasi penggunaan fasilitas pelayanan primer berdasarkan kepemilikan jaminan kesehatan untuk membuktikan bahwa masih adanya ketimpangan dalam penggunaan pelayanan

kesehatan milik swasta di perkotaan pada awal berlakunya JKN.



Gambar 7. Kurva Konsentrasi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Swasta Perkotaan Berdasarkan Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Gambar 7 merupakan kurva konsentrasi pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta oleh responden dalam 4 minggu terakhir yang diurutkan berdasarkan pendapatan. Sumbu Y merupakan persentase kumulatif pemanfaatan pelayanan kesehatan milik swasta sedangkan sumbu X merupakan persentase kumulatif jumlah sampel yang diurutkan berdasarkan besarnya pendapatan. Gambar 7 menunjukkan kurva konsentrasi yang terbagi atas kepemilikan jaminan kesehatan.

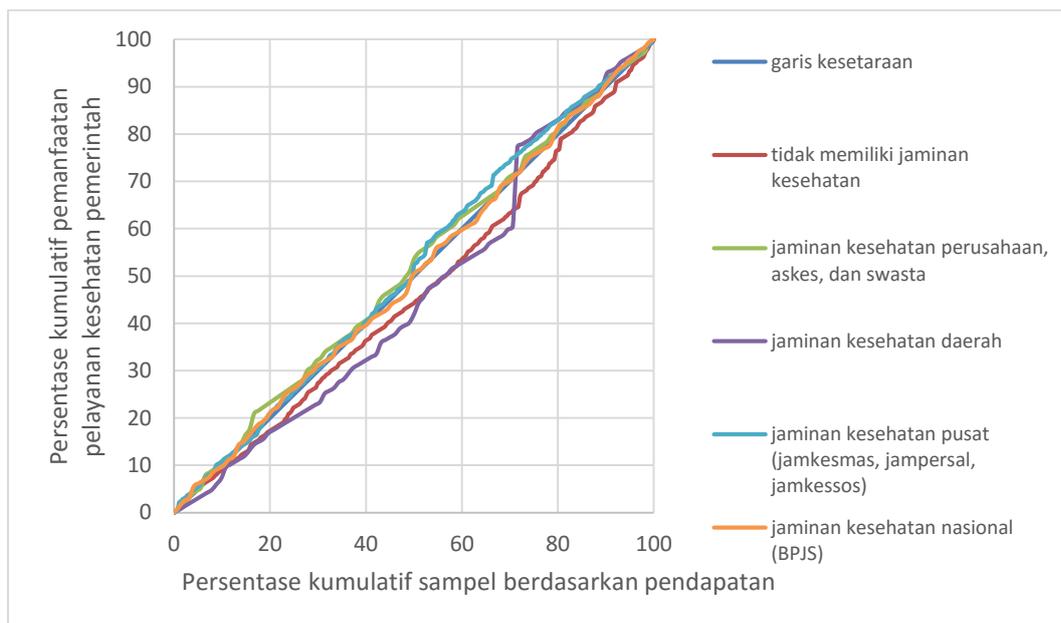
Berdasarkan gambar 7 tersebut dapat diketahui bahwa kurva yang paling jauh dari garis kesetaraan adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta oleh pemilik jaminan kesehatan BPJS, sedangkan kurva yang lain dekat dengan garis kesetaraan. Artinya, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh responden yang memiliki jaminan kesehatan BPJS terkonsentrasi pada status ekonomi tertentu. Pemanfaatan jaminan kesehatan BPJS di perkotaan pada awal berlakunya JKN cenderung dinikmati oleh masyarakat kaya.

Secara umum implementasi program BPJS Kesehatan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan ke fasilitas kesehatan swasta dan pemerintah dibandingkan dengan fasilitas yang tidak bekerjasama dengan BPJS²⁴. Selain itu kurva menunjukkan adanya ketidakadilan pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta oleh pemilik jaminan kesehatan BPJS (Gambar 7). Ketidakadilan terbukti juga berdasarkan rasio pemanfaatan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki jaminan kesehatan (Gambar 5).

Berdasarkan gambar 7 terbukti bahwa pada awal implementasi JKN ada *inequity* pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta. Pada awal implementasi JKN pemanfaatan pelayanan kesehatan primer dengan kepemilikan jaminan kesehatan BPJS kesehatan didominasi oleh orang kaya. Ini juga terbukti dari gambar 5 bahwa semakin kaya seseorang yang memiliki BPJS Kesehatan maka semakin menggunakan pelayanan kesehatan primer baik swasta maupun pemerintah. Ini bertentangan dengan konsep awal BPJS adalah untuk jaminan kesehatan sosial. Harusnya BPJS Kesehatan digunakan sama besar oleh masyarakat baik masyarakat miskin maupun masyarakat kaya.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta ini dapat berarti menggunakan dana pribadi (*out of pocket*) atau menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Perlu adanya penelitian lebih lanjut bagaimana mekanisme pembayaran biaya pelayanan kesehatan swasta oleh masyarakat miskin pada awal penerapan program JKN, menggunakan dana pribadi ataukah dijamin oleh BPJS. Selain itu belum terdapat bukti dan kepastian apakah jaminan kesehatan BPJS sebagai program JKN memberikan proteksi finansial terhadap rumah tangga miskin²⁵.

Peneliti melakukan stratifikasi penggunaan fasilitas pelayanan primer berdasarkan kepemilikan jaminan kesehatan untuk membuktikan bahwa masih adanya ketimpangan dalam penggunaan pelayanan kesehatan milik pemerintah di perkotaan pada awal berlakunya JKN.



Gambar 8. Kurva Konsentrasi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pemerintah di Perkotaan Berdasarkan Kepemilikan Jaminan Kesehatan
 Sumber: Hasil Olah Data IFLS 5

Gambar 8 merupakan kurva konsentrasi pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah oleh responden dalam 4 minggu terakhir diurutkan berdasarkan pendapatan. Sumbu Y merupakan persentase kumulatif pemanfaatan pelayanan kesehatan milik pemerintah sedangkan sumbu X merupakan persentase kumulatif jumlah sampel yang diurutkan berdasarkan besarnya pendapatan. Gambar 8 menunjukkan kurva konsentrasi yang terbagi atas kepemilikan jaminan kesehatan. Berdasarkan gambar tersebut dapat diketahui bahwa kurva yang paling jauh dari garis kesetaraan adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan pemerintah oleh pemilik jaminan kesehatan daerah, sedangkan kurva yang lain dekat dengan garis kesetaraan. Artinya, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh responden yang memiliki jaminan kesehatan daerah terkonsentrasi pada status ekonomi tertentu.

Berdasarkan gambar 8 dapat diketahui bahwa masyarakat perkotaan yang tidak memiliki jaminan kesehatan atau *out of pocket* menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah lebih banyak orang miskin.

Pada responden dengan status ekonomi miskin (kuantil 1 dan 2) jaminan kesehatan memegang penting sebagai perlindungan kesehatan. Masyarakat miskin dianggap tidak dapat membeli pelayanan kesehatan sehingga perlu adanya jaminan kesehatan. Sayangnya masih banyak responden berstatus miskin yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Kesulitan identifikasi untuk menentukan kriteria responden yang dijamin oleh pemerintah merupakan masalah dalam memberikan jaminan kesehatan (Fenny, Yates, Thompson, 2018). Pada gambar 8 dapat diketahui bahwa masih ada *inequity* dalam

pemanfaatan pelayanan kesehatan primer milik pemerintah. Berdasarkan gambar tersebut dapat diketahui bahwa *out of pocket* didominasi oleh masyarakat miskin. Idealnya masyarakat miskin tidak *out of pocket* ketika mengakses pelayanan kesehatan. Pemerintah bertanggung jawab untuk menjamin pelayanan kesehatan masyarakat miskin melalui jaminan kesehatan.

Biaya kesehatan yang meningkat akan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, terutama bila pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem *fee for services*²⁶. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh perseorangan dapat menyebabkan keterbatasan akses pelayanan kesehatan yang layak²⁶. Perlu pemerataan jaminan kesehatan agar masyarakat miskin tidak lagi mendapat pelayanan dengan *out of pocket*. Dapat kita lihat pada gambar 5 bahwa jaminan kesehatan BPJS Kesehatan didominasi oleh orang kaya. Melihat hal ini harusnya jaminan kesehatan dapat dirasakan merata oleh semua status sosial ekonomi. Jaminan kesehatan yang paling tepat peruntukannya adalah Jaminan Kesehatan Pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) pada gambar 4. Jaminan Kesehatan Pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) sudah tepat sasaran karena semakin miskin status ekonominya, semakin tinggi pula pemanfaatannya. Berdasarkan gambar 3 jaminan kesehatan daerah masih banyak juga dimanfaatkan oleh masyarakat kaya. Jaminan kesehatan daerah harusnya banyak dinikmati oleh masyarakat miskin untuk menghilangkan retriksi dalam akses pelayanan kesehatan.

Informasi tentang kemampuan jaminan kesehatan untuk mengurangi ketidakadilan telah biasa didengar¹², penelitian ini menunjukkan bahwa tidak semua jaminan kesehatan meningkatkan keadilan. Hasil analisa dalam penilain ini yang terlihat dalam kurva konsentrasi Gambar 7 dan Gambar 8 menunjukkan bahwa jaminan kesehatan daerah dan jaminan kesehatan BPJS masih belum bisa meningkatkan keadilan. Bukti lain yang menunjukan belum adilnya jaminan kesehatan daerah terlihat pada gambar 3. Jaminan kesehatan daerah merupakan jaminan kesehatan yang diperuntukkan orang miskin tetapi pada kenyataannya masih banyak orang kaya yang memanfaatkan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemilik jaminan kesehatan BPJS juga masi belum memenuhi keadilan. Selain kurva konsentrasi, bukti lain yaitu pada Gambar 5 yang menunjukan bahwa adanya peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan seiring peningkatan status ekonomi pemilik jaminan kesehatan BPJS.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemilik jaminan kesehatan perusahaan/askes/swasta dan jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) dapat dikatakan cukup adil. Semakin kaya responden maka kemampuan untuk membeli jaminan kesehatan swasta semakin tinggi yang pada akhirnya terjadi peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan, itulah yang dapat terlihat pada Gambar 2. Pada pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal), Semakin miskin seseorang maka pemerintah bertanggung jawab atas jaminan kesehatannya yang terlihat pada Gambar 4.

Jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) dan askes secara bertahap telah dialihkan menjadi jaminan kesehatan BPJS selain itu jaminan kesehatan daerah juga diintegrasikan dengan jaminan kesehatan BPJS. Saat ini belum ada pembagian pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi pada jaminan kesehatan BPJS artinya memperluas jaminan kesehatan BPJS akan memperluas ketidakadilan. Sejalan dengan penelitian Hidayat, Thabrany, Dong, & Sauerborn, memperluas askes ke seluruh populasi meningkatkan ketidakadilan penggunaan pelayanan rawat jalan pemerintah (menguntungkan orang miskin), sementara memperluas Jamsostek meningkatkan ketidakadilan penggunaan pelayanan rawat jalan swasta (menguntungkan yang kaya)¹². Penelitian di Ekuador oleh Waters juga menunjukkan, bahwa perluasan asuransi untuk semua anggota yang memenuhi syarat di bawah program *General Health Insurance (GHI)* memiliki dampak negatif pada keadilan²⁷. Namun, tidak seperti penelitian ini Waters tidak dapat membedakan antara penggunaan pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta bagi pemilik jaminan kesehatan.

Tahun 2019 merupakan target *Universal Health Coverage (UHC)* oleh BPJS Kesehatan, artinya seluruh penduduk Indonesia dilindungi oleh jaminan

kesehatan. Melihat ketidakadilan pemanfaatan pelayanan kesehatan perlu adanya pembagian pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi (miskin-kaya). Pembagian tersebut selain karena ketidakadilan yang ditemukan pada penelitian ini, subsidi di indonesia belum terbukti efektif menjangkau masyarakat miskin dan mayoritas subsidi diterima oleh masyarakat tidak miskin²⁸. Sejalan dengan penelitian Intiasari yang menjelaskan perlu adanya pembagian manfaat pelayanan kesehatan berdasarkan status kepesertaan¹⁶, dalam penelitian ini pembagian manfaat berdasarkan status ekonomi.

SIMPULAN

Kesimpulan penelitian ini adalah utilisasi pelayanan kesehatan primer milik pemerintah dan swasta di perkotaan pada awal implementasi JKN masih didominasi oleh masyarakat kaya dan masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Masih ada ketidaksetaraan utilisasi pelayanan kesehatan primer milik pemerintah di perkotaan pada awal implementasi JKN berdasarkan status ekonomi khususnya pada pemilik jaminan kesehatan BPJS kesehatan. Masih ada ketidaksetaraan utilisasi pelayanan kesehatan primer milik swasta di perkotaan pada awal implementasi JKN berdasarkan status ekonomi khususnya pada masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Saran yang dapat diberikan yaitu meningkatkan cakupan jaminan kesehatan ke seluruh masyarakat khususnya masyarakat miskin disertai pembagian manfaat (*pooling*) berdasarkan status ekonomi atau kepesertaan untuk mencapai kesetaraan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Perpres. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2013.
2. 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.
3. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Jakarta; 2013.
4. Badan Pusat Statistik. Persentase Penduduk Miskin Indonesia. 2017.
5. BPS. Profil Kemiskinan di Indonesia. 2021.
6. 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;7:1–8.
7. 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.

8. 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;11:87–95.
9. Husna A. Pemanfaatan Puskesmas oleh Penduduk Miskin di Kota-Kota Besar Indonesia (Analisis Data IFLS 2014). Universitas Gadjah Mada; 2017.
10. Meirina I. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Sosial dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Penyandang Disabilitas (Analisis Data IFLS 5). Universitas Gadjah Mada; 2017.
11. Djunawan A. Benarkah Subsidi Jaminan Kesehatan Meningkatkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer oleh Penduduk Miskin Perkotaan. *J Kebijakan Kesehat Indones JKKI*. 2019;8:18–24.
12. 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;19:322–35.
13. 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/NICHD).
14. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries : A Systematic Review. *Plos Med*. 2012;9.
15. Lostao L, Blane D, Gimeno D, Netuveli G, Regidor E. Health & Place Socioeconomic patterns in use of private and public health services in Spain and Britain : implications for equity in health care. *Health Place*. 2014;25:19–25.
16. Intiasari AD. Kebijakan Single Pooling dan Keadilan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. Universitas Gadjah Mada; 2017.
17. Djunawan A. Pengaruh jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer di perkotaan Indonesia: adilkah bagi masyarakat miskin? *Ber Kedokt Masy*. 2018;34:1–5.
18. Fenny AP, Yates R, Thompson R. Social health insurance schemes in Africa leave out the poor. *Int Health*. 2018;10:1–3.
19. Castel P. Health insurance Use of health care services by the poor efficiency and equity issues in the province of Kon Tum. 2009;
20. Craveiro I, Ferrinho P, Sousa B De, Gonçalves 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;5:1954–64.
21. 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.
22. Idris H. Equity of Access to Health Care: Theory & Application in Research. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2016;7:73–80.
23. Idris H. Ekuitas terhadap Akses Pelayanan Kesehatan: Teori & Aplikasi dalam Penelitian. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2016;7:73–80.
24. Rolindrawan D. The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility. *Soc Behav Sci*. 2015;211:550–9.
25. 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.
26. Suharmiati LAD, Astuti WD. Review Kebijakan tentang pelayanan kesehatan puskesmas di daerah terpencil perbatasan. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2013;16:109–16.
27. Waters HR. Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med*. 2000;599–612.
28. World Bank. World Development Report: Investing in health 1993. New York: Oxford University Press for the World Bank; 1993.