

# **Analisis Pola Layanan Kesehatan Rawat Jalan pada Tahun Pertama Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

## ***Analysis of Outpatient Health Services Pattern in The First Year Implementation of National Health Insurance (JKN) Program***

**Wahyu Pudji Nugraheni<sup>1</sup> dan Risky Kusuma Hartono<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Pusat Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia

<sup>2</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM), Gedung HZ, Jl. Harapan No. 501 Lenteng Agung Jakarta Selatan

\*Korespondensi Penulis: nugraheni\_wp@yahoo.com

Submitted: 26-01-2017, Revised: 28-03-2017, Accepted: 02-04-2017

<http://dx.doi.org/10.22435/mpk.v27i1.6000.9-16>

### **Abstrak**

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu manfaat yang dijamin oleh program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan utama program JKN adalah meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan. Pemanfaatan layanan rawat jalan yang semakin baik oleh semua lapisan masyarakat merupakan gambaran ideal dan indikator tercapainya program JKN. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pola pelayanan kesehatan rawat jalan pada fasilitas kesehatan (dokter praktik/klinik, puskesmas, RS pemerintah, dan swasta) di tahun pertama implementasi program JKN. Penelitian ini menggunakan data sekunder dengan menganalisis data *Indonesia Family Life Survey (IFLS) 2014* sebagai tahun pertama implementasi program JKN. Teknik analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif yang diulas secara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada rentang satu tahun implementasi program JKN, usia penduduk yang melakukan akses ke pelayanan kesehatan rawat jalan paling banyak pada rentang usia 0–18 tahun, masyarakat daerah perkotaan lebih banyak mengakses pelayanan kesehatan rawat jalan dibandingkan dengan penduduk pedesaan, dan penduduk pada kisaran kuintil 5 (status ekonomi kaya) sebanyak 26,73%. Fasilitas kesehatan yang paling banyak digunakan untuk layanan rawat jalan adalah dokter praktik/klinik sebesar 4,55%. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai *evidence based* evaluasi perbaikan akses pelayanan kesehatan untuk lebih memperhatikan masyarakat berstatus ekonomi miskin dan jempit bola peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah pedesaan.

Kata kunci: rawat jalan, JKN, IFLS 2014, pelayanan kesehatan

### **Abstract**

*Outpatient treatment is one of the benefits guaranteed by the National Health Insurance (JKN) program. The main objective of JKN program is to increase public accessibility to health services that suits their needs. Utilization of outpatient services are getting better by all levels of society is an indicator to the ideal image of the JKN program. The purpose of this study was to determine the pattern of outpatient health care at health facilities (physician practices/clinics, public health center, public and private hospitals) in the first year implementation of JKN program. This study used secondary data to analyze the data of Indonesia Family Life Survey (IFLS) in 2014 as the first year of implementation JKN program. The data in this study using a descriptive analysis which was deeply reviewed. The results showed that in the span of one year of JKN program implementation, the age population who get access to outpatient health care at the most in the range 0-18 years, the people of the urban areas more access outpatient health services compared to rural residences, and the population in the range of quintile (rich economic status) as much as 26.73%. Health facilities are the most widely used for outpatient services is physician practice or clinic amounted to 4.55%. The results of this study can be used as an evidence-based evaluation of the improvement of health care access for the public to pay more attention to the economic status of poor and be a proactive improvement of access to health services for people in rural areas.*

*Keywords: outpatient, JKN, IFLS 2014, health service*

## Pendahuluan

Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) melalui *Declaration of Human Right* sejak 1948 telah menyepakati kesehatan sebagai hak asasi manusia.<sup>1</sup> Sejalan dengan itu Undang-Undang Dasar (UUD) Republik Indonesia tahun 1945 juga telah menetapkan berbagai macam hak terkait kesehatan yang terangkum dalam 17 pasal.<sup>2</sup> Pasal-pasal tersebut mencakup hak untuk hidup, hak reproduksi, hak memperoleh manfaat ilmu pengetahuan dan teknologi tentang kesehatan, serta hak mendapatkan pelayanan serta jaminan kesehatan. UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM) Pasal 9 juga menyebutkan adanya penjaminan hak manusia untuk memperoleh pelayanan kesehatan, memelihara kesehatan, dan mencegah penyakit penyebab kematian.<sup>3</sup> Berdasarkan kesepakatan dan peraturan tersebut, kesehatan merupakan hak yang sangat mendasar untuk dimiliki setiap individu.

Tujuan pembangunan kesehatan Indonesia yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.<sup>4</sup> Determinan kesehatan dalam era baru kesehatan masyarakat mencakup pendapatan, sosial status, pendidikan, pekerjaan, kondisi fisik, genetik, kultur, dan pelayanan kesehatan.<sup>5</sup> Akses pelayanan kesehatan merupakan upaya yang penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan perbaikan kualitas hidup manusia. Pemberian pelayanan kesehatan mencakup rawat jalan, rawat inap, ambulatori, dan *home care* pada pelayanan kesehatan primer, rumah sakit, maupun pada pelayanan kesehatan spesialis.<sup>6</sup>

Seiring dengan perubahan pola penyakit menuju ke arah degeneratif, tuntutan akses pelayanan kesehatan semakin menjadi kebutuhan. Selain itu, prevalensi penyakit menular yang belum selesai penanganannya. Secara ekonomi, kondisi ini mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan kesehatan.<sup>7</sup>

*Demand* terhadap pelayanan kesehatan tidak semata dipengaruhi oleh kebutuhan karena kondisi sakit.<sup>7</sup> Dalam dunia nyata *demand* lebih kompleks dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pendorong (*predisposing*), penguat (*enabling*), dan kebutuhan (*need*) agar individu dapat memperoleh akses ke pelayanan kesehatan.<sup>8</sup> Faktor pendorong mencakup kondisi sosiodemografi berupa umur, jenis kelamin, pendidikan, dan kepercayaan. Faktor penguat dalam bentuk pendapatan, kepemilikan asuransi kesehatan, dan harga pelayanan kesehatan. Sedangkan

faktor pemungkin meliputi adanya kondisi sakit. Diantara faktor tersebut, kondisi penguat yaitu pendapatan menjadi pemicu kesenjangan akses menuju ke pelayanan kesehatan dengan seolah-olah mengenyampingkan masyarakat dengan kondisi ekonomi kurang mampu.<sup>9</sup>

Masyarakat dengan status miskin mengalami kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan rawat jalan yang semestinya dapat lebih terjangkau dari pada layanan rawat inap.<sup>10</sup> Berdasarkan Permenkes No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia 155 Penyakit (terdiri dari 144 penyakit yang ditangani dokter umum dan 11 penyakit yang ditangani dokter gigi) harus diupayakan selesai di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lebih banyak pelayanannya melalui upaya rawat jalan.<sup>11,12</sup> Kasus-kasus penyakit ringan seperti batuk, pilek, asma, diare, sakit kepala, sakit gigi dan penyakit ringan lain seharusnya selesai pada tindakan pada pelayanan kesehatan rawat jalan. Ironinya kondisi sakit menjadi semakin parah jika tidak melakukan kunjungan rawat jalan ke pelayanan kesehatan.

Rendahnya angka kunjungan rawat jalan ke pelayanan kesehatan lebih banyak terjadi pada wilayah negara-negara berkembang. Di Bangladesh, proporsi utilisasi rawat jalan penduduk dengan status sangat miskin hanya berkisar pada angka kurang dari 6%.<sup>13</sup> Begitu juga pada negara Filipina, masyarakat dengan status miskin yang telah memiliki asuransi kesehatan sosial masih mengalami *under* utilisasi akses ke pelayanan kesehatan rawat jalan.<sup>14</sup>

Di Indonesia berdasarkan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) 2007, utilisasi rawat jalan ke pelayanan kesehatan berkisar pada proporsi 14%.<sup>15</sup> Sementara badan kesehatan dunia WHO memberikan target 100% penduduk dapat melakukan akses ke pelayanan kesehatan melalui upaya *Universal Health Coverage* (UHC).<sup>16</sup> UHC berprinsip pada semua penduduk mendapatkan perlindungan asuransi kesehatan, mengurangi *sharing* biaya pelayanan kesehatan, dan memberikan *benefit* yang sebanyak-banyaknya termasuk juga *benefit* rawat jalan ke pelayanan kesehatan.<sup>16</sup>

Indonesia telah mengimplementasikan UHC melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014. Implementasi program JKN berdasarkan UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

(SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.<sup>17,18</sup> Kondisi yang terjadi di negara Cina, sejak diimplementasikannya program UHC, kunjungan rawat jalan mengalami peningkatan sebanyak 16% pada semua lini status ekonomi masyarakat.<sup>19</sup> Begitu juga dengan Jepang, Peru, Thailand, Turki, dan Vietnam yang akhirnya mampu meningkatkan akses layanan kesehatan rawat jalan setelah adanya program UHC.<sup>20</sup>

Adanya program JKN di negara Indonesia diharapkan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan termasuk kunjungan rawat jalan. Setelah program tersebut berjalan, perlu dilakukan evaluasi sejauh mana perbaikan akses layanan kesehatan rawat jalan. Hal ini diperlukan untuk menunjang keberhasilan pembangunan kesehatan dari sisi aksesibilitas rawat jalan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola pelayanan kesehatan rawat jalan dengan menganalisis karakteristik demografi, sosial, ekonomi, jenis keluhan sakit, dan jenis pelayanan kesehatan rawat jalan pada tahun awal implementasi program JKN.

## Metode

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dengan sumber data IFLS 2014. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis statistik bivariat. Data IFLS merupakan data survei rumah tangga, yakni survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (SAKERTI). Data tersebut dikumpulkan oleh RAND corporation bekerja sama Surveymeter. Survei ini mengumpulkan data individu, rumah tangga, fasilitas komunitas. Sampel IFLS dilakukan dengan cara *stratified random sampling* dengan stratifikasi provinsi dan urban/rural. Wilayah pencacahan dipilih di tiap strata dan rumah tangga dipilih setiap wilayah pencacahan secara acak. Hasil sampel representatif 83% keadaan di Indonesia. IFLS dilakukan dari tahun 1993 (IFLS 1), 1997 (IFLS 2), 2000 (IFLS 3), 2007 (IFLS 4), dan 2014 (IFLS 5). Pada IFLS 4 sampel yang terdiri dari 13.535 rumah tangga dan 50.000 individu baik yang disurvei ulang (panel) atau sampel baru. Sedangkan pada IFLS 5 sampel terdiri dari 58.000 individu.<sup>21</sup>

Informasi yang dikumpulkan pada IFLS ada pada tingkat individu, rumah tangga, dan informasi pada komunitas dan fasilitas. Informasi pada tingkat rumah tangga yang terkait dengan dengan kesehatan antara lain status kesehatan, keadaan kesehatan manula,

penggunaan pelayanan kesehatan, dan partisipasi asuransi kesehatan. Sedangkan informasi pada tingkat komunitas dan fasilitas diambil dari fasilitas puskesmas, klinik, dokter praktik swasta, posyandu, pelayanan tradisional, dan pelayanan rumah sakit.

Variabel penelitian terdiri dari karakteristik sosiodemografi individu yang dilihat dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan regional (Sumatera, Jawa, Bali/Nusa Tenggara Barat, Kalimantan, dan Sulawesi) pengambilan sampel data IFLS. Identifikasi variabel sosiodemografi khusus kepada individu yang melakukan utilisasi rawat jalan. Variabel karakteristik kesehatan terdiri dari kondisi keluhan sakit (panas, batuk, pilek, asma, diare, gigi, dan gejala lain). Variabel proporsi utilisasi rawat jalan ke fasilitas kesehatan mencakup dokter klinik, puskesmas, dan rumah sakit. Penelitian ini juga mengidentifikasi berbagai informasi karakteristik status ekonomi dalam pemanfaatan rawat jalan ke fasilitas kesehatan.

Analisis data dilakukan dengan pendekatan deskriptif analitik. Deskripsi variabel yang diintervensi berupa tabel mencakup jumlah observasi, *mean*, proporsi untuk data kategori, standar deviasi, serta nilai *min* dan *max*. Grafik batang dan *spider* juga ditampilkan untuk membandingkan proporsi setiap karakteristik.

## Hasil

Karakteristik individu digambarkan melalui kondisi sosiodemografi. Tabel 1 menggambarkan karakteristik sosiodemografi individu Indonesia berdasarkan data IFLS pada tahun 2014.

Tabel 1 menunjukkan gambaran pemanfaatan layanan rawat jalan dan karakteristik sosiodemografi responden penelitian. Dari 58.304 responden yang berhasil diwawancarai, sebanyak 14,98% responden sakit yang memanfaatkan layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan. Proporsi kelompok usia responden paling besar pada kategori usia 41-60 tahun. Proporsi penduduk perempuan lebih banyak dibandingkan dengan penduduk laki-laki yaitu sebesar 50,97%. Sebagian besar responden tinggal di wilayah perkotaan yaitu sebesar 59,70%.

Berdasarkan pembagian wilayah regional, sebagian besar responden IFLS lebih banyak yang tinggal dan bermukim di regional Jawa (53,58%) dan paling sedikit tinggal di wilayah regional Kalimantan sebanyak 4,85%. Responden dengan status miskin memiliki

proporsi sebesar 17,88% dan sisanya 82,12% tidak termasuk dalam kategori miskin.

Tabel 2 mengidentifikasi gambaran kunjungan rawat jalan berdasarkan karakteristik sosiodemografi responden IFLS tahun 2014.

Usia responden yang melakukan akses ke pelayanan kesehatan rawat jalan paling banyak pada rentang usia 0-18 tahun sebanyak 36,99%. Penduduk berjenis kelamin perempuan lebih banyak melakukan akses rawat jalan dibandingkan penduduk laki-laki. Sebanyak lebih dari 60% masyarakat daerah perkotaan lebih banyak mengakses pelayanan kesehatan rawat jalan dibandingkan dengan penduduk pedesaan. Sebanyak 44,08% pekerja yang melakukan akses pelayanan kesehatan rawat jalan. Berdasarkan status ekonomi, masyarakat sangat miskin (kuintil 1) hanya 12,90% yang melakukan akses rawat jalan ke pelayanan kesehatan. Sedangkan sebagian besar responden yang memanfaatkan layanan kesehatan rawat jalan pada kuintil (status ekonomi kaya sebanyak 26,73)

**Tabel 1. Proporsi Kunjungan Layanan Rawat Jalan dan Karakteristik Responden IFLS Tahun 2014**

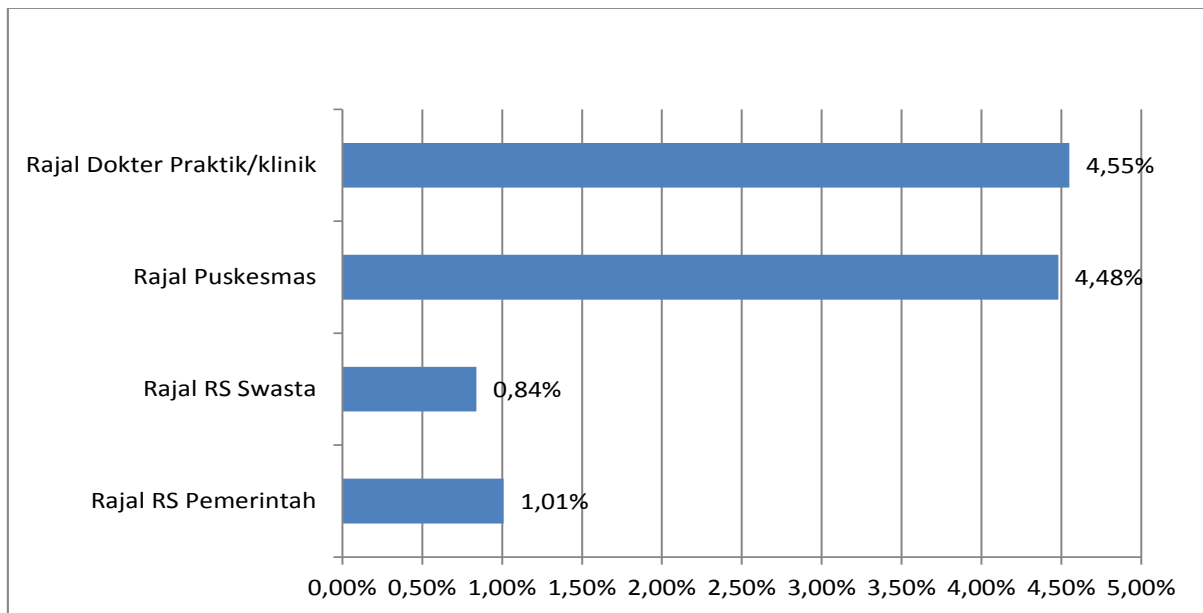
Nama Variabel	Proporsi (n=58.304) (%)
Utilisasi Rawat Jalan	
- Rawat jalan responden sakit	14,98
- Rawat jalan responden tidak sakit	0,96
- Tidak rawat jalan responden sakit	55,72
- Tidak rawat jalan responden tidak sakit	28,34
Jenis Kelamin	
- Laki-laki	49,03
- Perempuan	50,97
Usia	
0-18 tahun	35,72
19-40 tahun	35,42
41-60 tahun	20,37
Di atas 61 tahun	8,48
Wilayah	
Kota	59,70
Desa	40,30
Status Pekerjaan	
Bekerja	41,99
Lainnya	58,01
Status Ekonomi	
Miskin	17,88
Tidak Miskin	82,12
Regional	
Sumatera	23,71
Jawa	53,58
Bali/NTB	12,04
Kalimantan	4,85
Sulawesi	5,82

**Tabel 2. Utilisasi Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi, 2014**

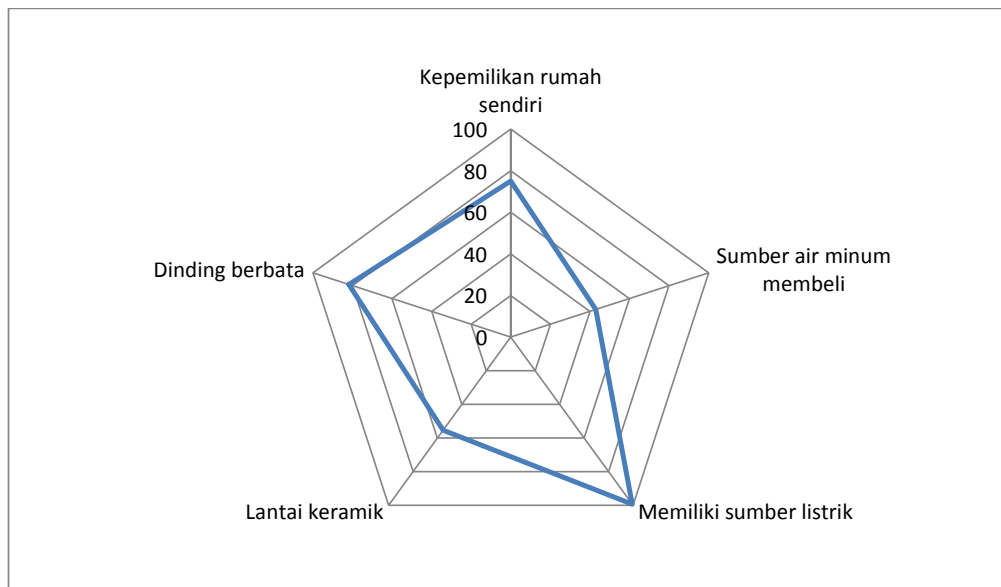
Variabel	Rawat Jalan (n=9.292)	Tidak Rawat Jalan (n=49.012)
	Proporsi (%)	Proporsi (%)
Usia		
0-18 tahun	36,99	35,49
19-40 tahun	32,59	35,89
41-60 tahun	20,24	20,40
Di atas 61 tahun	9,81	8,23
Jenis Kelamin		
Laki-laki	40,87	49,42
Perempuan	59,13	50,58
Wilayah		
Kota	60,51	59,55
Desa	39,49	40,45
Pendidikan		
SD/ sederajat	56,36	50,26
SMP/ sederajat	14,40	17,36
SMA/ sederajat	19,82	22,64
Perguruan Tinggi	9,42	9,74
Status Pekerjaan		
Bekerja	44,08	41,59
Lainnya	55,92	58,41
Anggota RT		
1-5	1-5	54,90
Lebih dari 5	Lebih dari 5	45,10
Status Ekonomi		
Kuintil 1	12,90	16,92
Kuintil 2	18,12	19,55
Kuintil 3	19,50	20,62
Kuintil 4	22,74	21,08
Kuintil 5	26,73	21,84

**Tabel 3. Kondisi Kesehatan dan Jenis Keluhan Penyakit Responden, 2014**

Jenis Penyakit	Proporsi (n=58.304) (%)	Proporsi Rawat Jalan (n=9.292) (%)
Kondisi Kesehatan		
Ada keluhan sakit	70,70	94,01
Tidak ada keluhan sakit	29,30	5,99
Keluhan Sakit		
Panas	22,63	45,72
Batuk	36,07	55,80
Pilek	41,69	60,73
Asma	5,32	11,12
Diare	8,72	16,26
Gigi	11,88	17,65
Gejala lain	42,31	64,04



Gambar 1. Grafik Proporsi Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan, 2014



Gambar 2. Pola Pemanfaatan Rawat Jalan Berdasarkan Kepemilikan Aset, 2014

Hasil identifikasi kondisi kesehatan dan jenis penyakit yang dikeluhkan oleh individu berdasarkan Tabel 3 memperlihatkan bahwa 70,70% menyatakan mempunyai keluhan sakit. Keluhan sakit yang paling banyak dialami oleh responden yaitu pilek sebesar 41,69%. Responden yang mengalami sakit panas, batuk, pilek, maupun keluhan sakit gejala lain telah melakukan utilisasi rawat jalan ke pelayanan kesehatan. Responden dengan keluhan pilek adalah yang paling banyak memanfaatkan layanan kesehatan rawat jalan sebesar 60,73%. Fenomena yang terjadi pada

mereka yang mengalami keluhan jenis penyakit gejala mengakses layanan kesehatan rawat jalan sebesar 64,04%.

Jenis fasilitas layanan kesehatan rawat jalan yang diakses oleh individu sangat beragam yaitu mulai dari dokter praktik, puskesmas, hingga rumah sakit pemerintah maupun swasta. Gambar 1 menunjukkan jenis fasilitas kesehatan yang sering digunakan untuk layanan rawat jalan (rajal).

Gambar 1 menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan JKN yang paling banyak dikunjungi



untuk layanan rawat jalan adalah praktik dokter/ klinik. Sementara fasilitas kesehatan yang paling sedikit dikunjungi untuk layanan rawat jalan adalah rumah sakit swasta.

Potret utilisasi layanan rawat jalan berdasarkan kepemilikan aset dapat dilihat dalam Gambar 2. Kepemilikan aset dilihat dari kepemilikan dinding berbata, kepemilikan sumber listrik, kepemilikan rumah, kepemilikan sumber air minum, dan kepemilikan lantai keramik.

Gambar 2 menunjukkan bahwa jenis kepemilikan aset mempunyai indikasi positif terhadap kemampuan mengakses layanan rawat jalan. Gambar 2 tersebut menunjukkan bahwa responden yang paling mampu mengakses pelayanan kesehatan rawat jalan adalah mereka yang rumah tangganya memiliki aset sumber listrik dan bahan rumah terbuat dari dinding berbata.

### Pembahasan

Indonesia mengalami babak baru penerapan sistem pembiayaan kesehatan dengan mengikuti anjuran WHO yaitu tercapainya UHC melalui implementasi program JKN. Indonesia sebagai negara berkembang masih terus melakukan perbaikan indeks pembangunan manusia dari sisi ekonomi, pendidikan, dan usia harapan hidup yang mana peringkatnya masih dalam level medium.<sup>22</sup> Berdasarkan hasil deskripsi karakteristik sosiodemografis menunjukkan kaitan erat kondisi keadaan Indonesia sebagai negara yang berkembang dan peringkat indeks pembangunan manusia pada tataran medium. Gambaran tersebut terjadi pada semua sektor seperti pendidikan yang mana rata-rata tingkat pendidikan masih pada tingkat lulusan SD, jumlah penduduk berdasarkan status ekonomi masih lebih banyak pada proporsi penduduk miskin, dan karakteristik kesehatan penduduk Indonesia dari keadaan keluhan sakit yang diantaranya dapat diatasi melalui pelayanan kesehatan rawat jalan. Program Asuransi Kesehatan Nasional di India berupaya untuk menyamakan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi kaum miskin dan kelas menengah sepadan dengan orang-orang kaya dalam rangka meningkatkan indeks pembangunan manusia.<sup>23</sup> Program JKN di Indonesia semestinya juga mampu berupaya meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan setingkat dengan penduduk berstatus ekonomi kaya setidaknya pelayanan kesehatan rawat jalan.

Dalam hal perubahan pola kunjungan rawat jalan ke pelayanan kesehatan, Sparrow telah menemukan adanya peningkatan pemanfaatan rawat jalan pada kelompok miskin, namun diikuti pula oleh adanya peningkatan biaya kesehatan terutama di daerah perkotaan.<sup>24</sup> Hasil penelitiannya juga menggambarkan kunjungan rawat jalan pada masyarakat pedesaan lebih banyak dilakukan ke pelayanan kesehatan puskesmas, sedangkan masyarakat di daerah perkotaan lebih banyak ke pelayanan kesehatan rumah sakit pemerintah.<sup>24</sup> Sejalan dengan hasil penelitian tersebut, penelitian ini menyebutkan akses pelayanan kesehatan rawat jalan yang paling banyak pada dokter praktik atau klinik sebesar 4,55% yang disusul dengan kunjungan rawat jalan ke puskesmas sebesar 4,48% dengan besaran proporsi yang tidak jauh berbeda. Potensi puskesmas sebagai fasilitas kesehatan milik pemerintah perlu untuk dimaksimalkan peranannya agar dapat memberikan pelayanan kesehatan terutama di daerah pedesaan wilayah Indonesia. Pola pelayanan kesehatan di daerah pedesaan sebaiknya dilakukan dengan jemput bola untuk meningkatkan jumlah kunjungan begitu juga kunjungan rawat jalan.

Terkait dengan program jaminan kesehatan sebelum program JKN di Indonesia, Hidayat dan tim telah melakukan analisis dampak asuransi kesehatan pegawai negeri (Askes) dan swasta (Jamsostek) di Indonesia terhadap kesenjangan akses pelayanan kesehatan.<sup>25</sup> Mereka menemukan bahwa kedua jenis asuransi tersebut memiliki dampak positif terhadap akses pelayanan kesehatan, namun tidak ada dampak pada kesenjangan akses pelayanan kesehatan. Namun, dalam penelitian ini justru menelisik lebih dalam kelompok masyarakat dengan proporsi paling rendah untuk mengakses layanan kesehatan rawat jalan yaitu kelompok masyarakat yang belum mendapatkan akses listrik. Infrastruktur keberadaan jaringan listrik menunjang peran fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Pembangunan infrastruktur sebaiknya dapat segera diupayakan dan dipercepat untuk meningkatkan produktivitas kesehatan, ekonomi, kesejahteraan, dan pembangunan.<sup>26</sup>

Negara Thailand memulai *Universal Coverage Scheme* (UCS) di tahun 2001 dengan menghasilkan peningkatan akses pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer khususnya kelompok masyarakat miskin yang dipengaruhi

oleh kepemilikan jaminan kesehatan.<sup>27</sup> Sejalan dengan hasil penelitian tersebut, hasil temuan pada penelitian ini mengindikasikan penambahan kepesertaan program JKN akan meningkatkan akses kunjungan rawat jalan ke pelayanan kesehatan. Namun, hal tersebut perlu ditunjang dengan dukungan ketersediaan pelayanan kesehatan dan infrastruktur yang memadai.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan masih rendahnya akses kunjungan rawat jalan ke rumah sakit swasta. Padahal pemerintah dan pemerintah daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk bergabung menjadi *provider* program JKN.<sup>28</sup> Perlu adanya perhatian dari pemerintah pusat maupun daerah untuk mendorong rumah sakit swasta agar turut serta menjadi *provider* melalui *public privat partnership*. Manfaatnya justru akan mendorong peningkatan pelayanan, pelaksanaan program yang lebih efisien, dan manfaat ekonomi yang lebih luas.<sup>29</sup> Termasuk peningkatan akses pelayanan kesehatan rawat jalan baik itu ke puskesmas, klinik, dokter praktik, maupun RS pada semua sektor tingkat ekonomi masyarakat.

### Kesimpulan

Penelitian ini memberikan gambaran bahwa pola pemanfaatan layanan rawat jalan terbanyak pada tahun pertama implementasi program JKN adalah mereka yang berusia 0-18 tahun, berpendidikan SD sederajat, tinggal di wilayah kota, tidak bekerja, dan memiliki anggota rumah tangga 1-5 orang. Responden pada kisaran kuintil 5 (status ekonomi terkaya) sebanyak 26,73% paling banyak melakukan akses ke pelayanan kesehatan rawat jalan. Rumah tangga yang memiliki aset sumber listrik dan rumah yang berbahan batu bata memiliki indikasi positif mengakses layanan rawat jalan lebih banyak daripada rumah tangga dengan jenis kepemilikan aset lainnya. Sedangkan fasilitas yang paling banyak dikunjungi untuk rawat jalan adalah layanan dokter praktik/klinik.

### Saran

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai *evidence based* evaluasi perbaikan akses menuju pelayanan kesehatan yang lebih memperhatikan masyarakat miskin dan hampir miskin. BPJS Kesehatan sebagai badan pengelola JKN perlu meningkatkan sosialisasi tentang

manfaat program JKN pada daerah pedesaan. Perlu adanya upaya evaluasi pada rumah sakit swasta dari BPJS dalam rangka meningkatkan kontribusi rumah sakit swasta sebagai *provider* layanan program JKN.

### Ucapan Terima Kasih

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada RAND Corporation yang telah menyediakan data IFLS 2014.

### Daftar Pustaka

1. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. Un [Internet]. 2015;72. Available from: [http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr\\_booklet\\_en\\_web.pdf](http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf)
2. Republik Indonesia. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Sekretariat Jenderal MPR RI; 2002.
3. Republik Indonesia. Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Vol. 165, Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor. Republik Indonesia; 1999.
4. Kementerian Kesehatan RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 KepMenKes RI Nomor HK 02 02 MENKES 52 2015. Republik Indonesia; 2015.
5. Dyakova M, Laaser U, Commission E. Health Determinants in the Scope of New Public Health. 2005. 1-633 p.
6. Breu F, Guggenbichler S, Wollmann J. Health Care in America:Trends in Utilization. Vasa. 2008;
7. Feldstein P. Health care economics. USA: Cengage Learning; 2012.
8. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;1-10.
9. Grabovschi C, Loignon C, Fortin M, Masi R, Smedley B, Stith A, et al. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013;13(1):94. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-94>
10. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. Soc Sci Med. 2004;58(7):1271-84.
11. Kementerian Kesehatan RI. Permenkes No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: Kementrian Kesehatan; 2014.
12. KKI. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi

- Dokter Indonesia. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia; 2012.
13. Tseng YH, Khan MA. Where do the poorest go to seek outpatient care in Bangladesh: Hospitals run by government or microfinance institutions? *PLoS One*. 2015;10(3):1–15.
  14. Quimbo S, Florentino J, Peabody JW, Shimkhada R, Panelo C, Solon O. Underutilization of social insurance among the poor: Evidence from the Philippines. *PLoS One*. 2008;3(10):1–4.
  15. Strauss J, Witoelar F, Sikoki B, Wattie AM. The fourth wave of the Indonesia Family Life Survey: Overview and field report. RAND Labor and Population Working Paper WR-675/1-NIA/NICHD. Santa Monica, CA: RAND; 2009.
  16. WHO. The world health report 2013: Research for universal health coverage. World Health Organ Press. 2013;146.
  17. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Republik Indonesia; 2004.
  18. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Pelaksana Jaminan Sosial. Jakarta: Republik Indonesia; 2012.
  19. Flatø H, Zhang H. Inequity in level of healthcare utilization before and after universal health coverage reforms in China: evidence from household surveys in Sichuan Province. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(1):96. Available from: <http://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0385-x>
  20. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: Lessons from 11 country studies. *Lancet*[Internet]. 2016;387(10020):811–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)
  21. Strauss J, Sikoki B, Witoelar F. The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey (IFLS5): Overview and Field Report. 2014;1(March).
  22. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2015 Work for Human Development. Geneva: United Nations; 2015.
  23. Prinja S, Bahuguna P, Pinto AD, Sharma A, Bharaj G, Kumar V, et al. The cost of universal health care in India: A model based estimate. *PLoS One*. 2012;7(1).
  24. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social health insurance for the poor: targeting and impact of Indonesia's Askeskin program. Citeseer; 2010.
  25. Hidayat B, Thabrany H, Dong H, Sauerborn R. The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. 2004;19(5):322–35.
  26. Tim Presiden RI. Akselerasi Mewujudkan Indonesia Sentris. Jakarta: Kantor Staf Presiden Republik Indonesia; 2016.
  27. Yiengprugsawan V, Carmichael GA, Lim L-Y, Seubsman S, Sleigh AC. Explanation of inequality in utilization of ambulatory care before and after universal health insurance in Thailand. *Health Policy Plan*. 2010;czq028.
  28. Kementerian Kesehatan RI. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
  29. van Herpen GWEB. Public Private Partnerships, the advantages and disadvantages examined. *Assoc Eur Transp* [Internet]. 2002; Available from: <http://abstracts.aetransport.org/paper/download/id/1466>.