

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/379511396>

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan

Book · April 2024

CITATIONS

0

READS

1,834

11 authors, including:



Ratna Dwi Wulandari

Airlangga University

312 PUBLICATIONS 6,699 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Agung Dwi Laksono

National Research and Innovation Agency

554 PUBLICATIONS 5,534 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Mara Ipa

National Institute of Health Research and Development

105 PUBLICATIONS 714 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Sahrir Sillehu

institute of health science Maluku Husada

40 PUBLICATIONS 102 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Editor:

Prof. Ratna Dwi Wulandari

Pemanfaatan

PELAYANAN KESEHATAN

di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan

Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari,
Mara Ipa, Sahrir Sillehu, Hario Megatsari,
Felly Philipus Senewe, Leny Latifah, Hadi Ashar,
Nikmatur Rohmah, Abu Khoiri, Sidiq Purwoko

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan

Editor:

Prof. Ratna Dwi Wulandari

Penulis:

Agung Dwi Laksono

Ratna Dwi Wulandari

Mara Ipa

Sahrir Sillehu

Hario Megatsari

Felly Philipus Senewe

Leny Latifah

Hadi Ashar

Nikmatur Rohmah

Abu Khoiri

Sidiq Purwoko



Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal,
Perbatasan, dan Kepulauan
©2024. Persakmi

Editor:

Prof. Ratna Dwi Wulandari

Penulis:

Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari, Mara Ipa, Sahrir Sillehu,
Hario Megatsari, Felly Philipus Senewe, Leny Latifah, Hadi Ashar,
Nikmatur Rohmah, Abu Khoiri, Sidiq Purwoko

Cetakan Pertama – April 2024

Buku ini diterbitkan oleh:

PERSAKMI

**Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat
Indonesia**

Jl. P. Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar,
Sulawesi Selatan 90245

Email: sekretariat.persakmi@gmail.com

ISBN 978-602-53132-2-6

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi
buku ini tanpa izin tertulis dari Pemegang Hak Cipta.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah Sang Sumber Ilmu yang telah memberikan kesempatan bagi kami, para penulis, untuk menuliskan buku berjudul **Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan** ini. Kami berharap, Allah menjadikan ilmu yang dititipkan pada para penulis menjadi ilmu yang bermanfaat, yang bisa memberi asupan pencerahan bagi siapapun yang membaca buku ini, terutama para pengambil kebijakan.

Para penulis menyusun buku ini dengan memanfaatkan data sekunder hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 dan data primer. Para penulis menganalisis data tersebut untuk beberapa kajian dengan pendekatan kuantitatif. Selain mengkaji atau menganalisis pemanfaatan pelayanan kesehatan pada level nasional, para penulis juga memberi perspektif analisis di beberapa bagian buku pada level regional atau provinsi. Diantaranya adalah regional Kalimantan dan Maluku.

Para penulis di buku ini memberi analisis yang mendalam tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas) di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, atau yang biasa dikenal sebagai DTPK dalam regulasi yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan. Kajian tentang aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan ini akan memberi pencerahan bagi para pembaca tentang faktor apa saja yang bisa menjadi penentu (determinan) dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah perifer ini.

Apa yang para penulis upayakan tentu saja masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu kami, para penulis, membuka kesempatan seluas-luasnya dari para pembaca untuk dapat memberi masukan dan kritik atas substansi buku ini. Kami berharap dapat

menyempurnakan pengetahuan kami tentang pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, baik di rumah sakit maupun Puskesmas, untuk kesempurnaan lebih lanjut dari buku ini, maupun kesempurnaan buku selanjutnya yang akan kami susun.

Surabaya, Maret 2024

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Bab 1 Aksesibilitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan: Bagaimana seharusnya? <i>Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari</i>	1
Bab 2 Kebijakan Perluasan Pemanfaatan Rumah Sakit di Daerah Tertinggal di Indonesia: Siapa Sasarannya? <i>Agung Dwi Laksono, Hario Megatsari, Felly Philipus Senewe, Leny Latifah, Hadi Ashar</i>	13
Bab 3 Menentukan Target Peningkatan Pemanfaatan Puskesmas pada Daerah Tertinggal di Indonesia <i>Ratna Dwi Wulandari, Agung Dwi Laksono, Nikmatur Rohmah, Leny Latifah, Hadi Ashar</i>	43
Bab 4 Pemanfaatan Rumah Sakit di Pulau Kalimantan-Indonesia: Apakah status perbatasan berpengaruh? <i>Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari, Nikmatur Rohmah, Sidiq Purwoko</i>	69
Bab 5 Peran Waktu Perjalanan dalam Pemanfaatan Rumah Sakit di Wilayah Kepulauan: Studi Kasus di Regional Maluku, Indonesia <i>Mara Ipa, Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari</i>	91

Bab 6	Pemanfaatan Rumah Sakit di Provinsi Maluku, Indonesia <i>Sahrir Sillehu, Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari, Abu Khoiri</i>	109
Indeks		129

Bab 1

Aksesibilitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan: Bagaimana seharusnya?

Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari

Secara universal, kesehatan disepakati sebagai salah satu hak asasi manusia. Kesehatan bagi semua sudah menjadi cita-cita masyarakat dunia yang tertulis dalam deklarasi Almaata 1978. Kesehatan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Berdasarkan konsideran Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, diamanatkan bahwa negara menjamin hak

setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh

“Ada beberapa dimensi yang dapat dipelajari terkait dengan pemahaman mengenai akses atau pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Setidaknya ada tiga dimensi akses tersebut yang meliputi akses secara fisik (termasuk di dalamnya masalah geografis), akses pembiayaan, dan akses secara sosial.”

tumpah darah Indonesia untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Republik Indonesia, 2023). Meski demikian, beberapa studi sebelumnya melaporkan masih banyaknya disparitas yang terjadi dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Wulandari and Laksono, 2019; Ipa *et al.*, 2020; Laksono, Paramita and Wulandari, 2020; Suharmiati *et al.*, 2023; Wulandari, Laksono, Mubasyiroh, *et al.*, 2023).

Terjadinya disparitas pelayanan kesehatan salah satunya bersumber dari masalah akses-

sibilitas. Pengertian aksesibilitas atau pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan seringkali merujuk pada kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka dibutuhkan (Laksono *et al.*, 2016; Megatsari *et al.*, 2018). Ada beberapa dimensi yang dapat dipelajari terkait dengan pemahaman mengenai akses atau pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Setidaknya ada tiga dimensi akses tersebut yang meliputi akses secara fisik (termasuk di dalamnya masalah geografis), akses pembiayaan, dan akses secara sosial (Laksono *et al.*, 2016).

Menurut laporan terbaru dari Bank Dunia dan WHO setidaknya setengah dari populasi dunia tidak dapat mengakses

layanan kesehatan penting. Masalah aksesibilitas pelayanan kesehatan ini terutama terjadi di negara berkembang. Organisasi Perburuhan Internasional, melaporkan bahwa 56% orang yang tinggal di daerah pedesaan di seluruh dunia tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan penting (Chowdhury, J., Ravi, RP., 2022)

Demikian pula di Indonesia, aksesibilitas ke fasilitas pelayanan kesehatan masih merupakan sebuah masalah. Beberapa kajian sebelumnya menemukan adanya disparitas dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, baik antar wilayah, antara perkotaan dengan pedesaan, antara si kaya dan si miskin, antar tingkat pendidikan, antar kelompok umur, hingga antar gender (Wulandari and Laksono, 2019; Laksono, Paramita and Wulandari, 2020; Ipa, Laksono and Wulandari, 2023; Suharmiati *et al.*, 2023). Situasi tersebut sudah jamak terjadi di berbagai wilayah di republik ini. Kondisi tersebut dalam beberapa kasus memang bisa dipengaruhi oleh kondisi dan variabilitas yang dimiliki oleh Indonesia.

Di sisi lain, disparitas pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan ditengarai berhubungan positif atau berbanding lurus dengan ketimpangan pembangunan yang diilustrasikan sebagai dikotomi Jawa-Bali dengan Non Jawa-Bali, atau Kawasan Barat Indonesia dibanding Kawasan Timur Indonesia. Ketimpangan tidak hanya terjadi pada ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, alat, dan teknologi, tetapi juga pada ketersediaan tenaga kesehatan pada masing-masing wilayah (Suharmiati, Dwi Laksono and Wahyu Dwi Astuti, 2013; Laksono *et al.*, 2016; Laksono, Ridlo and Ernawaty, 2020).

Lebih lanjut, Indonesia setidaknya memiliki belasan ribu pulau. Hal ini dikonfirmasi oleh *The United Nations Group of Experts on Geographical Names* (UNGEGN) yang menetapkan setidaknya 16.056 pulau dimiliki oleh Indonesia. Jumlah tersebut merupakan sebagian dari 17.504 pulau yang ditetapkan PBB pada Konferensi PBB ke-11 tentang Standardisasi Nama Geografis di New York pada tahun 2017 (*United Nations Group of Experts on Geographical*

Names, 2017). Lebih lanjut, Indonesia memiliki beragam suku dengan kekhasan dan bahasa tersendiri yang berbeda untuk setiap suku. Badan Pusat Statistik setidaknya menyatakan ada sekitar 1.300 suku yang tersebar dari wilayah Aceh hingga Papua (Central Bureau of Statistics of Indonesia, 2011). Kondisi ini merupakan salah satu penentu akses Masyarakat atau pemanfaatan mereka ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Secara filosofis, pemerintah di Indonesia, dalam semua tingkatan, harus bertanggung jawab menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh wilayah di Republik Indonesia, selain juga berkewajiban meminimalisir disparitas yang terjadi dalam pemanfaatannya (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019; Radiani *et al.*, 2021; Laksono, Wulandari, *et al.*, 2023). Menciptakan situasi yang berkeadilan merupakan dasar filosofis dari semua kebijakan yang harus dipegang oleh pemerintah, tidak terkecuali dalam pemerataan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Mahendradhata *et al.*, 2017; Ndugga and Artiga, 2021). Meski tantangan untuk mewujudkan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan sangat berat, situasi tersebut tidak menghilangkan kewajiban bagi pemerintah untuk meminimalisir disparitas yang terjadi.

DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN, DAN KEPULAUAN

Secara umum, Kementerian Kesehatan memiliki terminologi Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan, untuk beberapa wilayah yang menjadi prioritas untuk dilakukan akselerasi dalam Pembangunan kesehatan. Terminologi ini merujuk beberapa regulasi yang menjadi dasar penentuannya. Kriteria daerah tertinggal di Indonesia secara regulasi menjadi kewenangan pemerintah pusat. Pemerintah Indonesia, melalui Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024 telah mengatur beberapa wilayah yang

masuk dalam kategori tertinggal tersebut. Dalam regulasi tersebut secara umum juga memasukkan wilayah kepulauan yang terdiri dari pulau kecil terluar dalam kategori terpencil.

Daerah tertinggal merupakan wilayah kabupaten yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional dan berpenduduk relatif tertinggal. Kriteria penetapan tertinggal dengan enam kriteria besar yaitu perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, prasarana, kemampuan keuangan lokal, aksesibilitas, dan karakteristik daerah (Presiden Republik Indonesia, 2020).

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tersebut, daerah tertinggal meliputi 62 kabupaten di 11 provinsi di Indonesia: Provinsi Sumatera Utara (Nias, Nias Selatan, Nias Utara, Nias Barat), Provinsi Sumatera Barat (Kepulauan Mentawai), Provinsi Sumatera Selatan (Musi Rawas Utara), Lampung Provinsi (Pesisir Barat), Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lombok Utara), Provinsi Nusa Tenggara Timur (Sumba Barat, Sumba Timur, Kupang, Timor Tengah Timur, Belu, Alor, Lembata, Rote Ndao, Sumba Tengah, Sumba Barat Daya, Manggarai Timur, Sabu Raijua, Malaka), Provinsi Sulawesi Tengah (Donggala, Tojo Una-una, Sigi), Provinsi Maluku (Maluku Tenggara Barat, Kepulauan Aru, Seram Barat, Seram Timur, Maluku Barat Daya, Buru Selatan), Provinsi Maluku Utara (Kepulauan Sula, Pulau Taliabu), Provinsi Papua Barat (Teluk Wondama, Teluk Bintuni, Sorong Selatan, Sorong, Tambrauw, Maybrat, Manokwari Selatan, Pegunungan Arfak), dan Provinsi Papua (Jayawijaya, Nabire, Paniai, Puncak Jaya, Boven Digoel, Mappi, Asmat, Yahukimo, Pegunungan Bintang, Tolikara, Keerom, Waropen, Supiori, Mamberamo Besar, Nduga, Lanny Jaya, Mamberamo Tengah, Yalimo, Puncak, Dogiyai, Intan Jaya, Deiyai (Laksono, Megatsari, *et al.*, 2023; Wulandari, Laksono, Rohmah, *et al.*, 2023).

Lebih lanjut, definisi wilayah perbatasan adalah bagian dari wilayah negara yang terletak pada sisi dalam sepanjang batas wilayah Indonesia dengan negara lain, dalam hal batas wilayah negara di darat kawasan perbatasan berada di kecamatan. Wilayah perbatasan ini juga dinilai perlu perhatian lebih dari pemerintah pusat, karena berkaitan dengan kedaulatan negara. Perbatasan negara merupakan etalase nasional di depan negara tetangga (Republik Indonesia, 2008).

Karakteristik khusus yang dimiliki oleh Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) menjadikan daerah ini juga mengalami problematika kesehatan yang khas. Kinerja pelayanan kesehatan di sebagian besar DTPK relatif lebih rendah rendah di banding daerah non DTPK. Hal ini terjadi karena rendahnya kualitas dan keterjangkauan pelayanan kesehatan serta terbatasnya dan tidak meratanya tenaga kesehatan (Maimuna, et al., 2017).

Oleh karena itu strategi utama untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di DTPK adalah melalui pendayagunaan tenaga kesehatan berupa peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas SDM yang ada. Tetapi sayangnya, untuk memenuhi kebutuhan SDM di daerah DTPK bukanlah urusan yang sederhana. Retensi tenaga kesehatan di DTPK masih menjadi masalah global (Russel, et al, 2021). Ada beberapa kendala yang mengakibatkan pemenuhan SDM kesehatan di DTPK mengalami hambatan, diantaranya kondisi kerja, kondisi kehidupan, karakteristik pribadi, faktor politik dan budaya serta masalah pengembangan karir dan professional (Kartika, 2019). Oleh karena itu intervensi kebijakan untuk mengurai masalah maldistribusi tenaga kesehatan masih sangat diperlukan.

Di samping itu kebijakan afirmasi pendidikan kesehatan juga bisa menjadi pilihan yang bijak. Retensi juga bisa ditingkatkan melalui sistem kompensasi yang komprehensif meliputi tunjangan perumahan, tunjangan daerah sulit, serta pengakuan, penghargaan

dan kemudahan peluang karir bagi tenaga kesehatan yang telah lama mengabdi di daerah DTPK.

Di samping pemenuhan kebutuhan SDM, peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di DTPK juga penting untuk diprioritaskan. Beberapa upaya yang bisa dilakukan diantaranya melalui rumah sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, pelayanan kesehatan perairan, dan memprioritaskan DTPK sebagai lokus prioritas dalam berbagai hibah kompetisi pengabdian masyarakat bidang kesehatan.

Dukungan peningkatan akses pelayanan juga harus sejalan dengan pengadaan perbekalan, obat dan alat kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Perencanaan pengadaan alat dan bahan kesehatan perlu dibedakan dengan wilayah lain, mengingat *lead time*-nya akan menjadi lebih lama dibanding wilayah non DTPK. Dukungan pembiayaan kesehatan seperti Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan bantuan sosial juga menjadi salah satu pendorong meningkatnya aksessibilitas masyarakat terhadap pelajaran kesehatan.

Hal lain yang tidak kalah penting adalah penguatan upaya promotive dan preventif. Oleh karena itu pemberdayaan masyarakat di DTPK melalui juga perlu terus didorong. Profil masyarakat DTPK yang secara sosial ekonomi lebih rendah dibanding masyarakat di wilayah urban, membuat proses pemberdayaan masyarakat DTPK menjadi tantangan tersendiri. Kolaborasi dengan tokoh masyarakat atau tokoh adat menjadi unsur krusial.

Peningkatan aksessibilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat di DTPK masih menjadi pekerjaan rumah pemerintah sampai saat ini. Sekalipun perkembangan teknologi informasi dan komunikasi sudah sedemikian pesatnya dan banyak digunakan oleh negara maju untuk mengatasi hambatan pelayanan kesehatan di *remote area* melalui *telehealth*, tetapi penerepan teknologi ini tidak

serta merta bisa diterapkan di Indonesia. Bukan semata masalah literasi digital, tetapi yang lebih utama adalah hambatan geografis dan infrastruktur yang mengakibatkan beberapa DTPK belum mendapatkan pasokan energi dan internet yang memadai. Berbagai fenomena inilah yang mengakibatkan kajian menenai aksesibilitas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan masih sangat relevan untuk diteliti dan dibahas dalam berbagai kesempatan.

PENUTUP

Berdasarkan narasi konteks yang diuraikan sebelumnya, dengan kondisi variabilitas Indonesia yang luar biasa, tidak menghalangi pemerintah dari kewajiban untuk mewujudkan keadilan dalam aksesibilitas atau pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat tanpa kecuali, termasuk di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Disparitas bisa saja masih terjadi, tetapi upaya akselerasi untuk meminimalisir disparitas tersebut tetap harus diupayakan oleh segenap lapisan pemerintah, baik di level pusat hingga level paling kecil. Mewujudkan akses yang berkeadilan di wilayah daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, dapat diartikan juga turut mewujudkan persatuan nasional dan keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Central Bureau of Statistics of Indonesia (2011) *Citizenship, Ethnicity, Religion, and Everyday Language Indonesian Residents. Results of the 2010 Population Census*. Jakarta.
- Chowdhury, J., Ravi, RP., (2022) Healthcare Accessibility in Developing Countries: A Global Healthcare Challenge. *Journal of Clinical & Biomedical Research*, Volume 4(4): 1-5

- Ipa, M. *et al.* (2020) 'Variation of preventive practices and its association with malaria infection in eastern Indonesia: Findings from communitybased survey.', *PLoS ONE*, 15(5): e02.
- Ipa, M., Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2023) 'The Role of Travel Time on Hospital Utilization in the Islands Area: A Cross-Sectional Study in the Maluku Region, Indonesia, in 2018', *Indian Journal of Community Medicine*, 48(2), pp. 269–273. Available at: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_229_22.
- Kartika, L.W., (2019), "Facilitators and Barriers to Health Workforce Retention in Rural and Remote Setting of Indonesia: A Literature Review" in The 3rd International Meeting of Public Health and The 1st Young Scholar Symposium on Public Health, KnE Life Sciences, pages 140–157. DOI 10.18502/cls.v4i10.3716
- Laksono, A.D. *et al.* (2016) *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Edited by S. Supriyanto, D. Chalidyanto, and R.D. Wulandari. Yogyakarta: PT Kanisius.
- Laksono, A.D., Megatsari, H., *et al.* (2023) 'Policy to expand hospital utilization in disadvantaged areas in Indonesia: who should be the target?', *BMC Public Health*, 23(12), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14656-x>.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D., *et al.* (2023) 'Regional disparities in hospital utilisation in Indonesia: a cross-sectional analysis data from the 2018 Indonesian Basic Health Survey', *BMJ Open*, 13(1), p. e064532. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064532>.
- Laksono, A.D., Paramita, A. and Wulandari, R.D. (2020) 'Socioeconomic Disparities of Facility-Based Childbirth in Indonesia', *International Medical Journal*, 25(1), pp. 291–298.
- Laksono, A.D., Ridlo, I.A. and Ernawaty, E. (2020) 'Distribution Analysis of Doctors in Indonesia', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), p. 29. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v8i1.2020.29-39>.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Soedirham, O. (2019) 'Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults', *Iranian*

Journal of Public Health, 48(2), pp. 247–255. Available at: <https://doi.org/10.18502/ijph.v48i2.819>.

Mahendradhata, Y. et al. (2017) *The Republic of Indonesia Health System Review*.

Maimuna, M., Tippe, S., Sitorus, H., (2017) Manajemen Kesehatan Masyarakat Di Pulau Natuna Dalam Rangka Penguatan Pertahanan Negara, *Jurnal Program Studi Manajemen Pertahanan*. April 2017, Volume 3, Nomor 1

Megatsari, H. et al. (2018) ‘Perspektif Masyarakat Tentang Akses Pelayanan Kesehatan (Community Perspective about Health Services Access)’, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), pp. 247–253.

Ndugga, N. and Artiga, S. (2021) *Disparities in Health and Health Care: 5 Key Questions and Answers*. Washington, DC. Available at: <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/> (Accessed: 7 October 2021).

Presiden Republik Indonesia (2020) ‘Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024’, *Kementerian Sekretariat Negara*, pp. 1–8.

Radiani, S.G. et al. (2021) ‘Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas Karanganyar Purbalingga Jawa Tengah: Studi tentang Faktor Pengetahuan, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, dan Aksesibilitas’, *e-GiGi*, 9(2), p. 273. Available at: <https://doi.org/10.35790/eg.v9i2.34535>.

Republik Indonesia (2008) *Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2008 tentang Wilayah Negara*. Indonesia. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/39738/uu-no-43-tahun-2008>.

Republik Indonesia (2023) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Indonesia. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.

Russell, D., Mathew, S., Fitts, M. et al. (2021) Interventions for health

- workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health* 19, 103. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
- Suharmiati, Dwi Laksono, A. and Wahyu Dwi Astuti (2013) 'Review Kebijakan Tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Daerah Terpencil Perbatasan (Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area)', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), pp. 109–116.
- Suharmiati, S. et al. (2023) 'Urban-Rural Disparities in Traditional Health Service Use in Indonesia: A Cross-Sectional Study', *Journal of Southwest Jiaotong University*, 58(3), pp. 375–385. Available at: <https://doi.org/10.35741/issn.0258-2724.58.3.32>.
- United Nations Group of Experts on Geographical Names (2017) *United Nations Conference on the Standardization of Geographical Names*, 11th. Available at: <https://unstats.un.org/unsd/geoinfo/UNGEGN/ungegnConf11.htm> (Accessed: 1 June 2020).
- World Health Organization (2017), <https://www.who.int/news-room/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Rohmah, N., et al. (2023) 'Determine The Target to Increase Primary Healthcare Utilization in Indonesia's Disadvantaged Areas', *Indonesian Journal of Health Administration*, 11(2), pp. 299–310. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v11i2.2023.299-310>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Mubasyiroh, R., et al. (2023) 'Hospital utilization among urban poor in Indonesia in 2018: is government-run insurance effective?', *BMC Public Health*, 23(1), p. 92. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15017-y>.

Wulandari, R.D. and Laksono, A.D. (2019) 'Urban-Rural Disparity: The Utilization of Primary Health Care Center Among Elderly in East Java, Indonesia', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), pp. 147–154. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>.

Bab 2

Kebijakan Perluasan Pemanfaatan Rumah Sakit di Daerah Tertinggal di Indonesia: Siapa Sasarannya?¹

Agung Dwi Laksono, Hario Megatsari, Felly Philipus Senewe, Leny Latifah, Hadi Ashar

Rumah Sakit adalah fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) dalam program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang menangani masalah kesehatan perorangan dan terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat spesialis; subspesialisasi; perawatan rawat jalan tingkat lanjut; dan ruang perawatan khusus rawat inap (Menteri Kesehatan RI,

¹ Telah dipublikasikan sebelumnya dalam Bahasa Inggris dengan judul, *“Policy to expand hospital utilization in disadvantaged areas in Indonesia: who should be the target?”* yang terbit di BMC Public Health, Volume 23 (12), Desember 2023. DOI 10.1186/s12889-022-14656-x

2013; President of the Republic of Indonesia, 2018). Selain itu pelayanan di rumah sakit sebagai FKRTL meliputi pelayanan administrasi; pelayanan obat-obatan dan bahan medis habis pakai; pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis; rehabilitasi medis; layanan darah; layanan kedokteran forensik klinis; dan pelayanan jenazah pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2013).

Warga negara yang menjadi peserta program jaminan kesehatan nasional dapat menggunakan rumah sakit sebagai Faskes RTL atas rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) kecuali dalam keadaan darurat, bencana, pertimbangan geografis, pertimbangan ketersediaan fasilitas, dan kekhususan. masalah kesehatan pasien. (Menteri Kesehatan RI, 2013). Fasilitas kesehatan yang termasuk dalam FKTP antara lain Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas); dokter umum dan dokter gigi; klinik primer swasta dan milik pemerintah; serta rumah sakit kelas D yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2013). Program jaminan kesehatan nasional dengan sistem rujukan diharapkan dapat membantu seluruh masyarakat Indonesia untuk memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan dengan biaya terjangkau sehingga mewujudkan cakupan kesehatan semesta (Agustina *et al.*, 2019; Adyas, 2021).

Tantangan penerapan *universal health coverage* di Indonesia tidak hanya pada aspek biaya saja namun juga pada aspek geografi dimana Indonesia merupakan negara kepulauan sehingga berdampak pada upaya pemerataan ketersediaan pelayanan kesehatan (Minh *et al.*, 2014). Ada pula daerah tertinggal yaitu kabupaten yang wilayah dan

masyarakatnya kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional (President of the Republic of Indonesia, 2020). Status daerah tertinggal pada suatu kabupaten ditentukan oleh pemerintah dengan mengacu pada aspek perekonomian masyarakat; sumber daya manusia; sarana dan prasarana; kemampuan keuangan daerah; aksesibilitas; dan karakteristik daerah (President of the Republic of Indonesia, 2020).

Akses terhadap fasilitas kesehatan di daerah tertinggal masih belum merata dan belum dimanfaatkan secara optimal serta jumlah dokter yang sangat terbatas. Penelitian yang dilakukan di Kecamatan Maurole Provinsi Nusa Tenggara Timur menemukan bahwa ketersediaan pelayanan kesehatan masih sangat minim dan masih terdapat beberapa desa yang belum memiliki fasilitas kesehatan terdekat seperti gubuk kesehatan desa, sehingga mereka harus pergi ke desa tetangga atau harus ke Puskesmas Kecamatan Maurole dan hampir seluruh desa di Kecamatan (Fredison *et al.*, 2017). Penelitian sebelumnya terkait kondisi kesehatan masyarakat yang tinggal di daerah tertinggal, yaitu di Provinsi Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur, menyatakan bahwa pemanfaatan Puskesmas dan Rumah Sakit oleh responden masih belum optimal karena beberapa hal, yaitu 31% mengaku bahwa akses terhadap fasilitas kesehatan terhambat, 14% mengaku tidak puas dengan pelayanan yang diterimanya di Puskesmas karena dianggap jam operasional Puskesmas terlalu singkat, dan 47% tidak mendapat layanan medis (Soewondo *et al.*, 2019).

Pemanfaatan rumah sakit juga masih belum maksimal, dimana sebanyak 81% responden menyatakan mengetahui

rumah sakit mana yang akan dikunjungi, namun 23,7% responden mengaku kesulitan mendapatkan perawatan di rumah sakit tersebut (Soewondo *et al.*, 2019). Permasalahan lain yang dihadapi masyarakat di wilayah Nusa Tenggara Timur selain terbatasnya jumlah dokter adalah rendahnya kualitas tenaga kesehatan dan terbatasnya pelayanan kesehatan (Nanur, Halu and Juita, 2020).

Peningkatan akses terhadap fasilitas kesehatan di daerah tertinggal perlu didukung oleh pemerintah sebagai pengambil kebijakan agar pemerataan akses terhadap fasilitas kesehatan di daerah tertinggal dapat terwujud dan komitmen SDGs mengenai *universal health coverage* (UHC) dan khususnya komitmen “*leave no one behind*” dalam hal kesehatan tercapai. Pendekatan “*leave no one behind*” di bidang kesehatan menyasar masyarakat yang mengalami berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan agar “*health equity*” terlaksana dan terpenuhinya hak atas kesehatan (Zamora *et al.*, 2018). Beberapa aspek yang perlu segera dipersiapkan untuk dilakukan pemerintah guna mewujudkannya antara lain data untuk mengidentifikasi masyarakat yang tertinggal; menempatkan masyarakat yang tertinggal dan berisiko tertinggal sebagai prioritas untuk kemudian memahami apa yang mereka butuhkan; dan memfokuskan kebijakan pada masyarakat yang kurang beruntung dan apa yang dapat meningkatkan kesejahteraan mereka (Stuart and Samman, 2017). Pembatasan akses masyarakat dan penggunaan FKRTL dan FKTP; dan minimnya jumlah dokter di daerah tertinggal menjadi salah satu prioritas yang perlu diperhatikan pemerintah, agar komitmen “*no one left behind*” di bidang kesehatan terwujud (Fredison *et al.*,

2017; Soewondo *et al.*, 2019; Nanur, Halu and Juita, 2020). Kajian ini bertujuan untuk mengetahui target perluasan pemanfaatan rumah sakit bagi daerah tertinggal di Indonesia.

METODE

Sumber Data

Penelitian ini menganalisis data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018. Survei ini merupakan riset dengan desain *cross-sectional* berskala nasional yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riskesdas tahun 2018 mengumpulkan data pada bulan Mei hingga Juli 2018. Selanjutnya survei menggunakan Kuesioner Rumah Tangga dan Individu.

Populasi survei ini terdiri dari seluruh rumah tangga di Indonesia. Struktur sampel survei ini diambil dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2018 yang dilaksanakan pada bulan Maret 2018. Selanjutnya, survei ini mengunjungi sampel sasaran sebanyak 300.000 rumah dari 30.000 blok sensus dalam Survei Sosial Ekonomi tahun 2018 (yang diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik) (The Indonesian MOH, 2018).

Riskesdas 2018 menggunakan metode PPS (*probability proportional to scale*), dengan menggunakan pengambilan sampel linier sistematis dalam dua tahap: Tahap 1: Stratifikasi implisit berdasarkan strata kesejahteraan seluruh blok sensus hasil Sensus Penduduk tahun 2010. PPS memilih survei sampel sebagai kerangka sampling pemilihan blok sensus dari kerangka induk 720.000 blok sensus hasil Sensus Penduduk tahun 2010, dimana 180.000 blok sensus terpilih (25%). Survei menggunakan metode PPS untuk menentukan jumlah blok sensus di setiap strata perkotaan/perdesaan per kabupaten/kota sehingga menghasilkan Daftar Sampel Blok Sensus. Total ada 30.000 Blok Sensus yang

terpilih. Tahap 2: Dengan menggunakan sampling sistematis, dipilih sepuluh rumah di setiap Blok Sensus dengan stratifikasi pendidikan tertinggi yang diselesaikan oleh Kepala Rumah Tangga untuk memastikan keterwakilan keberagaman karakteristik rumah tangga. Seluruh anggota rumah tangga pada rumah tangga terpilih akan diwawancara sebagai bagian dari Riskesdas 2018 (The Indonesian MOH, 2018).

Populasi penelitian adalah seluruh orang dewasa (≥ 15 tahun) yang berada di daerah tertinggal di Indonesia. Sebanyak 42.644 responden di daerah tertinggal sebagai sampel tertimbang berdasarkan metode pengambilan sampel.

Setting

Studi ini menganalisis pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia. Batasan daerah tertinggal diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024. Berdasarkan peraturan tersebut, daerah tertinggal meliputi 62 kabupaten di 11 provinsi di Indonesia: Provinsi Sumatera Utara (Nias, Nias Selatan, Nias Utara, Nias Barat), Provinsi Sumatera Barat (Kepulauan Mentawai), Provinsi Sumatera Selatan (Musi Rawas Utara), Provinsi Lampung (Pesisir Barat), Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lombok Utara), Provinsi Nusa Tenggara Timur (Sumba Barat, Sumba Timur, Kupang, Timor Tengah Timur, Belu, Alor, Lembata, Rote Ndao, Sumba Tengah, Sumba Barat Daya, Manggarai Timur, Sabu Raijua, Malaka), Provinsi Sulawesi Tengah (Donggala, Tojo Ununa, Sigi), Provinsi Maluku (Maluku Tenggara Barat, Kepulauan Aru, Seram Bagian Barat, Seram Bagian Timur, Maluku Barat Daya, Buru Selatan), Provinsi Maluku Utara (Kepulauan Sula, Pulau Taliabu), Provinsi Papua Barat (Teluk Wondama, Teluk Bintuni, Sorong Selatan, Sorong, Tambrauw, Maybrat, Manokwari

Selatan, Pegunungan Arfak), dan Provinsi Papua (Jayawijaya Nabire, Paniai, Puncak Jaya, Boven Digoel, Mappi, Asmat, Yahukimo, Pegunungan Bintang, Tolikara, Keerom, Waropen, Supiori, Mamberamo Besar, Nduga, Lanny Jaya, Mamberamo Tengah, Yalimo, Puncak, Dogiyai, Intan Jaya, Deiyai).

Variabel Dependen

Variabel dependen dalam studi ini adalah pemanfaatan rumah sakit. Pemanfaatan rumah sakit merupakan akses masyarakat dewasa terhadap rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap. Pemanfaatan rumah sakit terdiri dari dua kategori yaitu tidak memanfaatkan dan memanfaatkan, baik rawat jalan, maupun rawat inap). Rawat jalan dibatasi pada satu bulan sebelumnya, sedangkan rawat inap dibatasi pada tahun lalu. Responden diminta mengingat dengan benar episode rawat jalan dan rawat inap dalam survei (The Indonesian MOH, 2018).

Variabel Independen

Penelitian ini menggunakan sembilan variabel independen, antara lain jenis tempat tinggal, usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status sosioekonomi, kepemilikan asuransi kesehatan, dan waktu perjalanan ke rumah sakit. Tipe tempat tinggalnya terdiri dari perkotaan dan perdesaan. Selain itu, penelitian ini menggunakan ketentuan Badan Pusat Statistik untuk kategorisasi perkotaan-perdesaan.

Penelitian ini menghitung usia responden dengan menggunakan tanggal ulang tahun terakhir responden, dan laki-laki dan perempuan adalah dua jenis kelamin. Survei ini juga membagi masyarakat menjadi tiga kategori berdasarkan

status perkawinannya: belum pernah menikah, menikah, dan bercerai.

Pengakuan ijazah terakhir responden adalah pendidikannya. Survei ini mencakup empat tingkat pendidikan: tidak ada, pendidikan dasar, menengah, dan tinggi. Sedangkan status ketenagakerjaan terdiri dari menganggur dan bekerja.

Riskesdas menggunakan rumus indeks kekayaan untuk mengidentifikasi status sosioekonomi dalam penelitian. Lebih lanjut, survei tersebut membagi indeks pendapatan menjadi lima kategori: termiskin, termiskin, menengah, kaya, dan terkaya (Wulandari *et al.*, 2022).

Penelitian ini juga mengkategorikan kepemilikan asuransi kesehatan ke dalam empat kategori: tidak memiliki asuransi, asuransi yang dikelola pemerintah, asuransi yang dikelola swasta, dan memiliki kedua asuransi tersebut (asuransi yang dikelola pemerintah dan asuransi yang dikelola swasta). Sedangkan waktu tempuh menuju rumah sakit terdiri dari ≤ 1 jam dan > 1 jam.

Analisis Data

Uji Chi-Square digunakan pada tahap awal pengambilan sampel untuk membuat perbandingan secara bivariat untuk variabel dikotomi. Penelitian ini juga menggunakan uji-T untuk variabel kontinyu dalam penelitian (usia). Penelitian ini juga menggunakan uji kolinearitas untuk memeriksa bahwa variabel-variabel independen dalam model regresi akhir tidak mempunyai hubungan yang kuat. Analisisnya menggunakan regresi logistik biner pada poin terakhir penelitian. Uji sebelumnya digunakan dalam

penelitian ini untuk melihat hubungan multivariat antara semua faktor independen dan pemanfaatan rumah sakit. Analisis statistik penelitian ini menggunakan aplikasi IBM SPSS 26.

Persetujuan Etik dan Persetujuan Peserta

Riskesdas tahun 2018 telah disetujui oleh Komite Etik Nasional (LB.02.01/2/KE.024/2018). Peserta penelitian telah memberikan persetujuan tertulis untuk berpartisipasi.

HASIL

Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia pada tahun 2018 adalah sebesar 3,7%. Lebih lanjut, Tabel 1 menunjukkan statistik deskriptif responden. Masyarakat yang tidak memanfaatkan terutama berada di perkotaan dan pedesaan berdasarkan pemanfaatan rumah sakit. Sementara itu, mereka yang tinggal di pedesaan memiliki rata-rata usia yang sedikit lebih tua dibandingkan mereka yang tinggal di perkotaan. Selain itu, berdasarkan gender, perempuan lebih tinggi baik di perkotaan maupun pedesaan.

Tabel 1 menunjukkan penduduk yang tinggal di daerah pedesaan memimpin dalam kedua kategori pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia. Berdasarkan usia, mereka yang memanfaatkan rumah sakit rata-rata memiliki usia lebih tua dibandingkan mereka yang tidak memanfaatkan rumah sakit. Sementara itu, laki-laki memimpin kelompok rumah sakit yang tidak dimanfaatkan;

sebaliknya, perempuan dalam kelompok rumah sakit yang dimanfaatkan.

Tabel 1. Statistik deskriptif responden (n= 42.644)

Karakteristik	Pemanfaatan Rumah Sakit		p-value
	Tidak memanfaatkan (n=41.053)	Memanfaatkan (n=1.591)	
Jenis Tempat Tinggal			< 0,001
Perkotaan	11,8%	20,9%	
Pedesaan	88,2%	79,1%	
Usia (mean)	(37,15)	(42,42)	< 0,001
Jenis kelamin			
Pria	50,9%	38,0%	
Perempuan	49,1%	62,0%	
Status pernikahan			< 0,001
Tidak pernah bersatu	22,7%	11,4%	
Menikah	70,2%	78,7%	
Bercerai	7,0%	9,9%	
Tingkat Pendidikan			< 0,001
Tidak berpendidikan	16,0%	10,4%	
Utama	58,4%	53,2%	
Sekunder	19,2%	24,8%	
Lebih tinggi	6,4%	11,7%	
Status Pekerjaan			< 0,001
Pekerjaan yang menganggur	29,8%	34,1%	
Bekerja	70,2%	65,9%	
Status Sosioekonomi			< 0,001
Paling miskin	34,9%	23,4%	
Miskin	20,7%	17,2%	
Menengah	16,8%	21,2%	
Kaya	14,0%	16,8%	
Paling kaya	13,6%	21,4%	
Asuransi Kesehatan			< 0,001
Tidak Memiliki	28,5%	17,3%	
Asuransi yang dikelola pemerintah	70,8%	81,6%	
Asuransi yang dikelola swasta	0,5%	0,7%	
Asuransi yang dikelola pemerintah dan swasta	0,2%	0,3%	
Waktu perjalanan			< 0,001

Karakteristik	Pemanfaatan Rumah Sakit		<i>p</i> -value
	Tidak memanfaatkan (n=41.053)	Memanfaatkan (n=1.591)	
≤ 1 jam	41,4%	68,0%	
> 1 jam	58,6%	32,0%	

Berdasarkan status perkawinan, menikah atau tinggal bersama pasangan mendominasi kedua kategori pemanfaatan rumah sakit. Di sisi lain, pendidikan dasar dianggap tidak dimanfaatkan dan dimanfaatkan oleh kelompok rumah sakit. Selain itu, lapangan kerja menyebabkan pemanfaatan kedua rumah sakit tersebut.

Berdasarkan status sosioekonomi, kelompok termiskin mendominasi kedua kelompok pemanfaatan rumah sakit tersebut. Di sisi lain, asuransi yang dikelola pemerintah mendominasi seluruh kategori pemanfaatan rumah sakit berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan. Sedangkan yang memiliki waktu tempuh > 1 jam menduduki kategori rumah sakit tidak terpakai; sebaliknya, rumah sakit dengan waktu tempuh ≤ 1 jam termasuk dalam kategori rumah sakit termanfaatkan.

Langkah selanjutnya adalah melakukan uji kolinearitas. Berdasarkan hasil pengujian, tidak terdapat hubungan yang signifikan antar variabel independen. Seluruh variabel mempunyai nilai toleransi lebih dari 0,10; namun nilai *variance inflation factor* (VIF) untuk semua faktor kurang dari 10,00. Berdasarkan data yang diperoleh, model regresi tidak menunjukkan tanda-tanda multikolinearitas.

Tabel 2 menunjukkan regresi logistik pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia. Penelitian ini

menggunakan 'rumah sakit yang tidak dimanfaatkan' sebagai referensi pada tahap akhir ini.

Tabel 2. Hasil regresi logistik biner pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia tahun 2018 (n= 42,644)

Prediktor	p-value	Pemanfaatan Rumah Sakit		
		Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Tempat Tinggal: Perkotaan	< 0,001	1.045	1.032	1.058
Tempat Tinggal: Pedesaan	-	-	-	-
Usia	< 0,001	1.022	1.021	1.022
Jenis Kelamin: Laki-laki	-	-	-	-
Jenis kelamin perempuan	< 0,001	1.656	1.639	1.673
Perkawinan: Tidak pernah bersatu	< 0,001	0,636	0,621	0,652
Perkawinan: Menikah/Tinggal bersama pasangan	< 0,001	1.080	1.062	1.099
Perkawinan: Cerai	-	-	-	-
Pendidikan: Tidak Sekolah	-	-	-	-
Pendidikan: Dasar	< 0,001	1.589	1.564	1.615
Pendidikan: Menengah	< 0,001	2.207	2.167	2.248
Pendidikan: Lebih Tinggi	< 0,001	2.459	2.406	2.513
Pekerjaan: Pengangguran	-	-	-	-
Pekerjaan: Bekerja	< 0,001	0,748	0,740	0,757
Sosioekonomi: Paling miskin	-	-	-	-
Sosioekonomi: Miskin	< 0,001	1.079	1.063	1.095
Sosioekonomi: Menengah	< 0,001	1.538	1.517	1.560
Sosioekonomi: Kaya	< 0,001	1.323	1.303	1.344
Sosioekonomi: Paling Kaya	< 0,001	1.572	1.549	1.596
Asuransi: Tidak diasuransikan	-	-	-	-
Asuransi: Dikelola oleh pemerintah	< 0,001	1.802	1.780	1.825
Asuransi: Dikelola swasta	< 0,001	1.507	1.423	1.595
Asuransi: Dikelola oleh Pemerintah & Dikelola Swasta	< 0,001	2.137	1.963	2.326

Prediktor	<i>p</i> -value	Pemanfaatan Rumah Sakit		
		<i>Adjusted Odds Ratio</i>	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Waktu perjalanan: ≤ 1 jam	< 0,001	2.510	2.483	2.537
Waktu tempuh : > 1 jam	-	-	-	-

Tabel 2 menunjukkan mereka yang tinggal di perkotaan memiliki kemungkinan 1,045 kali lebih besar dibandingkan mereka yang tinggal di pedesaan untuk memanfaatkan pelayanan rumah sakit (95% CI 1,032-1,058). Sementara itu, penelitian ini juga menemukan bahwa usia mempunyai hubungan signifikan dengan pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia.

Berdasarkan jenis kelamin, perempuan mempunyai peluang 1,656 lebih besar untuk memanfaatkan pelayanan rumah sakit dibandingkan laki-laki (95% CI 1,639-1,673). Sedangkan berdasarkan status perkawinan, tidak pernah menikah mempunyai peluang 0,636 lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan bercerai/duda (95% CI 0,621-0,652). Selain itu, menikah atau tinggal bersama pasangan mempunyai kemungkinan 1,080 lebih besar untuk menggunakan rumah sakit dibandingkan bercerai/duda.

Tabel 2 menginformasikan berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia. Selanjutnya penduduk yang bekerja memiliki kemungkinan sebesar 0,748 dibandingkan dengan penduduk yang menganggur untuk memanfaatkan pelayanan rumah sakit (95% CI 0,740-0,757). Selain itu, semua kelompok

masyarakat dengan tingkat sosioekonomi apapun memiliki peluang lebih besar untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan kelompok termiskin di daerah tertinggal di Indonesia.

Berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan, semua jenis asuransi lebih berpeluang memanfaatkan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia dibandingkan tanpa asuransi. Selain itu, mereka yang mempunyai waktu tempuh ≤ 1 jam ke rumah sakit memiliki kemungkinan 2,510 lebih besar dibandingkan mereka yang memiliki waktu tempuh > 1 jam untuk memanfaatkan rumah sakit (95% CI 2,483-2,537).

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit pada daerah tertinggal di Indonesia. Pemahaman karakteristik masyarakat yang rentan pada daerah tertinggal diharapkan dapat membantu pemerintah mempercepat akses dan pemerataan layanan kesehatan pada daerah tertinggal. Selain menetapkan Peraturan Presiden untuk daerah tertinggal, pemerintah juga mengeluarkan beberapa kebijakan kesehatan yang bersifat afirmatif untuk mempersempit kesenjangan dengan daerah yang paling tertinggal.

Nusantara Sehat (NS) merupakan salah satu upaya kesehatan terpadu pemerintah yang mencakup aspek pencegahan, promosi, dan kuratif melalui penugasan khusus. NS merupakan tenaga kesehatan berbasis tim untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan sehingga diharapkan

dapat meningkatkan indeks kesehatan masyarakat (Sari, Hendarwan and Halim, 2019; Rosita and Simamora, 2021). Pemerintah di daerah terpencil juga menerapkan beberapa layanan kesehatan antara lain layanan dokter terbang, dokter keliling, Puskesmas terapung, klinik keliling, *Operasi Bhaskara Jaya* (Kridosaksono, Totok and Hasanbasri, 2009), kapal bantuan rumah sakit (Rianto, Harnowo and Purwanto, 2017), dan ambulans terbang (Silvalila, 2019). Permasalahan masih terjadi pada distribusi dan kontinuitas pelayanan di daerah tertinggal (Silvalila, 2019; Rosita and Simamora, 2021).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di daerah tertinggal di Indonesia, wilayah perkotaan mempunyai peluang lebih besar dibandingkan pedesaan untuk memanfaatkan rumah sakit. Kondisi ini serupa dengan dengan hasil penelitian di Perancis dan Tiongkok, yang menunjukkan bahwa akses terhadap layanan lebih tinggi bagi masyarakat di rumah sakit besar daerah perkotaan (Gao, Jaffrelot and Deguen, 2020; Hu *et al.*, 2020). Kesenjangan pemanfaatan rumah sakit di daerah pedesaan dapat mencerminkan kurangnya pemerataan kesempatan dan fasilitas pelayanan kesehatan akibat semakin terbatasnya fasilitas, kebijakan kesehatan, dan kurang berkembangnya sistem pelayanan kesehatan (Delil *et al.*, 2017; Hu *et al.*, 2020).

Faktor geografis yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit juga dibuktikan dalam penelitian ini dengan indikator waktu tempuh. Mereka yang memiliki waktu tempuh ≤ 1 jam mempunyai kemungkinan lebih besar dibandingkan mereka yang memiliki waktu tempuh > 1 jam untuk memanfaatkan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia. Kondisi tersebut serupa dengan penelitian di

Belanda yang menunjukkan waktu perjalanan sebagai penentu paling krusial dalam pemilihan rumah sakit (Vanderborgh *et al.*, 2014). Waktu perjalanan berhubungan dengan jarak dan mobilitas. Penelitian di Florida dan Beijing menunjukkan bahwa jarak ke rumah sakit terdekat memengaruhi pemanfaatan layanan rumah sakit, meskipun pengaruhnya kecil (Jia, Wang and Xierali, 2019; Yan *et al.*, 2020; Yang and Wang, 2022). Penelitian di India menemukan bahwa layanan yang lebih komprehensif dan berkualitas ditemukan di fasilitas dengan tingkat layanan kesehatan yang lebih tinggi, di rumah sakit distrik, atau provinsi, berbeda dengan fasilitas layanan kesehatan dengan tingkat yang lebih rendah di wilayah yang memengaruhi mobilitas pasien (Nandi, Schneider and Dixit, 2017). Penelitian lain yang dilakukan di daerah tertinggal di Indonesia juga mengungkapkan adanya perbedaan signifikan dalam akses terhadap layanan kesehatan ibu dan anak antara daerah terpencil dan sangat terpencil (Rosita and Simamora, 2021). Waktu perjalanan berdampak pada efisiensi layanan kesehatan, termasuk aksesibilitas dan keterjangkauan layanan kesehatan. Kondisi ini mempunyai pengaruh yang lebih signifikan terhadap kelompok masyarakat yang lebih rentan, termasuk kelompok masyarakat termiskin dan terpencil. Pemerintah perlu mengalokasikan sumber daya, sarana dan prasarana yang ada, termasuk sumber daya manusia medis, secara rasional dan merata antar wilayah (Valtorta *et al.*, 2018).

Selain faktor geografis, perbedaan pemanfaatan rumah sakit juga berasal dari sisi permintaan, termasuk karakteristik sosial ekonomi dan demografi (Finkelstein, Gentzkow and Williams, 2016; Mahmudiono and Laksono,

2021). Studi ini menemukan bahwa pemegang semua jenis asuransi lebih berpeluang memanfaatkan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia dibandingkan yang tidak memiliki asuransi. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa layanan kesehatan, termasuk pemanfaatan rumah sakit, lebih tinggi pada pasien dengan asuransi dan bahkan lebih tinggi pada pasien dengan asuransi kesehatan komprehensif (Gaffney *et al.*, 2019). Tujuan penting dari skema asuransi kesehatan adalah untuk memberdayakan masyarakat berdasarkan kerja sama (Barraza-Lloréns, Panopoulou and Díaz, 2013). Skema cakupan kesehatan universal di Indonesia merupakan skema pembayar tunggal terbesar di dunia, yang telah mencakup 203 juta orang, meningkatkan cakupan, penggunaan, dan efisiensi pemberian layanan kesehatan (Laksono *et al.*, 2021; Wulandari and Laksono, 2021).

Sementara itu, semua kelompok masyarakat kaya memiliki peluang lebih besar untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan kelompok termiskin di daerah tertinggal di Indonesia. Selain program jaminan kesehatan semesta berbasis kerjasama, ditemukan perbedaan pada kelompok yang memiliki tingkat ekonomi tinggi. Penelitian di Meksiko menunjukkan pemanfaatan kunjungan medis dan rawat inap lebih banyak pada masyarakat kelas ekonomi menengah dan atas (Barraza-Lloréns, Panopoulou and Díaz, 2013). Masyarakat kelas menengah dan atas lebih banyak menggunakan layanan kesehatan untuk pengobatan penyakit kronis yang memerlukan perawatan lebih intensif. Studi ini juga menemukan bahwa standar hidup, asuransi kesehatan, dan pendidikan memediasi status sosioekonomi terhadap

pemanfaatan layanan kesehatan. Penelitian di California juga menunjukkan bahwa masyarakat berpendapatan tinggi lebih banyak menggunakan rumah sakit dibandingkan masyarakat berpendapatan rendah (Abdullahi and Gunawardena, 2021). Namun, terdapat sedikit efek pengurangan jika kami memasukkan faktor usia dan pekerjaan (Denny *et al.*, 2022).

Penelitian ini juga menemukan, dalam kaitannya dengan status pekerjaan, pemanfaatan rumah sakit lebih tinggi ditemukan di kalangan masyarakat yang tidak bekerja. Situasi ini serupa dengan penelitian di Amerika selama resesi pada tahun 2007-2009, yang menunjukkan tingginya angka pengangguran telah meningkatkan pengeluaran pemanfaatan layanan kesehatan di antara penerima manfaat asuransi Medicaid. Oleh karena itu, belanja layanan kesehatan bagi pengangguran yang lebih tinggi berkaitan dengan cakupan asuransi (McInerney and Mellor, 2012). Terlepas dari keberhasilan cakupan kesehatan universal di Indonesia, yang telah meningkatkan kesetaraan dan akses kesehatan, masih terdapat kelompok menengah yang tidak terlindungi asuransi kesehatan pada kuintil sosioekonomi pada Q2–Q3. Kelompok berpendapatan menengah ke bawah memiliki jumlah penduduk yang tidak memiliki asuransi tertinggi, dan penduduk dengan status tidak bekerja mungkin termasuk dalam kuintil tersebut. Peneliti sebelumnya juga menemukan bahwa pengangguran berhubungan dengan status kesehatan yang lebih rendah, yang dapat meningkatkan kemungkinan perawatan di rumah sakit (Krug and Eberl, 2018; Pratap *et al.*, 2021).

Penelitian ini menemukan pemanfaatan rumah sakit yang lebih tinggi pada wanita dan orang dengan status

menikah. Sebuah penelitian di daerah tertinggal di India mengungkapkan bahwa pemanfaatan rumah sakit pada wanita dan populasi menikah berkaitan erat dengan pemanfaatan layanan antenatal dan perinatal (Shaikh *et al.*, 2018). Banyak negara dan wilayah, termasuk Indonesia (Titaley, Dibley and Roberts, 2010; Laksono and Wulandari, 2020), Afrika sub-Sahara (A. Zuñiga *et al.*, 2021), dan India (Shaikh *et al.*, 2018), menunjukkan peningkatan partisipasi perempuan dalam pelayanan antenatal dan perinatal. Dalam konteksnya kesetaraan layanan kesehatan, masih terdapat disparitas demografis pada kelompok masyarakat tertinggal dalam hal cakupan layanan kesehatan ibu di Indonesia.

Pemerintah Indonesia pada tahun 2011 mengeluarkan jaminan universal untuk asuransi persalinan yang disebut Jampersal untuk menurunkan prevalensi kematian ibu. Jampersal sejatinya merupakan perluasan dari Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), namun penerima manfaatnya tidak terbatas hanya masyarakat miskin. Penerima Jampersal meliputi ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas yang tidak memiliki jaminan kesehatan lainnya (pasca melahirkan hingga 42 hari); pembiayaannya juga mencakup bayi lahir (0-28 hari) (Rizkianti *et al.*, 2021).

Dalam analisis yang lebih mendalam mengenai kelompok masyarakat kurang mampu di India, pemanfaatan layanan rumah sakit antara perempuan dan laki-laki berbeda. Perempuan lebih sedikit mengakses layanan rumah sakit dibandingkan laki-laki di layanan kesehatan yang netral gender (Shaikh *et al.*, 2018). Rendahnya pemanfaatan rumah sakit oleh laki-laki juga dapat mencerminkan kesenjangan

pemanfaatan rumah sakit yang terkait dengan perempuan dan pemanfaatan pelayanan rumah sakit yang netral gender.

Pemanfaatan rumah sakit yang lebih tinggi di kalangan populasi menikah juga dapat disebabkan oleh pola pemanfaatan rumah sakit yang lebih efektif, seperti yang dikemukakan oleh penelitian sebelumnya (Pandey *et al.*, 2019). Populasi yang menikah memiliki dukungan sosial yang lebih tinggi yang diterima dalam pernikahan (Fabrega, Ahn and Mezzich, 1991). Penelitian sebelumnya menunjukkan individu yang belum menikah merupakan populasi yang lebih rentan dalam hal perilaku layanan kesehatan (misalnya, keterlibatan yang lebih tinggi dalam perilaku kesehatan yang berisiko), akses terhadap layanan kesehatan (berkurangnya sumber daya kesehatan seperti pendapatan yang dapat dibelanjakan dan asuransi kesehatan), dan status kesehatan (Dapaah and Nachinaab, 2019; Laksono *et al.*, 2020). Mereka yang belum menikah membutuhkan lebih banyak bantuan untuk mendapatkan sumber daya kesehatan yang lebih baik, membuat keputusan yang lebih baik mengenai perilaku sehat, dan serta mendapatkan manfaat layanan kesehatan sesuai kebutuhan.

Penelitian ini menemukan usia juga berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit. Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan di Belanda dan Tiongkok yang menemukan usia sebagai faktor paling penting yang memengaruhi perilaku penggunaan layanan medis (Vanderborgh *et al.*, 2014). Semakin tinggi usia berhubungan dengan semakin banyak pengalaman dan tingkat kematangan individu dalam pengambilan keputusan. Hal ini memungkinkan masyarakat kelompok usia dewasa lebih

banyak menggunakan layanan kesehatan dibanding kelompok usia muda (Wulandari *et al.*, 2019; Tillmann *et al.*, 2021).

Selain itu, semakin tinggi tingkat pendidikan juga berhubungan dengan semakin tingginya pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia. Faktor literasi kesehatan dapat menjelaskan hubungan antara pendidikan dan pemanfaatan rumah sakit. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa literasi kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit yang lebih tinggi (Dayal *et al.*, 2019), dan hal ini memediasi pencapaian pendidikan dengan manfaat yang lebih tinggi dari layanan kesehatan (Van Der Heide *et al.*, 2013; Schulz, 2017). Individu dengan literasi layanan kesehatan yang lebih tinggi dapat memiliki lebih banyak sumber daya (pengetahuan, komunikasi, hubungan) dan lebih mandiri dalam memilih fasilitas kesehatan dan pengobatan (Orlow, K and Wolf, 2007). Temuan ini serupa dengan hasil penelitian di banyak negara Eropa (Terraneo, 2015; Schulz, 2017) dan penelitian lain yang dilakukan di Indonesia (Laksono and Wulandari, 2020).

Kekuatan dan Keterbatasan Studi

Studi ini mengkaji sejumlah besar data untuk mewakili informasi mengenai daerah tertinggal. Di sisi lain, penelitian ini mengkaji data sekunder; oleh karena itu, variabel yang dianalisis terbatas pada variabel yang telah tersedia. Faktor lain yang terkait dengan pemanfaatan pelayanan rumah sakit yang ditemukan pada penelitian sebelumnya, seperti biaya layanan, biaya perjalanan ke rumah sakit, dan jenis penyakit, tidak dapat dikaji dalam penelitian ini (Wei *et al.*, 2018; Laksono and Wulandari, 2020; Laksono, Wulandari and Efendi, 2020).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat delapan faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia, yaitu jenis tempat tinggal, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status sosioekonomi, kepemilikan asuransi kesehatan, dan waktu perjalanan ke rumah sakit. RSUD. Selain itu, sasaran khusus percepatan peningkatan pemanfaatan rumah sakit di daerah tertinggal di Indonesia adalah tinggal di pedesaan, berjenis kelamin laki-laki, tidak pernah menikah, tidak berpendidikan, bekerja, termiskin, tidak mempunyai asuransi, dan memiliki waktu perjalanan. >1 jam ke rumah sakit terdekat.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang telah memberikan persetujuan kepada tim penulis untuk menganalisis data Riskesdas tahun 2018 pada artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Zuñiga, J. *et al.* (2021) 'Increasing utilisation of skilled attendants at birth in sub-Saharan Africa: A systematic review of interventions', *International Journal of Nursing Studies*, 120.
- Abdullahi, A. and Gunawardena, N. (2021) 'Access to Public Healthcare Services in Urban Areas in Nigeria : The Influence of Demographic and Socioeconomic Characteristics of the Urban Population', *Journal of Geography, Environment and Earth Science International*,

- 25(December), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/10.9734/JGEESI/2021/v25i1130315>.
- Adyas, A. (2021) 'The Indonesian Strategy to Achieve Universal Health Coverage through National Health Insurance System: Challenges in Human Resources', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 16(4), pp. 221–227. Available at: <https://doi.org/10.21109/kesmas.v16i4.5440>.
- Agustina, R. et al. (2019) 'Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
- Barraza-Lloréns, M., Panopoulou, G. and Díaz, B.Y. (2013) 'Income-Related Inequalities and Inequities in Health and Health Care Utilization in Mexico, 2000–2006', *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 33(2), pp. 122–130. Available at: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000200007>.
- Dapaah, J.M. and Nachinaab, J.O. (2019) 'Sociocultural Determinants of the Utilization of Maternal Health Care Services in the Tallensi District in the Upper East Region of Ghana', *Advances in Public Health*, 2019, pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1155/2019/5487293>.
- Dayal, P. et al. (2019) 'Hospital Utilization among Rural Children Served by Pediatric Neurology Telemedicine Clinics', *JAMA Network Open*, 2(8), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9364>.
- Delil, S. et al. (2017) 'Clustering Patient Mobility Patterns to Assess Effectiveness of Health-Service Delivery', *BMC Health Services Research*, 17(1), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2381-2>.
- Denny, H.M. et al. (2022) 'The Determinants of Four or More Antenatal Care Visits Among Working Women in Indonesia', *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 34(1), pp. 51–56. Available at: <https://doi.org/10.1177/10105395211051237>.
- Fabrega, H., Ahn, C. and Mezzich, J. (1991) 'Can Multiaxial Diagnosis Predict Future Use of Psychiatric Hospitalization?', *Hospital and Community*

Psychiatry, pp. 920–924. Available at: <https://doi.org/10.1176/ps.42.9.920>.

Finkelstein, A., Gentzkow, M. and Williams, H. (2016) 'Sources of Geographic Variation in Health Care', *The Quarterly Journal of Economics*, pp. 1681–1726.

Fredison, P. et al. (2017) 'Study of Disadvantaged Villages According to the Decree of the Minister of Villages for Development of Disadvantaged Regions Number 3 of 2016 (Kajian Desa Tertinggal Menurut Keputusan Menteri Desa Pembangunan Daerah Tertinggal Nomor 3 Tahun 2016)', *Jurnal Teknik WAKTU*, 18(3), pp. 26–38.

Gaffney, A. et al. (2019) 'The Effects on Hospital Utilization of the 1966 and 2014 Health Insurance Coverage Expansions in the United States', *Annals of Internal Medicine*, 171(3), pp. 172–180. Available at: <https://doi.org/10.7326/M18-2806>.

Gao, F., Jaffrelot, M. and Deguen, S. (2020) 'Potential Inpatient Hospital Care Accessibility Scores : Association with Healthcare Utilization and Non-hospital Care Service Accessibility', *BMC Health Services Research* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-42105/v2>.

Van Der Heide, I. et al. (2013) 'The Relationship between Health, Education, and Health Literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey', *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), pp. 172–184. Available at: <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>.

Hu, B. et al. (2020) 'Rural Population Aging and the Hospital Utilization in Cities: The Rise of Medical Tourism in China', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), p. 4790. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134790>.

Jia, P., Wang, F. and Xierali, I.M. (2019) 'Differential effects of distance decay on hospital inpatient visits among subpopulations in Florida, USA', *Environ Monit Assess*, 191, p. 381. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10661-019-7468-2>.

Kridosaksono, Totok, J. and Hasanbasri, M. (2009) *Jenis dan Kinerja*

Pelayanan Kesehatan Daerah Terpencil di Propinsi Papua. UGM.

- Krug, G. and Eberl, A. (2018) 'What Explains the Negative Effect of Unemployment on Health? An Analysis Accounting for Reverse Causality', *Research in Social Stratification and Mobility*, 55(October 2017), pp. 25–39. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2018.03.001>.
- Laksono, A.D. et al. (2020) 'The Gender Disparities in the Psychosocial Burden of COVID-19 in East Java Province, Indonesia', *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 14(2), pp. 1172–1184.
- Laksono, A.D. et al. (2021) 'The disparities in health insurance ownership of hospital-based birth deliveries in eastern Indonesia', *BMC Health Services Research*, 21(1), p. 1261. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07246-x>.
- Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2020) 'Predictors of hospital utilization among papuans in Indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(2), pp. 2319–2324. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i2.3374>.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Efendi, F. (2020) 'Determinants of hospital utilisation among urban poor societies in Indonesia', *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 12(9), pp. 375–387.
- Mahmudiono, T. and Laksono, A.D. (2021) 'Disparity in the hospitals utilization among regions in Indonesia', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), pp. 1461–1466. Available at: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7304>.
- McInerney, M.P. and Mellor, J.M. (2012) 'State Unemployment in Recessions During 1991-2009 was Linked to Faster Growth in Medicare Spending', *Health Affairs*, 31(11), pp. 2464–2473. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0005>.
- Menteri Kesehatan RI (2013) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta. Available at: <https://doi.org/10.1190/segam2013-0137.1>.

- Minh, H. Van *et al.* (2014) 'Progress toward universal health coverage in ASEAN', *Global Health Action*, 7(1). Available at: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25856>.
- Nandi, S., Schneider, H. and Dixit, P. (2017) 'Hospital utilization and out of pocket expenditure in public and private sectors under the universal government health insurance scheme in Chhattisgarh State, India: Lessons for universal health coverage', *PLoS ONE*, 1, p. 0187904. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187904>.
- Nanur, F.N., Halu, S.A.N. and Juita, E. (2020) 'Evaluation of the Availability of Adequate Health Facilities on the Achievement of Kia's Revolution in Manggarai (Evaluasi Ketersediaan Fasilitas Kesehatan Yang Memadai Terhadap Pencapaian Revolusia Kia Di Manggarai)', *Jurnal Kebidanan*, XII(01), pp. 80–92.
- Orlow, P., K, M. and Wolf, M.S. (2007) 'The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes', *American Journal of Health Behavior*, 31.
- Pandey, K.R. *et al.* (2019) 'The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries', *Medicine*, 98(12-p e14871), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014871>.
- Pratap, P. *et al.* (2021) 'Public Health Impacts of Underemployment and Unemployment in the United States: Exploring Perceptions, Gaps and Opportunities', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), pp. 1–25. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910021>.
- President of the Republic of Indonesia (2018) *Presidential Regulation of the Republic of Indonesia No. 82 of 2018 concerning Health Insurance*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- President of the Republic of Indonesia (2020) *Presidential Regulation of the Republic of Indonesia Number 63/2020 about Stipulation of Underdeveloped Regions for 2020-2024*. Indonesia.
- Rianto, F.S., Harnowo, S. and Purwanto (2017) 'Implementation of Hospital

- Aid Vessels of KRI dr. Soeharso 990 in The Military Operations other than War', *Jurnal Prodi Strategi dan kampanye Militer*, 3(1), pp. 1–23.
- Rizkianti, A. et al. (2021) 'Evaluasi Pemanfaatan Dana Jampersal pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 10(No. 1), pp. 41–49.
- Rosita and Simamora, T.M. (2021) 'Implementation of Maternal and Child Health Services in Remote and Very Remote Health Centers during the Covid-19 Pandemic (Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil di Masa Pandemi Covid-19)', *Jurnal Kajian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*, 1(2), pp. 225–238.
- Sari, I.D., Hendarwan, H. and Halim, R. (2019) 'The evaluation of Nusantara Sehat program using Nusantara Sehat Public Health Index', *Health Science Journal of Indonesia*, 10(1), pp. 41–50. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsji.v10i1.1265>.
- Schulz, M. (2017) 'The intertwined relationship between patient education, hospital waiting times and hospital utilization', *Health Serv Manage Res*, 30(4), pp. 213–218. Available at: <https://doi.org/10.1177/0951484817725682>.
- Shaikh, M. et al. (2018) 'Sex Differences in Utilisation of Hospital Care in a State Sponsored Health Insurance Programme Providing Access to Free Services in South India', *BMJ Global Health*, 3(3), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000859>.
- Silvalila, M. (2019) 'Pelayanan Ambulan Udara di Provinsi Aceh', *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 2(1), pp. 35–40.
- Soewondo, P. et al. (2019) 'Health Conditions of People Living in Disadvantaged Areas: Cases from Bengkulu, South Sulawesi, and East Nusa Tenggara (Kondisi Kesehatan Masyarakat yang Bermukim di Daerah Tertinggal: Kasus dari Bengkulu, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur)', *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 29(4), pp. 285–296.
- Stuart, E. and Samman, E. (2017) *Defining 'leave no one behind'*, *Shaping*

policy for development.

- Terraneo, M. (2015) 'Inequities in Health Care Utilization by People Aged', *Social Science & Medicine*, 126, pp. 154–163.
- The Indonesian MOH (2018) *The 2018 Indonesian Basic Health Survey*. Jakarta.
- Tillmann, B.W. *et al.* (2021) 'Acute healthcare resource utilization by age: A cohort study', *PLoS ONE*, 16(5 May), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251877>.
- Titaley, C.R., Dibley, M.J. and Roberts, C.L. (2010) 'Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia: Results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007', *BMC Public Health*, 10. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-485>.
- Valtorta, N.K. *et al.* (2018) 'Older Adults' Social Relationships and Health Care Utilization: A systematic Review', *American Journal of Public Health*, 108(4), pp. e1–e10. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256>.
- Vanderborght, B.O.. *et al.* (2014) 'Patient Hospital Choice for Hip Replacement: Empirical Evidence from the Netherlands', *The European Journal of Health Economics*, 15, pp. 927–936.
- Wei, Y. *et al.* (2018) 'Hospital efficiency and utilization of high-technology medical equipment: A panel data analysis', *Health Policy and Technology*, 7(1), pp. 65–72. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2018.01.001>.
- Wulandari, R.D. *et al.* (2019) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization among Elderly People in Indonesia', *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), pp. 1800–1804. Available at: <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.03885.3>.
- Wulandari, R.D. *et al.* (2022) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization Among Female Workers in Indonesia: A Cross-Sectional Study', *Journal of Primary Care & Community Health*, 13(2), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501319211072679>.

- Wulandari, R.D. and Laksono, A.D. (2021) 'Does health insurance affect the completeness of antenatal care?', *Unnes Journal of Public Health*, 10(2), pp. 110–119. Available at: <https://doi.org/10.15294/ujph.v10i2.38096>.
- Yan, X. *et al.* (2020) 'Examining Trans-provincial Diagnosis of Rare Diseases in China: The Importance of Health Care Resource Distribution and Patient Mobility', *Sustainability (Switzerland)*, 12(13). Available at: <https://doi.org/10.3390/su12135444>.
- Yang, Y. and Wang, Y. (2022) 'Analysis of the Characteristics of Cross-Regional Patient Groups and Differences in Hospital Service Utilization in Beijing', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, p. 3227. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/103390/ijerph19063227>.
- Zamora, G. *et al.* (2018) 'Tools and approaches to operationalize the commitment to equity, gender and human rights: towards leaving no one behind in the Sustainable Development Goals', *Global Health Action*, 11(1). Available at: <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1463657>.

Bab 3

Target Peningkatan Pemanfaatan Puskesmas di Daerah Tertinggal di Indonesia²

*Ratna Dwi Wulandari, Agung Dwi Laksono, Nikmatur Rohmah,
Leny Latifah, Hadi Ashar*

Puskesmas di Indonesia adalah level pengobatan tingkat dasar yang tersedia bagi semua orang, mempromosikan kesehatan yang baik dan pencegahan penyakit, serta menawarkan layanan diagnostik, kuratif,

² Telah dipublikasikan sebelumnya dalam Bahasa Inggris dengan judul, "Determine The Target To Increase Primary Healthcare Utilization In Indonesia's Disadvantaged Areas," yang terbit di Indonesian Journal of Health Administration, Volume 11 (2), Juni 2023. DOI [10.20473/jaki.v11i2.2023.299-310](https://doi.org/10.20473/jaki.v11i2.2023.299-310)

rehabilitatif, pendukung, dan paliatif. Puskesmas merupakan unit yang melaksanakan tugas operasional dan teknis serta bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan pada salah satu atau sebagian wilayah kecamatan (Saragi, 2017). Puskesmas seperti Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan tempat pendaftaran peserta pertama kali yang ditentukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Misnaniarti *et al.*, 2017). Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk menyediakan kebutuhan kesehatan masyarakat yang dapat diterima bagi semua orang yang telah membayar atau telah menerima iuran pemerintah. Pada saat ini, kebutuhan akan layanan kesehatan khususnya FKTP bagi masyarakat Indonesia semakin hari semakin meningkat (Wulandari, Laksono, Sillehu, *et al.*, 2022; Putri, Laksono and Rohmah, 2023). FKTP merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Yuliyanti and Ratnawati, 2016).

Puskesmas sebagai pintu gerbang pertama akan bersentuhan langsung dengan layanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan primer memberikan manfaat bagi kesehatan masyarakat karena mereka memiliki akses yang lebih besar terhadap layanan yang dibutuhkan dan fokus pada pencegahan dan penanganan masalah kesehatan (Yandrizal *et al.*, 2016). Pelayanan primer meliputi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, dan pelaporan (Yufrizal, Renaldi and Umbara, 2017). Selain Puskesmas di fasilitas pelayanan kesehatan yang termasuk FKTP, FKTP lainnya adalah praktik dokter umum, dokter gigi, Klinik Pratama atau yang setara, dan rumah sakit kelas D. Kelima fasilitas pelayanan kesehatan ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pelayanan masyarakat tingkat dasar. Namun

laporan penelitian di Bengkulu menyebutkan jumlah ketersediaan FKTP masih kurang. Ketersediaan layanan kesehatan esensial akan mempengaruhi layanan yang diberikan oleh BPJS (Yandrizal *et al.*, 2016).

Karena letak geografis Indonesia yang beragam, beberapa daerah dianggap belum berkembang. Dalam skala nasional, kabupaten yang wilayah dan komunitasnya kurang berkembang dianggap sebagai daerah tertinggal (President of the Republic of Indonesia, 2020). Karena kondisi geografis yang sulit dijangkau dan kurangnya sumber daya manusia serta infrastruktur dan fasilitas yang diperlukan, masyarakat di daerah kurang mampu memerlukan bantuan untuk mengakses layanan kesehatan (Wiyanti, Kusnanto and Hasanbasri, 2016).

Ada potensi meningkatnya kesenjangan kesehatan di berbagai daerah di Indonesia karena tidak meratanya akses terhadap fasilitas kesehatan. Di Indonesia, fasilitas kesehatan yang tersedia masih perlu penambahan lebih banyak, selain itu keberadaannya juga tidak tersebar merata di seluruh kabupaten dan kota (Misnaniarti *et al.*, 2017). Akses masyarakat terhadap Puskesmas di wilayah Sumatera misalnya, mencapai 3,781 kali dibandingkan masyarakat di Papua. Sedangkan masyarakat di Sumatera mempunyai akses terhadap rumah sakit 1,079 kali lipat dibandingkan masyarakat di Papua (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019; A. D. Laksono *et al.*, 2023).

Pemerintah Indonesia saat ini banyak menekankan pada pengembangan daerah-daerah yang belum berkembang. Perekonomian, infrastruktur, sumber daya manusia, kapasitas keuangan daerah, aksesibilitas, dan

karakteristik masyarakat semuanya memengaruhi indikator daerah. Melalui Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020–2024, pemerintah mengatur prioritas pembangunan daerah untuk wilayah tertinggal (President of the Republic of Indonesia, 2020).

Salah satu permasalahan penting dalam pembangunan kesehatan nasional adalah terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan. Penelusuran sebelumnya menunjukkan bahwa ketersediaan rasio FKTP per penduduk cenderung lebih tinggi di wilayah luar Jawa/Bali. Di wilayah Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua misalnya, rasio FKTP per 10 ribu penduduk rata-rata sebesar 1,43. Angka tersebut hampir dua kali lipat dibandingkan wilayah Jawa-Bali yang rata-rata sebesar 0,79 (Misnaniarti *et al.*, 2017). Dari masyarakat yang berada di daerah tertinggal dan terpencil, 50,5% menggunakan Puskesmas (Wiyanti, Kusnanto and Hasanbasri, 2016).

Lebih lanjut, orang lanjut usia di Norfolk, wilayah pedesaan di Inggris, melaporkan kesulitan mengakses layanan kesehatan primer karena saluran telepon yang terhubung, ketersediaan janji temu, dan pertemuan dengan petugas meja depan, yang semuanya mereka rasa melanggar perjanjian sosial (Ford *et al.*, 2018). Masyarakat yang terpencil dan jauh dilaporkan sebagai pengguna utama jalur akses Puskesmas (Wenang *et al.*, 2021). Berdasarkan penelitian tersebut, dapat dikatakan bahwa masyarakat di daerah terpencil dan tertinggal sangat membutuhkan Puskesmas.

Oleh karena itu, diperlukan kebijakan khusus untuk meningkatkan kualitas pelayanan melalui penyediaan sarana, sumber daya, dan prasarana, perbaikan infrastruktur, dan

ketersediaan obat (Wiyanti, Kusnanto and Hasanbasri, 2016). Pemerintah daerah diharapkan berkomitmen untuk memenuhi sisi penyediaan pelayanan kesehatan sehingga warga yang sakit dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan mudah (Misnaniarti *et al.*, 2017). FKTP, baik pemerintah maupun non pemerintah tetap memberikan pelayanan yang terbaik sehingga kualitas pelayanannya semakin meningkat. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini menentukan sasaran kebijakan berdasarkan karakteristik demografi yang paling tepat untuk meningkatkan pemanfaatan Puskesmas di daerah tertinggal di Indonesia.

METODE

Sumber Data

Penelitian tersebut mengkaji data Riset Kesehatan Dasar (Risksesdas) tahun 2018. Kementerian Kesehatan Indonesia melakukan survei *cross-sectional* secara nasional. Dari bulan Mei hingga Juli 2018, data untuk survei dikumpulkan. Survei ini juga menggunakan instrumen rumah tangga dan individu.

Seluruh rumah tangga di Indonesia menjadi populasi survei ini. Komposisi sampel penelitian berdasarkan pada survei Sosial Ekonomi Nasional bulan Maret 2018. Survei Sosial Ekonomi yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik tahun 2018 mengunjungi sasaran 300.000 pemukiman dari 30.000 blok sensus (The Indonesian MOH, 2018).

Populasi penelitian terdiri dari seluruh orang dewasa Indonesia yang berada di daerah tertinggal (usia 15 tahun ke atas).

Dari 713.783 responden, penelitian ini meneliti 42.644 orang dewasa, dengan tingkat respons 93,2%.

Seting

Penelitian ini mengkaji penggunaan Puskesmas di daerah tertinggal di Indonesia. Batasan daerah tertinggal dituangkan dalam Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020–2024. Aturan tersebut mencantumkan 62 kabupaten di 11 provinsi sebagai daerah termiskin di Indonesia, antara lain Sumatera Barat, Sumatera Utara, Lampung, Sumatera Selatan, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tengah, Maluku Utara, Maluku, Papua Barat, dan Papua.

Variabel Dependen

Kami menggunakan penggunaan layanan kesehatan primer sebagai faktor dependen dalam penelitian ini—Penggunaan layanan kesehatan primer mencakup akses rawat jalan dan rawat inap terhadap layanan kesehatan primer untuk orang dewasa. Pelayanan rawat inap dibatasi pada tahun lalu, sedangkan rawat jalan hanya tersedia pada bulan sebelumnya. Responden diminta untuk mengingat kembali kejadian rawat jalan dan rawat inap tertentu (The Indonesian MOH, 2018).

Variabel Independen

Usia, status perkawinan, jenis kelamin, status pekerjaan, tingkat pendidikan, status kekayaan, waktu perjalanan ke rumah sakit, dan kepemilikan asuransi kesehatan merupakan sembilan faktor independen yang digunakan dalam penelitian ini. Ada dua tipe tempat tinggal: perkotaan dan pedesaan. Kami menggunakan pedoman

Badan Pusat Statistik untuk mengkategorikan wilayah pedesaan dan perkotaan.

Penelitian ini menggunakan tanggal lahir terakhir responden untuk menentukan umur responden (dianalisis sebagai variabel kontinu) dan mencakup responden laki-laki dan perempuan. Selain itu, penelitian ini membagi status perkawinan mereka menjadi belum kawin, kawin, dan bercerai.

Pendidikan merupakan penerimaan ijazah responden terkini. Pendidikan tersebut tidak terdiri dari tidak sekolah, pendidikan primer (SD-SLTP), sekunder (SLTA), atau pendidikan tinggi. Selain itu, kelompok pekerja mencakup pekerja dan pengangguran.

Riskesdas menggunakan rumus indeks kekayaan untuk mengetahui tingkat sosioekonomi responden. Riskesdas 2018 menciptakan indeks kekayaan dengan memanfaatkan pengeluaran survei rata-rata tertimbang kinerja keseluruhan keluarga. Jajak pendapat tersebut antara lain menggunakan pengeluaran pokok keluarga, termasuk asuransi, akomodasi, dan makanan, untuk menghasilkan indeks kekayaan. Selain itu, survei ini membagi kekayaan responden menjadi termiskin, miskin, menengah, kaya, dan terkaya (Wulandari, Laksono, Prasetyo, *et al.*, 2022; A. Laksono *et al.*, 2023).

Selain itu, studi ini membagi kepemilikan asuransi kesehatan menjadi tidak memiliki asuransi, memiliki asuransi yang dikelola pemerintah, memiliki asuransi yang dikelola swasta, dan memiliki kedua jenis asuransi tersebut. Selain itu,

waktu tempuh menuju fasilitas pelayanan kesehatan antara ≤ 10 hingga > 10 menit.

Analisis Data

Pada langkah pertama, kami menggunakan analisis Chi-Square untuk membandingkan dua variabel untuk faktor biner. Pada saat yang sama, penelitian ini menggunakan uji-T untuk variabel kontinu (usia). Selain itu, kami menggunakan analisis kolinearitas. Tujuan analisis ini adalah untuk memastikan bahwa faktor-faktor independen dalam persamaan akhir tidak berkorelasi signifikan satu sama lain. Regresi logistik biner digunakan pada tahap terakhir penelitian. Program IBM SPSS 26 digunakan selama tahap analisis statistik penyelidikan. Para penulis menggunakan analisis akhir ini untuk menilai hubungan multivariat antara semua faktor independen dan penggunaan Puskesmas.

Persetujuan Etik dan Persetujuan Peserta

Riskesdas tahun 2018 telah disetujui oleh Komite Etik Nasional (LB.02.01/2/KE.024/2018). Peserta penelitian telah memberikan persetujuan tertulis untuk berpartisipasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Meskipun terdapat beberapa kelemahan, seperti terbatasnya fasilitas, tidak adanya dokter spesialis, antrean dan waktu tunggu yang panjang, serta kurangnya privasi, Puskesmas di daerah tertinggal sangat penting dalam meningkatkan status kesehatan, termasuk layanan ibu, kesehatan anak, dan layanan kesehatan penting lainnya. Penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi keterbatasan

Puskesmas, termasuk kurangnya akses transportasi ke fasilitas kesehatan, sumber daya, infrastruktur, dan cacat dalam pola layanan kesehatan (Suharmiati, Dwi Laksono and Wahyu Dwi Astuti, 2013). Hubungan organisasi lintas sektor juga belum optimal karena belum adanya standar operasional prosedur, komunikasi, dan sosialisasi (Winarsa, Noby; Suryoputro, 2020).

Program Nusantara Sehat merupakan terobosan Kementerian Kesehatan bagi tenaga kesehatan berbasis tim di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan. Mereka terdiri dari kalangan profesi dan diharapkan memiliki kompetensi untuk memberikan pelayanan program kesehatan masyarakat di daerah terpencil. Setelah dua tahun dilaksanakan, program ini telah meningkatkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat di daerah terpencil (Sari, Hendarwan and Halim, 2019). Peraturan Menteri Kesehatan tentang Puskesmas menyebutkan salah satu prinsip penyelenggaraan Puskesmas adalah pemerataan. Pemberian pelayanan kesehatan Puskesmas harus dapat diakses dan terjangkau oleh semua orang di wilayah kerja Puskesmas (Wulandari, Ridlo, *et al.*, 2019). Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi target untuk menjamin kesetaraan dalam mengakses layanan kesehatan Puskesmas.

Hasilnya menunjukkan bahwa rata-rata pemanfaatan Puskesmas Indonesia di daerah tertinggal pada tahun 2018 adalah sebesar 9,0%. Angka ini lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional, yaitu 5,3%. Situasi ini dapat dimaklumi, karena kemungkinan besar hanya Puskesmas yang tersedia di wilayah tertinggal. Di sisi lain, Tabel 1 menginformasikan statistik

deskriptif pemanfaatan Puskesmas dan karakteristik responden di wilayah terpencil di Indonesia pada tahun 2018.

Tabel 1 menunjukkan penduduk yang tinggal di daerah pedesaan didominasi oleh kedua jenis penggunaan Puskesmas. Masyarakat yang menggunakan Puskesmas berusia lebih tua dibandingkan yang tidak menggunakan Puskesmas. Berdasarkan gender, perempuan mendominasi pada kategori memanfaatkan Puskesmas. Selain itu, orang-orang yang sudah menikah atau tinggal bersama dengan pasangannya mendominasi kedua jenis penggunaan Puskesmas tersebut.

Tabel 1. Statistik deskriptif jumlah orang dewasa di daerah tertinggal di Indonesia (n=42,644)

Karakteristik Demografi	Pemanfaatan Puskesmas		p-value
	Tidak Memanfaatkan (n=38,516)	Memanfaatkan (n=4,128)	
Tempat Tinggal			< 0,001
Perkotaan	12,6%	6,2%	
Pedesaan	87,4%	93,8%	
Umur (mean)	(36,78)	(42,96)	< 0,001
Gender			
Laki-laki	51,2%	42,7%	
Perempuan	48,8%	57,3%	
Status Perkawinan			< 0,001
Tidak Kawin	23,3%	12,3%	
Kawin	69,9%	77,4%	
Cerai	6,8%	10,3%	
Tingkat Pendidikan			< 0,001
Tidak Sekolah	15,7%	16,5%	
Primer	57,6%	64,8%	
Sekunder	19,9%	14,2%	
Perguruan Tinggi	6,8%	4,6%	
Status Bekerja			< 0,001
Tidak Bekerja	30,3%	27,3%	

Karakteristik Demografi	Pemanfaatan Puskesmas		<i>p</i> -value
	Tidak Memanfaatkan (n=38,516)	Memanfaatkan (n=4,128)	
Bekerja	69,7%	72,7%	
Sosioekonomi			< 0,001
Paling Miskin	34,0%	40,2%	
Miskin	20,7%	19,3%	
Menengah	16,9%	17,4%	
Kaya	14,3%	12,3%	
Paling Kaya	14,1%	10,9%	
Asuransi Kesehatan			< 0,001
Tidak Memiliki	29,1%	17,8%	
Asuransi Pemerintah	70,1%	82,1%	
Asuransi Swasta	0,6%	0,0%	
Asuransi Pemerintah + Swasta	0,2%	0,1%	
Waktu Perjalanan			< 0,001
≤10 menit	34,8%	31,5%	
>10 menit	65,2%	68,5%	

Dari segi pendidikan, pendidikan dasar mendominasi kedua kelompok pemanfaatan Puskesmas, sedangkan pekerja mendominasi kedua kelompok pemanfaatan Puskesmas berdasarkan status pekerjaan. Selain itu, kelompok masyarakat termiskin memimpin kedua kelompok pemanfaatan layanan kesehatan berdasarkan status kekayaan. Tabel 1 menunjukkan bahwa kelompok yang memiliki asuransi yang dikelola pemerintah mendominasi kedua kelompok pemanfaatan Puskesmas. Selain itu, berdasarkan waktu tempuh menuju Puskesmas, kedua kategori pemanfaatan Puskesmas didominasi oleh mereka yang memiliki waktu perjalanan lebih dari sepuluh menit.

Analisis selanjutnya adalah uji kolinearitas. Temuan ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor-faktor independen. Selain itu, nilai VIF (*variance inflasi*

faktor) setiap variabel lebih rendah dari 10,00, dan nilai toleransi setiap elemen lebih besar dari 0,10. Hasilnya tidak ditemukan multikolinearitas pada model regresi. Selain itu, temuan regresi logistik biner diilustrasikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Temuan regresi logistik biner (n=42,644)

Prediktor	p-value	Manfaatkan Puskesmas		
		Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Tempat Tinggal: Perkotaan	< 0,001	1,967	1.943	1.992
Tempat Tinggal: Pedesaan	-	-	-	-
Umur	< 0,001	1,025	1.024	1.025
Gender: Laki-laki	< 0,001	1,412	1.402	1.421
Gender: Perempuan	-	-	-	-
Perkawinan: Tidak Kawin	-	-	-	-
Perkawinan: Kawin	< 0,001	1,254	1.240	1.267
Perkawinan: Cerai	< 0,001	1,205	1.186	1.224
Pendidikan: Tidak Sekolah	-	-	-	-
Pendidikan: Primer	< 0,001	1,418	1.406	1.430
Pendidikan: Sekunder	< 0,001	1,254	1.239	1.268
Pendidikan: Perguruan Tinggi	< 0,001	1,127	1.108	1.145
Status Bekerja: Tidak Bekerja	-	-	-	-
Status Bekerja: Bekerja	< 0,001	0,972	0.965	0.980
Sosioekonomi: Paling Miskin	-	-	-	-
Sosioekonomi: Miskin	< 0,001	0,782	0.776	0.789
Sosioekonomi: Menengah	< 0,001	0,869	0.861	0.876
Sosioekonomi: Kaya	< 0,001	0,753	0.745	0.760
Sosioekonomi: Paling Kaya	< 0,001	0,714	0.707	0.722
Asuransi: Tidak Memiliki	-	-	-	-
Asuransi: Pemerintah	< 0,001	1,925	1.910	1.940
Asuransi: Swasta	< 0,001	0,155	0.135	0.179
Asuransi: Pemerintah + Swasta	< 0,001	0,615	0.544	0.695
Waktu Perjalanan: ≤ 10 menit	< 0,001	1,067	1.060	1.074
Waktu Perjalanan: > 10 menit	-	-	-	-

Tabel 2 menunjukkan bahwa masyarakat yang tinggal di perkotaan mempunyai kemungkinan 1,967 lebih besar untuk memanfaatkan Puskesmas (AOR 1,967; 95% CI 1,942-

1,992). Pemanfaatan Puskesmas dikaitkan dengan karakteristik geografis dan kemudahan mobilitas penduduk; oleh karena itu, aksesibilitas dan pemanfaatannya sangat bervariasi (Wulandari, Laksono and Rohmah, 2021). Karakterisasi geografis yang lebih mudah diakses dan mobilitas penduduk yang lebih tinggi dapat menjadi alasan mengapa masyarakat yang tinggal di perkotaan lebih banyak memanfaatkan Puskesmas dibandingkan penduduk pedesaan. Kondisi tersebut berbeda dengan penelitian di Mongolia yang memberikan akses gratis terhadap Puskesmas dan menyatakan bahwa layanan kesehatan esensial di Puskesmas di perkotaan masih sedikit, hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatannya terkonsentrasi di wilayah perdesaan (Dorjdagva *et al.*, 2017).

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa usia berhubungan dengan pemanfaatan Puskesmas. Kondisi serupa dengan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa usia yang lebih tinggi merupakan faktor yang signifikan dalam pemanfaatan Puskesmas (Pansezai, Ahmad and Saqib, 2020). Beberapa alasan dapat menjelaskan hasil ini, termasuk faktor demografi lain yang berkaitan dengan usia yang lebih tinggi. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa usia pun dikaitkan dengan pemanfaatan Puskesmas terkait prevalensi penyakit kronis. Faktor yang paling menentukan adalah penyakit kronis yang lebih sering dialami oleh orang lanjut usia (Wulandari and Laksono, 2019; Rukmini *et al.*, 2022). Selain faktor risiko, usia yang lebih tinggi juga terkait dengan perilaku skrining yang lebih tinggi, keyakinan kesehatan dan pencegahan penyakit yang lebih baik, tanggung jawab yang diharapkan, dan tindakan antisipatif untuk kesejahteraan (Megatsari, Nandini

and Laksono, 2023). Penilaian kebutuhan kesehatan yang lebih baik dapat menghasilkan pemanfaatan Puskesmas yang lebih baik pada usia yang lebih tinggi.

Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki bisa 1,412 lebih tinggi dibandingkan perempuan untuk menggunakan Puskesmas (1,412; 95% CI 1,402-1,421). Hasilnya menunjukkan laki-laki mempunyai kemungkinan lebih besar dibandingkan perempuan dalam menggunakan Puskesmas. Layanan Puskesmas sangat penting dalam menawarkan bantuan medis, sosial, dan emosional; oleh karena itu, menganalisis layanan Puskesmas yang digunakan untuk mengidentifikasi gender yang terpinggirkan (Canuto *et al.*, 2018). Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak mengakses Puskesmas (Kim *et al.*, 2016). Alternatif layanan kesehatan yang lebih dekat bagi perempuan dapat menyebabkan rendahnya pemanfaatan Puskesmas. Pada penelitian sebelumnya di daerah terpencil di Indonesia, banyak perempuan yang memilih pilihan layanan kesehatan perempuan yang lebih terjangkau, yaitu bidan desa bahkan dukun bersalin (Suharmiati, Dwi Laksono and Wahyu Dwi Astuti, 2013). Penelitian sebelumnya menemukan bahwa perempuan lebih sering menggunakan Puskesmas karena adanya kebijakan, inisiatif, dan inovasi di sisi pasokan yang mengarah pada peningkatan pemanfaatan Puskesmas untuk perawatan maternitas (Wulandari, Ridlo, *et al.*, 2019). Bidan di desa dapat secara signifikan memenuhi layanan kesehatan dasar bagi perempuan di daerah tertinggal, sehingga menurunkan pemanfaatan layanan kesehatan di Puskesmas (Yesica *et al.*, 2021; Denny *et al.*, 2022).

Sedangkan terkait status perkawinan, semua jenis mempunyai peluang lebih besar dibandingkan mereka yang belum pernah kawin untuk memanfaatkan Puskesmas. Beberapa penelitian menemukan bahwa aktivitas mencari kesehatan yang lebih baik berhubungan positif dengan ibu dan kepala rumah tangga (Apuleni, Jacobs and Musonda, 2021). Menurut penelitian sebelumnya, pernikahan dan kemitraan mempunyai beberapa dampak menguntungkan, termasuk peningkatan keamanan finansial, akses asuransi yang lebih mudah diakses, dan jenis hubungan dan dukungan sosial yang lebih baik (Stokes and Moorman, 2018). Perilaku mencari layanan kesehatan yang lebih baik dan faktor perlindungan dapat menghasilkan pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih baik. Untuk meningkatkan perilaku mencari layanan kesehatan dan pemanfaatan layanan kesehatan di kalangan belum menikah, kita harus memperkuat faktor-faktor perlindungan seperti perlindungan asuransi dan hubungan sosial.

Berdasarkan pendidikan, semua kelompok lebih mungkin memanfaatkan Puskesmas dibandingkan kelompok yang tidak memiliki pendidikan formal. Hasil ini bertentangan dengan penelitian terhadap perempuan di pedesaan Nigeria, yang mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berkorelasi secara signifikan dengan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan pra-persalinan karena persepsi layanan kesehatan reproduksi yang buruk dan preferensi untuk memilih layanan di klinik swasta dan rumah sakit (Okonofua *et al.*, 2018). Utilitas Puskesmas yang lebih tinggi dikaitkan dengan pendidikan yang lebih tinggi. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pendidikan dan pekerjaan merupakan

faktor paling penting terkait pemanfaatan Puskesmas (Omonona, Obisesan and Aromolaran, 2015). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pendidikan yang lebih baik berkaitan dengan pemahaman pesan sosial ekonomi dan pendidikan kesehatan yang lebih baik, terutama pada bahan bacaan dengan berbagai metode (Megatsari *et al.*, 2018; Rohmah *et al.*, 2020).

Penduduk yang bekerja memiliki kemungkinan 0,972 lebih kecil untuk memanfaatkan Puskesmas dibandingkan dengan penduduk yang menganggur (AOR 0,972; 95% CI 0,965-0,980). Sementara itu, semua kelompok masyarakat kaya mempunyai kemungkinan yang lebih kecil dibandingkan kelompok berpendapatan terendah untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Selain itu, dalam hal memiliki asuransi kesehatan, mereka yang memiliki asuransi yang dikelola pemerintah mempunyai kemungkinan 1,925 lebih besar untuk menggunakan Puskesmas dibandingkan mereka yang tidak memiliki asuransi (AOR 1.925; 95% CI 1.910-1.940). Sebaliknya, semua tipe orang lain mempunyai kemungkinan lebih kecil dibandingkan mereka yang tidak memiliki asuransi untuk memanfaatkan Puskesmas.

Kendala ekonomi diketahui menjadi faktor penting terkait terbatasnya akses layanan kesehatan. Puskesmas biasanya merupakan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat di masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan penting dengan biaya rendah (Wulandari, Qomarrudin, *et al.*, 2019; Wulandari, Laksono, Prasetyo, *et al.*, 2022). Hasil ini seperti penelitian di Mongolia mengenai layanan Puskesmas gratis dan universal dengan asuransi pemerintah. Kelompok dengan pendapatan lebih rendah cenderung lebih sering

memanfaatkan Puskesmas dibandingkan kelompok dengan pendapatan lebih tinggi (Dorjdagva *et al.*, 2017).

Tingginya pemanfaatan Puskesmas pada masyarakat berpendapatan rendah di daerah tertinggal di Indonesia mungkin disebabkan oleh tersedianya jaminan pemerintah yang memungkinkan akses ekonomi terhadap pemanfaatan Puskesmas. Studi ini juga menunjukkan bahwa mereka yang memiliki asuransi yang dikelola pemerintah lebih besar kemungkinannya untuk menggunakan layanan kesehatan primer dibandingkan mereka yang tidak memiliki asuransi atau memiliki jenis asuransi kesehatan lainnya. Hambatan ekonomi adalah alasan paling umum untuk tidak menggunakan layanan kesehatan primer (Ekawati and Claramita, 2021). Pemanfaatan layanan kesehatan kesehatan oleh masyarakat termiskin menunjukkan bahwa asuransi yang dikelola pemerintah telah mengatasi hambatan ekonomi (Laksono, Wulandari and Matahari, 2021).

Kondisi ini juga dapat menjelaskan sebagian tingginya pemanfaatan layanan kesehatan di kalangan pengangguran ketika pengangguran disebabkan oleh rendahnya sumber daya keuangan. Beberapa indikator kendala ekonomi terkait dengan tingginya pemanfaatan layanan kesehatan menunjukkan bahwa cakupan asuransi kesehatan universal mempunyai cakupan yang sangat baik di kalangan masyarakat miskin dan pengangguran di daerah tertinggal di Indonesia (Agustina *et al.*, 2019). Pada kelompok asuransi non-pemerintah, pemanfaatan layanan kesehatan kesehatan juga lebih rendah dibandingkan dengan kelompok asuransi yang dikelola pemerintah.

Survei sebelumnya menunjukkan bahwa klinik swasta umumnya merupakan sumber layanan kesehatan primer yang paling populer, sementara Puskesmas lebih banyak digunakan oleh rumah tangga miskin (Sinuraya *et al.*, 2017). Kondisi tersebut menunjukkan kemungkinan kecenderungan untuk memilih pengobatan di luar Puskesmas ketika ada peluang untuk memilih berbagai penyedia layanan kesehatan, seperti kelompok asuransi kesehatan lain dalam penelitian ini. Salah satu penyebab menurunnya pemanfaatan Puskesmas adalah belum optimalnya pelayanan kesehatan Puskesmas. Ada kebutuhan untuk mengoptimalkan pemanfaatan layanan kesehatan di kalangan penduduk dengan status ekonomi termiskin (miskin dan menengah) dan pekerja tanpa asuransi. Situasi ini sejalan dengan penelitian mengenai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/UHC*) di Indonesia, yang mengidentifikasi *missing-median level*, sebuah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan persentase orang yang terdaftar dalam UHC lebih rendah pada kuintil kekayaan Q2–Q3 dibandingkan kuintil lainnya (Agustina *et al.*, 2019).

Terakhir, berdasarkan waktu tempuh ke Puskesmas, ≤ 10 menit mempunyai kemungkinan 1,067 lebih besar dibandingkan > 10 menit untuk menggunakan Puskesmas. Hasilnya berarti semakin cepat waktu perjalanan ke Puskesmas, semakin besar kemungkinan mereka memanfaatkan Puskesmas. Pentingnya waktu perjalanan ke Puskesmas juga sejalan dengan penelitian sebelumnya. Namun pada penelitian ini, rentang perjalanan lebih pendek. Cuti pendek pemanfaatan Puskesmas pada penelitian ini juga dapat menjelaskan mengapa masyarakat yang berada di

perkotaan dan daerah tertinggal memiliki pemanfaatan Puskesmas yang lebih tinggi. Kondisi geografis di daerah pedesaan biasanya menyebabkan waktu perjalanan menjadi lebih lama. Akses menuju puskesmas umumnya menggunakan angkutan pribadi/umum atau berjalan kaki (Fatimah and Indrawati, 2019).

Kekuatan dan Limitasi Studi

Kekuatan penelitian ini adalah menganalisis *big data*, sehingga informasinya bisa representatif secara nasional. Namun karena analisis hanya melihat data sekunder, maka faktor-faktor yang mungkin diteliti dibatasi oleh variabel-variabel yang diterima. Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan penggunaan Puskesmas dalam penelitian sebelumnya, seperti biaya perjalanan dan jenis penyakit, tidak dapat dibahas dalam penelitian ini (Wei *et al.*, 2018). Beberapa hal tersebut penting, terutama untuk memahami biaya di luar biaya layanan yang mungkin memengaruhi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan primer.

KESIMPULAN

Berdasarkan temuan tersebut, penelitian ini menyimpulkan tujuh target kebijakan untuk meningkatkan penggunaan Puskesmas di daerah tertinggal di Indonesia. Ketujuh orang tersebut tinggal di pedesaan, berjenis kelamin perempuan, belum menikah, tidak mengenyam pendidikan, bekerja, bukan termasuk kelompok termiskin, tidak memiliki asuransi yang dikelola pemerintah, dan memiliki waktu tempuh lebih dari sepuluh menit.

Pemerintah perlu memahami karakteristik tersebut untuk dapat mengidentifikasi bagian masyarakat mana yang memiliki akses rendah terhadap layanan kesehatan primer. Penulis menyarankan agar pemerintah mengambil kebijakan yang tepat sasaran sesuai hasil penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R. *et al.* (2019) 'Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
- Apuleni, G., Jacobs, C. and Musonda, P. (2021) 'Predictors of Health Seeking Behaviours for Common Childhood Illnesses in Poor Resource Settings in Zambia, A Community Cross Sectional Study', *Frontiers in Public Health*, 9(May), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.569569>.
- Canuto, K. *et al.* (2018) 'Understanding the Utilization of Primary Health Care Services by Indigenous Men : A ystematic Review', *BMC Public Health*, pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-018-6093-2>.
- Denny, H.M. *et al.* (2022) 'The Determinants of Four or More Antenatal Care Visits Among Working Women in Indonesia', *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 34(1), pp. 51–56. Available at: <https://doi.org/10.1177/10105395211051237>.
- Dorjdagva, J. *et al.* (2017) 'Free and universal, but unequal utilization of primary health care in the rural and urban areas of Mongolia', *International Journal for Equity in Health*, 16(1), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0572-4>.
- Ekawati, F.M. and Claramita, M. (2021) 'Indonesian General Practitioners' Experience of Practicing in Primary Care under the Implementation of Universal Health Coverage Scheme (JKN)', *Journal of Primary Care and Community Health*, 12, pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501327211023707>.

- Fatimah, S. and Indrawati, F. (2019) 'Factors of Utilization of Health Services in Puskesmas', *HIGEIA*, 3(1), pp. 121–131. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.15294/higeia/v3i1/24747>.
- Ford, J.A. et al. (2018) 'Access to primary care for socio-economically disadvantaged older people in rural areas: A qualitative study', *PLoS ONE*, 13(3), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193952>.
- Kim, D. et al. (2016) 'Determinants of Primary Health Care Utilization in Ethiopia', *Institute for Poverty Alleviation and International Development*, 25s(May 2019), pp. 269–293. Available at: <https://doi.org/10.18350/ipayd.2016.25s.269>.
- Laksono, A. et al. (2023) 'Socioeconomic differences of intimate partner violence among married women in Indonesia: Does poverty matter?', *Indian Journal of Community Medicine*, 48(2), pp. 304–309. Available at: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_254_22.
- Laksono, A.D. et al. (2023) 'Regional disparities in hospital utilisation in Indonesia: a cross-sectional analysis data from the 2018 Indonesian Basic Health Survey', *BMJ Open*, 13(1), p. e064532. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064532>.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Matahari, R. (2021) 'The determinant of health insurance ownership among pregnant women in Indonesia', *BMC Public Health*, 281(1), p. 1538. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11577-z>.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Soedirham, O. (2019) 'Regional Disparities of Health Center Utilization in Rural Indonesia', *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(1), pp. 158–166. Available at: <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.19/no.1/art.48>.
- Megatsari, H. et al. (2018) 'Community Perspective about Health Services Access', *Bulletin of Health Systems Research*, 21, pp. 247–253. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsr.v2li4.231>.
- Megatsari, H., Nandini, N. and Laksono, A.D. (2023) 'Health Center Utilization among the Elderly in the East Java Province', *Jurnal PROMKES*, 11(1), pp. 26–35. Available at:

<https://doi.org/10.20473/jpk.V11.I1.2023.26-35>.

Misnaniarti *et al.* (2017) 'Availability of Health Facilities and Personnel to Support Universal Coverage of National Health Insurance', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), pp. 6–16. Available at: <https://doi.org/10.22435/jppk.v1i1.425>.

Okonofua, F. *et al.* (2018) 'Predictors of Women's Utilization of Primary Health Care for Skilled Pregnancy Care in Rural Nigeria', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(106), pp. 1–15. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-018-1730-4> RESEARCH.

Omonona, B.T., Obisesan, A.A. and Aromolaran, O.A. (2015) 'Health-care Access and Utilization Among Rural Households in Nigeria', *Journal of Development and Agricultural Economics*, 7(5), pp. 195–203. Available at: <https://doi.org/10.5897/jdae2014.0620>.

Panezai, S., Ahmad, M.M. and Saqib, S.E. (2020) 'A Gender-Based Assessment of Utilization of Primary Health Care Services and Associated Factors in Pakistan', *PONTE International Scientific Researchs Journal*, 76(1). Available at: <https://doi.org/10.21506/j.ponte.2020.1.7>.

President of the Republic of Indonesia (2020) *Presidential Regulation of the Republic of Indonesia Number 63/2020 about Stipulation of Underdeveloped Regions for 2020-2024*. Indonesia.

Putri, N.K., Laksono, A.D. and Rohmah, N. (2023) 'Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia', *BMC Public Health*, 23(1), p. Article number 373. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15292-9>.

Rohmah, N. *et al.* (2020) 'Determinants of teenage pregnancy in Indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(3), pp. 2080–2085. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i3.10736>.

Rukmini, R. *et al.* (2022) 'Non-Communicable Diseases among the Elderly in Indonesia in 2018', *Indian Journal of Forensic Medicine and*

- Toxicology*, 16(1), pp. 1026–1036.
- Saragi, S. (2017) 'Overview of the Revitalization of Basic Health Services Regarding the Health Service Referral System for BPJS Participants at the Blue-Blue Health Center', *Jurnal Administrasi Publik*, 11(2), pp. 1–12.
- Sari, I.D., Hendarwan, H. and Halim, R. (2019) 'The evaluation of Nusantara Sehat program using Nusantara Sehat Public Health Index', *Health Science Journal of Indonesia*, 10(1), pp. 41–50. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsji.v10i1.1265>.
- Sinuraya, R.K. et al. (2017) 'Satisfaction level of patients, physicians, and private primary health-care center managers with chronic disease management program in Indonesia', *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 10, pp. 131–135. Available at: <https://doi.org/10.22159/ajpcr.2017.v10s2.20414>.
- Stokes, J.E. and Moorman, S.M. (2018) 'Influence of the Social Network on Married and Unmarried Older Adults' Mental Health', *Gerontologist*, 58(6), pp. 1109–1113. Available at: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx151>.
- Suharmiati, Dwi Laksono, A. and Wahyu Dwi Astuti (2013) 'Review Kebijakan Tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Daerah Terpencil Perbatasan (Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area)', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), pp. 109–116.
- The Indonesian MOH (2018) *The 2018 Indonesian Basic Health Survey*. Jakarta.
- Wei, Y. et al. (2018) 'Hospital efficiency and utilization of high-technology medical equipment: A panel data analysis', *Health Policy and Technology*, 7(1), pp. 65–72. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hpt.2018.01.001>.
- Wenang, S. et al. (2021) 'Availability and Accessibility of Primary Care for the Remote, Rural, and Poor Population of Indonesia', *Frontiers in Public Health*, 9(September), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.721886>.

- Winarsa, Noby; Suryoputro, A.W. (2020) 'Analysis of Local Government Policy Implementation Regarding Health Services at Health Centers in Remote Border and Archipelago Regions, Sambas Regency, West Kalimantan', *Visikes*, 19(1), pp. 128–151.
- Wiyanti, S., Kusnanto, H. and Hasanbasri, M. (2016) *Patterns of Utilization of Health Services for Disadvantaged Regions, Borders, Islands and Remote Areas in Indonesia, Thesis*. Universitas Gajah Mada Yogyakarta.
- Wulandari, R.D., Qomarrudin, M.B., et al. (2019) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization among Elderly People in Indonesia', *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), pp. 1800–1804. Available at: <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.03885.3>.
- Wulandari, R.D., Ridlo, I.A., et al. (2019) 'The Influence of Primary Health Care Accreditation on Patient Satisfaction (Pengaruh Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas terhadap Kepuasan Pasien)', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(3), pp. 228–236. Available at: <https://doi.org/10.30597/mkmi.v15i3.6195>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Sillehu, S., et al. (2022) 'Health Insurance Ownership among Moluccans in Indonesia', *Indian Journal of Community Medicine*, 47(3), pp. 332–335. Available at: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_593_21.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Prasetyo, Y.B., et al. (2022) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization Among Female Workers in Indonesia: A Cross-Sectional Study', *Journal of Primary Care & Community Health*, 13(2), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501319211072679>.
- Wulandari, R.D. and Laksono, A.D. (2019) 'Urban-Rural Disparity: The Utilization of Primary Health Care Center Among Elderly in East Java, Indonesia', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), pp. 147–154. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D. and Rohmah, N. (2021) 'Urban-rural disparities of antenatal care in South East Asia: a case study in the

- Philippines and Indonesia', *BMC Public Health*, 21(1), p. 1221. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11318-2>.
- Yandrizal, Y. *et al.* (2016) 'Analysis of Availability of Health Facilities and Achievement of Universal Health Coverage of National Health Insurance in Bengkulu Province', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 5(3), pp. 143–150.
- Yesica, D. *et al.* (2021) 'Ecological Analysis of Maternity Care in Indonesia in 2018', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 15(2), pp. 2261–2267. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i2.14708>.
- Yufrizal, M.R.N., Renaldi, F. and Umbara, F.R. (2017) 'Integrated Level 1 Health Facility Service Information System (Puskesmas) Cimahi City (Sistem Informasi Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat 1 (Puskesmas) Terintegrasi Kota Cimahi)', in *Proceedings of the National Computer and Informatics Seminar*, pp. 163–168.
- Yuliyanti, S. and Ratnawati, R. (2016) 'Overview of the Implementation of BPJS Health Services at First Level Health Facilities in Semarang City (Gambaran Pelaksanaan Pelayanan BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Semarang)', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 5(1), pp. 9–13.

Bab 4

Pemanfaatan Rumah Sakit di Pulau Kalimantan: Apakah status perbatasan berpengaruh?³

Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari, Nikmatur Rohmah, Sidiq Purwoko

Pemanfaatan rumah sakit akhir-akhir ini menjadi faktor penting dalam sistem kesehatan suatu negara, karena berhubungan langsung dengan masyarakat. Di Indonesia, sistem ini dibangun secara bertahap secara regional, sehingga menghasilkan layanan fasilitas rujukan (Republik Indonesia, 2012; Wulandari, Laksono, Nantabah, *et al.*, 2022). Pelayanan ini dapat membantu masyarakat

³ Telah dipublikasikan sebelumnya dalam Bahasa Inggris dengan judul, *“Hospital Utilization in Kalimantan Island-Indonesia in 2018: Does Borderline Status Matter?”* yang terbit dalam Prosiding Seminar Nasional Big Data dan Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Indonesia, yang diselenggarakan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya, Tahun 2022.

memanfaatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh bagi setiap warga negara secara optimal dan berorientasi pada pemerataan akses penggunaan rumah sakit. Pelayanan kesehatan komprehensif adalah suatu sistem kesehatan yang mencakup bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Akses yang adil harus dirasakan oleh semua kelompok dan individu dalam suatu populasi tanpa memandang keragaman sosial, demografi, ekonomi, atau geografis. Perbedaan tersebut dalam beberapa kasus dapat menyebabkan disparitas pelayanan kesehatan sehingga mempengaruhi pemanfaatan rumah sakit (Faka, 2020).

Pemanfaatan rumah sakit secara keseluruhan dipengaruhi oleh kemudahan aksesibilitas mencapainya; Wilayah perkotaan yang memiliki infrastruktur pendukung yang baik untuk mengakses rumah sakit menjadikannya lebih baik dibandingkan pedesaan (Seran *et al.*, 2020). Sebagai pemegang kekuasaan tertinggi dalam sistem pelayanan kesehatan, pemerintah wajib memberikan fasilitas dan akses pelayanan kesehatan yang setara kepada setiap warga negara.

Di sisi lain, dalam beberapa kasus, pelayanan kesehatan secara menyeluruh tidak dapat dilakukan secara merata karena adanya beberapa kendala. Indonesia telah menerapkan asuransi kesehatan nasional sejak tahun 2014, yang diselenggarakan untuk mengurangi kesenjangan antar masyarakat dalam mencapai pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan (Agustina *et al.*, 2019; Denny *et al.*, 2022).

Beberapa permasalahan pelayanan dapat ditemukan di daerah perbatasan yang pada akhirnya memengaruhi pemanfaatan rumah sakit. Secara spesifik, faktor yang memengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit adalah keterbatasan infrastruktur, lokasi, dan sistem pendukung rujukan bertahap (Xiao *et al.*, 2021). Perbedaan aksesibilitas antar daerah terkadang dikaitkan dengan program prioritas pemerintah dalam pembangunan. Pemerintah

memprioritaskan wilayah yang memiliki akses transportasi mudah dalam membangun layanan kesehatan, seperti rumah sakit di wilayah tertentu (Song *et al.*, 2018), mengingat kemudahan aksesibilitas akan membantu meningkatkan kinerja sistem pelayanan kesehatan di wilayah tersebut.

Regulasi peningkatan kinerja pelayanan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan belum sepenuhnya berhasil. Banyak sekali kendalanya, seperti keterbatasan sumber daya manusia dan tata kelola organisasi antar pemangku kepentingan (Winarsa, Suryoputro and Warella, 2020).

Penelitian sebelumnya menginformasikan beberapa kesenjangan pelayanan kesehatan yang berlaku di daerah pedesaan (Gómez *et al.*, 2021). Kondisi ini serupa dengan Indonesia yang terdapat disparitas pemanfaatan rumah sakit di wilayah perbatasan di Pulau Kalimantan (Laksono and Wulandari, 2021).

Pulau Kalimantan merupakan salah satu pulau di Indonesia yang memiliki wilayah perbatasan terbanyak, dan luasnya wilayah serta tantangan aksesibilitas yang kompleks meningkatkan jumlah rumah sakit di wilayah perbatasan (Laksono and Wulandari, 2021; Mahmudiono and Laksono, 2021). Melihat disparitas pemanfaatan rumah sakit di Pulau Kalimantan menjadi semakin menarik. Keadaan ini dikarenakan pemerintah Indonesia ingin memindahkan ibu kota negara dari Jakarta di Pulau Jawa ke Provinsi Kalimantan Selatan di Pulau Kalimantan.

Kondisi geografis pulau ini menunjukkan dominasi hutan dan wilayah pedesaan yang menjadi tantangan berikutnya. Beberapa penelitian di Indonesia menyatakan bahwa masyarakat yang tinggal di perkotaan memiliki pemanfaatan rumah sakit yang lebih baik dibandingkan dengan masyarakat di pedesaan (Wulandari and Laksono, 2019). Dengan segala hambatan dan tantangan yang ada, tidak mengurangi kewajiban para pemangku kepentingan dan pengambil kebijakan untuk memberikan pemerataan akses

kesehatan, termasuk kenyamanan dan pemanfaatan rumah sakit bagi setiap warga negara. Berdasarkan narasi latar belakang, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran status perbatasan terhadap pemanfaatan rumah sakit di Pulau Kalimantan di Indonesia.

METODE

Sumber Data

Penelitian ini menganalisis data sekunder dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018. Riskesdas merupakan survei *cross-sectional* berskala nasional yang dilakukan Kementerian Kesehatan. Pada bulan Mei-Juli 2018, Riskesdas 2018 mengumpulkan data melalui wawancara dengan Instrumen Rumah Tangga dan Instrumen Individu. Populasi penelitian ini adalah orang dewasa (≥ 15 tahun) di Pulau Kalimantan di Indonesia. Penelitian ini menganalisis 61.598 responden dengan menggunakan metode pengambilan sampel sebagai sampel tertimbang.

Variabel Outcome

Penelitian ini menggunakan pemanfaatan rumah sakit sebagai variabel outcome. Peneliti mendefinisikan pemanfaatan rumah sakit sebagai akses orang dewasa terhadap rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap. Pemanfaatan rumah sakit terdiri dari tidak memanfaatkan dan memanfaatkan. Riskesdas menentukan pemanfaatan rawat jalan terbatas pada satu bulan sebelumnya, sedangkan menentukan rawat inap ditentukan pada satu tahun terakhir. Survei meminta batasan ini agar responden dapat mengingat kejadian rawat jalan dan rawat inap dengan benar (The Indonesian MOH, 2018).

Variabel Terpapar

Penelitian ini menggunakan status daerah perbatasan sebagai variabel terpapar. Kajian ini menentukan status wilayah perbatasan berdasarkan perbatasan langsung dengan negara tetangga di Pulau Kalimantan (Malaysia dan Brunei Darussalam). Sedangkan kabupaten perbatasan terdapat tujuh dari 56 kabupaten/kota, yakni Sambas, Bengkayang, Sanggau, Sintang, Kapuas Hulu, Malinau, dan Nunukan (Laksono and Wulandari, 2021). Studi membagi status wilayah perbatasan terdiri atas wilayah perbatasan dan wilayah non-perbatasan.

Variabel Kontrol

Penelitian ini menggunakan sembilan variabel kontrol sebagai bagian dari variabel tersebut. Kesembilan variabel tersebut adalah jenis tempat tinggal, kelompok umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status sosioekonomi, kepemilikan asuransi kesehatan, dan waktu perjalanan ke rumah sakit.

Studi ini mendefinisikan tipe tempat tinggal sebagai kawasan perkotaan dan pedesaan dan menggunakan ketentuan Badan Pusat Statistik untuk kategorisasi perkotaan-pedesaan. Penelitian ini membagi usia menjadi tiga kelompok: ≤ 17 , 18-64, dan ≥ 65 . Pengelompokan usia ini berdasarkan usia produktifitas. Sedangkan gender terdiri dari laki-laki dan perempuan. Selain itu, status perkawinan terdiri dari tidak kawin, kawin, dan bercerai.

Pendidikan adalah pengakuan mereka atas ijazah terbaru mereka. Pendidikan terdiri dari tidak sekolah, pendidikan primer (SD-SLTP), sekunder (SLTA), dan pendidikan tinggi. Selain itu, studi ini membagi jenis pekerjaan menjadi tidak bekerja, PNS/TNI/Polri, swasta, wiraswasta, petani/nelayan/buruh, dan lain-lain.

Riskesdas tahun 2018 menggunakan rumus indeks kekayaan untuk menentukan status sosioekonomi. Jajak pendapat tersebut menentukan indeks kekayaan dengan menggunakan rata-rata tertimbang dari total pengeluaran sebuah keluarga. Di sisi lain, survei tersebut menghitung indeks dengan menggunakan antara lain pengeluaran utama keluarga seperti asuransi kesehatan, makanan, dan penginapan. Lebih lanjut, Riskesdas tahun 2018 menetapkan indeks kekayaan menjadi lima kelas: kelompok termiskin, miskin, menengah, kaya, dan terkaya (Wulandari *et al.*, 2019). Lebih lanjut, studi ini mengklasifikasikan kepemilikan asuransi kesehatan ke dalam empat kelompok: tidak memiliki asuransi, memiliki asuransi yang dikelola pemerintah, memiliki asuransi yang dikelola swasta, dan memiliki kedua jenis asuransi (yang dikelola pemerintah dan swasta). Sedangkan waktu tempuh menuju rumah sakit terdiri dari dua pilihan: ≤ 1 jam dan > 1 jam.

Analisis Data

Uji Chi-Square dilakukan pada tahap pertama untuk menilai perbandingan bivariat. Selanjutnya penyelidikan menggunakan regresi logistik biner. Studi ini menguji hubungan multivariat antara semua variabel independen dan pemanfaatan rumah sakit pada pengujian terakhir. Seluruh analisis statistik dalam penelitian ini menggunakan IBM SPSS 26. Di sisi lain, penelitian ini menggunakan ArcGIS 10.3 (ESRI Inc., Redlands, CA, USA) untuk memetakan pemanfaatan rumah sakit di Pulau Kalimantan, Indonesia pada tahun 2018.

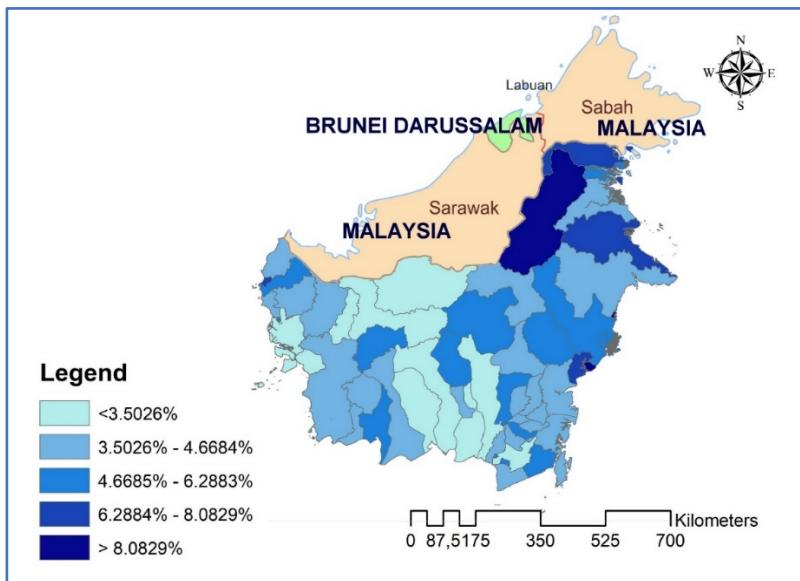
Persetujuan Etik

Komite Etik Nasional telah menyetujui Riskesdas tahun 2018 (LB.02.01/2/KE.024/2018). Selain itu, survei tersebut menghapus semua informasi pribadi responden dari database. Responden telah memberikan persetujuan tertulis untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Melalui website

<https://layanan.data.kemkes.go.id/>, penulis telah mendapatkan izin penggunaan data untuk penelitian ini.

HASIL STUDI

Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata utilisasi rumah sakit di Pulau Kalimantan pada tahun 2018 pada penelitian ini adalah sebesar 4,953%. Selain itu, Gambar 1 menunjukkan variasi yang beragam antar wilayah dalam cakupan pemanfaatan rumah sakit di setiap kabupaten yang berbatasan langsung dengan Malaysia. Variasi cakupan pemanfaatan rumah sakit ini mencakup persentase terendah hingga tertinggi. Tidak ada tren tertentu yang ditemukan secara spasial.



Source: researcher visualization

Gambar 1. Pemanfaatan Rumah Sakit menurut Kabupaten/Kota di Pulau Kalimantan Indonesia Tahun 2018

Tabel 1 menunjukkan statistik deskriptif status wilayah perbatasan dan karakteristik responden. Hasilnya menunjukkan proporsi masyarakat yang memanfaatkan rumah sakit lebih tinggi di wilayah non-perbatasan dibandingkan di wilayah perbatasan. Mereka yang tinggal di perdesaan menguasai wilayah perbatasan berdasarkan tipe tempat tinggalnya, sebaliknya mereka yang tinggal di perkotaan menguasai wilayah non-perbatasan.

Tabel 1. Statistik deskriptif status wilayah perbatasan dan karakteristik responden (n=61.598)

Karakteristik	Status Perbatasan		<i>p</i> -value
	Perbatasan (n=8,415)	Bukan - Perbatasan (n=53,183)	
Pemanfaatan Rumah Sakit			< 0,001
Tidak Memanfaatkan	95,7%	94,9%	
Memanfaatkan	4,3%	5,1%	
Tempat Tinggal			
Perkotaan	21,8%	50,8%	
Pedesaan	78,2%	49,2%	
Umur			< 0,001
≤ 17 tahun	7,8%	7,5%	
18-64 tahun	86,0%	87,1%	
≥ 65 tahun	6,2%	5,4%	
Gender			
Laki-laki	50,9%	51,5%	
Perempuan	49,1%	48,5%	
Status Perkawinan			< 0,001
Tidak Kawin	21,2%	23,7%	
Kawin	71,7%	69,0%	
Cerai	7,1%	7,3%	
Tingkat Pendidikan			< 0,001
Tidak Sekolah	8,2%	4,8%	
Primer	66,4%	58,1%	
Sekunder	19,5%	28,2%	
Perguruan Tinggi	5,8%	8,9%	
Jenis Pekerjaan			< 0,001
Tidak Bekerja	28,2%	36,7%	
PNS/TNI/Polri	3,3%	4,5%	

Karakteristik	Status Perbatasan		<i>p</i> -value
	Perbatasan (n=8,415)	Bukan - Perbatasan (n=53,183)	
Pegawai Swasta	5,6%	12,9%	
Pengusaha	11,9%	14,1%	
Petani/Nelayan/Buruh	46,5%	24,6%	
Lainnya	4,5%	7,3%	
Status Sosioekonomi			< 0,001
Paling Miskin	13,3%	6,1%	
Miskin	21,3%	15,1%	
Menengah	24,3%	22,1%	
Kaya	24,3%	24,9%	
Paling Kaya	16,8%	31,8%	
Asuransi Kesehatan			< 0,001
Tidak Memiliki	53,0%	35,2%	
Asuransi Pemerintah	45,4%	59,3%	
Asuransi Swasta	1,5%	4,2%	
Asuransi Pemerintah + Swasta	0,1%	1,3%	
Waktu Tempuh			< 0,001
≤ 1 jam	46,4%	71,5%	
> 1 jam	53,6%	28,5%	

Berdasarkan kelompok umur, kelompok umur 18-64 tahun mendominasi semua status wilayah perbatasan. Sementara itu, penelitian ini juga menemukan bahwa laki-laki memimpin di wilayah perbatasan dan non-perbatasan. Terlebih lagi, status menikah/tinggal bersama pasangan mendominasi di semua status wilayah perbatasan. Berdasarkan tingkat pendidikan, mereka yang berpendidikan dasar menguasai seluruh status perbatasan di Pulau Kalimantan. Berdasarkan status sosioekonomi, mereka yang berasal dari kelompok miskin dan menengah dominan di wilayah perbatasan; sebaliknya, kelompok terkaya memimpin di wilayah non-perbatasan. Kelompok yang tidak memiliki jaminan kesehatan memimpin di wilayah perbatasan dalam hal kepemilikan asuransi kesehatan, sedangkan asuransi yang dikelola pemerintah memimpin di wilayah non-perbatasan. Berdasarkan waktu tempuh

menuju rumah sakit, > 1 jam perjalanan di wilayah perbatasan; sebaliknya ≤ 1 jam dipandu di wilayah non-perbatasan.

Tabel 2 menginformasikan hasil regresi logistik biner. Berdasarkan status wilayah perbatasan, penduduk yang tinggal di wilayah perbatasan memiliki peluang 1,406 kali lebih besar dibandingkan penduduk di wilayah luar perbatasan untuk memanfaatkan rumah sakit (95%CI 1,392-1,419). Hasil analisis menunjukkan bahwa mereka yang tinggal di daerah perbatasan mempunyai kemungkinan pemanfaatan rumah sakit yang lebih baik.

Tabel 2. Hasil regresi logistik biner pemanfaatan rumah sakit di Pulau Kalimantan - Indonesia, tahun 2018 (n=61,598)

Prediktor	Memanfaatkan Rumah Sakit			
	<i>p</i> -value	<i>Adjusted Odds Ratio</i>	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Status Perbatasan: Perbatasan	< 0.001	1.406	1.394	1.419
Status Perbatasan: Bukan Perbatasan	-	-	-	-
Tempat Tinggal: Perkotaan	< 0.001	1.268	1.260	1.277
Tempat Tinggal: Pedesaan	-	-	-	-
Umur: ≤ 17 tahun	-	-	-	-
Umur: 18-64 tahun	< 0.001	1.627	1.596	1.659
Umur: ≥ 65 tahun	< 0.001	3.477	3.404	3.552
Gender: Laki-laki	< 0.001	0.856	0.850	0.861
Gender: Perempuan	-	-	-	-
Perkawinan: Tidak Kawin	-	-	-	-
Perkawinan: Kawin	< 0.001	2.886	2.855	2.917
Perkawinan: Cerai	< 0.001	2.452	2.416	2.488
Pendidikan: Tidak Sekolah	-	-	-	-
Pendidikan: Primer	< 0.001	1.047	1.034	1.061
Pendidikan: Sekunder	< 0.001	0.958	0.944	0.971

Prediktor	Memanfaatkan Rumah Sakit			
	<i>p</i> -value	<i>Adjusted Odds Ratio</i>	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Pendidikan: Perguruan Tinggal	< 0.001	1.070	1.053	1.088
Pekerjaan: Tidak Bekerja	-	-	-	-
Pekerjaan: PNS/TNI/Polri	< 0.001	0.659	0.651	0.668
Pekerjaan: Swasta	< 0.001	0.536	0.530	0.542
Pekerjaan: Pengusaha	< 0.001	0.585	0.579	0.590
Pekerjaan: Petani/Nelayan/Buruh	< 0.001	0.606	0.601	0.612
Pekerjaan: Lainnya	< 0.001	0.880	0.871	0.889
Sosioekonomi: Paling Miskin	-	-	-	-
Sosioekonomi: Miskin	< 0.001	1.247	1.225	1.270
Sosioekonomi: Menengah	< 0.001	1.642	1.614	1.670
Sosioekonomi: Kaya	< 0.001	2.177	2.141	2.213
Sosioekonomi: Paling Kaya	< 0.001	3.034	2.985	3.085
Asuransi: Tidak Memiliki	-	-	-	-
Asuransi: Pemerintah	< 0.001	3.437	3.409	3.464
Asuransi: Swasta	< 0.001	4.130	4.075	4.185
Asuransi: Pemerintah + Swasta	< 0.001	5.585	5.481	5.691
Waktu Tempuh: ≤ 1 jam	< 0.001	1.454	1.442	1.465
Waktu Tempuh: > 1 jam	-	-	-	-

Di sisi lain, analisis penelitian juga menemukan seluruh variabel kontrol berhubungan signifikan dengan pemanfaatan rumah sakit. Mereka yang tinggal di perkotaan mempunyai kemungkinan 1,268 kali lebih besar untuk menggunakan rumah sakit dibandingkan mereka yang tinggal di perdesaan (95%CI 1.260-1.277). Berdasarkan kelompok umur, semakin tua usia Anda, semakin tinggi kemungkinan memanfaatkan rumah sakit. Terkait status perkawinan, semua golongan perkawinan mempunyai peluang lebih besar untuk menggunakan rumah sakit. Dari segi pendidikan, pendidikan dasar dan tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk menggunakan rumah sakit dibandingkan tanpa

pendidikan; Sementara, pendidikan menengah mempunyai peluang yang lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit.

Berdasarkan jenis pekerjaan, semua jenis pekerjaan mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan yang tidak bekerja. Selain itu, berdasarkan status kekayaan, semakin baik status kekayaan seseorang di Pulau Kalimantan, maka semakin tinggi kemungkinan untuk memanfaatkan rumah sakit. Tabel 2 menunjukkan bahwa berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan, semua jenis asuransi kesehatan memiliki kemungkinan lebih besar dibanding mereka yang tidak memiliki asuransi untuk memanfaatkan rumah sakit. Sedangkan menurut waktu tempuh, mereka yang mempunyai waktu tempuh 1 jam mempunyai probabilitas 1,454 kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang mempunyai waktu tempuh > 1 jam untuk menuju rumah sakit (95%CI 1,442-1,465). Hasil ini menginformasikan bahwa waktu perjalanan yang lebih singkat lebih baik untuk pemanfaatan rumah sakit.

PEMBAHASAN

Hasil analisis menginformasikan bahwa mereka yang tinggal di daerah perbatasan memiliki kemungkinan pemanfaatan rumah sakit yang lebih baik. Masyarakat di wilayah perbatasan Pulau Kalimantan lebih banyak menggunakan rumah sakit dibandingkan masyarakat di non-perbatasan. Hasil tersebut berbeda dengan penelitian terhadap masyarakat di wilayah perbatasan Thailand yang menyatakan bahwa masyarakat perbatasan memiliki beberapa tantangan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Tantangan tersebut dapat berupa pelayanan tanpa kompensasi yang adekuat untuk tenaga kesehatan di perbatasan dibandingkan dengan mereka yang melayani populasi non-perbatasan. Di sisi lain, ada kesulitan dalam menjaga mobilitas trans-nasional di wilayah perbatasan (Meemon *et al.*, 2021). Studi terhadap layanan publik

lintas batas di wilayah Ceko menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang tersedia sangat terpencil, karena rumah sakit terdekat di wilayah Ceko berjarak sekitar 50 menit berkendara, sedangkan rumah sakit di Gmünd, Austria, berjarak beberapa menit saja (Böhm and Kurowska-Pysz, 2019). Selain itu, penelitian sebelumnya melaporkan bahwa mereka yang tinggal di daerah perbatasan memiliki kemungkinan penggunaan rawat inap yang lebih rendah dibandingkan mereka yang tinggal di daerah non-perbatasan. Sedangkan secara simultan pemanfaatan rawat jalan maupun rawat inap tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik antara kedua wilayah (Laksono and Wulandari, 2021).

Hasil penelitian membuktikan kebijakan rumah sakit yang efektif di wilayah perbatasan. Salah satu kebijakan di Indonesia terkait kawasan perbatasan adalah kebijakan Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan. Namun dalam pelaksanaannya masih banyak kendala. Kajian pada Pemerintah Provinsi Kepri juga melaporkan bahwa pelaksanaan koordinasi dan ego sektoral masih menjadi kendala, antara lain fragmentasi birokrasi dengan subjek yang tersebar sehingga membuat implementasi kebijakan menjadi kurang fokus dan terintegrasi (Mirza and Aisyah, 2020).

Masyarakat perkotaan di Pulau Kalimantan yang menggunakan jasa rumah sakit lebih tinggi dibandingkan yang tinggal di perkotaan dibandingkan yang tinggal di perdesaan. Studi ini mendukung penelitian di Florida yang menemukan bahwa pasien di daerah yang lebih makmur dan pedesaan cenderung melakukan perjalanan lebih lama untuk perawatan rawat inap di rumah sakit. Jarak perjalanan yang lebih jauh mungkin diperlukan bagi pasien di pedesaan untuk mengatasi kurangnya akses terhadap layanan rumah sakit setempat. Namun, hal ini mungkin mengindikasikan mobilitas yang lebih baik dan pilihan layanan kesehatan yang lebih banyak untuk kelompok populasi lainnya (Jia, Wang and Xierali, 2019).

Studi tersebut menginformasikan bahwa semakin tua usia Anda, semakin tinggi kemungkinan memanfaatkan rumah sakit. Pemanfaatan rumah sakit meningkat seiring bertambahnya usia. Tinjauan pelingkupan yang sistematis juga mendukung bahwa usia yang lebih tua berkorelasi positif dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan (Laksono, Nantabah and Wulandari, 2018; Rukmini *et al.*, 2022). Selain itu, sebuah penelitian di New South Wales, Australia, terhadap orang yang meninggal pada usia 70 tahun menunjukkan tingginya penggunaan layanan rumah sakit di kalangan lansia pada tahun terakhir kehidupan mereka, meskipun angka ini menurun seiring bertambahnya usia (Ní Chróinín *et al.*, 2018).

Sementara itu, semua golongan perkawinan memiliki peluang lebih besar untuk menggunakan rumah sakit, dan masyarakat Kalimantan yang menikah lebih banyak menggunakan rumah sakit dibandingkan yang lajang. Hasil ini mendukung penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa status perkawinan merupakan prediktor pemanfaatan rumah sakit pada orang dewasa di Kalimantan, Indonesia (Laksono and Wulandari, 2021). Demikian pula, sebuah penelitian mengenai layanan kesehatan di Tiongkok melaporkan bahwa faktor predisposisi status perkawinan merupakan prediktor yang konsisten dan kuat terhadap pemanfaatan layanan kesehatan di tingkat individu (Zhang, Chen and Zhang, 2019). Selain itu, masyarakat paruh baya yang tidak tinggal bersama pasangannya cenderung memiliki perilaku kesehatan yang lebih buruk dibandingkan mereka yang tinggal bersama pasangannya (Megatsari *et al.*, 2021).

Dari segi pendidikan, pendidikan dasar dan tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk menggunakan rumah sakit dibandingkan tanpa pendidikan; Sementara, pendidikan menengah mempunyai peluang yang lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit. Tinjauan pelingkupan yang sistematis juga mendukung tingkat pendidikan yang lebih tinggi terkait dengan

peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan (Soleimanvandiazar *et al.*, 2020). Studi mengenai pemanfaatan layanan kesehatan di Tiongkok melaporkan bahwa pendidikan merupakan prediktor yang kuat dan konsisten terhadap pemanfaatan layanan kesehatan di tingkat individu (Zhang, Chen and Zhang, 2019).

Berdasarkan jenis pekerjaan, semua jenis pekerjaan mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan tidak bekerja sama sekali di Pulau Kalimantan. Sejalan dengan hasil penelitian ini, tinjauan pelingkupan yang sistematis juga mendukung bahwa pengangguran berkorelasi positif dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan (Soleimanvandiazar *et al.*, 2020). Studi terhadap pasien penyakit sel sabit yang menganggur juga memiliki tingkat rawat inap yang jauh lebih tinggi dibandingkan mereka yang bekerja (Idowu, Chung and Yu, 2018).

Studi menunjukkan bahwa semakin baik status kekayaan seseorang di Pulau Kalimantan, maka semakin tinggi pula kemungkinan memanfaatkan rumah sakit. Semakin kaya seseorang maka semakin baik dalam memanfaatkan rumah sakit dibandingkan dengan mereka yang miskin (Wulandari, Laksono, Prasetyo, *et al.*, 2022). Hasil ini serupa dengan penelitian di Timor-Leste yang menemukan bahwa kuintil termiskin cenderung tidak menggunakan layanan rumah sakit dibandingkan kelompok kuintil lainnya (Guinness *et al.*, 2018). Hasil penelitian ini mendukung tinjauan pelingkupan sistematis yang menemukan bahwa pendapatan yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan (Soleimanvandiazar *et al.*, 2020).

Hasil analisis menunjukkan bahwa semua jenis asuransi kesehatan lebih berpeluang memanfaatkan rumah sakit di Pulau Kalimantan dibandingkan mereka yang tidak memiliki asuransi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepemilikan berbagai jenis asuransi kesehatan dapat meningkatkan utilisasi rumah sakit. Hasil

penelitian ini sejalan dengan hasil tinjauan pelingkupan sistematis yang juga menemukan bahwa kepemilikan asuransi berkorelasi dengan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan (Soleimanvandiazar *et al.*, 2020). Tingkat pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih tinggi juga lebih tinggi di antara penduduk provinsi Gauteng di Afrika Selatan yang memiliki asuransi kesehatan (Abaerei, Ncayiyana and Levin, 2017).

Hasil studi menginformasikan bahwa waktu perjalanan yang lebih singkat lebih baik untuk pemanfaatan rumah sakit. Hasil penelitian ini mendukung bahwa akses terhadap rumah sakit yang memerlukan waktu perjalanan lebih singkat dapat meningkatkan utilisasi rumah sakit. Hasil ini serupa dengan penelitian sebelumnya yang juga menemukan prediktor yang memengaruhi pemanfaatan rumah sakit pada orang dewasa di pulau Kalimantan, Indonesia, adalah waktu perjalanan dan biaya transportasi (Laksono and Wulandari, 2021). Sebuah tinjauan sistematis mengidentifikasi 77% dari penelitian yang disertakan menunjukkan bahwa pasien yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan perlu mendapatkan hasil kesehatan yang lebih buruk dibandingkan mereka yang tinggal lebih dekat (Kelly *et al.*, 2016).

Kekuatan dan Limitasi Studi

Penulis melakukan penelitian dengan memanfaatkan *big data* sehingga hasil analisisnya bisa mewakili Pulau Kalimantan. Di sisi lain, penulis menganalisis data sekunder, sehingga membatasi analisis pada hanya variabel yang diterima. Beberapa penelitian sebelumnya menemukan variabel lain terkait pemanfaatan rumah sakit yang tidak dapat diselidiki oleh peneliti, termasuk biaya perjalanan, jenis penyakit, dan status kesehatan (Wei *et al.*, 2018; Laksono and Wulandari, 2020; Antol *et al.*, 2022).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa status perbatasan mempunyai hubungan dengan pemanfaatan rumah sakit di Pulau Kalimantan. Mereka yang tinggal di daerah perbatasan memiliki kemungkinan pemanfaatan rumah sakit yang lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah non-perbatasan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional yang telah bersedia menganalisis data Survei Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2018 pada artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abaerei, A.A., Ncayiyana, J. and Levin, J. (2017) 'Health-care utilization and associated factors in Gauteng province, South Africa', *Global Health Action*, 10(1). Available at: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1305765>.
- Agustina, R. *et al.* (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102.
- Antol, D.D. *et al.* (2022) 'Change in self-reported health: A signal for early intervention in a medicare population', *Healthcare*, 10(1), p. 100610. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2021.100610>.
- Böhm, H. and Kurowska-Pysz, J. (2019) 'Can cross-border healthcare be sustainable? An example from the Czech-Austrian borderland', *Sustainability (Switzerland)*, 11(24), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.3390/su11246980>.
- Denny, H.M. *et al.* (2022) 'The Determinants of Four or More Antenatal Care Visits Among Working Women in Indonesia', *Asia-Pacific*

- Journal of Public Health*, 34(1), pp. 51–56. Available at: <https://doi.org/10.1177/10105395211051237>.
- Faka, A. (2020) 'Assessing Quality of Life Inequalities. A Geographical Approach', *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10), p. 600.
- Gómez, J.M.N. et al. (2021) 'Assessing Health Resources Equipped with Hemodynamic Rooms in the Portuguese-Spanish Borderland: Cross-Border Cooperation Strategies as a Possible Solution', *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 10(8), p. 514.
- Guinness, L. et al. (2018) 'Determinants of health care utilisation: The case of Timor-Leste', *International Health*, 10(6), pp. 412–420. Available at: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy044>.
- Idowu, M., Chung, T.H. and Yu, K. (2018) 'Association between Employment Status and Hospitalization of Patients with Sickle Cell Disease: A Retrospective, Observational Pilot Study', *Blood*, 132(1), p. 4930.
- Jia, P., Wang, F. and Xierali, I.M. (2019) 'Differential effects of distance decay on hospital inpatient visits among subpopulations in Florida, USA', *Environ Monit Assess*, 191, p. 381. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10661-019-7468-2>.
- Kelly, C. et al. (2016) 'Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? A systematic review', *10.1136/bmjopen-2016-013059*, 6(11), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013059>.
- Laksono, A.D., Nantabah, Z.K. and Wulandari, R.D. (2018) 'Access Barriers to Health Center for Elderly in Indonesia', *Bulletin of Health Systems Research*, 21(4), pp. 228–235. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.887>.
- Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2020) 'Predictors of hospital utilization among papuans in Indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(2), pp. 2319–2324. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i2.3374>.

- Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2021) 'The Border-Non-Border Areas Disparities in Hospital Utilization in Kalimantan Island, Indonesia', *Medico-Legal Update*, 21(1), pp. 29–34. Available at: <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i1.2274>.
- Mahmudiono, T. and Laksono, A.D. (2021) 'Disparity in the hospitals utilization among regions in Indonesia', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), pp. 1461–1466. Available at: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7304>.
- Meemon, N. et al. (2021) 'Transnational Mobility and Utilization of Health Services in Northern Thailand: Implications and Challenges for Border Public Health Facilities', *Journal of Primary Care and Community Health*, 12, pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501327211053740>.
- Megatsari, H. et al. (2021) 'Does husband/partner matter in reduce women's risk of worries?: Study of psychosocial burden of covid-19 in indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 15(1), pp. 1101–1106. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i1.13564>.
- Mirza, M. and Aisyah, S. (2020) 'Analisis Implementasi Kebijakan Dalam Pengelolaan Kawasan Perbatasan Negara di Provinsi Kepulauan Riau', *JIAPI: Jurnal Ilmu Administrasi Dan Pemerintahan Indonesia*, 1(1), pp. 14–34. Available at: <https://doi.org/10.33830/jiapi.v1i1.18>.
- Ní Chróinín, D. et al. (2018) 'Health-services utilisation amongst older persons during the last year of life: A population-based study', *BMC Geriatrics*, 18(1), pp. 1–18. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1006-x>.
- Republik Indonesia (2012) *Permenkes RI Nomor 001 tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*.
- Rukmini, R. et al. (2022) 'Non-Communicable Diseases among the Elderly in Indonesia in 2018', *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 16(1), pp. 1026–1036. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v16i1.17631>.

- Seran, A.A. *et al.* (2020) 'Disparities of the use of hormonal and non-hormonal contraceptive drugs in urban and rural areas in Indonesia and the world', *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(9), pp. 66–73. Available at: <https://doi.org/10.31838/srp.2020.9.12>.
- Soleimanvandazar, N. *et al.* (2020) 'Determinants of outpatient health service utilization according to andersen's behavioral model: A systematic scoping review', *Iranian Journal of Medical Sciences*, 45(6), pp. 405–424. Available at: <https://doi.org/10.30476/ijms.2020.85028.1481>.
- Song, Yongze *et al.* (2018) 'Spatial and temporal variations of spatial population accessibility to public hospitals: A case study of rural–urban comparison', *GIScience & remote sensing*, 55(5), pp. 718–744.
- The Indonesian MOH (2018) *The 2018 Indonesian Basic Health Survey*. Jakarta.
- Wei, Y. *et al.* (2018) 'Hospital efficiency and utilization of high-technology medical equipment: A panel data analysis', *Health Policy and Technology*, 7(1), pp. 65–72. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2018.01.001>.
- Winarsa, N., Suryoputro, A. and Warella, Y. (2020) 'Analisis Implementasi Kebijakan Pemerintah Daerah Tentang Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan Dan Kepulauan (DTPK) Kabupaten Sambas Kalimantan Barat', *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 19(01).
- Wulandari, R.D. *et al.* (2019) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization among Elderly People in Indonesia', *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), pp. 1800–1804. Available at: <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.03885.3>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Nantabah, Z.K., *et al.* (2022) 'Hospital utilization in Indonesia in 2018: do urban-rural disparities exist?', *BMC Health Services Research*, 2022(22), p. 491. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07896-5>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Prasetyo, Y.B., *et al.* (2022) 'Socioeconomic

- Disparities in Hospital Utilization Among Female Workers in Indonesia: A Cross-Sectional Study', *Journal of Primary Care & Community Health*, 13(2), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501319211072679>.
- Wulandari, R.D. and Laksono, A.D. (2019) 'Urban-Rural Disparity: The Utilization of Primary Health Care Center Among Elderly in East Java, Indonesia', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), pp. 147–154. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>.
- Xiao, Y. *et al.* (2021) 'Towards healthy China 2030: Modeling health care accessibility with patient referral', *Social Science & Medicine*, 276, p. 113834.
- Zhang, S., Chen, Q. and Zhang, B. (2019) 'Understanding healthcare utilization in China through the andersen behavioral model: Review of evidence from the China health and nutrition survey', *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, pp. 209–224. Available at: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S218661>.

Bab 5

Peran Waktu Perjalanan dalam Pemanfaatan Rumah Sakit di Wilayah Kepulauan: Studi Kasus di Regional Maluku, Indonesia⁴

Mara Ipa, Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari

Sistem pelayanan kesehatan menggunakan pelayanan kesehatan untuk berbagai tujuan, termasuk menyembuhkan atau mengobati penyakit dan kondisi kesehatan, mencegah atau

⁴ Telah dipublikasikan sebelumnya dalam Bahasa Inggris dengan judul, “The Role of Travel Time on Hospital Utilization in the Islands Area: A Cross-Sectional Study in the Maluku Region, Indonesia, in 2018,” yang terbit di Indian Journal of Community Medicine, Volume 48: 269-273, April 2023. DOI [10.4103/ijcm.ijcm_229_22](https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_229_22)

menunda masalah kesehatan di masa depan, mengurangi rasa sakit, dan meningkatkan kualitas hidup. Rumah sakit, unit gawat darurat, praktik dokter dan dokter gigi, serta fasilitas perawatan lainnya adalah contoh jenis fasilitas pelayanan kesehatan (Chen, Chi and Liu, 2019). Rumah Sakit memberikan pelayanan rujukan dari pelayanan kesehatan yang lebih rendah, memberikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif yang komprehensif (Laksono, Wulandari and Efendi, 2020).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kebutuhan akan pelayanan, termasuk apakah individu menyadari kebutuhannya akan pelayanan kesehatan, apakah mereka ingin menerimanya, dan apakah pelayanan tersebut dapat diakses. Pelayanan kesehatan mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya tuntutan pelayanan di masyarakat. Beberapa variabel pendorongnya adalah penuaan, transformasi sosiodemografi populasi, dan variasi prevalensi dan kejadian penyakit tertentu (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2018).

Beberapa penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi faktor lain yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit, seperti waktu perjalanan dan jarak. Masyarakat yang bertempat tinggal lebih dekat dengan fasilitas kesehatan memiliki tingkat pemanfaatan yang lebih besar dibandingkan masyarakat yang tinggal jauh. Selain itu, hambatan transportasi geografis terutama mengatasi masalah kesehatan kelompok paling rentan yang hidup dalam kemiskinan (Varela *et al.*, 2019).

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia mencakup penyedia pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah. Dalam hal ini, pemerintah Indonesia, Kementerian Kesehatan di tingkat nasional, pemerintah provinsi di tingkat daerah, dan tingkat kabupaten menyediakan layanan kesehatan masyarakat (Mahendradhata *et al.*, 2017). Sesuai dengan tujuan WHO dalam

cakupan kesehatan semesta, Indonesia membuat rencana cakupan yang diberi nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Salah satu tujuan JKN adalah untuk meningkatkan akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan di seluruh wilayah tanpa menempatkan masyarakat pada risiko kemiskinan. Penelitian sebelumnya menunjukkan efektivitas JKN dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan di Indonesia (Laksono *et al.*, 2021).

Pulau Maluku, termasuk dua provinsi di dalamnya, Maluku dan Maluku Utara, merupakan bagian dari wilayah Indonesia Timur (Ipa *et al.*, 2021). Kedua wilayah tersebut memiliki karakteristik geografis yang ekstrim, berupa topografi kepulauan. Setidaknya terdapat 1.286 pulau yang menjadi bagian dari sebelas kabupaten/kota di Provinsi Maluku. Sedangkan di Provinsi Maluku Utara terdapat 395 pulau yang tersebar di sepuluh kabupaten/kota (Laksono, Sillehu and Megatsari, 2021). Hal ini dapat menjadi salah satu hambatan penerapan JKN terkait dengan aksesibilitas pemanfaatan rumah sakit (Laksono AD, Rukmini R, 2020).

Secara umum, ada beberapa hal yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan: ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, akses fisik terhadap pelayanan kesehatan, akses finansial, dan akses sosial. Kajian ini akan memperkuat konsep di atas bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh aspek fisik dan ketersediaan pelayanan kesehatan. Salah satu indikator keberhasilan kinerja sistem pelayanan kesehatan bagi pengambil kebijakan adalah pemerataan pelayanan rumah sakit (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019; Mahmudiono and Laksono, 2021).

Para pengambil kebijakan berkepentingan untuk memperkecil kesenjangan sekecil mungkin, termasuk kemungkinan kesenjangan akses fisik terhadap rumah sakit. Namun, sebagai bukti tercapainya cakupan universal, pemerintah harus mengatasi

tantangan-tantangan ini. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peranan waktu tempuh suatu rumah sakit di wilayah Maluku di Indonesia.

METODE

Desain Studi dan Sumber Data

Studi ini melakukan analisis *cross-sectional* berdasarkan data Riset Kesehatan Kesehatan Dasar (Risksesdas) tahun 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei ini mengumpulkan informasi selama bulan Mei dan Juli 2018 menggunakan wawancara Instrumen Rumah Tangga dan Individu.

Partisipan

Partisipan penelitian berusia ≥ 15 tahun dan tinggal di wilayah Maluku. Studi ini mengevaluasi sampel tertimbang sebanyak 14.625 responden berdasarkan metodologi pengambilan sampel.

Variabel Outcome

Variabel hasil penelitian adalah pemanfaatan rumah sakit—baik rawat jalan maupun rawat inap, akses responden terhadap rumah sakit. Pengobatan rawat jalan dibatasi pada bulan sebelumnya, sedangkan pengobatan rawat inap dibatasi pada tahun lalu. Pertanyaan tersebut dimaksudkan agar responden dapat mengingat pasien rawat jalan dan rawat inap secara akurat berdasarkan preferensi waktu mengingatnya (The Indonesian MOH, 2018).

Variabel Terpapar

Penelitian ini menggunakan waktu perjalanan ke rumah sakit sebagai variabel terpapar. Waktu perjalanan merupakan pengakuan responden mengenai waktu perjalanan menuju rumah

sakit terdekat dari tempat tinggalnya. Waktu tempuh menuju rumah sakit terdiri dari dua kategori, yaitu ≤ 30 menit dan > 30 menit (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

Variabel Kontrol

Penelitian ini menggunakan sembilan variabel kontrol: provinsi, jenis tempat tinggal, umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status sosioekonomi, dan kepemilikan asuransi kesehatan. Studi membagi provinsi menjadi dua wilayah: Maluku dan Maluku Utara. Studi ini memisahkan tipe tempat tinggal menjadi dua jenis: perkotaan dan pedesaan.

Studi menentukan usia berdasarkan ulang tahun terakhir. Studi membagi gender menjadi dua kelompok: laki-laki dan perempuan. Penelitian ini juga membagi responden menjadi tiga kelompok berdasarkan status perkawinannya: tidak kawin, kawin, dan bercerai. Di sisi lain, penelitian ini mendefinisikan pendidikan sebagai penerimaan ijazah paling akhir responden. Selain itu, survei ini mencakup empat tingkat pendidikan: tidak sekolah, primer (SD-SLTP), sekunder (SLTA), dan pendidikan tinggi. Studi ini membagi status pekerjaan menjadi dua kelompok: Tidak Bekerja dan Bekerja.

Riskesdas tahun 2018 menggunakan metode indeks sosioekonomi untuk menentukan status kekayaan. Selain itu, survei ini menghitung indeks sosioekonomi dengan menggunakan rata-rata tertimbang dari keseluruhan pengeluaran rumah tangga. Sementara itu, penelitian tersebut meneliti pengeluaran langsung rumah tangga seperti asuransi kesehatan, makanan, akomodasi, dan barang-barang lainnya untuk membuat indeks kekayaan. Survei tersebut juga membagi indeks pendapatan menjadi lima kategori: kelompok paling miskin, miskin, menengah, kaya, dan paling kaya (Wulandari *et al.*, 2019).

Lebih lanjut, studi ini mengidentifikasi empat bentuk kepemilikan asuransi kesehatan: tidak memiliki, memiliki asuransi yang dikelola oleh pemerintah, memiliki asuransi yang dikelola oleh swasta, dan memiliki kedua tipe jenis asuransi tersebut (pemerintah + swasta).

Analisis Data

Penelitian ini menggunakan uji Chi-Square untuk menawarkan perbandingan bivariat pada tahap awal. Penulis melakukan regresi logistik biner pada poin terakhir penelitian. Survei ini menggunakan pengujian sebelumnya untuk menyelidiki hubungan multivariat antara seluruh karakteristik independen dan pemanfaatan rumah sakit. Sepanjang analisis statistik, penulis menggunakan aplikasi IBM SPSS 26.

Persetujuan Etik dan Persetujuan untuk Berpartisipasi

Komite Etik Nasional memberikan Ethical Clearance terhadap Survei Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2018 (Nomor: LB.02.01/2/KE.024/2018). Survei tersebut menghapus semua identitas responden dari kumpulan data.

HASIL STUDI

Berdasarkan temuan, rata-rata pemanfaatan rumah sakit di wilayah Maluku sebesar 3,3% pada tahun 2018. Sedangkan rata-rata waktu tempuh lebih dari 30 menit menuju rumah sakit di wilayah Maluku sebesar 62,4%.

Tabel 1 menampilkan statistik deskriptif status sosial ekonomi dan karakteristik responden di Indonesia bagian timur. Studi ini menemukan bahwa masyarakat termiskin menguasai pemanfaatan layanan kesehatan primer.

Tabel 1. Statistik deskriptif pemanfaatan rumah sakit dan karakteristik responden, Regional Maluku, 2018 (n=14,625)

Karakteristik Demografi	Waktu Perjalanan		p-value
	≤ 30 menit (n=5,394)	> 30 menit (n=9,131)	
Pemanfaatan Rumah Sakit			**< 0,001
Tidak Memanfaatkan	94,7%	97,9%	
Memanfaatkan	5,3%	2,1%	
Provinsi			0,755
Maluku	55,2%	55,4%	
Maluku Utara	44,8%	44,6%	
Tempat Tinggal			**< 0,001
Perkotaan	61,4%	9,3%	
Pedesaan	38,6%	90,7%	
Umur (mean)	(38,49)	(31,31)	**< 0,001
Gender			*0,008
Laki-laki	45,6%	47,8%	
Perempuan	54,4%	52,2%	
Status Perkawinan			**< 0,001
Tidak Kawin	26,0%	21,6%	
Kawin	65,1%	70,2%	
Cerai	8,9%	8,2%	
Tingkat Pendidikan			**< 0,001
Tidak Sekolah	1,8%	4,6%	
Primer	44,8%	68,0%	
Sekunder	38,4%	21,4%	
Perguruan Tinggi	15,1%	5,9%	
Status Bekerja			**< 0,001
Tidak Bekerja	39,7%	33,1%	
Bekerja	60,3%	66,9%	
Sosioekonomi			**< 0,001
Paling Miskin	8,4%	25,8%	
Miskin	14,5%	27,8%	
Menengah	22,9%	23,5%	
Kaya	26,5%	16,6%	
Paling Kaya	27,7%	6,3%	
Asuransi Kesehatan			**< 0,001
Tidak Memiliki	35,6%	41,4%	

Karakteristik Demografi	Waktu Perjalanan		<i>p</i> -value
	≤ 30 menit (n=5,394)	> 30 menit (n=9,131)	
Pemerintah	63,6%	58,2%	
Swasta	0,6%	0,3%	
Pemerintah + Swasta	0,2%	0,1%	

Keterangan: **p* < 0,010; ***p* < 0,001.

Tabel 1 menunjukkan kedua kategori waktu perjalanan ke rumah sakit didominasi oleh kelompok rumah sakit yang tidak memanfaatkan. Berdasarkan provinsi, kedua kelompok waktu tempuh ke rumah sakit tersebut didominasi oleh mereka yang berdomisili di Provinsi Maluku. Berdasarkan jenis tempat tinggalnya, mereka yang tinggal di perkotaan memerlukan waktu tempuh 30 menit atau kurang ke rumah sakit. Sebaliknya, lebih dari 30 menit perjalanan ke rumah sakit dipimpin oleh mereka yang tinggal di pedesaan.

Tabel 1 menunjukkan bahwa mereka yang melakukan perjalanan selama 30 menit atau kurang memiliki rata-rata usia lebih tua dibandingkan kategori lebih dari 30 menit. Berdasarkan gender, perempuan memimpin kedua kelompok perjalanan waktu. Berdasarkan status perkawinan, mereka yang menikah atau tinggal bersama pasangan mendominasi kedua kategori waktu perjalanan ke rumah sakit tersebut. Sedangkan berdasarkan tingkat pendidikan, mereka yang berpendidikan dasar menempati kedua jenis waktu perjalanan menuju rumah sakit tersebut.

Tabel 1 menunjukkan penduduk yang bekerja berdasarkan kategori waktu perjalanan ke rumah sakit. Sedangkan berdasarkan status kekayaan, kelompok terkaya memimpin dalam waktu 30 menit atau kurang, dan sebaliknya, kelompok termiskin memimpin dalam kelompok lebih dari 30 menit. Berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan, mereka yang memiliki asuransi pemerintah mendominasi kedua kategori waktu perjalanan ke rumah sakit.

Tabel 2. Hasil regresi logistik biner pemanfaatan rumah sakit di wilayah Maluku, Indonesia, 2018 (n=14,625)

Prediktor	Memanfaatkan Rumah Sakit			
	<i>p</i> -value	<i>Adjusted Odds Ratio</i>	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Waktu Perjalanan: ≤ 30 menit	**< 0,001	1,792	1,756	1,828
Waktu Perjalanan: > 30 menit	-	-	-	-
Tempat Tinggal: Perkotaan	*0,020	0,977	0,958	0,996
Tempat Tinggal: Pedesaan	-	-	-	-
Umur	**< 0,001	1,014	1,013	1,015
Gender: Laki-laki	**< 0,001	0,682	0,671	0,694
Gender: Perempuan	-	-	-	-
Perkawinan: Tidak Kawin	**< 0,001	0,844	0,810	0,879
Perkawinan: Kawin	**< 0,001	1,372	1,331	1,415
Perkawinan: Cerai	-	-	-	-
Pendidikan: Tidak Sekolah	-	-	-	-
Pendidikan: Primer	**< 0,001	1,869	1,747	1,999
Pendidikan: Sekunder	**< 0,001	2,171	2,027	2,326
Pendidikan: Perguruan Tinggi	**< 0,001	2,043	1,903	2,194
Status Bekerja: Tidak Bekerja	-	-	-	-
Pendidikan: Bekerja	**< 0,001	0,924	0,908	0,941
Sosioekonomi: Paling Miskin	-	-	-	-
Sosioekonomi: Miskin	**< 0,001	2,097	2,024	2,172
Sosioekonomi: Menengah	**< 0,001	1,870	1,805	1,936
Sosioekonomi: Kaya	**< 0,001	2,123	2,050	2,198
Sosioekonomi: Paling Kaya	**< 0,001	2,906	2,804	3,012
Asuransi: Tidak Memiliki	-	-	-	-
Asuransi: Pemerintah	**< 0,001	2,275	2,232	2,319
Asuransi: Swasta	**< 0,001	1,749	1,571	1,948
Asuransi: Pemerintah + Swasta	**< 0,001	9,097	8,288	9,985

Keterangan: *p < 0,050; **p < 0,001.

Tabel 2 menunjukkan hasil regresi logistik biner pemanfaatan rumah sakit di wilayah Maluku. Penelitian ini

menggunakan istilah "memanfaatkan rumah sakit" sebagai acuan dalam penyelidikan tingkat akhir ini.

Tabel 2 menunjukkan hubungan antara waktu perjalanan dan pemanfaatan rumah sakit di regional Maluku. Seseorang dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke rumah sakit mempunyai probabilitas 1,792 lebih tinggi dibandingkan dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit (AOR 1,792; 95% CI 1,756-1,828). Hasil analisis ini menunjukkan bahwa waktu perjalanan menuju rumah sakit yang lebih singkat mempunyai kemungkinan pemanfaatan rumah sakit yang lebih baik.

Di sisi lain, hasil analisis juga menemukan delapan variabel lain yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit. Berdasarkan jenis tempat tinggalnya, seseorang yang tinggal di perkotaan lebih kecil kemungkinannya untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan seseorang yang tinggal di pedesaan. Selain itu, penelitian ini juga menemukan bahwa usia mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan rumah sakit.

Mengenai gender, Tabel 2 menunjukkan bahwa laki-laki lebih kecil kemungkinannya menggunakan layanan rumah sakit dibandingkan perempuan. Berdasarkan status perkawinan, seseorang yang belum pernah menikah mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan mereka yang bercerai/duda. Sementara itu, seseorang yang berstatus menikah atau tinggal bersama pasangannya lebih besar kemungkinannya untuk menggunakan rumah sakit dibandingkan dengan orang yang bercerai/duda.

Berdasarkan tingkat pendidikan, pendidikan primer dapat 1,869 kali lipat dibandingkan yang tidak sekolah untuk menggunakan rumah sakit (AOR 1,869; 95% CI 1,747-1,999). Pendidikan sekunder mempunyai kemungkinan 2,171 kali dibandingkan yang tidak sekolah untuk memanfaatkan rumah sakit (AOR 2,171; 95% CI 2,027-2,326). Selain itu, mereka yang

berpendidikan tinggi mempunyai kemungkinan 2,043 kali lebih besar untuk menggunakan layanan rumah sakit dibandingkan yang tidak sekolah (AOR 2,043; 95% CI 1,903-2,194).

Tabel 2 menunjukkan bahwa pekerja mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan dengan pengangguran. Berdasarkan status kekayaan, seseorang dengan status kekayaan paling miskin mempunyai kemungkinan 2,097 kali lebih besar dibandingkan kelompok paling miskin untuk memanfaatkan rumah sakit (AOR 2,097; 95% CI 2,024-2,172). Seseorang dengan status kekayaan menengah mempunyai peluang 1,870 kali lebih besar dibandingkan kelompok termiskin untuk memanfaatkan rumah sakit (AOR 1,870; 95% CI 1,805-1,936). Sementara itu, seseorang yang berstatus lebih kaya dapat 2,123 kali lebih banyak memanfaatkan rumah sakit dibandingkan penduduk termiskin (AOR 2,123; 95% CI 2,050-2,198). Selain itu, kelompok terkaya memiliki peluang 2,906 kali lebih besar dibandingkan kelompok termiskin untuk memanfaatkan rumah sakit (AOR 2,906; 95% CI 2,804-3,012).

Terakhir, berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan, seseorang yang memiliki asuransi yang dikelola pemerintah mempunyai kemungkinan 2,275 kali lipat dibandingkan yang tidak memiliki asuransi untuk menggunakan jasa rumah sakit (AOR 2,275; 95% CI 2,232-2,319). Seseorang yang memiliki asuransi swasta memiliki peluang 1,749 kali lebih besar dibandingkan yang tidak memiliki asuransi (AOR 1,749; 95% CI 1,571-1,948). Selanjutnya, seseorang dengan dua jenis asuransi, yang dikelola pemerintah dan swasta, memiliki kemungkinan 9,097 kali lipat dibandingkan tidak memiliki asuransi untuk memanfaatkan layanan rumah sakit (AOR 9,097; 95% CI 8.288-9.985).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara waktu tempuh dengan pemanfaatan rumah sakit di wilayah Maluku. Semakin pendek waktu tempuh menuju rumah sakit maka kemungkinan pemanfaatan rumah sakit semakin besar. Temuan ini menunjukkan bahwa semakin dekat jarak antar rumah sakit dan semakin cepat aksesnya, maka semakin banyak masyarakat yang akan memanfaatkan rumah sakit. Dalam penelitian yang dilakukan di Tiongkok, penelitian tersebut membagi preferensi masyarakat dalam pemanfaatan rumah sakit menjadi empat kategori: pertimbangan holistik, harga, kedekatan, dan pencari kualitas. Keputusan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai keadaan, yang menunjukkan variabilitas preferensi (Jiang et al., 2020).

Sebuah penelitian di AS menunjukkan sistem transfer yang kuat dapat meningkatkan pemanfaatan rumah sakit. Studi ini melaporkan dua jenis transportasi yang dievaluasi: darat dan udara. Studi ini menginformasikan rumah sakit dalam jarak 50 mil, perbedaan waktu transportasi rata-rata antara udara dan darat kurang dari satu jam (Rosenbloom et al., 2020). Sistem transfer yang kuat ini terbukti efektif mengurangi waktu perjalanan, meskipun jika diterapkan di Indonesia mungkin terdapat konsekuensi biaya yang signifikan yang harus ditanggung oleh pemerintah.

Berdasarkan jenis tempat tinggal, penelitian ini menemukan bahwa seseorang yang tinggal di perkotaan mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan seseorang yang tinggal di pedesaan. Beberapa alasan mengapa pasien di daerah pedesaan lebih sering mengunjungi rumah sakit adalah sebagai berikut: Dalam kebanyakan kasus, lokasi rumah mereka jauh dari rumah sakit terdekat. Kemudian, dalam hal

kepemilikan asuransi, Anda dapat memilih rumah sakit nirlaba yang lebih murah (Guo B, Xie X, Wu Q, Zhang X, Cheng H, Tao S, 2020). Berbeda dengan penelitian sebelumnya di Indonesia, orang dewasa yang tinggal di perkotaan memanfaatkan rumah sakit dua kali lebih banyak dibandingkan mereka yang tinggal di pedesaan (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019; Wulandari, Laksono and Rohmah, 2021). Situasi ini didukung karena masyarakat pedesaan mempunyai pendapatan yang lebih rendah, sumber daya kesehatan yang lebih sedikit, dan kurangnya akses asuransi kesehatan karena kesenjangan penggunaan layanan kesehatan dan kesehatan yang signifikan masih terjadi di dalam dan antara penduduk perkotaan dan pedesaan (Seran *et al.*, 2020).

Selain itu, penelitian ini juga menemukan beberapa karakteristik demografi yang secara signifikan berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit: usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status kekayaan. Mereka memahami konsep kelompok populasi yang memanfaatkan layanan rumah sakit untuk meningkatkan program kesehatan yang ada dan mengembangkan kebijakan baru yang berbasis bukti. Hasil penelitian di Kamboja menunjukkan bahwa tempat tinggal di perkotaan, memiliki status pendidikan yang lebih baik, pekerjaan kerah putih, akses terhadap media elektronik menunjukkan hubungan yang positif dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu (AI., 2020). Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa karakteristik sosiodemografi dianggap memengaruhi cara masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan menentukan kerentanan mereka terhadap penyakit, niat dan kapasitas mereka untuk mengakses layanan kesehatan, dan kebutuhan yang mereka rasakan (Wulandari *et al.*, 2022). Beberapa penelitian sebelumnya melaporkan bahwa kemiskinan merupakan penghalang untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik (Rohmah *et al.*, 2020; Mahmudiono and Laksono, 2021; Masruroh *et al.*, 2021).

Hasil analisis menunjukkan asuransi kesehatan dapat meningkatkan utilisasi rumah sakit di wilayah Maluku. Situasi ini dapat dijelaskan bahwa pemanfaatan rumah sakit berkaitan dengan keterjangkauan asuransi kesehatan—hambatan finansial terhadap layanan, terutama di kalangan masyarakat berpenghasilan rendah dan tidak memiliki asuransi. Dengan demikian, kepemilikan asuransi kesehatan dapat meningkatkan pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan. Sejalan dengan temuan yang mengungkapkan bahwa orang dewasa yang tidak memiliki asuransi memiliki waktu yang lebih sulit untuk mengakses perawatan medis dan obat resep yang diperlukan. Mereka lebih cenderung menunda atau melewatkannya karena pertimbangan biaya (Wulandari, Laksono and Matahari, 2020).

Studi ini mengevaluasi sejumlah besar data untuk menggambarkan informasi di wilayah Maluku. Di sisi lain, penulis mengandalkan data sekunder, mempersempit cakupan variabel yang diperbolehkan. Karakteristik lain yang terkait dengan pemanfaatan rumah sakit, seperti biaya perjalanan, gaya hidup, dan jenis penyakit yang tidak dapat diteliti oleh penulis, telah diidentifikasi dalam penelitian sebelumnya (Chen, Chi and Liu, 2019; Laksono and Wulandari, 2020).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan adanya hubungan antara waktu tempuh dan pemanfaatan rumah sakit di wilayah Maluku. Semakin pendek waktu tempuh menuju rumah sakit maka kemungkinan pemanfaatan rumah sakit semakin besar.

Para pembuat kebijakan perlu memberikan akses fisik yang lebih baik untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap rumah sakit. Pengambil kebijakan dapat melakukan kebijakan peningkatan

akses dengan mendekatkan rumah sakit kepada masyarakat atau meningkatkan fasilitas transportasi menuju rumah sakit.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah mengizinkan penulis menganalisis kumpulan data dalam artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Al., Z. et (2020) 'Sociodemographic characteristics associated with the utilization of maternal health services in Cambodia', *BMC Health Services Research*, 20:781. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05652-1>.
- Chen, H., Chi, I. and Liu, R. (2019) 'Hospital Utilization Among Chinese Older Adults: Patterns and Predictors', *Journal of Aging and Health*, 31(8), pp. 1454–1478. Available at: <https://doi.org/10.1177/0898264318780546>.
- Guo B, Xie X, Wu Q, Zhang X, Cheng H, Tao S, Q.H. (2020) 'Inequality in the health services utilization in rural and urban china: A horizontal inequality analysis.', *Medicine*, 99(2), p. e1862.
- Ipa, M. et al. (2021) 'Sub-national disparities in accessing anti-malarial drug treatment in eastern Indonesia', *BMC Public Health*, 21(1), p. 1548. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11602-1>.
- Jiang, M. et al. (2020) 'Preferences heterogeneity of health care utilization of community residents in China: a stated preference discrete choice experiment', *BMC Health Services Research*, 20:430. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05134-4>.
- Laksono, A.D. et al. (2021) 'The disparities in health insurance ownership of hospital-based birth deliveries in eastern Indonesia', *BMC Health Services Research*, 21(1), p. 1261. Available at:

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07246-x>.

Laksono, A.D., Sillehu, S. and Megatsari, H. (2021) 'Primary Health Care Utilization of in the Archipelago Region: A Case Study in Maluku Province, Indonesia (Pemanfaatan Puskesmas di Wilayah Kepulauan: Studi Kasus di Provinsi Maluku, Indonesia', in H. Megatsari (ed.) *5th Public Health Leadership*. Surabaya: Persakmi, pp. 199–2010. Available at: https://www.researchgate.net/publication/357002383_Pemanfaatan_Puskesmas_di_Wilayah_Kepulauan_Studi_Kasus_di_Provinsi_Maluku_Indonesia.

Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2020) 'Predictors of hospital utilization among papuans in Indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(2), pp. 2319–2324. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i2.3374>.

Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Efendi, F. (2020) 'Determinants of hospital utilisation among urban poor societies in Indonesia', *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 12(9), pp. 375–387.

Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Soedirham, O. (2019) 'Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults', *Iranian Journal of Public Health*, 48(2), pp. 247–255. Available at: <https://doi.org/10.18502/ijph.v48i2.819>.

Laksono AD, Rukmini R, W.R. (2020) 'Regional disparities in antenatal care utilization in Indonesia.', *PLoS One*. 2, 15(2):e022. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224006>.

Mahendradhata, Y. et al. (2017) *The Republic of Indonesia Health System Review, Health System in Transition*. Edited by K. Hort and W. Patcharanarumol. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254716>.

Mahmudiono, T. and Laksono, A.D. (2021) 'Disparity in the hospitals utilization among regions in Indonesia', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), pp. 1461–1466. Available at: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7304>.

- Masruroh *et al.* (2021) 'Neonatal Death Incidence in Healthcare Facility in Indonesia: Does Antenatal Care Matter?', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 15(1), pp. 1265–1271. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i1.13590>.
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine (2018) *Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination*. Washington, DC, USA: The National Academies Press. Available at: <https://doi.org/Https://doi.org/10.17226/24969>.
- Rohmah, N. *et al.* (2020) 'Determinants of teenage pregnancy in Indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(3), pp. 2080–2085.
- Rosenbloom, J.I. *et al.* (2020) 'Addressing medically underserved populations through maternal-fetal transport: a geographic analysis', *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(17), pp. 2913–2917. Available at: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1564028>.
- Seran, A.A. *et al.* (2020) 'Disparities of the use of hormonal and non-hormonal contraceptive drugs in urban and rural areas in Indonesia and the world', *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(9), pp. 66–73. Available at: <https://doi.org/10.31838/srp.2020.9.12>.
- The Indonesian MOH (2018) *The 2018 Indonesian Basic Health Survey*. Jakarta.
- Varela, C. *et al.* (2019) 'Transportation Barriers to Access Health Care for Surgical Conditions in Malawi: a cross sectional nationwide household survey 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services', *BMC Public Health*, 19(1), p. Article number 264. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6577-8>.
- Wulandari, R.D. *et al.* (2019) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization among Elderly People in Indonesia', *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(11), pp. 1800–1804. Available at: <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.03885.3>.
- Wulandari, R.D. *et al.* (2022) 'Socioeconomic Disparities in Hospital

Utilization Among Female Workers in Indonesia: A Cross-Sectional Study', *Journal of Primary Care & Community Health*, 13(2), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501319211072679>.

Wulandari, R.D., Laksono, A.D. and Matahari, R. (2020) 'The Effects of Health Insurance on Maternity Care in Health Services in Indonesia', *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 14(2), pp. 478–497.

Wulandari, R.D., Laksono, A.D. and Rohmah, N. (2021) 'Urban-rural disparities of antenatal care in South East Asia: a case study in the Philippines and Indonesia', *BMC Public Health*, 21(1), p. 1221. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11318-2>.

Bab 6

Pemanfaatan Rumah Sakit di Provinsi Maluku, Indonesia⁵

*Sahrir Sillehu, Agung Dwi Laksono, Ratna Dwi Wulandari,
Abu Khoiri*

Rumah sakit adalah suatu tempat yang menyediakan pelayanan medis lengkap bagi perseorangan, seperti rawat jalan, rawat inap, dan perawatan darurat. Dalam studi ini, pemanfaatan rumah sakit merupakan pengakuan responden terhadap pemanfaatannya di rumah sakit.

Rumah sakit merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan berjenjang yang memerlukan dana besar, tenaga medis

⁵ Telah dipublikasikan sebelumnya dalam Bahasa Inggris dengan judul, *“Hospital Utilization In Maluku Province, Indonesia,”* yang terbit di The Indonesian Journal of Public Health, Volume 18. No. 3 December 2023. DOI 10.20473/ijph.v18i3.2023.470-480.

profesional, peralatan medis memadai, dan manajemen keselamatan pasien yang baik. Sehingga rumah sakit masa kini identik dengan organisasi padat karya, padat modal, dan padat teknologi (Padula *et al.*, 2019).

Rumah sakit merupakan suatu pelayanan kesehatan rujukan khusus yang memerlukan mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi dibanding fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Pemerintah membangun pelayanan berdasarkan nilai kemanusiaan, etika, profesionalisme, manfaat, keadilan, kesetaraan, anti diskriminasi, kesetaraan, perlindungan pasien, keamanan, dan fungsi sosial. Para pengambil kebijakan harus menjamin akses atau pemanfaatan yang setara bagi setiap orang sesuai dengan kebutuhannya untuk maksud tersebut (Thitithamawat *et al.*, 2018).

Kinerja rumah sakit dapat kita lihat dari beberapa indikator antara lain 1) Persentase unsur penilaian akreditasi rumah sakit yang memenuhi standar akreditasi; 2) Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai sasaran; 3) *Bed Occupancy Rate* (BOR); 4) *Average Length of Stay* (ALOS); 5) *Net Death Rate* (NDR); dan 6) *Community Satisfaction Index* (CSI). Keselamatan pasien merupakan isu global yang menjadi parameter penting dalam pelayanan rumah sakit (Wulandari *et al.*, 2019; Wåhlin *et al.*, 2020).

Penelitian sebelumnya melaporkan beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit. Diantaranya adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan. Selain itu, faktor lainnya adalah status perkawinan, sosial ekonomi, biaya transportasi, dan kepemilikan asuransi kesehatan (Wulandari, Laksono, Nantabah, *et al.*, 2022; Laksono *et al.*, 2023; Wulandari *et al.*, 2023). Selain pertimbangan berdasarkan penilaian individual ini, ada beberapa faktor lain yang memengaruhi pemanfaatan rumah sakit, terutama disparitas pemanfaatan rumah sakit antara wilayah

perkotaan dan pedesaan, biaya dan waktu perjalanan, serta kesenjangan geografis antar wilayah yang merupakan hambatan lain terhadap akses rumah sakit di Indonesia (Li *et al.*, 2018; Dankwah *et al.*, 2019; Mahmudiono and Laksono, 2021; Laksono *et al.*, 2023).

Seperti banyak negara lain, Indonesia menghadapi permasalahan kepulauan, yang merupakan hambatan alami dalam menyediakan layanan kesehatan yang adil bagi masyarakatnya. *The United Nations Group of Experts on Geographical Names* (UNGEGN) telah mengkonfirmasi bahwa setidaknya 16.056 pulau adalah milik Indonesia. Jumlah tersebut dari 17.504 pulau yang diterima PBB pada Konferensi PBB ke-11 tentang Standardisasi Nama Geografis di New York tahun 2017 (United Nations Group of Experts on Geographical Names, 2017). Selain hambatan geografis dan geologis, Indonesia memiliki beragam suku yang menggunakan bahasa mereka. Setidaknya 1.300 orang telah menyebar dari Aceh hingga Papua Nugini (Central Bureau of Statistics of Indonesia, 2011). Situasi ini menambah tantangan pemerintah Indonesia dalam menjamin kesetaraan akses bagi masyarakat.

Kesenjangan geografis daerah terpencil dan sangat terpencil di Indonesia dengan daerah yang lebih maju (khususnya Pulau Jawa) sangatlah besar (Suharmiati, Laksono and Astuti, 2013). Salah satunya terlihat dari kondisi geografis Provinsi Maluku yang terdiri dari gugusan pulau sehingga memberikan tantangan terhadap aksesibilitas pelayanan kesehatan di wilayah tersebut. Intervensi khusus diperlukan agar pelayanan kesehatan dirasakan merata oleh seluruh warga Maluku (Maryani *et al.*, 2020; Ipa, Laksono and Wulandari, 2023).

Provinsi Maluku merupakan wilayah yang bercirikan kepulauan dengan kurang lebih 1.340 pulau dan luas wilayah 712.479,69 km². Sebagian besar wilayahnya merupakan perairan (92,4%), sedangkan luas daratan hanya berkisar 7,6%. Sedangkan

fakta lain menunjukkan bahwa dari jumlah penduduk pada tahun 2018 sebanyak kurang lebih 1.749.529 jiwa, diketahui sebagian besar bermukim di pulau-pulau kecil. Kondisi obyektif wilayah Maluku nampaknya masih belum didukung oleh ketersediaan infrastruktur transportasi dan komunikasi yang memadai (Statistics Indonesia/Badan Pusat Statistik, 2020; Ipa, Laksono and Wulandari, 2023).

Pada akhir tahun 2021, akan terdapat 30 rumah sakit di Provinsi Maluku, dan sepertiganya, yaitu sepuluh rumah sakit, akan berada di ibu kota provins. (Central Bureau of Statistics of Maluku Province, 2022). Sebarannya kurang menguntungkan bagi wilayah yang dijuluki provinsi seribu pulau itu. Sebelumnya, berdasarkan Statistik Kesehatan Provinsi Maluku Tahun 2020, sebanyak 8,52% masyarakat memanfaatkan RS pemerintah, sedangkan RS swasta sebanyak 2,06% menggunakan RS swasta. Akses terhadap fasilitas kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang baik belum menjadi faktor penarik masyarakat dalam menangani keluhan kesehatan. Laporan tersebut menginformasikan bahwa sebagian warga masih memilih untuk tidak berobat jalan. Alasan utamanya adalah sebagian orang sakit merasa cukup melakukan pengobatan sendiri (62,8%). Mereka mengobati sendiri tanpa melalui resep dokter dan lain-lain. Sebagian warga Maluku menilai tidak perlu berobat (32,66%) (Wulandari *et al.*, 2019; Central Bureau of Statistics of Maluku Province, 2020).

Berdasarkan uraian latar belakang, studi ini berusaha mengulik faktor apa saja yang memengaruhi pemanfaatan rumah sakit di Provinsi Maluku? Penelitian ini menganalisis determinan pemanfaatan rumah sakit pada masyarakat Provinsi Maluku. Hasil penelitian ini penting untuk memberikan informasi spesifik bagi pembuat kebijakan daerah untuk mempercepat pemanfaatan rumah sakit di seluruh komunitas di Provinsi Maluku di Indonesia.

METODE

Sumber Data dan Desain Studi

Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional*. Penulis menggunakan metode survei *online* cepat dengan menggunakan internet yang digunakan untuk menjangkau masyarakat yang tinggal di seluruh wilayah Provinsi Maluku, Indonesia ($n = 788$). Penelitian menggunakan *Google Forms* untuk mengumpulkan data selama satu minggu (6–12 Juni 2020). Kami membagikan formulir tersebut di media sosial (Facebook dan WhatsApp) dan milis Layanan Kesehatan setempat. Studi ini menggunakan metode survei *online* cepat untuk memberikan informasi kepada politisi lokal dengan cepat dan terjangkau agar dapat segera mengambil tindakan perbaikan (Megatsari *et al.*, 2021).

Variabel

Penelitian ini menggunakan pemanfaatan rumah sakit sebagai variabel dependen. Pemanfaatan rumah sakit merupakan pengakuan responden terhadap pemanfaatannya di rumah sakit di Provinsi Maluku, baik rumah sakit milik pemerintah maupun swasta, baik rawat jalan (tahun lalu) dan rawat inap (lima tahun sebelumnya). Pemanfaatan rumah sakit terdiri dari dua kategori, yaitu tidak memanfaatkan dan memanfaatkan.

Variabel prediktor yang diteliti dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status perkawinan, asuransi kesehatan, biaya transportasi, dan waktu perjalanan. Predikturnya mengadopsi variabel-variabel yang diketahui dari penelitian-penelitian sebelumnya (Mahmudiono and Laksono, 2021; Laksono *et al.*, 2023). Usia merupakan pengakuan responden terhadap ulang tahun terakhir yang telah terlewati. Gender terdiri dari laki-laki dan perempuan. Sedangkan pendidikan meliputi pendidikan primer (SLTP ke bawah), pendidikan sekunder (SLTA), dan pendidikan tinggi. Jenis pekerjaan merupakan

pengakuan responden terhadap jenis pekerjaan tersebut. Selain itu, status perkawinan terdiri dari tidak kawin, kawin, dan janda/duda.

Asuransi kesehatan merupakan pengakuan responden terhadap kepemilikan asuransi kesehatan yang menjamin kesehatannya. Asuransi kesehatan terdiri dari tiga kategori: tidak memiliki, asuransi yang dikelola pemerintah, dan asuransi yang dikelola swasta. Sedangkan biaya transportasi merupakan pengakuan responden atas biaya yang dikeluarkan untuk mengunjungi rumah sakit terdekat. Biaya transportasi terdiri dari dua kategori, yaitu Rp. \leq 15.000 (sekitar 1 US\$) dan $>$ Rp. 15.000. Waktu perjalanan merupakan pengakuan responden mengenai waktu yang diperlukan untuk mengunjungi rumah sakit terdekat. Waktu tempuh terdiri dari dua kategori yaitu \leq 30 menit dan $>$ 30 menit.

Analisis Data

Pada langkah pertama, penulis menggunakan uji kolinearitas untuk memastikan tidak ada hubungan yang kuat antar variabel independen. Kemudian uji Chi-Square digunakan untuk menguji hubungan antara pemanfaatan rumah sakit dengan variabel independen. Pada langkah terakhir, penulis melakukan uji multivariat menggunakan regresi logistik biner untuk menentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan rumah sakit di Maluku.

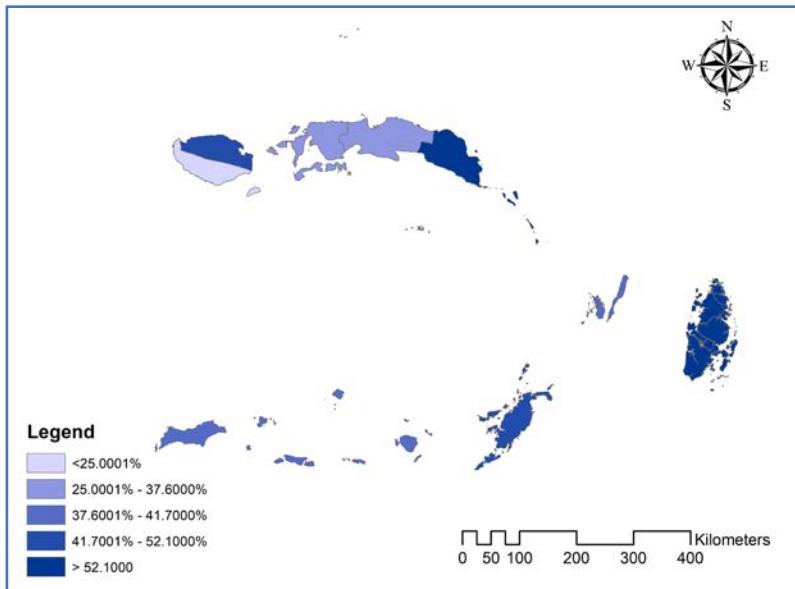
Selain itu, penelitian ini menggunakan ArcGIS 10.3 (ESRI Inc., Redlands, CA, USA) untuk membuat peta sebaran pemanfaatan rumah sakit menurut kabupaten/kota di Provinsi Maluku, Indonesia. Badan Pusat Statistik menyediakan suatu bentuk poligon perbatasan administratif untuk penelitian ini.

Persetujuan Etik

Komite Etik Komisi Etik Nasional memberikan stempel persetujuan pada penelitian ini (Nomor Referensi:

RK.04/KEPK/STIK/V/2020). Kumpulan data untuk penelitian ini menghapus semua nama responden. Responden telah memberikan persetujuan tertulis untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

HASIL STUDI



Gambar 1. Peta Sebaran Pemanfaatan Rumah Sakit menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku, Indonesia (n=788)

Hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi masyarakat yang menggunakan rumah sakit adalah 43,0%. Pemanfaatan rumah sakit terendah terdapat di Kabupaten Buru Selatan sebesar 25,0%; Sedangkan provinsi dengan utilisasi rumah sakit tertinggi adalah Kota Tual sebesar 68,4%. Selain itu, berdasarkan sebaran secara spasial seperti terlihat pada Gambar 1, tidak terlihat adanya kecenderungan pola pemanfaatan rumah sakit di Provinsi Maluku.

Tabel 1 menunjukkan hasil uji kolinearitas antar variabel independen. Hasil analisis menginformasikan bahwa tidak terdapat kolinearitas antar variabel. Nilai toleransi seluruh variabel lebih dari 0,10, sedangkan nilai variance inflasi faktor (VIF) seluruh variabel kurang dari 10,00. Artinya tidak terdapat hubungan yang kuat antar variabel independen dalam model regresi.

Tabel 1. Hasil Uji Kolinearitas Pemanfaatan Rumah Sakit pada Masyarakat di Provinsi Maluku Indonesia Tahun 2020 (n=788)

Variabel	Statistik Kolinieritas	
	Toleransi	VIF
Kelompok Umur	0,405	2,471
Gender	0,889	1,125
Status Perkawinan	0,456	2,195
Tingkat Pendidikan	0,761	1,313
Jenis Pekerjaan	0,854	1,171
Religi	0,934	1,071
Asuransi Kesehatan	0,753	1,328
Biaya Transportasi	0,549	1,821
Waktu Perjalanan	0,545	1,834

Variabel Dependen: Pemanfaatan Rumah Sakit

Tabel 2 menunjukkan statistik deskriptif pemanfaatan rumah sakit dan sosio-demografi responden. Mengenai kelompok usia, penelitian menunjukkan kategori yang dimanfaatkan didominasi oleh kelompok usia 20-29 dan 30-39. Berdasarkan gender, perempuan mendominasi kedua jenis pemanfaatan rumah sakit tersebut.

Tabel 2 menunjukkan bahwa masyarakat yang sudah menikah mendominasi kategori memanfaatkan rumah sakit terkait status perkawinan. Berdasarkan tingkat pendidikan, masyarakat dengan pendidikan tinggi memimpin dalam dua jenis pemanfaatan rumah sakit.

Tabel 2. Statistik Deskriptif Pemanfaatan Rumah Sakit di Provinsi Maluku, Indonesia (n=788)

Variabel	Pemanfaatan RS		p-value
	Tidak Memanfaatkan (n=449)	Memanfaatkan (n=339)	
Kelompok Umur			*** < 0,001
• ≤19	14,9%	9,4%	
• 20-29	43,2%	35,1%	
• 30-39	21,4%	35,1%	
• 40-49	14,5%	14,5%	
• ≥ 50	6,0%	5,9%	
Gender			0,253
• Laki-laki	37,0%	33,0%	
• Perempuan	63,0%	67,0%	
Status Perkawinan			*** < 0,001
• Tidak Menikah	59,7%	44,2%	
• Menikah	38,5%	53,1%	
• Janda/Duda	1,8%	2,7%	
Tingkat Pendidikan			*0,029
• Primer	3,3%	1,5%	
• Sekunder	35,0%	28,6%	
• Perguruan Tinggi	61,7%	69,9%	
Jenis Pekerjaan			0,090
• Tidak Bekerja	47,4%	38,3%	
• PNS	38,5%	41,9%	
• TNI/Polri	1,3%	1,8%	
• Pengusaha	3,8%	6,8%	
• Pegawai	8,0%	10,6%	
• Petani/Nelayan/Buruh	0,9%	0,6%	
Religi			**0,006
• Islam	74,6%	64,3%	
• Kristen	23,8%	34,2%	
• Kalotik	1,6%	1,5%	
Asuransi Kesehatan			*0,011
• Tidak Memiliki	34,7%	24,8%	
• Asuransi Pemerintah	62,8%	72,3%	
• Asuransi Swasta	2,4%	2,9%	
Biaya Transportasi			*0,032

Variabel	Pemanfaatan RS		<i>p</i> -value
	Tidak Memanfaatkan (n=449)	Memanfaatkan (n=339)	
• ≤ Rp, 15,000	54,3%	61,9%	
• > Rp, 15,000	45,7%	38,1%	
Waktu Perjalanan			**0,009
• ≤ 10 menit	57,5%	66,7%	
• > 10 menit	42,5%	33,3%	

Keterangan: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabel 2 menginformasikan bahwa PNS memiliki proporsi paling tinggi dalam kategori yang memanfaatkan rumah sakit. Berdasarkan agama, responden Muslim menetapkan dua kategori pemanfaatan rumah sakit. Sedangkan terkait asuransi kesehatan, kedua kategori pemanfaatan rumah sakit didominasi oleh responden yang tidak memiliki asuransi. Berdasarkan biaya transportasi, responden dengan biaya transportasi ≤ Rp 15.000 memimpin kedua grup pemanfaatan rumah sakit. Responden dengan waktu tempuh ≤ 10 menit mendominasi kedua kategori pemanfaatan rumah sakit berdasarkan waktu tempuh.

Hasil analisis yang disajikan pada Tabel 2 menunjukkan bahwa tujuh variabel terbukti signifikan, dan kami memasukkannya dalam analisis terakhir. Ketujuh variabel tersebut adalah kelompok umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, agama, jaminan kesehatan, biaya transportasi, dan waktu perjalanan.

Tabel 3 menunjukkan bahwa masyarakat yang menikah dapat memanfaatkan rumah sakit 1,764 kali lebih banyak dibandingkan yang belum menikah (OR 1,764; 95% CI 1,074 – 2,898). Sedangkan responden dengan status perkawinan kategori janda/duda tidak membandingkan responden dengan kelompok belum kawin yang memanfaatkan rumah sakit di Provinsi Maluku.

Tabel 3. Hasil Regresi Logistik Biner Pemanfaatan Rumah Sakit pada Masyarakat di Provinsi Maluku, Indonesia (n=788)

Predictor	Pemanfaatan Rumah Sakit			
	<i>p</i> -value	<i>Odds Ratio</i>	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Umur: ≤19	0,244	1,721	0,690	4,290
Umur: 20-29	0,104	1,916	0,875	4,194
Umur: 30-39	*0,015	2,293	1,177	4,466
Umur: 40-49	0,567	1,228	0,607	2,485
Umur: ≥ 50 (ref.)	-	-	-	-
Perkawinan: Tidak Kawin (ref.)	-	-	-	-
Perkawinan: Kawin	*0,025	1,764	1,074	2,898
Perkawinan: Janda/Duda	0,178	2,146	0,707	6,512
Pendidikan: Primer (ref.)	-	-	-	-
Pendidikan: Sekunder	0,400	1,590	0,539	4,689
Pendidikan: Perguruan Tinggi	0,333	1,716	0,575	5,122
Religi: Islam (ref.)	-	-	-	-
Religi: Kristen	**0,006	1,599	1,146	2,231
Religi: Katolik	0,925	0,944	0,285	3,127
Asuransi Kesehatan: Tidak Memiliki (ref.)	-	-	-	-
Asuransi Kesehatan: Asuransi Pemerintah	0,520	1,132	0,775	1,653
Asuransi Kesehatan: Asuransi Swasta	0,567	1,312	0,517	3,326
Biaya Transportasi: ≤ Rp. 15.000	0,785	1,057	0,712	1,567
Biaya Transportasi: > Rp. 15.000 (ref.)	-	-	-	-
Waktu Perjalanan: ≤ 10 menit	0,148	1,346	0,899	2,016
Waktu Perjalanan: > 10 menit (ref.)	-	-	-	-

Keterangan: **p* < 0,05; ***p* < 0,01; ****p* < 0,001

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden beragama Kristen memiliki peluang 1,599 kali lebih besar untuk memanfaatkan rumah sakit dibandingkan responden Muslim (OR 1,599; 95% CI 1,146 – 2,231). Sedangkan responden kategori Agama Katolik tidak menunjukkan adanya perbedaan dibandingkan responden kategori

Agama Islam dalam menggunakan rumah sakit. Tabel 3 juga menginformasikan bahwa empat variabel lain yang dimasukkan dalam uji multivariat tidak terbukti signifikan sebagai penentu penggunaan rumah sakit pada masyarakat di Provinsi Maluku, Indonesia. Keempat variabel tersebut adalah pendidikan, asuransi kesehatan, biaya transportasi, dan perjalanan waktu.

PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan bahwa kelompok umur merupakan determinan pemanfaatan rumah sakit pada masyarakat di Provinsi Maluku, Indonesia. Usia merupakan faktor yang dapat meramalkan terjadinya suatu penyakit, dan kondisi utama yang paling sering terjadi adalah penyakit degeneratif pada manusia (Laksono, Nantabah and Wulandari, 2018; Lee *et al.*, 2021; Rukmini *et al.*, 2022). Tingkat usia yang berbeda-beda pada populasi lanjut usia telah mengalami perubahan signifikan dari waktu ke waktu di seluruh dunia. Angka harapan hidup manusia meningkat dua kali lipat dari abad ke-19 hingga ke-20, dan mencapai 80 tahun pada abad ke-21. Keadaan ini dapat berdampak pada kesulitan ekonomi dan peningkatan masalah kesehatan. Dalam berbagai aspek kehidupan, usia tua dikaitkan dengan meningkatnya kebutuhan medis (Lee *et al.*, 2021; Wuakua *et al.*, 2021; Yang, Wang and Dai, 2021; Rukmini *et al.*, 2022). Temuan ini mengkonfirmasi beberapa hasil penelitian sebelumnya di Ghana dan Tiongkok, termasuk Indonesia (Laksono and Wulandari, 2020; Lu *et al.*, 2020; Okai, Abekah-Nkrumah and Asuming, 2020).

Analisis dalam penelitian ini menemukan bahwa status perkawinan merupakan faktor penentu pemanfaatan rumah sakit pada masyarakat di Provinsi Maluku, Indonesia. Informasi ini serupa dengan penelitian sebelumnya. Status perkawinan erat kaitannya dengan beban sosial atau psikososial yang akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang. Memiliki pasangan merupakan salah

satu faktor protektif untuk meningkatkan status kesehatan (Megatsari *et al.*, 2020; Wulandari, Laksono and Nantabah, 2020). Serupa dengan hasil penelitian, beberapa survei menginformasikan bahwa status perkawinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan fasilitas kesehatan (Laksono and Wulandari, 2020; Bitew Workie *et al.*, 2021; Suesse *et al.*, 2021).

Studi ini menemukan bahwa agama merupakan salah satu faktor penentu pemanfaatan rumah sakit di kalangan masyarakat di Provinsi Maluku, Indonesia. Umat Kristen terbukti mempunyai peluang lebih besar untuk menggunakan rumah sakit dibandingkan umat Islam. Agama sebagai determinan pemanfaatan rumah sakit berkaitan dengan keyakinan terhadap kesehatan, hal ini tidak lepas dari latar belakang agama yang dianut, termasuk lingkungan budaya yang memengaruhi agama (Laksono, Wulandari, Nantabah, *et al.*, 2020). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pengalaman keagamaan juga membentuk konsep penganutnya tentang penyakit, tabu, keyakinan akan kesehatan, dan perilaku mencari pengobatan (Laksono, Wulandari, Soedirham, *et al.*, 2020; Masruroh, Yusuf and Laksono, 2021). Termasuk mekanisme coping pasien mempengaruhi pemanfaatan rumah sakit (Masruroh, Yusuf and Laksono, 2021).

Studi ini menemukan bahwa asuransi kesehatan, biaya transportasi, dan perjalanan waktu tidak mempengaruhi pemanfaatan rumah sakit di Provinsi Maluku, Indonesia. Temuan ini dapat terjadi karena sebagian besar responden meyakini tingkat kemudahan atau tantangan dalam menggunakan rumah sakit relatif sama, sehingga tidak terdapat variasi yang substansial antar kelompok pada variabel-variabel tersebut. Hasil tersebut berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang menganalisis data di tingkat nasional, yang menginformasikan bahwa asuransi kesehatan, biaya transportasi, dan waktu perjalanan merupakan faktor penentu pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan

(Wulandari and Laksono, 2019; Wong *et al.*, 2020; Laksono, Sillehu and Megatsari, 2021).

Meskipun Provinsi Maluku merupakan negeri seribu pulau, namun akses terhadap rumah sakit umum relatif merata. Para pengambil kebijakan sebaiknya lebih fokus pada faktor-faktor penentu sosial seperti usia, status perkawinan, dan agama, yang terbukti mempengaruhi akses masyarakat terhadap rumah sakit.

Limitasi Studi

Penulis melakukan penelitian dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, sehingga hasil penelitian cenderung superfisial. Hasil penelitian tidak dapat menangkap alasan di balik setiap fenomena yang ditemukan, terutama yang berkaitan dengan nilai-nilai lokal, misalnya mengenai disparitas pemanfaatan rumah sakit yang dikaitkan dengan latar belakang agama (Parikh-Patel, Morris and Kizer, 2017; Wei *et al.*, 2018; Masruroh, Yusuf and Laksono, 2021; Wulandari, Laksono, Prasetyo, *et al.*, 2022). Oleh karena itu, diperlukan studi lebih lanjut dengan pendekatan kualitatif untuk memandu intervensi yang lebih spesifik pada tingkat lokal.

Selain itu, limitasi lain penelitian ini adalah keterbatasan penelitian untuk menyelidiki kemungkinan bahwa masyarakat di Provinsi Maluku dalam kondisi yang sehat. Mereka tidak memerlukan perawatan, baik rawat jalan maupun rawat inap, di rumah sakit, seperti yang ditunjukkan oleh penelitian sebelumnya yang mengamati kesehatan yang dilaporkan sendiri (*self-reported health/SRH*) (Wu *et al.*, 2013).

KESIMPULAN

Hasil analisis menyimpulkan bahwa tiga variabel terbukti menjadi determinan pemanfaatan rumah sakit di Provinsi Maluku,

Indonesia. Ketiganya adalah kelompok umur, status perkawinan, dan agama.

DAFTAR PUSTAKA

- Bitew Workie, S. *et al.* (2021) 'Modern Health Service Utilization and Associated Factors among Adults in Southern Ethiopia', *Journal of Environmental and Public Health*, 2021, p. Article number 8835780. Available at: <https://doi.org/10.1155/2021/8835780>.
- Central Bureau of Statistics of Indonesia (2011) *Citizenship, Ethnicity, Religion, and Everyday Language Indonesian Residents. Results of the 2010 Population Census*. Jakarta.
- Central Bureau of Statistics of Maluku Province (2020) *Maluku Province Health Statistics 2020 (Statistik Kesehatan Provinsi Maluku Tahun 2020)*.
- Central Bureau of Statistics of Maluku Province (2022) *Number of Hospitals, Public Health Centers, Government-Owned Supporting Health Centers and Posyandu 2019-2021 (Jumlah Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu Milik Pemerintah dan Pos Yandu 2019-2021)*. Available at: <https://maluku.bps.go.id/indicator/30/277/1/jumlah-rumah-sakit-puskesmas-puskesmas-pembantu-milik-pemerintah-dan-pos-yandu.html> (Accessed: 25 August 2022).
- Dankwah, E. *et al.* (2019) 'The social determinants of health facility delivery in Ghana', *Reproductive Health*, 16(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0753-2>.
- Ipa, M., Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2023) 'The Role of Travel Time on Hospital Utilization in the Islands Area: A Cross-Sectional Study in the Maluku Region, Indonesia, in 2018', *Indian Journal of Community Medicine*, 48(2), pp. 269–273. Available at: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_229_22.
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D., Nantabah, Z.K., *et al.* (2020) 'The Concept of Illness among Ethnic Groups in Indonesia: A Meta-Ethnographic Study', *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(9), pp. 584–591.

Available at: <https://doi.org/10.31838/srp.2020.9.85>.

Laksono, A.D., Wulandari, R.D., Soedirham, O., et al. (2020) 'Treatment-Seeking Behavior of Tengger Tribe in Indonesia', *Journal of Critical Reviews*, 7(19), pp. 3946–3952. Available at: <https://doi.org/10.31838/jcr.07.19.458>.

Laksono, A.D. et al. (2023) 'Policy to expand hospital utilization in disadvantaged areas in Indonesia: who should be the target?', *BMC Public Health*, 23(12), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14656-x>.

Laksono, A.D., Nantabah, Z.K. and Wulandari, R.D. (2018) 'Barriers to Health Center Access for the Elderly in Indonesia', *Bulletin of Health System Research*, 21(4), pp. 228–235. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.887>.

Laksono, A.D., Sillehu, S. and Megatsari, H. (2021) 'Primary Health Care Utilization of in the Archipelago Region: A Case Study in Maluku Province, Indonesia (Pemanfaatan Puskesmas di Wilayah Kepulauan: Studi Kasus di Provinsi Maluku, Indonesia', in H. Megatsari (ed.) *5th Public Health Leadership*. Surabaya: Persakmi, pp. 199–2010. Available at: https://www.researchgate.net/publication/357002383_Pemanfaatan_Puskesmas_di_Wilayah_Kepulauan_Studi_Kasus_di_Provinsi_Maluku_Indonesia.

Laksono, A.D. and Wulandari, R.D. (2020) 'Predictors of hospital utilization among papuans in Indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(2), pp. 2319–2324. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i2.3374>.

Lee, T.-Y. et al. (2021) 'Health care needs of elderly patients with lung, liver, or colon cancer in Taiwan', *BMC Palliative Care*, 20(1), p. Article number 21. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00708-3>.

Li, J. et al. (2018) 'Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011', *BMC health services research*, 18(102), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2905-4>.

- Lu, P. *et al.* (2020) 'Outpatient and Inpatient Service Use by Chinese Adults Living in Rural Low-Income Households', *Social Work in Public Health*, 35(4), pp. 223–233. Available at: <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1774458>.
- Mahmudiono, T. and Laksono, A.D. (2021) 'Disparity in the hospitals utilization among regions in Indonesia', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), pp. 1461–1466. Available at: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7304>.
- Maryani, H. *et al.* (2020) 'Disparities in Health Development in Indonesia Based on Healthy Family Indicators Using Cluster Analysis', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(1), pp. 18–27. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsr.v23i1.2622>.
- Masruroh, Yusuf, A. and Laksono, A.D. (2021) 'The Determinant of Coping Mechanisms among Breast Cancer Patients in Sidoarjo Regency, Indonesia', *Medico-Legal Update*, 21(1), pp. 1738–1743. Available at: <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i1.2575>.
- Megatsari, H. *et al.* (2020) 'The community psychosocial burden during the COVID-19 pandemic in Indonesia', *Helijon*, 6(10), p. e05136. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05136>.
- Megatsari, H. *et al.* (2021) 'Does husband/partner matter in reduce women's risk of worries?: Study of psychosocial burden of covid-19 in indonesia', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 15(1), pp. 1101–1106. Available at: <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i1.13564>.
- Okai, G.A., Abekah-Nkrumah, G. and Asuming, P.O. (2020) 'Determinants of community pharmacy utilization in Ghana', *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 11(2), pp. 159–165. Available at: <https://doi.org/10.1111/jphs.12338>.
- Padula, W. V. *et al.* (2019) 'Value of hospital resources for effective pressure injury prevention: A cost-effectiveness analysis', *BMJ Quality and Safety*, 28(2), pp. 132–141. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2017-007505>.
- Parikh-Patel, A., Morris, C.R. and Kizer, K.W. (2017) 'Disparities in quality

of cancer care: The role of health insurance and population demographics', *Medicine (United States)*, 96(50), p. e9125. Available at: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009125>.

Rukmini, R. *et al.* (2022) 'Non-Communicable Diseases among the Elderly in Indonesia in 2018', *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 16(1), pp. 1026–1036.

Statistics Indonesia/Badan Pusat Statistik (2020) *Maluku Province in Figures 2019*. Ambon. Available at: <https://maluku.bps.go.id/publication/2019/08/16/1491fd5b45fa85a8a94b79b7/provinsi-maluku-dalam-angka-2019.html>.

Suesse, B. *et al.* (2021) 'Predisposing, enabling and need factors associated with increased use and ongoing increased use of inpatient mental health care: A population-based longitudinal study', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(4), pp. 409–421. Available at: <https://doi.org/10.1177/0004867420976848>.

Suharmiati, Laksono, A.D. and Astuti, W.D. (2013) 'Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area (Review Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Daerah Terpencil Perbatasan)', *Bulletin of Health System Research*, 16(2), pp. 109–116.

Thitithamawat, S. *et al.* (2018) 'Association rules to analyze hospital resources with mortality rates', *Proceedings of 2018 5th International Conference on Business and Industrial Research: Smart Technology for Next Generation of Information, Engineering, Business and Social Science, ICBIR 2018*, pp. 51–56. Available at: <https://doi.org/10.1109/ICBIR.2018.8391165>.

United Nations Group of Experts on Geographical Names (2017) *United Nations Conference on the Standardization of Geographical Names*, 11th. Available at: <https://unstats.un.org/unsd/geoinfo/UNGEGN/ungegnConf11.htm> (Accessed: 1 June 2020).

Wåhlin, C. *et al.* (2020) 'Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting', *European Journal of Physiotherapy*, 22(1), pp. 44–50. Available at:

- [https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1549594.](https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1549594)
- Wei, Y. *et al.* (2018) 'Hospital efficiency and utilization of high-technology medical equipment: A panel data analysis', *Health Policy and Technology*, 7(1), pp. 65–72. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hpt.2018.01.001>.
- Wong, K. *et al.* (2020) 'Too poor or too far? Partitioning the variability of hospital-based childbirth by poverty and travel time in Kenya, Malawi, Nigeria and Tanzania', *International Journal for Equity in Health*, 19(1), p. 15. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1123-y>.
- Wu, S. *et al.* (2013) 'The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study', *BMC Public Health*, 13, p. 320. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>.
- Wuakua, D.A. *et al.* (2021) 'Utilization of Healthcare Services by the Elderly Patients at Korle-Bu Teaching Hospital , Accra', *American Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences (ASRJETS)*, 77(1), pp. 48–62.
- Wulandari, R.D. *et al.* (2019) 'The Influence of Primary Health Care Accreditation on Patient Satisfaction (Pengaruh Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas terhadap Kepuasan Pasien)', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(3), pp. 228–236. Available at: <https://doi.org/10.30597/mkmi.v15i3.6195>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Nantabah, Z.K., *et al.* (2022) 'Hospital utilization in Indonesia in 2018: do urban-rural disparities exist?', *BMC Health Services Research*, 2022(22), p. 491. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07896-5>.
- Wulandari, R.D., Laksono, A.D., Prasetyo, Y.B., *et al.* (2022) 'Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization Among Female Workers in Indonesia: A Cross-Sectional Study', *Journal of Primary Care & Community Health*, 13(2), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1177/21501319211072679>.
- Wulandari, R.D. *et al.* (2023) 'Hospital utilization among urban poor in

Indonesia in 2018: is government-run insurance effective?’, *BMC Public Health*, 23(1), p. 92. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15017-y>.

Wulandari, R.D. and Laksono, A.D. (2019) ‘Urban-Rural Disparity: The Utilization of Primary Health Care Center Among Elderly in East Java, Indonesia’, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), pp. 147–154. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>.

Wulandari, R.D., Laksono, A.D. and Nantabah, Z.K. (2020) ‘Effect of Marital Status on Completeness of Antenatal Care Visits among Childbearing Age Women in Rural Indonesia’, *Medico-legal Update*, 20(4), pp. 2253–2258.

Yang, L., Wang, L. and Dai, X. (2021) ‘Rural-urban and gender differences in the association between community care services and elderly individuals’ mental health: a case from Shaanxi Province, China’, *BMC Health Services Research*, 21(1), p. 106. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06113-z>.

INDEKS

A

Aksesibilitas Fasilitas Pelayanan · 1
asuransi · 21, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 36, 51, 52, 56, 60, 62, 63, 65, 74, 77, 78, 82, 85, 89, 101, 105, 108, 109, 110, 117, 121, 126, 128, 130

B

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial · 15, 46
biaya transportasi · 89, 117, 121, 126, 128, 130

D

disparitas pemanfaatan · 3, 75, 118, 131
DTPK · 6, 7, 8, 94

E

efisiensi · 30, 31

F

fasilitas kesehatan · 14, 15, 16, 17, 35, 47, 49, 53, 85, 89, 98, 119, 129
FKRTL · 14, 17
FKTP · 15, 17, 46, 47, 48, 49

G

geografi · 15

I

infrastruktur · 8, 47, 48, 49, 54, 74, 119

K

kebijakan · 4, 7, 17, 28, 29, 49, 60, 65, 76, 86, 99, 110, 111, 117, 120, 130
kepulauan · 5, 8, 9, 15, 28, 54, 75, 98, 118, 119
kesehatan masyarakat · 16, 28, 46, 54, 98
kesetaraan · 32, 33, 54, 117, 118
ketersediaan · 3, 4, 6, 15, 16, 47, 48, 49, 99, 119

M

- maldistribusi · 7
Maluku · 6, 9, 20, 48, 51, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135
-

N

- negara berkembang · 3
Nusantara Sehat · 28, 41, 54, 68
-

P

- pedesaan · 3, 23, 26, 29, 36, 49, 51, 55, 58, 61, 64, 65, 74, 75, 78, 86, 101, 104, 106, 109, 118
pemanfaatan · 2, 3, 4, 9, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 50, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 74, 76, 79, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 98, 99, 100, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 116, 117, 120, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131
pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan · 2, 3, 9, 130
pembangunan kesehatan · 46, 48
pemerataan · 4, 6, 15, 17, 28, 29, 54, 73, 74, 76, 99
perbatasan · 6, 8, 9, 28, 54, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 85, 86, 90, 122
-

- perkotaan · 3, 19, 21, 23, 26, 29, 51, 58, 64, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 101, 104, 106, 109, 110, 118
prioritas · 5, 7, 17, 48, 74
Puskesmas · 11, 15, 16, 29, 41, 45, 46, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 94, 113, 132, 133, 135, 136
-

R

- rawat inap · 14, 20, 31, 51, 77, 86, 88, 100, 116, 121, 131
rawat jalan · 14, 20, 51, 76, 86, 100, 116, 121, 131
remote area · 8
Riskesdas · 18, 21, 22, 37, 50, 52, 53, 76, 77, 78, 79, 100, 101
rumah sakit · 7, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 47, 48, 51, 61, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131
-

S

- sistem rujukan · 15
sosioekonomi · 21, 24, 27, 32, 36, 52, 77, 78, 82, 101
survei *online* · 120
Susenas · 18

T

- telehealth* · 8
terpencil · 5, 28, 30, 48, 49, 54, 55,
60, 75, 86, 118
tingkat pendidikan · 3, 21, 27, 35,
36, 51, 61, 77, 82, 88, 101, 104,
107, 110, 117, 121, 124, 126
-

W

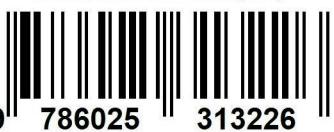
- waktu perjalanan · 21, 30, 36, 51,
57, 64, 77, 85, 89, 98, 100, 104,
106, 109, 118, 121, 126, 130
waktu tempuh · 22, 25, 28, 29, 52,
56, 64, 65, 78, 82, 85, 99, 102,
104, 106, 108, 111, 126

U

- universal health coverage* · 15, 17,
40

...memberi analisis yang mendalam tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas) di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, atau yang biasa dikenal sebagai DTPK dalam regulasi yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan. Kajian tentang aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan ini akan memberi pencerahan bagi para pembaca tentang faktor apa saja yang bisa menjadi penentu (determinan) dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah perifer ini.

ISBN 978-602-53132-2-6 (PDF)



Persakmi

(Perhimpunan Sarjana dan Profesional Kesehatan Masyarakat Indonesia)
Jl. P. Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar,
Sulawesi Selatan 90245
Email: sekretariat.persakmi@gmail.com