

ANALISIS DETERMINAN SUPPLY SIDE TERHADAP DISPARITAS PEMANFAATAN LAYANAN FASILITAS KESEHATAN PROGRAM JKN DI INDONESIA

¹Arthur Andreas Alfonso, ²Ascobat Gani

^{1,2}Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Email: alfonsoarthur87@gmail.com

Kata kunci:

Pelayanan Kesehatan
Fasilitas Kesehatan
Tingkat Pertama,
Kapasitas Fiskal, Skor
IDM, Tingkat Kontak
Rawat Jalan, Rasio PAD
terhadap APBD.

ABSTRAK

Indonesia telah menjadi pelopor dalam pengelolaan program jaminan kesehatan sosial (JKN) terbesar di dunia. Program ini diinisiasi sejak tahun 2011 berdasarkan Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan pencapaian kepesertaan JKN sebesar 96% terhadap jumlah penduduk pada Desember 2023. Cakupan kesehatan semesta sebagai salah satu upaya dalam program JKN tidak hanya berkaitan dengan kepesertaan, tetapi juga mencakup manfaat yang diterima serta mekanisme pembiayaannya. Ekuitas sebagai salah satu asas dalam memenuhi persyaratan Universal Health Coverage (UHC) masih menjadi masalah dalam pelaksanaan program JKN ini, hal ini terlihat dari data grafik yang dianalisa oleh Ascobat Gani pada tahun 2019 bahwa masih terjadi disparitas yang sangat signifikan antara wilayah propinsi di Indonesia. Tujuan dari penelitian ini untuk melakukan analisis terhadap faktor dari sisi penyedia atau supply side yang mempengaruhi terjadinya disparitas pemanfaatan layanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama program JKN. Penelitian ini menggunakan data sekunder BPJS Kesehatan, dan data publikasi dari Kementerian Keuangan dan Kemntrian Dalam Negeri serta Badan Pusat Statistik. Data dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat dengan menggunakan metode regresi linier berganda. Secara statistik, pemanfaatan layanan kesehatan ditingkat pertama dipengaruhi sebesar 30% oleh kondisi geografis melalui alat ukur status keterpencilan Desa melalui variabel Skor Indeks Desa Membangun (IDM), dan kondisi sosioekonomi melalui alat ukur kapasitas fiskal dan persentase Pendapatan Asli Daerah (PAD) terhadap APBD kabupaten dan kota. Skor IDM dan Persentase PAD terhadap APBD secara signifikan berpengaruh positif sedangkan rasio kapasitas fiskal daerah secara signifikan berpengaruh negatif dengan nilai signifikansi $P < 0,05$ terhadap kontak rate kunjungan rawat jalan tingkat pertama.

ABSTRACT

Indonesia has become a pioneer in managing the largest social health insurance (JKN) program in the world. This program was initiated in 2011 based on Law No. 40 of 2004 concerning the National Social Security System with the achievement of JKN membership of 96% of the total population in December 2023. Universal health coverage as one of the efforts in the JKN program is not only related to membership, but also includes the benefits received and the financing mechanism. Equity as one of the principles in fulfilling Universal Health Coverage (UHC) requirements is still a problem in the implementation of the JKN program. This can be seen from graphic data analyzed by Ascobat Gani in 2019 that there are still very significant disparities between provincial regions in Indonesia. The aim of this research is to conduct an analysis of factors from the provider side or supply side that influence disparities in health service utilization in first level health facilities of the JKN program. This research uses

Keywords:

First Level Health
Facility Health Services,
Fiscal Capacity, IDM
Score, Outpatient
Contact Rate, Ratio of
PAD To APBD.

secondary data from BPJS Kesehatan, and published data from the Ministry of Finance and Ministry of Home Affairs as well as the Central Statistics Agency. Data were analyzed univariately, bivariately and multivariately using multiple linear regression methods. Statistically, the utilization of health services at the first level is influenced by 30% by geographical conditions through measuring village remoteness status through the Village Development Index Score (IDM) variable, and socio-economic conditions through measuring fiscal capacity and the percentage of Regional Original Income (PAD) to the district APBD and city. The IDM score and the percentage of PAD to APBD have a significant positive effect, while the regional fiscal capacity ratio has a significant negative effect with a significance value of $P < 0.05$ on the contact rate of first level outpatient visits.

PENDAHULUAN

Indonesia telah menjadi pelopor dalam pengelolaan program jaminan kesehatan sosial terbesar di dunia. Program ini diinisiasi sejak tahun 2011 berdasarkan Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dalam pasal 19 undang-undang tersebut, salah satu program yang disebutkan adalah Jaminan Kesehatan yang dijalankan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip keadilan.

Asuransi sosial bertujuan untuk mengendalikan biaya kesehatan dan memastikan ketersediaan dana yang terus-menerus. Ini tidak hanya memberikan rasa aman bagi masyarakat, tetapi juga diharapkan mendorong terwujudnya sila kelima Pancasila, yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Kemenkes, 2013). Saat ini, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia diakui sebagai sistem pembiayaan kesehatan tunggal terbesar di dunia (Infid, 2016). Ekuitas dalam kesehatan menjadi pilar penting dalam sistem JKN. Merujuk pada konsep Margaret Whitehead (1985, h.7), upaya dalam terciptanya kesempatan yang sama bagi semua orang untuk mengakses layanan kesehatan dan upaya untuk menurunkan kesenjangan menuju tingkat rendah merupakan definisi ekuitas kesehatan. Maka, dapat disimpulkan bahwa pengertian dari ekuitas pada aspek pelayanan kesehatan ini berarti penyamarataan akses dalam segi kebutuhan, pemanfaatan dan kualitas bagi semua orang.

Menurut Whitehead (1985, h.8), definisi ini menekankan hak setara atas layanan kesehatan yang tersedia bagi semua orang. Ini mencakup distribusi layanan yang adil berdasarkan kebutuhan kesehatan serta kemudahan akses di berbagai wilayah geografis, dan penghapusan hambatan lain dalam mengakses layanan tersebut. Salah satu contoh yang cukup ekstrem dengan ketidaksetaraan akses adalah ketika seseorang mendapatkan diskriminasi dalam menggunakan layanan kesehatan karena beberapa faktor yang perbedaan seperti dari tingkat pendapatan, suku, agama, ras, atau beberapa faktor lainnya yang secara tidak langsung berkaitan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, meskipun telah banyak pencapaian dalam sistem kesehatan, masih ada sejumlah masalah klasik yang perlu diselesaikan. Persoalan ini terutama terlihat pada aspek kepesertaan, manfaat dan pelayanan, serta pembiayaan. Ketiga aspek ini menjadi fokus utama yang harus dicapai dalam Universal Health Coverage (UHC). Cakupan kesehatan semesta tidak hanya

berkaitan dengan kepesertaan, tetapi juga mencakup manfaat yang diterima serta mekanisme pembiayaannya.

Pada aspek kepesertaan, masih banyak penduduk miskin yang belum terjamin dalam program JKN. Pemerintah menargetkan 113 juta Penerima Bantuan Iuran (PBI), namun hingga kini baru sekitar 96,8 juta orang yang terdaftar. Selain itu, banyak pekerja yang seharusnya menjadi Penerima Upah (PPU) belum didaftarkan oleh pemberi kerja. Perlindungan bagi pekerja yang mengalami pemutusan hubungan kerja atau habis masa kontrak juga masih kurang, seharusnya mereka mendapatkan perlindungan minimal enam bulan dalam bentuk pembayaran iuran jaminan kesehatan.

Aspek pelayanan juga masih menghadapi berbagai tantangan. Akses kesehatan belum merata, ketersediaan obat sering kali tidak mencukupi, dan masih ada biaya tambahan yang harus ditanggung oleh peserta. Ini menunjukkan bahwa sistem jaminan kesehatan belum sepenuhnya memberikan layanan yang adil dan merata bagi semua lapisan masyarakat.

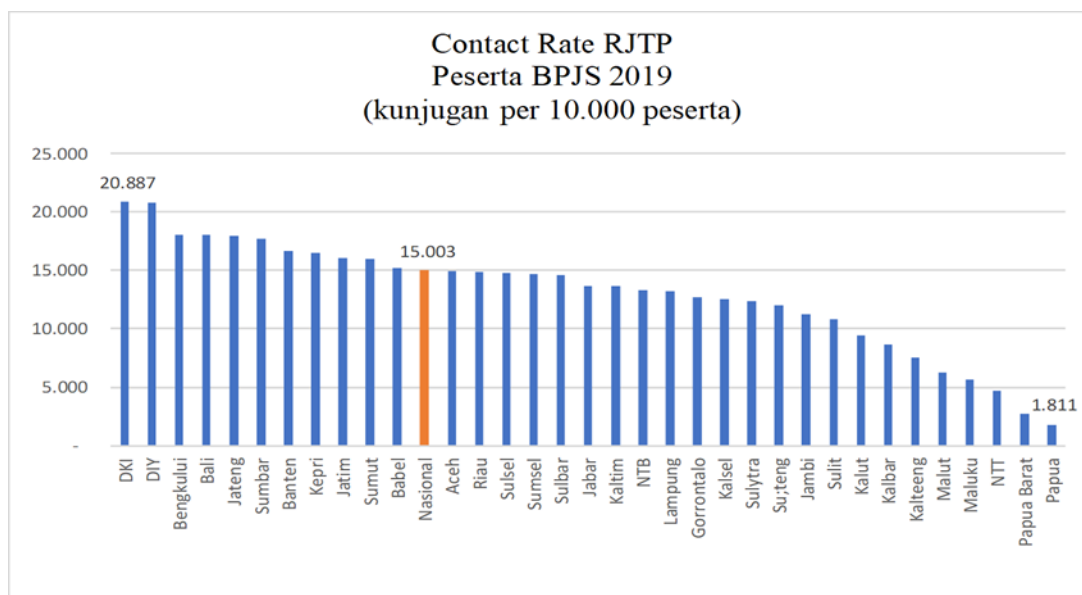
Di aspek pembiayaan, meskipun kondisi keuangan dana jaminan sosial telah membaik, stabilitas ini harus terus dijaga. Risiko defisit masih ada jika pembiayaan dalam program JKN tidak dikelola dengan baik.

Pada tahun 2011, pemerintah menetapkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk mengimplementasikan amanat Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Kesehatan. Tujuannya adalah untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Salah satu peta jalan Indonesia melalui program Jaminan Kesehatan Nasional adalah mencapai Cakupan Kesehatan Semesta, atau Universal Health Coverage (UHC), yang ditargetkan pemerintah Indonesia untuk tercapai pada awal tahun 2019. Upaya ini sejalan dengan panduan dari Badan Kesehatan Dunia, World Health Organization (WHO), yang mendefinisikan UHC sebagai strategi untuk memastikan setiap individu memiliki akses ke layanan kesehatan berkualitas, mulai dari layanan promotif hingga preventif, sekaligus melindungi pasien dari beban biaya langsung (out of pocket).

WHO menetapkan beberapa kriteria untuk tercapainya UHC. Selain mencakup jumlah peserta jaminan sosial di atas 95%, tercapainya UHC juga ditentukan oleh aspek ekuitas. Ekuitas dalam konteks ini berarti aksesibilitas yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan di seluruh negeri, tanpa adanya ketimpangan.

Pada grafik yang dianalisa oleh Prof.dr.Ascobat Gani, menggambarkan bahwa kunjungan peserta ke fasilitas kesehatan tingkat pertama pada tahun 2019 sangat bervariasi. Di wilayah timur, seperti Papua dan Maluku, pemanfaatan layanan kesehatan jauh lebih rendah dibandingkan dengan wilayah tengah seperti Sulawesi. Sementara itu, di wilayah barat, khususnya DKI Jakarta dan sekitarnya, pemanfaatan layanan kesehatan sangat tinggi. Ketimpangan pemanfaatan layanan kesehatan ini mencerminkan belum tercapainya kondisi Universal Health Coverage (UHC) yang

menjadi target dari program Jaminan Kesehatan Nasional. Hal ini menandakan bahwa akses terhadap layanan kesehatan masih belum merata di Indonesia.



Gabar 1. Grafik Peserta BPJS 2019

Diketahui disparitas layanan kesehatan masih sangat signifikan. Permasalahannya adalah meskipun masyarakat ekonomi bawah merupakan kelompok yang paling membutuhkan layanan kesehatan, akses terhadap fasilitas kesehatan masih lebih banyak dinikmati oleh kelompok masyarakat ekonomi atas (Johar et al., 2018). Oleh karena itu, perlu segera dilakukan upaya pemecahan masalah terkait disparitas dalam pemanfaatan rumah sakit dalam memenuhi sebuah target Sustainable Development Goals (SDGs). Sangat dibutuhkan sekali dukungan serta komitmen dari pemerintah dalam mempersiapkan dan menyediakan infrastruktur serta sumber daya yang mencukupi. Hal ini penting untuk memastikan bahwa derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai di seluruh wilayah, tanpa memandang status ekonomi atau lokasi tempat tinggal.

Situasi inilah yang melatarbelakangi pentingnya penelitian mengenai pemanfaatan layanan kesehatan dengan fokus pada analisis disparitas faktor-faktor dari sisi penyedia layanan. Penelitian ini juga akan mengaitkan berbagai faktor lain yang relevan. Dalam banyak kasus, masyarakat di daerah pedesaan seringkali menghadapi kendala akses yang lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perkotaan. Kendala tersebut bisa berupa jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, kurangnya transportasi, dan keterbatasan sumber daya medis.

Hasil penelitian Wulandari & Laksono (2019) menyatakan terdapat disparitas antara perkotaan dan pedesaan dalam pemanfaatan puskesmas rawat jalan di Jawa Timur. Pasien di perkotaan mempunyai probabilitas lebih baik untuk berobat jalan sebesar 1,208 dibandingkan dengan lansia di pedesaan (OR 1,208; 95% CI 1,057-1,380). Hasil penelitian Laksono et al.,

(2019) menyimpulkan terdapat disparitas pemanfaatan puskesmas antar wilayah di pedesaan Indonesia. Daerah di Indonesia bagian barat cenderung mempunyai pemanfaatan puskesmas yang lebih baik dibandingkan daerah pedesaan.

Selain masalah geografis, masyarakat Indonesia juga dihadapkan pada berbagai tantangan lain terkait dengan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Faktor sosial ekonomi menjadi salah satu kendala utama, di mana banyak masyarakat yang tidak memiliki akses ke layanan kesehatan berkualitas karena keterbatasan finansial. Tingkat pendidikan dan kesadaran kesehatan yang rendah juga turut mempengaruhi kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan layanan yang tersedia. Selain itu, karakteristik demografi seperti kepadatan penduduk yang tinggi di beberapa wilayah dan persebaran penduduk yang tidak merata menambah kompleksitas dalam penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Misalnya, banyak wilayah terpencil yang masih sulit dijangkau oleh fasilitas kesehatan berkualitas, sehingga masyarakat di daerah tersebut sering kali harus menempuh perjalanan jauh untuk mendapatkan perawatan medis yang dibutuhkan. Faktor sosial ekonomi juga berperan penting, dimana masyarakat dengan kondisi ekonomi yang lebih lemah cenderung memiliki akses yang lebih terbatas terhadap layanan kesehatan.

Tingkat pencapaian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) antar daerah di Indonesia dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah kesenjangan geografis dalam hal pasokan layanan kesehatan dan kapasitas pemerintah daerah dalam mengelola JKN serta sistem kesehatan. Daerah-daerah yang kurang maju dan terpencil sering kali tidak mendapatkan manfaat optimal dari sistem JKN. Sebaliknya, provinsi dengan sumber daya yang cukup dan kinerja tinggi cenderung lebih mampu menyerap manfaat tersebut secara maksimal.

Untuk mengatasi ketimpangan ini, dibutuhkan kebijakan afirmatif yang mempertimbangkan konteks kedaerahan. Salah satu contohnya adalah kebijakan dana kompensasi yang dapat membantu daerah-daerah kurang maju untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan. Kebijakan ini harus dirancang secara khusus untuk memperkuat kapasitas daerah dalam mengelola JKN dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan di wilayah-wilayah yang paling membutuhkan. Penyesuaian peraturan yang memungkinkan koordinasi dan transparansi data yang lebih baik diperlukan untuk mengatasi fragmentasi ini. Pengendalian mutu pelayanan kesehatan harus dilakukan melalui kolaborasi antara pemerintah pusat dan daerah.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur berbagai aspek terkait kesehatan, mulai dari ketentuan umum, hak dan kewajiban, hingga tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. UU ini mencakup penyelenggaraan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan teknologi kesehatan. Meskipun UU ini mengamanatkan pemerintah pusat dan daerah untuk menyediakan fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia, kenyataannya ketersediaan fasilitas tersebut masih belum merata, terutama puskesmas. Hal ini menunjukkan perlunya upaya lebih besar dalam memastikan bahwa semua wilayah, termasuk yang terpencil, memiliki akses yang memadai terhadap layanan kesehatan.

Berdasarkan data SISDMK per Maret 2024, dari total 10.217 puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia, sebanyak 48 persen atau 4.908 puskesmas masih belum memenuhi ketersediaan sembilan jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Ini berarti kita masih kekurangan 8.681 tenaga kesehatan. Untuk mengatasi masalah ini, Kemenkes sedang melakukan transformasi sistem kesehatan melalui enam pilar utama, yaitu layanan primer, rujukan, ketahanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan teknologi kesehatan.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif dengan menggunakan metode survei, yakni pengamatan dan penyelidikan secara kritis untuk mendapatkan keterangan yang tepat terhadap suatu persoalan dan obyek tertentu di daerah kelompok komunitas atau lokasi tertentu akan ditela'ah (Ruslan, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data faktor-faktor supply side dan disparitas layanan fasilitas kesehatan program JKN pada 34 provinsi di Indonesia. Sampel yang diambil adalah sebagian data faktor-faktor supply side dan disparitas layanan fasilitas kesehatan program JKN pada 512 kabupaten dan kota di Indonesia.

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari berbagai sumber resmi, yang mencakup data terkait fasilitas kesehatan, demografi, ekonomi daerah, dan pemanfaatan layanan kesehatan. Pengumpulan data dilakukan melalui beberapa metode untuk memastikan kelengkapan dan keakuratan data yang digunakan dalam penelitian ini. Metode pertama adalah akses basis data resmi, di mana data diunduh atau diakses langsung melalui portal resmi yang disediakan oleh instansi terkait seperti BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, BPS, dan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi. Metode kedua adalah permintaan data resmi, yang dilakukan dengan mengirimkan surat permintaan kepada instansi terkait untuk memperoleh data yang tidak tersedia secara publik. Metode ini memastikan bahwa data yang relevan dan spesifik dapat diperoleh langsung dari sumber yang berwenang. Selain itu, pengumpulan data juga dilakukan melalui dokumentasi laporan keuangan daerah yang diterbitkan oleh pemerintah daerah setempat. Laporan ini diakses baik melalui portal resmi maupun melalui permintaan resmi kepada pemerintah daerah.

Teknik analisis yang digunakan meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Berikut adalah rincian analisis data yang digunakan untuk variabel independen (kapasitas fiskal, SKOR IDM, porsi PAD terhadap APBD) dan variabel dependen (contact rate FKTP)..

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menyajikan analisis bivariat dengan menggunakan uji T Parsial melalui aplikasi SPSS untuk melihat pengaruh secara individu antara variable independent yaitu Skor Indeks Desa membangun, Ratio PAD: Belanja Daerah, dan Ratio kapasitas fiskal terhadap variabel terikat Kontak Rate Rawat Jalan dan Kontak Rate Rawat Inap di puskesmas kabupaten dan kota di Indonesia, berikut deskripsinya.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-440.984	199.487		-2.211	.028
	Skor IDM	2123.137	272.279	.381	7.798	<.001
	PAD : BD	692.300	287.804	.114	2.405	.017
	Kap Fiskal	-195.382	37.407	-.222	-5.223	<.001

a. Dependent Variable: Kontak Rate RJ

Tabel 1. Uji T Parsial

Pengaruh SKOR IDM terhadap Kontak Rate RJ

1. Dilihat dari Beta Standard Koefisien 0,381, artinya pengaruhnya positif.
2. Dilihat dari signifikansi, nilai sig = 0,001 < 0,05, artinya pengaruh signifikan.
3. Dilihat dari nilai T hitung, T hitung adalah 7,798 > T Tabel 1,9646, pengaruhnya signifikan.

Pengaruh Ratio PAD : Belanja Daerah terhadap Kontak Rate RJ

1. Dilihat dari Beta Standard Koefisien 0,114, artinya pengaruh positif.
2. Dilihat dari signifikansi, nilai sig = 0,01 < 0,05, artinya pengaruh signifikan.
3. Dilihat dari nilai T hitung, T hitung adalah 2,405 > T Tabel 1,9646, pengaruhnya signifikan.

Pengaruh Kapasitas Fiskal terhadap Kontak Rate RJTL

1. Dilihat dari Beta Standard Koefisien -0,114, artinya pengaruh negative atau berlawanan.
2. Dilihat dari signifikansi, nilai sig = 0,01 < 0,05, artinya pengaruh signifikan.
3. Dilihat dari nilai T hitung, T hitung adalah 5,223 > T Tabel 1,9646, pengaruhnya signifikan.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7.256	40.245		.180	.857
	Skor IDM	83.886	54.937	.086	1.527	.128
	PAD : BD	59.199	53.355	.062	1.110	.268
	Kap Fiskal	-10.704	7.818	-.069	-1.369	.172

a. Dependent Variable: Kontake Rate RI

Tabel 2. Uji T parsial

Pengaruh SKOR IDM terhadap Kontak Rate RITL

1. Dilihat dari Beta Standard Koefisien 0,086, artinya pengaruhnya positif.
2. Dilihat dari signifikansi, nilai sig = 0,128 > 0,05, artinya tidak berpengaruh.

3. Dilihat dari nilai T hitung, T hitung adalah $1,527 < T \text{ Tabel } 1,9646$, tidak berpengaruh. Pengaruh Ratio PAD : Belanja Daerah terhadap Kontak Rate RITL

1. Dilihat dari Beta Standard Koefisien $0,062$, artinya pengaruhnya positif.
2. Dilihat dari signifikansi, nilai $\text{sig} = 0,268 > 0,05$, artinya tidak berpengaruh.
3. Dilihat dari nilai T hitung, T hitung adalah $1,110 < T \text{ Tabel } 1,9646$, tidak berpengaruh.

Pengaruh Kapasitas Fiskal terhadap Kontak Rate RITL

1. Dilihat dari Beta Standard Koefisien $-0,069$, artinya pengaruh negative atau berlawanan
2. Dilihat dari signifikansi, nilai $\text{sig} = 0,172 > 0,05$, artinya tidak berpengaruh
3. Dilihat dari nilai T hitung, T hitung adalah $1,369 > T \text{ Tabel } 1,9646$, tidak berpengaruh.

Uji Asumsi Klasik

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan regresi linier berganda dalam menyusun persamaan karena variabel bebas pada penelitian lebih dari 1 variabel. Untuk masuk ke dalam model regresi linier berganda, maka perlu dilakukan Uji Asumsi Klasik.

1. Uji Kolomogorof -Smirnov untuk memastikan data terdistribusi dengan normal

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual	
N		406	
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000	
	Std. Deviation	392.5929220	
Most Extreme Differences	Absolute	.053	
	Positive	.053	
	Negative	-.029	
Test Statistic		.053	
Asymp. Sig. (2-tailed) ^c		.007	
Monte Carlo Sig. (2-tailed) ^d	Sig.	.007	
	99% Confidence Interval	Lower Bound	.005
		Upper Bound	.009

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. Lilliefors' method based on 10000 Monte Carlo samples with starting seed 624387341.

Tabel 3. Kolmogorov-Smirnov Test

Dari tabel 3, dikatakan data terdistribusi dengan normal jika nilai signifikansi lebih dari $0,05$, dimana pada tabel nilai signifikansi $0,07 > 0,05$, yang artinya data telah terdistribusi dengan normal.

Analisis Determinan Supply Side Terhadap Disparitas Pemanfaatan Layanan Fasilitas Kesehatan Program JKN di Indonesia

- Selanjutnya adalah uji multikoleniaritas untuk melihat hubungan atau korelasi antara masing-masing variabel independen, dimana model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi antara variabel independent (Ghozali Imam, 2016).

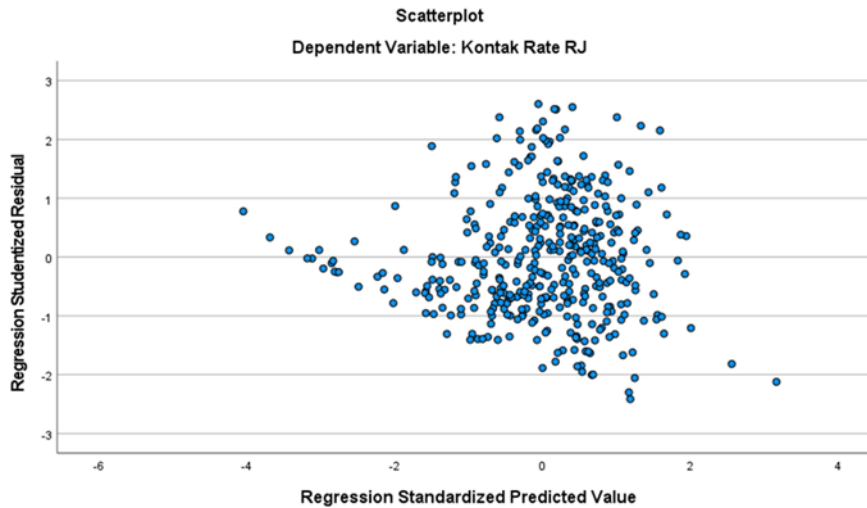
Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-495.422	189.983		-2.608	.009		
	Skor IDM	2155.456	261.191	.397	8.252	<.001	.746	1.340
	PAD : BD	662.025	258.267	.121	2.563	.011	.772	1.295
	Kap Fiskal	-191.718	34.915	-.234	-5.491	<.001	.954	1.048

a. Dependent Variable: Kontak Rate RJ

Berdasarkan tabel 4, nilai Variance Inflation Factor (VIF) untuk ketiga variabel bebas berada di antara 1-10, berturut-turut Skor IDM 1.340, PAD : Belanja Daerah 1.295 dan Kapasitas Fiskal 1.048, sehingga dapat dipastikan tidak terjadi korelasi antara masing-masing variabel bebas.

- Uji Heteroskedastisitas untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varian dari satu pengamatan ke pengamatan yang lain, dimana pada grafik 5.5 terlihat titik-titik berada di sekitar 0, diatas 0 dan dibawah 0, selain itu titik-titik menyebar dengan tidak berpola. Hal ini menunjukkan tidak terjadi heteroskedastisitas antara variabel.



Grafik 1. Scatter Plot Uji Heterskedastisitas

Hasil Analisa Regresi Berganda

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.552 ^a	.305	.300	394.05510

a. Predictors: (Constant), Kap Fiskal, PAD : BD, Skor IDM
 b. Dependent Variable: Kontak Rate RJ

Tabel 5. Koefisien Determinasi

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa nilai R sebesar 0,552 yang mempunyai arti bahwa korelasi antara variabel SKOR IDM, PAD : Belanja Daerah dan Ratio Kapasitas Fiskal terhadap Variabel terikat Kontak Rate RJTP sebesar 55%.

Nilai R Square menunjukkan koefisien determinasi, dimana pada tabel R Square sebesar 0,30, artinya bahwa pengaruh ketiga variabel bebas secara simultan terhadap variabel bebas kontak rate RJTP adalah 30% sedangkan sisanya 70% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model ini.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	27418441.64	3	9139480.545	58.858	<,001 ^b
	Residual	62422326.97	402	155279.420		
	Total	89840768.61	405			

a. Dependent Variable: Kontak Rate RJ
 b. Predictors: (Constant), Kap Fiskal, PAD : BD, Skor IDM

Tabel 6. Uji Anova

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa nilai signifikansi sebesar 0,001 atau kurang dari 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa variabel bebas dalam penelitian ini berpengaruh signifikan secara simultan terhadap variabel terikat.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-495.422	189.983		-2.608	.009		
	Skor IDM	2155.456	261.191	.397	8.252	<,001	.746	1.340
	PAD : BD	662.025	258.267	.121	2.563	.011	.772	1.295
	Kap Fiskal	-191.718	34.915	-.234	-5.491	<,001	.954	1.048

a. Dependent Variable: Kontak Rate RJ

Tabel 7. Koefisien Regresi

Dari tabel koefisien di atas, didapatkan persamaan Regresi :

$$Y = -495,42 + 2155,45 X_1 + 662,02 X_2 + -191,71 X_3 + e$$

Berdasarkan persamaan diatas, dapat dijelaskan bahwa, nilai konstanta sebesar -495,42 artinya bahwa jika variabel bebas bernilai 0 maka variabel terikat bernilai -495,42. Nilai koefisien regresi variabel SKOR IDM bernilai positif (+) 2155,45 maka bisa diartikan bahwa jika Skor IDM meningkat 1 satuan maka variabel Kontak Rate RJTP akan meningkat sebesar 2155,45 satuan. Nilai koefisien regresi variabel ratio PAD : Belanja Daerah bernilai positif (+) 662,02 maka bisa diartikan bahwa jika ratio PAD : Belanja Daerah meningkat 1 satuan maka variabel Kontak Rate RJTP akan meningkat sebesar 662,02 satuan. Nilai koefisien regresi variabel ratio Kapasitas Fiskal bernilai negatif (-) 495,42 maka bisa diartikan bahwa jika ratio Kapasitas Fiskal meningkat 1 satuan maka variabel Kontak Rate RJTP akan menurun sebesar 495,42 satuan dan sebaliknya.

Berdasarkan persamaan regresi yang diberikan, kita dapat menginterpretasikan pengaruh masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen. Nilai konstanta (-495,42) dalam persamaan menunjukkan nilai dari variabel dependen (Y) jika semua variabel independen (X₁, X₂, X₃) bernilai 0. Dalam konteks ini, jika semua variabel independen tidak ada pengaruhnya, maka variabel dependen (Kontak Rate RJTP) akan memiliki nilai -495,42.

Koefisien regresi positif untuk variabel Skor IDM (2155,45) menunjukkan bahwa setiap peningkatan satu satuan dalam Skor IDM akan menyebabkan peningkatan sebesar 2155,45 satuan dalam Kontak Rate RJTP. Hal ini menunjukkan adanya hubungan positif antara Skor IDM dengan Kontak Rate RJTP, di mana semakin tinggi Skor IDM, semakin tinggi pula Kontak Rate RJTP.

Koefisien regresi positif untuk variabel ratio PAD : Belanja Daerah (662,02) mengindikasikan bahwa kenaikan satu satuan dalam ratio PAD : Belanja Daerah akan mengakibatkan peningkatan sebesar 662,02 satuan dalam Kontak Rate RJTP. Ini menggambarkan hubungan positif antara ratio PAD : Belanja Daerah dengan Kontak Rate RJTP, di mana semakin tinggi ratio tersebut, semakin tinggi juga Kontak Rate RJTP.

Di sisi lain, koefisien regresi negatif untuk variabel ratio Kapasitas Fiskal (-191,71) mengartikan bahwa setiap kenaikan satu satuan dalam ratio Kapasitas Fiskal akan menyebabkan penurunan sebesar 191,71 satuan dalam Kontak Rate RJTP. Ini menunjukkan adanya hubungan negatif antara ratio Kapasitas Fiskal dengan Kontak Rate RJTP, yang berarti semakin tinggi ratio Kapasitas Fiskal, semakin rendah Kontak Rate RJTP.

Dengan demikian, interpretasi dari persamaan regresi ini memberikan gambaran tentang bagaimana masing-masing variabel independen mempengaruhi variabel dependen dalam konteks yang dijelaskan.

KESIMPULAN

Jumlah kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Desember 2023 mencapai 96% dari total penduduk Indonesia, mencakup 266.878.552 dari 278.696,2 juta penduduk. Meskipun tingkat kepesertaan tinggi, masih terdapat jumlah kepesertaan non-aktif yang

signifikan. Disparitas dalam pemanfaatan layanan kesehatan antar wilayah kabupaten dan kota di Indonesia juga sangat mencolok, dengan angka kontak rate rawat jalan dan rawat inap di puskesmas yang bervariasi secara drastis, dari yang tertinggi hingga mendekati nol.

Secara statistik, terbukti bahwa Indeks Desa Membangun (IDM), ratio Kapasitas Fiskal Daerah, dan Ratio PAD : Belanja Daerah memiliki pengaruh signifikan terhadap Kontak Rate Rawat Jalan Tingkat Pertama. Skor IDM dan Ratio PAD : Belanja Daerah berpengaruh positif, sementara ratio Kapasitas Fiskal Daerah memiliki pengaruh negatif. Kombinasi dari ketiga faktor ini menjelaskan sekitar 30% variasi dalam Kontak Rate Rawat Jalan Tingkat Pertama di Indonesia.

Untuk memberikan solusi terhadap disparitas ini, beberapa saran telah diajukan. Kementerian Dalam Negeri disarankan untuk mengevaluasi kebijakan desentralisasi dan melakukan analisis terhadap kapasitas fiskal setiap daerah. Hal ini bertujuan agar daerah yang mengalami kesulitan finansial dapat mendapatkan bantuan melalui kebijakan resentralisasi oleh pemerintah pusat, sehingga otonomi khusus dapat diterapkan secara lebih efektif.

Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi disarankan untuk memprioritaskan pembangunan infrastruktur di daerah dengan status sangat tertinggal dan tertinggal. Langkah ini diharapkan dapat mengoptimalkan kesetaraan dalam pembangunan dan akses terhadap layanan kesehatan di seluruh Indonesia.

Untuk penelitian selanjutnya, disarankan agar menggunakan dataset dari sumber yang konsisten, seperti Data sekunder BPJS Kesehatan atau data terbaru dari Susenas. Hal ini bertujuan untuk mengurangi margin error yang mungkin timbul akibat perbedaan data yang digunakan, sehingga hasil penelitian menjadi lebih akurat dan dapat diandalkan untuk kebijakan dan intervensi selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anis-Syakira, J., Jawahir, S., Abu Bakar, N. S., Mohd Noh, S. N., Jamalul-Lail, N. I., Hamidi, N., & Sararaks, S. (2022). Factors Affecting the Use of Private Outpatient Services among the Adult Population in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013663>.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arimbawa, P. E. (2018). The Relationship of Ownership Health Insurance With Uses Rational Drug (POR) in Self Medication Patient. *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 4(2), 118–122.
- Azwar. (2013). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Data dari Sensus Penduduk 2010*. <https://sensus.bps.go.id/main/index/sp2010>.
- Bapennas. (2019). *Kepemilikan Jaminan Kesehatan*. https://sepakat.bapennas.go.id/wiki/Kepemilikan_Jaminan_Kesehatan
- Blakely, E. J. (2013). *Planning Local Economic Development, Theory and Practice*. California: SAGE Publication.
- Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? we need to be clear. *Public*

- Health Reports, 129(SUPPL. 2), 5–8.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549141291S203>.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI.
- Firdaus, A.A., & Ayuningtyas, N.D.P. (2020). Analisis Suplai Maksimal pada Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. *Majalah Kesehatan Masyarakat Aceh (MaKMA)*, 3(2): 119–130. <https://ojs.serambimekkah.ac.id/MaKMA/article/view/4356>.
- Gabrani, J., Schindler, C., & Wyss, K. (2020). Factors associated with the utilisation of primary care services: A cross-sectional study in public and private facilities in Albania. *BMJ Open*, 10(12), 5–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040398>
- Ghozali, I. (2016). *Aplikasi Analisis Multivariat dengan Program SPSS*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Gil, M. R., & Choi, C. G. (2019). Factors Affecting the Choice of National and Public Hospitals Among Outpatient Service Users in South Korea. *Inquiry (United States)*, 56, 1–11. <https://doi.org/10.1177/0046958019833256>
- Gujarati, D., & Porter, D.C. (2013). *Basic Econometrics*. New York: Mc Graw Hill Inc.
- Halim, A. (2014). *Akuntansi Sektor Publik: Akuntansi Keuangan Daerah*. Jakarta: Selamba Empat.
- Haris, S. (2013). *Desentralisasi dan Otonomi Daerah*. Jakarta: LIPI Press.
- Humas UGM. (2017). AHS Menjadi Solusi Disparitas Layanan Kesehatan. <https://ugm.ac.id/id/berita/13150-ahs-menjadi-solusi-disparitas-layanan-kesehatan/>
- Ismainar, H., Widodo, M. D., & Candra, L. (2021). *ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN*. Penerbit Widina Bhakti Persada.
- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H.K., & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Soc Sci Med.*;213:134-145. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.044. Epub 2018 Jul 29. PMID: 30077959.
- Kawachi I., Subramanian S.V., & Almeida-Filho N.A. (2002). glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56:647-652. <https://jech.bmj.com/content/56/9/647.citation-tools>.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Kifle, H., Merga, B. T., Dessie, Y., Demena, M., Fekadu, G., & Negash, B. (2021). Inequality and inequity in outpatient care utilization in ethiopia: A decomposition analysis of ethiopian national health accounts. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 13, 89–98. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S286253>
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Rohmah, N., Rukmini, R., & Tumaji, T. (2023). Regional disparities in hospital utilisation in Indonesia: a cross-sectional analysis data from the 2018 Indonesian Basic Health Survey. *BMJ Open*, 13(1), e064532. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064532>
- Laksono, A.D., Nugraheni, W.P, Ipa, M., Rohmah N., & Wulandari R.D. (2022). The Role of Government-run Insurance in Primary Health Care Utilization: A Cross-Sectional Study in Papua Region, Indonesia, in 2018. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services.*;53(1):85-93. doi:10.1177/00207314221129055.

- Laksono, A.D., Wulandari, R.D., & Soedirham, O. (2019). Regional Disparities of Health Center Utilization in Rural Indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(1), 158–166. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.19/no.1/art.48>
- Lasse, D.A. (2014). *Manajemen Muatan Aktivitas Rantai Pasok di Area Pelabuhan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Lasso, C. K. R. (2023). FAKTOR HAMBATAN DALAM AKSES PELAYANAN KESEHATAN PADA PUSKESMAS DI INDONESIA: SCOPING REVIEW. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4). <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM>
- Lotfi, F., Nouraei Motlagh, S., Mahdavi, G., Keshavarz, K., Hadian, M., & Abolghasem Gorji, H. (2017). Factors affecting the utilization of outpatient health services and importance of health insurance. *Shiraz E Medical Journal*, 18(8). <https://doi.org/10.5812/semj.57570>
- Mardiasmo. (2013). *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*. Yogyakarta: Andi.
- Ruslan, R. (2013). *Metode Penelitian Public Relations dan Komunikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Saleh, S., Muhieddine, D., Hamadeh, R. S., Dimassi, H., Diaconu, K., Noubani, A., Arakelyan, S., Ager, A., & Alameddine, M. (2022). Outpatient use patterns and experiences among diabetic and hypertensive patients in fragile settings: a cross-sectional study from Lebanon. *BMJ Open*, 12(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054564>
- Santoso, S. (2017). *Metode Penelitian*. Jakarta: Elek Media Komputindo.
- Shih, C. I., Weng, C. C., Chen, W., Yang, H. F., & Fan, S. Y. (2021). Consideration factors of older adults seeking medical treatment at outpatient services in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07251-0>.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2017). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- UGM. (2017). AHS Menjadi Solusi Disparitas Layanan Kesehatan. <https://ugm.ac.id/id/berita/13150-ahs-menjadi-solusi-disparitas-layanan-kesehatan/>.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2022 tentang hubungan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintahan daerah. <https://datacenter.ortax.org/ortax/aturan/show/18010>
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2014 tentang pemerintahan daerah. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38685/uu-no-23-tahun-2014>.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/UU_36_2009_Kesehatan.pdf
- Vahedi, S., Rezapour, A., Mohammadbeigi, A., & Khosravi, A. (2018). Economic inequality in outpatient healthcare utilization: The case of Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 18(3).
- Vandemoortele, M. (2010). *The MDGs and equity (Laporan)*. Overseas Development Institute. Diarsipkan dari versi asli tanggal 2010-05-15. <https://web.archive.org/web/20100515181557/http://www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=4751&title=millennium-development-goals-equity-development>
- Vandemoortele. (2010). *The MDG fundamentals: improving equity for development*. <https://web.archive.org/web/20100515181557/http://www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=4751&title=millennium-development-goals-equity-development>.
- World Bank. (2018). *Laporan Tahunan Bank Dunia 2018*. Jakarta: World Bank.

<https://documents1.worldbank.org/curated/fr/523401538159707342/pdf/The-World-Bank-Annual-Report-2018.pdf>

Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2019). Urban-Rural Disparity: the Utilization of Primary Healthcare Centers Among Elderly in East Java, Indonesia. *Indonesian Journal of Health Administration*, 7(2), 147–154. <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>.

Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Mubasyiroh, R., Rachmalina, R., Ipa, M., & Rohmah, N. (2023). Hospital utilization among urban poor in Indonesia in 2018: is government-run insurance effective? *BMC Public Health*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15017-y>

Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Nantabah, Z. K., Rohmah, N., & Zuardin, Z. (2022). Hospital utilization in Indonesia in 2018: do urban–rural disparities exist? *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07896-5>

Zhang, H., Meng, F., & Chen, M. (2023). Socioeconomic Inequality and Associated Factors Affecting Health Care Utilization among the Elderly: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Sustainability (Switzerland)*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/su15097649>.



work is licensed under a
Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License