

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP PELAYANAN KESEHATAN DI JAWA, SUMATERA, DAN KALIMANTAN

Yuslely Usman¹, Ning Sulistiyowati², dan Noor Edi Widya Sukoco¹

Background: Utilization of health service facility constitutes the important indicator in assessing successful of health service. Level of utilization indicates whether health service is affordable and distributed equally. There are many factors which affecting utilization of health service facility such as socio-economic status and geographical access. So far, Kalimantan's health development is remained near to the ground compared with Java and Sumatra. Meanwhile, decentralization era insist the local specific data in health program planning. **Objective:** To find factors of utilization of health service facility in terms of socio-economic status, location of residence, distance to health facilities, and its utilization in Java, Sumatra, and Kalimantan islands. **Methods:** This study was observational with cross sectional study design. It was parallelized with Baseline Health Research (RISKESDAS) which is focused only in Java, Sumatra, and Kalimantan. The unit analysis was household of RISKESDAS 2007 and National Socio-Economic Survey (SUSENAS) 2007. The instruments were individual and household structure questionnaires. Data analyses were used univariate, bivariate, and multivariate techniques. **Results:** Generally, utilization of health service facilities were below than national rate (2.5%) particularly in-patient services. Those facilities were made the most of high economic class rather than the poor. There was a difference in using of health facilities of the people in those islands. The government hospital was mainly chosen by the people to have medication in Kalimantan, while in Java and Sumatra, the people preferred to utilize private hospitals especially in-patient services. In terms of ability to pay to health care and health insurance coverage, they were affordable by 3% and 20% of people respectively. The utilization of health service was influenced by economic level, health accessibility, gender, urban and rural areas, and island. Those factors have p value < 0.001 . **Conclusions:** The study implied that the health service not yet equally given. There was disparity of health service distribution between urban and rural areas. Likewise, inequality of the utilization of health service among socio-economic levels. Social health insurance should be improved for the equity of utilization of health care.

Key words: utilization, health service facilities, socio-economic status

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan kesehatan dapat ditemukan pada tingkat terkecil seperti posyandu sampai dengan terbesar yaitu rumah sakit yang memiliki teknologi termuktakhir. Pelayanan kesehatan yang tersedia juga mencakup pelayanan yang disediakan oleh pemerintah dan swasta. Pemerintah telah menyediakan pelayanan kesehatan sampai kepada tingkat desa dengan mengeluarkan dana yang cukup besar. Tujuan dari penyediaan pelayanan kesehatan tersebut sampai ke tingkat desa agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah ketika membutuhkannya.

Penyediaan pelayanan kesehatan ini selalu diharapkan dapat membantu meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan jalan pemanfaatan sarana tersebut oleh masyarakat. Pemanfaatan pelayanan kesehatan bergantung kepada akses pelayanan kesehatan tersebut. Kemudahan akses dapat digambarkan dalam hal jarak tempuh dan waktu tempuh, ketersediaan biaya pelayanan, ketersediaan jenis pelayanan, sarana transportasi dan biaya transportasi. Semakin lama dan jauh jarak tempuh memungkinkan masyarakat semakin sulit untuk mempunyai akses pelayanan kesehatan. Di samping itu keterjangkauan biaya dapat dipengaruhi oleh tingkat ekonomi, pendidikan dan sosial masyarakat.

¹ Puslitbang Sistem Dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 23A Jakarta
Korespondensi : Email: y_usman@yahoo.com

² Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan

Pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan adalah merupakan indikator yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena untuk mengetahui apakah pelayanan kesehatan sudah merata dan terjangkau. Data Susenas 2004 sampai dengan 2006 menunjukkan 11% dari populasi masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan dan 23% dari masyarakat yang mengeluh sakit, dan 4% dari masyarakat yang sakit mengalami rawat inap (10). Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi ketanggapan petugas terhadap pelayanan yang diberikannya kepada masyarakat. Ketanggapan petugas terhadap pelayanan yang diberikan dapat dilihat dari respon masyarakat terhadap pelayanan yang diberikannya. Semakin baik respon masyarakat terhadap pelayanan yang diterimanya maka dapat diestimasikan bahwa pelayanan kesehatan yang telah disediakan dapat menjadi daya tarik masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

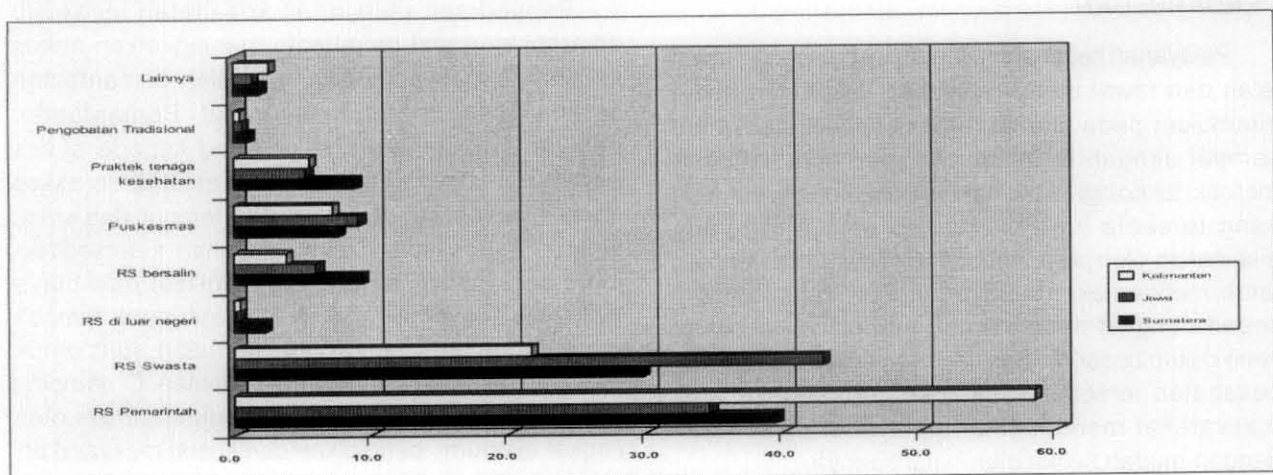
Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan di Kalimantan, Jawa dan Sumatera hal ini sangat perlu mengingat kondisi Kalimantan dan Sumatera sangat jauh berbeda dengan Jawa baik dari segi infrastruktur kesehatan, sosial ekonomi maupun geografis. Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan di suatu daerah juga dapat dipergunakan untuk merencanakan suatu sistem pelayanan kesehatan. Dengan adanya data

tentang pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan kita dapat menyusun strategi untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan. Di samping itu penelitian ini juga melihat kemampuan masyarakat dalam membayar pelayanan kesehatan. Untuk itu penulis akan mengkaji data sekunder dari Riskesdas tahun 2007 dan Susenas tahun 2007 dengan unit rumah tangga. Berdasarkan uraian di atas, perlu dilakukan suatu kajian terhadap pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan di Kalimantan, Sumatera dan Jawa, dengan perumusan masalah sebagai berikut: faktor apakah yang berhubungan dengan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan di Kalimantan, Sumatera dan Jawa.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian analisis lanjut dengan menggunakan data Riskesdas 2007 dan Susenas 2007. Analisis dilakukan dengan mengeksplor variabel-variabel yang berkaitan yaitu penggunaan pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan (variabel dependen) kaitannya dengan akses, tingkat sosial ekonomi, ketanggapan petugas, perkotaan dan pedesaan (variabel independen). Analisis terhadap kemampuan masyarakat dalam membayar pelayanan kesehatan.

Analisis data dilakukan 3 tahap yaitu: analisis univariat untuk mendapatkan distribusi responden



Sumber: riskesdas 2007

Gambar 1. Utilisasi pelayanan rawat inap berdasarkan unit pelayanan

dari masing-masing variabel, analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antar variabel independen dan dependen, dan analisis multivariat untuk mengetahui beberapa variabel independen secara bersamaan yang diduga berpengaruh terhadap variabel dependen. Variabel yang akan diikutsertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai $p < 0.25$ pada saat analisis bivariat atau variabel secara substansi diduga erat hubungannya dengan variabel dependen.

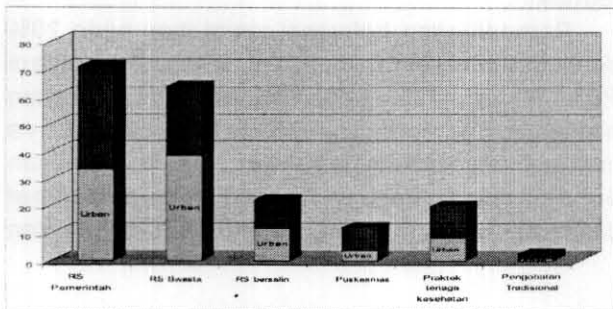
HASIL

Utilisasi Rawat Inap di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan

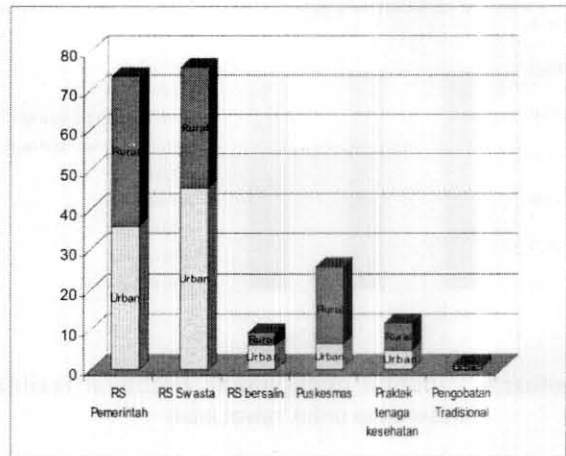
Utilisasi rawat inap adalah penggunaan rawat inap selama kurun waktu 5 tahun yaitu sejak tahun 2002 sampai dengan 2007. Yang dicatat dalam pengumpulan data dalam riskesdas ini adalah rawat inap yang terakhir dialami.

Masyarakat di Pulau Jawa lebih banyak menggunakan rumah sakit swasta untuk mendapatkan pelayanan rawat inap dibandingkan unit pelayanan lainnya. Sementara masyarakat Pulau Sumatera dan Kalimantan lebih banyak menggunakan rumah sakit pemerintah untuk pelayanan rawat inap.

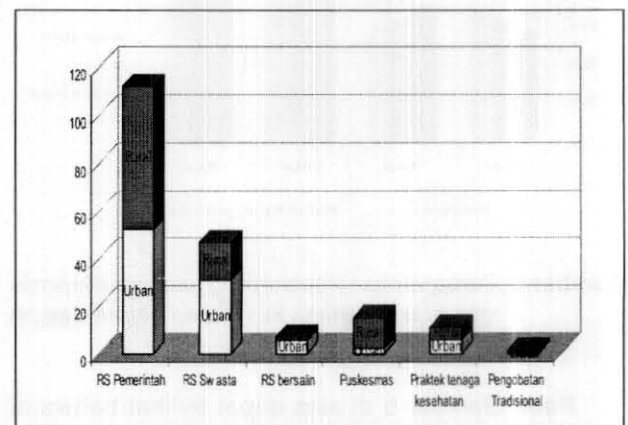
Rumah sakit pemerintah di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat di daerah pedesaan dibandingkan di perkotaan. Perbedaan tertinggi ditemukan di Pulau Kalimantan dimana 31% di perkotaan sedangkan di pedesaan 16%. Rumah sakit swasta di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat di daerah perkotaan



Gambar 2. Utilisasi rawat inap di Sumatera berdasarkan daerah pedesaan dan perkotaan



Gambar 3. Utilisasi rawat inap di Pulau Jawa berdasarkan daerah perkotaan dan pedesaan

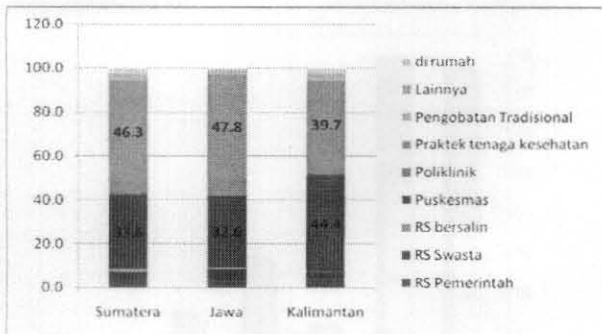


Gambar 4. Utilisasi rawat inap di Kalimantan berdasarkan daerah perkotaan dan pedesaan

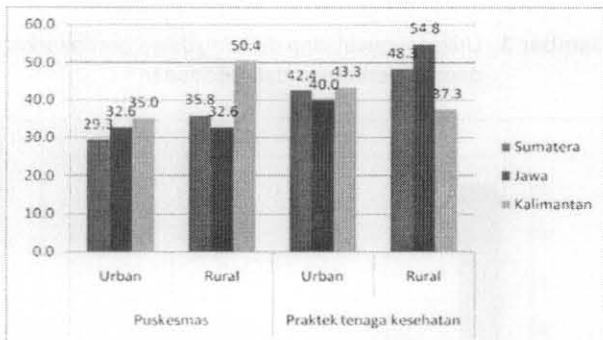
dibandingkan di pedesaan. Penggunaan puskesmas untuk pelayanan rawat inap di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan di tiga pulau.

Utilisasi rawat jalan di pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan

Data penduduk yang mengalami rawat jalan dalam Riskesdas adalah penduduk yang mengalami rawat jalan dalam kurun waktu satu tahun yang lalu. Namun yang dicatat dalam pengumpulan data Riskesdas adalah kejadian rawat jalan terakhir. Rawat jalan dapat dilakukan di rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, rumah sakit bersalin, puskesmas, poliklinik, praktik tenaga kesehatan, pengobatan tradisional, lainnya dan pengobatan rawat jalan di rumah penduduk.



Gambar 5. Proporsi penggunaan berbagai fasilitas kesehatan untuk rawat jalan

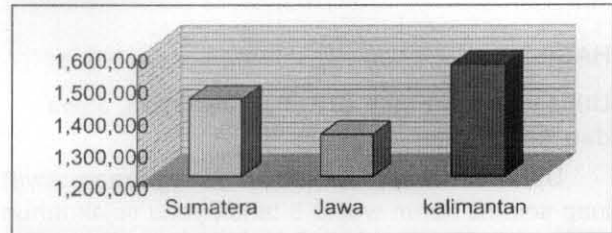


Gambar 6. Perbandingan proporsi penggunaan puskesmas dan praktik tenaga kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan

Pada Gambar 5 di atas dapat terlihat bahwa di pulau Sumatera dan Jawa lebih banyak penduduk menggunakan praktik tenaga kesehatan untuk melakukan rawat jalan dibandingkan dengan puskesmas. Sebaliknya di Pulau Kalimantan, penduduk lebih cenderung memilih puskesmas untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan. Sedangkan pada Gambar 6 terlihat bahwa masyarakat daerah pedesaan dan perkotaan di pulau Sumatera dan Jawa lebih banyak menggunakan praktik tenaga kesehatan dibandingkan dengan puskesmas untuk tujuan rawat jalan. Sementara di Pulau Kalimantan, masyarakat yang berada di daerah pedesaan lebih banyak menggunakan puskesmas dibandingkan praktik tenaga kesehatan untuk rawat jalan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat ekonomi.

Tingkat ekonomi masyarakat pada susenas dikumpulkan dengan menanyakan pengeluaran rumah tangga selama seminggu yang lalu dengan asumsi bahwa semakin tinggi biaya pengeluaran rumah tangga maka semakin tinggi tingkat ekonomi rumah tangga tersebut. Berikut gambaran tingkat ekonomi masyarakat di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan.



Gambar 7. Rata-rata pengeluaran rumah tangga perbulan

Dari ke tiga pulau tersebut yang memiliki rata-rata pengeluaran tertinggi adalah di Pulau Kalimantan (Rp1.551.881), menyusul Pulau Sumatera (Rp1.446.428) dan terendah di Pulau Jawa (Rp1.333.748). Perbandingan frekuensi rawat jalan pada 20% penduduk termiskin dengan 20% penduduk terkaya di Pulau Sumatera hampir sama dimana penduduk termiskin lebih banyak menggunakan rawat jalan dibandingkan dengan penduduk terkaya. Di pulau Jawa perbedaan ini sangat terlihat dimana penduduk termiskin lebih banyak menggunakan rawat jalan dibandingkan dengan penduduk terkaya. Sementara di Pulau Kalimantan berbeda dengan dua pulau lainnya yaitu 20% terkaya lebih banyak menggunakan rawat jalan dibandingkan dengan 20% termiskin.

Perbandingan frekuensi rawat inap pada 20% penduduk termiskin dengan 20% penduduk terkaya di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan menunjukkan bahwa jauh lebih banyak penduduk terkaya menggunakan pelayanan rawat inap dibandingkan dengan termiskin. Dari Tabel 1 di bawah dapat dilihat bahwa 27% penduduk Pulau Sumatera dan

Jawa memiliki asuransi kesehatan, 30% penduduk di Kalimantan. persentase kepemilikan jaminan kesehatan bagi rakyat miskin tidak berbeda di tiga pulau.

Kepemilikan jaminan kesehatan

Tabel 2 memperlihatkan bahwa hanya 20% masyarakat tingkat pengeluaran rumah tangga pada kuantil satu (20% termiskin) di pulau Sumatera dan Kalimantan, yang memiliki asuransi kesehatan bagi orang miskin, sedangkan di pulau Jawa sedikit lebih banyak yaitu 25%. Sementara itu masyarakat yang

berada pada kuantil lima (20% terkaya) masih ada juga yang memiliki asuransi kesehatan bagi rakyat miskin. Kepemilikan tersebut berkisar antara 3% (Pulau Jawa) dan 5 sampai 6% pulau Kalimantan dan Sumatera.

Tabel 3 di bawah menerangkan tentang penggunaan rawat inap di rumah sakit pemerintah berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga di Pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan. Terlihat bahwa penggunaan rumah sakit pemerintah yang menerima bantuan subsidi pemerintah lebih banyak dinikmati oleh 20% terkaya dari pada 20% termiskin.

Tabel 1. Kepemilikan jaminan pelayanan kesehatan

Jenis jaminan pelayanan kesehatan/asuransi kesehatan	Sumatera (%)	Jawa (%)	Kalimantan (%)
JPK PNS/Vet/Pensiun	7.8	8.4	10.2
Tunjangan perusahaan	2.1	2.0	1.8
JPKMM/Kartu Sehat/JPK gakin/Kartu miskin/Askeskin	13.0	13.6	12.7
Jamsostek	2.7	2.5	3.2
Askes swasta	1.0	0.8	0.8
Dana sehat	0.1	0.1	0.1
Asuransi lainnya	1.0	0.7	2.1
Memiliki minimal satu asuransi kesehatan	26.7	27.0	29.5

Sumber: susenas 2007

Tabel 2. Kepemilikan kartu askeskin berdasarkan tingkat pengeluaran RT

Tingkat pengeluaran RT	Sumatera (%)	Jawa (%)	Kalimantan (%)
20% termiskin	19.8	25.4	19.9
Kuantil 2	15.9	17.9	16.0
Kuantil 3	13.3	13.6	13.4
Kuantil 4	10.3	8.2	9.3
20% terkaya	5.8	2.9	5.0
Total	13.0	13.6	12.7

Sumber: susenas 2007

Tabel 3. Penggunaan pelayanan rawat inap berdasarkan tingkat pengeluaran RT di Sumatera, Jawa, Kalimantan

No	Pulau	Tingkat pengeluaran rumah tangga yang menggunakan rumah sakit pemerintah				
		20% termiskin	Q2 (%)	Q3 (%)	Q4 (%)	20% terkaya
1	Sumatera	1.8	1.7	2.0	2.4	2.7
2	Jawa	2.5	2.8	3.1	3.4	3.5
3	Kalimantan	2.4	2.5	2.9	3.4	4.7

Tabel 4. Cara pembayaran rawat inap pada tingkat pengeluaran RT K 1 dan K 5

Jenis jaminan kesehatan	Sumatera (%)		Jawa (%)		Kalimantan (%)	
	20% termiskin	20% terkaya	20% termiskin	20% terkaya	20% termiskin	20% terkaya
Biaya sendiri	68.6	70.8	73.4	70	61.7	66.9
Askeskin, SKTM, Kartu sehat	22.1	5.6	21.5	3.2	28.1	5.2

Tabel 5. Jarak rumah masyarakat yang mengalami rawat jalan dan rawat inap dengan fasilitas kesehatan

Pulau	Pengguna rawat jalan			Pengguna rawat inap		
	Jarak ke Yankes RS dll			Jarak ke Yankes RS dll		
	< 1 km (%)	1 - 5 km (%)	> 5 km (%)	< 1 km (%)	1 - 5 km (%)	> 5 km (%)
Sumatera	49.70	44.70	5.60	51.30	43.90	4.80
Jawa	51.60	41.80	6.30	51.60	45.60	2.70
Kalimantan	50.90	42.20	6.90	50.90	42.20	6.90

Tabel 6. Waktu tempuh masyarakat yang mengalami rawat inap dan rawat jalan ke fasilitas kesehatan

Pulau	Pengguna Rawat Inap				Rawat Jalan			
	Waktu tempuh ke Yankes RS dll				Waktu tempuh ke Yankes RS dll			
	<=15' (%)	16'-30' (%)	31'-60' (%)	>60' (%)	<=15' (%)	16'-30' (%)	31'-60' (%)	>60' (%)
Sumatera	73.70	18.10	4.00	4.20	73.70	18.10	4.00	4.20
Jawa	77.40	18.10	3.40	1.00	77.40	18.10	3.40	1.00
Kalimantan	72.70	21.00	3.70	2.70	72.70	21.00	3.70	2.70

Dari Tabel 4 di atas terlihat bahwa pada umumnya masyarakat membayar biaya rawat inap dengan cara membayar sendiri atau dikenal dengan *out of pocket*, baik pada tingkat pengeluaran rumah tangga kuintal satu maupun kuintal ke lima. Namun 6 persen penduduk 20% terkaya menggunakan jaminan kesehatan bagi rakyat miskin di Pulau Sumatera untuk rawat inap, 3% di Pulau Jawa, dan 5% di Pulau Kalimantan.

Akses ke pelayanan kesehatan dengan penggunaan rawat jalan dan rawat inap

Akses dapat dilihat dari jarak tempuh dan waktu tempuh yang diperlukan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam riskesdas telah terkumpul data mengenai akses ini yang ditinjau dari jarak dan lama waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, praktik dokter dan bidan praktik. Pada umumnya masyarakat yang mengalami rawat jalan maupun rawat inap memiliki jarak tempuh ke sarana

pelayanan kesehatan kurang dari 5 km, baik di Pulau Jawa, Sumatera maupun Kalimantan.

Pada umumnya masyarakat yang mengalami rawat jalan maupun rawat inap memiliki waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan kurang dari 30 menit, baik di Pulau Jawa, Sumatera maupun Kalimantan.

Ketanggapan petugas terhadap pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Ketanggapan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dapat dinilai dari penilaian masyarakat terhadap pelayanan yang didapatkan dari petugas. Di dalam Riskesdas telah dikumpulkan data tentang tanggapan tersebut. Penilaian masyarakat yang mengalami rawat jalan dan rawat inap terhadap lama waktu tunggu, keramahan, ikut serta dalam pengambilan keputusan, kerahasiaan, kebebasan memilih, kebersihan ruangan, dan kemudahan dikunjungi keluarga. Dari penilaian masyarakat terhadap masing-masing item di atas dilakukan penilaian secara keseluruhan item

Tabel 7. Gambaran ketanggapan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan rawat inap

No	Pulau	Kelompok ketanggapan		Total (%)
		Baik (%)	Buruk (%)	
1	Sumatera	96.84	3.16	100
2	Jawa	97.55	2.45	100
3	Kalimantan	96.48	3.53	100

Tabel 8. Gambaran ketanggapan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan

No	Pulau	Kelompok ketanggapan		Total (%)
		Baik (%)	Buruk (%)	
1	Sumatera	78.19	21.81	100
2	Jawa	78.03	21.97	100
3	Kalimantan	81.43	18.58	100

Tabel 9. Frekuensi masyarakat yang mampu membayar kesehatan

Tingkat pengeluaran rumah tangga	Sumatera		Jawa		Kalimantan	
	Tidak mampu (%)	Mampu (%)	Tidak mampu (%)	Mampu (%)	Tidak mampu (%)	Mampu (%)
20% termiskin	96.0	4.0	96.8	3.2	98.0	2.0
Kuantil 2	96.9	3.1	96.8	3.2	98.2	1.8
Kuantil 3	97.3	2.7	96.9	3.1	97.9	2.1
Kuantil 4	97.5	2.5	97.0	3.0	97.9	2.1
20% terkaya	97.8	2.2	97.5	2.5	97.6	2.4
Total	97.1	2.9	97.0	3.0	97.9	2.1

di atas dengan memberikan nilai total. Dari Tabel 7 di bawah dapat dilihat bahwa pada umumnya masyarakat memberikan penilaian baik terhadap ketanggapan petugas terhadap pelayanan rawat inap yang diberikannya. Penilaian ketanggapan petugas terhadap pelayanan yang diberikan buruk, tertinggi ditemukan pada Pulau Kalimantan (4%), disusul Pulau Sumatera dan Jawa (3%).

Dari Tabel 8 di atas dapat dilihat bahwa pada umumnya masyarakat memberikan penilaian baik terhadap ketanggapan petugas terhadap pelayanan rawat jalan yang diberikannya. Penilaian ketanggapan petugas terhadap pelayanan yang diberikan buruk tertinggi ditemukan pada pulau Jawa dan Sumatera (22%), Kalimantan (19%).

Kemampuan masyarakat membayar untuk kesehatan

Kemampuan masyarakat untuk membayar kesehatan dapat diperkirakan dari proporsi pengeluaran

kesehatan dibandingkan dengan pengeluaran bukan makanan. Jika proporsi pengeluaran untuk kesehatan dari pengeluaran untuk bukan makanan lebih dari 75% maka dikatakan masyarakat tersebut mampu untuk membayar kesehatan. Sebaliknya jika proporsi tersebut kecil dari 75% maka dikatakan masyarakat tersebut tidak mampu.

Dari Tabel 9 di atas terlihat bahwa masyarakat pada umumnya tidak mampu membayar kesehatannya.

Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Dalam analisis bivariat ini hampir semua variabel dikelompokkan menjadi 2 kategori, kecuali kepulauan menjadi 3 katagori. Hal ini dilakukan untuk menghindari banyaknya sel kosong apabila dilakukan banyak kelompok.

Akses yang dimaksud disini adalah gabungan antara jarak dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan. Dikatakan sulit apabila jaraknya jauh (lebih

Tabel 10. Nilai P, *odds ratio* dan *confident interval* rawat jalan dan rawat inap (Utilisasi) menurut variabel independen

Karakteristik Latarbelakang	Nilai P	Odds Ratio	Confident Interval (95%)
Akes			
Sulit			
Mudah	0.000	1.09	1.09 – 1.11
Pengeluaran RT			
Miskin			
Kaya	0.000	1.09	1.08 – 1.11
Jenis kelamin			
Perempuan			
Laki-laki	0.000	1.27	1.26 – 1.28
Daerah tempat tinggal			
Perdesaan			
Perkotaan	0.001	1.02	1.01 – 1.03
Kawasan			
Kalimantan	0.000	1.20	1.17 – 1.23
Sumatera	0.000	1.04	1.03 – 1.06
Jawa			

dari 5 km) dan waktu tempuhnya lama (lebih dari 30 menit). Sedangkan yang dimaksud dengan miskin di sini adalah kuantil 1 dan kuantil 2 pada pengeluaran rumah tangga total.

Berdasarkan Tabel 10, penduduk yang pernah melakukan rawat jalan maupun rawat inap hampir tidak berbeda menurut berbagai karakteristik. Walaupun bermakna apabila dilihat dari nilai P, namun apabila dilihat Odds Rasio perbedaan tersebut tidak terlalu besar. Misalnya penduduk perempuan yang melakukan utilisasi hanya 1,3 kali dibanding penduduk laki-laki. Masyarakat yang tinggal di Pulau Kalimantan sedikit lebih banyak yang melakukan utilisasi (1,2 kali) di banding yang tinggal di kawasan Pulau Jawa.

Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan suatu model terbaik dalam melihat determinan terhadap responden yang pernah utilisasi. Dalam permodelan ini, semua variabel kandidat dianggap sama penting. Pemilihan model berdasarkan model yang mempunyai nilai yang signifikan ($p < 0,05$). Analisa multivariat yang digunakan dalam analisa ini adalah regresi logistik ganda. Sebelum masuk analisa multivariat terlebih dahulu dilakukan seleksi terhadap semua variabel yang diduga ikut berhubungan dengan

utilisasi yang telah di analisis seperti tampak pada hasil bivariat di atas.

Dari enam variabel yang dianalisis pada responden yang pernah utilisasi, ada lima variabel yang dianggap berperan. Yaitu variabel kemiskinan, jenis kelamin, daerah tempat tinggal, pulau, dan akses terhadap pelayanan kesehatan, karena nilai P-nya lebih kecil dari 0,25. Selanjutnya variabel yang berperan ini diikutkan ke dalam model prediksi (Tabel 12). Penggunaan $p < 0,25$ karena menurut Riono (1992) yang dikutip dari Greenberg (1989) bahwa berdasarkan pengalaman empirik, penggunaan nilai α yang lazim (0,05) sering kali tidak berhasil mengidentifikasi variabel yang dianggap penting.

Dalam pemodelan ini semua variabel independen yang memenuhi syarat dicobakan bersama-sama. Pemilihan model dilakukan secara bertahap dengan cara semua variabel independen (yang telah lulus sensor $p < 0,25$) dimasukkan ke dalam model. Variabel yang *p-wald*nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari *p-wald* yang terbesar. Hasil analisa model pertama hubungan kelima variabel bebas yang memenuhi syarat utilisasi seperti ditunjukkan dalam Tabel 11.

Tabel 11. Model Awal Prediksi Faktor Determinan yang Berperan pada utilisasi di tiga pulau

Faktor	Nilai P	Odds Ratio	Confident Interval (95%)
1. Akses			
Sukar			
Mudah	0.000	1.10	1.09 – 1.11
2. Jenis kelamin			
Perempuan			
Laki-laki	0.000	1.27	1.23 – 1.28
3. Daerah tempat tinggal			
Perdesaan			
Perkotaan	0.000	1.11	1.05 – 1.11
4. Kepulauan			
Kalimantan			
Sumatera	0.000	1.21	1.18 -1. 23
Jawa	0.000	1.05	1.04 – 1.06
5. Tingkat pengeluaran RT			
Miskin			
Kaya	0.000	1.11	1.09 – 1.11

P value Model 0.000

Dari hasil di atas terlihat bahwa signifikansi *log-likelihood* < 0,05 ($p = 0,000$). Nilai *p wald* dengan variabel *p valuenya* > 0,05, yaitu akses, jenis kelamin, daerah tempat tinggal, kepulauan, dan katastrofik. Dengan demikian tidak ada satupun variabel yang dikeluarkan dari model awal. Untuk itu selanjutnya dilakukan analisis interaksi untuk melihat (secara substansi) apa ada interaksi antar variabel.

Dugaan awal ada interaksi antara katastrofik dengan akses, katastrofik dengan kepulauan dan akses dengan kepulauan. Ternyata setelah melalui rangkaian proses hanya ada interaksi antara akses dengan kepulauan. Sehingga model akhirnya adalah sama dengan model awal ditambah dengan interaksi akses dan kepulauan (Tabel 12).

Berdasarkan model akhir ini, tampak tidak ada variabel yang paling dominan untuk mempengaruhi seseorang melakukan utilisasi. Hampir semua variabel mempunyai pengaruh yang sama besar.

PEMBAHASAN

Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan untuk rawat inap yang dikumpulkan di dalam Riskesdas adalah pemanfaatan selama 5 tahun. Dari hasil yang diperoleh bahwa penduduk yang mengalami rawat

inap sedikit sekali hanya 8% untuk di ketiga pulau yaitu Sumatera, Jawa dan Kalimantan. Jika dirata-ratakan dalam setahun tidak sampai 2% penduduk yang mengalami rawat inap. Hasil ini lebih kecil dari pada hasil susenas 2004 yaitu 3% (Eko Susanto, *et all*). Kecilnya angka ini kemungkinan karena daya beli terhadap pelayanan rawat inap masyarakat yang lemah. Hal ini dapat dibuktikan dengan perbandingan biaya untuk kesehatan dengan biaya untuk bukan makanan yang kita sebut dengan Ability to Pay (ATP). Dimana hanya berkisar 3% penduduk yang mampu membayar kesehatannya. Dari yang mengalami rawat inap tersebut pada masyarakat di Pulau Sumatera dan Kalimantan lebih banyak memanfaatkan rumah sakit pemerintah dibandingkan rumah sakit swasta. Hal ini mungkin disebabkan ketersediaan fasilitas rawat inap yang ada di Pulau Jawa lebih banyak dibandingkan dengan di Pulau Sumatera dan Kalimantan. Untuk membuktikan ini data ketersediaan fasilitas rumah sakit tidak tersedia di dalam Riskesdas sehingga peneliti hanya menduga. Masyarakat kaya lebih banyak memanfaatkan pelayanan rumah sakit pemerintah dibandingkan dengan masyarakat miskin, sehingga fasilitas yang diberikan oleh pemerintah banyak digunakan oleh masyarakat kaya. Di Pulau Kalimantan 5% masyarakat kaya menggunakan

Tabel 12. Model akhir Faktor Determinan yang Berperan pada utilisasi di 3 Pulau

Faktor-faktor	β	P value	Odds Ratio	Confident Interval (95%)
1. Akses				
Sukar				
Mudah	0.107	0.000	1.11	1.10 – 1.13
2. Jenis kelamin				
Perempuan				
Laki-laki	0.240	0.000	1.28	1.26 – 1.28
3. Daerah tempat tinggal				
Perdesaan				
Perkotaan	0.057	0.000	1.06	1.05 – 1.07
4. Kepulauan				
Kalimantan				
Sumatera	0.000	0.001	1.12	1.05 – 1.19
Jawa	0.109	0.000	1.13	1.09 – 1.17
5. Tingkat Pengeluaran RT				
Miskin				
Kaya	0.122	0.000	1.01	1.01 – 1.03
6. Akses * Kepulauan				
Perdesaan - Kalimantan	0.053	0.009	1.06	1.01 – 1.09
Perdesaan - Sumatera	-0.048	0.000	0.95	0.93 – 0.98
Constanta	-0.129			

Nilai P model 0,000

fasilitas rumah sakit pemerintah sementara hanya 2% masyarakat miskin yang menggunakannya. Di antara ketiga pulau tersebut yang lebih banyak masyarakat miskin menggunakan fasilitas rumah sakit pemerintah yang tentunya banyak mendapat subsidi dari pemerintah adalah Pulau Kalimantan, sementara itu masyarakat Pulau Kalimantan memiliki rata-rata pengeluaran rumah tangga yang lebih besar dibandingkan dengan dua pulau yang lain. Rata-rata di ketiga pulau tersebut menggambarkan 2 kali lebih banyak masyarakat kaya yang menggunakan fasilitas rumah sakit pemerintah dibandingkan dengan masyarakat miskin. Hasil ini sesuai dengan analisis sebelumnya yang bersumber dari data susenas 2004 oleh Eko Susanto; Mubasysyir Hasanbasri. Kondisi ini menggambarkan bahwa orang miskin memiliki keterbatasan akses untuk memanfaatkan sarana pelayanan milik pemerintah, sehingga subsidi pemerintah lebih banyak dimanfaatkan oleh orang kaya.

Sejalan dengan itu jika dilihat pola penggunaan fasilitas kesehatan untuk rawat inap di perkotaan dan pedesaan maka masyarakat perkotaan lebih banyak menggunakan rumah sakit swasta dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah untuk rawat inap. Kita ketahui di perkotaan lebih banyak tersedia rumah sakit swasta dibandingkan di pedesaan, sehingga kita dapat mengasumsikan juga bahwa ketersediaan fasilitas rumah sakit swasta yang membuat perbedaan pola tersebut. Di perkotaan tetap yang menikmati fasilitas pemerintah lebih banyak pada masyarakat kaya dibandingkan dengan miskin.

Jika dilihat dari rata-rata pengeluaran rumah tangga di antara daerah pulau Sumatera, Jawa dan Kalimantan, di Pulau Kalimantan lebih tinggi daripada dua pulau lainnya. Pada penggunaan rawat inap terlihat makin tinggi pengeluaran rumah tangganya (kuantil 5) maka makin besar penggunaan rawat inapnya. Pada rawat jalan tidak demikian, tidak ada perbedaan penggunaan rawat jalan di tingkat pengeluaran rumah

tangga masing-masing pulau. Pada masyarakat tingkat kuantil ke-5 pengeluaran rumah tangganya lebih banyak memanfaatkan rumah sakit swasta dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah baik untuk rawat inap maupun rawat jalan.

Penduduk masih sedikit yang memiliki asuransi kesehatan yaitu hanya 27% penduduk, tertinggi ditemukan di Pulau Kalimantan (30%) menyusul di Pulau Jawa Sumatera (27%). Pada umumnya masyarakat membayar dari kantong mereka sendiri untuk pelayanan kesehatan baik pada tingkat pengeluaran rumah tangga terendah sampai yang tertinggi. Namun yang menarik terlihat masih ada pada tingkat pengeluaran rumah tangga tertinggi di tiap pulau yang memiliki kartu miskin tersebut yaitu 6% di pulau Sumatera, 5% di Kalimantan dan 3% di Pulau Jawa.

Akses penduduk terhadap fasilitas pelayanan yang ada cukup baik, di mana hanya kecil dari 7% penduduk yang memiliki jarak dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan lebih besar dari 5 km baik di pulau Jawa maupun di Sumatera dan Kalimantan. Begitu juga dengan waktu tempuh, hanya kecil dari 5% penduduk yang memiliki waktu tempuh lebih dari 1 jam ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada penggunaan fasilitas kesehatan tersebut untuk layanan rawat inap dan rawat jalan terlihat bahwa makin dekat jarak dan waktu tempuh maka makin banyak penduduk menggunakan fasilitas kesehatan tersebut untuk rawat jalan maupun rawat inap.

Ketanggapan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dapat dinilai dari penilaian masyarakat terhadap pelayanan yang didapatkan dari petugas. Dari penilaian masyarakat terhadap penilaian secara keseluruhan dapat ditemukan bahwa rata-rata 97% penduduk yang mengalami rawat inap menilai ketanggapan petugas baik dalam memberikan pelayanan. Sedangkan untuk penilaian masyarakat terhadap ketanggapan petugas terhadap pelayanan rawat jalan menunjukkan 80% adalah baik.

Berdasarkan model akhir ini, tampak tidak ada variabel yang paling dominan untuk memengaruhi seseorang melakukan utilisasi. Hampir semua variabel mempunyai pengaruh yang sama besar. Namun perlu di ingat pengaruh tersebut tidak terlalu berarti, melihat OR yang hanya berkisar pada 1,01 (katastropik) dan 1,3 (jenis kelamin). Responden yang tinggal di

pedesaan di pulau Kalimantan sedikit lebih sulit untuk utilisasi di banding dengan responden yang tinggal di perkotaan. Sementara masyarakat di pulau Sumatera dan tinggal di pedesaan. Akses pedesaan di Pulau Kalimantan untuk utilisasi sedikit lebih sulit dibanding dengan akses pedesaan di pulau Jawa.

KESIMPULAN

1. Hanya 2% dari masyarakat yang menggunakan rawat inap dalam .
2. Masyarakat di Pulau Kalimantan lebih banyak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.
3. Hampir 2 kali lipat lebih banyak masyarakat kaya menikmati fasilitas rumah sakit pemerintah dibandingkan dengan masyarakat miskin.
4. Masyarakat Kalimantan lebih banyak menggunakan rumah sakit pemerintah untuk rawat inap dari pada fasilitas lainnya, sedangkan di Pulau Sumatera dan Jawa lebih banyak menggunakan fasilitas rumah sakit swasta.
5. Rata-rata pengeluaran rumah tangga di Pulau Kalimantan lebih tinggi dibandingkan dua pulau lainnya.
6. Masih ada sekitar 2,5% sampai 5% penduduk 20% terkaya yang memiliki kartu askeskin.
7. Lebih dari 60% masyarakat baik miskin maupun kaya menggunakan cara bayar dari kantong sendiri untuk pelayanan kesehatan.
8. Penilaian ketanggapan petugas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh masyarakat di tiga pulau tersebut baik yaitu lebih dari 80% menyatakan baik.
9. Masyarakat pada umumnya tidak mampu membayar kesehatannya, hanya 2,9% di Sumatera, 3,0% di Jawa dan di Kalimantan 2,1%.
10. Faktor yang memengaruhi penggunaan rawat jalan dan rawat inap adalah tingkat pengeluaran rumah tangga, kemampuan membayar untuk kesehatan, akses, jenis kelamin, daerah tempat tinggal, pedesaan dan perkotaan dan kepulauannya yaitu Sumatera, Jawa dan Kalimantan, dengan hasil; semakin kaya masyarakat semakin banyak menggunakan pelayanan kesehatan, semakin mudah akses semakin banyak pemanfaatan pelayanan kesehatan, lebih banyak laki-laki dari

pada perempuan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

11. Analisis faktor multivariat menghasilkan bahwa masyarakat tinggal di perdesaan di pulau Kalimantan sedikit lebih sulit untuk utilisasi di banding dengan masyarakat di pulau Sumatra dan tinggal di perdesaan. Akses perdesaan di Pulau Kalimantan untuk utilisasi sedikit lebih sulit dibanding dengan akses perdesaan di pulau Jawa.

SARAN

1. Meningkatkan daya beli masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dengan cara mengikut sertakan seluruh masyarakat dalam suatu program jaminan kesehatan bagi masyarakat umum.
2. Akses masyarakat miskin terhadap kepemilikan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin perlu diperluas, mungkin saja bukan 20% termiskin, namun samapi pada kuantil ke-2.
3. Perlu pengawasan ketat terhadap penggunaan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin,

karena masih ada masyarakat kaya yang memanfaatkannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Eko Susanto; Mubasasyir Hasanbasri, 2006. "Utilisasi Sarana Pelayanan Kesehatan Studi Analisis Data Susenas 2004", KMPK Working Paper Series No. 23, First Draft (online).
- Nani Iriyanti, SKM, AAK, "Pengendalian Biaya Rumah Sakit".
- Baldor R.A, 1996. "Managed Care", Massachusetts: Made Simple Blackwell science.
- BPPSDMK, "Penggunaan Sistem Casemix untuk Tekan Biaya Kesehatan", Jakarta: Depkes RI.
- Gani A, "Pembiayaan Kesehatan Di Era Otonomi". Seminar dan Diskusi Panel.
- Nasional Strategi dan Kebijakan daerah dalam optimalisasi sumber daya manusia dan pembiayaan kesehatan, 2001.
- Gani A, "Analisa Biaya Rumah Sakit", Jakarta: FKM UI.
- Trisnantoro L, "Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kedokteran Dan Residen", Jogjakarta: FK UGM.
- Thabrany H, 1998. "Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional", Jakarta: FKM UI.