

POLA PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN, KEPULAUAN, DAN TERPENCIL (DTPK-T) DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2013)

HEALTH CARE USE PATTERNS IN LESS DEVELOPMENT, BORDERLANDS,
ARCHIPELAGOES, AND REMOTE AREAS (DTPK-T) IN INDONESIA
(DATA ANALYSIS OF RISKESDAS 2013)

Sri Wiyanti¹, Hari Kusnanto¹, Mubasysyir Hasanbasri¹

¹Departemen Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran
UGM Yogyakarta

Penulis korespondensi: Sri Wiyanti, Departemen Kebijakan dan Manajemen Pelayanan
Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako, Sekip Utara,
Yogyakarta, 55281

ABSTRACT

Background: Utilization of health services is an important element in determining the health status of the community. Information on the utilization of health services are needed by health services management, in taking appropriate policy (Feldstein 1988). communities disadvantaged areas, islands, and remote border (DTPK-T) have limitations in the use of health services, this is due to geographical conditions that are difficult to reach, limited infrastructure and health human resources that add to the complexity of the problem.

Objectives: Reviewing and analyzing the patterns of utilization of health services for people in underdeveloped regions, border, island, and remote.

Method: This study uses secondary data from the Basic Health Research (RISKESDAS) in 2013, with a cross-sectional design. In this study focused to see the pattern of utilization of the public in disadvantaged areas, border, island, and remote in obtaining health services at the health center.

Results: Least developed society, border, island, and remote use more health centers, out of total 42.623 respondents, approximately 18.882 people or 43.5% are utilizing the services health centers, physician practices 19.5%, gender, economic status, education, travel time and transportation costs, doctor's diagnosis of the disease in the suffering of both communicable and non-communicable, rural location had a significant effect on health care utilization, while the category of regions did not have a significant effect on the utilization of health centers.

Conclusion: People in, Less developed, border, island, and remote areas (DTPK-T) have made use of basic health care facilities (health centers), in addressing health issues. Special policies are needed in order to improve the quality of care by providing health resources, infrastructure, and availability of drugs.

Keywords: Utilization, Primary Health Care, DTPK-T

ABSTRAK

Latar Belakang: *Utilisasi* pelayanan kesehatan merupakan unsur penting dalam menentukan status kesehatan masyarakat. Informasi tentang utilisasi pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan oleh manajemen pelayanan kesehatan, dalam mengambil kebijakan yang tepat (Feldstein 1988). masyarakat di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) mengalami keterbatasan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan kondisi geografis yang sulit dijangkau, terbatasnya sarana dan prasarana serta SDM kesehatan yang menambah kompleksitas permasalahan.

Tujuan: Mengkaji dan menganalisis pola utilisasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang ada di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil.

Metode: Penelitian ini menggunakan data sekunder hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, dengan desain *cross sectional*. Pada penelitian ini difokuskan untuk melihat pola *utilisasi* masyarakat di DTPK-T dalam memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Hasil: Masyarakat Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil lebih banyak memanfaatkan puskesmas, dari 42.623 total responden, sekitar 18.882 orang atau 43,5% yang memanfaatkan layanan puskesmas, praktik dokter 19,5%, jenis kelamin, status ekonomi, pendidikan, waktu tempuh dan biaya transportasi, diagnosa dokter terhadap penyakit yang diderita baik menular maupun tidak menular, lokasi pedesaan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan, sedangkan kategori wilayah tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan puskesmas.

Kesimpulan: Masyarakat di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) telah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan dasar (puskesmas), dalam mengatasi masalah kesehatan. Diperlukan kebijakan khusus agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan dengan menyediakan sumber daya kesehatan, sarana dan prasarana, penguatan infrastruktur, serta ketersediaan obat.

Kata kunci: *Utilisasi*, Pelayanan Kesehatan Dasar, DTPK-T

PENDAHULUAN

Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) memiliki kondisi geografi yang ekstrim (Kepulauan, pegunungan, daratan, hutan, rawa, dan berbatasan dengan negara tetangga), transportasi, sosial dan ekonomi masyarakat hal ini menimbulkan perbedaan dengan daerah lainnya pada skala nasional, oleh karena itu diperlukan kebijakan khusus melalui pendekatan kesejahteraan (*prosperity approach*) dan pendekatan kedaulatan (*sovereignty approach*) dalam memberikan pelayanan kesehatan. Pelayanan di DTPK-T bertujuan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat melalui penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Sejak tahun 2009 hingga tahun 2013 telah terjadi peningkatan jumlah puskesmas di tahun 2009 berjumlah 8.737 buah (3,74 per 100.000 penduduk) dan pada tahun 2013 berjumlah 9.655 buah (3,89 per 100.000 penduduk), walaupun laju pertumbuhan setiap tahun tidak lebih besar dari 3-3,5%. Dari jumlah tersebut sebagian adalah puskesmas perawatan yakni 2.704 buah pada tahun 2009, di tahun 2013 menjadi 3.317 buah. Risfas-kes 2011 menunjukkan sebanyak 2.492 puskesmas berada di daerah terpencil yang tersebar pada 353 kabupaten/kota¹. Namun kenyataannya peningkatan jumlah fasilitas kesehatan tersebut tidak seiring dengan terjadinya peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan hal ini dilihat dari penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh Andani 2011, pemanfaatan pelayanan KB di Rumah Sakit pemerintah hanya sebesar 3,2%, pemanfaatan puskesmas 12%, pemanfaatan pustu 4,5%, polindes dan poskesdes 1,5%². Rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan karena inefisiensi dan buruknya kualitas sektor kesehatan, infrastruktur dan banyaknya puskesmas yang tidak memadai, jumlah dokter yang minim, tingginya ketidakhadiran di puskesmas, serta minimnya pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan. dan pengetahuan yang lebih baik berdampak bagi pemilihan fasilitas pelayanan kesehatan dan meningkatnya

ekspektasi terhadap standar pelayanan³. Utilisasi pelayanan kesehatan adalah unsur penting dalam melihat status kesehatan masyarakat, oleh karena itu informasi tentang utilisasi tersebut sangatlah di perlukan bagi penentu kebijakan untuk mengetahui bagaimana pola pemanfaatan pelayanan kesehatan, secara khusus di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) di Indonesia, agar kebijakan yang diambil benar-benar merupakan kebutuhan masyarakat.

METODE

Penelitian ini menggunakan data sekunder hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, dengan desain *cross sectional*. Pada penelitian ini difokuskan untuk melihat pola utilisasi pelayanan kesehatan masyarakat di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil dan bukan DTPK-T. Pengambilan sampel Riskesdas 2013 berdasarkan *Sampling Frame* Sensus Penduduk 2010⁴. Metode analisis yang digunakan yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, melihat hubungan antara utilisasi pelayanan kesehatan masyarakat di DTPK-T dengan masing-masing variabel bebas, melihat variabel bebas mana yang paling besar mempengaruhi variabel terikat dilakukan melalui uji regresi logistik.

HASIL

Pemilihan subjek penelitian adalah pada semua kelompok umur pada survei RISKESDAS 2013, yaitu 12.000 Blok Sensus, atau 300.000 rumah tangga, kemudian disesuaikan dengan unit analisis Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) di Indonesia berjumlah 383.936 anggota rumah tangga, dari jumlah tersebut 341.313 yang dikelompokkan dalam utilisasi pelayanan kesehatan, setelah di-*cleaning data* yang diperoleh data 42.623 anggota rumah tangga sebagai sampel penelitian.

Tabel 1. Karakteristik Responden Pengguna Rawat Jalan dan Rawat Inap di DTPK-T

Variabel karakteristik	Rawat Jalan		Rawat Inap	
	N (35.495)	%	N (7.128)	%
Umur				
<25 tahun	14.282	40,2	2.431	34,1
≥25–54 tahun	15.421	43,5	3.271	45,9
≥55 tahun	5.792	16,3	1.426	20,0
Jenis kelamin				
Laki-laki	15.649	44,1	3.175	44,5
Perempuan	19.846	55,9	3.953	55,5
Pendidikan				
Tidak sekolah	16.837	47,4	2.656	37,2
Dasar	12.778	36,0	2.714	38,1
Menengah	4.380	12,3	1.253	17,6
Tinggi	1.500	4,3	505	7,1
Status ekonomi				
Terbawah	11.383	33,4	1.787	25,1
Menengah bawah	8.202	23,1	1.511	21,2
Menengah	5.728	16,1	1.236	17,3
Menengah atas	4.837	13,6	1.227	17,2
Teratas	4.890	13,8	1.367	19,2
Kategori penyakit				
Penyakit menular				
Ya	14.700	41,4	2.060	28,9
Tidak	20.795	58,6	5.068	71,1
Penyakit tidak menular				
Ya	5.683	16,0	1.559	23,3
Tidak	29.812	84,0	5.469	71,1
Tipe lokasi				
Desa	25.446	71,7	4.381	61,5
Kota	10.049	28,3	2.747	38,5
Kategori daerah				
Tertinggal	28.334	78,8	5.864	82,3
Perbatasan	2.632	7,4	444	6,2
Kepulauan	1.936	5,5	349	4,9
Terpencil	2.593	7,3	471	6,6

Sumber: Analisis Data Riskesdas 2013

Berdasarkan hasil analisis karakteristik responden, 15.421 atau 43,5% berusia produktif (25-54 tahun) dan 55,9% yang memanfaatkan rawat jalan, sedangkan di rawat inap 45,9% responden berjenis kelamin perempuan. Sekitar 38% respon-

den tidak sekolah dan 38% hanya pendidikan dasar. Status ekonomi masyarakat di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) 33,4% berada pada kuintil bawah (misalnya), 23,1% menengah, dan sekitar 13,8% ekonomi atas (kaya), berdasarkan karakteristik pemanfaatan layanan kesehatan karena didiagnosa dokter yaitu 41,4% dengan kategori penyakit menular di antaranya penyakit Diare, ISPA, Pneumonia, Malaria, TB paru, Hepatitis, dan 69,6% penyakit tidak menular (Asma, Kanker, DM, Hipertiroid, Hipertensi, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal Jantung, Stroke). Berdasarkan kategori lokasi 63,5% di pedesaan dan 36,5% berada di perkotaan, paling banyak responden berada di Daerah Tertinggal yaitu 28.334 atau 78,8%, sementara di perbatasan 2.632 (7,4%), kepulauan 1.936 (5,5%), dan di daerah terpencil 2.593 (7,3%).

Deskripsi Pola Pemanfaatan Layanan Kesehatan di Puskesmas dan Dokter Praktik Menurut Wilayah DTPK-T

Dari 35.495 total responden rawat jalan, sekitar 18.882 orang yang memanfaatkan layanan puskesmas, sementara 4.855 orang praktik dokter, 17.230 pada fasilitas kesehatan lainnya seperti Rumah Sakit pemerintah, Rumah Sakit swasta, bidan praktik, polindes, dan poskestren. Sementara layanan rawat inap dari 7.128 total responden 1.524 orang yang memanfaatkan puskesmas, dan 132 orang memanfaatkan dokter praktik. Kondisi ini menggambarkan bahwa layanan puskesmas lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat, dibandingkan dengan praktik dokter, baik pada rawat jalan, maupun rawat inap.

Deskripsi Akses (Waktu dan Biaya) Layanan Puskesmas dan Dokter Praktik DTPK-T di Indonesia

Utilisasi puskesmas jika dilihat dari akses (waktu tempuh dan biaya) rata-rata <15 menit, biaya transportasi 80% <10.000, walaupun masih ada responden yang mengakses dengan biaya >100.000. Sementara akses layanan ke praktik dokter dengan waktu tempuh sekitar 70,9% <15 menit dan biaya tempuh 62,4%. <10.000, sekitar 32,4 % mengeluarkan biaya transportasi >100.000.

Faktor Pemanfaatan Layanan Kesehatan di DTPK-T (Analisis Bivariate)

Tabel 2. Utilisasi Rawat Jalan di Puskesmas dan Praktik Dokter

Variabel karakteristik	Rawat Jalan (%)							
	Puskesmas				Praktik Dokter			
	N	Ya	Tidak	OR (CI)	N	Ya	Tidak	OR (CI)
Umur								
<25 tahun	14.282	44,4	55,6	1	14.282	88,2	11,8	1
≥25–54 tahun	15.421	46,5	53,5	0,90 (0,87-0,96)***	15.421	86,1	13,9	1,30 (0,89-1,90)
≥55 tahun	5.792	53,6	46,4	0,61 (0,65-0,73)***	5.792	82,2	17,8	0,55 (0,30-1,01)*
Jenis kelamin								
Laki-laki	15.649	47,1	52,9	1	15.649	87,0	13,0	1
Perempuan	19.846	46,5	53,5	1,09 (1,02-1,17)**	19.846	85,5	14,5	0,87 (0,62-1,23)
Pendidikan								
Tidak sekolah	16.837	44,0	56,0	1	16.837	88,7	11,3	1
Dasar	12.778	46,4	53,6	1,09 (0,86-0,95)***	12.778	86,8	13,2	1,19 (1,10-1,27)***
Menengah	4.380	53,8	46,2	0,67 (0,63-0,72)***	4.380	80,6	19,4	0,89 (1,73-2,07)***
Tinggi	1.500	61,3	38,7	0,49 (0,44-0,55)***	1.500	71,0	29,0	3,19 (2,83-3,61)***
Status ekonomi								
Terbawah	11.383	32,3	67,7	1	11.383	95,4	4,6	1
Menengah bawah	8.202	44,6	55,4	0,59 (0,55-0,62)***	8.202	90,3	9,7	2,21 (1,98-2,48)***
Menengah	5.728	53,7	46,3	0,41 (0,38-0,43)***	5.728	84,3	15,7	3,83 (3,43-4,29)***
Menengah atas	4.837	57,3	42,8	0,35 (0,33-0,38)***	4.837	77,7	22,3	5,90 (5,29-6,58)***
Teratas	4.890	67,1	32,8	0,23 (0,21-0,25)***	4.890	68,8	31,2	9,32 (8,39-10,35)***
Kategori penyakit								
Penyakit menular								
Ya	20.795	49,1	50,9	1,62 (1,51-1,74)***	20.795	87,9	12,1	1,27 (1,19-1,35)***
Tidak	14.700	43,5	56,5	1	14.700	87,5	14,8	1
Penyakit tidak menular								
Ya	29.812	45,3	54,7	1,47 (1,39-1,55)***	29.812	80,1	19,9	0,57 (0,53-0,61)***
Tidak	5.683	54,9	45,1	1	5.683	87,5	12,5	1
Waktu tempuh								
≤30 menit	28.160	46,0	54,0	1	12.642	80,0	20,0	1
>30 menit	7.335	51,0	49,0	0,82 (0,78-0,86)***	22.853	99,0	1,0	0,73 (0,65-0,83)***
Biaya transportasi								
≤10.000	28.467	44,0	56,0	1	10.974	72,0	28,0	1
>10.000–50.000	3.467	48,0	52,0	0,85 (0,79-0,91)***	2.052	79,5	20,5	0,63 (0,30-1,32)
>50.000–100.000	251	41,0	59,0	0,11 (0,87-1,45)	324	73,1	26,9	0,71 (0,17-2,95)
>100.000	331	70,5	29,5	0,32 (0,30-0,35)**	22.145	94,2	5,8	0,39 (0,27-0,58)***
Tipe lokasi								
Desa	25.446	43,2	56,8	2,13 (1,96-2,31)***	25.446	74,5	25,5	0,90 (0,63-1,28)
Kota	10.049	56,0	44,0	1	10.049	91,0	9,0	1
Kategori daerah								
Tertinggal	28.334	43,9	50,7	1	28.334	85,6	14,4	1
Perbatasan	2.632	36,5	63,5	1,69 (1,55-1,83)***	2.632	90,2	9,8	0,64 (0,56-0,73)***
Kepulauan	1.936	37,1	62,9	1,64 (1,49-1,81)***	1.936	84,7	15,3	1,07 (0,94-1,22)
Terpencil	2.593	37,0	63,0	1,65 (1,52-1,79)***	2.593	91,4	8,6	0,55 (0,48-0,64)***

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

Tabel 2. menggambarkan responden dengan kelompok produktif dan usia lansia (di atas 75 tahun) memiliki kesempatan masing-masing sebesar 0,90 dan 0,61 kali dibandingkan usia kurang dari 24 tahun. Perempuan memiliki kesempatan 1,09 kali (CI=1,02-1,17) dibandingkan laki-laki

dalam memanfaatkan layanan rawat jalan dan rawat inap. Responden dengan status ekonomi tinggi (kaya) memiliki kesempatan 9,32 kali lebih mungkin memanfaatkan praktik dokter dibandingkan responden dengan status ekonomi rendah (CI=8,39-10,35). Sedangkan ekonomi bawah lebih

banyak yang menggunakan puskesmas. Semakin tinggi tingkat pendidikan responden semakin kecil kemungkinan memanfaatkan Puskesmas dan lebih memilih ke praktik dokter 3,19 (CI=2,83-3,61). Responden yang diagnosa penyakit menular memiliki pengaruh signifikan ($p < 0,05$) terhadap pemanfaatan layanan Puskesmas dan praktik dokter. Responden dengan penyakit menular (diare, ISPA, malaria, TB, pneumonia) memiliki kesempatan 1,62 kali (CI=1,51-1,74) lebih mungkin memanfaatkan Puskesmas dibandingkan responden yang tidak memiliki penyakit menular. Responden yang didiagnosa dengan penyakit tidak menular (hipertensi, jantung koroner, diabetes, kanker, ginjal) memiliki peluang 1,47 kali lebih mungkin memanfaatkan Puskesmas dibanding-

kan yang tidak memiliki riwayat penyakit tidak menular. Hal ini kemungkinan dipengaruhi *need factor* atau kebutuhan terhadap pelayanan dan pengobatan terhadap penyakit. Waktu tempuh lebih dari 30 menit memiliki kesempatan 0,82 kali memanfaatkan layanan Puskesmas dibandingkan responden dengan waktu tempuh kurang dari 30 menit (CI=0,78-0,86). Biaya tempuh responden dengan lebih dari Rp100.000,- memiliki kesempatan 0,32 kali memanfaatkan Puskesmas dan praktik dokter dibandingkan dengan biaya tempuh kurang dari Rp100.000,-. Responden yang tinggal di Pedesaan memiliki kesempatan 2,13 kali lebih mungkin memanfaatkan Puskesmas dibandingkan responden yang tinggal di perkotaan (CI=1,96-2,31).

Tabel 3. Utilisasi Rawat Inap di Puskesmas dan Praktik Dokter

Variabel karakteristik	Rawat Jalan (%)							
	Puskesmas				Praktik Dokter			
	N	Ya	Tidak	OR (CI)	N	Ya	Tidak	OR (CI)
Umur								
<25 tahun	2.431	76,2	23,8	1	2.431	98,2	1,8	1
≥25–54 tahun	3.271	80,2	19,8	0,79 (0,69-0,89)***	3.271	97,7	2,3	1,30 (0,89-1,90)
≥55 tahun	1.426	79,0	21,0	0,85 (0,72-0,99)*	1.426	99,0	1,0	0,55 (0,30-1,01)*
Jenis kelamin								
Laki-laki	3.175	79,2	20,8	1	3.175	98,0	2,0	1
Perempuan	3.953	78,1	21,9	1,13 (24,9-75,3)	3.953	98,3	1,7	0,87 (0,62-1,23)
Pendidikan								
Tidak sekolah	2.656	73,8	26,2	1	2.656	98,2	1,8	1
Dasar	2.714	78,7	26,3	0,76 (0,67-0,86)***	2.714	98,0	2,0	1,16 (0,79-1,72)
Menengah	1.253	84,4	15,6	0,52 (0,43-0,62)***	1.253	98,5	1,5	0,85 (0,49-1,46)
Tinggi	505	89,1	10,9	0,34 (0,25-0,46)***	505	98,0	2,0	1,12 (0,56-2,23)
Status ekonomi								
Terbawah	1.787	67,2	32,8	1	1.787	98,6	1,4	1
Menengah bawah	1.511	73,1	26,9	0,75 (0,64-0,87)***	1.511	98,4	1,6	1,13 (1,14-1,54)
Menengah	1.236	80,6	19,4	0,49 (0,41-0,58)***	1.236	98,0	2,0	1,16 (0,79-1,72)
Menengah atas	1.227	87,3	12,7	0,29 (0,24-0,36)***	1.227	98,0	2,0	0,85 (0,49-1,46)
Teratas	1.367	90,0	10,0	0,22 (0,18-0,27)***	1.367	97,4	2,6	1,12 (0,91-2,27)*
Kategori penyakit								
Penyakit menular								
Ya	2.060	76,0	24,0	0,79 (0,69-0,89)***	2.060	98,0	2,0	0,80 (0,56-0,60)***
Tidak	5.068	80,0	20,0	1	5.068	98,3	1,7	1
Penyakit tidak menular								
Ya	1.659	82,6	17,4	1,38 (1,19-1,59)***	1.659	98,6	1,4	1,44 (0,91-2,27)***
Tidak	5.469	77,4	22,6	1	5.469	98,0	2,0	1
Waktu tempuh								
≤30 menit	5.975	78,2	21,8	1	5.975	97,2	2,8	1
>30 menit	1.135	80,6	19,4	0,86 (0,74-1,01)*	1.135	99,0	1,0	0,42 (0,29-0,60)***
Biaya transportasi								
≤10.000	5.776	85,0	15,0	1	5.776	97,0	3,0	1
>10.000–50.000	635	85,3	14,7	1,29 (1,07-1,56)**	635	98,1	1,9	0,63 (0,30-1,32)
>50.000–100.000	28	88,0	12,0	1,19 (0,50-2,81)	28	98,0	2,0	0,71 (0,17-2,95)
>100.000	689	73,1	26,9	0,51 (0,40-0,64)***	689	99,0	1,0	0,39 (0,27-0,58)***

Tipe lokasi								
Desa	2.747	88,2	11,8	2,83 (2,47-3,23)***	2.747	98,0	2,0	0,90 (0,63-1,28)
Kota	4.381	72,3	27,7	1	4.381	98,2	1,8	1
Kategori daerah								
Tertinggal	5.864	77,9	22,1	1	5.864	98,0	2,0	1
Perbatasan	444	79,7	20,3	0,89 (0,70-1,13)	444	100,0	0,0	1 (empty)
Kepulauan	349	86,0	14,0	0,57 (0,42-0,78)***	349	99,7	0,3	0,13 (0,19-0,97)*
Terpencil	471	81,5	18,5	0,79 (0,62-1,01)*	471	98,0	0,2	1,02 (0,53-1,97)***

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

Tabel 3. menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan rawat inap pada puskesmas dan praktik dokter. Umur memiliki pengaruh signifikan. Responden dengan kelompok usia kurang dari 25-54 tahun lebih banyak memanfaatkan fasilitas kesehatan. Jenis kelamin tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap pemanfaatan puskesmas maupun praktik dokter untuk layanan rawat inap. Status ekonomi mempengaruhi pemanfaatan layanan rawat inap di fasilitas kesehatan, pendidikan tinggi memiliki peluang 0,34 kali dalam memanfaatkan layanan rawat inap dibandingkan dengan pendidikan dasar. Responden penyakit tidak menular (hipertensi, jantung koroner, diabetes, kanker, hipertiroid, asma, gagal jantung dan stroke) memiliki kesempatan 1,38 kali lebih mungkin memanfaatkan puskesmas dan praktik dokter memiliki peluang 1,44 kali dibandingkan yang tidak memiliki riwayat penyakit tidak menular. Masyarakat dengan jarak tempuh lebih dari 30 menit memiliki peluang 0,86 kali dibandingkan mereka yang dengan jarak di bawah 30 menit. Demikian juga halnya dengan praktik dokter memiliki peluang 0,42 kali memanfaatkan praktik dokter.

Analisis Multivariat Pemanfaatan Layanan Puskesmas dan Praktik Dokter Wilayah DTPK-T di Indonesia

Berdasarkan uji multivariat menunjukkan status ekonomi memiliki pengaruh yang sangat besar dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan baik itu puskesmas maupun praktik dokter, hasil uji statistik menunjukkan hasil yang signifikan di mana proporsi masyarakat ekonomi bawah lebih banyak memanfaatkan puskesmas dibandingkan dokter praktik. Akses ke fasilitas baik puskesmas maupun praktik dokter memiliki pengaruh yang signifikan dengan biaya transport rata-rata <Rp10.000,-. Masyarakat yang berada di perkotaan lebih banyak memanfaatkan praktik dokter dibandingkan puskesmas, dengan nilai *p-value* (0,000) signifikan.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden berdasarkan kelompok Umur didominasi usia produktif 15.421 (43,5%), perempuan 19.846 (55,9%). Pemanfaatan fasilitas kesehatan lebih banyak puskesmas jika dibandingkan praktik dokter hal ini terutama pada masyarakat dengan ekonomi bawah (miskin)

di kawasan timur Indonesia, cenderung lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan pemerintah seperti puskesmas, puskesmas pembantu, Rumah Sakit pemerintah, sedangkan untuk daerah Jawa-Bali lebih banyak memilih pelayanan kesehatan swasta; praktik dokter dan Rumah Sakit Swasta⁵. Lokasi tempat tinggal responden 1.500 (71,4%) berada di pedesaan sedangkan di perkotaan 862 atau 28,6%. Hal ini menggambarkan bahwa mayoritas responden berada di pedesaan. Sebanyak 88% responden berada di Daerah Tertinggal, Perbatasan 5,8%, Kepulauan hanya 2,2%, dan Terpencil 4%.

Faktor Predisposising Pemanfaatan Puskesmas dan Praktik Dokter

Uji statistik menunjukkan semakin tua usia seseorang tingkat kebutuhan akan pelayanan kesehatan semakin meningkat, bahwa semakin tua usia seseorang semakin menurun status kesehatannya dan semakin muda kelompok usia semakin baik kesehatannya⁵. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan salah satunya variabel demografis dan umur, di mana semakin tua umur seseorang akan sangat berpengaruh terhadap *demand* pelayanan kesehatan khususnya yang bersifat kuratif^{6,7}.

Hasil penelitian menyebutkan jumlah responden perempuan lebih banyak dari laki-laki, bahwa usia wanita lebih lama daripada laki-laki, karena laki-laki memiliki tanggung jawab yang besar dalam mencari nafkah sehingga risiko terserang penyakit lebih besar (Jitapunkul et.al,2003; Fuch, 1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Laksono (2005), mengatakan jenis kelamin, secara teori menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi daripada laki-laki karena wanita mempunyai insidensi terhadap penyakit yang lebih besar dan angka kerja wanita lebih kecil dari laki-laki sehingga kesediaan meluangkan waktu untuk pelayanan kesehatan juga lebih besar⁶. Joko mariyono, dkk (2005) melakukan studi komprehensif menemukan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kaum wanita dan pria cukup kecil, bahkan kaum wanita mendapatkan proporsi yang lebih besar⁸.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa pendidikan mempunyai pengaruh dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan di mana nilai *p*=0,008 (<0,05) artinya kecenderungan masyarakat dengan pendidikan rendah, memiliki pendapatan rendah juga

dan akibatnya kelompok masyarakat tersebut akan mencari pertolongan yang murah dan terjangkau. Maka pilihan yang paling rasional untuk masyarakat golongan tersebut adalah puskesmas. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Rumengan dkk (2015) menunjukkan pendidikan tidak memiliki hubungan terhadap pemanfaatan puskesmas pada peserta BPJS di kota Manado hasil uji *Chi square* nilai $p > 0,059$. Tingkat pendidikan juga merupakan hal penting dalam menghadapi masalah, di mana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin banyak pengalaman hidup yang pernah dilaluinya, sehingga akan lebih matang dalam menghadapi masalah yang ada dan dapat mengambil langkah pemecahan masalah yang tepat (Tukimin, 1994). Penelitian lain yang dilakukan Ongko (1998) dan Tukimin (2001) mengatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin meningkat pula pengetahuannya sehingga informasi yang diperoleh lebih banyak, hal ini menunjukkan tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi permintaan atau kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka kebutuhan yang mendasar merupakan prioritas utama. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Tuni Arwani dkk, (2013), yang mengatakan tidak ada pengaruh antara pendidikan terhadap pemanfaatan pelayanan *antenatal* di Puskesmas Kota Bandung¹⁰.

Faktor *Enabling*

Hasil penelitian ini menggambarkan adanya pengaruh yang signifikan ($p < 0,05$) antara jarak tempuh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, di mana responden dengan waktu tempuh lebih dari 60 menit memiliki peluang 2,97 kali lebih kecil memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan responden dengan waktu tempuh kurang dari 15 menit. Situasi ini menggambarkan bahwa semakin dekat jarak tempuh ke fasilitas kesehatan maka peluang memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut semakin besar. Hal ini seiring dengan penelitian yang dalam Nikolson, 2003 mengatakan jarak fisik antara tempat tinggal responden dengan puskesmas memiliki pengaruh yang sangat besar dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan termasuk selera individu dalam pemilihan terhadap fasilitas kesehatan yang ada^{7,11}.

Berdasarkan hasil uji statistik bahwa biaya transportasi berpengaruh positif terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan, dimana masyarakat lebih banyak mengakses fasilitas kesehatan dengan biaya $< \text{Rp}10.000,00$. Samuleson & Nordhaus (1992) menyebutkan bahwa seseorang dalam usaha memenuhi kebutuhannya pertama kali yang akan dilakukan adalah pemilihan atas berbagai jasa dan barang yang dibutuhkan, kemudian melihat apakah harganya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, jika harganya tidak sesuai, maka ia akan memilih barang dan jasa yang sesuai dengan kemampuannya¹¹. Dalam konsep *choice and opportunity cost* hal ini tergambar bahwa masyarakat dengan ekonomi bawah (miskin) lebih

banyak memilih puskesmas dibandingkan dengan praktik dokter¹².

Penelitian ini menunjukkan status ekonomi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemilihan jenis fasilitas pelayanan kesehatan, di mana masyarakat dengan ekonomi bawah (miskin) lebih banyak memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan praktik dokter. Penelitian sebelumnya yang dilakukan Pujiyanto, (2011) mengatakan bahwa masyarakat kaya lebih banyak memanfaatkan layanan Rumah Sakit swasta dibandingkan Rumah Sakit pemerintah di mana persepsi masyarakat bahwa Rumah Sakit swasta memiliki karakteristik pelayanan yang lebih baik¹³ mengatakan bahwa 220 juta masyarakat India berada di bawah garis kemiskinan, namun kenyataannya *private sector* lebih maju dan banyak dimanfaatkan dibandingkan publik sector, hal ini karena 75,6% tenaga dokter berkualitas bekerja di *private sector*, dan kebanyakan tenaga paramedis yang bekerja di pedesaan dengan merangkap sebagai dokter menangani semua kasus medis, menggambarkan bahwa masyarakat di India dengan status ekonomi bawah lebih memilih pelayanan yang berkualitas dibandingkan biaya pelayanan¹⁴. Individu lebih mudah memanfaatkan pelayanan kesehatan apabila pelayanan yang diberikan bebas biaya atau gratis. Buruknya status ekonomi keluarga akan berdampak rendahnya derajat kesehatan dan kemandirian secara ekonomi, kondisi ini tentu akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, semakin tinggi pengeluaran per kapita maka semakin besar pula kemungkinan si individu untuk memilih dan mampu membayar pelayanan kesehatan modern dibandingkan pelayanan kesehatan tradisional. Hal ini berhubungan dengan biaya yang harus dikeluarkan ke dan di fasilitas pelayanan kesehatan¹⁵.

Need Factor (Clinical Diagnosis)

Faktor *need* adalah kondisi individu yang mencangkup keluhan sakit dan merupakan dasar serta stimulus langsung dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Komponen kebutuhan itu sendiri terdiri dari *perceived* (persepsi seseorang terhadap kesehatannya) dan *evaluated* (gejala dan diagnosis penyakit). *Need* atau kebutuhan adalah kuantitas barang atau pelayanan yang secara objektif dipandang terbaik untuk digunakan memperbaiki kondisi kesehatan pasien¹¹. Hasil penelitian ini menunjukkan individu yang didiagnosa oleh dokter menderita penyakit menular (ISPA, DIARE, TB paru, Malaria, Pneumonia, dan Hepatitis) memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan individu yang didiagnosa, namun tidak memanfaatkan layanan kesehatan, ada hubungan yang signifikan antara responden dengan persepsi sakit salah dan responden dengan persepsi sakit benar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan⁹.

Hasil penelitian menunjukkan responden yang didiagnosa menderita penyakit tidak menular seperti; asma, kanker, diabetes, penyakit hipertiroid, hipertensi, penyakit jantung koroner,

penyakit gagal jantung, penyakit ginjal, dan stroke, hanya 26% yang memanfaatkan fasilitas kesehatan. Hal ini karena individu menganggap kondisi tersebut masih bisa di atasi sendiri dengan berusaha mengobati diri sendiri dengan membeli obat di warung, minum jamu tradisional, atau melakukan pengobatan alternatif lainnya setelah penyakitnya parah baru memanfaatkan fasilitas kesehatan, penduduk yang mengeluh sakit dalam 1 bulan terakhir hanya 40% yang melakukan rawat jalan, 1% penduduk pernah di rawat inap dalam kurun waktu 1 tahun terakhir, kenyataan ini menunjukkan keputusan untuk mengobati sendiri keluhan kesehatannya masih dominan⁵. Perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan adalah respon individu terhadap penyakit yang diderita, respon tersebut dapat berupa mendatangi fasilitas layanan kesehatan seperti; Rumah Sakit, puskesmas, praktik dokter, atau balai pengobatan lainnya yang dianggap mampu mengatasi masalah kesehatannya, perilaku tersebut dipengaruhi oleh motif dan kepercayaannya ketika mereka berobat atas keluhan kesehatannya dan merasa telah mendapat kesembuhan¹⁸.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan puskesmas lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat di DTPK-T dibandingkan dokter praktik. Semakin tua usia seseorang maka besar peluang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, berdasarkan jenis kelamin perempuan (57,8%) lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan responden laki-laki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam pemilihan fasilitas pelayanan kesehatan. Akses masyarakat di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan, dan Terpencil (DTPK-T) ke fasilitas kesehatan rata-rata 15-30 menit, dan masyarakat yang akses tempuh >60 menit memiliki peluang 2,94 kali lebih kecil dibandingkan yang memiliki akses lebih dekat dengan sarana pelayanan kesehatan. Terdapat relevansi antara status ekonomi terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan di mana masyarakat dengan ekonomi bawah (miskin) lebih banyak menggunakan puskesmas sedangkan masyarakat dengan status ekonomi atas (kaya) lebih memilih ke praktik dokter. Responden yang didiagnosa oleh dokter karena penyakit menular lebih banyak menggunakan puskesmas dibandingkan dengan yang didiagnosa menderita penyakit tidak menular. Masyarakat pedesaan lebih banyak menggunakan layanan puskesmas, sedangkan masyarakat perkotaan lebih banyak memanfaatkan praktik dokter.

REFERENSI

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (litbangkes RI), *RIFASKES 2011*, Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2011.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (litbangkes RI), *RISKESDAS 2010*, Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2010.
3. World Health Organization, & Unicef. *Primary Health Care: A Joint Report*. 1978.
4. Bayer R (Ed.). *In Search of Equity: Health Needs and the Health Care System*. Springer Science & Business Media. 2012.
5. Sulistyorini & Purwanta. *Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta di Kabupaten Sleman*. Kesehatan Masyarakat Nasional. 2011. *Jurnal Kesmas*. 2011; 5 (4): Februari 2011.
6. Trisnantoro L. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gajah Mada University Press. 2004.
7. Andersen R, Newman JF, *Societal and Individual Determinants of Care Utilization in the United States*, 1973; 51 (1): 95-124.
8. Mariyono J, Kuntariningsih A, Suswati E. *Ketimpangan Jender dalam Akses Pelayanan Kesehatan Rumah Tangga Petani Pedesaan: Kasus Dua Desa di Kabupaten Tegal, Jawa Tengah*. *Soca (Socio-economic of Agriculture and Agribusiness)*, 2008; 8 (2).
9. Rumengan DS, Umboh JML, Kandou GD. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado*. *JIKMU*, 2015; 5 (2).
10. Arwiani T, Sekarwana N, Kusnadi D. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Puskesmas Kota Bandung Tahun 2013*, Thesis. Bandung: Universitas Padjadjaran Bandung. 2013.
11. Andikha. *Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah di Kabupaten Semarang*. Thesis. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro. 2010.
12. Samuelson & Nordhus. *Economic 11th Edition*, New York: Mc Grew Hill. 1997.
13. Pujiyanto. *The Demands for Outpatient Care in Private Hospital*, Thesis. Depok: Departemen Kebijakan Administrasi dan Pelayanan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. 2011.
14. De Costa A, Diwan V. "Where is the Public Health Sector?" *Public and Private Sector Healthcare Provision in Madhya Pradesh, India*. *Health Policy*, 2007; 84 (2-3): 269-76. doi:10.1016/j.healthpol.2007.04.004
15. Tjiptoherjanto. *Ekonomi Kesehatan*, Jakarta: Pusat Antar Universitas Indonesia. 1990.
16. Mills A, Lucy G. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-Negara Berkembang* (terjemahan), Jakarta: Dian Rakyat. 1990.
17. Tamher S, Noorkasiani. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. 2009.
18. Patouillard E, Goodman CA, Hanson KG, Mills AJ. *Can Working with the Private for-profit Sector Improve Utilization of Quality Health Services by the Poor? A Systematic Review of the Literature*. *International Journal for Equity in Health*, 2007; 6 (17). doi:10.1186/1475-9276-6-17