

Determinan Status Keikutsertaan dan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2017

Kukuh Septa P., Yaya Setiadi
Politeknik Statistika STIS, Jakarta
e-mail: setiadi@stis.ac.id

Abstrak—Provinsi Kalimantan Barat memiliki permasalahan terkait jaminan kesehatan yaitu persentase peserta yang paling rendah secara nasional dan pemanfaatan jaminan kesehatan yang lebih rendah dibandingkan rata-rata nasional, juga paling rendah di Pulau Kalimantan. Hal tersebut menunjukkan kebijakan pemerintah Provinsi Kalimantan Barat terkait jaminan kesehatan, tidak diimbangi dengan partisipasi masyarakatnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat gambaran umum dan variabel yang memengaruhi status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat beserta kecenderungannya. Pada penelitian ini digunakan data SUSENAS KOR Maret 2017 dengan sampel sebanyak 1.299 individu yang mengalami keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir, tidak mengobati sendiri, dan berumur 15 tahun ke atas, dan dianalisis menggunakan metode regresi logistik multinomial. Hasil dari analisis menunjukkan bahwa status keikutsertaan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat dipengaruhi tingkat pendidikan, status bekerja, tipologi daerah tempat tinggal, dan terganggunya kegiatan. Untuk status pemanfaatan jaminan kesehatan dipengaruhi oleh variabel yang sama kecuali variabel pendidikan pada kategori pendidikan dasar. Berdasarkan hasil tersebut, pemerintah harus lebih intensif lagi dalam sosialisasi jaminan kesehatan dan memperhatikan faktor yang mempengaruhi status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan sebagai dasar membuat kebijakan.

Kata kunci: *jaminan kesehatan, regresi logistik multinomial, Kalimantan Barat*

I. PENDAHULUAN

Sustainable Development Goals (SDGs) memiliki salah satu target yang harus dipenuhi yakni kesehatan yang baik dan kesejahteraan. Untuk mencapai tujuan SDGs yang terkait dengan menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua di segala usia, masih banyak target yang harus dicapai hingga tahun 2030 mendatang juga masih banyak hal yang harus dilakukan, di antaranya yaitu mengurangi rasio kematian ibu; mencegah kematian balita; mengakhiri *epidemic* AIDS, malaria, dan TBC; mengurangi kelahiran prematur; program perencanaan keluarga; penguatan dan pencegahan penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol; dan sederet panjang target lainnya yang berhubungan dengan pembangunan di bidang kesehatan (SDGs, 2016). Melalui pembangunan di bidang kesehatan diharapkan akan semakin meningkatkan taraf kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat secara memadai (Dinas Kesehatan, 2007).

Indonesia sudah mengambil langkah nyata dengan menggunakan jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat *mandatory* berdasarkan Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program jaminan kesehatan dijalankan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial, prinsip ekuitas dan sistemnya berupa sistem gotong royong di mana peserta mampu dan sehat akan membantu peserta yang miskin dan sakit (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan Statistik Kesejahteraan Rakyat tahun 2017, daerah dengan persentase penduduk yang memiliki (peserta) jaminan kesehatan terendah di Indonesia adalah Provinsi Kalimantan Barat yaitu sebesar 37,76 persen dari total penduduk. Sedangkan persentase penduduk yang memanfaatkan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 28,00 persen. Angka tersebut memiliki perbedaan yang cukup besar jika dibandingkan dengan provinsi lainnya di Pulau Kalimantan yaitu Kalimantan Tengah sebesar 46,96 persen, Kalimantan Selatan sebesar 46,50 persen, Kalimantan Timur sebesar 61,81 persen, dan Kalimantan Utara sebesar 57,80 persen. Oleh karena itu, peneliti tertarik

untuk melakukan analisis terhadap status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat.

Berdasarkan latar belakang penelitian, terdapat beberapa tujuan dalam penelitian ini, yaitu untuk melihat gambaran umum status keikutsertaan dan pemanfaatan Jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2017, mengetahui variabel-variabel yang memengaruhi status keikutsertaan dan pemanfaatan Jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2017, dan mengetahui kecenderungan dari masing-masing variabel yang memengaruhi keikutsertaan dan pemanfaatan Jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2017.

II. METODE PENELITIAN

2.1 Landasan Teori

Dalam memenuhi pelayanan kesehatan masyarakat terkait jaminan kesehatan Pemerintah Provinsi Kalimantan Barat menjalin kerja sama dengan seluruh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) di beberapa daerah, komitmen bersama ini merupakan kesepakatan bersama antara pemerintah dan instansi pemberi pelayanan publik agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik. Selain itu juga dilakukan akreditasi terhadap FKRTL terkait dengan tujuan yang sama yaitu untuk menjamin pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat. Mengenai permasalahan penduduk yang tidak mampu secara ekonomi, pemerintah Provinsi Kalimantan Barat mengambil langkah dengan menerbitkan Peraturan Gubernur Nomor 77 Tahun 2018 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi penduduk Kalimantan Barat telah mengatur bagaimana mekanisme penjaminan penduduk kurang mampu yang belum sama sekali terdaftar dalam program jaminan kesehatan di mana ada proporsi pembiayaan terbagi antara pemerintah provinsi dan pemerintah Kabupaten/Kota.

2.2 Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2018 dengan memanfaatkan data sekunder, yaitu data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2017 bulan Maret. Susenas merupakan survei yang dirancang untuk mengumpulkan data sosial kependudukan yang relatif luas. Data Susenas 2017 menyediakan karakteristik individu dan rumah tangga yang memungkinkan peneliti memperoleh variabel-variabel yang akan digunakan dalam penyusunan skripsi ini. Susenas 2017 diselenggarakan di seluruh provinsi di Indonesia dengan sampel rumah tangga.

Dari hasil Susenas Maret 2017 diambil data Provinsi Kalimantan Barat dengan pendekatan individu. Selanjutnya dipilih individu yang mengalami keluhan kesehatan sebulan terakhir, tidak mengobati sendiri, dan berumur 15 tahun ke atas sebagai unit analisis, sehingga didapatkan sebanyak 1.299 individu yang menjadi sampel dalam penelitian.

Variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari variabel respons dan variabel prediktor. Variabel respons yaitu status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan yang terdiri dari tiga kategori yaitu peserta berobat langsung, peserta memanfaatkan jamkes, dan bukan peserta. Sedangkan variabel prediktor terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, status bekerja, tipologi daerah tempat tinggal, akses internet, dan terganggu kegiatan.

2.3. Metode Analisis

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dan analisis inferensia. Analisis deskriptif ditujukan untuk melihat gambaran umum status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat, sedangkan analisis inferensia dengan menggunakan regresi logistik multinomial digunakan untuk melihat pengaruh dan kecenderungan variabel-variabel prediktor terhadap status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat.

Agresti (2002) mengatakan bahwa dalam analisis regresi logistik multinomial, terdapat beberapa tahapan yang harus dilakukan sebagai berikut:

- Uji kesesuaian model
- Uji parameter secara simultan
- Uji parameter secara parsial
- Estimasi *odds ratio*

Berikut model regresi logistik multinomial yang digunakan pada penelitian ini dengan p variabel prediktor dan variabel kategori ke- m (Hosmer, 2000):

$$g_j(x) = \beta_{j0} + \beta_{j1}x_1 + \dots + \sum_{v=1}^{h_m-1} \beta_{jmv} D_{jmv} + \dots + \beta_{jp}x_p \quad (1)$$

Tabel 1. Pengkategorian Variabel Penelitian

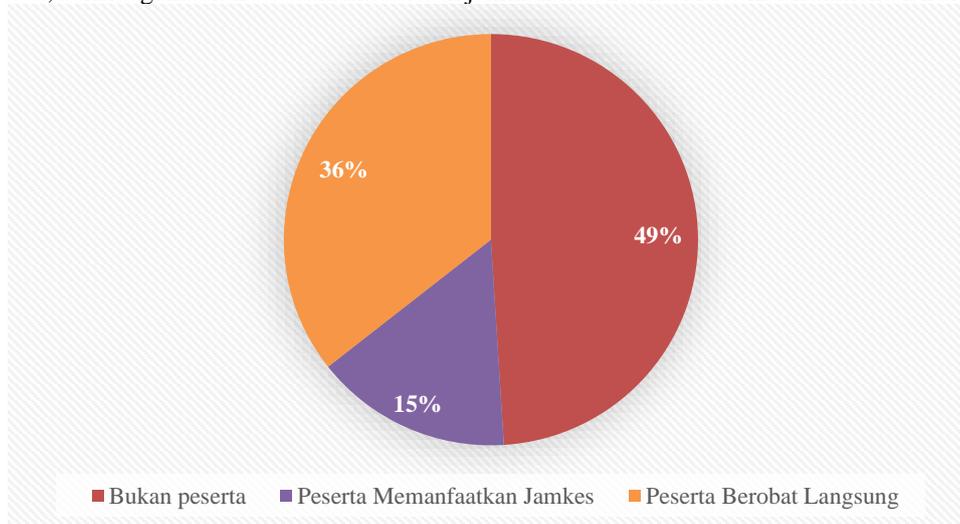
Variabel	Nama Variabel	Kategori	Variabel <i>Dummy</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
Y	Status Keikutsertaan dan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan	1 = Peserta Berobat Langsung	g_1
		2 = Peserta Memanfaatkan Jamkes	g_2
		3 = Bukan Peserta*	-
X ₁	Jenis Kelamin	1 = Laki – laki	D_1
		2 = Perempuan*	-
X ₂	Tingkat Pendidikan	1 = Pendidikan Tinggi	D_{21}
		2 = Pendidikan Menengah	D_{22}
		3 = Pendidikan Dasar	D_{23}
		4 = Tidak/Belum Berpendidikan*	-
X ₃	Status Bekerja	1 = Bekerja	D_3
		2 = Tidak Bekerja*	-
X ₄	Tipologi Daerah	1 = Kota	D_4
		2 = Desa*	-
X ₅	Akses Internet	1 = Mengakses	D_5
		2 = Tidak Mengakses*	-
X ₆	Terganggu Kegiatan	1 = Terganggu	D_6
		2 = Tidak Terganggu*	-

*Kategori referensi

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Gambaran Umum Status Keikutsertaan dan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2017

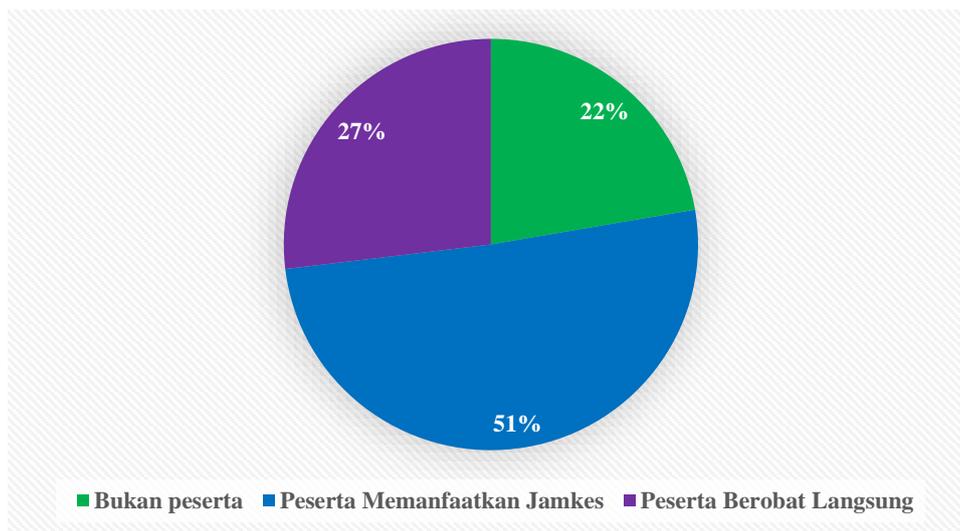
Untuk melihat gambaran umum status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat, pada penelitian ini digunakan data Susenas KOR Maret 2017 sebagai sampel. Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu yang mengalami keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir, tidak mengobati sendiri, dan berumur 15 tahun ke atas. Didapatkan 1.299 individu yang menjadi sampel pada penelitian kali ini. Berdasarkan data tersebut, berikut gambaran status keikutsertaan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2017.



Sumber: SUSENAS KOR Maret 2017 (data diolah)

Gambar 1. Persentase status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017

Berdasarkan Gambar 1 dapat dilihat bahwa di Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2017 persentase individu yang merupakan peserta berobat langsung sebesar 36 persen, peserta memanfaatkan jamkes sebesar 15 persen, selanjutnya individu yang bukan merupakan peserta jaminan kesehatan sebesar 49 persen. Hal ini menunjukkan bahwa masih sangat banyak penduduk Provinsi Kalimantan Barat yang belum menjadi peserta jaminan kesehatan dan penduduk yang memiliki jaminan kesehatan sedikit pula yang memanfaatkan fasilitas tersebut dengan maksimal. dari segi cakupan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat masih perlu ditingkatkan kembali, mengingat sebagian besar individu bukan merupakan peserta jaminan kesehatan. Selain itu, persentase peserta berobat langsung lebih besar dari peserta memanfaatkan jamkes. Hal tersebut menunjukkan masyarakat Provinsi Kalimantan Barat masih belum memanfaatkan jaminan kesehatan yang dimilikinya dengan maksimal.



Sumber: SUSENAS KOR Maret 2017 (data diolah)

Gambar 2. Persentase Status Pemanfaatan Jaminan Kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2017

Disisi lain, berdasarkan gambar 2. dapat kita lihat bahwa secara nasional persentase peserta yang berobat langsung sebesar 27 persen, peserta memanfaatkan jamkes sebesar 51 persen, dan individu yang bukan merupakan peserta sebesar 22 persen. Persentase peserta memanfaatkan jamkes jauh lebih besar dibanding peserta berobat langsung dan bukan peserta. Kondisi tersebut sangat berbeda dengan Provinsi Kalimantan Barat di mana persentase individu yang memiliki jaminan kesehatan dan memanfaatkan jaminan kesehatan (dilihat dari persentase peserta berobat langsung dan peserta memanfaatkan jamkes) lebih rendah dibanding persentase secara nasional. Oleh karena itu, akan lebih baik jika pemerintah Provinsi Kalimantan Barat melakukan usaha lebih dalam sosialisasi jaminan kesehatan.

3.2 Variabel-variabel yang Memengaruhi Pemanfaatan Jaminan Kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2017

Setelah melakukan analisis deskriptif, dilakukan analisis inferensia untuk dapat menarik kesimpulan pada tingkat populasi. Metode inferensia yang digunakan dalam penelitian ini ialah regresi logistik multinomial untuk peubah nominal. Langkah pertama yang dilakukan adalah menguji parameter secara simultan atau serentak.

Tabel 2. Model fitting information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Test		
	- 2 log likelihood	Chi-Square	db	p-value
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Intercept Only	678.035	-	-	-
Final	591.689	86.346	16	0,000

Uji signifikansi parameter secara simultan dilakukan dengan membandingkan nilai $-2 \log \text{likelihood}$ antara model dengan variabel prediktor dan model tanpa variabel prediktor (*Likelihood Ratio Test*). Berdasarkan tabel 2, bisa kita lihat pada *Likelihood Ratio Test* menunjukkan bahwa $p\text{-value} < 0,05$ yang menghasilkan keputusan tolak H_0 yang berarti terdapat minimal satu variabel prediktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017. Dengan demikian, tahapan selanjutnya adalah menguji parameter secara parsial yaitu dengan memperlihatkan pengaruh dari masing-masing variabel prediktor terhadap variabel repons.

Langkah selanjutnya ialah melakukan uji parsial untuk mengetahui pengaruh masing-masing peubah penjelas terhadap peubah repons. Uji yang digunakan adalah uji Wald dengan membandingkan statistik Wald dengan nilai $X^2_{(0,05;1)} = 3,841$ atau dengan membandingkan nilai $p\text{-value}$ parameter dengan taraf signifikansi model (0,05). Apabila statistik Wald yang dihasilkan lebih besar dari 3,841 atau nilai $p\text{-value} < 0,05$ maka keputusan yang dihasilkan adalah tolak H_0 .

Tabel 3. Penduga parameter, statistik Wald, $p\text{-value}$, dan $odds\ ratio$

Nama Variabel	Kategori	$\hat{\beta}$	Statistik Wald	$p\text{-value}$	$Odds\ Ratio$
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Peserta Berobat Langsung					
<i>Intercept</i>		-0.553	11.941	0,001	-
Jenis Kelamin	Laki-laki	0.121	0.854	0.356	1.129
	Perempuan (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Tingkat Pendidikan	Pendidikan Tinggi	1.033	28.267	0,000*	2.809
	Pendidikan Menengah	0.684	11.093	0,001*	1.982
	Pendidikan Dasar	0.395	7.693	0,006*	1.485
	Tidak/Belum Berpendidikan (<i>ref</i>)	-	-	-	-

Tabel 4. Penduga parameter, statistik Wald, $p\text{-value}$, dan $odds\ ratio$ (lanjutan)

Nama Variabel	Kategori	$\hat{\beta}$	Statistik Wald	$p\text{-value}$	$Odds\ Ratio$
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Status Bekerja	Bekerja	0.408	8.434	0,010*	1.504
	Tidak Bekerja (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Tipologi Daerah	Kota	0.344	7.666	0,017*	1.410
	Desa (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Akses Internet	Mengakses	0,092	0,456	0,065	1,096
	Tidak Mengakses(<i>ref</i>)	-	-	-	-
Terganggu Kegiatan	Terganggu	0,284	4,927	0,026*	1,328
	Tidak Terganggu (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Peserta Memanfaatkan Jamkes					
<i>Intercept</i>		-1,467	45,131	0,000*	
Jenis Kelamin	Laki-laki	0,105	0,368	0,544	1,110
	Perempuan (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Tingkat Pendidikan	Pendidikan Tinggi	1,388	28,391	0,000*	4,005
	Pendidikan Menengah	0,959	14,036	0,000*	2,608
	Pendidikan Dasar	0,129	0,430	0,512	1,138
	Tidak/Belum Berpendidikan (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Status Bekerja	Bekerja	0,304	5,030	0,019*	1,355
	Tidak Bekerja (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Tipologi Daerah	Kota	0,302	5,018	0,019*	1,353
	Desa (<i>ref</i>)	-	-	-	-
Akses Internet	Mengakses	0,101	0,169	0,681	1,106
	Tidak Mengakses(<i>ref</i>)	-	-	-	-
Terganggu Kegiatan	Terganggu	0,403	8,353	0,042*	1,497
	Tidak Terganggu (<i>ref</i>)	-	-	-	-

*Keterangan: Signifikan pada $\alpha = 0,05$

Berdasarkan hasil estimasi parameter, pada persamaan peserta berobat langsung dibanding bukan peserta (g_1) terdapat enam variabel *dummy* yang memengaruhi pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017. Variabel-variabel yang memengaruhi antara lain tingkat pendidikan kategori pendidikan tinggi (D_{21}), tingkat pendidikan kategori pendidikan menengah (D_{22}), tingkat pendidikan kategori pendidikan Dasar (D_{23}), status bekerja (D_3), tipologi daerah tempat tinggal (D_4), dan terganggu kegiatan (D_6).

Sedangkan pada persamaan peserta memanfaatkan jamkes dibanding bukan peserta (g_2) terdapat lima variabel *dummy* yang memengaruhi pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017. Variabel-variabel yang memengaruhi antara lain tingkat pendidikan kategori pendidikan tinggi (D_{21}), tingkat pendidikan kategori pendidikan menengah (D_{22}), status bekerja (D_3), tipologi daerah tempat tinggal (D_4), dan terganggu kegiatan (D_6).

Sehingga dua persamaan logit yang terbentuk bisa dituliskan sebagai berikut:

- Persamaan logit pertama (kategori peserta berobat langsung)

$$\hat{g}_1(x) = -0,553 + 0,121D_1 + 1,033D_{21}^* + 0,684D_{22}^* + 0,395D_{23}^* + 0,408D_3^* + 0,344D_4^* + 0,092D_5 + 0,284D_6^*$$
- Persamaan logit kedua (kategori peserta memanfaatkan jamkes)

$$\hat{g}_2(x) = -1,467 + 0,105D_1 + 1,388D_{21}^* + 0,959D_{22}^* + 0,129D_{23} + 0,304D_3^* + 0,302D_4^* + 0,101D_5 + 0,403D_6^*$$

Setelah memperoleh model, langkah selanjutnya ialah menguji kesesuaian model dengan uji *Pearson Chi-squared* dan *Deviance*. Berikut merupakan statistik uji yang digunakan:

Tabel 5. *Goodness of Fit Test*

Uji	Chi-Square	db	p-value
(1)	(2)	(3)	(4)
<i>Pearson</i>	192,503	192	0,165
<i>Deviance</i>	217,342	192	0,104

Berdasarkan Tabel 5 baik uji *Pearson* maupun *Deviance* menunjukkan *p-value* > 0,05. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa model yang dihasilkan melalui regresi logistik multinomial sesuai dengan data dan dapat digunakan untuk memodelkan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017.

3.3 *Kecenderungan Variabel-variabel yang Memengaruhi Pemanfaatan Jaminan Kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2017*

Berdasarkan nilai pada uji Wald dan *p-value*, dapat diketahui variabel prediktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017. Sedangkan nilai estimasi *odds ratio* dapat digunakan untuk mengetahui besarnya kecenderungan dari variabel prediktor terhadap pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017.

1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dibagi menjadi dua kategori yaitu laki-laki (D_1) dan perempuan sebagai kategori referensi. Variabel jenis kelamin tidak signifikan secara statistik baik pada persamaan logit pertama (g_1) maupun persamaan logit kedua (g_2). Hasil inferensia tersebut sesuai dengan analisis deskriptif pada bahasan sebelumnya, di mana hal tersebut dapat dikarenakan hampir tidak ada perbedaan antara laki-laki maupun perempuan dalam hal kebutuhan dan akses layanan kesehatan.

2. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan individu dibagi menjadi empat kategori yaitu kategori pendidikan tinggi (D_{21}), kategori pendidikan menengah (D_{22}), kategori pendidikan Dasar (D_{23}), dan tidak/belum berpendidikan sebagai kategori referensi. Pada variabel tingkat pendidikan semua kategori (selain referensi) signifikan secara statistik baik pada persamaan logit pertama, namun pada persamaan logit kedua kategori pendidikan dasar tidak signifikan. Nilai *odds ratio* variabel tingkat pendidikan pada persamaan logit pertama yaitu 2,809 untuk kategori pendidikan tinggi, 1,982 untuk kategori pendidikan menengah, dan 1,123 untuk kategori pendidikan dasar. Dapat dilihat bahwa semakin meningkat pendidikan semakin meningkat pula kecenderungan individu untuk menjadi peserta (memiliki) jaminan kesehatan. Misal nilai *odds ratio* kategori pendidikan tinggi mengartikan bahwa individu dengan pendidikan tinggi

memiliki kecenderungan 2,809 kali untuk mendaftar sebagai peserta jaminan kesehatan dibanding individu yang tidak/belum berpendidikan.

Hasil interpretasi dari persamaan logit pertama menunjukkan bahwa pendidikan cukup berpengaruh terhadap kecenderungan individu untuk menjadi peserta jaminan kesehatan. Pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula kepedulian terhadap kesehatan diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan dan meningkat pula kemampuan dalam mendapat informasi.

Pada persamaan logit kedua nilai *odds ratio* dari variabel tingkat pendidikan adalah 4,005 untuk kategori pendidikan tinggi, 2,608 untuk kategori pendidikan menengah. Hampir sama dengan persamaan logit pertama, pada persamaan logit kedua juga menunjukkan bahwa semakin meningkatnya pendidikan akan meningkatkan kecenderungan individu untuk menjadi peserta dan memanfaatkan jaminan kesehatan, namun pada kategori pendidikan dasar tidak signifikan bisa saja karena individu dengan pendidikan dasar belum memiliki pengetahuan yang cukup agar bisa memanfaatkan jaminan kesehatan dengan maksimal. Nilai *odds ratio* pada kategori pendidikan tinggi menunjukkan bahwa individu dengan pendidikan tinggi memiliki kecenderungan 4,005 kali untuk menjadi peserta dan memanfaatkan jaminan kesehatan dibanding individu yang tidak/belum berpendidikan.

3. Status Bekerja

Status bekerja dibagi menjadi dua kategori yaitu bekerja (D_3) dan tidak bekerja sebagai kategori referensi. Variabel status bekerja signifikan secara statistik baik pada persamaan logit pertama maupun persamaan logit kedua. Nilai *odds ratio* variabel status bekerja pada persamaan logit pertama yaitu 1,504 yang dapat diartikan kecenderungan individu yang bekerja untuk menjadi peserta jaminan kesehatan 1,504 kali dibandingkan individu yang tidak bekerja. Hasil interpretasi pada persamaan logit pertama menunjukkan bahwa status bekerja mempengaruhi individu untuk mendaftar sebagai peserta jaminan kesehatan. Sesuai dengan teori Anderson (1979) mengemukakan bahwa faktor *predisposing* merupakan salah satu faktor yang memengaruhi pelayanan kesehatan, di mana pekerjaan merupakan variabel yang terkandung dalam faktor tersebut. Jika seseorang berstatus bekerja maka akan lebih memperhatikan kesehatannya salah satunya dengan menjadi peserta jaminan kesehatan agar lebih terjamin dari segi biaya dan mendapat pelayanan yang maksimal. Bagi seseorang yang bekerja kesehatan merupakan aset yang penting dan investasi yang sangat penting.

Pada persamaan logit kedua, nilai *odds ratio* dari variabel status bekerja adalah 1,355 yang dapat diartikan kecenderungan individu yang bekerja untuk menjadi peserta dan memanfaatkan jaminan kesehatan 1,355 kali dibandingkan individu yang tidak bekerja. Hasil interpretasi dari persamaan logit kedua menunjukkan bahwa pendidikan cukup berpengaruh terhadap kecenderungan individu untuk menjadi peserta dan memanfaatkan jaminan kesehatan. Akses dalam memanfaatkan jaminan kesehatan akan lebih mudah didapatkan apabila seseorang berstatus bekerja khususnya sebagai pegawai baik di instansi pemerintah maupun swasta di mana fasilitas perkantoran dilengkapi oleh unit pelayanan kesehatan, sehingga akan lebih mudah dan cepat dalam memanfaatkan jaminan kesehatan. Pernyataan tersebut didukung hasil penelitian Oktarina (2010) dalam menganalisis hubungan antara pekerjaan dengan penggunaan pelayanan kesehatan menemukan bahwa adanya perbedaan proporsi penggunaan pelayanan kesehatan.

4. Tipologi Daerah Tempat Tinggal

Tipologi daerah tempat tinggal dibagi menjadi dua kategori yaitu Kota (D_4) dan desa sebagai kategori referensi. Variabel tipologi daerah tempat tinggal signifikan secara statistik baik pada persamaan logit pertama maupun persamaan logit kedua. Nilai *odds ratio* variabel tipologi daerah tempat tinggal pada persamaan logit pertama yaitu 1,410 yang dapat diartikan kecenderungan individu yang tinggal di kota untuk menjadi peserta jaminan kesehatan 1,410 kali dibandingkan individu yang tinggal di desa.

Pada persamaan logit kedua, nilai *odds ratio* dari variabel tipologi daerah tempat tinggal adalah 1,353 yang dapat diartikan kecenderungan individu yang tinggal di kota untuk menjadi peserta dan memanfaatkan jaminan kesehatan 1,353 kali dibandingkan individu yang tinggal di desa

5. Akses Internet

Variabel akses internet dibagi menjadi dua kategori yaitu mengakses (D_5) dan tidak mengakses sebagai kategori referensi. Variabel akses internet tidak signifikan secara statistik baik pada persamaan logit pertama maupun persamaan logit kedua. Hasil ini tidak sesuai dengan pernyataan Notoadmodjo (2010) yaitu informasi yang diperoleh seseorang tentang suatu pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung suatu kondisi layanan kesehatan menyebabkan wajib tersedia bagi individu, sehingga semakin banyak informasi yang diberikan dengan jelas melalui tenaga-tenaga yang dipercaya akan meningkatkan penggunaan jaminan kesehatan yang disediakan. Hal tersebut dapat dikarenakan akses internet dalam hal ini tidak digunakan untuk mencari informasi mengenai pelayanan kesehatan atau masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta yang masih belum maksimal dalam

memanfaatkan internet sebagai media informasi maupun pelayanan. Selain itu media informasi yang ada bukan hanya internet saja, masih banyak media lain seperti televisi, surat kabar, dan sebagainya.

6. Terganggu Kegiatan

Variabel terganggu kegiatan dibagi menjadi dua kategori yaitu terganggu (D_6) dan tidak terganggu sebagai kategori referensi. Variabel terganggu kegiatan signifikan secara statistik baik pada persamaan logit pertama maupun persamaan logit kedua. Nilai *odds ratio* variabel terganggu kegiatan pada persamaan logit pertama yaitu 1,328 yang dapat diartikan kecenderungan individu yang mengalami gangguan kegiatan untuk menjadi peserta jaminan kesehatan 1,328 kali dibandingkan individu yang tidak mengalami gangguan kegiatan karena sakit.

Pada persamaan logit kedua, nilai *odds ratio* dari variabel terganggu kegiatan adalah 1,497 yang dapat diartikan kecenderungan individu yang terganggu kegiatannya untuk menjadi peserta dan memanfaatkan jaminan kesehatan 1,497 kali dibandingkan individu yang tidak mengalami gangguan kegiatan karena sakit. Sejalan dengan hasil persamaan logit pertama, pada persamaan logit kedua menunjukkan individu yang mengalami gangguan kegiatan cenderung memanfaatkan jaminan kesehatan. Tentunya dikarenakan fasilitas berupa jaminan kesehatan yang dimiliki memang ditujukan untuk dimanfaatkan agar menghemat biaya perawatan dan mendapat pelayanan kesehatan yang lebih baik. Selain itu, Lewin (1954) dalam Notoadmojo (1984) menyatakan bahwa tindakan seseorang untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong oleh seberapa serius penyakit yang dideritanya.

IV. SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

1. Berdasarkan gambaran status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2017, persentase status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat masih di bawah persentase secara nasional terutama untuk pemanfaatan jaminan kesehatan di mana persentase peserta yang memanfaatkan jaminan kesehatan saat mengalami keluhan kesehatan lebih kecil dibandingkan persentase peserta yang tidak memanfaatkan.
2. Variabel yang memengaruhi keikutsertaan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat adalah tingkat pendidikan, status bekerja, tipologi daerah tempat tinggal, dan terganggu kegiatan. Variabel yang memengaruhi pemanfaatan jaminan kesehatan hampir sama, hanya terdapat perbedaan pada variabel tingkat pendidikan pada kategori pendidikan dasar yang tidak signifikan.
3. Individu di Provinsi Kalimantan Barat yang memiliki kecenderungan paling besar untuk menjadi peserta jaminan kesehatan adalah individu dengan pendidikan tinggi, dan semakin meningkatnya pendidikan meningkat pula kecenderungannya. Hal tersebut juga berlaku untuk kecenderungan memanfaatkan jaminan kesehatan.

SARAN

1. Perlunya perhatian lebih dari pemerintah daerah terkait kondisi status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat, hal tersebut dapat dilakukan dengan mengevaluasi kebijakan yang sudah ada dan melakukan sosialisasi dengan lebih intensif sesuai perkembangan teknologi informasi, misal menggunakan iklan layanan masyarakat.
2. Pemerintah Pemerintah perlu memperhatikan variabel-variabel yang memengaruhi status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat, terutama pendidikan yang merupakan variabel dengan pengaruh paling besar.
3. Untuk penelitian berikutnya, agar dapat meneliti pengaruh variabel pada level wilayah (daerah) baik dengan metode regresi multilevel atau spasial. Variabel level wilayah yang dimaksud misalnya jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas, praktik dokter, dll), fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (rumah sakit daerah, rumah sakit swasta, dll), jumlah tenaga medis dan variabel lain yang memengaruhi status keikutsertaan dan pemanfaatan jaminan kesehatan pada level wilayah.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Anderson, James. (1979). *Public Policy Making (Second edition)*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- [2] Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis (2nd ed)*. New York: John Wiley & Sons.
- [3] Badan Pusat Statistik (2017). *Buku 4 Konsep dan Definisi SUSENAS Tahun 2017*. Jakarta
- [4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Diunduh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf> pada tanggal 14 Desember 2018.
- [5] Hosmer, D & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. Canada: John Wiley and Sons, Inc.
- [6] Peraturan Menteri Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- [7] Zschock, D. K. (2009). *Health Care Financing In Developing Countries*. Washington: International Health Program.
- [8] Oktarina Sri. (2010). *Studi Pemanfaatan Rawat Jalan di Institusi Pelayanan Kesehatan Kabupaten Dharmasraya dan Kota Sawah Lunto Prov Sumatera Barat (Analisis Lanjutan Susenas 2007 dan Riskesdas 2007)*. [Tesis]. Depok: Universitas Indonesia.