



LAPORAN PENELITIAN SMERU NO. 1/2023

# KAJIAN DAMPAK BANTUAN IURAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN TERHADAP MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU

Nurmala Selly Saputri, Sri Murniati

LAPORAN PENELITIAN SMERU NO. 1/2023

# KAJIAN DAMPAK BANTUAN IURAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN TERHADAP MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU

Nurmala Selly Saputri

Sri Murniati

**Editor**

Gunardi Handoko

The SMERU Research Institute

Desember 2023

# Kajian Dampak Bantuan Iuran Program Jaminan Kesehatan terhadap Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

Penulis: Nurmala Selly Saputri, Sri Murniati

Editor: Gunardi Handoko

Foto Sampul: SMERU

Diterbitkan oleh:

The SMERU Research Institute

Jl. Cikini Raya No. 10A

Jakarta 10330

Indonesia

Saran sitasi:

Saputri, Nurmala Selly dan Sri Murniati (2023) 'Kajian Dampak Bantuan Iuran Program Jaminan Kesehatan terhadap Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu.' Laporan Penelitian SMERU No. 1/2023. Jakarta: The SMERU Research Institute.

Untuk versi digital, tambahkan:

<URL> [tanggal akses].



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial 4.0 Internasional.

Konten SMERU dapat disalin atau disebarluaskan untuk tujuan nonkomersial sejauh dilakukan dengan menyebutkan The SMERU Research Institute sebagai sumbernya. Jika tidak ada kesepakatan secara kelembagaan, format PDF publikasi SMERU tidak boleh diunggah dalam jaringan (daring) dan konten daring hanya bisa dipublikasikan melalui tautan ke situs web SMERU.

Temuan, pandangan, dan interpretasi dalam laporan ini merupakan tanggung jawab penulis dan tidak berhubungan dengan atau mewakili lembaga-lembaga yang mendanai kegiatan dan pelaporan The SMERU Research Institute.

Studi dalam publikasi ini sebagian besar menggunakan metode wawancara dan diskusi kelompok terfokus. Semua informasi terkait direkam dan disimpan di kantor SMERU.

Untuk mendapatkan informasi mengenai publikasi SMERU, hubungi kami melalui nomor telepon 62-21-31936336, nomor faks 62-21-31930850, atau alamat surel [smeru@smeru.or.id](mailto:smeru@smeru.or.id); atau kunjungi situs web [www.smeru.or.id](http://www.smeru.or.id).

# Tim Peneliti

## **Peneliti**

Nurmala Selly Saputri

Sri Murniati

## **Penasihat**

Athia Yumna

Asep Suryahadi

# Ucapan Terima Kasih

Laporan ini merupakan hasil akhir penelitian SMERU yang mendapat dukungan penuh dari Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Pembangunan Nasional (Kementerian PPN/Bappenas). Tim peneliti berterima kasih kepada berbagai pemangku kepentingan, baik pada tingkat nasional maupun lokal, atas bantuan yang sangat berharga selama berlangsungnya penelitian ini (tahap persiapan, pengumpulan data, analisis, dan diseminasi hasil penelitian hingga finalisasi laporan). Kemudian, kami berterima kasih kepada Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta atas informasi dan dukungan yang diberikan. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada para responden atas kesediaan mereka meluangkan waktu untuk terlibat dalam penelitian ini; kontribusi mereka amatlah besar. Terakhir, kami juga mengucapkan terima kasih kepada editor mitra SMERU, Hari Muryanto, yang telah membantu penyuntingan laporan ini.

# Abstrak

## Kajian Dampak Bantuan Iuran Program Jaminan Kesehatan terhadap Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

Nurmala Selly Saputri, Sri Murniati

Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS/JKN) yang telah dilaksanakan selama tujuh tahun terakhir perlu dievaluasi untuk melihat keberlanjutannya, terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Penelitian ini bertujuan mengukur dampak kepesertaan Program JKN terhadap pemanfaatan layanan kesehatan dan proteksi finansial khusus bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Studi ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang didukung data kualitatif dari wawancara mendalam terbatas. Data kuantitatif berasal dari Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas) 2011–2020 dan Pendataan Potensi Desa (Podes) 2011–2020. Analisis utama untuk mengevaluasi dampak JKN terhadap pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat miskin dilakukan dengan menggunakan Matched Difference in Differences. Sementara itu, analisis mengenai proteksi finansial yang melihat hubungan antara kepesertaan JKN masyarakat miskin dan *out-of-pocket* (OOP) payment dilakukan dengan menggunakan Two-Part Models. Hasil analisis menunjukkan adanya dampak positif dan signifikan Program JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan (2,5%; 95% *confidence interval*/CI: 2,0%–3,0%) dan rawat inap (2,4%; 95% CI: 2,2%–2,7%). Dampak terbesar berada pada probabilitas pemanfaatan rawat jalan di wilayah Maluku-Papua (8,9%; 95% CI: 7,2%–10,6%). Untuk proteksi finansial, kepesertaan Program JKN pada rumah tangga miskin berasosiasi dengan berkurangnya beban OOP sebesar 23% (95% CI: -41% hingga -5%). Program JKN diketahui memiliki manfaat positif bagi pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat miskin dan tidak mampu. Untuk memaksimalkan upaya kesehatan bagi lapisan masyarakat tersebut, kepesertaan JKN harus terus diperluas hingga Indonesia mencapai cakupan kesehatan semesta.

Kata kunci: JKN, pemanfaatan layanan rawat jalan, pemanfaatan layanan rawat inap, *out-of-pocket* (OOP) payment

# Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih	i
Abstrak	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	iv
Daftar Gambar	iv
Daftar Lampiran	v
Daftar Singkatan dan Akronim	vi
Rangkuman Eksekutif	viii
I. Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah dan Tujuan	3
1.3 Keluaran	3
II. Tinjauan Pustaka	4
2.1 Landasan Teori	4
2.2 Akses ke Faskes	5
III. Metodologi Penelitian	7
3.1 Pendekatan Kuantitatif	7
3.2 Metode Kualitatif	14
IV. Hasil dan Analisis Kajian	16
4.1 Kepesertaan Program Asuransi Kesehatan Sosial pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu	16
4.2 Pemanfaatan Layanan Kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap	19
4.3 OOP pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu	27
4.4 Analisis Uji Ketegaran	31
V. Diskusi	32
5.1 Berbagai Kendala dalam Upaya Perluasan Kepesertaan JKN-PBI	32
5.2 Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap pada Masyarakat Miskin yang Tergabung dalam Program JKN	34
5.3 Berkurangnya OOP pada Masyarakat Miskin yang Tergabung dalam Program JKN	36
VI. Penutup	39
6.1 Kesimpulan	39
6.2 Rekomendasi	40
Daftar Acuan	41
Lampiran	48

# Daftar Tabel

- Tabel 1. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Rumah Tangga Miskin (%) | 16
- Tabel 2. Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan (%) | 20
- Tabel 3. Pemanfaatan Layanan Rawat Inap Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan (%) | 22

# Daftar Gambar

- Gambar 1. Kubus Tiga Dimensi UHC | 4
- Gambar 2. Lima Dimensi yang Memengaruhi Keputusan Masyarakat untuk Mengakses Faskes | 6
- Gambar 3. Pembagian Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol | 9
- Gambar 4. Tren Rawat Inap (A) dan Rawat Jalan (B) 2009–2014 | 13
- Gambar 5. Distribusi Responden Wawancara Mendalam | 15
- Gambar 6. Kepesertaan JKN-PBI/Jamkesda Rumah Tangga Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Wilayah (Kiri) dan Area Tinggal (Kanan) | 17
- Gambar 7. Kepesertaan JKN-PBI/Jamkesda Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Jenis Kelamin Kepala Rumah Tangga | 18
- Gambar 8. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Usia | 18
- Gambar 9. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan di Faskes pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu | 20
- Gambar 10. Jumlah Faskes Mitra BPJS Kesehatan di Wilayah Maluku-Papua pada Periode 2015–2019 | 21
- Gambar 11. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan di Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan) pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu | 21
- Gambar 12. Tren Kunjungan Rawat Jalan pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan Tahun 2020 | 22
- Gambar 13. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Inap di Faskes pada Masyarakat Miskin | 23
- Gambar 14. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Inap di Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan) oleh Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu | 23
- Gambar 15. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan | 24
- Gambar 16. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan) | 25
- Gambar 17. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap | 25
- Gambar 18. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan) | 26

- Gambar 19. Rerata OOP Berdasarkan Kelompok Kesejahteraan dan Wilayah Tinggal | 27  
Gambar 20. Rerata OOP Berdasarkan Komposisi Anggota Rumah Tangga Miskin | 28  
Gambar 21. Pengaruh JKN terhadap OOP Berdasarkan Area dan Wilayah Tinggal | 29  
Gambar 22. Rerata OOP Nonmedis (Transportasi) Berdasarkan Indeks Kesejahteraan dan Wilayah Tinggal | 30  
Gambar 23. Alasan Utama Tidak Berobat Jalan pada Masyarakat Miskin | 35  
Gambar 24. Persentase Penduduk Miskin yang Pernah Memanfaatkan JKN/Jamkesda | 36  
Gambar 25. Distribusi OOP Medis Berdasarkan Layanan pada Masyarakat Miskin | 37

## Daftar Lampiran

- Lampiran 1. Kepesertaan Individu dari Rumah Tangga Miskin dalam Asuransi Kesehatan (%) | 49  
Lampiran 2. Hasil Analisis Uji Ketegaran (*Robustness*): Dampak Kepesertaan JKN Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap | 50  
Lampiran 3. Hasil Uji Ketegaran: Pengaruh Kepesertaan JKN terhadap OOP | 51  
Lampiran 4. Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan | 52  
Lampiran 5. Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap | 53  
Lampiran 6. Tabel Lengkap Hasil Analisis Pengaruh JKN terhadap OOP | 54  
Lampiran 7. Efek Marginal | 55  
Lampiran 8. Alasan Tidak Memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Jalan pada Penduduk Miskin, Susenas 2018–2020 | 56  
Lampiran 9. Alasan Tidak Memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Inap pada Penduduk Miskin, Susenas 2018–2020 | 57  
Lampiran 10. Penolakan Rawat Jalan/Rawat Inap karena Penggunaan JKN/Jamkesda, Susenas 2018–2020 | 58  
Lampiran 11. Tabel Hasil Pemadanan Individu | 59  
Lampiran 12. Tabel Hasil Pemadanan Rumah Tangga | 63

# Daftar Singkatan dan Akronim

<b>Askes</b>	Asuransi Kesehatan
<b>Bali-NT</b>	Bali-Nusa Tenggara
<b>balita</b>	(anak) bawah lima tahun
<b>BPJS</b>	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
<b>BPM</b>	bidan praktik mandiri
<b>BPS</b>	Badan Pusat Statistik
<b>CI</b>	<i>confidence interval</i>
<b>COVID-19</b>	<i>coronavirus disease 2019</i> (penyakit coronavirus 2019)
<b>DID</b>	Difference in Differences
<b>faskes</b>	fasilitas kesehatan
<b>FKRTL</b>	fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan
<b>FKTP</b>	fasilitas kesehatan tingkat pertama
<b>GLM</b>	Generalized Linear Model
<b>Jabar</b>	Jawa Barat
<b>jamkesda</b>	jaminan kesehatan daerah
<b>Jamkesmas</b>	Jaminan Kesehatan Masyarakat
<b>Jamkesra</b>	Jaminan Kesehatan Rakyat
<b>Jamsoskes Sumsel Semesta</b>	Jaminan Sosial Kesehatan Sumatra Selatan Semesta
<b>Jamsostek</b>	Jaminan Sosial Tenaga Kerja
<b>JKA</b>	Jaminan Kesehatan Aceh
<b>JKN</b>	Jaminan Kesehatan Nasional
<b>JPK</b>	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
<b>KB</b>	Keluarga Berencana
<b>KIA</b>	kesehatan ibu dan anak
<b>KIS</b>	Kartu Indonesia Sehat
<b>KK</b>	kartu keluarga
<b>KRT</b>	kepala rumah tangga
<b>KTP</b>	kartu tanda penduduk
<b>lansia</b>	lanjut usia
<b>MA</b>	madrasah aliah

<b>MI</b>	madrasah ibtidaiah
<b>MTs</b>	madrasah sanawiah
<b>OOP</b>	<i>out of pocket</i>
<b>PBI</b>	penerima bantuan iuran
<b>pemda</b>	pemerintah daerah
<b>perpres</b>	peraturan presiden
<b>PNS</b>	pegawai negeri sipil
<b>Podes</b>	Pendataan Potensi Desa
<b>polindes</b>	pondok bersalin desa
<b>posyandu</b>	pos pelayanan terpadu
<b>PPLS</b>	Pendataan Program Perlindungan Sosial
<b>puskesmas</b>	pusat kesehatan masyarakat
<b>pustu</b>	puskesmas pembantu
<b>Raskin</b>	Beras untuk Rumah Tangga Miskin
<b>RITL</b>	rawat inap tingkat lanjutan
<b>RITP</b>	rawat inap tingkat pertama
<b>RJTL</b>	rawat jalan tingkat lanjutan
<b>RJTP</b>	rawat jalan tingkat pertama
<b>RKO</b>	rencana kebutuhan obat
<b>SD</b>	sekolah dasar
<b>SJSN</b>	Sistem Jaminan Sosial Nasional
<b>SKTM</b>	surat keterangan tidak mampu
<b>SMA</b>	sekolah menengah atas
<b>SMK</b>	sekolah menengah kejuruan
<b>SMP</b>	sekolah menengah pertama
<b>Susenas</b>	Survei Sosial-Ekonomi Nasional
<b>TNP2K</b>	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
<b>UHC</b>	<i>universal health coverage</i> (cakupan kesehatan semesta)
<b>UKBM</b>	upaya kesehatan bersumber daya masyarakat
<b>WHO</b>	World Health Organization

# Rangkuman Eksekutif

Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penduduk miskin dan tidak mampu pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai peserta penerima bantuan iuran (PBI) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS/JKN). Bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan tidak mampu ini bertujuan memudahkan akses mereka ke fasilitas kesehatan (faskes), meningkatkan penggunaan/pemanfaatan layanan kesehatan pada saat mereka membutuhkannya, dan memberi mereka perlindungan/proteksi finansial. Namun, peningkatan jumlah peserta JKN belum sepenuhnya diiringi penambahan jumlah dan pemerataan faskes. Selain itu, peningkatan akses layanan kesehatan secara nasional belum mencerminkan perbaikan akses bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Masih terbatasnya literatur terkini mengenai dampak Program JKN, terutama dampaknya terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu yang termasuk dalam PBI, merupakan latar belakang penelitian ini. Studi dampak bantuan iuran Program JKN diperlukan untuk menjawab ketercapaian tujuan pelaksanaan Program JKN bagi penduduk miskin dan tidak mampu berdasarkan data terbaru.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif sebagai pendekatan utama yang didukung dengan pendekatan kualitatif. Studi kuantitatif dilakukan dengan memanfaatkan data sekunder, yakni data dari Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas) dan Pendataan Potensi Desa (Podes). Penelitian ini terutama menggunakan data Susenas 2011–2020 yang terdiri atas Kor dan Modul Konsumsi serta data Podes 2011, 2014, 2018, 2019, dan 2020. Analisis dampak Program JKN terhadap pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat miskin dihitung dengan metode Matched Difference in Differences. Selain itu, metode Two-Part Models digunakan untuk mengetahui proteksi finansial Program JKN bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dalam hal akses ke layanan kesehatan. Proteksi finansial digambarkan melalui besaran biaya *out of pocket* (OOP)<sup>i</sup> yang harus dikeluarkan pada saat anggota rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan. Analisis mengenai pemanfaatan layanan kesehatan dilakukan pada tingkat individu, sedangkan analisis besaran biaya OOP dilakukan pada tingkat rumah tangga. Untuk mendapatkan cerita mengenai pengalaman masyarakat miskin dan tidak mampu dalam hal akses ke layanan kesehatan, dilakukan wawancara mendalam secara daring dengan masyarakat miskin dan tidak mampu dari Kabupaten Gunungkidul pada Agustus 2021.

Hasil analisis menunjukkan bahwa kepesertaan keluarga miskin dalam Program JKN, khususnya sebagai peserta PBI, mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Selama hampir sepuluh tahun terakhir (2011–2020), distribusi kepemilikan asuransi kesehatan pada keluarga miskin mengalami peningkatan. Sebelumnya, lebih dari 50% masyarakat miskin pada 2011 tidak memiliki asuransi kesehatan sama sekali. Pada 2020, lebih dari 60% penduduk miskin dan tidak mampu sudah tercakup dalam Program JKN-PBI, termasuk jaminan kesehatan daerah (jamkesda). Jika dilihat berdasarkan wilayah, kepesertaan keluarga miskin dalam asuransi kesehatan sosial meningkat di semua wilayah, tetapi

---

<sup>i</sup>biaya yang dikeluarkan/ditanggung sendiri oleh seorang individu (atau keluarganya) ketika ia mengakses sebuah layanan

kepesertaan masyarakat miskin di wilayah Kalimantan cenderung rendah dari tahun ke tahun. Tidak terlihat perbedaan besar dalam kepesertaan asuransi kesehatan sosial masyarakat miskin pada kelompok perkotaan/perdesaan maupun kelompok rumah tangga dengan kepala rumah tangga perempuan/laki-laki.

Program JKN berdampak positif dan signifikan dalam hal pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap pada hampir seluruh kelompok masyarakat. Hasil keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial memiliki probabilitas lebih tinggi untuk memanfaatkan layanan rawat jalan (2,5%; 95% *confidence interval*/CI<sup>ii</sup>: 2,0%–3,0%) dan rawat inap (2,4%; 95% CI: 2,2%–2,7%), dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa dampak paling besar terjadi di wilayah Maluku-Papua, yakni 8,9% (95% CI: 7,2%–10,6%).

Kepesertaan JKN keluarga miskin juga berhubungan secara signifikan dengan berkurangnya beban biaya OOP sebesar 23,6% (Rp41.817). Pengaruh kepesertaan JKN keluarga miskin pada berkurangnya beban biaya OOP lebih besar dan signifikan di area perdesaan, yakni 30,1% (Rp50.026). Selain itu, pengeluaran OOP pada keluarga miskin yang merupakan peserta JKN lebih rendah di wilayah Sulawesi dan Maluku-Papua, yakni masing-masing 21,4% dan 19,4%. Uniknya, studi ini juga menemukan adanya peningkatan signifikan (12%) biaya OOP medis pada peserta JKN dari keluarga miskin di wilayah Sumatra.

Evaluasi terhadap Program JKN menunjukkan hasil yang positif bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik dari segi pemanfaatan layanan kesehatan maupun peningkatan proteksi finansial. Kepesertaan masyarakat miskin dan tidak mampu dalam Program JKN dapat meningkatkan probabilitas pemanfaatan layanan rawat inap dan rawat jalan di faskes. Dari sisi perlindungan sosial, ditemukan bahwa, dibandingkan dengan keluarga miskin yang tidak tercakup dalam Program JKN, kepesertaan rumah tangga miskin dalam Program JKN dapat menurunkan beban OOP. Namun, masih ditemukan adanya kendala dalam implementasi Program JKN yang secara tidak langsung menyebabkan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan, adanya biaya OOP yang harus dikeluarkan masyarakat miskin, serta adanya beban OOP nonmedis (biaya transportasi dan akomodasi) yang besar sehingga menghalangi keputusan masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan.

Pemerintah perlu terus memperluas cakupan JKN, terutama bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Sosialisasi Program JKN kepada masyarakat miskin juga harus terus diperbaiki agar mereka mendapatkan kemanfaatan Program JKN secara maksimal. Selain itu, untuk mengurangi beban finansial dalam hal pengeluaran kesehatan rumah tangga yang tidak tercakup dalam JKN, Pemerintah Pusat perlu mengarahkan pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran guna menanggung biaya OOP nonmedis yang sering kali menghambat masyarakat untuk mengakses faskes.

---

<sup>ii</sup>dalam bidang statistik di Indonesia, sering disebut dengan istilah “selang kepercayaan”

# I. Pendahuluan

## 1.1 Latar Belakang

Undang-Undang (UU) No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menetapkan bahwa pemerintah secara bertahap mendaftarkan penduduk miskin dan tidak mampu kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai peserta penerima bantuan iuran (PBI) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bantuan iuran untuk masyarakat miskin dan tidak mampu bertujuan menyediakan akses ke fasilitas kesehatan (faskes), meningkatkan penggunaan (pemanfaatan) layanan pada saat mereka membutuhkannya, dan memberikan perlindungan/proteksi finansial.

Dukungan pemerintah untuk percepatan pencapaian cakupan kesehatan semesta<sup>1</sup> terlihat dari jumlah PBI yang jauh lebih tinggi daripada angka kemiskinan nasional, yakni 10,8% pada 2017 (Soewondo, 2017). Pada Desember 2020, penduduk yang terdaftar dalam JKN-PBI berjumlah 96,6 juta jiwa atau sekitar 35,7% dari seluruh penduduk. Angka tersebut meningkat 26,4% jika dibandingkan dengan situasi ketika Program JKN mulai dilaksanakan pada awal 2014. Sementara itu, dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2021, alokasi untuk Program JKN adalah 51,2 triliun rupiah atau 30,1% dari anggaran kesehatan. Anggaran tersebut digunakan untuk bantuan iuran bagi peserta bukan penerima upah (PBI) dan bukan pekerja (BP) kelas III sebesar 2,4 triliun rupiah dan bantuan iuran bagi PBI (dengan target 96,8 juta jiwa) sebesar 48,8 triliun rupiah (BPJS Kesehatan, 2020).

Peningkatan jumlah peserta JKN belum sepenuhnya diiringi penambahan dan pemerataan faskes. Data Statistik JKN 2015–2019 (Dewan Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan, 2021) menunjukkan bahwa ketersediaan faskes tingkat pertama (FKTP) secara nasional justru mengalami penurunan. Pada 2014, ketersediaannya mencapai 13 FKTP per 100.000 peserta JKN. Jumlah ini kemudian menurun menjadi 11 FKTP per 100.000 peserta JKN (atau 1 FKTP untuk 9.000 peserta) pada 2018. Di sisi lain, target rasio 1 dokter (praktik umum) untuk 5.000 peserta sudah tercapai. Pada 2019, BPJS Kesehatan melaporkan rasio jumlah dokter terhadap peserta JKN sebesar 1 berbanding 4.369. Namun, perlu digarisbawahi bahwa masih terdapat provinsi dengan rasio 1 berbanding lebih dari 5.000, khususnya di kawasan timur Indonesia.

Peningkatan akses layanan secara nasional belum mencerminkan perbaikan akses bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Pada periode 2014–2018, secara nasional terdapat peningkatan akses peserta JKN dalam menggunakan layanan kesehatan, baik di FKTP maupun di faskes rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Akses pelayanan di FKTP dan FKRTL dapat dilihat dari angka akses rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dan rawat inap tingkat pertama (RITP) serta rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjutan (RITL) yang dihitung per 10.000 peserta JKN. Di FKTP, layanan RJTP meningkat 155% dan layanan RITP meningkat 24,5%. Sementara itu, di FKRTL, layanan RJTL meningkat 84% dan layanan RITL meningkat 39%. Namun, hasil studi menunjukkan bahwa layanan kesehatan

---

<sup>1</sup>universal health coverage (UHC)

di rumah sakit lebih banyak dimanfaatkan oleh penduduk kaya (Ariani dan Pujiyanto, 2019). Studi tersebut juga menjelaskan bahwa terjadinya perbedaan pemanfaatan layanan rawat inap di rumah sakit yang promasyarakat kaya disebabkan oleh ketaksetaraan umur, pendapatan, pendidikan, wilayah tempat tinggal, dan kepemilikan JKN.

Selain itu, kalkulasi World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa, meskipun tren besaran biaya *out of pocket* (OOP) Indonesia turun dari 42,52% pada 2014 menjadi 34,85% pada 2018, angka tersebut masih melebihi besaran standar OOP ideal, yaitu di bawah 20% dari keseluruhan biaya kesehatan (The World Bank, n.d.). Biaya OOP adalah keseluruhan biaya yang harus dibayarkan oleh peserta di luar iuran yang telah dibayarkan kepada asuransi kesehatan/BPJS Kesehatan. OOP merupakan indikator untuk melihat proteksi finansial. Secara konseptual, kepemilikan JKN akan mencegah terjadinya pengeluaran kesehatan secara berlebihan oleh peserta karena biaya pelayanan sudah ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

Sejauh ini, belum ada studi yang menganalisis secara khusus dampak bantuan iuran bagi peserta JKN-PBI dengan menggunakan data terbaru. Studi yang ada masih menggunakan data tahun 2014–2017 dan bersifat deskriptif. Rolindrawan (2015) melaporkan bahwa ada kecenderungan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat miskin dan tidak mampu pada faskes yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Selain itu, pemanfaatan layanan rawat inap di rumah sakit pada kelompok peserta JKN meningkat pada 2015 hingga 2016 (Ariani dan Pujiyanto, 2019). Peningkatan kepesertaan Program JKN diketahui dapat menaikkan pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap serta meningkatkan durasi rawat inap selama 0,86 hari (Dartanto *et al.*, 2017b).

Selain pada peningkatan akses layanan kesehatan, Program JKN diketahui juga berpengaruh terhadap pengeluaran kesehatan rumah tangga. Secara umum, peserta JKN mendapatkan proteksi finansial terhadap pengeluaran biaya kesehatan, terutama pembiayaan pengobatan penyakit katastropik<sup>2</sup> (Tarigan dan Suryati, 2017). Pengeluaran kesehatan rata-rata rumah tangga peserta JKN lebih rendah Rp2.405 per kapita per bulan jika dibandingkan dengan rumah tangga yang bukan peserta JKN. Peserta JKN kelompok 20% termiskin mengalami pengeluaran kesehatan lebih rendah Rp25.079 per kapita per bulan, dibandingkan dengan masyarakat yang bukan peserta JKN (Dartanto *et al.*, 2017b).

Masih terbatasnya literatur terkini mengenai dampak Program JKN, terutama terhadap PBI dari kalangan masyarakat miskin dan tidak mampu, menjadi latar belakang dilakukannya penelitian ini. Studi dampak bantuan iuran Program JKN diperlukan untuk menjawab ketercapaian tujuan penyelenggaraan Program JKN bagi penduduk miskin dan tidak mampu tersebut berdasarkan data terbaru. Masih rendahnya akses layanan, tingginya biaya OOP, dan adanya permasalahan mekanisme penyaluran PBI perlu dianalisis secara lebih mendalam dengan menggunakan data terbaru.

---

<sup>2</sup>penyakit yang membutuhkan perawatan medis yang lama dan berbiaya tinggi, seperti penyakit jantung, gagal ginjal, dan strok

## 1.2 Rumusan Masalah dan Tujuan

Berdasarkan deskripsi pada latar belakang penelitian, dua pokok bahasan yang menjadi fokus kajian dan analisis dalam studi ini adalah (i) sejauh mana dampak Program JKN-PBI terhadap perluasan akses dan peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan bagi penduduk miskin dan tidak mampu dan (ii) sejauh mana dampak Program JKN-PBI terhadap proteksi finansial penduduk miskin dan tidak mampu.

## 1.3 Keluaran

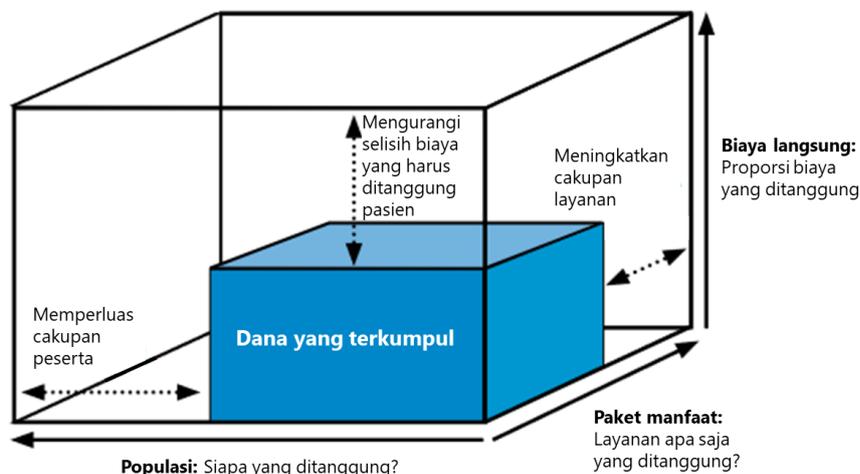
Penelitian ini menghasilkan perhitungan dampak Program JKN-PBI terhadap akses dan pemanfaatan layanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Melalui pendekatan kualitatif, studi ini memberikan gambaran lebih lengkap tentang pemanfaatan Program JKN oleh masyarakat miskin dan tidak mampu di wilayah sampel. Dengan hasil yang lebih mendalam, penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi dalam rangka perbaikan implementasi Program JKN, khususnya untuk kelompok PBI.

## II. Tinjauan Pustaka

### 2.1 Landasan Teori

Program JKN yang telah dilaksanakan sejak 2014 merupakan bagian dari upaya pemerintah untuk mencapai UHC. Berdasarkan definisi WHO, UHC tercapai apabila seluruh masyarakat bisa mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan dengan tidak terhalangi masalah pembiayaan dalam mengaksesnya (WHO, 2014). Tercapainya UHC sendiri merupakan salah satu tujuan Sustainable Development Goals/Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs/TPB), terutama Target 3.8 yang mencakup proteksi finansial; akses layanan kesehatan esensial yang berkualitas; dan akses obat esensial serta vaksin yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Di sisi lain, tercapainya UHC secara tidak langsung akan membantu tercapainya Target 1, yakni menghapus kemiskinan ekstrem, dengan adanya perlindungan dari biaya kesehatan yang berpotensi memiskinkan masyarakat (Cotlear *et al.*, 2015). Gambar 1 menunjukkan tiga dimensi utama dalam mencapai UHC, yakni perluasan kepesertaan jaminan kesehatan sosial, perlindungan finansial, dan perluasan manfaat jaminan kesehatan sosial. Implementasi kebijakan untuk menuju UHC di Indonesia telah ditempuh melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan SJSN, khususnya dalam Program JKN (Adiyanta, 2020).

**Gambar 1. Kubus Tiga Dimensi UHC**



Sumber: WHO, 2014: 5 (diterjemahkan dari bahasa Inggris)

Kajian mengenai dampak penerapan jaminan kesehatan sosial untuk meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan dan proteksi finansial telah dilakukan di beberapa negara dengan hasil yang beragam. Sebagai contoh, implementasi asuransi kesehatan sosial di Vietnam menunjukkan adanya peningkatan kunjungan rawat jalan, terutama pada masyarakat yang disubsidi pemerintah (Thuong, 2020). Hasil serupa juga dilaporkan di negara lain, seperti Filipina, Tiongkok, dan Yordania (Ekman, 2007; Zhao, 2015; Balamiento, 2018). Tingginya subsidi yang diberikan pemerintah masing-masing negara kepada masyarakat miskin dan tidak mampu berhasil menghilangkan hambatan finansial yang

menghalangi akses ke layanan kesehatan. Adapun terbatasnya dampak terhadap kelompok masyarakat tidak miskin, hal tersebut disebabkan oleh masih adanya biaya yang harus dikeluarkan di faskes, termasuk biaya kontribusi premi jaminan sosial. Berbeda dengan temuan di Vietnam, Filipina, dan Tiongkok, peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan di Yordania masih didominasi kelompok masyarakat dengan kondisi sosioekonomi serta akses ke faskes yang lebih baik.

Di sisi lain, ada juga penelitian yang melaporkan nihilnya efek implementasi jaminan kesehatan masyarakat miskin terhadap pemanfaatan layanan kesehatan dan proteksi finansial. Studi yang dilakukan Bauhoff, Hotchkiss, dan Smith (2010) tidak menemukan dampak program jaminan kesehatan masyarakat miskin terhadap pemanfaatan layanan kesehatan di Georgia, tetapi mengidentifikasi adanya penurunan rerata biaya OOP. Kurangnya pengetahuan masyarakat miskin mengenai kepesertaan serta manfaat program jaminan kesehatan menyebabkan rendahnya pemanfaatan jaminan kesehatan tersebut.

Penelitian mengenai dampak implementasi JKN dan pemanfaatan layanan kesehatan serta proteksi finansial di Indonesia masih cukup terbatas. Sebagian besar literatur yang tersedia melaporkan statistik deskriptif dan/atau korelasi antara Program JKN dan pemanfaatan layanan kesehatan maupun OOP. Hasil kajian dampak implementasi awal Program JKN menunjukkan bahwa ada peningkatan kunjungan rawat inap dan rawat jalan, baik pada kelompok PBI maupun non-PBI (Erlangga, Ali, dan Bloor, 2019). Analisis dampak lainnya yang menggunakan data Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia 2017 melaporkan bahwa peserta JKN mendapatkan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang lebih baik, seperti kunjungan antenatal, persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan, dan pelayanan terkait nifas (Anindya *et al.*, 2020). Sementara itu, cukup banyak kajian deskriptif yang melaporkan adanya perbedaan signifikan antara peserta dan nonpeserta JKN dalam hal pemanfaatan faskes yang lebih tinggi maupun rerata OOP yang lebih rendah (Shihab *et al.*, 2017; Health Policy Plus dan TNP2K, 2018; Thabrany, 2020).

## 2.2 Akses ke Faskes

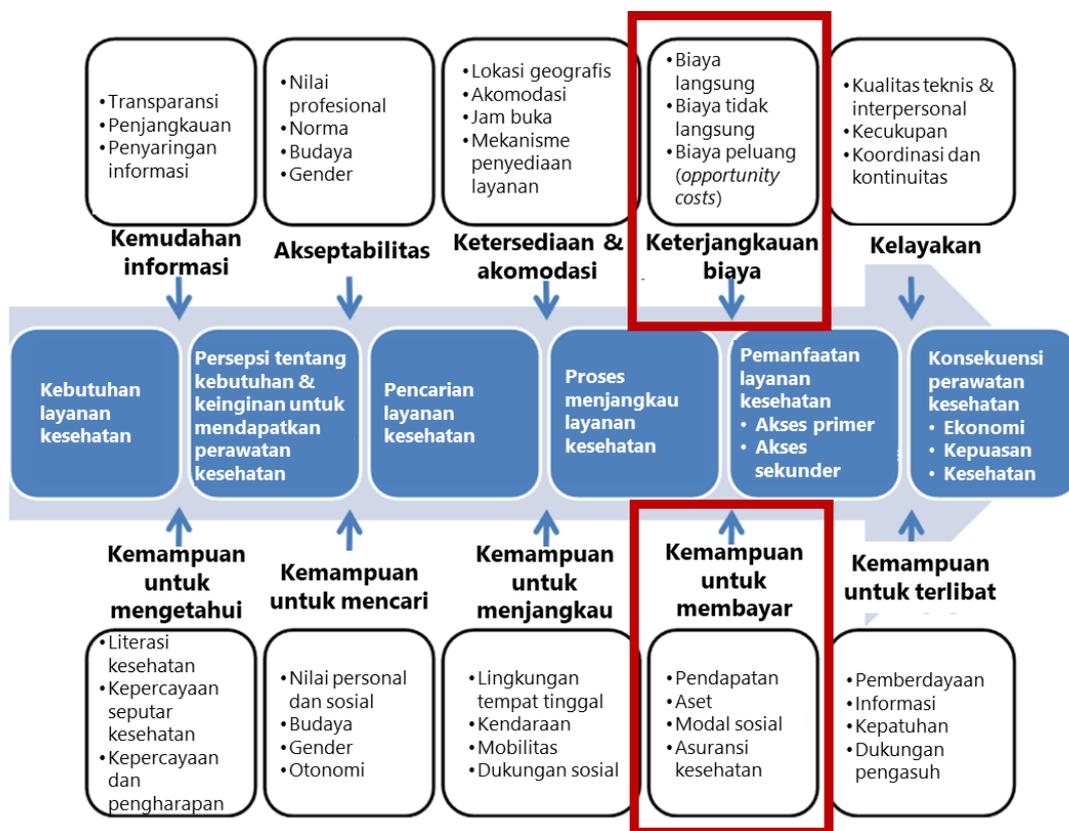
Untuk mendapatkan gambaran yang lebih luas mengenai faktor pendukung dan faktor penghambat masyarakat dalam mengakses faskes di Indonesia, kajian ini mengadopsi kerangka konseptual yang dikembangkan Levesque, Harris, dan Russell (2013). Dalam kerangka konseptual tersebut, terdapat lima dimensi utama yang memengaruhi keputusan masyarakat untuk mencari layanan kesehatan. Dimensi tersebut adalah

- a) kemudahan akses (*approachability*),
- b) akseptabilitas (*acceptability*),
- c) ketersediaan faskes (*availability and accommodation*),
- d) keterjangkauan dari sisi biaya (*affordability*), dan
- e) kelayakan (*appropriateness*).

Kepemilikan jaminan kesehatan merupakan bagian dari dimensi *affordability* yang memainkan peranan penting dan memengaruhi masyarakat untuk datang ke faskes. Gambaran terperinci mengenai kerangka konseptual ini dapat dilihat pada Gambar 2.

Lima dimensi tersebut dielaborasi dalam penelitian ini dengan menggunakan variabel terkait pada data sekunder dan penggalan informasi pada saat wawancara mendalam. Dengan demikian, kajian ini membahas secara luas pengaruh berbagai faktor, termasuk kepesertaan JKN-PBI, terhadap akses faskes masyarakat. Kerangka konseptual ini dipilih karena ia dapat mewakili variasi faktor pendukung dan penghambat masyarakat dalam menggunakan layanan kesehatan. Berbagai penelitian telah melaporkan bahwa, selain masalah biaya, faktor-faktor, seperti pemahaman, budaya, wilayah tinggal, ketersediaan faskes, dan kualitas layanan kesehatan, sangat memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan (Suharmiati, Handayani, dan Kristiana, 2012; Rumengan, Umboh, dan Kandou, 2015; Megatsari *et al.*, 2018; Aryastami dan Mubasyiroh, 2019).

**Gambar 2. Lima Dimensi yang Memengaruhi Keputusan Masyarakat untuk Mengakses Faskes**



Sumber: Levesque, Harris, dan Russell, 2013: 5 (diterjemahkan dari bahasa Inggris)

## III. Metodologi Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif sebagai pendekatan utama dan didukung dengan pendekatan kualitatif. Secara umum, pendekatan kuantitatif diterapkan dengan memanfaatkan data sekunder, yakni data Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas) dan hasil Pendataan Potensi Desa (Podes). Pendekatan kualitatif diterapkan dengan wawancara mendalam terbatas untuk mengetahui gambaran pemanfaatan JKN di Kabupaten Gunungkidul pada 2021. Diskusi lanjutan dengan beberapa pemangku kepentingan juga dilakukan untuk memperoleh hasil analisis yang lebih komprehensif.

### 3.1 Pendekatan Kuantitatif

#### 3.1.1 Sumber Data

Penelitian ini menggunakan gabungan dua sumber data sekunder agar variabel yang berkaitan dengan kepesertaan Program JKN-PBI, akses pelayanan kesehatan, dan OOP dapat terpenuhi. Penelitian ini terutama menggunakan data Susenas 2011–2020<sup>3</sup> yang terdiri atas Susenas Kor dan Modul Konsumsi. Sebelumnya, Susenas Kor 2011–2013 dilaksanakan tiap triwulan, yakni pada Maret, Juni, September, dan Desember. Namun, sejak 2015, pengambilan data Susenas dilaksanakan per semester pada Maret dan September. Berbeda dengan penggunaan data Susenas 2015–2020 yang sudah memiliki representasi tingkat kabupaten/kota pada data Maret, untuk mendapatkan representasi hingga tingkat kabupaten/kota dari data Susenas Kor 2011–2013, peneliti harus mengombinasikan secara kumulatif keempat datanya. Susenas Kor mencacah sekitar 300.000 rumah tangga sampel yang tersebar di seluruh provinsi dan kabupaten/kota. Untuk mendalami peranan asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, penelitian ini hanya menyertakan sampel yang merupakan masyarakat yang termasuk dalam kelompok 40% penduduk pada dua kuintil terbawah.

Variabel yang diambil dari Susenas Kor meliputi variabel bebas utama, yakni kepesertaan JKN-PBI/jaminan kesehatan daerah (jamkesda), dan variabel *outcome*, yakni pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap. Sebagai tambahan, digunakan juga variabel kovariat, seperti wilayah tinggal (Sumatra, Jawa, Kalimantan, Bali-Nusa Tenggara,<sup>4</sup> Sulawesi, dan Maluku-Papua), perkotaan/perdesaan, jenis kelamin, pendidikan, usia, pekerjaan, status perkawinan, jumlah anggota rumah tangga, dan karakteristik rumah tangga (sanitasi, status rumah layak, dan jenis kelamin kepala rumah tangga<sup>5</sup>). Informasi mengenai biaya OOP dan pengeluaran rumah tangga didapatkan dari Susenas Modul Konsumsi.

---

<sup>3</sup>Dalam penelitian ini, Susenas 2014 tidak digunakan karena data Susenas Kor 2014 Gabungan merupakan kombinasi Susenas 2014 Maret dan September. Pada Maret 2014, Program JKN belum diimplementasikan secara menyeluruh. Pada Susenas Kor 2014 Gabungan, pengguna set data tidak bisa mengidentifikasi observasi berdasarkan bulan pengambilan data.

<sup>4</sup>disingkat menjadi Bali-NT

<sup>5</sup>disingkat menjadi KRT

Selain menggunakan data Susenas, penelitian ini juga menggunakan data Podes 2011, 2014, 2018, 2019, dan 2020. Data Podes memiliki informasi lengkap mengenai karakteristik desa-desa di Indonesia yang jumlahnya mencapai 70.000. Data Podes menyediakan informasi jumlah penduduk desa, infrastruktur, topografi wilayah, dan akses, termasuk keberadaan faskes di desa. Pada penelitian ini, data ketersediaan dan akses faskes dari Podes dikumpulkan pada tingkat kabupaten/kota untuk melengkapi variabel bebas yang memengaruhi akses ke faskes.

Sebelum 2018, Podes tidak dilaksanakan setiap tahun. Oleh karena itu, data dari beberapa Podes digunakan untuk menggambarkan karakteristik kabupaten/kota pada tahun lainnya. Sebagai contoh, data Podes 2011 dipasangkan pada tingkat kabupaten/kota dengan data Susenas 2011–2012, data Podes 2014 dengan data Susenas 2013 dan 2015, dan data Podes 2018 dengan data Susenas 2016–2017. Metode semacam ini pernah digunakan oleh Johar *et al.* (2017) yang mengasumsikan bahwa infrastruktur kesehatan tidak mengalami perubahan drastis dalam beberapa tahun.

### 3.1.2 Definisi Operasional

#### a) Masyarakat miskin dan tidak mampu

Pada penelitian ini, masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan kelompok masyarakat yang berada pada kuintil 1 dan kuintil 2 indeks kesejahteraan rumah tangga (*wealth index*) atau rumah tangga yang termasuk dalam 40% terbawah tingkat kesejahteraan. Indeks ini disusun dari komponen pertama dengan menggunakan metode Principal Component Analysis (PCA). Perhitungan indeks kesejahteraan rumah tangga dilakukan pada setiap tahun set data dengan memasukkan variabel aset (sepeda, sepeda motor, televisi, pemanas air, tabung gas, kulkas, mobil, telepon, telepon genggam, dan komputer) dan karakteristik rumah (jenis dinding rumah, jenis lantai, jenis air minum, bahan bakar, penggunaan listrik, jenis kloset, dan tempat pembuangan akhir tinja). Pemilihan variabel-variabel tersebut didasarkan pada distribusi kepemilikan di seluruh rumah tangga dan hasil uji Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO > 0,7$ ) (Hjelm *et al.*, 2017).

Definisi lain masyarakat miskin dan tidak mampu digunakan dalam analisis uji ketegaran (*robustness*). Definisi masyarakat miskin yang digunakan adalah masyarakat yang termasuk dalam kelompok pengeluaran per kapita 40% terendah secara nasional. Definisi ini berusaha mereplikasi kelompok masyarakat miskin yang digunakan dalam Basis Data Terpadu (BDT), yakni 40% penduduk Indonesia yang paling rendah status kesejahterannya (TNP2K, 2013).

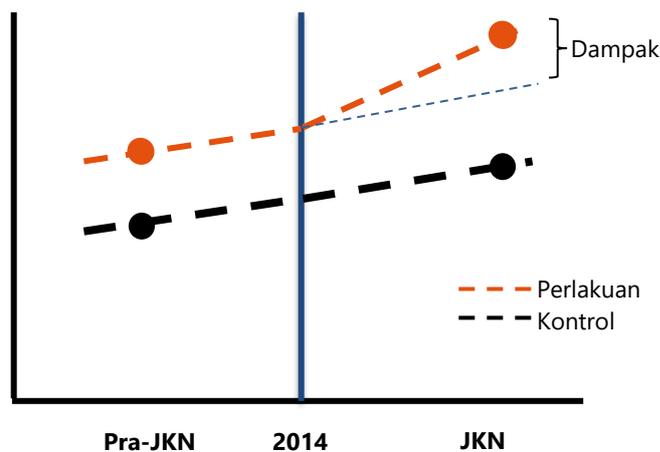
#### b) Kelompok perlakuan dan kontrol

Untuk mengimplementasikan metode Matched Difference in Differences, perlu ada dua jenis kelompok sampel, yakni kelompok perlakuan (*treatment*) dan kelompok kontrol (*control*). Kelompok perlakuan adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan peserta JKN-PBI atau jamkesda. Data Susenas 2011–2020 merupakan data kerat lintang (*cross sectional*) sehingga data observasi yang dikumpulkan setiap tahun berbeda-beda. Oleh karena itu, pengidentifikasian kelompok perlakuan pada 2011–2013 dilakukan dengan melihat data individu yang menerima Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) maupun jamkesda. Secara umum, penerima program-program

Jamkesmas, jamkesda, dan JKN-PBI diasumsikan memiliki karakteristik yang sama karena berasal dari pendataan yang dilakukan Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah (pemda).

Kategori serupa juga berlaku untuk kelompok kontrol. Dalam studi ini, kelompok kontrol merupakan kelompok masyarakat dalam set data yang teridentifikasi tidak memiliki asuransi apa pun sejak 2011 hingga 2020. Untuk membandingkan dampak sebelum dan sesudah Program JKN, studi ini menetapkan bahwa kelompok kontrol berada pada periode sebelum 2014 dan tidak memiliki asuransi kesehatan apa pun. Ilustrasi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada Gambar 3.

**Gambar 3. Pembagian Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol**



Penentuan kepesertaan JKN dilakukan dengan menggunakan variabel kepemilikan jaminan kesehatan. Sejak 2011, terjadi beberapa kali perubahan pada tingkat dan pilihan jawaban untuk variabel kepemilikan jaminan kesehatan. Pada periode 2011–2013, Program JKN secara khusus belum dimasukkan dalam kuesioner Susenas. Selain itu, butir pertanyaan mengenai jaminan kesehatan masih ditempatkan pada tingkat rumah tangga, yaitu "B7R8. Apakah ada anggota rumah tangga yang memiliki jaminan pembiayaan/asuransi kesehatan dalam setahun terakhir?" Pilihan jawaban yang tersedia pada variabel B7R8 adalah, antara lain,

- a) Jamkesmas,
- b) jamkesda,
- c) Jaminan Persalinan (Jampersal),
- d) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil/Veteran/Pensiunan (JPK PNS), dan
- e) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JPK Jamsostek).

Guna mengatasi kebutuhan status kepemilikan asuransi kesehatan sosial di tingkat individu, pada penelitian ini kelompok perlakuan periode 2011–2013 ditentukan berupa semua individu pada rumah tangga yang merupakan peserta Jamkesmas ataupun jamkesda.

Pada periode 2015–2020, Program JKN (BPJS Kesehatan) sudah mulai dimasukkan dalam kuesioner Susenas dan ditanyakan kepada setiap individu dalam rumah tangga. Namun,

ada perbedaan antara Susenas 2015–2016 dan Susenas 2017–2020. Pada Susenas 2015–2016, pilihan jawaban untuk pertanyaan kepemilikan jaminan kesehatan adalah, antara lain, (i) BPJS Kesehatan, (ii) BPJS Ketenagakerjaan, (iii) Asuransi Kesehatan (Askes)/Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri)/Jamsostek, (iv) Jamkesmas/PBI, (v) jamkesda, (vi) asuransi swasta, (vii) perusahaan/kantor, dan (viii) tidak punya. Penentuan kepesertaan PBI untuk periode 2015–2017 pada kajian ini menggunakan bukan hanya individu yang memilih Jamkesmas/PBI, melainkan juga masyarakat miskin yang tidak mampu (kuintil 1 dan kuintil 2) yang menjawab dengan pilihan BPJS Kesehatan dan jamkesda. Dari studi lain sebelumnya, diketahui bahwa banyak rumah tangga lebih mengenal kepesertaan JKN-PBI sebagai “BPJS” (Soewondo, 2017). Sejak 2018, kuesioner Susenas membagi pilihan jawaban menjadi BPJS Kesehatan PBI dan BPJS Kesehatan Non-PBI sehingga, dalam studi ini, definisi peserta JKN-PBI periode 2018–2020 adalah individu yang merupakan peserta BPJS Kesehatan PBI ataupun jamkesda.

### **c) Outcome**

Kajian ini memiliki tiga *outcome* utama untuk mengukur dampak kepesertaan JKN-PBI terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu. Tiga *outcome* tersebut adalah (i) pemanfaatan layanan rawat jalan, (ii) pemanfaatan layanan rawat inap, dan (iii) OOP. Sebagaimana pemilahan data variabel perlakuan dan kontrol, ketiga *outcome* juga memiliki definisi yang agak berbeda setiap tahun, tergantung pada ketersediaan butir pertanyaan dalam kuesioner Susenas.

#### (1) Pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap

Untuk menjawab pertanyaan dampak JKN terhadap pemanfaatan layanan kesehatan, analisis dilakukan pada tingkat individu. Secara umum, penentuan pemanfaatan layanan rawat jalan pada seorang individu dikonstruksi melalui dua pertanyaan dalam kuesioner Susenas. Pertama, individu terlebih dahulu ditanyai apakah dia memiliki keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir. Jika jawabannya “Ya”, maka diajukan pertanyaan lanjutan apakah dia pernah berobat jalan dalam sebulan terakhir. Jika jawabannya “Tidak”, maka dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya mengenai rawat inap. Individu yang menjawab pernah memiliki gangguan kesehatan, kemudian memanfaatkan/tidak memanfaatkan layanan rawat jalan, dimasukkan dalam perhitungan estimasi dampak.

Ada sedikit perbedaan pada penentuan pemanfaatan layanan rawat inap dan rawat jalan. Sebelumnya, penentuan pemanfaatan layanan rawat jalan harus melalui filtrasi pertanyaan mengenai keluhan kesehatan, sedangkan pada pemanfaatan layanan rawat inap, pertanyaan ditanyakan langsung tanpa filtrasi. Pemanfaatan layanan rawat inap langsung diambil dari pertanyaan “Apakah pernah rawat inap dalam satu tahun terakhir”. Karena ada perbedaan penyebut (*denominator*), kejadian rawat inap pada masyarakat setahun terakhir jauh lebih rendah daripada kejadian rawat jalan pada warga masyarakat yang memiliki keluhan kesehatan sebulan terakhir.

Untuk hasil deskriptif, analisis dipusatkan pada layanan di tempat pelayanan kesehatan publik dan swasta. Penelitian ini mengeksklusi kunjungan masyarakat ke tempat pelayanan kesehatan informal, seperti dukun, agar dapat menangkap secara utuh akses masyarakat ke faskes. Sektor publik untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap terdiri atas rumah

sakit pemerintah; pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) atau puskesmas pembantu (pustu); dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang terdiri atas pondok bersalin desa (polindes), pos pelayanan terpadu (posyandu), dan balai kesehatan. Termasuk dalam penyedia layanan kesehatan swasta adalah, antara lain, rumah sakit swasta, klinik, dan tempat praktik mandiri tenaga kesehatan (dokter/bidan).

## (2) Biaya OOP

Pertanyaan mengenai pengeluaran untuk biaya kesehatan dalam Susenas juga mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Secara keseluruhan, biaya yang dikeluarkan untuk layanan kesehatan dibagi menjadi biaya kuratif, biaya obat, dan biaya layanan pencegahan/preventif. Pada bagian “Pajak, Pungutan, dan Asuransi” juga terdapat biaya yang dikeluarkan untuk membayar asuransi kesehatan, tetapi variabel ini tidak dimasukkan dalam analisis (Sparrow, Suryahadi, dan Widyanti, 2013; Johar *et al.*, 2017). Perbedaan signifikan yang terjadi sejak 2011–2020 adalah *referensi waktu* dan *penentuan OOP*.

*Pertama*, perbedaan referensi waktu antara kuesioner Susenas 2011–2013 dan kuesioner Susenas 2015–2020 menyebabkan estimasi biaya pengeluaran kesehatan yang dilaporkan responden menjadi terlalu rendah. Pada kuesioner Susenas 2011–2013, biaya kesehatan ditanyakan untuk sebulan terakhir, dua bulan terakhir, dan tiga bulan terakhir, sedangkan sejak 2015, biaya kesehatan ditanyakan untuk setahun terakhir. Hal ini menyebabkan adanya penurunan rerata biaya kesehatan yang dilaporkan oleh responden karena permasalahan *recall bias*<sup>6</sup> (Johar *et al.*, 2019).

*Kedua*, kuesioner Susenas 2011–2017 belum secara khusus menangkap OOP kesehatan yang sebenarnya. Johar *et al.* (2019) melaporkan bahwa data pengeluaran biaya kesehatan pada Susenas 2011–2017 masih menyertakan besaran subsidi yang diterima masing-masing responden sehingga OOP yang sebenarnya sulit diidentifikasi, terutama karena biaya pelayanan medis yang berbeda-beda antarorang dan antarwilayah. Selain itu, peserta jaminan kesehatan penerima subsidi juga mengalami keterbatasan dalam upaya mengetahui secara pasti besar biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan layanan kesehatan sehingga angka yang dilaporkan cenderung di bawah jumlah yang sebenarnya (*underestimate*).

Sejak 2018, Badan Pusat Statistik (BPS) mengubah cara pengumpulan data pengeluaran biaya kesehatan. Selain menanyakan biaya yang dikeluarkan untuk masing-masing jenis layanan kesehatan selama setahun terakhir, BPS menyediakan kolom yang digunakan untuk menanyakan biaya yang dikeluarkan responden secara tunai (OOP). Karena komplikasi data yang berubah-ubah sepanjang tahun, studi ini hanya menggunakan data Susenas 2018–2020 untuk menangkap pengaruh kepesertaan JKN terhadap besaran OOP yang dikeluarkan.

Pada penelitian ini, OOP biaya kesehatan mencakup biaya kuratif, obat-obatan, dan biaya preventif. Biaya kuratif mencakup biaya berobat jalan maupun rawat inap yang dibayarkan secara tunai di rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, dan puskesmas, serta biaya berobat ke pustu, polindes, posyandu, tempat praktik dokter/poliklinik, dan tempat praktik

---

<sup>6</sup>bias yang terjadi dalam upaya mengingat kembali suatu kejadian

mandiri tenaga kesehatan. Biaya obat yang dianggap sebagai OOP adalah biaya obat dengan resep dari tenaga kesehatan yang dibayar secara tunai. Biaya layanan preventif meliputi biaya pemeriksaan kehamilan, biaya imunisasi, dan biaya terkait Keluarga Berencana (KB). Fasilitas pelayanan kesehatan tradisional (dukun beranak, pengobatan tradisional) dan pelayanan preventif yang tidak masuk dalam Program JKN<sup>7</sup> tidak diikutsertakan dalam analisis OOP.

Sejak 2018, BPS juga memasukkan variabel pengeluaran transportasi untuk mendapatkan layanan kesehatan (OOP nonmedis) dalam analisisnya. Namun, karena pengukurannya masih berubah-ubah selama 2018–2020, variabel ini hanya dianalisis secara deskriptif. Pada 2018, OOP nonmedis hanya ditanyakan untuk pengeluaran transportasi darat dan ambulans, sementara sejak 2019, transportasi laut dan udara sudah dimasukkan dalam kuesioner.

### 3.1.3 Analisis Statistik

Penelitian ini menerapkan metode utama Difference in Differences (DID). Metode ini secara umum dikenal sebagai pendekatan yang komprehensif untuk mengevaluasi kebijakan dan program kesehatan (Khandker, Koolwal, dan Samad, 2010). Untuk menghilangkan heterogenitas tak teramati antara individu yang memiliki asuransi (Jamkesmas/jamkesda/JKN-PBI) dan individu yang tidak memiliki asuransi sama sekali, penelitian ini menerapkan metode pemadanan dengan menggunakan *psmatch2 command* pada aplikasi STATA untuk setiap tahun set data. Pemadanan dilakukan dengan memasang individu/rumah tangga berdasarkan kondisi sosiodemografi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kondisi sosiodemografi yang digunakan meliputi wilayah tinggal, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, kondisi sanitasi di rumah, dan kondisi kelayakan rumah. Pemadanan dilakukan dengan metode penyampelan dengan penggantian (*nearest neighbor with replacement*). Hilangnya perbedaan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dari hasil pemadanan dapat dilihat pada Lampiran 11 dan Lampiran 12.

Kombinasi metode ini dapat melengkapi masing-masing metode yang merupakan unsurnya guna menghilangkan bias agar dampak Program JKN-PBI yang sebenarnya terhadap pemanfaatan faskes dapat terlihat. Persamaan kuantitatif untuk kajian ini adalah sebagai berikut.

$$= ( \beta_0 + \beta_1 D_{it} + \beta_2 X_{it} + \beta_3 D_{it} \times X_{it} ) - ( \beta_0 + \beta_1 D_{it} + \beta_2 X_{it} + \beta_3 D_{it} \times X_{it} )$$

merupakan estimasi dampak/perbedaan *outcome* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada era sebelum JKN (2011–2013) dan era setelah adanya JKN (2015–2020).  $\beta_0$  merupakan status kepesertaan; bernilai 1 apabila ia merupakan peserta JKN-PBI dan 0 apabila bukan peserta PBI.  $\beta_1$  didapatkan melalui analisis regresi yang menyertakan variabel kontrol ( $X_i$ ):

<sup>7</sup>meliputi pemeriksaan medis menyeluruh (*medical checkup*) dan biaya pemeliharaan kesehatan lainnya (urut, *fitness*, bekam, detoksifikasi, yoga, futsal, senam kebugaran, vitamin, jamu untuk menjaga kesehatan, dan sebagainya)

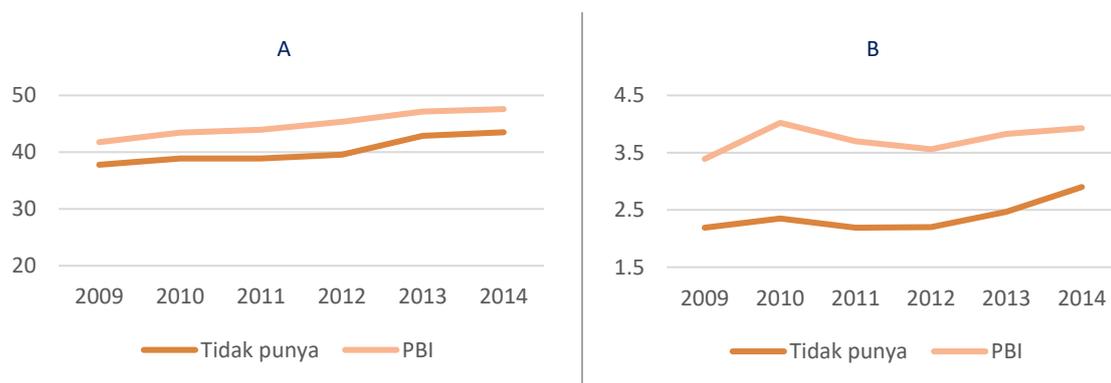
$$= + Ti + Yti + \delta(Ti.ti) + +$$

$Yi$  merupakan *outcome* yang terdiri atas rawat jalan, rawat inap, dan OOP.  $Ti$  merupakan waktu yang bernilai 0 untuk 2011–2013 dan bernilai 1 untuk 2015–2020. Sementara itu,  $ti$  merupakan status perlakuan (1) dan kontrol (2).  $Ti.ti$  merupakan interaksi variabel tahun dan kelompok perlakuan/kontrol yang menghasilkan efek Program JKN terhadap *outcome*.  $Xi$  adalah variabel kovariat yang terdiri atas usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, karakteristik rumah, dan ketersediaan layanan kesehatan di kabupaten/kota. Pada analisis dengan *outcome* OOP,  $Xi$  terdiri atas jenis kelamin KRT, tingkat pendidikan KRT, usia KRT, karakteristik rumah, keberadaan individu lanjut usia (lansia) ataupun anak di bawah usia lima tahun (balita) dalam rumah tangga, keberadaan anggota rumah tangga yang sakit, dan ketersediaan faskes di tingkat kabupaten/kota.

Untuk mendapatkan pemahaman yang lebih utuh mengenai fenomena yang terjadi, proses analisis dibedakan dalam beberapa kelompok. Kelompok-kelompok ini ditentukan berdasarkan kategori perkotaan/perdesaan dan wilayah tinggal (Sumatra, Jawa, dan seterusnya).

Dalam implementasi DID, terdapat beberapa asumsi yang harus dipenuhi untuk memastikan tercapainya validitas internal dari estimasi yang dilakukan. Salah satu asumsi tersebut adalah asumsi tren paralel (*parallel trend assumption*). Asumsi ini mengharuskan adanya tren yang sama antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum intervensi (Program JKN-PBI) diimplementasikan. Tren yang sama (konstan) pada dua kelompok tersebut memperlihatkan tidak adanya variabel lain yang tak teramati (*unobserved variable*) yang memengaruhi *outcome* dan menimbulkan bias pada saat estimasi. Gambar 4 memperlihatkan tren rawat jalan dan rawat inap pada periode 2009–2014 yang bersumber dari data Susenas. Secara visual terlihat bahwa tidak ada perbedaan tren yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dengan begitu, dapat dikatakan bahwa asumsi tren paralel terpenuhi.

**Gambar 4. Tren Rawat Inap (A) dan Rawat Jalan (B) 2009–2014**



Sumber: Susenas 2009–2014 (diolah)

Keterangan:

A: PBI = Jamkesmas, jamkesda, Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin), Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM)

B: perbandingan *outcome* pada kelompok masyarakat dengan pengeluaran per kapita 40% terbawah

Untuk menangkap pengaruh kepesertaan Program JKN pada masyarakat miskin terhadap OOP, studi ini mengadopsi metode Two-Part Models. Model ini telah lama diperkenalkan untuk menganalisis biaya kesehatan. Pada dasarnya, metode ini menggabungkan perhitungan probabilitas rumah tangga untuk mengalami OOP dengan menggunakan metode Logit/Probit; kemudian dihitung pengaruhnya dengan metode Ordinary Least Square/Generalized Linear Model (GLM). Metode ini mampu mengeliminasi data biaya kesehatan yang biasanya tidak terdistribusi secara normal. Data biaya kesehatan sering kali memiliki deret (*tail*) kanan yang panjang karena lebih banyak masyarakat yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan (karena sehat ataupun tidak mengaksesnya ketika sakit). Penelitian ini menggunakan logit untuk model pertama dan GLM dengan distribusi Gamma dan Fungsi Log Link. Untuk mengurangi bias, dilakukan pemadanan berdasarkan karakteristik sosiodemografi antara rumah tangga peserta JKN dan rumah tangga nonpeserta JKN. Pemadanan diharapkan dapat mengontrol variabel tak teramati yang dapat menimbulkan bias dalam analisis.

## 3.2 Metode Kualitatif

Penelitian ini juga didukung dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam. Tujuan utama pengumpulan data kualitatif adalah mendapatkan gambaran tentang kebermanfaatan Program JKN bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dalam mengakses layanan kesehatan. Pada penelitian ini, pendekatan kualitatif ditujukan untuk menggali informasi lebih mendalam mengenai permasalahan dalam implementasi Program JKN yang dialami masyarakat miskin dan tidak mampu melalui deskripsi pengalaman mengakses faskes dalam tiga tahun terakhir. Selain itu, wawancara mendalam ini bertujuan

- a) mendapatkan gambaran tentang permasalahan kesehatan yang dihadapi masyarakat, terutama kelompok miskin di wilayah studi, dan pemanfaatan layanan kesehatan;
- b) menggali faktor-faktor yang memengaruhi kelompok miskin dalam mengakses layanan kesehatan;
- c) mendapatkan gambaran tentang perlindungan keuangan kelompok miskin dalam mengakses layanan kesehatan; dan
- d) mendapatkan informasi proses kepemilikan kartu bagi—dan pemanfaatan JKN oleh—PBI.

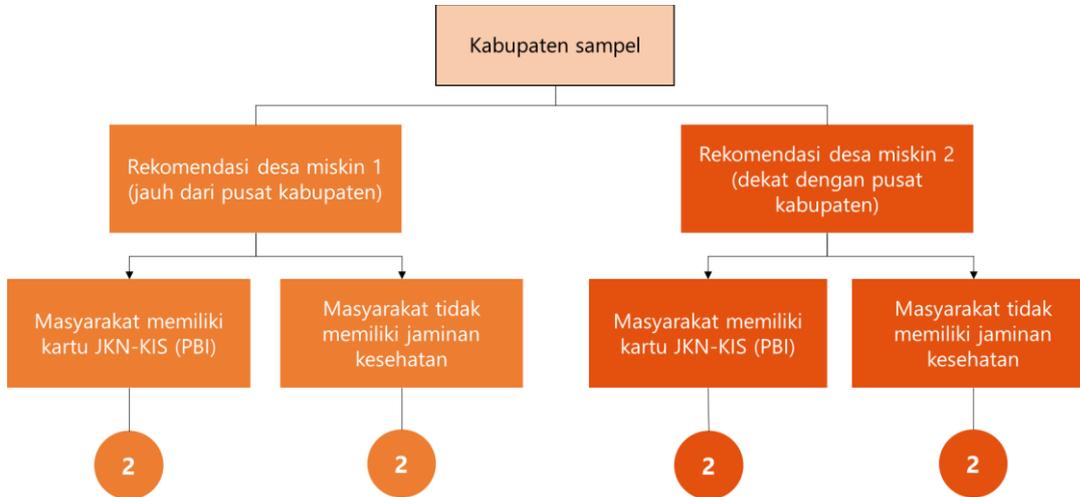
Wawancara mendalam dilakukan di Kabupaten Gunungkidul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten ini dipilih berdasarkan beberapa faktor, seperti

- a) tingkat kemiskinan yang cukup tinggi (17,07%) pada 2020,
- b) posisinya pada peringkat ke-72 dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) 2018 sehingga termasuk dalam kategori kurang baik jika dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di Pulau Jawa, dan
- c) keterbatasan sumber daya dalam pengumpulan data kualitatif pada masa pandemi penyakit koronavirus 2019 (COVID-19).

Untuk mendapatkan cerita yang lebih bervariasi dari wawancara mendalam, jenis responden dibagi menjadi empat kelompok berdasarkan kepemilikan kartu JKN dan letak

desa (Gambar 1). Dinas Sosial Kabupaten Gunungkidul (wilayah sampel), tenaga kesejahteraan sosial kecamatan (TKSK), dan BPJS Kesehatan membantu menghubungkan peneliti dengan responden terpilih.

**Gambar 5. Distribusi Responden Wawancara Mendalam**



Keterbatasan sampel dalam metode kualitatif menyebabkan hasil wawancara mendalam tidak bisa menggambarkan situasi pemanfaatan Program JKN di berbagai wilayah di Indonesia. Namun, hasil wawancara mendalam dapat memberikan contoh-contoh kasus permasalahan ataupun keberhasilan pemanfaatan Program JKN oleh masyarakat.

## IV. Hasil dan Analisis Kajian

### 4.1 Kepesertaan Program Asuransi Kesehatan Sosial pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

Kepesertaan Program JKN, khususnya PBI pada rumah tangga miskin, mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Selain itu, persentase kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin mengalami perubahan, yakni dari lebih dari 50% rumah tangga tidak memiliki asuransi kesehatan pada 2011 menjadi lebih banyak rumah tangga yang memiliki asuransi kesehatan pada 2020. Tabel 1 menunjukkan persentase rumah tangga miskin berdasarkan jenis kepesertaan asuransi per tahun. Persentase rumah tangga miskin yang tidak memiliki asuransi kesehatan apa pun menurun dari 59,02% pada 2012 menjadi 26,12% pada 2020. Hal ini disertai kenaikan jumlah rumah tangga miskin yang tergabung dalam asuransi kesehatan sosial, yakni menjadi 63,15% pada 2020. Selain asuransi kesehatan sosial, sebagian kecil rumah tangga miskin juga tergabung dalam asuransi kesehatan swasta ataupun asuransi dari perusahaan walaupun jumlahnya kurang dari 10% dalam sepuluh tahun terakhir. Kemiripan tren kenaikan kepesertaan Program JKN-PBI juga terjadi pada tingkat individu. Individu dari rumah tangga miskin dan tidak mampu yang menjadi peserta JKN-PBI mengalami peningkatan dari 36,16% pada 2011 menjadi 66,15% pada 2020 (Lampiran 1).

**Tabel 1. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Rumah Tangga Miskin (%)**

Jenis Asuransi	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak memiliki asuransi apa pun	59,02	59,84	45,56	42,21	38,69	34,73	30,37	30,46	26,12
JKN-PBI/jamkesda saja	35,22	34,16	52,18	55,59	59,65	55,14	60,85	59,81	63,50
JKN-PBI/jamkesda dan asuransi lainnya	0,68	0,70	0,50	0,42	0,44	0,65	2,23	2,49	2,82
Asuransi lainnya	5,09	5,31	1,77	1,78	1,22	9,49	6,56	7,25	7,56
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Keterangan:

- Asuransi lainnya terdiri atas asuransi kesehatan swasta, asuransi perusahaan, dan JPK PNS/Veteran/Pensiun (Askes)/tunjangan/penggantian biaya oleh perusahaan (2011–2013) ataupun asuransi JKN Non-PBI (2015–2020).
- Masyarakat miskin (kuintil 1 dan 2) yang menjawab “BPJS Kesehatan” pada periode 2015–2016 dikategorikan sebagai JKN-PBI.
- Tingginya kepesertaan JKN-PBI/jamkesda pada 2013 disebabkan oleh teridentifikasinya rumah tangga yang menjawab dengan nama program jamkesda (contoh: Jaminan Kesehatan Rakyat/Jamkesra Pemda Jawa Barat (Jabar), Jaminan Kesehatan Aceh/JKA, Jaminan Sosial Kesehatan/Jamsoskes Sumatra Selatan (Sumsel) Semesta, dan sebagainya) dengan menggunakan kartu tanda penduduk (KTP)/kartu keluarga (KK)/surat keterangan tidak mampu (SKTM). Mereka yang menjawab demikian dikategorikan sebagai penerima jamkesda.

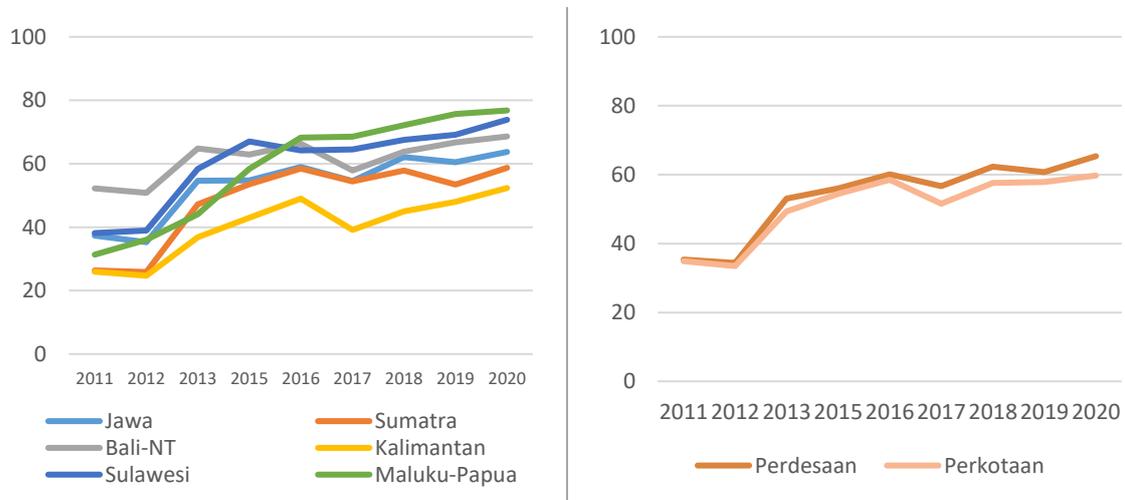
Kepesertaan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin meningkat di semua wilayah (Gambar 6). Namun, meski mengalami peningkatan, persentase rumah tangga

miskin yang memiliki asuransi kesehatan sosial di wilayah Kalimantan selalu lebih rendah daripada lima wilayah lainnya. Di sisi lain, meski berada di titik yang sama dengan Kalimantan pada 2011–2012, kepesertaan asuransi kesehatan sosial di Sumatra mengalami peningkatan yang lebih besar. Sementara itu, kepemilikan asuransi kesehatan sosial di Maluku-Papua meningkat pesat sejak 2016, bahkan persentasenya melebihi wilayah-wilayah lainnya hingga tahun 2020.

Kepesertaan asuransi kesehatan sosial pada masyarakat miskin dan tidak mampu juga mengalami peningkatan jika dilihat berdasarkan area tinggal (perdesaan/perkotaan). Namun, tidak terlihat celah besar di antara kedua area (Gambar 6). Bahkan, dari waktu ke waktu, kepesertaan masyarakat miskin di area perdesaan secara umum lebih tinggi daripada kepesertaan di area perkotaan.

Kepesertaan rumah tangga miskin dalam asuransi kesehatan sosial, terutama JKN-PBI, juga terlihat tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin KRT. Lockley, Tobias, dan Bah (2013) melaporkan bahwa penerima program Beras untuk Rumah Tangga Miskin (Raskin) dan Jamkesmas dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2011 sedikit lebih banyak didominasi rumah tangga yang dikepalai perempuan. Hal ini sejalan dengan data yang disajikan pada Gambar 7.

**Gambar 6. Kepesertaan JKN-PBI/Jamkesda Rumah Tangga Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Wilayah (Kiri) dan Area Tinggal (Kanan)**

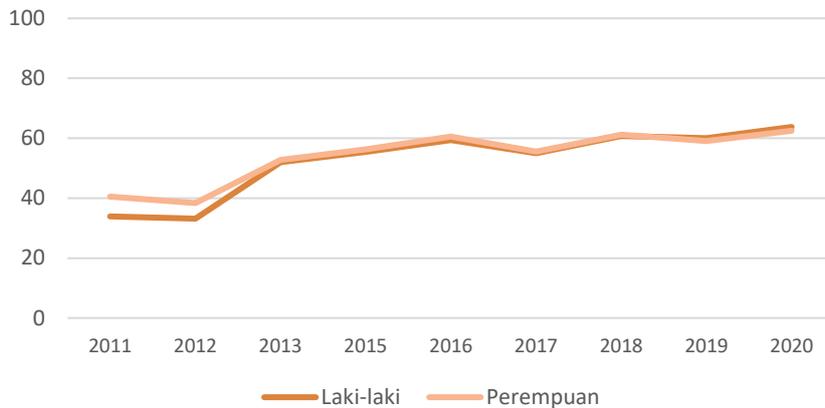


Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Keterangan: Untuk penjelasan mengenai tingginya kepesertaan JKN-PBI/jamkesda pada 2013, lihat keterangan nomor 3 pada Tabel 1.

Meskipun demikian, celah kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin yang dikepalai laki-laki makin mendekati rumah tangga miskin dengan KRT perempuan pada 2013. Hingga periode 2015–2020, perbedaan persentase kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga yang dikepalai perempuan dan rumah tangga yang dikepalai laki-laki makin tipis.

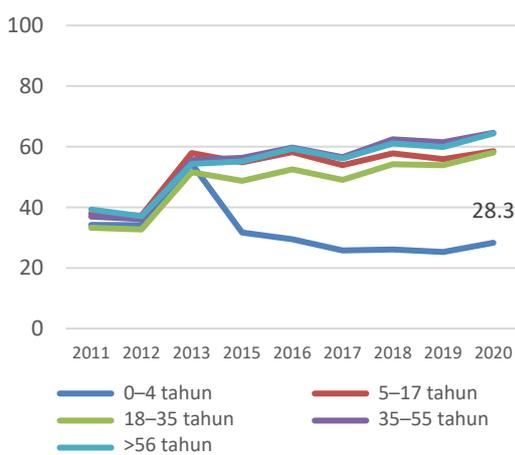
**Gambar 7. Kepesertaan JKN-PBI/Jamkesda Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Jenis Kelamin KRT**



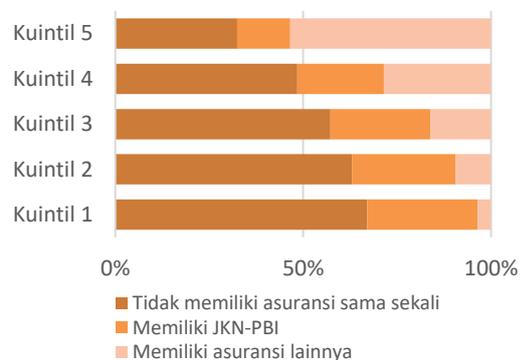
Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)  
Keterangan: Lihat keterangan pada Tabel 1.

Kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada masyarakat miskin berdasarkan usia tidak jauh berbeda antarkelompok usia, kecuali pada anak berusia 0–4 tahun. Gambar 8 (kiri) memperlihatkan bahwa kepesertaan JKN mengalami sedikit peningkatan pada warga masyarakat berusia lima tahun hingga lansia. Sebaliknya, kepesertaan anak balita dari rumah tangga miskin dalam JKN-PBI sempat mengalami penurunan pada periode 2016–2018. Rendahnya kepesertaan JKN-PBI pada anak balita dari rumah tangga miskin diduga telah terjadi sebelum implementasi Program JKN. Peningkatan pada 2013 disebabkan oleh definisi kepesertaan jamkesda yang lebih lengkap—meliputi penggunaan KTP/KK/SKTM—dan kategori jamkesda berdasarkan penamaan program yang berbeda-beda antardaerah.

**Gambar 8. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Usia**



Kepemilikan Asuransi pada Anak Balita Berdasarkan Indeks Kesejahteraan 2020



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Keterangan: Pada periode 2011–2013, kepesertaan asuransi kesehatan ditanyakan di tingkat rumah tangga. Untuk itu, diasumsikan bahwa, jika rumah tangga memiliki Jamkesmas/jamkesda saja, maka seluruh anggota rumah tangga memiliki Jamkesmas/jamkesda. Rumah tangga yang memiliki Jamkesmas/jamkesda dan asuransi lain (asuransi dari perusahaan, asuransi swasta) tidak dimasukkan dalam analisis.

Analisis lebih lanjut mengenai sebaran kepesertaan asuransi kesehatan pada anak balita berdasarkan indeks kesejahteraan pada 2020 memperlihatkan bahwa anak balita dari rumah tangga miskin (kuintil 1 dan 2) cenderung tidak tercakup dalam asuransi kesehatan apa pun (Gambar 8, kolom kanan). Distribusi ini sedikit berbeda dengan situasi pada anak balita dari rumah tangga kuintil 5 (terkaya) yang memperlihatkan tingginya ketercakupannya dalam program asuransi kesehatan swasta. Rendahnya kepesertaan JKN pada anak balita dapat menyebabkan rendahnya akses ke faskes dan adanya kebutuhan yang tak terpenuhi (*unmet need*). Kotak 1 menyajikan cerita tertundanya upaya pengobatan pada anak balita karena keluarganya tidak punya biaya.

#### **Kotak 1**

##### **Anak Balita Tidak Menjalani Operasi Hernia karena Keluarganya Tidak Punya Biaya**

Keluarga Ibu H tidak memiliki kartu JKN meskipun teridentifikasi oleh Dinas Sosial sebagai masyarakat miskin. Anak Ibu H (saat ini berusia lima tahun) mengidap penyakit hernia yang telah dialaminya sejak kecil. Ibu H mengaku bahwa dokter telah menyarankan agar anaknya dioperasi sejak masih bayi, tetapi tidak dilakukan hingga saat ini karena mereka tidak punya biaya.

... *bilangnya* dokter harus dioperasi. Karena [keluarga] saya ini belum mempunyai BPJS, itu belum bisa operasi cucu saya itu. (Ayah dari Ibu H, wawancara mendalam, 23 Agustus 2021)

Keluarga Ibu H pernah bertanya kepada perangkat desa mengenai prosedur kepesertaan JKN-PBI. Oleh perangkat desa, mereka diarahkan untuk datang ke kantor BPJS Kesehatan sambil membawa KK, KTP, dan akta nikah. Namun, upaya Ibu H berhenti karena ia tidak mengetahui letak kantor BPJS Kesehatan.

## 4.2 Pemanfaatan Layanan Kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap

### 4.2.1 Layanan Rawat Jalan

Persentase pemanfaatan faskes untuk layanan rawat jalan dalam sembilan tahun terakhir disajikan pada Tabel 2. Tabel ini memperlihatkan persentase kunjungan rawat jalan di antara responden yang memiliki keluhan kesehatan. Secara umum, terlihat peningkatan penggunaan layanan rawat jalan pada kelompok miskin (kuintil 1 dan 2) dalam sembilan tahun terakhir. Persentase pemanfaatan layanan rawat jalan pada kelompok miskin sempat mengalami peningkatan tinggi pada periode 2015–2019, tetapi menurun pada 2020. Terjadinya pandemi COVID-19 diduga ikut memengaruhi keputusan masyarakat untuk tidak berobat ke faskes. Dari wawancara mendalam, diketahui bahwa pandemi COVID-19 menyebabkan tertundanya pemeriksaan rutin penyakit diabetes maupun kolesterol karena meningkatnya antrean dan adanya rasa khawatir masyarakat akan risiko terpapar COVID-19 ketika berkunjung ke faskes. Tren serupa juga dialami kelompok masyarakat pada kuintil 3 hingga 5.

... selama pandemi ini, saya cuma [berobat] di klinik sebelah itu. Soalnya, ya keadaan ... pandemi ini kan *ngantrinya aja* kadang-kadang lama. *Pas* pandemi ini, alhamdulillah, *gak* pernah [ke puskesmas]. Soalnya pilek, nanti kalo di-*swab* hasilnya positif. (Peserta JKN Non-PBI, perempuan, 50 tahun, 21 Agustus 2021)

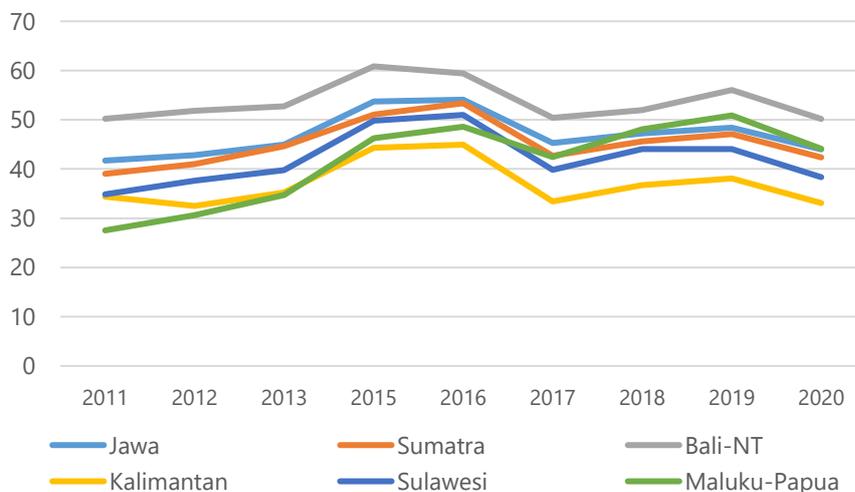
**Tabel 2. Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan (%)**

Kelompok	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kuintil 1	35,49	38,05	41,03	49,90	50,85	41,36	44,55	46,71	40,64
Kuintil 2	41,57	43,02	45,24	53,44	54,40	44,23	47,09	48,57	43,71
Kuintil 3	45,07	45,04	47,61	55,29	55,86	45,20	48,49	50	45,34
Kuintil 4	47,09	46,25	50,27	56,71	56,82	46,19	49,04	50,89	46,65
Kuintil 5	49,79	47	52,22	56,60	57,11	47,88	50,61	51,90	48,56

Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

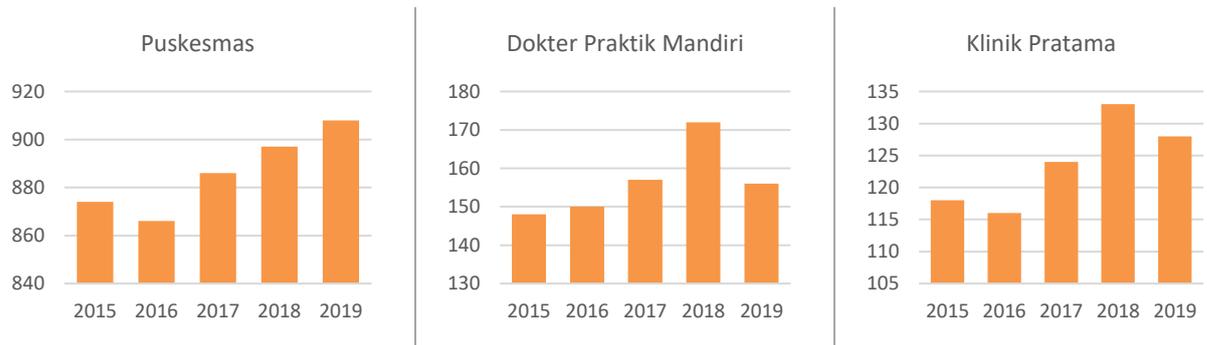
Berdasarkan wilayah, secara umum tidak terjadi peningkatan pemanfaatan layanan rawat jalan oleh masyarakat miskin selama sepuluh tahun terakhir (Gambar 9). Pemanfaatan tertinggi sejak 2011 terjadi di wilayah Bali-NT, sedangkan pemanfaatan terendah terjadi di Kalimantan. Wilayah Maluku-Papua mulai mengalami peningkatan pada 2015. Ada kemungkinan bahwa kombinasi tingginya kepesertaan JKN pada masyarakat miskin di wilayah Maluku-Papua (Gambar 6) dan penambahan jumlah faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan (Gambar 10) telah berkontribusi besar terhadap kenaikan pemanfaatan layanan rawat jalan. Sebaliknya, meskipun terjadi peningkatan pada jumlah faskes yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah Kalimantan, rendahnya kepesertaan JKN pada masyarakat miskin menyebabkan pemanfaatan layanan rawat jalan hingga tahun 2020 masih rendah.

**Gambar 9. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan di Faskes pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

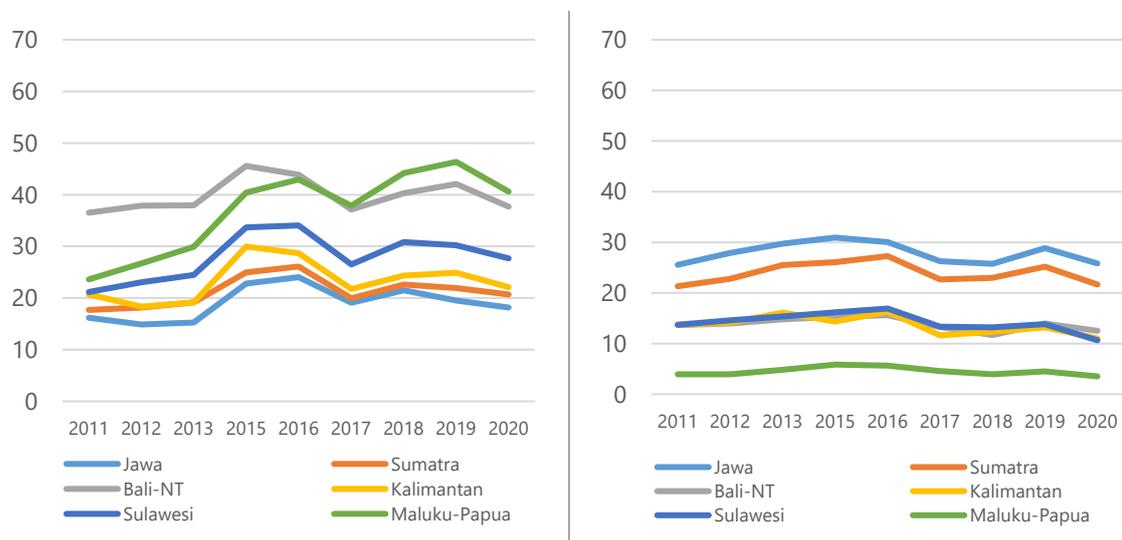
**Gambar 10. Jumlah Faskes Mitra BPJS Kesehatan di Wilayah Maluku-Papua pada Periode 2015–2019**



Sumber: Dewan Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan, 2021: 19–23

Masyarakat miskin cenderung menggunakan faskes pemerintah untuk mengakses layanan rawat jalan. Gambar 11 memperlihatkan cakupan layanan rawat jalan di faskes pemerintah yang lebih tinggi daripada faskes swasta dari tahun ke tahun. Masyarakat miskin di wilayah Bali-NT, Maluku-Papua, dan Sulawesi lebih banyak yang mengakses faskes pemerintah. Di sisi lain, faskes swasta lebih banyak diakses masyarakat miskin di wilayah Jawa dan Sumatra. Jika dilihat berdasarkan kepemilikan asuransi pada 2020, lebih dari separuh masyarakat miskin menggunakan JKN-PBI ketika mengakses layanan rawat jalan, baik di faskes pemerintah maupun faskes swasta (Gambar 12).

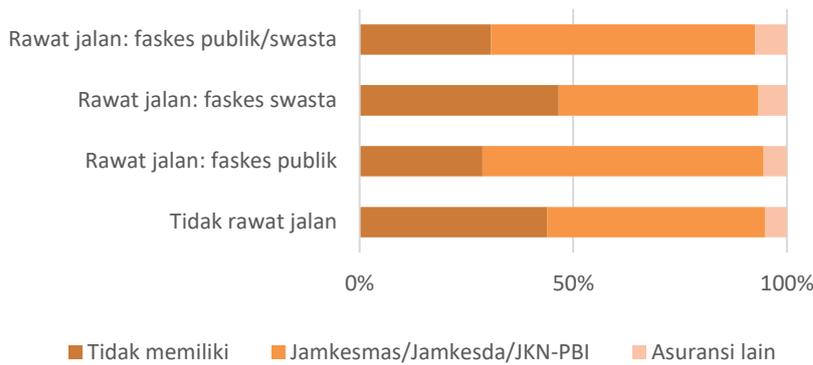
**Gambar 11. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan di Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan) pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Keterangan: Faskes publik meliputi rumah sakit pemerintah, puskesmas/pustu, dan UKBM (posyandu, polindes, dan pos kesehatan desa/poskesdes), sedangkan faskes swasta meliputi rumah sakit swasta, dokter praktik mandiri/poliklinik, tenaga kesehatan praktik mandiri.

**Gambar 12. Tren Kunjungan Rawat Jalan pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Berdasarkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan Tahun 2020**



Sumber: Susenas 2020 (diolah)

#### 4.2.2 Layanan Rawat Inap

Serupa dengan pemanfaatan layanan rawat jalan, pemanfaatan layanan rawat inap juga mengalami peningkatan dalam jangka waktu 2011–2020 (Tabel 3). Lonjakan besar peningkatan rawat inap terjadi sejak 2015 pada seluruh kelompok masyarakat. Pada periode ini, Program JKN sudah berjalan. Kelompok masyarakat pada kuintil 4 dan 5 cenderung memiliki tingkat pemanfaatan layanan rawat inap yang lebih tinggi dari tahun ke tahun jika dibandingkan dengan kelompok miskin (kuintil 1 dan 2). Meskipun demikian, pada kelompok termiskin (kuintil 1), terjadi peningkatan sekitar tiga kali lipat dalam pemanfaatan layanan rawat inap, yakni dari 1,04% pada 2011 menjadi 3,18% pada 2020. Berbeda dengan layanan rawat jalan, pada 2020 tidak terdapat penurunan besar dalam pemanfaatan layanan rawat inap pada seluruh kelompok masyarakat.

**Tabel 3. Pemanfaatan Layanan Rawat Inap Berdasarkan Tahun dan Indeks Kesejahteraan (%)**

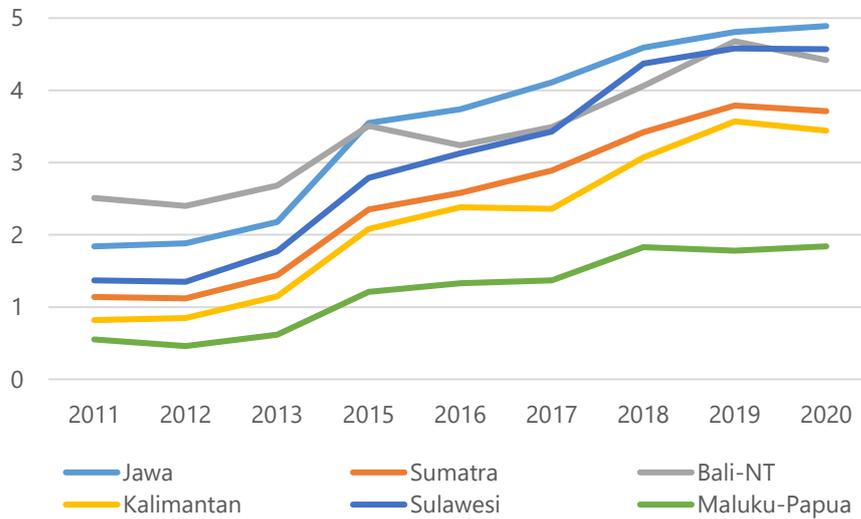
Kelompok	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kuintil 1	1,04	1,07	1,32	2,11	2,31	2,49	3,05	3,18	3,18
Kuintil 2	1,64	1,59	1,87	3,02	3,20	3,49	4,11	4,40	4,31
Kuintil 3	1,97	1,86	2,20	3,48	3,66	4,04	4,70	4,83	4,93
Kuintil 4	2,27	2,07	2,53	3,84	3,91	4,34	4,88	5,28	5,31
Kuintil 5	2,74	2,47	3	4,43	4,70	5,11	5,57	6,04	6,10

Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Layanan rawat inap lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat miskin di wilayah Jawa, Bali-NT, dan Sulawesi. Layanan rawat inap juga mengalami peningkatan yang besar di wilayah Kalimantan dan Sumatra meskipun persentasenya dari tahun ke tahun masih lebih rendah daripada wilayah Jawa. Berbeda dengan layanan rawat jalan, pemanfaatan layanan rawat inap di wilayah Maluku–Papua cukup rendah. Berdasarkan data Statistik JKN 2015–2019, hanya Provinsi Papua yang mengalami peningkatan jumlah FKRTL mitra BPJS

Kesehatan, yakni dari 25 pada 2015 menjadi 30 pada 2019 (Dewan Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan, 2021).

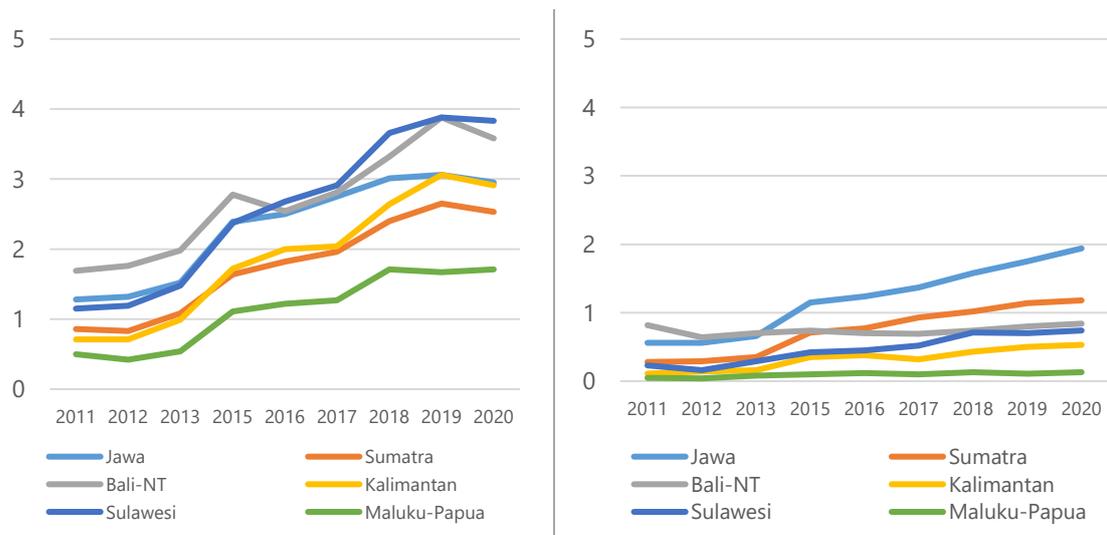
**Gambar 13. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Inap di Faskes pada Masyarakat Miskin**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Pemanfaatan layanan rawat inap lebih banyak terjadi di faskes pemerintah daripada faskes swasta. Masyarakat miskin di wilayah Sulawesi dan Bali-NT secara konsisten lebih banyak menggunakan faskes pemerintah sejak 2011 hingga 2020. Untuk faskes swasta, layanan rawat inap lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat miskin di wilayah Jawa. Sementara itu, wilayah Maluku-Papua memiliki tren pemanfaatan layanan rawat inap yang sama rendahnya baik di faskes pemerintah maupun faskes swasta.

**Gambar 14. Tren Pemanfaatan Layanan Rawat Inap di Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan) oleh Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu**

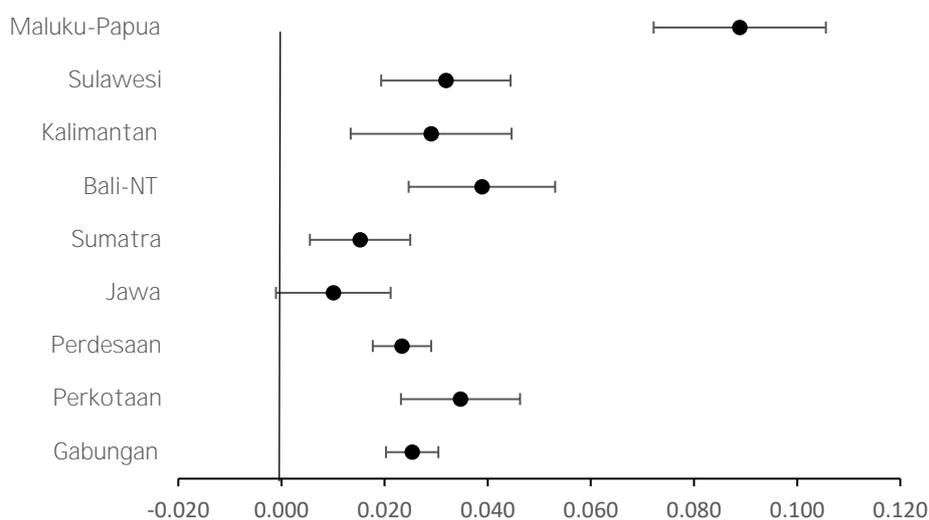


Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

### 4.2.3 Dampak Program JKN terhadap Pemanfaatan Layanan Kesehatan oleh Masyarakat Miskin

Hasil analisis dampak Program JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan oleh masyarakat miskin disajikan pada Gambar 15. Secara umum, terlihat bahwa program asuransi kesehatan sosial memiliki dampak yang positif dan signifikan terhadap hampir seluruh kelompok masyarakat. Hasil keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial memiliki probabilitas 2,5% lebih tinggi untuk memanfaatkan layanan rawat jalan daripada masyarakat miskin yang tidak tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa wilayah Maluku-Papua memiliki dampak paling besar, yakni 8,9%. Di sisi lain, dampak program asuransi kesehatan sosial terhadap masyarakat miskin di wilayah Jawa dalam hal layanan rawat jalan menunjukkan hasil yang tidak signifikan (95% *confidence interval*/CI<sup>8</sup> berimpit dengan 0).

**Gambar 15. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

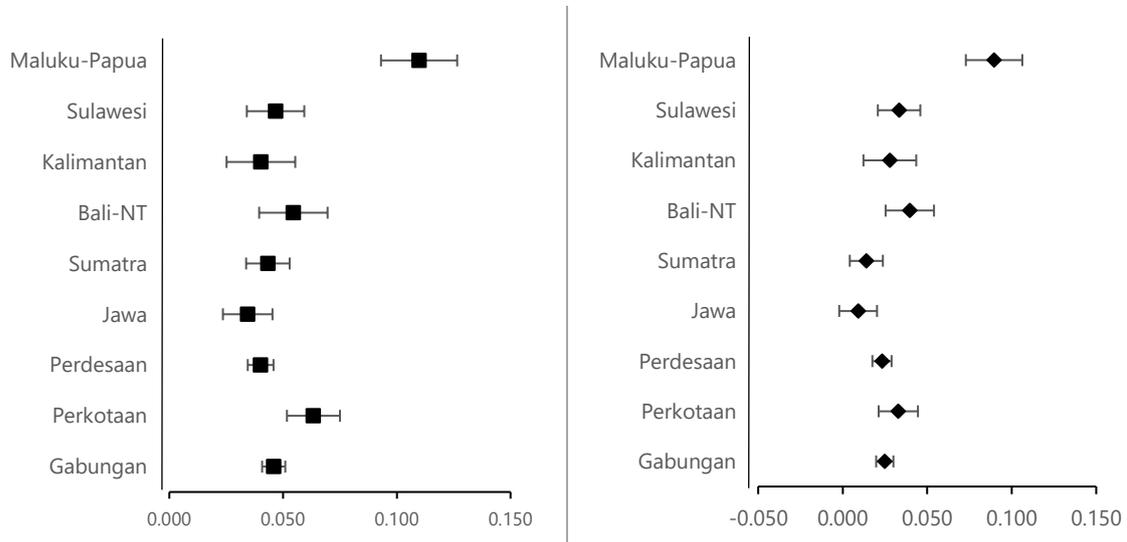
Keterangan: Dibuat perbandingan antara peserta Jamkesmas/jamkesda/JKN-PBI dan masyarakat yang tidak memiliki asuransi sama sekali. Pemadanan dilakukan berdasarkan variabel sosiodemografi, seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, status pekerjaan, usia, dan jenis kelamin. Hasil lengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 4.

Dampak Program JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan oleh masyarakat miskin terlihat lebih besar pada faskes pemerintah. Gambar 16 menunjukkan bahwa dampak JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan di faskes pemerintah positif dan signifikan pada seluruh kelompok masyarakat. Dampak terbesar terlihat di Maluku-Papua, yakni sekitar 11%, sedangkan dampak terendah terlihat di wilayah Jawa. Untuk pemanfaatan layanan rawat jalan di faskes swasta, beberapa kelompok masyarakat menunjukkan hasil yang tidak signifikan (95% CI berimpit dengan 0), seperti kelompok masyarakat di Kalimantan, Sumatra, dan Jawa. Namun, secara keseluruhan, Program JKN memiliki

<sup>8</sup>dalam bidang statistik di Indonesia, sering disebut dengan istilah “selang kepercayaan”

dampak sebesar 2,5% terhadap masyarakat yang memiliki asuransi kesehatan sosial, dibandingkan dengan masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan apa pun.

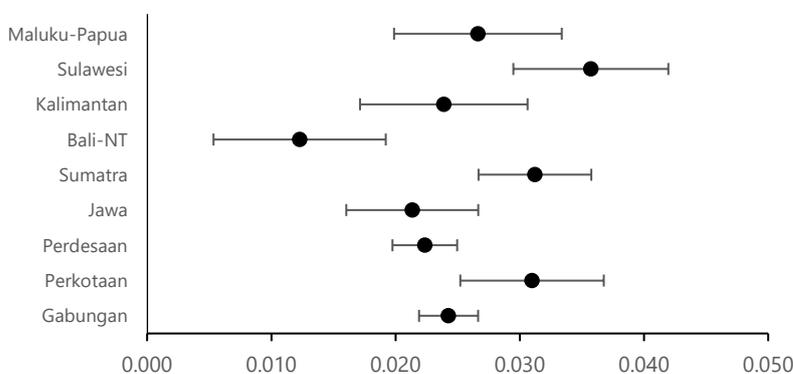
**Gambar 16. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan)**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)  
Keterangan: Lihat keterangan pada Gambar 15.

Hasil analisis dampak Program JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat inap masyarakat miskin ditampilkan pada Gambar 17. Secara umum, terlihat bahwa program asuransi kesehatan sosial memiliki dampak yang positif dan signifikan terhadap seluruh kelompok masyarakat. Hasil keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial memiliki probabilitas 2,4% lebih tinggi untuk memanfaatkan layanan rawat inap, dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak tergabung dalam program asuransi kesehatan sosial. Pemilahan analisis berdasarkan wilayah tinggal menunjukkan hasil yang serupa antarwilayah (95% CI berimpitan satu sama lain).

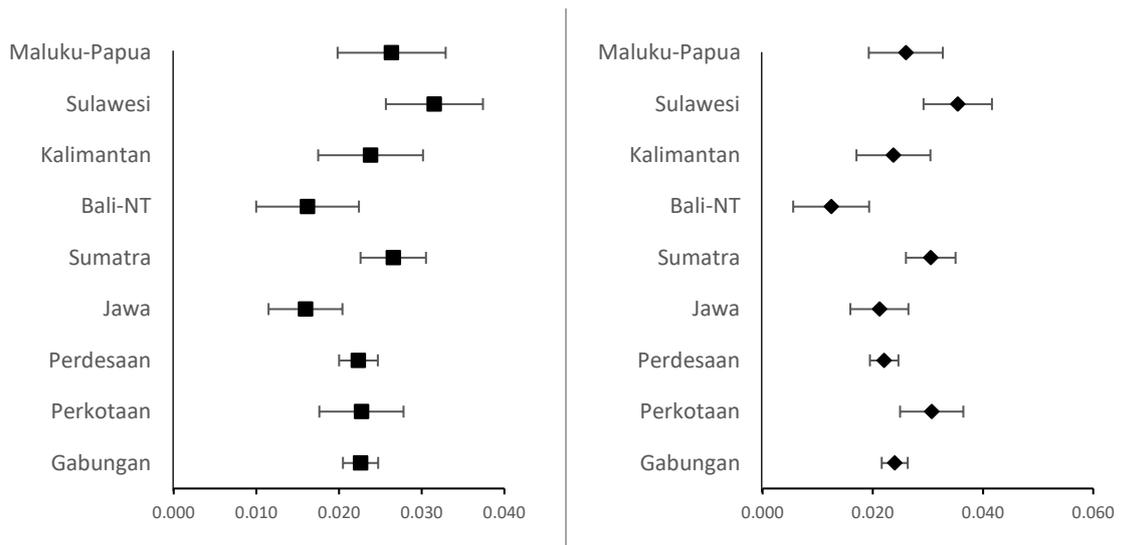
**Gambar 17. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)  
Keterangan: Lihat keterangan pada Gambar 15. Hasil lengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 5.

Dampak Program JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat inap tidak berbeda jauh antara pemanfaatan yang terjadi di faskes pemerintah dan pemanfaatan yang terjadi faskes swasta. Gambar 18 memperlihatkan hasil yang positif dan signifikan pada seluruh kelompok masyarakat dengan hasil yang berkisar 0,8%–3,8% untuk faskes pemerintah dan 0,4%–4,2% untuk faskes swasta.

**Gambar 18. Dampak Kepesertaan Asuransi Kesehatan Sosial Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Faskes Pemerintah (Kiri) dan Swasta (Kanan)**



Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Keterangan: Lihat keterangan pada Gambar 15. Hasil lengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 5.

Dampak Program JKN terhadap peningkatan pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap cenderung minim meskipun positif dan signifikan. Wawancara mendalam menemukan bahwa keputusan informan untuk mengakses layanan kesehatan tidak sepenuhnya dipengaruhi kepemilikan asuransi kesehatan. Faktor lain, seperti tingkat keparahan penyakit yang diderita dan perkembangan situasi (yakni tingginya kasus COVID-19), juga menjadi pertimbangan informan untuk berkunjung ke faskes.

... sudah berapa bulan ini tidak aktif lagi [berobat rutin] karena *kayaknya* [Bapak] *udah ngerasain* enak [lebih sehat], *gak* ada keluhan lagi. (Peserta JKN-PBI, perempuan, 45 tahun, 21 Agustus 2021)

... semenjak ada COVID-19 ini [dilarang datang ke puskesmas]. [Yang melarang] banyak ... tetangga-tetangga. (Bukan peserta JKN, perempuan, 25 tahun, 20 Agustus 2021)

Pada wawancara mendalam ditemukan bahwa tidak ada permasalahan akses, stigma, ataupun komunitas yang merupakan dorongan disinsentif bagi informan untuk datang ke faskes.

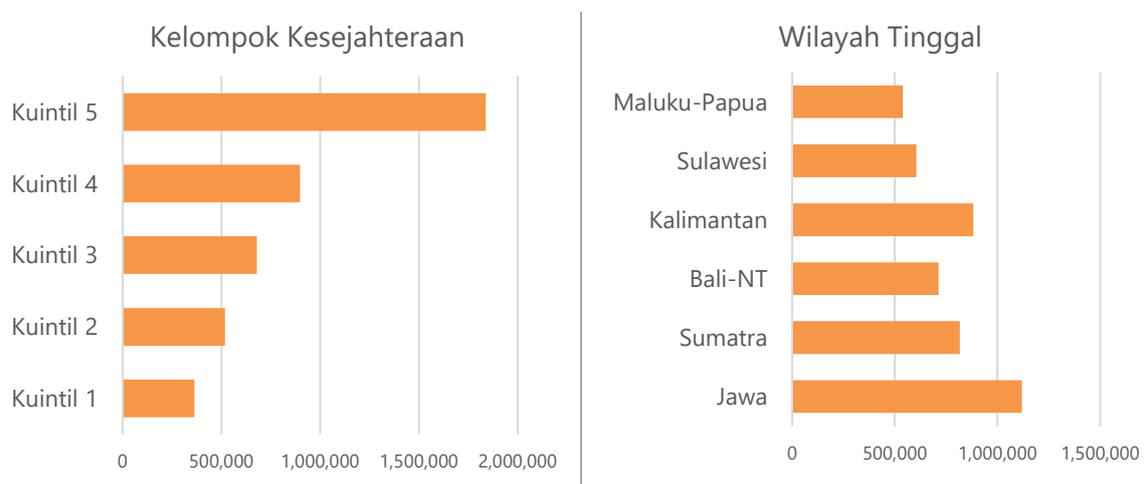
... *ndak* pernah [sampai tidak jadi berobat]. *Paling* diantarkan tetangga. Kalau *enggak* [tetangga], saudara kalau tidak ada yang mengantar. (Bukan peserta JKN, perempuan, 25 tahun, 20 Agustus 2021)

## 4.3 OOP pada Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu

### 4.3.1 OOP Medis

Salah satu tujuan implementasi program asuransi kesehatan sosial adalah mengurangi beban finansial masyarakat ketika mereka mengakses layanan kesehatan. Data gabungan Susenas 2018–2020 menunjukkan bahwa masih terdapat biaya OOP yang dikeluarkan masyarakat untuk kebutuhan medis (layanan kuratif, obat-obatan, dan layanan preventif). Gambar 19 memperlihatkan bahwa, berdasarkan kelompok kesejahteraan, OOP terbesar secara jelas berada pada kelompok masyarakat terkaya (Rp1.836.937). Besaran OOP ini hampir lima kali lipat besaran OOP kelompok masyarakat miskin kuintil 1 (Rp363.769) dan kuintil 2 (Rp517.489). Kemudian, jika dilihat dari wilayah tinggal, perbedaan OOP antarwilayah tidak terlalu jauh, dengan OOP terbesar berada di Jawa (Rp1.118.300) dan Kalimantan (Rp881.351).

**Gambar 19. Rerata OOP Berdasarkan Kelompok Kesejahteraan dan Wilayah Tinggal**



Sumber: Susenas 2018–2020 (diolah)

Keterangan: OOP total layanan kuratif, obat-obatan, dan layanan preventif selama 2018–2020; tidak mengikutsertakan nilai 0; disesuaikan dengan nilai riil (GDP Deflator 2018)

Pada rumah tangga miskin, komposisi anggota rumah tangga terlihat memengaruhi besaran OOP yang dikeluarkan. Gambar 20 menunjukkan bahwa rumah tangga dengan anggota lansia mengalami rerata pengeluaran OOP yang lebih besar (Rp615.571) daripada rumah tangga yang tidak punya anggota lansia (Rp389.747). Pengeluaran OOP yang cukup tinggi juga berada pada rumah tangga miskin yang memiliki anggota yang sakit (Rp548.187). Di sisi lain, tidak terlihat perbedaan OOP yang jauh antara rumah tangga yang memiliki anak balita dan rumah tangga yang dikepalai perempuan.

**Gambar 20. Rerata OOP Berdasarkan Komposisi Anggota Rumah Tangga Miskin**



Sumber: Susenas 2018–2020 (diolah)  
 Keterangan: Lihat keterangan pada Gambar 19.

### 4.3.2 Pengaruh Kepesertaan JKN Rumah Tangga Miskin terhadap OOP Medis

Secara umum, ditemukan bahwa kepesertaan rumah tangga miskin dalam Program JKN secara signifikan mengurangi beban biaya OOP sebesar 23,6% atau Rp41.817 (Gambar 21). Pengaruh kepesertaan JKN rumah tangga miskin pada pengurangan OOP terlihat lebih besar dan signifikan di area perdesaan, yakni hingga 30,1% (Rp50.026). Selain itu, OOP pada rumah tangga miskin peserta JKN di wilayah Sulawesi dan Maluku-Papua juga lebih rendah (masing-masing sebesar 21,4% dan 19,4%). Uniknya, studi ini juga menemukan adanya peningkatan signifikan OOP medis pada peserta JKN dari kelompok rumah tangga miskin di Sumatra sebesar 12% (Rp5.612).

**Gambar 21. Pengaruh JKN terhadap OOP Berdasarkan Area dan Wilayah Tinggal**



Sumber: Susenas 2018–2020 (diolah)

Keterangan: Dibuat perbandingan antara rumah tangga yang merupakan peserta Jamkesmas/jamkesda/JKN-PBI dan rumah tangga yang tidak memiliki asuransi sama sekali. Pembedaan dilakukan berdasarkan variabel sosiodemografi, seperti wilayah, area, kondisi sanitasi rumah, kondisi kelayakan rumah, tingkat pendidikan KRT, dan usia KRT; disesuaikan dengan nilai riil (GDP Deflator 2018). Hasil lengkap dan efek marginalnya dapat dilihat pada Lampiran 6 dan Lampiran 7.

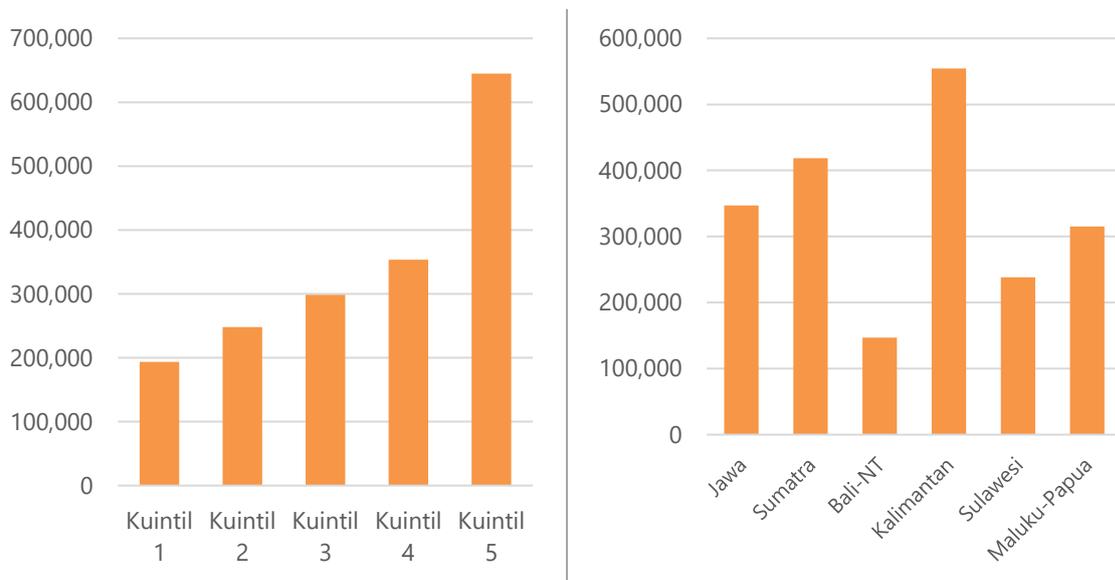
\*\*\*signifikan pada 1%

\*\*signifikan pada 5%

### 4.3.3 OOP Nonmedis (Transportasi)

Selain pada OOP medis, beban finansial yang besar biasanya terjadi pada OOP untuk kebutuhan nonmedis, seperti transportasi dan akomodasi. Sejak Susenas 2018, terdapat kategori khusus untuk pengeluaran transportasi ke faskes yang dibayarkan secara tunai (OOP). Hasil analisis menunjukkan bahwa, secara garis besar, pengeluaran nonmedis rata-rata untuk transportasi adalah Rp320.239. Gambar 22 menunjukkan pengelompokan OOP nonmedis berdasarkan kuintil kesejahteraan dan wilayah tinggal. Berdasarkan indeks kesejahteraan, terlihat bahwa makin tinggi kelompok kuintil, makin besar OOP nonmedis yang dikeluarkan. Kelompok terkaya rata-rata mengeluarkan uang Rp645.000 untuk biaya transportasi ke faskes, sedangkan masyarakat kelompok terbawah (kuintil 1 dan 2) rata-rata mengeluarkan masing-masing Rp193.846 dan Rp248.000. Jika dilihat berdasarkan wilayah tinggal, masyarakat di Kalimantan mengeluarkan biaya OOP tertinggi untuk mengakses faskes, yakni rata-rata sekitar Rp554.000.

**Gambar 22. Rerata OOP Nonmedis (Transportasi) Berdasarkan Indeks Kesejahteraan dan Wilayah Tinggal**



Sumber: Susenas 2018–2020 (diolah)

Keterangan: OOP transportasi darat (2018); transportasi darat, udara, dan laut (2019–2020); tidak mengikutsertakan nilai 0; disesuaikan dengan nilai riil (GDP Deflator 2018)

Besaran penurunan OOP pada analisis kuantitatif serupa dengan biaya medis yang harus dikeluarkan informan apabila berobat ke faskes yang tidak bermitra dengan BPJS Kesehatan. Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa biaya yang dikeluarkan informan apabila berkunjung ke dokter praktik mandiri adalah Rp25.000–Rp50.000, tergantung pada tingkat keluhan. Apabila berkunjung ke puskesmas, informan mengeluarkan biaya sebesar Rp15.000, tetapi jumlah ini belum termasuk obat-obatan yang dibeli sendiri di apotek.

[Kalau di tempat praktik dokter mandiri, biaya berobat] ada yang lima puluh ribu [rupiah], tiga puluh ribu, sampai delapan puluh ribu ada. Tergantung obatnya. [Kami membayar] delapan puluh ribu waktu berobat anak alergi pasir. (Bukan peserta JKN, perempuan, 25 tahun, 20 Agustus 2021)

Kalau di puskesmas, semua gratis. [Kalau di tempat praktik dokter mandiri, biaya berobat] enam puluh [ribu rupiah] ... . Paling murah itu lima puluh [ribu] sudah semuanya, tidak *dirinci-rinci*. (Peserta JKN-PBI, perempuan, 21 Agustus 2021)

Jumlah tersebut tidak terlalu besar jika dibandingkan dengan biaya nonmedis yang harus dikeluarkan informan. Sebagai contoh, seorang informan harus merogoh kocek sebesar Rp600.000 untuk menyewa kendaraan ketika dia harus mendapatkan layanan rawat jalan ke rumah sakit dengan waktu tempuh sekitar lima jam. Selain itu, ada juga informan yang harus mengeluarkan biaya Rp300.000 untuk menyediakan makan bagi anggota keluarga yang menunggu dirinya pada saat dia menjalani rawat inap. Biaya ini tentunya memberatkan rumah tangga meskipun tidak ada biaya medis yang dikeluarkan karena mereka merupakan peserta JKN.

[Biaya] rental mobil sekitar enam ratusan [enam ratus ribu rupiah] [untuk pergi ke rumah sakit yang waktu tempuhnya lima jam perjalanan]. (Peserta JKN-PBI, perempuan, 43 tahun, 19 Agustus 2021)

## 4.4 Analisis Uji Ketegaran

Untuk menguji kesesuaian data, penelitian ini menghitung ulang dampak kepesertaan JKN terhadap pemanfaatan layanan kesehatan dan OOP. Pengujian dilakukan kembali dengan menggunakan definisi kemiskinan yang berbeda. Kriteria rumah tangga miskin diubah dari dua kelompok terbawah indeks kesejahteraan menjadi 40% penduduk yang mengalami pengeluaran per kapita terendah setiap tahun. Secara umum, penghitungan ulang menunjukkan hasil serupa. Pada analisis dampak terhadap pemanfaatan faskes, ditemukan hasil yang positif dan signifikan (Lampiran 2). Meskipun dalam beberapa kelompok terjadi perubahan, dampak JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan di Kalimantan tidak signifikan. Sementara itu, di wilayah Jawa, dampak kepesertaan JKN masyarakat miskin terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan justru menjadi signifikan.

Analisis uji ketegaran pengaruh kepesertaan JKN terhadap OOP medis pada tingkat rumah tangga juga menghasilkan hitungan serupa, tetapi sedikit lebih rendah (Lampiran 3). Pada tingkat nasional, terjadi penurunan OOP medis sebesar 18,3% (Rp31.258) pada rumah tangga yang merupakan peserta JKN. Selain itu, pengaruh kepesertaan JKN di area perkotaan dan wilayah Maluku-Papua juga menjadi signifikan. Secara umum, penurunan OOP masyarakat miskin peserta JKN di perkotaan lebih rendah daripada penurunan yang sama di perdesaan, yakni 5% (Rp16.978) di perkotaan dan 24% (Rp36.949) di perdesaan. Di wilayah Maluku-Papua, kepesertaan JKN mengurangi OOP medis sebesar 17%, dibandingkan dengan OOP medis pada masyarakat miskin yang tidak menjadi peserta asuransi apa pun.

## V. Diskusi

Secara garis besar, kajian ini menunjukkan bahwa kehadiran Program JKN mampu memberikan manfaat bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Selain terdapat peningkatan jumlah masyarakat miskin yang tercakup dalam Program JKN, terjadi juga peningkatan probabilitas akses masyarakat miskin ke faskes dan pengurangan OOP pada saat masyarakat mengakses layanan kesehatan. Meskipun demikian, probabilitas peningkatan akses masyarakat miskin ke layanan kesehatan masih cukup rendah, yakni 2,5% untuk pemanfaatan layanan rawat jalan dan 2,4% untuk pemanfaatan layanan rawat inap. Adapun peningkatan terbesar yang terjadi di wilayah Maluku-Papua (11%), hal ini ditemukan hanya pada pemanfaatan layanan rawat jalan, sedangkan pemanfaatan layanan rawat inap peningkatan probabilitasnya tidak besar. Program JKN juga berasosiasi dengan berkurangnya pengeluaran OOP masyarakat miskin. Masyarakat miskin yang tergabung dalam Program JKN mengeluarkan biaya OOP lebih rendah 23% jika dibandingkan dengan masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam Program JKN. Hal ini tentu sangat baik, mengingat persentase masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam program asuransi kesehatan apa pun terus menurun dari waktu ke waktu.

### 5.1 Berbagai Kendala dalam Upaya Perluasan Kepesertaan JKN-PBI

Bertambahnya jumlah peserta JKN-PBI sejalan dengan makin besarnya dana yang dikurangkan pemerintah untuk membiayai asuransi kesehatan kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu. Statistik JKN 2015–2019 menyebutkan bahwa jumlah peserta JKN-PBI meningkat dari tahun ke tahun dan masih merupakan kepesertaan terbesar dalam Program JKN (Dewan Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan, 2021). Sejak 2018, dana yang dikurangkan pemerintah untuk pembiayaan PBI dalam Program JKN mengalami peningkatan hampir dua kali lipat, yakni dari sekitar 25,5 triliun rupiah pada 2018 menjadi 48,8 triliun pada 2020 (Kementerian Keuangan, 2020). Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah untuk memberikan proteksi finansial kepada masyarakat miskin dan tidak mampu melalui penyediaan jaminan kesehatan. Selain itu, terdeteksi pula komitmen pemda untuk memastikan jaminan kesehatan sosial bagi warganya. Hingga September 2020, diketahui bahwa sudah empat provinsi di Indonesia mendapatkan penghargaan UHC, yakni penghargaan sebagai daerah dengan hampir 100% penduduknya terdaftar dalam Program JKN (*Fokusborneo.com*, 2020). Bahkan, Provinsi Papua Barat telah mencapai UHC sejak 2018 (BPJS Kesehatan, 2018). Adanya upaya pemda untuk memperluas kepesertaan JKN berkontribusi pada tingginya peningkatan jumlah peserta JKN di wilayah Maluku-Papua (Gambar 6).

Akan tetapi, kajian ini juga menemukan bahwa kepesertaan JKN pada anak balita dari rumah tangga miskin masih relatif rendah dari tahun ke tahun jika dibandingkan dengan kepesertaan JKN pada kelompok usia lainnya (Gambar 8). Hal ini sejalan dengan temuan penelitian lain sebelumnya yang mengidentifikasi kesenjangan kepesertaan JKN pada anak, yakni 48% pada anak di bawah 18 tahun, 18% pada anak balita, dan 12% pada bayi

(Agustina *et al.*, 2018; Kusumaningrum *et al.*, 2020<sup>9</sup>). Di sisi lain, Peraturan Presiden (Perpres) No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menggariskan, “Bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan secara otomatis ditetapkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.” Dalam implementasinya, kebijakan ini masih menemui berbagai kendala yang menyebabkan rendahnya kepesertaan JKN anak balita. Irtanto dan Sutanto (2019) dalam penelitiannya di Kabupaten Probolinggo menemukan bahwa hambatan implementasi Perpres No. 82 tersebut, khususnya dalam hal kepesertaan JKN bayi baru lahir, adalah, antara lain, prosedur pendaftaran yang rumit bagi masyarakat miskin dan keterbatasan anggaran daerah untuk menanggung pembiayaan JKN bagi bayi baru lahir melalui SKTM. Meskipun demikian, upaya untuk meningkatkan proteksi kesehatan, terutama bagi anak dari rumah tangga miskin, harus terus dilakukan, mengingat masih tingginya kerentanan anak balita terhadap berbagai penyakit. Untuk itu, dibutuhkan evaluasi terhadap implementasi kebijakan Perpres No. 82 Tahun 2018, terutama dalam hal kendala perluasan cakupan pada bayi dan anak balita.

Penelitian ini menemukan bahwa kepesertaan JKN-PBI maupun jamkesda pada masyarakat miskin dan tidak mampu di Kalimantan lebih rendah daripada wilayah-wilayah lainnya dari tahun ke tahun. Temuan ini sejalan dengan penelitian Dartanto *et al.* (2017a) yang melaporkan bahwa kepesertaan JKN di Kalimantan Barat merupakan yang terendah di Indonesia meskipun tetap mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Beberapa penelitian telah membahas persoalan yang menghambat perluasan cakupan kepesertaan JKN di Kalimantan, di antaranya masih kurangnya pengetahuan masyarakat akan Program JKN; kurangnya sosialisasi tata cara untuk menjadi peserta PBI daerah, terutama bagi masyarakat miskin; serta ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan di faskes (Maryuni, Pardi, dan Eka, 2019; Asrinawaty, Anwary, dan Darma, 2020). Hal ini sejalan dengan salah satu temuan pendekatan kualitatif pada kajian ini, yakni kurangnya pemahaman masyarakat akan prosedur pendaftaran kepesertaan PBI di Kabupaten Gunungkidul.

Dalam hal ketimpangan kepesertaan JKN-PBI, penelitian ini menemukan bahwa tidak ada perbedaan besar pada kepesertaan masyarakat miskin dalam Program JKN, baik berdasarkan area perdesaan/perkotaan maupun jenis kelamin KRT (Gambar 6 dan Gambar 7). Secara umum, persentasenya juga terus meningkat dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan bahwa Pemerintah Pusat dan pemda memiliki prioritas yang sama dalam memberikan proteksi bagi masyarakat, baik di perkotaan maupun perdesaan. Selain itu, pencegahan ketimpangan kepesertaan masyarakat miskin pada program asuransi kesehatan sosial berdasarkan jenis kelamin KRT sudah sejak lama dilakukan. Berdasarkan pendataan PPLS 2011, rumah tangga yang dikepalai perempuan lebih banyak mendapatkan Program Jamkesmas dan Raskin daripada rumah tangga yang dikepalai laki-laki (Lockley, Tobias, dan Bah, 2013).

---

<sup>9</sup>Penelitian ini dilakukan di lima provinsi di Indonesia, yakni Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Selatan.

## 5.2 Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap pada Masyarakat Miskin yang Tergabung dalam Program JKN

Penelitian ini menemukan bahwa, dalam pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap, kepesertaan JKN-PBI pada masyarakat miskin meningkatkan probabilitas mereka untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian serupa. Sparrow, Suryahadi, dan Widyanti (2013) menemukan bahwa terjadi peningkatan pemanfaatan layanan rawat jalan di semua jenis faskes pada masyarakat miskin yang tercakup dalam Program Jamkesmas pada 2005 dan 2006. Hasil saat itu menunjukkan angka 5% untuk pemanfaatan layanan rawat jalan di semua jenis faskes, 4,3% untuk layanan rawat jalan di faskes pemerintah, dan 3,3% untuk layanan rawat jalan di puskesmas. Penelitian Erlangga *et al.* (2019) juga menunjukkan adanya peningkatan sebesar 1,8% pada probabilitas pemanfaatan layanan rawat inap oleh peserta jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah, sedangkan layanan rawat jalan hasilnya tidak signifikan pada peserta yang disubsidi pemerintah.

Dampak Program JKN terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap sedikit lebih tinggi di area perkotaan daripada perdesaan. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian lain yang menjelaskan bahwa lebih bervariasinya jenis faskes di area perkotaan membuat akses peserta jaminan kesehatan sosial terhadap layanan rawat jalan maupun rawat inap lebih mudah (Liu dan Zhao, 2014; Gotsadze *et al.*, 2015), dibandingkan dengan area perdesaan yang banyak bertumpu pada puskesmas/pustu (Sparrow, Suryahadi, dan Widyanti, 2013). Masyarakat di perkotaan juga memiliki akses informasi yang lebih baik sehingga besar kemungkinannya bahwa mereka lebih mengetahui manfaat Program JKN. Selain itu, masyarakat perdesaan lebih enggan mengakses layanan kesehatan karena jauhnya jarak ke faskes yang menimbulkan beban biaya transportasi, akomodasi, maupun perasaan berat hati untuk meninggalkan pekerjaan dalam waktu yang lama (Laksono, Wulandari, dan Soedirham, 2019).

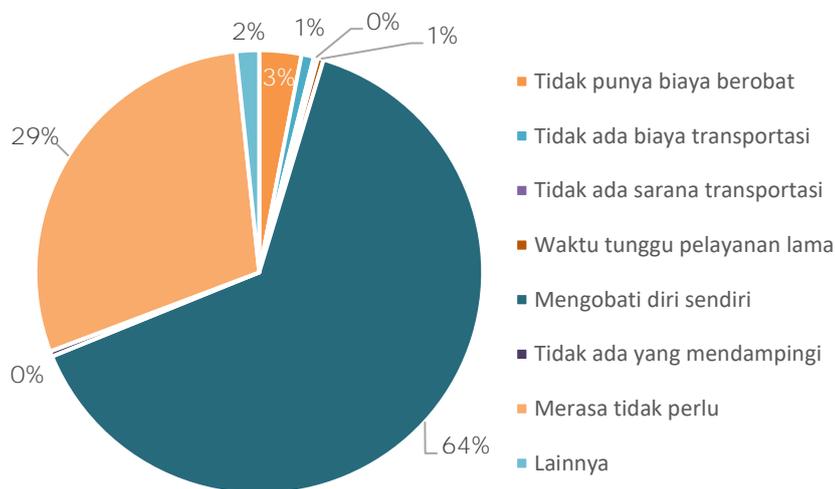
Program JKN berdampak besar terhadap pemanfaatan layanan rawat jalan di wilayah Maluku-Papua. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Anindya *et al.* (2020) mengenai akses layanan KIA sebelum dan sesudah adanya Program JKN. Penelitian tersebut melaporkan bahwa Program JKN berasosiasi dengan lebih besarnya pemanfaatan layanan KIA (kunjungan pemeriksaan kehamilan, kunjungan persalinan, dan kunjungan pemeriksaan nifas) di kawasan timur Indonesia, dibandingkan dengan Jawa dan Bali. Adanya percepatan peningkatan kepesertaan JKN di Provinsi Papua Barat—hingga provinsi ini mencapai UHC pada 2018 (BPJS Kesehatan, 2018)—yang berkombinasi dengan peningkatan kemitraan BPJS Kesehatan dengan faskes swasta bisa jadi merupakan salah satu penyebab membaiknya akses layanan rawat jalan di wilayah ini.

Program JKN diketahui memberikan manfaat bagi masyarakat miskin, tetapi kajian ini menemukan efek yang relatif kecil jika dibandingkan dengan subsidi yang diberikan pemerintah. Beberapa penelitian di negara berkembang lainnya melaporkan besaran dampak positif program yang bervariasi, mulai dari 2% hingga 12% (Gotsadze *et al.*, 2015; Erlangga *et al.*, 2019; Thuong, 2020). Hal ini secara tidak langsung mengindikasikan adanya *adverse selection*, yakni bahwa dampak Program JKN lebih banyak dinikmati penduduk yang lebih kaya (Erlangga, Ali, dan Bloor, 2019). Selain itu, jaminan kesehatan

bukan merupakan satu-satunya faktor pendorong masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan. Faktor lain, seperti kesadaran akan pentingnya kesehatan, kemudahan akses, dan kualitas layanan, memengaruhi keputusan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan di faskes.

Pemanfaatan layanan rawat jalan oleh masyarakat ketika mereka sakit masih rendah karena mayoritas masyarakat memilih untuk melakukan pengobatan sendiri atau merasa tidak perlu berobat ke faskes. Data Susenas 2017–2020 memiliki tambahan variabel yang dapat menjelaskan alasan mengapa masyarakat tidak berkunjung ke faskes ketika mereka sakit. Dari data tersebut, diketahui bahwa 64% penduduk miskin yang tidak memanfaatkan layanan rawat jalan memilih mengobati dirinya sendiri (Gambar 23). Selain itu, 29% penduduk miskin yang mengaku memiliki keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir merasa tidak perlu berkunjung ke faskes. Hanya ada sebagian kecil penduduk miskin (3%) yang mengeluhkan ketiadaan biaya berobat untuk memeriksakan diri ke faskes.

**Gambar 23. Alasan Utama Tidak Berobat Jalan pada Masyarakat Miskin**

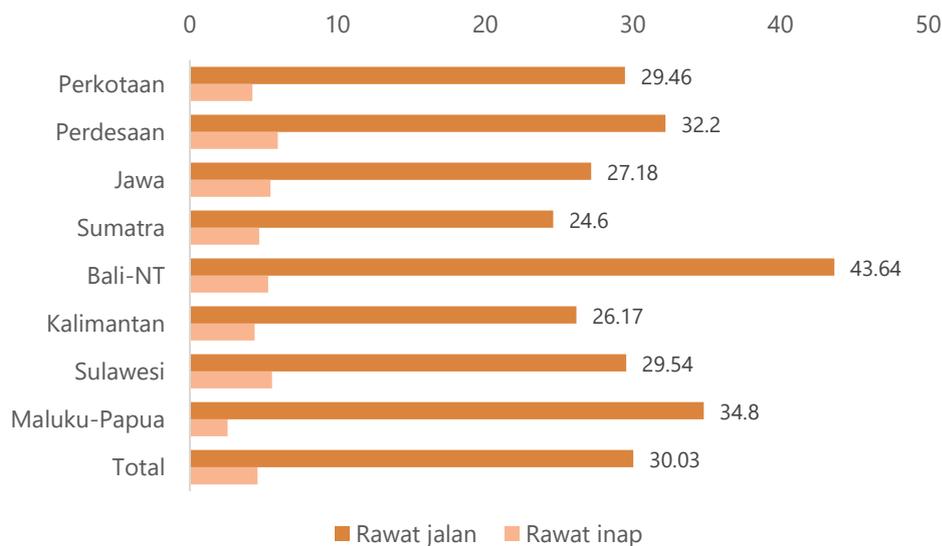


Sumber: Susenas 2017–2020 (diolah)

Dari penduduk miskin yang merupakan peserta JKN/jamkesda, tidak sampai 50%-nya pernah memanfaatkan kartunya untuk mendapatkan layanan rawat jalan maupun rawat inap (Gambar 24). Pemanfaatan jaminan kesehatan untuk rawat inap jauh lebih kecil, yakni kurang dari 10%. Jika dilihat berdasarkan wilayah, pemanfaatan JKN/jamkesda untuk mendapatkan layanan rawat jalan paling banyak terjadi di Provinsi Bali dan area perkotaan, sedangkan untuk rawat inap, penggunaan terbesar terjadi di wilayah Sulawesi dan Jawa serta area perkotaan. Lampiran 8 dan Lampiran 9 memperlihatkan alasan yang dikemukakan masyarakat miskin mengenai tidak digunakannya jaminan kesehatan yang mereka miliki. Sebagian besar dari mereka mengaku tidak memiliki keluhan yang membutuhkan rawat jalan (63%) ataupun gangguan kesehatan yang membuat mereka memerlukan rawat inap (97%). Ada juga masyarakat miskin yang mengaku tidak memanfaatkan jaminannya untuk rawat jalan karena waktu antrean yang lama, dan persentase kelompok ini lebih besar di area perkotaan (2,6%) dan wilayah Jawa (3,6%). Jika dilihat alasan lebih lanjut, diketahui bahwa sebagian kecil penduduk miskin tidak

memanfaatkan jaminan kesehatannya untuk mendapatkan layanan rawat jalan karena tidak mengetahui prosedur penggunaan kartu. Persentase ketaktahuan ini lebih besar di area perdesaan (1,5%) daripada perkotaan (1,2%). Adapun penolakan terhadap penggunaan JKN/jamkesda masyarakat miskin di faskes, jumlahnya sangat kecil, yakni 0,35% untuk rawat jalan dan 0,09% untuk rawat inap (Lampiran 10).

**Gambar 24. Persentase Penduduk Miskin yang Pernah Memanfaatkan JKN/Jamkesda**



Sumber: Susenas 2018–2020 (diolah)

### 5.3 Berkurangnya OOP pada Masyarakat Miskin yang Tergabung dalam Program JKN

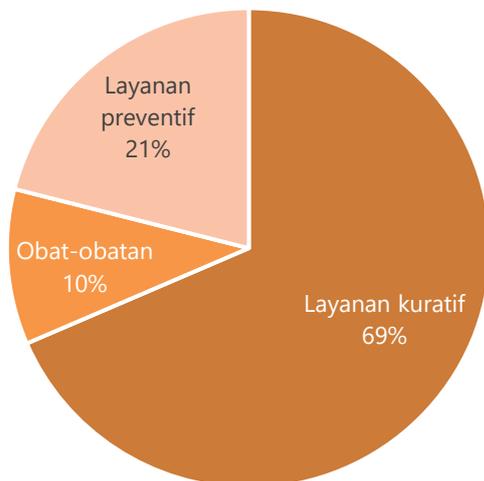
Adanya penurunan OOP pada rumah tangga miskin yang memiliki jaminan kesehatan (JKN-PBI) sejalan dengan hasil berbagai penelitian di Indonesia maupun negara berkembang lainnya (Sahoo dan Madheswaran, 2014; Hidayat *et al.*, 2015; Aizawa, 2019; Thuong, 2020). Studi Maulana *et al.* (2021) juga menemukan adanya penurunan OOP pada rumah tangga miskin yang merupakan peserta JKN. Pada penelitiannya yang menggunakan data Susenas 2018 dan 2019, dilaporkan adanya penurunan OOP pada kelompok masyarakat kuintil 1 dan 2, masing-masing sebesar 38% dan 40%. Selain itu, kajian tersebut menemukan bahwa asosiasi kepesertaan JKN-PBI dan OOP pada masyarakat miskin adalah negatif dan signifikan di area perkotaan.

Temuan bahwa Program JKN memiliki pengaruh yang lebih besar di perdesaan menghilangkan anggapan bahwa Program JKN hanya bermanfaat bagi penduduk di area perkotaan. Green, Hollingsworth, dan Yang (2021) mengungkapkan bahwa tingginya manfaat asuransi kesehatan sosial di area perdesaan terjadi karena adanya perubahan penggunaan faskes dari faskes yang ada di kota-kota besar ke faskes utama di desa.

Masyarakat miskin peserta JKN-PBI diketahui tetap harus mengeluarkan biaya untuk mendapatkan layanan kesehatan meskipun nilainya lebih rendah daripada biaya yang

dikeluarkan masyarakat miskin yang bukan peserta JKN-PBI. Gambar 25 menunjukkan bahwa OOP terbesar yang dikeluarkan masyarakat miskin adalah pembayaran tunai untuk biaya kuratif/pengobatan (69%), biaya obat-obatan yang diresepkan (10%), dan biaya layanan preventif (21%). Temuan ini cukup berbeda dengan studi-studi sebelumnya yang menemukan bahwa kontribusi OOP terbesar biasanya terjadi pada pembelian obat-obatan (Hidayat *et al.*, 2015; Maulana *et al.*, 2021). Ada kemungkinan bahwa perbedaan ini disebabkan oleh perbedaan definisi OOP pada layanan kuratif, preventif, dan obat-obatan. Perhitungan distribusi OOP pada Gambar 25 hanya mengikutsertakan masyarakat miskin yang merupakan peserta JKN-PBI/jamkesda dan mengikuti definisi operasional masing-masing layanan pada kajian ini. Tingginya OOP layanan kuratif pada masyarakat miskin peserta JKN sangat mungkin disebabkan oleh situasi bahwa (i) peserta JKN tidak mengikuti prosedur jenjang pemeriksaan dan (ii) ada permintaan di luar komponen yang tertanggung (misalnya, permintaan suplemen/vitamin ataupun tindakan medis yang tidak diperlukan) (BPJS Kesehatan, 2017).

**Gambar 25. Distribusi OOP Medis Berdasarkan Layanan pada Masyarakat Miskin**



Sumber: Susenas 2018–2020 (diolah)

Beberapa indikasi dapat menjelaskan tingginya OOP pada peserta JKN-PBI dalam mengakses layanan preventif. Oesman (2017) melaporkan bahwa penggunaan kartu JKN untuk mendapatkan layanan KB masih rendah. Perempuan umumnya memilih membayar secara mandiri untuk mendapatkan layanan KB di tempat bidan praktik mandiri (BPM). Jumlah BPM yang berjejaring dengan FKTP yang bermitra dengan BPJS Kesehatan di wilayah terpencil saat ini masih rendah. Hal yang sama sangat mungkin juga terjadi pada layanan kehamilan, ultrasonografi (USG), dan imunisasi.

Kekosongan obat di faskes menyebabkan masyarakat miskin masih harus membeli obat secara mandiri. Hidayat *et al.* (2015) menemukan bahwa kontribusi terbesar biaya OOP penduduk adalah dari pembelian obat-obatan secara mandiri. Studi yang sama menemukan indikasi bahwa ketiadaan obat-obatan di faskes menyebabkan besarnya OOP yang dikeluarkan peserta JKN untuk membeli obat. Kekosongan obat di faskes merupakan akibat lemahnya sistem perencanaan dalam rencana kebutuhan obat (RKO) dan realisasi belanja obat, sistem katalog elektronik (*e-catalogue*) yang belum efektif, dan sulitnya koordinasi antarlembaga (Ariati, 2017).

Penelitian ini juga menemukan bahwa rumah tangga miskin yang memiliki anggota lansia atau anggota yang sakit cenderung mengeluarkan OOP medis yang lebih besar (Gambar 20). Temuan ini sejalan dengan temuan sebuah penelitian lain (Mohanty *et al.*, 2014) yang dilakukan di negara berkembang. Sementara itu, beberapa studi lain juga mengungkapkan bahwa rumah tangga dengan anggota lansia lebih rentan mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik, dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak memiliki anggota lansia (Van Minh *et al.*, 2013; Adisa, 2015). Dengan meningkatnya populasi lansia di Indonesia dari waktu ke waktu, peningkatan proteksi finansial bagi kelompok lansia perlu menjadi perhatian, apalagi sebagian populasi lansia berada pada situasi rentan, yakni miskin dan mengalami keluhan kesehatan (TNP2K dan The SMERU Research Institute, 2020).

# VI. Penutup

## 6.1 Kesimpulan

Evaluasi terhadap Program JKN menunjukkan hasil yang positif bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik dari segi pemanfaatan layanan kesehatan maupun peningkatan proteksi finansial. Ditemukan bahwa kepesertaan JKN pada masyarakat miskin dan tidak mampu dapat meningkatkan probabilitas pemanfaatan layanan rawat inap dan rawat jalan di faskes. Probabilitas pemanfaatan layanan rawat jalan bahkan sangat besar bagi masyarakat miskin peserta JKN di kawasan timur Indonesia, dibandingkan dengan masyarakat miskin yang belum terpapar program ini. Meskipun demikian, analisis literatur menunjukkan masih banyaknya kendala dalam implementasi Program JKN-PBI.

Meskipun jumlah peserta JKN-PBI pada penduduk miskin terus meningkat, distribusinya berdasarkan wilayah dan usia belum merata. Belum efektifnya sosialisasi manfaat Program JKN kepada masyarakat serta rumitnya prosedur pendaftaran bagi masyarakat miskin merupakan faktor yang memengaruhi masih rendahnya kepesertaan JKN di beberapa wilayah di Indonesia. Selain itu, masih rendahnya kepesertaan JKN-PBI pada anak balita dari rumah tangga miskin menyebabkan rumah tangga miskin dengan anak balita menunda memeriksakan anak mereka yang sakit ataupun terpaksa mengeluarkan biaya besar ketika mereka mengakses faskes. Walaupun sudah ada regulasi mengenai kepesertaan bayi baru lahir dari rumah tangga miskin, belum efektifnya implementasi di lapangan mengakibatkan tetap rendahnya kepesertaan JKN pada kelompok umur ini.

Uji dampak kepesertaan JKN-PBI masyarakat miskin terhadap pemanfaatan layanan kesehatan menunjukkan hasil yang positif dengan efek yang relatif kecil. Dari data Susenas diketahui bahwa kepesertaan JKN bukan merupakan faktor utama yang memengaruhi masyarakat miskin untuk mengakses faskes. Mayoritas masyarakat di Indonesia masih memilih mengobati dirinya sendiri dan merasa bahwa kunjungan ke faskes belum tentu diperlukan. Selain itu, hasil analisis kualitatif menunjukkan bahwa faktor-faktor lain, seperti kepercayaan akan kondisi kesehatan, akses transportasi, situasi lingkungan (meningkatnya kasus COVID-19), dan jarak ke faskes terdekat, memengaruhi informan untuk menentukan pemanfaatan layanan kesehatan.

Dari sisi perlindungan sosial, ditemukan bahwa kepesertaan rumah tangga miskin dalam Program JKN mampu menurunkan beban OOP, dibandingkan dengan rumah tangga miskin yang tidak tercakup dalam Program JKN. Namun, analisis deskriptif lanjutan menunjukkan bahwa masyarakat miskin peserta JKN-PBI masih harus menanggung OOP, terutama untuk mendapatkan layanan kuratif. Kurangnya pengetahuan masyarakat miskin mengenai tata cara pemanfaatan layanan kesehatan dalam era JKN menjadi salah satu penyebab adanya beban OOP. Selain itu, masih terbatasnya jumlah BPM yang berjejaring dengan FKTP menyebabkan adanya pengeluaran biaya mandiri oleh masyarakat miskin, terutama ketika mereka mengakses layanan pemeriksaan kehamilan, imunisasi, dan KB. Di sisi lain, masih terdapat beban OOP nonmedis (biaya transportasi dan akomodasi) yang lebih besar dan dapat menghalangi keputusan masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan.

## 6.2 Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian ini, berikut adalah beberapa rekomendasi yang dapat ditindaklanjuti untuk memperbaiki implementasi Program JKN ke depan.

- a) Pemerintah harus terus mendukung peningkatan kepesertaan masyarakat miskin dan tidak mampu dalam Program JKN, baik kepesertaan secara mandiri maupun kepesertaan yang disubsidi.
- b) BPJS Kesehatan perlu merumuskan strategi baru dalam menyosialisasikan Program JKN, terutama kepada masyarakat miskin di wilayah terpencil.
  - (1) BPJS Kesehatan bersama pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten, dan pemerintah desa perlu merumuskan strategi untuk memperluas cakupan sosialisasi Program JKN, terutama kepada masyarakat miskin dan tidak mampu.
  - (2) BPJS Kesehatan perlu menambah materi sosialisasi bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dengan memasukkan prosedur penggunaan kartu Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) untuk mengakses faskes.
- c) Pemerintah perlu meningkatkan jumlah faskes yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, terutama FKTP swasta dan jejaring BPM di wilayah terpencil.
  - (1) Kementerian Kesehatan perlu memetakan wilayah-wilayah yang membutuhkan penambahan faskes berdasarkan rasio jumlah penduduk dan keterjangkauan wilayah.
  - (2) Kementerian Kesehatan bersama pemda perlu mengatasi kekosongan tenaga kesehatan di wilayah terpencil dan sulit terjangkau.
  - (3) BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan, pemda, dan asosiasi tenaga kesehatan perlu mengevaluasi implementasi jejaring BPM untuk meningkatkan jumlah BPM yang berjejaring dengan FKTP mitra BPJS Kesehatan.
- d) Pemerintah Pusat dan pemda perlu melakukan evaluasi khusus mengenai efektivitas implementasi Perpres No. 82 Tahun 2018, terutama terkait kebijakan-kebijakan yang menyangkut kepesertaan JKN bayi baru lahir dari rumah tangga miskin.
- e) Pemerintah perlu membuat skema khusus untuk memastikan proteksi finansial bagi masyarakat dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan penduduk lansia.
- f) Pemerintah perlu mengevaluasi efektivitas pengadaan obat melalui sistem katalog elektronik dan menyelenggarakan pelatihan mengenai RKO bagi pihak faskes dan Dinas Kesehatan untuk memastikan ketersediaan obat yang sesuai dengan kebutuhan.
- g) Pemda perlu memperluas cakupan komponen dalam penganggaran dana guna memastikan bahwa OOP nonmedis (transportasi dan akomodasi) untuk semua layanan esensial bisa ditanggung, mengingat, sejauh ini, yang ditanggung hanya OOP nonmedis untuk layanan yang berhubungan dengan gizi dan KIA.

# Daftar Acuan

- Adisa, Olumide (2015) 'Investigating Determinants of Catastrophic Health Spending among Poorly Insured Elderly Households in Urban Nigeria.' *International Journal for Equity in Health* 14 (79). DOI: [10.1186/s12939-015-0188-5](https://doi.org/10.1186/s12939-015-0188-5).
- Adiyanta, F. C. Susila (2020) 'Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi COVID-19.' *Administrative Law and Governance Journal* 3 (2): 272–299. DOI: [10.14710/alj.v3i2.272-299](https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299).
- Agustina, Rina, Teguh Dartanto, Ratna Sitompul, Kun A. Susiloretni, Suparmi, Endang L. Achadi, Akmal Taher, Fadila Wirawan, Saleha Sungkar, Pratiwi Sudarmono, Anuraj H. Shankar, dan Hasbullah Thabrany (2018) 'Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges.' *The Lancet* 393 (10166): 75–102. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
- Aizawa, Toshiaki (2019) 'The Impact of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Delivery in Indonesia.' *Health Care for Women International* 40 (12): 1374–1395. DOI: [10.1080/07399332.2019.1578778](https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1578778).
- Anindya, Kanya, John Tayu Lee, Barbara McPake, Siswanto Agus Wilopo, Christopher Millett, dan Natalie Carvalho (2020) 'Impact of Indonesia's National Health Insurance Scheme on Inequality in Access to Maternal Health Services: A Propensity Score Matched Analysis.' *Journal of Global Health* 10 (1). DOI: [10.7189/JOGH.10.010429](https://doi.org/10.7189/JOGH.10.010429).
- Ariani, Devi Senja dan Pujiyanto (2019) 'Ekuitas Layanan Rawat Inap Rumah Sakit di Indonesia.' *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 4 (1): 21–31. DOI: [10.7454/eki.v4i1.2371](https://doi.org/10.7454/eki.v4i1.2371).
- Ariati, Niken (2017) 'Tata Kelola Obat di Era Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).' *Integritas: Jurnal Antikorupsi* 3 (2): 231–243. DOI: [10.32697/integritas.v3i2.109](https://doi.org/10.32697/integritas.v3i2.109).
- Aryastami, Ni Ketut dan Rofingatul Mubasyiroh (2019) 'Peran Budaya dalam Pemanfaatan Layanan Kesehatan Ibu Hamil.' Catatan Kebijakan. Jakarta: Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan RI <[https://drive.google.com/file/d/1zIN5OI\\_pEotV1gGcSpP5Mh6EZJ3YTazF/view](https://drive.google.com/file/d/1zIN5OI_pEotV1gGcSpP5Mh6EZJ3YTazF/view)> [6 Mei 2021].
- Asrinawaty, Ahmad Zacky Anwary, dan Yupisa Darma (2020) 'Hubungan Pendidikan dan *Perceived Benefit* dengan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Peserta PBPU (Mandiri) pada Masyarakat di Kabupaten Banjar.' *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 7 (2): 132–138 <<https://ojs.uniska-bjm.ac.id/index.php/ANN/article/download/3922/2580>> [10 Mei 2021].

- Balamiento, Neeanne C. (2018) *The Impact of Social Health Insurance on Healthcare Utilization Outcomes: Evidence from the Indigent Program of the Philippine National Health Insurance*. Tesis yang tidak dipublikasikan, International Institute of Social Studies <[https://thesis.eur.nl/pub/46445/Balamiento,%20Neeanne\\_MA\\_2017\\_18%20ECD.pdf](https://thesis.eur.nl/pub/46445/Balamiento,%20Neeanne_MA_2017_18%20ECD.pdf)> [5 Mei 2021].
- Bauhoff, Sebastian, David R. Hotchkiss, dan Owen Smith (2010) 'The Impact of Medical Insurance for the Poor in Georgia: A Regression Discontinuity Approach.' *Health Economics* 20 (11): 1362–1378. DOI: [10.1002/hec.1673](https://doi.org/10.1002/hec.1673).
- BPJS Kesehatan (2020) *Tahun 2021, Pemerintah Tetap Berikan Bantuan Iuran bagi Peserta JKN-KIS Mandiri Kelas 3*. Siaran Pers, 22 Desember <<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/90101f1621d4f1c6bb6816fa7971233c.pdf>> [8 Mei 2021].
- . (2018) 'Papua Barat Resmi Jadi Provinsi Ke-4 yang Raih Gelar UHC.' <<https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/703/West-Papua-Officially-Becomes-the-4th-Province-Achieving-UHC-Degree>> [10 Mei 2021].
- . (2017) 'Apa yang Harus Dilakukan Jika RS Minta Biaya Tambahan dari Pasien JKN-KIS?' <<https://www.jamkesnews.com/jamkesnews/faqs/detail/16/20171025/apa-yang-harus-dilakukan-jika-rs-minta-biaya-tambahan-dari-pasien-jkn-kis>> [4 November 2021].
- Cotlear, Daniel, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, dan Rafael Cortez (2015) *Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up*. Washington, DC: The World Bank. DOI: [10.1596/978-1-4648-0610-0](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0610-0).
- Dartanto, Teguh, Chairina Hanum, Usman, Hamdan Bintara, Adrianna Bella, dan Pyan Putro (2017a) 'Dampak Program JKN-KIS pada Perekonomian Indonesia.' Ringkasan Riset. Jakarta: BPJS Kesehatan <<https://docplayer.info/139690421-Ringkasan-riset-jkn-kis-edisi-01-bulan-agustus-2017.html>> [5 Mei 2021].
- Dartanto, Teguh, Goldy Fariz Dharmawan, Lourentius Dimas Setyonugroho, Luh Putu Ratih Kumala Dewi, Dwi Martiningsih, Wan Aisyiah Baros, dan Erzan Dhanalvin (2017b) 'Dampak Program JKN-KIS terhadap Kemiskinan.' Ringkasan Riset. Jakarta: BPJS Kesehatan <<https://data.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs-portal/action/blog-detail.cbi?id=cfbe7112-06e3-11ec-9744-d1e519cf8397>> [9 Mei 2021].
- Dewan Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan (2021) *Statistik JKN 2015–2019: Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Edisi pertama. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan <<https://djsn.go.id/files/dokumen/Dokumen%20Kajian/202206291050Buku%20Statistik%20JKN%202015-2019.pdf>> [7 Mei 2021].

- Ekman, Björn (2007) 'The Impact of Health Insurance on Outpatient Utilization and Expenditure: Evidence from One Middle-Income Country Using National Household Survey Data.' *Health Research Policy and Systems* 5 (6): 1–15. DOI: [10.1186/1478-4505-5-6](https://doi.org/10.1186/1478-4505-5-6).
- Erlangga, Darius, Marc Suhrcke, Shehzad Ali, dan Karen Bloor (2019) 'The Impact of Public Health Insurance on Health Care Utilisation, Financial Protection, and Health Status in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review.' *PLOS ONE* 14 (8). DOI: [10.1371/journal.pone.0219731](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731).
- Erlangga, Darius, Shehzad Ali, dan Karen Bloor (2019) 'The Impact of Public Health Insurance on Healthcare Utilisation in Indonesia: Evidence from Panel Data.' *International Journal of Public Health* 64 (4): 603–613. DOI: [10.1007/s00038-019-01215-2](https://doi.org/10.1007/s00038-019-01215-2).
- Fokusborneo.com* (2020) 'Provinsi Ke-4 di Indonesia yang 100 Persen UHC.' <<https://fokusborneo.com/daerah/2020/09/23/provinsi-ke-4-di-indonesia-yang-100-persen-uhc/>> [9 Mei 2021].
- Gotsadze, George, Akaki Zoidze, Natia Rukhadze, Natia Shengelia, dan Nino Chkhaidze (2015) 'An Impact Evaluation of Medical Insurance for Poor in Georgia: Preliminary Results and Policy Implications.' *Health Policy and Planning* 30: i2–i13. DOI: [10.1093/heapol/czu095](https://doi.org/10.1093/heapol/czu095).
- Green, Colin, Bruce Hollingsworth, dan Miaoqing Yang (2021) 'The Impact of Social Health Insurance on Rural Populations.' *The European Journal of Health Economics* 22: 473–483. DOI: [10.1007/s10198-021-01268-2](https://doi.org/10.1007/s10198-021-01268-2).
- Health Policy Plus dan TNP2K (2018) *Healthcare Utilization Trends under Indonesia's National Health Insurance Scheme: 2011–2016* <<https://www.tnp2k.go.id/download/143152.%20Healthcare%20utilization%20trends%20under%20NHI%20011-2016.pdf>> [5 Mei 2021].
- Hidayat, Budi, Mundiharno, Jiří Němec, Viktoria Rabovskaja, Cut Sri Rozanna, dan Julius Spatz (2015) 'Out-of-Pocket Payments in the National Health Insurance of Indonesia: A First Year Review.' Catatan Kebijakan. Jakarta: Social Protection Programme <<https://d-nb.info/1097758281/34>> [6 Mei 2021].
- Hjelm, Lisa, Astrid Mathiassen, Darryl Miller, dan Amit Wadhwa (2017) *VAM Guidance Paper: Creation of a Wealth Index*. Rome: World Food Programme <<https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000022418/download/>> [7 Mei 2021].
- Irtanto dan Slamet Hari Sutanto (2019) 'Kebijakan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kabupaten Probolinggo.' *Publisia: Jurnal Ilmu Administrasi Publik* 4 (1): 11–27. DOI: [10.26905/pjiap.v4i1.2343](https://doi.org/10.26905/pjiap.v4i1.2343).

- Johar, Meliyanni, Prastuti Soewondo, Ardi Adji, Retno Pujisubekti, Harsa Kunthara Satrio, dan Iqbal Dawam Wibisono (2017) 'The Impact of Indonesia's Rapid Move towards Universal Health Insurance on Total Health Care Expenditure.' Kertas Kerja. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan <<https://www.tnp2k.go.id/download/73041The%20impact%20of%20Indonesia%E2%80%99s%20rapid%20move%20towards%20universal%20health%20insurance%20on%20total%20health%20care%20expenditure.pdf>> [7 Mei 2021].
- Johar, Meliyanni, Prastuti Soewondo, Retno Pujisubekti, Harsa Kunthara Satrio, dan Ardi Adji (2019) 'In Data We Trust? An Analysis of Indonesian Socioeconomic Survey Data.' *Bulletin of Indonesian Economic Studies* 55 (1): 61–82. DOI: [10.1080/00074918.2018.1515474](https://doi.org/10.1080/00074918.2018.1515474).
- Kementerian Keuangan (2020) 'Menuju Program JKN yang Berkelanjutan Melalui Kebijakan Luran yang Proporsional dan Berkeadilan.' Salindia dipresentasikan pada SMERU Round Table Discussion: Menjajaki Opsi-Opsi untuk Pembiayaan JKN yang Lebih Berkelanjutan, The SMERU Research Institute, Jakarta, 29 Juli 2020, tidak dipublikasikan.
- Khandker, Shahidur R., Gayatri B. Koolwal, dan Hussain A. Samad (2010) *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices*. Washington, DC: The World Bank <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/650951468335456749/pdf/520990PUB0EPI1101Official0Use0Only1.pdf>> [8 Mei 2021].
- Kusumaningrum, Santi, Sandra Dewi Arifiani, Widi Laras Sari, Feri Sahputra, Rahmadi Usman, Wenny Wandasari, Hariz Jati, dan Meutia Aulia Rahmi (2020) 'Institusi Kuat Komunitas Tangguh: Studi terhadap Tata Kelola, Penyediaan, dan Hasil dari Layanan Dasar Administrasi Kependudukan, Pendidikan, dan Kesehatan.' Laporan Penelitian. Jakarta: Pusat Kajian dan Advokasi Perlindungan dan Kualitas Hidup Anak Universitas Indonesia <<https://puskapa.org/blog/publikasi/1044/>> [5 Mei 2021].
- Laksono, Agung Dwi, Ratna Dwi Wulandari, dan Oedojo Soedirham (2019) 'Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults.' *Iranian Journal of Public Health* 48 (2): 247–255. DOI: [10.18502/ijph.v48i2.819](https://doi.org/10.18502/ijph.v48i2.819).
- Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, dan Grant Russell (2013) 'Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations.' *International Journal for Equity in Health* 12 (18). DOI: [10.1186/1475-9276-12-18](https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18).
- Liu, Hong dan Zhong Zhao (2014) 'Does Health Insurance Matter? Evidence from China's Urban Resident Basic Medical Insurance.' *Journal of Comparative Economics* 42 (4): 1007–1020. DOI: [10.1016/j.jce.2014.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jce.2014.02.003).

- Lockley, Anne, Julia Tobias, dan Adama Bah (2013) 'Gender Analysis of the Unified Database.' Kertas Kerja. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan <[http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Gender\\_analysis\\_report-final.pdf](http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Gender_analysis_report-final.pdf)> [8 Mei 2021].
- Maryuni, Sri, Pardi, dan Agus Eka (2019) 'Strategi Implementasi Program Perluasan Kepesertaan BPJS Kesehatan di Kabupaten Kubu Raya Provinsi Kalimantan Barat.' *JPP: Jurnal Administrasi Publik dan Pembangunan* 1 (2). DOI: [10.20527/jpp.v1i2.2443](https://doi.org/10.20527/jpp.v1i2.2443).
- Maulana, Nirwan, Prastuti Soewondo, Nadhila Adani, Paulina Limasalle, dan Anooj Pattnaik (2021) 'How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Coverage Influences Out-of-Pocket (OOP) Payments by Vulnerable Populations in Indonesia.' Kertas Kerja. Jakarta: ThinkWell, Indonesia <<https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2021/06/JKN-OOP-Manuscript-PrePrint.pdf>> [15 Agustus 2022].
- Megatsari, Hario, Agung Dwi Laksono, Ilham Akhsanu Ridlo, Mohammad Yoto, dan Arsy Nur Azizah (2018) 'Perspektif Masyarakat tentang Akses Pelayanan Kesehatan.' *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 21 (4): 247–253. DOI: [10.22435/hsr.v21i4.231](https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.231).
- Mohanty, Sanjay K., Rajesh K. Chauhan, Sumit Mazumdar, dan Akanksha Srivastava (2014) 'Out-of-Pocket Expenditure on Health Care among Elderly and Non-elderly Households in India.' *Social Indicators Research* 115 (3): 1137–1157. DOI: [10.1007/s11205-013-0261-7](https://doi.org/10.1007/s11205-013-0261-7).
- Oesman, Hadriah (2017) 'Pola Pemakaian Kontrasepsi dan Pemanfaatan Kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia.' *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 8 (1):15–29. DOI: [10.22435/kespro.v8i1.6386.15-29](https://doi.org/10.22435/kespro.v8i1.6386.15-29).
- Rolindrawan, Djoni (2015) 'The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility.' *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 211: 550–559. DOI: [10.1016/j.sbspro.2015.11.073](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.073).
- Rumengan, Debra S. S., J. M. L. Umboh, dan G. D. Kandou (2015) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado.' *JIKMU* 5 (1): 88–100 <<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7180>> [6 Mei 2021].
- Sahoo, Amit Kumar dan S Madheswaran (2014) 'Out-of-Pocket (OOP) Financial Risk Protection: The Role of Health Insurance.' Kertas Kerja. Bangalore: The Institute for Social and Economic Change <[http://isec.ac.in/WP\\_330\\_-\\_Amit\\_Kumar\\_Sahoo\\_3.pdf](http://isec.ac.in/WP_330_-_Amit_Kumar_Sahoo_3.pdf)> [7 Mei 2021].

- Shihab, Ahmad Nizar, Armyn Nurdin, Abdul Kadir, Hasbullah Thabrany, dan Idrus Paturusi (2017) 'National Health Insurance Effects on Inpatient Utilization in Indonesia.' *International Journal of Health Sciences and Research* 7 (4): 96–106 <[https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.7\\_Issue.4\\_April2017/16.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.7_Issue.4_April2017/16.pdf)> [10 Mei 2021].
- Soewondo, Prastuti (2017) 'Timbang Besarnya Manfaat dari Salah Sasar Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.' *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 2 (2): 59–65. DOI: [10.7454/eki.v2i2.2148](https://doi.org/10.7454/eki.v2i2.2148).
- Sparrow, Robert, Asep Suryahadi, dan Wenefrida Widyanti (2013) 'Social Health Insurance for the Poor: Targeting and Impact of Indonesia's Askeskin Programme.' *Social Science & Medicine* 96: 264–271. DOI: [10.1016/j.socscimed.2012.09.043](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043).
- Suharmiati, Lestari Handayani, dan Lusi Kristiana (2012) 'Faktor-Faktor yang Memengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan di Kabupaten Sambas (Studi Kasus di Puskesmas Sajingan Besar).' *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 15 (3): 223–231. DOI: [10.22435/bpsk.v15i3.Jul.2996](https://doi.org/10.22435/bpsk.v15i3.Jul.2996).
- Tarigan, Ingan dan Tati Suryati (2017) 'Gambaran *Out of Pocket* pada Awal Era JKN di Indonesia.' *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan* 1 (2): 141–146. DOI: [10.22435/jpppk.v1i2.536](https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i2.536).
- Thabrany, Hasbullah (2020) 'Evidence of Out of Pocket and Catastrophic Health Expenditures in the ENHANCE Study 2020.' Salindia dipresentasikan pada seminar daring Diseminasi Studi Enhance, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, 16 Juli 2020, tidak dipublikasikan.
- The World Bank (n.d.) *Out-of-pocket Expenditure (% of Current Health Expenditure) - Indonesia* <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=ID>> [6 Mei 2021].
- Thuong, Nguyen Thi Thu (2020) 'Impact of Health Insurance on Healthcare Utilisation Patterns in Vietnam: A Survey-Based Analysis with Propensity Score Matching Method.' *BMJ Open* 10 (10): 1–12. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-040062](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040062).
- TNP2K (2013) *Kumpulan Tanya Jawab Umum Basis Data Terpadu untuk Program Perlindungan Sosial*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan <[https://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Buku%20Tanya%20Jawab%20BDT\\_25102013-1.pdf](https://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Buku%20Tanya%20Jawab%20BDT_25102013-1.pdf)> [5 April 2021].
- TNP2K dan The SMERU Research Institute (2020) 'Situasi Lansia di Indonesia dan Akses terhadap Program Perlindungan Sosial: Analisis Data Sekunder.' Laporan Penelitian. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan <<http://tnp2k.go.id/download/87694Laporan%20Studi%20Lansia%20-%20Analisis%20Data%20Sekunder.pdf>> [22 Desember 2021].

Van Minh, Hoang, Nguyen Thi Kim Phuong, Priyanka Saksena, Chris D. James, dan Ke Xu (2013) 'Financial Burden of Household Out-of-Pocket Health Expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002–2010.' *Social Science & Medicine* 96: 258–263. DOI: [10.1016/j.socscimed.2012.11.028](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.028).

WHO (2014) 'Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage.' Laporan. Geneva: World Health Organization  
<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112671>> [9 Mei 2021].

Zhao, Henu (2015) *China's Health Insurance Reform and Disparities in Healthcare Utilization and Costs: A Longitudinal Analysis*. California: RAND Corporation  
<[https://www.rand.org/pubs/rgs\\_dissertations/RGSD345.html](https://www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/RGSD345.html)> [10 Mei 2021].

### **Peraturan Perundang-undangan**

Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

# Lampiran

## Lampiran 1

### Kepesertaan Individu dari Rumah Tangga Miskin dalam Asuransi Kesehatan (%)

Jenis Asuransi	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tidak memiliki asuransi apa pun	58,12	58,43	42,85	39,44	36,10	31,93	27,64	27,40	23,34
JKN-PBI/jamkesda saja	36,16	35,51	54,95	58,34	62,30	57,65	63,50	62,67	66,15
JKN-PBI/jamkesda dan asuransi lainnya	0,78	0,78	0,62	0,51	0,53	0,70	2,73	3,04	3,51
Asuransi lainnya	4,95	5,28	1,58	1,71	1,07	9,72	6,13	6,89	7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: Susenas 2011–2020 (diolah)

Keterangan:

1. Asuransi lainnya terdiri atas asuransi kesehatan swasta, asuransi perusahaan, JPK PNS/Veteran/Pensiun (Askes)/Tunjangan/penggantian biaya oleh perusahaan (2011–2013), asuransi JKN Non-PBI (2015–2020).
2. Masyarakat miskin (kuintil 1 dan 2) yang menjawab “BPJS Kesehatan” pada 2015–2016 dikategorikan sebagai JKN-PBI.
3. Tingginya kepesertaan JKN-PBI/jamkesda pada 2013 disebabkan oleh fakta bahwa rumah tangga yang menjawab dengan nama suatu program jamkesda (misalnya, Jamkesra Pemda Jabar, JKA Pemda Aceh), Jamsoskes Sumsel Semesta, dan sebagainya) atau menggunakan KTP/KK/SKTM dikategorikan sebagai penerima jamkesda.

## Lampiran 2

### Hasil Analisis Uji Ketegaran (*Robustness*): Dampak Kepesertaan JKN Masyarakat Miskin terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap

	Rawat Jalan			Rawat Inap		
	Gabungan	Faskes Pemerintah	Faskes Swasta	Gabungan	Faskes Pemerintah	Faskes Swasta
<b>Indonesia</b>	<b>0,021</b>	<b>0,043</b>	<b>0,021</b>	<b>0,023</b>	<b>0,021</b>	<b>0,023</b>
	(0,003)	(0,003)	(0,003)	(0,001)	(0,001)	(0,001)
<b>Perkotaan</b>	<b>0,030</b>	<b>0,054</b>	<b>0,030</b>	<b>0,027</b>	<b>0,021</b>	<b>0,027</b>
	(0,005)	(0,005)	(0,005)	(0,002)	(0,002)	(0,002)
<b>Perdesaan</b>	<b>0,020</b>	<b>0,036</b>	<b>0,017</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>
	(0,000)	(0,003)	(0,003)	(0,001)	(0,001)	(0,001)
<b>Jawa</b>	<b>0,009</b>	<b>0,035</b>	<b>0,010</b>	<b>0,017</b>	<b>0,013</b>	<b>0,017</b>
	(0,005)	(0,004)	(0,005)	(0,002)	(0,002)	(0,002)
<b>Sumatra</b>	<b>0,029</b>	<b>0,050</b>	<b>0,026</b>	<b>0,032</b>	<b>0,027</b>	<b>0,032</b>
	(0,006)	(0,006)	(0,006)	(0,003)	(0,002)	(0,003)
<b>Bali-NT</b>	<b>0,038</b>	<b>0,008</b>	<b>0,039</b>	<b>0,012</b>	<b>0,014</b>	<b>0,012</b>
	(0,008)	(0,008)	(0,008)	(0,004)	(0,003)	(0,004)
<b>Kalimantan</b>	0,021	<b>0,028</b>	0,019	<b>0,022</b>	<b>0,021</b>	<b>0,022</b>
	<b>(0,011)</b>	<b>(0,011)</b>	<b>(0,011)</b>	<b>(0,005)</b>	<b>(0,004)</b>	<b>(0,005)</b>
<b>Sulawesi</b>	<b>0,025</b>	<b>0,044</b>	<b>0,027</b>	<b>0,035</b>	<b>0,032</b>	<b>0,035</b>
	(0,007)	(0,007)	(0,007)	(0,003)	(0,003)	(0,003)
<b>Maluku-Papua</b>	<b>0,091</b>	<b>0,105</b>	<b>0,090</b>	<b>0,026</b>	<b>0,024</b>	<b>0,025</b>
	(0,011)	(0,011)	(0,011)	(0,004)	(0,004)	(0,025)
<b>Kontrol individu</b>			Ya			
<b>Kontrol rumah tangga</b>			Ya			
<b>Kontrol faskes</b>			Ya			

### Lampiran 3

#### Hasil Uji Ketegaran: Pengaruh Kepesertaan JKN terhadap OOP

Kelompok	%	Standard Error (SE)	P-value	95% CI	
				Tingkat Bawah	Tingkat Atas
Gabungan	-18,305	3,661	<0,001	-25,481	-11,128
Perkotaan	-5,758	5,388	0,285	-16,318	4,803
Perdesaan	-24,822	4,825	<0,001	-34,280	-15,364
Jawa	5,961	6,660	0,371	-7,0920	19,015
Sumatra	-22,001	8,309	0,008	-38,287	-5,716
Bali-NT	-46,397	4,189	<0,001	-54,608	-38,186
Kalimantan	-5,513	7,562	0,466	-20,335	9,308
Sulawesi	-39,335	9,326	<0,001	-57,614	-21,055
Maluku-Papua	-17,529	5,626	0,002	-28,557	-6,502

## Lampiran 4

Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Jalan

Rawat Jalan	Gabungan				Faskes Pemerintah				Faskes Swasta			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Gabungan</b>	<b>0,016</b>	<b>0,018</b>	<b>0,027</b>	<b>0,025</b>	<b>0,041</b>	<b>0,041</b>	<b>0,051</b>	<b>0,046</b>	<b>0,016</b>	<b>0,017</b>	<b>0,026</b>	<b>0,025</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,016	0,003	0,003	0,003
<b>Perkotaan</b>	<b>0,038</b>	<b>0,036</b>	<b>0,038</b>	<b>0,035</b>	<b>0,074</b>	<b>0,073</b>	<b>0,072</b>	<b>0,063</b>	<b>0,036</b>	<b>0,035</b>	<b>0,036</b>	<b>0,033</b>
SE	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006
<b>Perdesaan</b>	<b>0,011</b>	<b>0,013</b>	<b>0,024</b>	<b>0,023</b>	<b>0,032</b>	<b>0,033</b>	<b>0,044</b>	<b>0,040</b>	<b>0,011</b>	<b>0,013</b>	<b>0,024</b>	<b>0,023</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,000	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003
<b>Jawa</b>	<b>0,011</b>	0,011	0,010	0,010	<b>0,047</b>	<b>0,046</b>	<b>0,043</b>	<b>0,034</b>	0,010	0,010	0,009	0,009
SE	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006
<b>Sumatra</b>	<b>0,021</b>	<b>0,020</b>	<b>0,020</b>	<b>0,015</b>	<b>0,049</b>	<b>0,048</b>	<b>0,049</b>	<b>0,043</b>	<b>0,019</b>	<b>0,018</b>	<b>0,018</b>	<b>0,014</b>
SE	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005
<b>Bali-NT</b>	<b>0,036</b>	<b>0,035</b>	<b>0,036</b>	<b>0,039</b>	<b>0,051</b>	<b>0,051</b>	<b>0,053</b>	<b>0,055</b>	<b>0,037</b>	<b>0,036</b>	<b>0,037</b>	<b>0,040</b>
SE	0,007	0,007	0,007	0,007	0,008	0,008	0,008	0,008	0,007	0,007	0,007	0,007
<b>Kalimantan</b>	<b>0,022</b>	<b>0,024</b>	<b>0,025</b>	<b>0,029</b>	<b>0,032</b>	<b>0,033</b>	<b>0,035</b>	<b>0,040</b>	<b>0,021</b>	<b>0,023</b>	<b>0,024</b>	<b>0,028</b>
SE	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008	0,008
<b>Sulawesi</b>	<b>0,032</b>	<b>0,034</b>	<b>0,034</b>	<b>0,032</b>	<b>0,049</b>	<b>0,050</b>	<b>0,050</b>	<b>0,047</b>	<b>0,033</b>	<b>0,035</b>	<b>0,035</b>	<b>0,033</b>
SE	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006
<b>Maluku-Papua</b>	<b>0,079</b>	<b>0,087</b>	<b>0,087</b>	<b>0,089</b>	<b>0,107</b>	<b>0,110</b>	<b>0,110</b>	<b>0,110</b>	<b>0,080</b>	<b>0,087</b>	<b>0,087</b>	<b>0,090</b>
SE	0,008	0,008	0,008	0,009	0,008	0,008	0,008	0,009	0,008	0,008	0,008	0,009
Kontrol individu	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
Kontrol rumah tangga	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya
Kontrol desa	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya

## Lampiran 5

Tabel Lengkap Hasil Analisis Dampak JKN terhadap Pemanfaatan Layanan Rawat Inap

Rawat Inap	Gabungan				Faskes Pemerintah				Faskes Swasta			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Gabungan</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,025</b>	<b>0,024</b>	<b>0,022</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,024</b>	<b>0,024</b>
SE	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
<b>Perkotaan</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,023</b>	<b>0,022</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,031</b>	<b>0,030</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003
<b>Perdesaan</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>	<b>0,023</b>	<b>0,022</b>	<b>0,022</b>	<b>0,022</b>	<b>0,023</b>	<b>0,022</b>	<b>0,020</b>	<b>0,021</b>	<b>0,022</b>	<b>0,022</b>
SE	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
<b>Jawa</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>	<b>0,016</b>	<b>0,016</b>	<b>0,016</b>	<b>0,016</b>	<b>0,021</b>	<b>0,021</b>	<b>0,020</b>	<b>0,021</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,003	0,003	0,003	0,003
<b>Sumatra</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,026</b>	<b>0,026</b>	<b>0,026</b>	<b>0,027</b>	<b>0,030</b>	<b>0,030</b>	<b>0,030</b>	<b>0,031</b>
SE	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002
<b>Bali-NT</b>	<b>0,011</b>	<b>0,011</b>	<b>0,011</b>	<b>0,012</b>	<b>0,016</b>	<b>0,016</b>	<b>0,016</b>	<b>0,016</b>	<b>0,011</b>	<b>0,012</b>	<b>0,011</b>	<b>0,012</b>
SE	0,004	0,004	0,004	0,004	0,003	0,003	0,003	0,003	0,004	0,004	0,004	0,004
<b>Kalimantan</b>	<b>0,024</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,024</b>	<b>0,024</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,024</b>	<b>0,024</b>	<b>0,023</b>	<b>0,023</b>	<b>0,024</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003
<b>Sulawesi</b>	<b>0,035</b>	<b>0,035</b>	<b>0,035</b>	<b>0,036</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>0,032</b>	<b>0,035</b>	<b>0,035</b>	<b>0,035</b>	<b>0,035</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003
<b>Maluku-Papua</b>	<b>0,020</b>	<b>0,024</b>	<b>0,025</b>	<b>0,027</b>	<b>0,021</b>	<b>0,025</b>	<b>0,026</b>	<b>0,026</b>	<b>0,019</b>	<b>0,024</b>	<b>0,025</b>	<b>0,026</b>
SE	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003
Kontrol individu	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
Kontrol rumah tangga	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya
Kontrol desa	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya

## Lampiran 6

### Tabel Lengkap Hasil Analisis Pengaruh JKN terhadap OOP

	<b>%</b>	<b>SE</b>	<b><i>P-value</i></b>	<b>Tingkat Bawah</b>	<b>Tingkat Atas</b>
Gabungan	-23,641	9,326	0,011	-41,920	-5,363
Perkotaan	-2,304	7,669	0,764	-17,336	12,727
Perdesaan	-30,064	11,911	0,012	-53,408	-6,719
Jawa	-28,142	30,615	0,358	-88,146	31,862
Sumatra	11,990	3,839	0,002	4,465	19,514
Bali-NT	-45,168	12,226	<0,001	-69,131	-21,206
Kalimantan	-13,521	11,099	0,223	-35,275	8,232
Sulawesi	-21,415	8,934	0,017	-38,925	-3,905
Maluku-Papua	-19,411	5,090	<0,001	-29,386	-9435

## Lampiran 7 Efek Marginal

	Rp	SE	<i>P-value</i>	Tingkat Bawah	Tingkat Atas
Gabungan	-41.817,1	12.010,4	<0,001	-65.357,1	-18.277,2
Perkotaan	-11.114,3	11.042,3	0,314	-32.756,7	10.528,2
Perdesaan	-50.026,4	14.834,2	0,001	-79.101	-20.951,8
Jawa	-45.148,5	60.793,5	0,458	-164.302	74.004,5
Sumatra	5.612,5	13.611,1	0,68	-21.064,8	32.289,7
Bali-NT	-60.007,5	11.825,4	<0,001	-83.184,8	-36.830,3
Kalimantan	-22.095,1	16.101,6	0,17	-53.653,6	9.463,3
Sulawesi	-35.719,1	8.367,7	<0,001	-52.119,5	-19.318,7
Maluku-Papua	-4.196	6.808,6	0,538	-17.540,6	9.148,5

## Lampiran 8

### Alasan Tidak Memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Jalan pada Penduduk Miskin, Susenas 2018–2020

Alasan	Perdesaan (%)	Perkotaan (%)	Jawa (%)	Sumatra (%)	Bali-NT (%)	Kalimantan (%)	Sulawesi (%)	Maluku-Papua (%)	Gabungan (%)
Tidak memiliki keluhan	63,9	61	50,5	63,1	63	54,6	64,1	79,3	63,3
Mengobati diri sendiri	31,5	34,6	42,6	32,1	32,6	41,4	33,1	16,7	32,1
Lainnya	3,4	3,6	5,8	3,7	3,9	3,2	2,5	2	3,5
Tidak tahu cara memanfaatkan jaminan kesehatan	1,5	1,2	3	1,7	1,2	1,8	0,6	0,7	1,5
Waktu tunggu pelayanan lama	1,1	2,6	3,6	1,5	1,4	1,2	0,6	0,1	1,4
Tidak ada faskes yang mudah dijangkau	1,2	0,4	1,1	1	0,8	1,1	0,4	1,7	1
Tidak ada biaya	0,8	0,5	0,9	0,7	1	0,8	0,4	0,8	0,7
Prosedur persyaratan sulit dipenuhi	0,4	0,7	0,5	0,6	0,3	0,9	0,3	0,2	0,5
Kartu JKN tidak aktif	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6	0,2	0,1	0,4
Tidak ada petugas pemberi layanan jaminan kesehatan	0,5	0,1	0,2	0,3	0,1	0,4	0,1	1,1	0,4
Menggunakan asuransi lain	0,1	0,1	0,1	0,2	0	0,2	0,1	0	0,1

Keterangan: Responden boleh menjawab dengan lebih dari satu jawaban (*multiple responses*).

## Lampiran 9

### Alasan Tidak Memanfaatkan JKN/Jamkesda untuk Rawat Inap pada Penduduk Miskin, Susenas 2018–2020

Alasan	Perdesaan (%)	Perkotaan (%)	Jawa (%)	Sumatra (%)	Bali-NT (%)	Kalimantan (%)	Sulawesi (%)	Maluku-Papua (%)	Gabungan (%)
Tidak mengalami gangguan kesehatan	96,7	97,1	94,8	96,7	98,1	96,9	98,3	96,1	96,8
Lainnya	1,4	1,4	2,5	1,4	0,9	1,1	0,8	1,3	1,4
Tidak tahu cara memanfaatkan jaminan kesehatan	0,6	0,5	1,3	0,7	0,3	0,7	0,3	0,4	0,6
Tidak ada faskes yang mudah dijangkau	0,5	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	1,3	0,4
Tidak ada biaya transportasi dan akomodasi	0,4	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,7	0,4
Waktu tunggu pelayanan lama	0,2	0,3	0,6	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Prosedur/persyaratan sulit	0,2	0,2	0,4	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Kartu JKN tidak aktif	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,1	0,2
Tidak ada petugas pemberi pelayanan jaminan kesehatan	0,2	0	0,1	0,1	0	0,1	0	0,4	0,1
Menggunakan asuransi lain	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,1

Keterangan: Responden boleh menjawab dengan lebih dari satu jawaban (*multiple responses*).

Lampiran 10  
Penolakan Rawat Jalan/Rawat Inap karena Penggunaan  
JKN/Jamkesda, Susenas 2018-2020

Jenis Layanan	Tidak Ditolak (%)	Ditolak (%)
Rawat jalan	99,65	0,35
Rawat inap	99,91	0,09

## Lampiran 11

### Tabel Hasil Pemadanan Individu

	2011			2012		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Area Perkotaan	0,17217	0,17026	0,522	0,18212	0,18124	0,777
Sumatra	0,21177	0,21217	0,9	0,20791	0,20847	0,865
Bali-NT	0,22819	0,22837	0,955	0,22615	0,22628	0,969
Kalimantan	0,07572	0,07619	0,823	0,07309	0,07299	0,963
Sulawesi	0,17764	0,17680	0,78	0,17400	0,17328	0,814
Maluku-Papua	0,10121	0,10127	0,979	0,09636	0,09666	0,902
Sanitasi layak	0,17902	0,17783	0,695	0,20958	0,20801	0,633
Rumah layak	0,02024	0,01933	0,41	0,02655	0,02586	0,595
Tidak memiliki ijazah	0,30960	0,30903	0,878	0,30385	0,30392	0,986
SD/MTs	0,34319	0,34362	0,907	0,33321	0,33459	0,719
SMP/MI	0,12826	0,12782	0,868	0,13479	0,13545	0,813
SMA/SMK/MA	0,06852	0,06884	0,876	0,07456	0,07424	0,877
D-3/D-4/S-1/S-2	0,00428	0,00444	0,764	0,00445	0,00386	0,258
Bekerja: formal	0,10252	0,10190	0,794	0,10347	0,10216	0,594
Bekerja: informal	0,67674	0,67774	0,787	0,67634	0,67752	0,755
5–7 tahun	0,06518	0,06268	0,196	0,06563	0,06445	0,555
5–17 tahun	0,30994	0,31147	0,675	0,28425	0,28565	0,7
18–35 tahun	0,42019	0,42225	0,597	0,42817	0,42876	0,883
36–55 tahun	0,20470	0,20360	0,731	0,22196	0,22114	0,808
>56 tahun	0,51948	0,52092	0,716	0,51746	0,51815	0,865

	2013			2015		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Area Perkotaan	0,17538	0,17449	0,733	0,21895	0,21540	0,193
Sumatra	0,26853	0,26946	0,759	0,28681	0,28808	0,671
Bali-NT	0,19431	0,19379	0,85	0,15319	0,15488	0,48
Kalimantan	0,07363	0,07374	0,948	0,07911	0,07965	0,759
Sulawesi	0,18773	0,18859	0,747	0,19333	0,19269	0,808
Maluku-Papua	0,08858	0,08756	0,597	0,07935	0,07691	0,171
Sanitasi layak	0,25959	0,25843	0,697	0,33162	0,32993	0,588

	2013			2015		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Rumah layak	0,02383	0,02195	0,065	0,14186	0,13980	0,371
Tidak memiliki ijazah	0,30416	0,30244	0,583	0,27447	0,27471	0,935
SD/MTs	0,33726	0,34051	0,313	0,33620	0,33911	0,352
SMP/MI	0,13903	0,13773	0,58	0,16374	0,16286	0,72
SMA/SMK/MA	0,08605	0,08726	0,529	0,09250	0,09324	0,698
D-3/D-4/S-1/S-2	0,00481	0,00476	0,921	0,00833	0,00701	0,023
Bekerja: formal	0,11102	0,10888	0,316	0,12886	0,12544	0,121
Bekerja: informal	0,66999	0,67294	0,357	0,64037	0,64397	0,257
5–7 tahun	0,06338	0,06094	0,138	0,06460	0,06297	0,316
5–17 tahun	0,28200	0,28261	0,844	0,26592	0,26847	0,385
18–35 tahun	0,43239	0,43402	0,63	0,45103	0,45134	0,926
36–55 tahun	0,22222	0,22243	0,941	0,21845	0,21722	0,653
>56 tahun	0,51263	0,51291	0,935	0,51791	0,52021	0,487

	2016			2017		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Area Perkotaan	0,22658	0,22352	0,273	0,22486	0,22224	0,353
Sumatra	0,28692	0,28728	0,906	0,27374	0,27418	0,885
Bali-NT	0,15048	0,15186	0,563	0,13554	0,13473	0,728
Kalimantan	0,08442	0,08402	0,829	0,07752	0,07733	0,919
Sulawesi	0,16540	0,16473	0,787	0,17928	0,18034	0,684
Maluku-Papua	0,08687	0,08473	0,252	0,09324	0,09168	0,426
Sanitasi layak	0,37902	0,37716	0,568	0,38872	0,38501	0,262
Rumah layak	0,13301	0,13082	0,333	0,16514	0,16482	0,898
Tidak memiliki ijazah	0,29404	0,29547	0,639	0,25908	0,25984	0,798
SD/MTs	0,39735	0,39871	0,677	0,35527	0,35814	0,376
SMP/MI	0,10557	0,10456	0,624	0,16811	0,16913	0,69
SMA/SMK/MA	0,12330	0,12458	0,563	0,10519	0,10420	0,634
D-3/D-4/S-1/S-2	0,00830	0,00716	0,052	0,00886	0,00746	0,021
Bekerja: formal	0,13792	0,13573	0,341	0,14355	0,14049	0,196
Bekerja: informal	0,62248	0,62587	0,295	0,60373	0,60769	0,232
5–7 tahun	0,06729	0,06530	0,232	0,06469	0,06308	0,331
5–17 tahun	0,24032	0,24197	0,563	0,25095	0,25203	0,713

	2016			2017		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
18–35 tahun	0,45195	0,45402	0,533	0,44915	0,45095	0,595
36–55 tahun	0,24045	0,23871	0,542	0,23520	0,23394	0,66
>56 tahun	0,52131	0,52298	0,616	0,52331	0,52515	0,587

	2018			2019		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Area Perkotaan	0,20734	0,20373	0,145	0,22259	0,22065	0,434
Sumatra	0,27831	0,28016	0,503	0,24996	0,25117	0,64
Bali-NT	0,14350	0,14237	0,599	0,15929	0,15929	1
Kalimantan	0,08931	0,08879	0,763	0,08843	0,08804	0,817
Sulawesi	0,17799	0,17869	0,767	0,18142	0,18224	0,722
Maluku-Papua	0,09300	0,09155	0,414	0,11297	0,11174	0,515
Sanitasi layak	0,46486	0,46306	0,555	0,48821	0,48545	0,355
Rumah layak	0,19250	0,19043	0,391	0,20603	0,20373	0,34
Tidak memiliki ijazah	0,27641	0,27634	0,978	0,25887	0,25943	0,833
SD/MTs	0,34004	0,34241	0,415	0,33090	0,33409	0,257
SMP/MI	0,16392	0,16331	0,791	0,18149	0,18094	0,81
SMA/SMK/MA	0,10883	0,10858	0,898	0,12115	0,12261	0,455
D-3/D-4/S-1/S-2	0,01140	0,01014	0,047	0,01432	0,01263	0,014
Bekerja: formal	0,14870	0,14717	0,484	0,14831	0,14692	0,512
Bekerja: informal	0,59228	0,59589	0,23	0,58882	0,59156	0,35
5–7 tahun	0,06371	0,06207	0,272	0,06955	0,06824	0,384
5–17 tahun	0,25577	0,25673	0,72	0,25914	0,25944	0,908
18–35 tahun	0,45171	0,45380	0,494	0,44531	0,44930	0,179
36–55 tahun	0,22881	0,22740	0,584	0,22599	0,22302	0,233
>56 tahun	0,52840	0,52979	0,649	0,53250	0,53625	0,207

	2020		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Area Perkotaan	0,22732	0,22547	0,451
Sumatra	0,26210	0,26251	0,873
Bali-NT	0,14092	0,14078	0,946

	2020		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Kalimantan	0,09494	0,09496	0,992
Sulawesi	0,19315	0,19324	0,97
Maluku-Papua	0,11134	0,11120	0,941
Sanitasi layak	0,54377	0,54133	0,401
Rumah layak	0,07426	0,06956	0,002
Tidak memiliki ijazah	0,00099	0,00050	0,002
SD/MTs	0,33240	0,33096	0,602
SMP/MI	0,17774	0,17710	0,777
SMA/SMK/MA	0,15246	0,15275	0,89
D-3/D-4/S-1/S-2	0,24785	0,25051	0,292
Bekerja: formal	0,15976	0,15759	0,31
Bekerja: informal	0,57298	0,57566	0,353
5–7 tahun	0,06760	0,06659	0,491
5–17 tahun	0,25872	0,26005	0,603
18–35 tahun	0,44209	0,44305	0,742
36–55 tahun	0,23159	0,23031	0,603
> 56 tahun	0,53126	0,53253	0,665

Lampiran 12  
Tabel Hasil Pemadanan Rumah Tangga

	2018			2019			2020		
	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>	Perlakuan	Kontrol	<i>P-value</i>
Area Perkotaan	0,28000	0,26889	<0,001	0,28169	0,27261	<0,001	0,27932	0,27221	0,002
Sumatra	0,25545	0,25824	0,245	0,23502	0,23575	0,749	0,24203	0,24572	0,088
Bali-NT	0,10936	0,11149	0,217	0,11008	0,10808	0,228	0,10681	0,10259	0,006
Kalimantan	0,05008	0,04906	0,39	0,05381	0,05123	0,03	0,05433	0,04854	<0,001
Sulawesi	0,17020	0,16914	0,609	0,18619	0,18511	0,603	0,19194	0,19194	1
Maluku-Papua	0,09663	0,09111	0,001	0,11968	0,12091	0,476	0,11131	0,11251	0,448
Sanitasi layak	0,60383	0,59830	0,04	0,60958	0,60388	0,028	0,65196	0,65424	0,341
Rumah layak	0,30070	0,29646	0,091	0,29578	0,29242	0,166	0,16936	0,16273	<0,001
Pendidikan kepala rumah tangga (KRT): Tidak memiliki ijazah	0,26432	0,26592	0,51	0,25619	0,26167	0,019	0,00113	0,00061	<0,001
Pendidikan KRT: SD/MTs	0,35768	0,36797	<0,001	0,35360	0,35984	0,014	0,36823	0,37303	0,049
Pendidikan KRT: SD/MI	0,14478	0,14279	0,302	0,15144	0,14915	0,227	0,14132	0,13749	0,028
Pendidikan KRT: SMA/SMK/MA	0,12599	0,12274	0,072	0,13192	0,12918	0,127	0,15985	0,16085	0,588
Pendidikan KRT: D-3/D-4/S-1/S-2	0,01165	0,00750	<0,001	0,01363	0,00852	<0,001	0,24718	0,24852	0,54
Usia KRT	49,11500	49,04200	0,321	49,29900	49,14400	0,03	49,47000	49,32500	0,031



 Jl. Cikini Raya No. 10A  
Jakarta 10330 Indonesia

 +62 21 3193 6336

 +62 21 3193 0850

 smeru@smeru.or.id

 smeru.or.id

   The SMERU Research Institute

 @SMERUInstitute

 @smeru.institute