

Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Jamkesta oleh Rumah Tangga di Rumah Sakit dr. Ainun Habibie

Rasmin Lakadjo

Ekonomi Pembangunan, Universitas Gorontalo
Email: lasminlakadjo321@gmail.com

Barmin Rahmat A.G Yusuf

Ekonomi Pembangunan, Universitas Gorontalo
Email: barminyusuf78@gmail.com

Anggita Permata Yakup

Ekonomi Pembangunan, Universitas Gorontalo
Email: anggitapermatayakup@gmail.com*

Ismail A. Ibrahim

Ekonomi Pembangunan, Universitas Gorontalo
Email: ismailibrahim1066@gmail.com

Abstrak

Program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) di Provinsi Gorontalo dirancang untuk memperluas akses layanan kesehatan bagi rumah tangga miskin, namun pemanfaatannya masih bervariasi antar kelompok masyarakat. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan Jamkesta oleh rumah tangga yang berobat di RS dr Ainun Habibie. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain eksplanatif, melibatkan 200 rumah tangga sebagai sampel, dan dianalisis menggunakan regresi logit untuk menilai pengaruh karakteristik individu dan akses terhadap keputusan memanfaatkan layanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur, akses ke fasilitas kesehatan desa, dan keanggotaan organisasi sosial berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan layanan Jamkesta. Sebaliknya, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan ukuran rumah tangga tidak menunjukkan pengaruh signifikan. Temuan ini menegaskan bahwa faktor aksesibilitas dan jejaring sosial memainkan peran penting dalam meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan, sementara peningkatan literasi kesehatan dan pemerataan informasi perlu diperkuat agar program Jamkesta dapat berfungsi lebih optimal sebagai instrumen perlindungan kesehatan bagi masyarakat berpenghasilan rendah.

Kata Kunci: Jamkesta, Pemanfaatan Layanan Kesehatan, Faktor Sosial Ekonomi, Akses Kesehatan

JEL Classification: I1, O1, H5

Abstract

The Universal Health Protection Program (Jamkesta) in Gorontalo Province aims to expand healthcare access for low-income households, yet its utilization remains uneven across demographic groups. This study examines the factors influencing the use of Jamkesta healthcare services among households seeking care at dr. Ainun Habibie Hospital. Using a quantitative explanatory design with 200 respondents, the study employs a logistic regression model to assess the roles of predisposing, enabling, and need factors in shaping healthcare

utilization. The results indicate that age, access to village-level health facilities, and membership in community organizations significantly influence the likelihood of using Jamkesta services. In contrast, gender, educational attainment, employment status, and household size do not show significant effects. These findings highlight the importance of accessibility and social networks in driving healthcare utilization, suggesting the need for strengthened health literacy, equitable information dissemination, and improved service quality to ensure that Jamkesta functions effectively as an inclusive public health protection mechanism.

Keywords: *Jamkesta, healthcare utilization, socioeconomic factors, health access*

JEL Classification: *I1, O1, H5*

PENDAHULUAN

Pelaksanaan *Millennium Development Goals* (MDGs) selama lebih dari dua dekade terakhir telah memberikan kontribusi signifikan dalam pembangunan global, khususnya dalam meningkatkan perhatian dunia terhadap isu-isu dasar seperti pengentasan kemiskinan, pendidikan, dan kesehatan. Meskipun demikian, berbagai evaluasi menunjukkan bahwa MDGs memiliki sejumlah keterbatasan, terutama karena pendekatannya yang relatif sempit, berorientasi pada target kuantitatif, dan kurang memperhatikan ketimpangan antar kelompok sosial maupun wilayah. Dalam banyak konteks negara berkembang, capaian MDGs cenderung terkonsentrasi pada kelompok masyarakat yang relatif lebih mudah dijangkau, sementara kelompok miskin, marginal, dan yang tinggal di wilayah terpencil belum sepenuhnya merasakan manfaat pembangunan secara proporsional.

Sebagai respons atas keterbatasan tersebut, *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang dicanangkan sejak tahun 2015 dirancang dengan cakupan yang lebih luas, inklusif, dan berorientasi pada keberlanjutan jangka panjang. SDGs tidak hanya melanjutkan agenda MDGs, tetapi juga menekankan prinsip *no one left behind*, yang menempatkan kelompok miskin dan rentan sebagai fokus utama pembangunan. Keunggulan SDGs terletak pada pendekatannya yang multidimensional dan terintegrasi, di mana aspek ekonomi, sosial, dan lingkungan dipandang sebagai satu kesatuan yang saling terkait. Dengan demikian, pembangunan tidak lagi diukur semata-mata dari pencapaian indikator makro, tetapi juga dari sejauh mana kesejahteraan masyarakat dapat dirasakan secara merata.

Dalam kerangka tersebut, kesehatan menempati posisi yang sangat strategis sebagai prasyarat fundamental bagi pembangunan ekonomi dan sosial. Individu yang sehat memiliki kapasitas yang lebih besar untuk berpartisipasi dalam aktivitas produktif, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta memperkuat ketahanan ekonomi rumah tangga. Sebaliknya, keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dapat memperdalam kemiskinan dan memperlebar ketimpangan sosial. Oleh karena itu, upaya mewujudkan kehidupan yang sehat dan sejahtera, sebagaimana ditegaskan dalam Tujuan 3 SDGs, tidak hanya merupakan tujuan pembangunan itu sendiri, tetapi juga menjadi fondasi penting bagi keberhasilan agenda pembangunan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan (Djunawan, 2018; Laoli dkk., 2019).

Di Indonesia, masalah kesehatan terutama yang terkait dengan biaya berobat yang mahal menjadi isu yang menuntut perhatian serius, khususnya bagi penduduk miskin dan kelompok rentan. Keterbatasan kemampuan finansial sering kali memaksa rumah tangga miskin menunda bahkan mengabaikan kebutuhan layanan kesehatan, sehingga berdampak pada memburuknya kondisi kesehatan dan meningkatnya kerentanan ekonomi (Djunawan, 2018). Kondisi ini diperparah oleh ketimpangan akses layanan kesehatan yang masih terjadi antarwilayah, di mana masyarakat di daerah perdesaan dan kawasan Indonesia Timur cenderung memiliki akses yang lebih terbatas dibandingkan wilayah perkotaan dan kawasan Indonesia Barat (Laoli dkk., 2019).

Secara nasional, berbagai indikator menunjukkan masih adanya kesenjangan dalam pemanfaatan layanan kesehatan antara kelompok sosial ekonomi. Rumah tangga berpendapatan rendah menghadapi beban pengeluaran kesehatan yang relatif lebih besar dibandingkan kelompok berpendapatan tinggi, terutama untuk biaya obat-obatan, transportasi menuju fasilitas kesehatan, dan layanan rujukan. Dalam banyak kasus, pengeluaran kesehatan yang bersifat tidak terduga berpotensi mendorong rumah tangga miskin ke dalam kondisi *catastrophic health expenditure*, yang pada akhirnya memperdalam lingkaran kemiskinan dan memperlebar ketimpangan kesejahteraan (Statistik Jaminan Kesehatan Nasional, 2021).

Sebagai respons terhadap permasalahan tersebut, pemerintah pusat meluncurkan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai instrumen utama untuk menjamin akses layanan kesehatan yang lebih adil dan terjangkau. Namun, dalam praktiknya, implementasi JKN masih menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam menjangkau kelompok miskin yang berada di wilayah dengan keterbatasan infrastruktur dan layanan kesehatan. Oleh karena itu, peran pemerintah daerah menjadi sangat penting untuk melengkapi dan memperkuat cakupan JKN melalui kebijakan jaminan kesehatan daerah. Inisiatif jaminan kesehatan berbasis daerah ini dipandang sebagai mekanisme pelengkap yang strategis dalam menutup celah kepesertaan, sekaligus memastikan bahwa masyarakat miskin tetap memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang layak dan berkelanjutan (Djunawan, 2018; Statistik Jaminan Kesehatan Nasional, 2021).

Menanggapi permasalahan akses kesehatan tersebut, Pemerintah Provinsi Gorontalo melalui Peraturan Gubernur Nomor 10 Tahun 2019 menetapkan Program Jaminan Kesehatan Daerah yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Semesta (JAMKESTA). Program ini dirancang sebagai instrumen perlindungan sosial berbasis daerah yang bertujuan menjamin akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan, khususnya mereka yang belum terakomodasi dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional. JAMKESTA diselenggarakan melalui dua mekanisme, yaitu Jamkesta yang terintegrasi dengan JKN serta Jamkesta Non-Teregister yang ditujukan bagi masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, dengan seluruh pembiayaan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Jika dibandingkan dengan skema JKN Penerima Bantuan Iuran (PBI), JAMKESTA memiliki karakteristik yang lebih fleksibel dalam menjangkau kelompok masyarakat miskin yang belum tercakup secara administratif dalam sistem

nasional. JKN PBI mensyaratkan proses pendataan dan verifikasi kepesertaan yang relatif ketat dan sering kali memerlukan waktu yang tidak singkat, sehingga berpotensi menimbulkan eksklusi bagi kelompok miskin yang bersifat dinamis. Dalam konteks tersebut, JAMKESTA berfungsi sebagai *local safety net* yang mampu menutup celah kepesertaan JKN PBI dan memastikan bahwa masyarakat miskin tetap memperoleh akses terhadap layanan kesehatan rujukan tanpa terkendala status administratif (Djunawan, 2018).

Meskipun memiliki peran strategis, implementasi JAMKESTA tidak terlepas dari berbagai tantangan. Keterbatasan kapasitas fiskal daerah, kompleksitas koordinasi antara pemerintah daerah dan fasilitas layanan kesehatan, serta potensi tumpang tindih dengan program nasional menjadi isu yang perlu dikelola secara cermat. Selain itu, persepsi masyarakat terhadap kualitas layanan yang diterima peserta jaminan kesehatan bersubsidi masih menjadi faktor penentu dalam tingkat pemanfaatan layanan. Beberapa kajian menunjukkan bahwa tantangan operasional dan kualitas pelayanan dapat membatasi efektivitas program jaminan kesehatan daerah dalam meningkatkan pemanfaatan layanan, meskipun hambatan biaya telah dihilangkan (Arini & Wasil, 2025).

Dari sisi pembiayaan, ketergantungan JAMKESTA pada APBD menempatkan isu keberlanjutan fiskal sebagai perhatian utama. Ketersediaan anggaran daerah sangat dipengaruhi oleh kondisi ekonomi regional dan prioritas pembangunan lainnya, sehingga menuntut perencanaan yang matang agar program dapat berjalan secara berkelanjutan. Oleh karena itu, efektivitas JAMKESTA tidak hanya ditentukan oleh besaran alokasi anggaran, tetapi juga oleh efisiensi pengelolaan, ketepatan sasaran, serta integrasi kebijakan dengan sistem JKN secara nasional. Dalam jangka panjang, penguatan tata kelola dan kesinambungan fiskal menjadi prasyarat penting agar JAMKESTA dapat berfungsi optimal sebagai instrumen pemerataan akses layanan kesehatan di Provinsi Gorontalo (Djunawan, 2018; Statistik Jaminan Kesehatan Nasional, 2021).

Berbagai kajian empiris mendukung validitas model Andersen dalam menjelaskan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan di Indonesia. Misalnya, studi di Jawa Timur menunjukkan bahwa kondisi kesehatan yang dilaporkan baik secara signifikan meningkatkan probabilitas partisipasi individu dalam angkatan kerja, yang menegaskan kesehatan sebagai bentuk modal manusia yang penting dalam meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan ekonomi rumah tangga (Febrian dkk., 2025). Temuan ini mengindikasikan bahwa kesehatan tidak hanya berperan sebagai hasil pembangunan, tetapi juga sebagai prasyarat bagi partisipasi ekonomi yang lebih luas.

Sejalan dengan itu, penelitian lain menemukan bahwa tingkat pendidikan memiliki pengaruh yang konsisten terhadap partisipasi angkatan kerja dan penurunan tingkat kemiskinan. Studi di Nusa Tenggara Timur, misalnya, menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pendidikan, perbaikan layanan kesehatan yang tercermin dari ekspektasi usia hidup, serta keterlibatan aktif dalam aktivitas ekonomi mampu menurunkan tingkat kemiskinan secara signifikan (Lillah & Arisetyawan, 2025). Meskipun demikian, konteks wilayah yang relatif tertinggal dengan karakteristik geografis yang menantang menjadikan akses terhadap layanan kesehatan dan

pendidikan sebagai faktor krusial yang tidak selalu dapat disamakan dengan kondisi di wilayah yang lebih maju.

Namun, tidak semua temuan empiris menunjukkan hasil yang seragam. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa dampak positif kesehatan dan pendidikan terhadap kesejahteraan ekonomi tidak selalu terdistribusi secara merata antar kelompok sosial. Studi di Jawa Timur menemukan bahwa pengaruh kesehatan yang baik terhadap partisipasi angkatan kerja jauh lebih lemah pada perempuan dibandingkan laki-laki, yang mengindikasikan adanya hambatan struktural dan sosial berbasis gender dalam pasar tenaga kerja (Febrian dkk., 2025). Perbedaan ini menunjukkan bahwa faktor predisposisi dan struktur sosial memainkan peran penting dalam memediasi hubungan antara kesehatan dan perilaku ekonomi.

Dalam konteks program jaminan kesehatan bersubsidi, hasil penelitian juga menunjukkan temuan yang beragam. Penelitian mengenai BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Jawa Timur menunjukkan bahwa kepesertaan BPJS PBI belum memberikan dampak yang signifikan terhadap penurunan tingkat kemiskinan, meskipun program bantuan lain seperti Program Indonesia Pintar terbukti lebih efektif (Arini & Wasil, 2025). Temuan ini mengindikasikan bahwa keberadaan jaminan kesehatan saja belum cukup untuk meningkatkan kesejahteraan apabila tidak diiringi dengan kualitas layanan, ketersediaan fasilitas, dan efektivitas implementasi di tingkat lapangan.

Secara keseluruhan, sintesis dari berbagai studi empiris nasional tersebut menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan dan dampaknya sangat dipengaruhi oleh konteks wilayah, karakteristik sosial ekonomi, serta kualitas sistem pelayanan kesehatan yang tersedia. Sebagian besar penelitian terdahulu masih berfokus pada data agregat nasional atau berbasis fasilitas pelayanan tingkat pertama, seperti puskesmas, sehingga belum banyak mengulas perilaku pemanfaatan layanan di rumah sakit rujukan daerah. Selain itu, peran faktor sosial seperti keanggotaan organisasi kemasyarakatan dan jejaring sosial masih relatif jarang dianalisis secara eksplisit. Keterbatasan inilah yang membuka ruang bagi penelitian ini untuk memberikan kontribusi empiris yang lebih kontekstual dalam memahami pemanfaatan layanan kesehatan berbasis jaminan daerah, khususnya dalam kerangka program JAMKESTA di Provinsi Gorontalo.

Dalam perkembangannya, model Andersen mengalami penyempurnaan dengan mengelompokkan determinan pemanfaatan layanan kesehatan ke dalam tiga komponen utama, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor kebutuhan (*need factors*). Faktor predisposisi mencakup karakteristik demografis seperti umur dan jenis kelamin, struktur sosial seperti pendidikan dan pekerjaan, serta sistem nilai dan kepercayaan yang membentuk sikap individu terhadap kesehatan dan pelayanan medis. Faktor pendukung merujuk pada sumber daya yang memungkinkan individu untuk mengakses layanan kesehatan, termasuk pendapatan, kepemilikan jaminan kesehatan, ketersediaan fasilitas kesehatan, serta kemudahan akses fisik. Sementara itu, faktor kebutuhan merefleksikan kondisi kesehatan individu, baik yang dirasakan maupun yang dinilai secara klinis, yang secara langsung memicu keputusan untuk mencari layanan kesehatan.

Relevansi model Andersen dalam konteks negara berkembang terletak pada kemampuannya menjelaskan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh kebutuhan medis, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan institusional. Di wilayah dengan keterbatasan infrastruktur dan ketimpangan akses, faktor pendukung seperti ketersediaan fasilitas kesehatan dan keberadaan skema jaminan kesehatan sering kali menjadi penentu utama dalam perilaku pencarian layanan. Selain itu, karakteristik sosial dan nilai komunal yang kuat, sebagaimana ditemukan di banyak daerah di Indonesia, menjadikan faktor predisposisi dan dukungan sosial memiliki peran yang semakin penting. Dengan demikian, model Andersen memberikan landasan teoretis yang komprehensif dan kontekstual untuk menganalisis pemanfaatan layanan kesehatan dalam kerangka program jaminan kesehatan daerah seperti JAMKESTA.

Berbagai kajian empiris mendukung model ini. Misalnya, studi di Jawa Timur menunjukkan bahwa kesehatan yang dilaporkan baik secara signifikan meningkatkan probabilitas partisipasi dalam angkatan kerja, menegaskan nilai ekonomi kesehatan sebagai modal manusia. Selain itu, tingkat pendidikan secara konsisten memengaruhi partisipasi angkatan kerja, memperkuat peran komplementer pendidikan formal dalam ketahanan ekonomi. Bahkan, penelitian di Nusa Tenggara Timur menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pendidikan, perbaikan layanan kesehatan (ekspektasi usia hidup), dan partisipasi aktif dalam aktivitas ekonomi mampu memperkecil angka kemiskinan secara signifikan (Febrian dkk., 2025). Namun demikian, studi lain menunjukkan bahwa efek positif kesehatan yang baik jauh lebih lemah pada perempuan, mengindikasikan adanya hambatan gender dalam pengembalian tenaga kerja terhadap kondisi kesehatan (Lillah & Arisetyawan, 2025). Sementara itu, dalam konteks program jaminan kesehatan bersubsidi, ditemukan bahwa BPJS Kesehatan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) belum memberikan dampak signifikan terhadap penurunan kemiskinan, meskipun program beasiswa pendidikan dan upah minimum terbukti efektif (Arini & Wasil, 2025).

Meskipun sejumlah penelitian telah mengidentifikasi berbagai determinan pemanfaatan layanan kesehatan, masih terdapat celah ilmiah yang perlu mendapatkan perhatian lebih lanjut, khususnya dalam konteks layanan kesehatan rujukan dan program jaminan kesehatan berbasis daerah. Sebagian besar studi sebelumnya cenderung berfokus pada data agregat nasional atau pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, seperti puskesmas, yang relatif lebih mudah diakses dan memiliki karakteristik pengguna yang homogen. Akibatnya, perilaku pemanfaatan layanan di rumah sakit rujukan yang menangani kasus dengan tingkat kompleksitas lebih tinggi serta melibatkan proses administrasi dan rujukan yang lebih panjang masih relatif jarang dikaji secara mendalam.

Keterbatasan kajian pada rumah sakit rujukan juga berkaitan dengan tantangan metodologis dan ketersediaan data, sehingga banyak penelitian memilih unit analisis yang lebih sederhana. Padahal, rumah sakit rujukan daerah memiliki peran strategis sebagai simpul utama dalam sistem pelayanan kesehatan regional dan menjadi titik temu antara kebijakan jaminan kesehatan, kapasitas layanan, dan kebutuhan medis masyarakat. Dalam konteks program jaminan kesehatan daerah seperti JAMKESTA, rumah sakit rujukan menjadi arena penting untuk menilai sejauh mana kebijakan

mampu menjamin akses layanan kesehatan yang adil dan efektif bagi kelompok miskin dan rentan.

Selain itu, sebagian besar penelitian terdahulu masih menempatkan faktor demografis dan sosioekonomi sebagai determinan utama pemanfaatan layanan kesehatan, sementara peran faktor sosial cenderung kurang mendapatkan perhatian. Variabel sosial seperti keanggotaan dalam organisasi kemasyarakatan, jejaring sosial, dan dukungan komunitas memiliki potensi besar dalam memengaruhi perilaku pencarian layanan kesehatan melalui mekanisme penyebaran informasi, pembentukan norma, dan pemberian dukungan emosional. Dalam masyarakat dengan ikatan komunal yang kuat, faktor sosial sering kali menjadi jembatan antara ketersediaan layanan dan keputusan individu untuk memanfaatkannya, namun aspek ini masih relatif jarang diintegrasikan secara eksplisit dalam model empiris.

Berdasarkan kondisi tersebut, kebaruan penelitian ini terletak pada penggabungan analisis determinan individu, aksesibilitas layanan, dan faktor sosial dalam konteks pemanfaatan program JAMKESTA di rumah sakit rujukan daerah. Dengan menjadikan Rumah Sakit dr. Ainun Habibie sebagai locus penelitian, studi ini menawarkan perspektif empiris yang lebih kontekstual dan spesifik terhadap dinamika pelayanan kesehatan rujukan di Provinsi Gorontalo. Pendekatan ini tidak hanya memperkaya literatur mengenai pemanfaatan layanan kesehatan berbasis jaminan daerah, tetapi juga memberikan dasar yang lebih kuat bagi perumusan kebijakan kesehatan daerah yang responsif terhadap karakteristik sosial dan institusional setempat.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor spesifik terutama faktor predisposisi dan pendukung rumah tangga yang memengaruhi keputusan pemanfaatan layanan pada program JAMKESTA di Rumah Sakit dr Ainun Habibie (Cheng Dkk., 2025; Jauhar, 2025; Sumpeno Dkk., 2025). Fokus analisis diarahkan pada faktor predisposisi, faktor pendukung, serta faktor kebutuhan yang diperkaya dengan variabel sosial yang relevan dengan karakteristik masyarakat lokal. Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana pengaruh masing-masing faktor tersebut terhadap keputusan rumah tangga untuk memanfaatkan layanan kesehatan Jamkesta.

Hipotesis dasar penelitian ini adalah bahwa karakteristik demografis, kondisi sosial ekonomi, aksesibilitas layanan, serta keterlibatan sosial rumah tangga berperan dalam meningkatkan kemungkinan pemanfaatan layanan kesehatan pada program Jamkesta. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi empiris dan teoritis dalam memahami pola pemanfaatan layanan kesehatan berbasis jaminan daerah, sekaligus menawarkan rekomendasi kebijakan bagi pemerintah daerah untuk memperkuat efektivitas program Jamkesta di masa mendatang.

Selain faktor-faktor yang telah diidentifikasi dalam berbagai studi terdahulu, dinamika pemanfaatan layanan kesehatan juga dipengaruhi oleh konteks institusional dan tata kelola pelayanan kesehatan di tingkat daerah. Kualitas pelayanan, sikap tenaga kesehatan, serta prosedur administrasi yang dihadapi pasien sering kali membentuk persepsi masyarakat terhadap manfaat nyata program jaminan kesehatan. Sejumlah kajian menunjukkan bahwa persepsi negatif terhadap kualitas layanan dapat menurunkan keinginan masyarakat untuk memanfaatkan jaminan kesehatan,

meskipun secara formal mereka memiliki hak akses (R. Andersen & Newman, 1973; Djunawan, 2018). Dengan demikian, efektivitas Jamkesta tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan anggaran dan cakupan kepesertaan, tetapi juga oleh pengalaman pelayanan yang dirasakan secara langsung oleh pengguna.

Di sisi lain, keberadaan rumah sakit rujukan daerah seperti RS dr. Ainun Habibie memiliki peran strategis dalam sistem pelayanan kesehatan regional. Rumah sakit rujukan berfungsi tidak hanya sebagai pusat penanganan kasus medis yang kompleks, tetapi juga sebagai representasi konkret dari kinerja kebijakan kesehatan daerah. Studi tentang sistem rujukan menunjukkan bahwa kualitas layanan di fasilitas rujukan sangat menentukan kepercayaan masyarakat terhadap program jaminan kesehatan secara keseluruhan (Cheng dkk., 2025; Sumpeno dkk., 2025). Ketika pelayanan dirasakan inklusif dan profesional, pemanfaatan layanan cenderung meningkat; sebaliknya, hambatan prosedural dapat melemahkan fungsi jaminan kesehatan sebagai instrumen pemerataan akses.

Aspek sosial dan budaya masyarakat Gorontalo juga menjadi faktor penting dalam memahami pola pemanfaatan Jamkesta. Nilai kebersamaan, solidaritas sosial, serta pengaruh tokoh masyarakat sering kali membentuk cara pandang rumah tangga terhadap keputusan berobat. Dalam konteks masyarakat yang masih kuat secara komunal, keputusan memanfaatkan layanan kesehatan tidak selalu bersifat individual, melainkan merupakan hasil pertimbangan kolektif dalam keluarga atau komunitas (Jauhar, 2025; Laoli dkk., 2019). Hal ini menunjukkan bahwa pendekatan kebijakan kesehatan yang sensitif terhadap nilai-nilai lokal memiliki potensi lebih besar untuk mendorong pemanfaatan layanan secara berkelanjutan.

Selain itu, peran informasi dan literasi kesehatan menjadi semakin penting dalam kerangka desentralisasi kebijakan kesehatan. Meskipun Jamkesta telah dilembagakan melalui regulasi daerah, tidak seluruh masyarakat memiliki pemahaman yang memadai mengenai prosedur, manfaat, dan cakupan layanan yang disediakan. Kesenjangan informasi ini kerap menjadi penghalang pemanfaatan layanan, terutama bagi kelompok rentan yang memiliki keterbatasan akses informasi formal (Djunawan, 2018; Statistik Jaminan Kesehatan Nasional, 2021). Oleh karena itu, strategi sosialisasi yang berkelanjutan dan berbasis komunitas menjadi elemen kunci dalam memastikan bahwa manfaat Jamkesta benar-benar dapat diakses oleh masyarakat sasaran.

Dengan mempertimbangkan berbagai dimensi tersebut, penelitian ini tidak hanya memiliki relevansi empiris, tetapi juga implikasi kebijakan yang signifikan. Analisis terhadap faktor predisposisi, pendukung, dan kebutuhan dalam konteks Jamkesta di RS dr. Ainun Habibie diharapkan mampu memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai perilaku pemanfaatan layanan kesehatan berbasis jaminan daerah. Temuan penelitian ini dapat menjadi dasar bagi pemerintah daerah untuk merumuskan kebijakan yang lebih adaptif, memperkuat kualitas layanan, serta mengintegrasikan pendekatan berbasis komunitas guna mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan sebagaimana diamanatkan dalam SDGs Tujuan 3 (Cheng dkk., 2025; Djunawan, 2018).

Kebaruan penelitian ini terletak pada analisis pemanfaatan program Jamkesta pada rumah tangga pengguna layanan di rumah sakit rujukan daerah, yang masih jarang dikaji dalam literatur nasional. Selain itu, penelitian ini secara khusus memasukkan variabel sosial berupa keanggotaan organisasi kemasyarakatan sebagai determinan pemanfaatan layanan, sehingga memperkaya pengujian empiris Model Andersen dalam konteks kebijakan kesehatan daerah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan eksplanatif yang bertujuan menjelaskan pengaruh sejumlah faktor predisposisi, faktor pendukung, serta faktor kebutuhan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta). Lokasi penelitian berada di Rumah Sakit dr. Ainun Habibie, yang merupakan rumah sakit rujukan utama di Provinsi Gorontalo. Rumah Sakit dr. Ainun Habibie dipilih karena berfungsi sebagai rumah sakit rujukan utama bagi peserta Jamkesta di wilayah studi, sehingga mencerminkan titik akhir pemanfaatan layanan kesehatan bagi rumah tangga miskin dan rentan. Data primer diperoleh dari rumah tangga miskin yang memanfaatkan layanan Jamkesta pada periode penelitian tersebut. Seluruh populasi yang memenuhi kriteria dijadikan sampel melalui teknik total sampling, sehingga jumlah responden yang dianalisis sebanyak 200 rumah tangga (Babitsch dkk., 2012; Etikan dkk., 2015).

Data dikumpulkan melalui observasi, dokumentasi, dan penyebaran kuesioner terstruktur kepada kepala rumah tangga. Kuesioner berisi informasi mengenai karakteristik sosial-demografis, kondisi sosial ekonomi, akses terhadap fasilitas kesehatan, serta keterlibatan sosial responden. Data sekunder digunakan untuk melengkapi informasi terkait kebijakan Jamkesta, kondisi wilayah, serta dokumen administratif rumah sakit. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status pemanfaatan layanan kesehatan Jamkesta, yang diukur dalam bentuk variabel dummy bernilai 1 jika rumah tangga memanfaatkan layanan dan 0 jika tidak. Variabel independen meliputi umur (tahun), jenis kelamin (*dummy*), pendidikan (tahun sekolah), status pekerjaan (*dummy*), ukuran rumah tangga (jumlah anggota), akses terhadap fasilitas kesehatan di desa (*dummy*), serta keikutsertaan dalam organisasi sosial (*dummy*). Seluruh variabel dioperasionalkan sesuai standar penelitian kesehatan masyarakat dan ekonomi kesehatan (Zhang, 2016).

Analisis data dilakukan menggunakan model regresi logit karena variabel dependen bersifat biner. Model logit memungkinkan peneliti mengestimasi peluang suatu rumah tangga memanfaatkan layanan kesehatan berdasarkan karakteristik dan kondisi yang dimilikinya. Secara umum, probabilitas pemanfaatan (P_i) dirumuskan sebagai:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}} \quad (1)$$

dengan Z_i merupakan kombinasi linear dari variabel bebas:

$$L_i = \ln \left(\frac{P_i}{1-P_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 \text{ Umur} + \beta_2 \text{ Sex} + \beta_3 \text{ Pendidikan} + \beta_4 \text{ Pekerjaan} + \beta_5 \text{ Ukuran RT} + \beta_6 \text{ Faskes} + \beta_7 \text{ Orsos} + \varepsilon \quad (2)$$

Odds ratio dirumuskan sebagai:

$$\frac{P_i}{1-P_i} \quad (3)$$

Yang kemudian ditransformasikan ke bentuk logit:

$$\ln = \left(\frac{P_i}{1-P_i} \right) = \beta_0 + \sum_{k=1}^7 \beta_k X_{ki} + \varepsilon_i \quad (4)$$

Model ini diestimasi dengan metode *Maximum Likelihood Estimation* (MLE). Pengujian hipotesis dilakukan secara parsial menggunakan *Wald test* (z-statistic) dan secara simultan menggunakan *Likelihood Ratio* (LR test). Signifikansi parameter ditentukan berdasarkan nilai p-value dengan tingkat signifikansi 5 persen. Selain itu, ketepatan model dinilai dengan pseudo R^2 dan uji *goodness of fit*. Interpretasi akhir dilakukan menggunakan nilai odds ratio untuk memahami perubahan peluang pemanfaatan layanan kesehatan akibat perubahan satu unit pada variabel independen.

Seluruh prosedur analisis dijalankan untuk memastikan bahwa model empiris mampu menggambarkan secara akurat hubungan antara karakteristik rumah tangga dan keputusan memanfaatkan program Jamkesta di RS dr. Ainun Habibie (Hosmer dkk., 2013; Menard, 2002).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil analisis deskriptif dan inferensial berdasarkan data rumah tangga yang memanfaatkan layanan kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) di RS dr. Ainun Habibie. Temuan empiris disusun secara sistematis untuk menggambarkan karakteristik responden, pola pemanfaatan layanan, serta faktor-faktor yang memengaruhi keputusan rumah tangga dalam menggunakan Jamkesta. Seluruh hasil analisis kemudian dikaitkan dengan teori dan studi terdahulu untuk memperkuat pemaknaan temuan.

Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini berjumlah 200 rumah tangga. Gambaran karakteristik responden menunjukkan keragaman usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, ukuran rumah tangga, serta kondisi akses terhadap fasilitas kesehatan di tingkat desa. Secara umum, sebagian besar responden berada pada usia produktif, memiliki pendidikan dasar, dan tinggal pada rumah tangga dengan jumlah anggota 2–

4 orang. Selain itu, mayoritas responden memiliki akses ke fasilitas kesehatan desa, meskipun hanya sebagian kecil yang tercatat sebagai anggota organisasi sosial kemasyarakatan.

Tabel 1. Karakteristik Utama Responden (n=200)

Karakteristik	Kategori	Jumlah (orang)	Persentase
Umur (tahun)	20–30	47	23,5
	31–40	35	17,5
	41–50	40	20,0
	51–60	33	16,5
	61–70	34	17,0
	71–80	7	3,5
	81–90	4	2,0
Jenis Kelamin	Laki-laki	73	36,5
	Perempuan	127	63,5
Pendidikan	SD	108	54,0
	SMP	42	21,0
	SMA	41	20,5
	Diploma	1	0,5
	Sarjana	8	4,0
Status Pekerjaan	Bekerja	80	40,0
	Tidak bekerja	120	60,0
Ukuran Rumah Tangga	2–4 orang	138	69,0
	> 4 orang	62	31,0
Akses Fasilitas Kesehatan Desa	Memiliki akses	179	89,5
	Tidak memiliki akses	21	10,5
Keanggotaan Organisasi Sosial	Anggota	30	15,0
	Bukan anggota	170	85,0

(Sumber: Telah Diolah Peneliti)

Temuan deskriptif ini memberikan indikasi awal bahwa faktor demografis dan sosial berpotensi memengaruhi pola pemanfaatan Jamkesta, sebagaimana dijelaskan dalam model Andersen mengenai determinan pemanfaatan layanan kesehatan.

Statistik Deskriptif Variabel Penelitian

Statistik deskriptif menunjukkan bahwa 56,5 persen responden memanfaatkan

layanan kesehatan menggunakan Jamkesta, dengan variasi cukup tinggi pada variabel umur, pendidikan, dan ukuran rumah tangga.

Tabel 2. Statistik Deskriptif Variabel Penelitian

Variabel	Observasi	Mean	Std Dev	Min	Max
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	200	0.565	0.497	0	1
Umur	200	44.86	16.33	18	87
Jenis Kelamin	200	0.365	0.482	0	1
Pendidikan	200	8.24	2.935	0	16
Status Pekerjaan	200	0.81	0.393	0	1
Ukuran Rumah Tangga	197	3.101	1.593	0	11
Akses Fasilitas Kesehatan Desa	200	0.895	0.307	0	1
Keanggotaan Orsos	200	0.15	0.357	0	1
Kepemilikan Sepeda Motor	200	0.34	0.474	0	1

(Sumber: Telah Diolah Peneliti)

Hasil Regresi Logit

Model regresi logit digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kemungkinan rumah tangga memanfaatkan layanan Jamkesta. Hasil estimasi ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil Estimasi Regresi Logit Pemanfaatan Jamkesta

Variabel	Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan	
	Koefisien	Odds Ratio
Umur	0.1391 (0.0230)	1.1492 (0.0265)
Jenis Kelamin	0.2086 (0.4730)	1.2320 (0.5820)
Pendidikan	-0.0671 (0.0935)	0.9351 (0.0874)
Status Pekerjaan	0.3532 (0.3532)	1.4236 (0.7830)
Ukuran Rumah Tangga	-0.0192 (0.1214)	0.9809 (0.1191)
Akses Fasilitas Kesehatan Desa	1.1404 (0.5576)	3.1282 (1.7445)
Keanggotaan Orsos	1.1207	3.0672

	(0.6567)	(2.0142)
Konstanta	-6.6057	0.0013
	(1.6828)	(0.0013)
Pseudo R2	0.4349	0.4349
LR Test	0.0000	0.0000
Observasi	197	197

Keterangan: Standart error berada dalam tanda kurung (); *** signifikan 1%; **signifikan 5%.; *signifikan 10%

Uji Signifikansi Koefisien dan Goodness of Fit

Uji signifikansi koefisien merupakan tahapan penting untuk menilai kekuatan pengaruh masing-masing variabel independen dalam menjelaskan pemanfaatan fasilitas kesehatan program JAMKESTA. Berdasarkan hasil uji Z-statistic dengan batas kritis pada tingkat signifikansi 10 persen, variabel umur, akses ke fasilitas kesehatan desa, dan keanggotaan organisasi sosial kemasyarakatan menunjukkan nilai signifikansi di bawah ambang batas tersebut. Temuan ini mengindikasikan bahwa ketiga variabel tersebut secara statistik memiliki pengaruh nyata terhadap keputusan rumah tangga dalam memanfaatkan layanan JAMKESTA di Rumah Sakit dr. Ainun Habibie.

Signifikannya variabel umur menegaskan bahwa faktor demografis tetap memegang peranan penting dalam perilaku pemanfaatan layanan kesehatan. Bertambahnya usia berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan akan pelayanan medis, baik untuk pengobatan maupun pemantauan kesehatan secara berkala. Oleh karena itu, hasil uji statistik ini memperkuat argumen bahwa kelompok usia yang lebih tua memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang disediakan melalui program jaminan daerah.

Akses terhadap fasilitas kesehatan desa juga terbukti signifikan, yang menekankan pentingnya aspek kedekatan dan kemudahan jangkauan layanan. Keberadaan fasilitas kesehatan di tingkat desa berfungsi sebagai pintu masuk awal bagi masyarakat untuk berinteraksi dengan sistem kesehatan formal. Ketika akses fisik tersedia dan relatif mudah, hambatan non-medis seperti biaya transportasi dan waktu tempuh dapat ditekan, sehingga mendorong peningkatan pemanfaatan layanan rujukan melalui JAMKESTA.

Keanggotaan dalam organisasi sosial kemasyarakatan turut menunjukkan pengaruh signifikan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Hasil ini menggambarkan peran jejaring sosial sebagai medium penting dalam penyebaran informasi, pembentukan sikap, dan pemberian dukungan sosial terkait kesehatan. Individu yang terlibat dalam organisasi sosial cenderung lebih terpapar informasi mengenai prosedur dan manfaat JAMKESTA, sekaligus memperoleh dorongan sosial untuk memanfaatkan layanan kesehatan ketika dibutuhkan.

Sebaliknya, variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan ukuran rumah tangga tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan secara statistik karena memiliki nilai signifikansi di atas 10 persen. Temuan ini mengindikasikan bahwa perbedaan karakteristik sosioekonomi tersebut tidak secara langsung

menentukan keputusan rumah tangga dalam memanfaatkan layanan JAMKESTA. Dalam konteks ini, program jaminan kesehatan daerah tampaknya mampu menekan disparitas akses yang biasanya muncul akibat perbedaan latar belakang individu.

Ketidaksignifikanan variabel pendidikan dan status pekerjaan juga menunjukkan bahwa pemanfaatan JAMKESTA tidak semata-mata ditentukan oleh kapasitas ekonomi atau tingkat pengetahuan formal. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa faktor institusional dan kebutuhan kesehatan aktual memiliki peran yang lebih dominan dibandingkan faktor sosioekonomi dalam mendorong keputusan pemanfaatan layanan. Dengan demikian, JAMKESTA berfungsi relatif inklusif bagi berbagai kelompok masyarakat tanpa membedakan latar belakang pendidikan maupun status pekerjaan.

Secara simultan, hasil uji *Likelihood Ratio* (LR) menunjukkan nilai probabilitas sebesar 0,0000. Nilai ini jauh berada di bawah tingkat signifikansi 1 persen, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh variabel independen dalam model secara bersama-sama memiliki pengaruh signifikan terhadap status pemanfaatan fasilitas kesehatan program JAMKESTA. Temuan ini mengonfirmasi bahwa model yang dibangun memiliki daya jelaskan yang kuat ketika seluruh faktor dipertimbangkan secara simultan, meskipun tidak semua variabel signifikan secara individual.

Nilai *Pseudo R²* sebesar 0,4349 menunjukkan bahwa model regresi logistik yang digunakan memiliki kemampuan yang cukup baik dalam menjelaskan variasi pemanfaatan fasilitas kesehatan melalui program JAMKESTA. Dalam konteks model logit, ukuran ini tidak dimaksudkan untuk ditafsirkan secara identik dengan *R²* pada regresi linier, melainkan digunakan sebagai indikator kecocokan model secara relatif dibandingkan dengan model tanpa variabel penjelas (Gujarati & Porter, 2008). Oleh karena itu, penilaian terhadap *Pseudo R²* perlu mempertimbangkan sifat keputusan pemanfaatan layanan kesehatan yang bersifat biner dan kompleks.

Dalam penelitian kebijakan publik dan ekonomi kesehatan, perilaku pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor yang tidak seluruhnya dapat diobservasi atau diukur secara kuantitatif, seperti persepsi individu, pengalaman sebelumnya, dan norma sosial. Dalam kondisi tersebut, nilai *Pseudo R²* pada kisaran menengah justru lazim ditemukan dan tetap dianggap memadai untuk analisis empiris. Sejumlah studi metodologis menunjukkan bahwa nilai *Pseudo R²* di atas 0,2 sudah mencerminkan daya jelaskan model yang baik dalam penelitian perilaku kesehatan, sehingga nilai 0,4349 dalam penelitian ini dapat dikategorikan relatif kuat (Long dkk., 2006; Wooldridge dkk., 2016).

Kelayakan model ini juga diperkuat oleh hasil uji *Likelihood Ratio* dan signifikansi beberapa variabel kunci yang konsisten dengan kerangka teoritis yang digunakan. Arah dan signifikansi koefisien yang selaras dengan *Behavioral Model of Health Services Use* menunjukkan bahwa model tidak hanya valid secara statistik, tetapi juga relevan secara substantif dalam menjelaskan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan (R. Andersen & Newman, 1973). Dengan demikian, model regresi logistik yang dibangun dalam penelitian ini dapat dipandang cukup andal sebagai dasar analisis kebijakan publik, khususnya untuk merumuskan rekomendasi kebijakan

kesehatan daerah yang berorientasi pada peningkatan efektivitas program JAMKESTA di Provinsi Gorontalo.

Interpretasi Logit dan Peluang (*Odds Ratio*)

Interpretasi koefisien logit dilakukan menggunakan *Odds Ratio* untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap probabilitas pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Umur

Variabel umur menunjukkan pengaruh yang positif dan signifikan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan melalui program JAMKESTA. Temuan ini sejalan dengan berbagai studi terdahulu yang menyatakan bahwa kebutuhan akan layanan kesehatan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia akibat penurunan kondisi fisik dan meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif. Fadly dan Vianny (2019) menemukan bahwa kelompok usia lanjut memiliki intensitas pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia produktif, terutama pada layanan rujukan. Hasil ini juga konsisten dengan kerangka *Behavioral Model of Health Services Use* yang menempatkan umur sebagai faktor predisposisi penting dalam membentuk perilaku pencarian layanan kesehatan (R. M. Andersen, 1995; R. Andersen & Newman, 1973).

Dalam konteks Provinsi Gorontalo, karakteristik demografis masyarakat yang masih menghadapi beban penyakit kronis memperkuat peran umur sebagai determinan utama pemanfaatan JAMKESTA. Dari perspektif kebijakan mikro, temuan ini mengindikasikan perlunya penguatan layanan kesehatan yang ramah lanjut usia, termasuk penyederhanaan prosedur administrasi JAMKESTA dan peningkatan layanan promotif–preventif di tingkat primer untuk menekan kebutuhan layanan rujukan di usia lanjut (Djunawan, 2018).

Akses terhadap Fasilitas Kesehatan

Akses terhadap fasilitas kesehatan di tingkat desa terbukti memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap pemanfaatan JAMKESTA. Temuan ini konsisten dengan penelitian (Baros, 2015) yang menegaskan bahwa jarak dan kemudahan akses fisik merupakan faktor penentu utama dalam keputusan rumah tangga untuk memanfaatkan layanan kesehatan, terutama di wilayah dengan keterbatasan infrastruktur. Keberadaan fasilitas kesehatan desa berfungsi sebagai pintu masuk awal bagi masyarakat sebelum mengakses layanan rujukan di rumah sakit.

Dalam konteks Gorontalo yang memiliki variasi kondisi geografis dan keterbatasan sarana transportasi, akses fasilitas kesehatan desa menjadi faktor pendukung yang sangat krusial. Implikasi kebijakan mikro dari temuan ini adalah

perlunya penguatan peran fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, ketersediaan sarana rujukan, serta integrasi sistem administrasi antara fasilitas desa dan rumah sakit rujukan agar pemanfaatan JAMKESTA dapat berjalan lebih efektif (Laoli dkk., 2019).

Keanggotaan Organisasi Sosial Kemasyarakatan

Keanggotaan dalam organisasi sosial kemasyarakatan menunjukkan pengaruh positif dan signifikan terhadap pemanfaatan layanan JAMKESTA. Temuan ini mendukung hasil penelitian (Nadhiroh & Indrawati, 2021) yang menyatakan bahwa individu yang terlibat dalam komunitas sosial cenderung memiliki akses informasi yang lebih baik dan memperoleh dorongan sosial untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Jejaring sosial berperan sebagai media informal dalam menyebarkan informasi mengenai prosedur dan manfaat program jaminan kesehatan.

Dalam masyarakat Gorontalo yang memiliki ikatan sosial dan nilai komunal yang kuat, peran organisasi kemasyarakatan menjadi semakin relevan dalam membentuk perilaku pencarian layanan kesehatan. Secara kebijakan, temuan ini menunjukkan pentingnya melibatkan organisasi sosial, tokoh masyarakat, dan lembaga adat dalam strategi sosialisasi JAMKESTA sebagai pendekatan berbasis komunitas yang lebih kontekstual dan berkelanjutan (Cheng dkk., 2025; Jauhar, 2025).

Jenis Kelamin

Variabel jenis kelamin menunjukkan arah pengaruh positif, meskipun tidak signifikan secara statistik. Temuan ini sejalan dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa perbedaan pemanfaatan layanan kesehatan antara laki-laki dan perempuan cenderung melemah ketika hambatan biaya telah dikurangi melalui program jaminan kesehatan. Namun demikian, studi lain mengungkapkan bahwa perempuan sering menghadapi hambatan struktural yang membatasi pemanfaatan layanan kesehatan rujukan, seperti beban kerja domestik dan keterbatasan mobilitas (Febrian dkk., 2025).

Dalam konteks Gorontalo, ketidaksignifikanan variabel jenis kelamin mengindikasikan bahwa JAMKESTA relatif mampu mereduksi kesenjangan akses layanan kesehatan berbasis gender. Meski demikian, kebijakan mikro tetap perlu diarahkan pada pemenuhan kebutuhan spesifik perempuan, khususnya dalam layanan kesehatan ibu dan anak, agar manfaat program dapat dirasakan secara lebih merata (Djunawan, 2018).

Pendidikan

Tingkat pendidikan menunjukkan hubungan negatif dengan pemanfaatan JAMKESTA, meskipun tidak signifikan secara statistik. Temuan ini berbeda dengan

sebagian literatur yang menyatakan bahwa pendidikan berperan positif dalam meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan melalui peningkatan literasi kesehatan. Dalam konteks penelitian ini, individu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi kemungkinan memiliki preferensi terhadap fasilitas kesehatan alternatif atau skema pembiayaan lain di luar JAMKESTA.

Hasil ini menunjukkan bahwa pemanfaatan JAMKESTA tidak sepenuhnya ditentukan oleh tingkat pendidikan formal, melainkan oleh kebutuhan kesehatan dan kemudahan akses layanan. Oleh karena itu, kebijakan daerah perlu menekankan strategi komunikasi publik yang inklusif dan mudah dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat, sehingga informasi mengenai JAMKESTA tidak hanya efektif bagi kelompok berpendidikan tinggi, tetapi juga menjangkau kelompok rentan (Laoli dkk., 2019; Statistik Jaminan Kesehatan Nasional, 2021).

Status Pekerjaan

Status pekerjaan menunjukkan arah pengaruh positif terhadap pemanfaatan JAMKESTA, namun tidak signifikan secara statistik. Temuan ini mengindikasikan bahwa kepemilikan pekerjaan tetap bukanlah faktor penentu utama dalam keputusan memanfaatkan layanan JAMKESTA. Dalam konteks Gorontalo, dominasi sektor informal menjadikan jaminan kesehatan daerah sebagai instrumen perlindungan penting bagi kelompok pekerja dengan pendapatan yang tidak stabil.

Implikasi kebijakan mikro dari hasil ini adalah perlunya memastikan bahwa JAMKESTA tetap inklusif bagi pekerja sektor informal melalui penyederhanaan persyaratan administrasi dan fleksibilitas mekanisme verifikasi kepesertaan, sehingga program benar-benar berfungsi sebagai jaring pengaman sosial daerah (Arini & Wasil, 2025).

Ukuran Rumah Tangga

Ukuran rumah tangga menunjukkan hubungan negatif dengan pemanfaatan JAMKESTA, meskipun tidak signifikan secara statistik. Temuan ini mengindikasikan bahwa rumah tangga dengan jumlah anggota yang lebih besar cenderung menghadapi hambatan tambahan dalam memanfaatkan layanan kesehatan rujukan, seperti keterbatasan waktu, biaya tidak langsung, dan prioritas kebutuhan lain dalam rumah tangga.

Dalam kerangka kebijakan, hasil ini menunjukkan perlunya pendekatan yang lebih sensitif terhadap dinamika rumah tangga besar, misalnya melalui subsidi transportasi atau penguatan layanan kesehatan berbasis komunitas. Pendekatan tersebut berpotensi mengurangi hambatan non-medis yang selama ini membatasi pemanfaatan layanan kesehatan oleh rumah tangga dengan beban tanggungan yang tinggi (Baros, 2015; Djunawan, 2018).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tiga variabel memiliki pengaruh signifikan terhadap pemanfaatan layanan Jamkesta, yaitu umur, akses fasilitas kesehatan desa, dan keanggotaan organisasi sosial. Sementara itu, variabel jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan ukuran rumah tangga tidak berpengaruh signifikan.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa umur berpengaruh positif terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Artinya, semakin bertambah usia seseorang, semakin besar kecenderungannya untuk memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan. Kondisi ini mencerminkan meningkatnya kebutuhan akan pemantauan kesehatan, pengobatan, serta upaya preventif yang lebih intensif seiring dengan proses penuaan. Secara alamiah, bertambahnya usia sering diikuti oleh penurunan fungsi fisik dan meningkatnya risiko penyakit degeneratif, sehingga mendorong individu untuk lebih sering berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan (Fadly & Vianny, 2019).

Hasil ini sejalan dengan temuan (Fadly & Vianny, 2019) yang menyatakan bahwa kebutuhan terhadap layanan kesehatan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Kelompok usia lanjut umumnya memiliki kerentanan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia produktif, baik dari sisi kondisi fisik maupun komorbiditas penyakit. Selain faktor biologis, akumulasi pengalaman kesehatan di masa lalu turut membentuk tingkat kesadaran yang lebih besar terhadap pentingnya pemeriksaan rutin dan kepatuhan terhadap anjuran medis, sehingga pemanfaatan layanan kesehatan menjadi lebih intensif.

Secara teoretis, temuan ini konsisten dengan model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan yang dikemukakan oleh Andersen, yang menempatkan umur sebagai salah satu faktor predisposisi utama dalam menentukan kecenderungan individu untuk mencari layanan kesehatan (R. M. Andersen, 1995). Faktor predisposisi berfungsi sebagai karakteristik awal individu yang memengaruhi keputusan pemanfaatan layanan sebelum dipengaruhi oleh faktor pendukung dan kebutuhan aktual. Dalam konteks ini, umur tidak hanya merefleksikan kondisi biologis semata, tetapi juga berkaitan dengan persepsi risiko kesehatan dan kebutuhan akan perawatan, sehingga memperkuat peran umur sebagai determinan penting dalam perilaku pemanfaatan layanan kesehatan.

Akses terhadap fasilitas kesehatan di tingkat desa terbukti menjadi determinan yang kuat dalam memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan oleh rumah tangga. Rumah tangga yang memiliki akses lebih baik dari sisi jarak, kemudahan transportasi, maupun ketersediaan fasilitas menunjukkan kemungkinan yang jauh lebih besar untuk memanfaatkan layanan kesehatan dibandingkan dengan rumah tangga yang aksesnya terbatas. Temuan ini menegaskan bahwa faktor geografis dan kondisi fisik lingkungan masih memainkan peran sentral dalam membentuk perilaku pencarian layanan kesehatan, khususnya di wilayah perdesaan yang karakteristik infrastrukturnya belum merata (Baros, 2015).

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi (Baros, 2015) yang menekankan bahwa jarak dan aksesibilitas fisik merupakan faktor kunci dalam keputusan individu atau rumah tangga untuk berobat. Semakin dekat dan mudah dijangkau fasilitas kesehatan, semakin kecil pula hambatan biaya tidak langsung, seperti waktu tempuh

dan biaya transportasi. Dalam konteks wilayah dengan keterbatasan infrastruktur kesehatan, kondisi ini menjadi semakin relevan karena keterbatasan akses sering kali mendorong rumah tangga menunda pengobatan atau memilih alternatif non-medis, meskipun kebutuhan layanan kesehatan sebenarnya cukup tinggi.

Secara konseptual, temuan ini dapat dijelaskan melalui model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan Andersen, yang menempatkan akses dan ketersediaan fasilitas sebagai bagian dari faktor pendukung (*enabling factors*) dalam pengambilan keputusan kesehatan (R. M. Andersen, 1995). Faktor pendukung berperan dalam menjembatani kebutuhan kesehatan dengan tindakan nyata untuk memanfaatkan layanan. Dengan demikian, keberadaan fasilitas kesehatan desa yang mudah diakses tidak hanya meningkatkan peluang pemanfaatan layanan, tetapi juga berkontribusi pada upaya pemerataan akses dan pengurangan kesenjangan kesehatan antarwilayah.

Keanggotaan dalam organisasi sosial terbukti memberikan pengaruh yang signifikan dan positif terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Individu yang aktif dalam kegiatan sosial umumnya memiliki intensitas interaksi yang lebih tinggi dengan anggota masyarakat lainnya, sehingga lebih terbuka terhadap pertukaran informasi dan pengalaman terkait kesehatan. Lingkungan sosial semacam ini membentuk ruang belajar bersama yang mendorong kesadaran kolektif mengenai pentingnya menjaga kesehatan dan memanfaatkan layanan yang tersedia secara tepat waktu.

Pengaruh positif tersebut dapat dijelaskan melalui mekanisme penyebaran informasi dan dukungan sosial yang berlangsung dalam jaringan komunitas. (Nadhiroh & Indrawati, 2021) menegaskan bahwa keterlibatan individu dalam organisasi sosial meningkatkan peluang untuk memperoleh informasi mengenai jenis layanan kesehatan, prosedur pemanfaatan, serta manfaat yang dapat diperoleh. Selain itu, dukungan emosional dan normatif dari sesama anggota komunitas sering kali menjadi faktor pendorong bagi individu untuk tidak menunda pengobatan dan lebih percaya diri dalam mengakses fasilitas kesehatan.

Dalam perspektif teoritis, keanggotaan organisasi sosial dapat diposisikan sebagai bagian dari faktor pendukung (*enabling factors*) dalam model pemanfaatan layanan kesehatan Andersen, karena keberadaannya memfasilitasi individu dalam mengatasi hambatan informasi dan psikologis (R. M. Andersen, 1995). Jaringan sosial tidak hanya memperluas akses informasi, tetapi juga memperkuat norma dan nilai yang mendukung perilaku hidup sehat. Dengan demikian, organisasi sosial berperan strategis dalam meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan melalui penguatan modal sosial di tingkat komunitas.

Variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan ukuran rumah tangga dalam penelitian ini tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan Jamkesta di Rumah Sakit dr. Ainun Habibie. Ketidaksignifikanan variabel sosioekonomi dapat mencerminkan fungsi protektif Jamkesta dalam mereduksi ketimpangan akses berbasis status sosial ekonomi. Temuan ini mengindikasikan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan berbasis jaminan daerah tidak selalu ditentukan oleh karakteristik sosiodemografis individu sebagaimana sering diasumsikan dalam banyak studi kesehatan. Dalam konteks Jamkesta, akses dan keputusan berobat tampaknya tidak dibedakan secara tajam berdasarkan latar belakang personal tersebut.

Tidak signifikkannya pengaruh jenis kelamin menunjukkan bahwa baik laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang relatif sama dalam memanfaatkan Jamkesta. Hal ini dapat mencerminkan semakin berkurangnya kesenjangan gender dalam akses layanan kesehatan, khususnya ketika skema pembiayaan telah disediakan oleh pemerintah daerah. Temuan ini sejalan dengan pandangan (R. M. Andersen, 1995) yang menyatakan bahwa pengaruh faktor predisposisi seperti jenis kelamin dapat melemah ketika hambatan finansial dan administratif berhasil ditekan melalui kebijakan jaminan kesehatan.

Demikian pula, tingkat pendidikan yang tidak berpengaruh signifikan mengindikasikan bahwa pengetahuan formal bukanlah satu-satunya penentu perilaku pemanfaatan Jamkesta. Dalam masyarakat dengan ikatan sosial yang kuat, informasi mengenai layanan kesehatan sering kali diperoleh melalui jalur informal, seperti keluarga, tetangga, atau tokoh masyarakat. Kondisi ini mendukung temuan (Nadhiroh & Indrawati, 2021) yang menekankan pentingnya jejaring sosial dan komunikasi komunitas dalam membentuk perilaku kesehatan, terutama di wilayah dengan karakter komunal yang kuat.

Status pekerjaan yang tidak signifikan juga menunjukkan bahwa Jamkesta berfungsi sebagai instrumen proteksi sosial yang relatif inklusif. Baik rumah tangga dengan anggota yang bekerja maupun tidak bekerja tetap memiliki kesempatan yang sama untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Hal ini menegaskan peran Jamkesta sebagai jaring pengaman sosial yang dirancang untuk mengurangi ketimpangan akses layanan kesehatan akibat perbedaan kondisi ekonomi dan status pekerjaan, sebagaimana dikemukakan dalam studi-studi mengenai jaminan kesehatan daerah (Baros, 2015).

Sementara itu, ukuran rumah tangga yang tidak berpengaruh signifikan menunjukkan bahwa keputusan memanfaatkan Jamkesta tidak semata-mata dipengaruhi oleh beban tanggungan keluarga. Dalam konteks lokal, keputusan berobat sering kali bersifat kolektif dan dipengaruhi oleh norma keluarga besar serta solidaritas sosial. Dukungan antara anggota keluarga dan komunitas dapat mengurangi tekanan ekonomi maupun psikologis, sehingga ukuran rumah tangga tidak menjadi faktor pembatas utama dalam akses layanan kesehatan.

Secara keseluruhan, temuan ini mengindikasikan bahwa konteks lokal dan nilai-nilai komunal masyarakat memiliki peran yang lebih dominan dibandingkan faktor-faktor individual dalam membentuk pemanfaatan Jamkesta. Dalam kerangka model Andersen, kondisi ini menunjukkan kuatnya peran faktor pendukung sosial dan institusional yang mampu menetralkan pengaruh karakteristik individu (R. M. Andersen, 1995). Oleh karena itu, upaya peningkatan efektivitas Jamkesta ke depan perlu mempertimbangkan penguatan pendekatan berbasis komunitas dan kearifan lokal sebagai strategi kunci dalam mendorong pemanfaatan layanan kesehatan secara merata.

Temuan mengenai tidak signifikkannya variabel sosioekonomi dalam pemanfaatan Jamkesta menunjukkan hasil yang kontras dengan sebagian besar literatur yang menempatkan pendidikan, pekerjaan, dan kondisi ekonomi sebagai determinan penting perilaku pencarian layanan kesehatan. Namun demikian, hasil ini

tetap sejalan dengan sejumlah temuan empiris yang bersifat kontekstual dan spesifik. Dalam konteks Indonesia secara umum, pendidikan dan kesehatan terbukti memiliki pengaruh negatif yang signifikan terhadap tingkat kemiskinan, yang menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pendidikan dan derajat kesehatan berkontribusi pada perbaikan kesejahteraan ekonomi rumah tangga (Lillah & Arisetyawan, 2025).

Lebih lanjut, penelitian (Febrian dkk., 2025) menemukan bahwa kondisi kesehatan yang baik secara signifikan meningkatkan probabilitas partisipasi individu dalam angkatan kerja. Temuan tersebut menegaskan bahwa pendidikan dan kesehatan berperan penting dalam memperkuat kapasitas produktif dan peluang ekonomi masyarakat. Dengan kata lain, kedua variabel ini memiliki dampak jangka menengah hingga panjang terhadap peningkatan pendapatan dan pengurangan kerentanan ekonomi rumah tangga, meskipun pengaruhnya tidak selalu tercermin secara langsung dalam perilaku pemanfaatan layanan kesehatan tertentu.

Kontradiksi antara temuan penelitian ini dan sebagian literatur tersebut mengindikasikan adanya kekhasan konteks lokal di Provinsi Gorontalo. Meskipun pendidikan dan kesehatan meningkatkan potensi ekonomi rumah tangga, faktor-faktor tersebut tidak secara otomatis memengaruhi keputusan rumah tangga untuk memanfaatkan layanan Jamkesta di rumah sakit rujukan. Keputusan tersebut tampaknya lebih dipengaruhi oleh pertimbangan institusional, norma komunal, serta mekanisme rujukan dan akses layanan yang berlaku di tingkat lokal. Dengan demikian, pemanfaatan Jamkesta perlu dipahami tidak semata sebagai refleksi kapasitas sosioekonomi, tetapi sebagai hasil interaksi kompleks antara kebijakan jaminan kesehatan daerah dan karakteristik sosial masyarakat setempat.

Variabel jenis kelamin dalam penelitian ini tidak menunjukkan pengaruh signifikan sebagai prediktor langsung pemanfaatan Jamkesta. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa, dalam konteks akses terhadap layanan Jamkesta, baik laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang relatif setara untuk memanfaatkan layanan kesehatan di rumah sakit rujukan. Kondisi ini dapat mencerminkan peran Jamkesta sebagai instrumen kebijakan publik yang mampu menekan perbedaan akses berbasis gender, setidaknya pada tahap pemanfaatan layanan kesehatan formal.

Namun demikian, temuan ini perlu dibaca secara hati-hati jika dikaitkan dengan hasil studi lain yang menyoroti dinamika gender dalam bidang kesehatan dan ketenagakerjaan. (Febrian dkk., 2025) menemukan bahwa dampak positif dari kondisi kesehatan yang baik terhadap partisipasi angkatan kerja jauh lebih lemah pada perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini menunjukkan adanya hambatan struktural berbasis gender, seperti beban kerja domestik, norma sosial, serta keterbatasan akses terhadap peluang kerja, yang membatasi perempuan dalam mengonversi modal kesehatan menjadi partisipasi ekonomi yang setara.

Perbedaan temuan tersebut mengindikasikan bahwa ketidak signifikkannya variabel jenis kelamin dalam pemanfaatan Jamkesta tidak serta-merta meniadakan adanya ketimpangan gender yang lebih luas. Dalam konteks Provinsi Gorontalo, Jamkesta tampaknya berhasil mereduksi kesenjangan akses layanan kesehatan antar gender, tetapi belum tentu mampu mengatasi hambatan struktural yang memengaruhi peran ekonomi perempuan. Oleh karena itu, analisis pemanfaatan Jamkesta perlu dilengkapi dengan perspektif gender agar kebijakan kesehatan daerah dapat

berkontribusi secara lebih komprehensif terhadap peningkatan kesejahteraan dan keadilan sosial (Febrian dkk., 2025).

Program Jamkesta sebagai skema jaminan kesehatan bersubsidi di tingkat daerah menghadapi tantangan efektivitas yang serupa dengan program jaminan kesehatan nasional. Meskipun secara konseptual dirancang sebagai instrumen perlindungan sosial untuk kelompok rentan, implementasi di lapangan menunjukkan bahwa keberadaan jaminan kesehatan tidak selalu berbanding lurus dengan peningkatan kesejahteraan ekonomi maupun perubahan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa keberhasilan program jaminan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh cakupan kepesertaan, tetapi juga oleh kualitas dan kesiapan sistem layanan yang menopangnya.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian (Arini & Wasil, 2025) di Jawa Timur yang menunjukkan bahwa kepesertaan BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap pengurangan tingkat kemiskinan. Sebaliknya, program pendidikan seperti Program Indonesia Pintar (PIP) justru terbukti memberikan dampak yang signifikan. Perbedaan ini menunjukkan bahwa intervensi di sektor kesehatan dan pendidikan memiliki mekanisme dampak yang berbeda terhadap kesejahteraan rumah tangga, di mana manfaat jaminan kesehatan sering kali bersifat tidak langsung dan jangka panjang (Arini & Wasil, 2025).

Lebih lanjut, (Arini & Wasil, 2025) menekankan bahwa keterbatasan efektivitas BPJS PBI disebabkan oleh berbagai kendala operasional, terutama terkait kelengkapan fasilitas kesehatan dan ketersediaan obat-obatan. Ketika layanan yang diterima peserta tidak optimal, fungsi jaminan kesehatan sebagai jaring pengaman sosial menjadi kurang maksimal. Dalam situasi seperti ini, kepemilikan jaminan kesehatan belum tentu mampu mengurangi kerentanan ekonomi rumah tangga secara nyata, karena biaya tidak langsung dan kualitas pelayanan masih menjadi persoalan utama.

Pola tersebut memberikan kerangka penjelasan yang relevan terhadap temuan penelitian Jamkesta, khususnya terkait tidak signifikannya variabel sosioekonomi. Efektivitas Jamkesta tampaknya tidak sepenuhnya ditentukan oleh karakteristik sosial ekonomi rumah tangga, melainkan oleh faktor-faktor operasional dan mutu layanan kesehatan yang tersedia. Dengan demikian, pemanfaatan dan dampak Jamkesta lebih tepat dipahami sebagai hasil interaksi antara kebijakan jaminan kesehatan dan kualitas implementasinya di tingkat layanan, bukan semata-mata sebagai refleksi kondisi sosioekonomi penerima manfaat.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasil analisis. Penggunaan data *cross-section* membatasi kemampuan penelitian untuk menangkap dinamika perubahan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan dari waktu ke waktu. Selain itu, model empiris belum sepenuhnya mengakomodasi faktor-faktor persepsional, seperti pengalaman pasien, tingkat kepercayaan, dan persepsi terhadap kualitas pelayanan, yang berpotensi memengaruhi keputusan pemanfaatan layanan kesehatan. Ruang lingkup penelitian yang difokuskan pada satu rumah sakit rujukan daerah, yaitu RS dr. Ainun Habibie, juga membatasi generalisasi temuan ke fasilitas kesehatan lain dengan karakteristik berbeda. Di

samping itu, penelitian ini belum secara langsung mengukur dimensi kualitas layanan kesehatan, seperti ketersediaan obat dan waktu tunggu pelayanan, yang dapat berperan penting dalam membentuk keberlanjutan pemanfaatan layanan JAMKESTA. Meskipun demikian, keterbatasan tersebut tidak mengurangi relevansi temuan penelitian ini sebagai dasar empiris dalam memahami pola pemanfaatan layanan kesehatan berbasis jaminan daerah dan sebagai pijakan bagi penelitian lanjutan yang lebih komprehensif.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan melalui Program Jamkesta oleh rumah tangga di RS dr. Ainun Habibie dipengaruhi oleh kombinasi faktor predisposisi dan faktor pendukung sebagaimana dijelaskan dalam model Andersen. Variabel umur, akses terhadap fasilitas kesehatan di tingkat desa, serta keanggotaan dalam organisasi sosial terbukti memberikan pengaruh signifikan terhadap keputusan rumah tangga untuk memanfaatkan layanan Jamkesta. Sebaliknya, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan ukuran rumah tangga tidak memberikan pengaruh yang berarti. Kesimpulan ini menjawab rumusan masalah penelitian dan mendukung hipotesis bahwa penggunaan layanan Jamkesta ditentukan terutama oleh faktor kebutuhan dan dukungan struktural, bukan semata-mata karakteristik demografis individual. Secara teoretis, temuan ini menguatkan model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan yang menekankan pentingnya aksesibilitas dan jejaring sosial sebagai determinan utama dalam perilaku pencarian layanan.

Kontribusi akademik dari penelitian ini terletak pada penekanan bahwa konteks lokal, khususnya akses fisik ke fasilitas kesehatan dan keterlibatan sosial-komunitas, memiliki peran sentral dalam meningkatkan pemanfaatan jaminan kesehatan daerah. Dengan demikian, penelitian ini memperkaya literatur mengenai faktor-faktor penentu akses kesehatan, terutama dalam kerangka jaminan kesehatan daerah di wilayah dengan karakteristik sosial yang kuat seperti Gorontalo. Temuan ini memiliki implikasi kebijakan, terutama perlunya memperluas pemerataan fasilitas kesehatan tingkat desa dan memperkuat mekanisme komunikasi melalui organisasi masyarakat agar informasi dan literasi kesehatan dapat menjangkau seluruh kelompok rumah tangga secara lebih efektif.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, penelitian hanya mengandalkan data survei kuantitatif sehingga belum menggali secara mendalam pengalaman subjektif rumah tangga dalam memanfaatkan Jamkesta. Kedua, ruang lingkup penelitian terbatas pada satu rumah sakit rujukan sehingga generalisasi temuan masih memerlukan kehati-hatian. Ketiga, beberapa variabel potensial seperti kondisi kesehatan individu, persepsi kualitas layanan, serta faktor budaya tidak dimasukkan dalam model analisis sehingga membuka ruang untuk penelitian lanjutan.

Berdasarkan temuan tersebut, terdapat beberapa arah pengembangan penelitian selanjutnya. Pertama, studi kualitatif mendalam perlu dilakukan untuk memahami dinamika sosial, persepsi, serta hambatan non-teknis yang memengaruhi

penggunaan Jamkesta. Kedua, penelitian komparatif antar fasilitas kesehatan dapat memberikan gambaran lebih luas mengenai variasi pemanfaatan layanan di berbagai wilayah. Ketiga, penelitian mengenai interaksi antara literasi kesehatan, kualitas layanan, dan dukungan komunitas dapat memperkaya pemahaman mengenai bagaimana kebijakan jaminan kesehatan dapat berfungsi lebih efektif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

REFERENSI

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 51(1), 95–124. <https://www.milbank.org/quarterly/articles/societal-and-individual-determinants-of-medical-care-utilization-in-the-united-states/>
- Arini, M. L., & Wasil, M. (2025). Pengaruh PIP, BPJS PBI, dan UMK Terhadap Angka Kemiskinan di Jawa Timur. *Independent: Journal Of Economics*, 5(2), 58–69. <https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/independent>
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Das Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung von Andersen re-revisited: Ein systematischer Review von Studien zwischen 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3205/PSM000089>
- Baros, W. A. (2015). Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Indonesia Analisa Data SUSENAS – Modul Kesehatan dan Perumahan Triwulan IV Tahun 2013. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 4(2), 73–78. <https://doi.org/10.22146/JKKI.V4I2.36104>
- Cheng, Q., Fattah, R. A., Susilo, D., Satria, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., Asante, A., & Wiseman, V. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 48. <https://doi.org/10.1186/S12913-024-11951-8>
- Djunawan, A. (2018). Pengaruh jaminan kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan primer di perkotaan Indonesia: adilkah bagi masyarakat miskin? *Berita Kedokteran Masyarakat*, 34(5), 5–1. <https://doi.org/10.22146/bkm.37474>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2015). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics* 2016, Volume 5, Page 1, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/J.AJTAS.20160501.11>

- Fadly, F., & Vianny, O. (2019). Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tahun 2018 di Provinsi Riau. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 8(4), 164–167. <https://doi.org/10.22146/JKKI.49113>
- Febrian, Ihlasuddini, H. N., & Akbar, M. I. (2025). Health Shocks, Workforce Resilience, and Economic Productivity: Longitudinal Evidence from East Java. *Independent: Journal Of Economics*, 5(2), 112–126. <https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/independent>
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2008). *Basic Econometrics* (N. Fox, Ed.; Fifth Edit). Douglas Reiner, McGraw-Hill.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). Applied Logistic Regression: Third Edition. *Applied Logistic Regression: Third Edition*, 1–510. <https://doi.org/10.1002/9781118548387>
- Jauhar, A. (2025). Analyzing The Factors Influencing Public Vs Private Helthcare Utilization Under Jkn Program In Indonesia. *Quantum Journal of Medical and Health Sciences*, 4(2), 78–85. <https://doi.org/10.55197/QJMHS.V4I2.140>
- Laoli, H. C., Aini, N., & Anggraini, I. (2019). Faktor Yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat Miskin Di Rsud Kabupaten Nias Tahun 2019. *Jurnal Health Reproductive*, 4(2), 22–36. <https://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/JRH/article/view/950>
- Lillah, N. G., & Arisetyawan, K. (2025). Pengaruh Pendidikan, Kesehatan dan Partisipasi Angkatan Kerja Terhadap Tingkat Kemiskinan di Provinsi NTT. *Independent: Journal Of Economics*, 5(2), 137–151.
- Long, J. S., Freese, J., Long, J. S., & Freese, J. (2006). *Regression Models for Categorical Dependent Variables using Stata*, 2nd Edition. 527. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:tsj:spbook:long2>
- Menard, S. (2002). Applied Logistic Regression Analysis. *Applied Logistic Regression Analysis*. <https://doi.org/10.4135/9781412983433>
- Nadhiroh, E. U., & Indrawati, F. (2021). Determinan Kepemilikan Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Grobogan Kabupaten Grobogan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(6), 802–809. <https://doi.org/10.14710/JKM.V9I6.31527>
- Statistik Jaminan Kesehatan Nasional. (2021). *Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Sumpeno, S. J., Raniah, S., Gurning, F. P., Masyarakat, K., Penelitian, A., Kunci, K., & Bpjs, : (2025). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan BPJS pada Pelayanan Kesehatan di Puskesmas (Literature Review): *Jurnal Kolaboratif Sains*, 8(7), 4706–4712. <https://doi.org/10.56338/JKS.V8I7.8278>
- Wooldridge, J. M., Wadud, D. Mokhtarul., & Lye, Jenny. (2016). *Introductory Econometrics: A Modern Approach (6th ed.)* (Asia-Pacific). Cengage Australia.
- Zhang, Z. (2016). Model building strategy for logistic regression: purposeful selection. *Annals of Translational Medicine*, 4(6), 111–111. <https://doi.org/10.21037/ATM.2016.02.15>