

HAMBATAN AKSES KE PUSKESMAS PADA LANSIA DI INDONESIA

Access Barriers to Health Center for Elderly in Indonesia

Agung Dwi Laksono¹, Zainul Khaqiqi Nantabah¹, Ratna Dwi Wulandari²

¹ Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Balitbangkes-Kemenkes RI

² Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Kampus C Universitas Airlangga, Mulyorejo Surabaya

Naskah Masuk: 23 Juli 2018, Perbaikan: 30 Juli 2018, Layak Terbit: 10 Agustus 2018
<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v2i4.887>

ABSTRAK

Lansia adalah salah satu kelompok rentan yang memiliki angka ketergantungan sangat tinggi. Kondisi ini berpotensi menimbulkan masalah lain bagi yang merawat atau keluarganya. Lansia juga berpotensi menderita penyakit katastrofik yang menimbulkan konsekuensi biaya yang mahal. Penelitian ini merupakan analisis lanjut data Riskesdas 2013, yang disajikan secara deskriptif kuantitatif. Ada tiga variabel hambatan yang dianalisis, yaitu dua hambatan fisik (waktu tempuh dan biaya transportasi) dan satu hambatan ekonomi (kepemilikan asuransi). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia yang tinggal di perkotaan maupun perdesaan mempunyai kecenderungan hambatan akses sedang untuk ke Puskesmas. Masih ada 15% lansia sangat miskin yang memiliki hambatan besar ke Puskesmas. Penelitian ini menyimpulkan bahwa meski akses lansia ke Puskesmas sudah cukup baik, tetapi akses lansia yang sangat miskin masih perlu mendapat perhatian lebih. Pemerintah perlu menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar di wilayah perdesaan yang lebih banyak. Pemerintah juga perlu mewujudkan sebuah Jaminan Kesehatan Nasional dengan pendanaan berbasis pajak, untuk memastikan cakupan secara universal dengan tanpa menghiraukan kemampuan membayar masyarakat.

Kata kunci: hambatan aksesibilitas, lansia, puskesmas

ABSTRACT

The elderly are one of the most vulnerable groups with very high dependency rates. This condition has the potential to cause other problems for the caregiver or his family. The elderly also have the potential to suffer from catastrophic diseases that have costly consequences. This research is a further analysis of Riskesdas 2013 data that presented in descriptive quantitative. Three barriers variables were analyzed, i.e. two physical constraints (travel time and transportation cost) and one economic barrier (insurance ownership). The results showed that elderly people living in urban as well as rural areas have a tendency of moderate access barrier to health center. There were still 15% of very poor elderly people who have major access barrier to health center. This study concludes that although elderly access to health center is quite good, the access of very poor elderly still needs more attention. The government needs to provide primary health care facilities in more rural areas. The government also needs to realize a National Health Insurance with tax-based funding, to ensure universal coverage regardless of the community's ability to pay.

Keywords: barrier accessibility, elderly, health center

PENDAHULUAN

Orang tua atau kelompok lansia (lanjut usia) adalah salah satu kelompok rentan (*vulnerable groups*) yang menjadi perhatian Badan Kesehatan Dunia/*World Health Organization* (WHO). Kelompok rentan lainnya adalah anak-anak, wanita hamil,

orang yang kekurangan gizi, dan orang yang sakit atau kekebalan tubuh terganggu (*World Health Organization*, 2018). Sebagai kelompok rentan, para lansia juga memiliki angka ketergantungan yang sangat tinggi, yang berpotensi menimbulkan masalah lain bagi yang merawat atau keluarganya (Putri & Riasmuni, 2013).

Korespondensi:

Agung Dwi Laksono

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan litbangkes-Kemenkes RI

E-mail: agung_dwilaksono@yahoo.co.id

WHO memprediksi bahwa proporsi orang tua semakin bertambah setiap tahunnya. Jumlah orang yang berusia 65 atau lebih tua diproyeksikan tumbuh dari sekitar 524 juta pada tahun 2010 menjadi hampir 1,5 miliar pada tahun 2050, dengan sebagian besar peningkatan terjadi di negara berkembang (*World Health Organization*, 2011). Hal ini merupakan efek peningkatan usia harapan hidup yang menjadi salah satu penyebab mengapa kondisi ini terjadi.

Catatan dinamika kependudukan di Indonesia juga mengarah pada pergeseran ke arah kelompok umur lansia. Hal ini ditandai dengan semakin meningkatnya angka harapan hidup di Indonesia. Pada tahun 2010 angka harapan hidup di Indonesia adalah 69,81 tahun. Sementara pada tahun 2016, angkanya naik menjadi 70,90 tahun (Laki-laki 69,09 Tahun, perempuan 72,8 tahun). Angka harapan hidup 70,90 tahun menunjukkan bahwa bayi yang lahir di tahun 2016 bisa hidup hingga usia 70 tahun (Badan Pusat Statistika, 2018).

Meningkatnya jumlah penduduk kelompok umur lanjut usia merupakan sebuah kabar baik, artinya status kesehatan masyarakat semakin baik pula. Meski demikian, hal ini membawa konsekuensi semakin meningkatnya kasus penyakit yang berhubungan dengan umur, penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif ini seringkali masuk ke dalam golongan penyakit katastrofik, penyakit yang membawa konsekuensi biaya yang sangat besar (Jacobs & Weissert, 2007) (Heniwati & Thabrany, 2017) (Street et al, 2018).

Pemanfaatan fasilitas perawatan kesehatan oleh warga lanjut usia semakin meningkat. Sebuah penelitian di Malaysia melaporkan bahwa rata-rata kunjungan oleh orang tua adalah 6,1 kunjungan per tahun dibandingkan dengan 4,1 kunjungan untuk mereka yang berusia antara 20–25 tahun. Lansia memiliki lebih banyak rawat inap di rumah sakit dan lebih lama tinggal. Berbagai faktor ini menyebabkan peningkatan kompleksitas layanan kesehatan yang dibutuhkan dan meningkatkan pengeluaran (Yunus et al., 2016). Di Jepang dan Australia juga ditemukan adanya peningkatan biaya perawatan kesehatan bagi lansia (Murata et al., 2010)(Street et al., 2018). Sementara di Malaysia sekitar 40% dari total belanja perawatan kesehatan dimanfaatkan oleh lansia yang berjumlah 9,32 miliar per tahun (Yunus et al., 2016). Konsumsi biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi oleh orang tua terkait dengan status kesehatan mereka. Penuaan berkorelasi dengan meningkatnya

prevalensi penyakit dan kecacatan (Bueno et al., 2017) (Street et al., 2018).

Indonesia memiliki masalah yang sama, klaim jenis penyakit katastrofik menyita porsi yang besar dari total anggaran untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hingga semester I tahun 2017, biaya yang dihabiskan untuk penyakit katastrofik telah mencapai Rp 12,7 triliun atau setara 24,81% dari total biaya rumah sakit yang diklaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (BPJS, 2017). Sedikitnya ada sembilan penyakit yang menduduki posisi puncak penyakit katastrofik yang menyerap biaya tinggi ini, yaitu jantung, stroke, diabetes, kanker, ginjal, hepatitis, thalasemia, leukemia, hemofilia.

Berdasarkan uraian latar belakang, penelitian ini dilakukan untuk mengkaji gambaran hambatan lansia dalam melakukan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ke Puskesmas. Penelitian ini penting sebagai masukan bagi pengambil kebijakan untuk menetapkan kebijakan terbaik bagi para lansia.

METODE

Data yang dianalisis dalam penelitian ini diambil dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013. Riskesdas adalah survei kesehatan nasional yang didesain secara *cross sectional* (potong lintang). Secara global Riskesdas dilakukan dengan besar sampel 1.027.763 individu. Sampel yang dianalisis dalam tulisan ini adalah responden yang telah berusia 50 tahun ke-atas (lansia), sejumlah 199.169 responden.

Analisis dilakukan pada beberapa variabel yang menjadi hambatan lansia dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas. Ada tiga variabel hambatan yang dianalisis, yaitu dua hambatan fisik (waktu tempuh dan biaya transportasi) dan satu hambatan ekonomi (kepemilikan asuransi) (Jones, 2012) (Laksono, 2016) (Mubasyiroh et al., 2016). Waktu tempuh adalah waktu yang diperlukan untuk menuju ke Puskesmas terdekat, terdiri dari 3 kategori (<10 menit; 10–30 menit; >30 menit). Biaya transportasi adalah biaya yang dibutuhkan pada saat menuju ke Puskesmas terdekat, terdiri dari 3 kategori (<Rp. 5.000; Rp. 5000–Rp. 10.000; >Rp. 10.000), dan kepemilikan asuransi yang terbagi menjadi 2 kategori (punya asuransi; tidak punya asuransi), baik asuransi yang ditanggung pemerintah atau swasta

atau mandiri. Informasi mengenai ketiga variabel hambatan tersebut bersumber pada pengakuan responden yang di wawancara dengan kuesioner terstruktur. Data variabel hambatan dianalisis dengan menggunakan perspektif sosial-ekonomi dan karakteristik wilayah (desa/kota).

Analisis lebih lanjut dengan memasukkan tiga indikator hambatan secara simultan (waktu tempuh, biaya transportasi dan kepemilikan asuransi) menjadi satu kategori baru “Kategori Hambatan Akses Lansia ke Puskesmas”. Kategori tingkat kemudahan akses ke pelayanan kesehatan ini kemudian dibagi menjadi tiga kategori; Hambatan Kecil (skor 3–4), Hambatan Sedang (skor 5–6), dan Hambatan besar (skor 7–8).

HASIL

Warga negara senior, yang disebut lansia, memiliki karakteristik khusus yang akan memengaruhi kebutuhan mereka akan pemanfaatan layanan kesehatan. Meningkatnya usia berhubungan dengan morbiditas yang lebih tinggi, penggunaan layanan kesehatan yang lebih tinggi, dan permintaan yang lebih besar untuk layanan khusus (Yunus *et al.*, 2016).

Karena kondisi khusus mereka, banyak orang lanjut usia mengalami kesulitan untuk mencapai fasilitas kesehatan. Hal tersebut adalah alasan studi tentang hambatan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan di kalangan orang tua adalah penting.

Tabel 1 menunjukkan bahwa para lansia yang tinggal di wilayah perkotaan didominasi oleh mereka yang masuk dalam kategori kaya dan sangat kaya (Kuintil 4 dan 5). Sementara para lansia yang tinggal di perdesaan justru dalam kondisi berkebalikan. Para lansia di perdesaan didominasi oleh status sosial ekonomi sangat miskin dan miskin (kuintil 1 dan 2).

Waktu Tempuh Menuju ke Puskesmas

Waktu tempuh adalah salah satu indikator hambatan yang merupakan indikator proksi gabungan antara jarak tempuh dan ketersediaan alat transportasi. Indikator ini juga indikator proksi untuk kondisi prasarana jalan sebagai salah satu kategori hambatan secara fisik untuk mencapai Puskesmas (Jones, 2012) (Laksono, 2016).

Tabel 2 menunjukkan bahwa pada kategori wilayah maupun kategori status sosial ekonomi, para lansia memiliki waktu tempuh menuju ke

Tabel 2. Waktu Tempuh Lansia ke Puskesmas Berdasarkan Kategori Wilayah dan Status Sosial Ekonomi di Indonesia pada Tahun 2013

Karakteristik Lansia		Waktu Tempuh ke Puskesmas			Total (%)
		< 10 Menit (%)	10–30 Menit (%)	> 30 Menit (%)	
Kategori Wilayah	Perkotaan	23,0	74,6	2,3	100,0
	Perdesaan	14,7	73,0	12,3	100,0
Total		18,5	73,8	7,7	100,0
Status Sosial Ekonomi	Sangat Miskin	10,8	68,0	21,2	100,0
	Miskin	15,3	76,4	8,3	100,0
	Menengah	18,6	76,9	4,5	100,0
	Kaya	22,5	74,5	3,0	100,0
	Sangat Kaya	25,7	72,0	2,3	100,0
Total		18,5	73,8	7,7	100,0

Sumber: Risesdas 2013

Tabel 1. Karakteristik Tempat Tinggal dan Status Sosial Ekonomi Lansia di Indonesia Tahun 2013.

Karakteristik Lansia		Status Sosial Ekonomi					Total (%)
		Sangat Miskin (%)	Miskin (%)	Menengah (%)	Kaya (%)	Sangat Kaya (%)	
Kategori Wilayah	Perkotaan	6,0	13,9	22,4	27,3	30,3	100,0
	Perdesaan	29,6	28,1	20,8	12,7	8,8	100,0
Total		18,8	21,6	21,5	19,4	18,7	100,0

Sumber: Risesdas 2013

Tabel 3. Biaya Transportasi Lansia ke Puskesmas Berdasarkan Kategori Wilayah dan Status Sosial Ekonomi di Indonesia pada Tahun 2013

Karakteristik Lansia		Biaya Transportasi ke Puskesmas			Total (%)
		< Rp. 5000 (%)	Rp. 5000–Rp. 10.000 (%)	> Rp. 10.000 (%)	
Kategori Wilayah	Perkotaan	49,7	46,2	4,2	100,0
	Perdesaan	38,7	48,5	12,8	100,0
Total		43,7	47,4	8,8	100,0
Status Sosial Ekonomi	Sangat Miskin	40,6	41,2	18,1	100,0
	Miskin	43,1	47,4	9,5	100,0
	Menengah	46,1	48,2	5,7	100,0
	Kaya	47,3	48,1	4,6	100,0
	Sangat Kaya	41,1	52,3	6,7	100,0
Total		43,7	47,4	8,8	100,0

Sumber: Riskesdas 2013

Puskesmas pada kategori sedang, yaitu antara 10–30 menit. Sementara masih ada 12,3% lansia di perdesaan yang harus menempuh waktu lebih dari 30 menit untuk menuju ke Puskesmas. Kondisi ini mirip dengan para lansia yang masuk dalam kategori sangat miskin (kuintil 1), masih ada sekitar 21,2% yang memiliki waktu tempuh lebih dari 30 menit menuju ke Puskesmas terdekat.

Biaya Transportasi

Biaya transportasi merupakan salah satu indikator hambatan akses menuju ke Puskesmas secara ekonomi. Semakin tinggi biaya yang dibutuhkan untuk transportasi, maka akses para lansia ini semakin sulit (Laksono, 2016).

Tabel 3 menunjukkan bahwa para lansia yang tinggal di wilayah perkotaan didominasi oleh mereka yang tidak membutuhkan biaya besar untuk menuju ke Puskesmas, kurang dari Rp. 5.000,-. Kondisi ini berbeda dengan para lansia yang tinggal di perdesaan. Mereka yang tinggal di perdesaan didominasi dengan biaya transportasi antara Rp. 5.000,- sampai dengan Rp. 10.000,-.

Pada kategori status sosial ekonomi, para lansia dari yang paling miskin sampai paling kaya didominasi mereka yang membutuhkan biaya transportasi antara Rp. 5.000,- sampai dengan Rp. 10.000,-. Meski masih menyisakan sekitar 18,1% para lansia kategori sangat miskin (kuintil 1) yang memerlukan biaya transportasi lebih dari Rp. 10.000,- untuk menuju ke Puskesmas terdekat.

Tabel 4. Kepemilikan Asuransi Lansia Berdasarkan Kategori Wilayah dan Status Sosial Ekonomi di Indonesia pada Tahun 2013

Karakteristik Lansia		Kepemilikan Asuransi		Total (%)
		Punya (%)	Tidak Punya (%)	
Kategori Wilayah	Perkotaan	58,9	41,1	100,0
	Perdesaan	57,7	42,3	100,0
Total		58,3	41,7	100,0
Status Sosial Ekonomi	Sangat Miskin	64,1	35,9	100,0
	Miskin	57,5	42,5	100,0
	Menengah	52,6	47,4	100,0
	Kaya	54,6	45,4	100,0
	Sangat Kaya	63,7	36,3	100,0
Total		58,3	41,7	100,0

Sumber: Riskesdas 2013

Kepemilikan Asuransi

Kepemilikan asuransi merupakan isu indikator hambatan yang sangat penting dewasa ini di Indonesia. Indikator kepemilikan asuransi sangat berkaitan erat dengan target pemerintah untuk keikutsertaan 100% masyarakat Indonesia (*universal health coverage*) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada tahun 2019 (Republik Indonesia, 2011).

Tabel 4 menunjukkan bahwa para lansia di Indonesia sebagian besar sudah memiliki asuransi, baik di wilayah perkotaan maupun perdesaan. Kondisi ini juga berlaku sama pada kategori kuintil status sosial ekonomi, yang hampir secara merata didominasi oleh mereka yang memiliki asuransi kesehatan. Hanya saja masih menyisakan 35,9% para lansia sangat miskin yang belum memiliki asuransi.

Kategori Akses Lansia ke Puskesmas Berdasarkan Hambatannya

Akses para lansia ke Puskesmas akan dikategorikan berdasarkan hambatan yang ada pada tiga kategori, yaitu hambatan kecil, sedang dan besar. Semakin kecil hambatan artinya bahwa para lansia semakin memiliki kesempatan akses yang bagus untuk mendapatkan pelayanan di Puskesmas terdekat.

Tabel 5 menunjukkan bahwa pada kategori wilayah para lansia baik di perkotaan maupun di perdesaan didominasi oleh kategori hambatan sedang untuk akses ke Puskesmas. Meski komposisi hambatan besar lebih banyak berlaku bagi para lansia yang tinggal di perdesaan.

Demikian pula pada kategori status sosial ekonomi, para lansia secara dominan memiliki hambatan sedang untuk melakukan akses ke Puskesmas. Meski pada kategori para lansia yang sangat miskin (kuintil 1) tersisa 15,0% yang memiliki hambatan besar untuk akses menuju ke Puskesmas.

PEMBAHASAN

Karena meningkatnya harapan hidup di sebagian besar negara, kemungkinan hal sama berlaku pada beberapa generasi yang hidup pada saat yang sama. Sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk memahami berbagai faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan, baik faktor pendorong maupun penghambat (Yunus *et al.*, 2016). Informasi ini sangat penting dan dibutuhkan untuk perumusan kebijakan yang lebih baik (Suharmiati *et al.*, 2013).

Menurut Jones (2012) pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya. Sementara Levesque *et al.* (2013) berpendapat bahwa akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi.

Tabel 5. Kategori Hambatan Akses Lansia ke Puskesmas di Indonesia pada Tahun 2013

Karakteristik Lansia		Kategori Hambatan Akses			Total (%)
		Hambatan Kecil (%)	Hambatan Sedang (%)	Hambatan Besar (%)	
Kategori Wilayah	Perkotaan	39,4	58,2	2,4	100,0
	Perdesaan	27,6	62,0	10,4	100,0
Total		33,0	60,2	6,7	100,0
Status Sosial Ekonomi	Sangat Miskin	27,0	58,0	15,0	100,0
	Miskin	31,4	60,9	7,7	100,0
	Menengah	33,2	62,2	4,6	100,0
	Kaya	36,3	60,4	3,4	100,0
	Sangat Kaya	37,5	59,3	3,1	100,0
Total		33,0	60,2	6,7	100,0

Sumber: Riskesdas 2013

Di antara variabel demografi, usia ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan layanan kesehatan (Afilalo *et al.*, 2008). Berkenaan dengan perawatan rawat inap, kemungkinan tinggal rawat inap tampaknya lebih besar terjadi pada kelompok dengan pendapatan yang lebih tinggi. Tinjauan literatur menemukan bahwa ada hubungan antara pendapatan dan pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan (Andersen *et al.*, 1994).

Beberapa program dan kebijakan telah dilakukan oleh pemerintah untuk memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia (Rukmini, Rachmawaty & Laksono, 2013) (Laksono & Rachmawati, 2013). Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan dasar yang tersebar secara luas di Indonesia. Secara aturan pemerintah menetapkan rasio ideal antara Puskesmas dan masyarakat adalah 1: 30.000 (1 Puskesmas untuk 30.000 orang). Meski pada beberapa wilayah hal ini menjadi kurang sesuai untuk diterapkan, dikarenakan topografi Indonesia yang berbentuk kepulauan atau di pegunungan (Laksono & Pranata, 2013) (Laksono & Sukoco, 2016).

Kementerian Kesehatan saat ini juga mengeluarkan kebijakan Nusantara Sehat untuk meningkatkan akses secara umum. Kebijakan ini ditujukan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar di DTPK (Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan) dan DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan), juga mempunyai tujuan menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan, menggerakkan pemberdayaan masyarakat, dapat memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, serta meningkatkan retensi tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK. Nusantara Sehat menggunakan pendekatan berbasis tim tenaga kesehatan (*team based*) (Laksono, 2016). Pola pemberdayaan lansia yang sudah berjalan adalah Posyandu Lansia. Selain dilakukan pemeriksaan kesehatan, mereka juga diberi pengetahuan tentang pola hidup sehat, serta ajakan untuk memasyarakatkan gerakan senam lansia.

Mirip dengan yang berlaku di Indonesia, hambatan secara fisik bagi lansia untuk mencapai pelayanan kesehatan juga terjadi di Jepang dan Brasil (Murata *et al.*, 2010) (Lima Cavaletti *et al.*, 2018). Hasil penelitian di Jepang menjelaskan fenomena para lansia berpenghasilan rendah yang tidak bisa mencapai fasilitas layanan kesehatan, yang paling signifikan adalah jarak atau transportasi. Jarak tempuh dan kemudahan transportasi adalah masalah

utama, terutama di daerah pedesaan di mana fasilitas kesehatan jarang dijumpai. Orang tua dari daerah tersebut sering bepergian berjam-jam untuk sampai ke rumah sakit (Murata *et al.*, 2010). Sementara di Amerika Serikat dan di Inggris terungkap bahwa akses ke layanan kesehatan masyarakat adalah penentu signifikan untuk kesehatan penduduk (Barnett *et al.*, 2001)(Jordan *et al.*, 2004). Dalam konteks Indonesia, dengan topografi yang variabilitasnya sangat tinggi, maka yang cocok adalah fasilitas pelayanan yang didekatkan ke masyarakat. Hal ini bisa diwujudkan dengan pelayanan *mobile*.

Beberapa studi dilakukan di Eropa untuk menyelidiki perbedaan tingkat status sosial ekonomi dalam penggunaan layanan di antara populasi yang lebih tua (Allin *et al.*, 2011)(Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Di Swedia ditemukan bahwa posisi sosial ekonomi tinggi memprediksi memiliki setidaknya satu kontak fasilitas layanan kesehatan di antara mereka yang berusia di atas 60 tahun, tetapi hal tersebut tidak berlaku pada mereka yang memiliki status sosial ekonomi rendah (Merlo *et al.*, 2003) (Wamala *et al.*, 2006). Studi ini membuktikan bahwa tingkat sosial ekonomi berpengaruh pada akses lansia ke pelayanan kesehatan. Untuk mengurangi hambatan akses secara ekonomi ini diperlukan subsidi silang yang berbasis pada pajak penghasilan. Dengan langkah ini setidaknya semua lansia memiliki pilihan akses yang sama saat mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam jangka panjang, Jaminan Kesehatan Nasional yang berbasis pajak semakin meluaskan kepesertaan, dan hal ini akan berimbas pada pemerataan dan kelangsungan asuransi sosial ini (Qin *et al.*, 2017).

Studi di Jepang menemukan fakta bahwa lansia yang berpenghasilan rendah justru memiliki lebih banyak penyakit yang membutuhkan perawatan medis daripada rekan mereka yang berpenghasilan lebih tinggi. Persentase yang lebih tinggi pada lansia dengan pendapatan rendah menjadikan ketergantungan yang lebih tinggi dalam kegiatan hidup sehari-hari (*activities of daily living/ADL*) daripada orang tua berpenghasilan menengah dan tinggi (Murata *et al.*, 2010). Banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, yang tidak memiliki infrastruktur perawatan jangka panjang yang terjangkau, kebutuhan biaya ini juga mengambil bentuk dari biaya anggota keluarga lain yang mengundurkan diri dari pekerjaan atau sekolah untuk merawat keluarga yang lebih tua (*World Health Organization*, 2011). Dua hasil penelitian tersebut semakin menegaskan tentang

pentingnya Posyandu Lansia. Dengan mengajari mereka untuk menjaga kesehatan, akan semakin meningkatkan kemandirian para lansia tersebut.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa hambatan akses secara fisik cenderung lebih besar terjadi di perdesaan. Kecenderungan yang sama juga terjadi pada kategori tingkat sosial ekonomi. Meski secara umum hambatan akses para lansia ke Puskesmas sudah cukup baik, tetapi masih ada lansia sangat miskin yang memiliki hambatan secara ekonomi untuk menjangkau Puskesmas.

SARAN

Berdasarkan simpulan hasil penelitian maka perlu disarankan pada pemerintah untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar di wilayah perdesaan yang lebih banyak. Fasilitas pelayanan bisa berupa *unit mobile* untuk menjangkau wilayah perdesaan yang lebih luas. Pemerintah juga perlu mewujudkan sebuah Jaminan Kesehatan Nasional dengan pendanaan berbasis pajak penghasilan. Hal ini perlu dilakukan untuk memastikan cakupan secara universal dengan tanpa menghiraukan kemampuan membayar masyarakat, sehingga hambatan secara ekonomi bisa dikurangi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan yang telah menyediakan data dan memberikan izin untuk dilakukannya analisis lanjut ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B., & Giguère, C. 2008. Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Society for Academic Emergency Medicine*. Available at: <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.08.032>
- Allin, S., Masseria, C., & Mossialos, E. 2011. Equity in health care use among older people in the UK: an analysis of panel data. *Journal Applied Economics*, 43 (18), 2229–39. Available at: <https://doi.org/10.1080/00036840903196621>
- Andersen, R.M., Davidson, P.L., & Ganz, P.A. 1994. Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. *Quality of Life Research*, 3 (5), 365–371. Available at: <https://doi.org/10.1007/BF00451728>.
- Badan Pusat Statistika. 2018. Indikator Strategis Nasional. Available at: <https://www.bps.go.id/QuickMap?id=0000000000> [accessed July 10, 2018]
- Barnett, S., Roderick, P., Martin, D., & Diamond, I. 2001. A multilevel analysis of the effects of rurality and social deprivation on premature limiting long term illness. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (1), 44–51. Available at: <https://doi.org/10.1136/jech.55.1.44>
- BPJS. 2017. JKN-KIS Cegah Masyarakat Jatuh Miskin Akibat Penyakit 'Mahal.' Available at: <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/558/JKN-KIS-Prevents-Poor-People-from-Expensive-Diseases> [accessed July 18, 2018]
- Bueno, D.R., Marucci, M. de F.N., Gobbo, L.A., Almeida-Roediger, M. de, Duarte, Y. A. de O., & Lebrão, M.L. 2010. Expenditures of medicine use in hypertensive/diabetic elderly and physical activity and engagement in walking: cross sectional analysis of SABE Survey. *BMC Geriatr*, 17(70). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0437-0>
- Chantzaras, A.E., & Yfantopoulos, J.N. 2018. Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science and Medicine*, 211, 338–351. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.024>
- Heniwati, & Thabrany, H. 2017. Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 18–27. <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1771>
- Indonesia, Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2011. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial 2011. Jakarta, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.
- Jacobs, B., & Weissert, W. 2007. Helping protect the elderly and the public against the catastrophic costs of long-term care. *Journal of Policy Analysis and Management*, 5(2), 378–383. Available at: <https://doi.org/10.1002/pam.4050050214>
- Jones, S.G. 2012. Development of Multi-dimensional Health Care Access Index. In *ESRI Health Geographical Information System Conference*. ESRI.
- Jordan, H., Roderick, P., Martin, D., & Barnett, S. 2004. Distance, rurality and the need for care: access to health services in South West England. *International Journal of Health Geographics*, 3, 21. Available at: <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-21>

- Laksono, A.D. 2016. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan. In S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R.D. Wulandari (Eds.), dalam: *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 5–20). Jogjakarta, Kanisius.
- Laksono, A.D., & Pranata, S. 2013. Akses Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kepulauan (Studi Kasus di Kepulauan Aru, Wakatobi & Kepulauan Natuna). Dalam: A.D. Laksono & T. Rachmawati (Eds.), *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak* (pp. 145–177). Jogjakarta, Kanisius.
- Laksono, A.D., & Rachmawati, T. 2013. Midwife Acceptability in Implementation of Labor Warranty Policy in the District Mojokerto. *Bulletin of Health System Research*, 16 (4), 341–49.
- Laksono, A.D., & Sukoco, N.E.W. 2016. Studi Kasus Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Dalam S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R.D. Wulandari (Eds.), *Dalam: Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 85–107). Jogjakarta, Kanisius.
- Levesque, J.F., Harris, M.F., & Russell, G. 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. Available: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lima Cavaletti, A.C., Caldas, C.P., & de Lima, K.C. 2018. Social Context and Geographic Space: An Ecological Study about Hospitalizations of Older Persons. *Value in Health Regional Issues*, 17, 59–65. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.12.002>.
- Merlo, J., Gerdtham, U.G., Lynch, J., Beckman, A., Norlund, A., & Lithman, T. 2003. Social inequalities in health-do they diminish with age? Revisiting the question in Sweden 1999. *International Journal of Equity Health*, 2(2). available: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-2-2>
- Mubasyiroh, R., Nurhotimah, E., & Laksono, A.D. 2016. Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. In S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R. D. Wulandari (Eds.), *Dalam: Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 21–58). Jogjakarta, Kanisius.
- Murata, C., Yamada, T., Chen, C.-C., Ojima, T., Hirai, H., & Kondo, K. 2010. Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2010, 7, 1330–1341. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph7041330>.
- Putri, Y.S.E., & Riasmini, N.M. 2013. The Predictors of Caregiver's Burden and Depression Level in Caring Elderly People with Dementia at Community. *Jurnal Ners*, 8(1), 88–97. Available at: <https://doi.org/10.20473/jn.v8i1.3882>.
- Qin, X., Luo, H., Feng, J., Li, Y., Wei, B., & Feng, Q. 2017. Equity in health financing of Guangxi after China's universal health coverage: Evidence based on health expenditure comparison in rural Guangxi Zhuang autonomous region from 2009 to 2013. *International Journal for Equity in Health*, 16 (1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0669-9>.
- Rukmini, Rachmawati, T., & Laksono, A.D. 2013. The Analysis of Jampersal Implementation in Sampang District Health Office. *Bulletin of Health System Research*, 16 (2), 154–67.
- Street, M., Mohebbi, M., Berry, D., Cross, A., & Considine, J. 2018. Influences on emergency department length of stay for older people. *European Journal of Emergency Medicine*, 25 (4), 242–49. Available at: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000452>.
- Suharmiyati, Laksono, A.D., & Astuti, W.D. 2013. Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area. *Bulletin of Health System Research*, 16 (2), 109–16.
- Wamala, S., Merlo, J., & Boström, G. 2006. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 1027–1033. Available at: <https://doi.org/10.1136/jech.2006.046896>.
- World Health Organization. 2011. *Global Health and Aging*, National Institute on Aging, National Institutes of Health, US. No. 11–773711.
- World Health Organization. 2018. *Vulnerable groups*. Available at: http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/ [Accessed July 10, 2018].
- Yunus, N.M., Manaf, N.H.A., & Omar, A. 2016. *Determinants of Healthcare Utilisation among the elderly in Malaysia*. Department of Business Administration International Islamic University Malaysia.