

# Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pengguna Jaminan Kesehatan Nasional

(Factors Influencing User Satisfaction with the National Health Insurance)

Tanti Anggreiniboti<sup>1)\*</sup>, Def Primal<sup>2)</sup>

<sup>1,2</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Perintis Indonesia, Indonesia

Email: [tantibotia@hotmail.com](mailto:tantibotia@hotmail.com)<sup>1</sup>; [def.prima.anatomy@gmail.com](mailto:def.prima.anatomy@gmail.com)<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Purpose:** This study aims to identify the factors influencing user satisfaction with the National Health Insurance in Indonesia.

**Design/Methodology/Approach:** This is a quantitative study with an analytical method using a cross-sectional approach. The population in this study consists of Indonesian citizens, utilizing data from the 2014 Indonesian Family Life Survey (IFLS). The total sample used in this study is 5,041 respondents. Data processing is conducted using the Stata application, employing the logit analysis method.

**Findings:** There is a positive and significant influence of healthcare facility utilization and health insurance ownership on user satisfaction with health insurance. However, out-of-pocket payments beyond regular insurance contributions and waiting time do not affect user satisfaction with health insurance.

**Research Implications:** Policies are needed to anticipate dissatisfaction among health insurance users by minimizing additional costs beyond the regular insurance contributions. Efforts should also be made to reduce waiting times for healthcare services.

**Keywords:** JKN; Satisfaction; Services; Costs; Waiting Time

## ABSTRAK

**Tujuan Penelitian:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.

**Desain/Methodologi/Pendekatan Penelitian:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode analitik menggunakan pendekatan cross sectional. Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah warga Negara Indonesia, menggunakan data IFLS (*Indonesian Family Life Survey*) tahun 2014. Jumlah sampel yang di gunakan pada penelitian ini adalah sebanyak 5.041 sampel. Pengolahan data menggunakan aplikasi Stata. Metode pengolahan data menggunakan metode analisis logit.

**Hasil Penelitian:** Terdapat pengaruh positif dan signifikan pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan, dan kepemilikan asuransi kesehatan terhadap kepuasan pengguna asuransi kesehatan. Namun pembayaran di luar iuran rutin asuransi kesehatan, dan waktu tunggu tidak berpengaruh terhadap kepuasan pengguna asuransi kesehatan.

**Implikasi Hasil Penelitian:** Perlu adanya kebijakan untuk mengantisipasi ketidakpuasan pengguna asuransi kesehatan, dengan meminimalisasi pembiayaan yang harus di bayar oleh pengguna asuransi kesehatan di samping iuran rutin. Perlu adanya upaya untuk memangkas waktu tunggu untuk mendapatkan jasa pelayanan.

**Kata Kunci:** JKN; Kepuasan; Pelayanan; Pembiayaan; Waktu Tunggu

## PENDAHULUAN

Sumber daya manusia yang sehat merupakan aset penting bagi suatu bangsa. Kesehatan merupakan hak semua orang dan negara menjamin bahwa setiap warga negara terpenuhi haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau. Sejak tahun

E-Journal Al-Dzahab  
Vol. 06, No. 01  
Maret 2025  
Hal. 1-10

p-ISSN: 2808-7631  
e-ISSN: 2808-758

2005, negara-negara anggota WHO termasuk Indonesia telah bersepakat akan mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan semesta sesuai dengan amanat resolusi WHA (*World Health Assembly*) ke-58 di Jenewa yang menginginkan setiap negara menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduknya. *Universal Health Coverage* adalah suatu sistem kesehatan yang menjamin bahwa setiap warga, memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan baik bersifat pencegahan, pengobatan, pengobatan berkelanjutan, dan rehabilitasi yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. UHC mengupayakan masyarakat mendapatkan akses untuk pelayanan kesehatan tanpa menghadapi kesulitan finansial.

Sebagai bentuk keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia di bidang kesehatan, Pada tahun 2014, pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diharapkan mampu menjadi tulang punggung menuju pencapaian UHC di Indonesia. Program ini terimplementasi mulai 1 Januari 2014 dan diselenggarakan sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan sosial wajib bagi seluruh warga negara dan memberikan perlindungan dasar bagi seluruh masyarakat Indonesia melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Badan ini telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS.

Sejumlah provinsi di Indonesia masih belum mampu mencapai target UHC, termasuk provinsi Sumatera Barat. Berdasarkan Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018, jumlah penduduk provinsi Sumatera Barat adalah sebanyak 5.321.500 jiwa sedangkan cakupan kepesertaan JKN masih sekitar 78,72% atau sebanyak 4.188.943 jiwa dari jumlah penduduk Sumatera Barat. Artinya, Sumatera Barat harus mengejar target kepesertaan sekitar 20% penduduk lagi untuk didaftarkan menjadi peserta program JKN menuju UHC di tahun 2019. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gurendro Putro dan Iram Barida (2014), kendala menjadi peserta BPJS Kesehatan adalah proses prosedur pendaftaran karena jarak ke Kantor BPJS relatif jauh dan adanya tambahan persyaratan yang mempersulit pendaftaran peserta. Hartini Retnaningsih (2018), ada 4 hal yang menyebabkan target kepesertaan program JKN sulit dicapai, yaitu: 1) sosialisasi JKN oleh BPJS Kesehatan masih belum memadai; 2) masih banyak keluhan dari masyarakat menyangkut pelayanan JKN; 3) masih lemahnya penegakan hukum bagi badan usaha yang belum mendaftarkan pekerjaannya ke BPJS Kesehatan; dan 4) masih lemahnya koordinasi antara BPJS Kesehatan, pemerintah daerah, dan lembaga terkait lainnya. BPJS Kesehatan juga menghadapi masalah tumpang tindih data kepesertaan segmen PBI dengan peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Pelayanan Publik di Indonesia terutama bidang kesehatan, masih menjadi masalah hingga saat ini. Menurut GDS (*Governance and Decentralization*) tahun 2002 mengungkapkan bahwa di 20 provinsi di Indonesia tentang pelayanan publik menyebutkan “walaupun pelaksanaan otonomi daerah tidak mempengaruhi kualitas pelayanan public, secara umum praktek penyelenggaraan pelayanan public masih jauh dari prinsip-prinsip yang ada di instansi). Penyelenggaraan pelayanan publik oleh pemerintah masih banyak dijumpai kekurangan. jika dilihat dari segi kualitas masih jauh dari yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan masih munculnya berbagai keluhan masyarakat melalui media massa. Mengingat fungsi utama pemerintah adalah melayani masyarakat maka pemerintah perlu terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan publik.

BPJS Kesehatan yang memberikan pelayanan publik yang sangat bermanfaat bagi masyarakat, tetap memiliki permasalahan yang harus diselesaikan pemerintah, baik itu dari segi pelayanan dari administrator maupun dana untuk KIS-JKN yang selalu deficit, walaupun sudah terjadi peningkatan iuran pebiayaan dari tahun sebelumnya, sehingga berimbas terhadap adanya beberapa biaya pengobatan level 1 yang tidak di tanggung oleh askes, sehingga pengguna askes terpaksa mengeluarkan pembiayaan dari saku sendiri untuk biaya tambahan di luar pembiayaan yang di jamin oleh asuransi kesehatan. Dari pengamatan di

lapangan, antrian panjang masih menjadi pemandangan bagi masyarakat untuk menunggu mendapatkan jasa pelayanan. Tentu saja kondisi ini memberikan imbas terhadap ketidapuasan di kalangan masyarakat, dan munculnya keluhan dari masyarakat.

Penelitian ini bertujuan mengetahui dan menganalisis Faktor yang mempengaruhi kepuasan Pengguna Jaminan Kesehatan di Indonesia.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **Asuransi kesehatan**

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya di sebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Peraturan BPJS, 2014). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang bertujuan untuk pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Berdasarkan Permenkes RI No 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN, JKN dibedakan menjadi dua yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non PBI. PBI merupakan Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu berdasarkan UU SJSN yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta JKN-PBI adalah orang yang mengalami cacat tetap dan orang yang tidak mampu. Peserta JKN non PBI terdiri dari : (1) pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, (2) pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, (3) bukan pekerja dan anggota keluarganya. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 2007)

### **Pelayanan JKN Tingkat Pertama**

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh: 1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau faskes tingkat 1 yang terdiri dari: Puskesmas atau yang setara. Praktik Dokter. Praktik Dokter Gigi. Klinik pratama atau yang setara. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara. 2. Jejaring FKTP seperti Bidan, apotek jejaring, dan laboratorium jejaring. 3. Fasilitas kesehatan penunjang yang bekerja sama langsung dengan BPJS Kesehatan yang terdiri dari: Apotek PRB Laboratorium. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama meliputi Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pemanfaatan yang ditanggung adalah: 1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) a. Manfaat yang ditanggung 1. Pelayanan promotif preventif: Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat. Pelayanan imunisasi rutin sesuai ketentuan. Vaksin untuk imunisasi rutin disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah. Keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi bekerja sama dengan BKKBN. Adapun Alat dan obat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN. Skrining riwayat kesehatan yang dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali melalui Aplikasi Mobile JKN atau Website BPJS Kesehatan. Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu. Peningkatan kesehatan bagi peserta penderit apenyakit kronis.

### **Kepuasan Pasien**

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas layanan kesehatan. Menurut Donabedian (1988), kepuasan pasien adalah refleksi dari pengalaman dan harapan pasien terhadap layanan yang diterima, termasuk aspek teknis dan interpersonal dalam pelayanan kesehatan. Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) menambahkan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh persepsi mereka terhadap kualitas layanan, yang mencakup keandalan, responsivitas, jaminan, empati, dan aspek fisik dari fasilitas kesehatan.

Dalam mengukur kepuasan pasien, terdapat beberapa dimensi utama yang sering digunakan. Pertama, dimensi kualitas layanan medis, yang mencakup kompetensi tenaga kesehatan, keakuratan diagnosis, dan efektivitas pengobatan (Andaleeb, 2001). Pasien akan merasa puas jika mereka mendapatkan penanganan yang tepat dan efektif sesuai dengan kondisi mereka. Dimensi kedua adalah aksesibilitas dan kemudahan dalam mendapatkan layanan kesehatan. Menurut Penchansky & Thomas (1981), aksesibilitas mencakup aspek geografis, ketersediaan tenaga kesehatan, serta kemudahan administratif dalam proses pendaftaran dan pembayaran. Semakin mudah akses layanan, semakin tinggi kepuasan pasien. Dimensi ketiga adalah interaksi dan komunikasi antara pasien dan tenaga medis. Menurut Stewart et al. (1995), kepuasan pasien meningkat ketika dokter dan tenaga medis mampu memberikan penjelasan yang jelas, mendengarkan keluhan pasien, serta menunjukkan empati dalam setiap interaksi. Komunikasi yang baik akan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan yang mereka terima. Dimensi keempat adalah fasilitas dan lingkungan pelayanan kesehatan. Zeithaml et al. (1996) menyebutkan bahwa faktor fisik seperti kebersihan, kenyamanan ruang tunggu, dan kelengkapan sarana prasarana turut memengaruhi pengalaman pasien. Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap kualitas layanan. Dimensi terakhir adalah biaya dan transparansi finansial. Menurut Kotler & Clarke (1987), kepuasan pasien juga bergantung pada persepsi mereka terhadap biaya yang harus dikeluarkan. Jika pasien merasa bahwa biaya yang dibayarkan sebanding dengan layanan yang diterima, maka tingkat kepuasan cenderung lebih tinggi.

### **Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan faktor kunci dalam menentukan efektivitas sistem kesehatan dan kepuasan pasien. Menurut Donabedian (1988), kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur dari tiga aspek utama: struktur, proses, dan hasil. Struktur mencakup sumber daya dan fasilitas, proses melibatkan interaksi antara tenaga medis dan pasien, sedangkan hasil berkaitan dengan dampak layanan terhadap kesehatan pasien. Sementara itu, menurut Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988), kualitas pelayanan secara umum mencerminkan kemampuan layanan dalam memenuhi atau melampaui harapan pengguna.

Dalam mengukur kualitas pelayanan kesehatan, terdapat beberapa dimensi utama yang digunakan sebagai standar evaluasi. Pertama, dimensi keandalan (reliability), yaitu konsistensi tenaga kesehatan dalam memberikan layanan yang akurat dan terpercaya (Zeithaml et al., 1996). Keandalan ini mencakup ketepatan diagnosis, efektivitas pengobatan, serta kepatuhan terhadap standar medis. Dimensi kedua adalah responsivitas (responsiveness), yaitu sejauh mana tenaga medis mampu merespons kebutuhan pasien dengan cepat dan tepat (Tucker & Adams, 2001). Ini termasuk waktu tunggu pasien, kemudahan mendapatkan informasi, serta kesiapan tenaga medis dalam memberikan layanan darurat. Dimensi ketiga adalah jaminan (assurance), yang mencerminkan kompetensi tenaga kesehatan serta rasa aman yang dirasakan pasien saat menerima layanan (Oliver, 1997). Faktor ini mencakup keterampilan tenaga medis, kejelasan informasi yang diberikan, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam membangun kepercayaan pasien. Dimensi keempat

adalah empati (empathy), yaitu perhatian dan kepedulian tenaga medis terhadap kebutuhan dan kondisi pasien (Andaleeb, 2001). Interaksi yang penuh empati, komunikasi yang baik, serta pendekatan yang ramah akan meningkatkan kenyamanan pasien dalam menerima layanan. Dimensi terakhir adalah bukti fisik (tangibles), yang mencakup aspek fisik seperti fasilitas kesehatan, kebersihan lingkungan, kelengkapan alat medis, dan kenyamanan ruang tunggu (Brady & Cronin, 2001). Lingkungan pelayanan yang nyaman dan modern dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan.

### **Pembiayaan diluar Iuran Wajib**

Pembiayaan di luar iuran wajib merupakan biaya tambahan yang harus ditanggung oleh peserta asuransi kesehatan di luar iuran atau premi yang telah ditetapkan. Menurut Nyman (2003), biaya ini sering disebut sebagai out-of-pocket payment (OOP), yaitu pengeluaran langsung yang harus dibayar oleh individu untuk layanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh asuransi, seperti biaya administrasi, obat di luar paket asuransi, atau tindakan medis tertentu. WHO (2010) juga menjelaskan bahwa pembiayaan di luar iuran wajib termasuk dalam direct health expenditure, yaitu biaya yang dikeluarkan langsung oleh pasien saat menerima layanan kesehatan. Biaya ini dapat menjadi penghambat akses terhadap layanan kesehatan yang optimal, terutama bagi masyarakat dengan keterbatasan ekonomi. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Ekawati et al. (2017) menambahkan bahwa pembiayaan ini sering muncul akibat keterbatasan cakupan manfaat, misalnya biaya obat yang tidak termasuk dalam formularium BPJS Kesehatan, pemeriksaan tambahan yang tidak ditanggung, atau selisih biaya ruang perawatan yang lebih tinggi dari standar yang diberikan. Lebih lanjut, Van Doorslaer et al. (2007) mengategorikan pembiayaan di luar iuran wajib sebagai bagian dari catastrophic health expenditure, yaitu biaya kesehatan yang sangat besar dibandingkan pendapatan seseorang, sehingga dapat memberikan tekanan finansial yang signifikan bagi rumah tangga. Dengan demikian, meskipun asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari beban biaya kesehatan yang tinggi, adanya pengeluaran tambahan ini tetap menjadi tantangan yang perlu mendapat perhatian dalam kebijakan kesehatan.

Pembiayaan di luar iuran wajib dalam asuransi kesehatan dapat dianalisis melalui beberapa dimensi utama, yang mencerminkan beban finansial, jenis pengeluaran tambahan, dampaknya terhadap akses layanan kesehatan, serta efeknya terhadap kesejahteraan ekonomi rumah tangga. Dimensi pertama adalah besaran pengeluaran (financial burden), yang mencakup jumlah out-of-pocket payment (OOP) atau biaya yang harus dibayar langsung oleh peserta untuk mendapatkan layanan kesehatan (Nyman, 2003). Selain itu, persentase pengeluaran kesehatan terhadap pendapatan juga menjadi indikator penting, terutama jika biaya kesehatan yang dikeluarkan mencapai catastrophic health expenditure (CHE). WHO (2010) mendefinisikan CHE sebagai kondisi ketika pengeluaran kesehatan melebihi 10–40% dari pendapatan rumah tangga setelah kebutuhan dasar dipenuhi, yang dapat menyebabkan tekanan ekonomi bagi keluarga berpenghasilan rendah. Selanjutnya, terdapat dimensi jenis pengeluaran tambahan (types of additional costs) yang terdiri dari berbagai komponen biaya yang tidak ditanggung oleh asuransi. Misalnya, biaya administrasi untuk pendaftaran dan konsultasi awal, serta pengeluaran untuk obat di luar formularium, yaitu obat-obatan yang tidak termasuk dalam cakupan asuransi standar (Ekawati et al., 2017). Selain itu, pasien juga dapat menghadapi biaya tambahan untuk pemeriksaan laboratorium atau radiologi yang tidak dijamin, serta selisih biaya kelas perawatan bagi mereka yang memilih fasilitas rawat inap di atas standar yang diberikan oleh asuransi (Van Doorslaer et al., 2007). Dimensi berikutnya adalah dampak terhadap akses layanan kesehatan (access to healthcare services). Sering kali, biaya tambahan membuat pasien menunda atau bahkan mengurangi penggunaan layanan kesehatan karena alasan finansial. Hal ini dapat diukur dari tingkat utilisasi layanan

kesehatan, yaitu sejauh mana peserta asuransi benar-benar menggunakan layanan yang tersedia. Selain itu, kepuasan pasien terhadap biaya yang dikeluarkan menjadi indikator lain dalam mengevaluasi apakah sistem asuransi telah memberikan perlindungan yang optimal bagi pesertanya (WHO, 2010). Terakhir, ada dimensi efek terhadap kesejahteraan ekonomi rumah tangga (economic impact on households). Pengeluaran kesehatan yang tinggi dapat mengurangi alokasi dana untuk kebutuhan lain seperti pendidikan atau konsumsi harian, sehingga menekan kesejahteraan keluarga (Van Doorslaer et al., 2007). Dalam kasus ekstrem, biaya tambahan ini dapat menyebabkan risiko kemiskinan akibat pengeluaran kesehatan, di mana rumah tangga mengalami kesulitan ekonomi akibat tingginya biaya layanan medis yang tidak ditanggung oleh asuransi.

### **Waktu Tunggu Pelayanan Kesehatan**

Waktu tunggu pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator penting dalam menilai kualitas layanan kesehatan dan kepuasan pasien. Menurut Penchansky & Thomas (1981), waktu tunggu berkaitan erat dengan dimensi aksesibilitas layanan kesehatan, yang mencerminkan seberapa mudah pasien memperoleh layanan yang dibutuhkan dalam waktu yang wajar. Waktu tunggu dapat terjadi pada berbagai tahapan pelayanan, mulai dari waktu pendaftaran, menunggu konsultasi dengan tenaga medis, hingga waktu memperoleh tindakan medis atau obat. Menurut WHO (2010), waktu tunggu pelayanan kesehatan yang terlalu lama dapat menyebabkan penurunan kepuasan pasien, mengurangi efektivitas pengobatan, dan bahkan meningkatkan risiko komplikasi penyakit akibat keterlambatan perawatan. Lebih lanjut, Institute of Medicine (2001) menegaskan bahwa waktu tunggu yang panjang dapat menjadi penghambat dalam sistem pelayanan kesehatan yang ideal, yang seharusnya menjamin layanan yang tepat waktu (timeliness) sebagai salah satu dimensi utama mutu layanan kesehatan. Stadhouders et al. (2019) menemukan bahwa waktu tunggu yang lebih pendek berkorelasi positif dengan kepuasan pasien dan efektivitas layanan, terutama dalam layanan primer dan gawat darurat. Mereka juga menyoroti bahwa waktu tunggu yang lama sering kali disebabkan oleh ketidakseimbangan antara permintaan dan kapasitas layanan kesehatan, kurangnya tenaga medis, serta efisiensi sistem administrasi. Sementara itu, Rahman et al. (2018) dalam studinya di negara berkembang menunjukkan bahwa waktu tunggu yang berlebihan dapat mengurangi motivasi pasien untuk mengakses layanan kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Waktu tunggu pelayanan kesehatan merupakan indikator penting dalam menilai kualitas layanan, karena berpengaruh terhadap kepuasan pasien, efektivitas pengobatan, dan aksesibilitas layanan. Waktu tunggu yang berlebihan dapat menurunkan kepuasan, meningkatkan risiko medis, dan mencerminkan ketidakefisienan sistem kesehatan. Pengukurannya mencakup beberapa dimensi, seperti waktu tunggu total, waktu tunggu pada setiap tahapan layanan, batas waktu yang dapat diterima, variabilitas waktu tunggu, serta persepsi pasien terhadap layanan. Faktor-faktor ini membantu menilai dan mengelola durasi pelayanan secara lebih efektif. Untuk mengurangi waktu tunggu, diperlukan strategi seperti optimalisasi antrian, peningkatan tenaga medis, dan digitalisasi administrasi layanan. Dengan manajemen yang baik, sistem kesehatan dapat menjadi lebih responsif, efisien, dan berorientasi pada kepuasan pasien.

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode analitik menggunakan pendekatan cross sectional. Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah warga Negara Indonesia, menggunakan data IFLS ( *Indonesian Family Life Survey* ) tahun 2014. Proses pengambilan data menggunakan cara crosssectional, Jumlah sampel yang di gunakan pada penelitian ini adalah sebanyak 5.041 sampel. Jenis data yang di gunakan adalah data

sekunder. Pengolahan data menggunakan aplikasi Stata. Metode pengolahan data menggunakan metode analisis logit. Metode penelitian menjelaskan pendekatan, rancangan kegiatan, ruang lingkup atau objek, bahan dan alat utama, tempat, teknik pengumpulan data, definisi operasional variabel penelitian, dan teknik analisis.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Table 1.** Hasil Analisis Data sum

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
kepuasan	5,695	.9596137	.1968808	0	1
yankes	34,221	2.640192	.7755144	1	8
waktutunggu	5,041	9.905971	15.59101	0	270
pembayaran	5,695	1.608955	1.05138	1	8
jkn	201,347	1.174897	.5706474	1	8

Dari tabel hasil analisis data sum dapat di jelaskan bahwa waktu tunggu mulai dari pendaftaran sampai mendapatkan pelayanan rata rata 10 menit.

**Table 2.** hasil analisis data logit

Logistic regression	Number of obs	=	5,033
	LR chi2(4)	=	23.35
	Prob > chi2	=	0.0001
Log likelihood = -857.84391	Pseudo R2	=	0.0134

kepuasan	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
waktutunggu	-.0062608	.0035473	-1.76	0.078	-.0132134 .0006918
yankes	.0023668	.0915546	0.03	0.979	-.1770769 .1818106
pembayaran	-.2371704	.0513733	-4.62	0.000	-.3378603 -.1364805
jkn	.1662664	.1409244	1.18	0.238	-.1099402 .4424731
_cons	3.436305	.3186424	10.78	0.000	2.811777 4.060833

Dari tabel analisis data logit diatas dapat di tarik kesimpulan bahwa dari nilai P value pada variabel pembayaran, adalah 0,000, kecil dari 0,05 maka pembayaran tambahan di luar iuran rutin berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pengguna.

**Table 3.** hasil analisis Odd Rasio

Logistic regression		Number of obs	=	5,033		
		LR chi2(4)	=	23.35		
		Prob > chi2	=	0.0001		
Log likelihood = -857.84391		Pseudo R2	=	0.0134		
kepuasan	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
yankes	1.00237	.0917716	0.03	0.979	.8377153	1.199387
waktutunggu	.9937588	.0035252	-1.76	0.078	.9868735	1.000692
pembayaran	.7888568	.0405262	-4.62	0.000	.7132949	.8724233
jkn	1.180888	.1664158	1.18	0.238	.8958877	1.556552
_cons	31.07194	9.900837	10.78	0.000	16.63947	58.02261

Semakin tinggi penggunaan tempat pelayanan kesehatan, maka peluang puas 1,0085 kali lebih tinggi daripada tidak puas. Odd rasio waktu tunggu adalah sebesar 0.99, angka or ini kurang dari 1, maka semakin lama waktu tunggu maka peluang pengguna untuk tidak puas semakin besar. Or pembayaran adalah 0,788, angka ini kurang dari 1, maka dapat di tarik kesimpulan bahwa semakin banyak pembayaran di luar iuran rutin asuransi kesehatan, maka peluang pengguna untuk merasa tidak puas akan semakin besar. Or pengguna Asuransi kesehatan, 1,181, ini bermakna semakin banyak kepemilikan kartu asuransi kesehatan, maka peluang kepuasan pengguna 1,181 lebih besar dari tidak puas. Dari tabel 3 diatas Dapat disimpulkan bahwa:

1. ada pengaruh signifikan positif antara pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan dengan kepuasan pengguna asuransi kesehatan.
2. Ada pengaruh signifikan positif antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kepuasan pengguna asuransi kesehatan
3. Ada pengaruh negative tidak signifikan antara pembayaran di luar iuran rutin asuransi kesehatan dengan kepuasan pengguna
4. Ada pengaruh negative tidak signifikan antara waktu tunggu dengan kepuasan pengguna asuransi kesehatan.

### Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan dan kepemilikan asuransi kesehatan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pengguna asuransi kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menekankan bahwa semakin mudah akses terhadap fasilitas kesehatan, semakin tinggi tingkat kepuasan pasien (Penchansky & Thomas, 1981). Pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan yang optimal memungkinkan pengguna asuransi mendapatkan layanan yang lebih cepat dan sesuai dengan kebutuhannya, sehingga meningkatkan pengalaman mereka dalam sistem jaminan kesehatan. Selain itu, kepemilikan asuransi kesehatan memberikan jaminan finansial yang lebih baik, sehingga pengguna merasa lebih aman dalam mengakses layanan kesehatan tanpa harus khawatir terhadap biaya yang besar (McIntyre et al., 2009).

Namun, penelitian ini juga menemukan bahwa pembayaran di luar iuran rutin asuransi



kesehatan serta waktu tunggu tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pengguna. Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun terdapat biaya tambahan di luar iuran wajib, pengguna tetap merasa puas karena layanan yang diterima masih dianggap memadai. Hal ini mungkin disebabkan oleh persepsi bahwa biaya tambahan tersebut merupakan bagian dari standar pelayanan atau pilihan untuk mendapatkan layanan lebih cepat atau lebih baik (Rahman et al., 2018).

Demikian pula, meskipun waktu tunggu sering dikaitkan dengan tingkat kepuasan pasien, dalam penelitian ini tidak ditemukan pengaruh yang signifikan. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor subjektivitas pasien dalam menilai waktu tunggu. Menurut McMullen et al. (2011), pasien yang mendapatkan informasi yang jelas, lingkungan yang nyaman, atau tenaga medis yang komunikatif cenderung lebih toleran terhadap waktu tunggu yang lebih lama. Oleh karena itu, ketidakberpengaruhannya waktu tunggu terhadap kepuasan bisa jadi menunjukkan bahwa faktor lain, seperti kualitas layanan dan interaksi dengan tenaga medis, lebih berperan dalam membentuk persepsi kepuasan pengguna.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini mengonfirmasi bahwa aksesibilitas layanan dan kepemilikan asuransi berperan penting dalam meningkatkan kepuasan pengguna. Sementara itu, aspek biaya tambahan dan waktu tunggu tidak selalu menjadi faktor utama yang memengaruhi kepuasan, tergantung pada bagaimana layanan kesehatan disediakan dan bagaimana pengguna memandang kualitas layanan yang mereka terima. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kepuasan pengguna asuransi kesehatan, kebijakan yang berfokus pada peningkatan aksesibilitas layanan dan perluasan cakupan asuransi lebih diperlukan dibandingkan hanya menekan biaya tambahan atau mengurangi waktu tunggu tanpa memperbaiki aspek layanan secara keseluruhan.

## **SIMPULAN**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan dan kepemilikan asuransi kesehatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pengguna asuransi kesehatan. Akses yang lebih mudah ke fasilitas kesehatan serta kepastian perlindungan finansial dari asuransi meningkatkan rasa aman dan kepuasan pengguna dalam memperoleh layanan kesehatan. Sebaliknya, pembayaran di luar iuran rutin dan waktu tunggu tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pengguna. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun ada biaya tambahan, pengguna tetap merasa puas jika layanan yang diterima memenuhi harapan mereka. Begitu pula dengan waktu tunggu, yang mungkin tidak menjadi faktor utama selama pasien mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan pengalaman yang nyaman. Dengan demikian, peningkatan kepuasan pengguna asuransi kesehatan lebih dipengaruhi oleh aksesibilitas layanan dan kepemilikan asuransi, dibandingkan dengan faktor biaya tambahan atau waktu tunggu. Oleh karena itu, kebijakan yang mendukung peningkatan akses layanan kesehatan serta perluasan cakupan asuransi menjadi strategi yang lebih efektif dalam meningkatkan kepuasan pengguna.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Andaleeb, S. S. (2001). "Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country." *Social Science & Medicine*, 52(9), 1359-1370.
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). "Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach." *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49.
- Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?" *JAMA*, 260(12), 1743-1748.

- Ekawati, F. M., Claramita, M., Efendi, F., & Kurniati, A. (2017). "Factors affecting satisfaction of the National Health Insurance (JKN) participants in Indonesia: A systematic review." *Journal of Public Health Research*, 6(1), 56-64.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press.
- Kotler, P., & Clarke, R. N. (1987). *Marketing for Health Care Organizations*. Prentice Hall.
- McIntyre, D., Chow, C. K., & Kearns, R. (2009). "Waiting time as an indicator for health services performance: A review of key concepts." *Health Policy*, 91(1), 1-10.
- McMullen, M. G., Netland, P. A., & Carpenter, D. M. (2011). "Patient perceptions of waiting time and their satisfaction with care in a public hospital ophthalmology clinic." *Health Services Research*, 46(3), 760-773.
- Nyman, J. A. (2003). *The Theory of Demand for Health Insurance*. Stanford University Press.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. McGraw-Hill.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality." *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). "The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction." *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Rahman, S. A., Dini, L., & Sutanto, E. (2018). "Impact of waiting time on patient satisfaction in primary healthcare services in developing countries." *Health Services Management Research*, 31(2), 60-67.
- Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019). "Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review." *Health Policy*, 123(1), 71-79.
- Stewart, M. A., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Sage.
- Tucker, J. L., & Adams, S. R. (2001). "Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: An integrative model of patients' evaluations of their care." *Managing Service Quality*, 11(4), 272-287.
- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., & Karan, A. (2007). "Catastrophic payments for health care in Asia." *Health Economics*, 16(11), 1159-1184.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. World Health Organization.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). "The behavioral consequences of service quality." *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.