

ANALISIS VERTICAL EQUITY PADA PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN
VERTICAL EQUITY ANALYSIS ON HEALTHCARE UTILIZATION

Novi Turendah Permatasari¹, Thinni Nurul Rochmah¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

E-mail: noviturendahp@gmail.com

ABSTRACT

Based on Law No. 17 of 2007, development challenges in health sector that unresolved were health disparities status in society and access to healthcare between regions, socioeconomic level, and gender; and also lack of society access to health facilities. The purpose of this research was to study the vertical equity of healthcare utilization in society at working area of Dupak Community Health Center. The research was an observational analytic research using cross sectional design. The sum of samples in this research was 100 families at working area of Dupak Community Health Center selected by one stage cluster random sampling techniques and using questionnaire as research instruments. The results showed that perfect vertical equity occurred in the society with the payment status of Askes, non-insurance, and Jamsostek. Meanwhile on the payment status Jamkesmas/Jamkesda near perfect vertical equity with value was 1.15. Kruskal Wallis test showed no differences in respondent assessment toward health official attitudes based on payment status. Society access to healthcare which consisted of geography, economics, and social access included reachable category. The conclusion is going vertical equity in healthcare utilization on the payment status of Jamkesmas/Jamkesda, Askes, non-insurance, and Jamsostek. This is supported by the ease access of society to health care and there is no difference in respondent assessment toward health official attitudes which show same attitude to all types of payment status.

Key words: *vertical equity, payment status*

PENDAHULUAN

Equity adalah kedudukan yang ideal, adil, dan tidak parsial (Sen, 1999). *Equity* dalam kesehatan menunjukkan bahwa idealnya setiap orang memiliki kesempatan yang adil untuk memperoleh kesehatan yang sebaik-baiknya dan tidak dirugikan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Masyarakat dengan status social ekonomi yang berbeda seharusnya memperoleh pelayanan kesehatan yang sama sesuai dengan kebutuhannya, termasuk akses yang sama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Puskesmas Dupak merupakan Puskesmas berstandar ISO yang terletak di Surabaya Utara. Puskesmas ini termasuk jenis Puskesmas perkotaan, yang posisi geografisnya dekat dengan pasar dan berada di tengah permukiman yang padat penduduk dengan status sosial ekonomi menengah ke bawah. Pasien di Puskesmas Dupak bervariasi antara lain

pasien dengan status pembayaran Jamkesmas, Askes, Umum dan pasien asuransi lainnya. Puskesmas memiliki peran penting dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat melalui upaya pemberian pelayanan yang adil dan bermutu. Oleh karena itu, Puskesmas harus memberikan pelayanan sebaik mungkin, adil dan bermutu tanpa membedakan antara pasien satu dan lainnya yang memiliki perbedaan status sosial ekonomi.

Hasil survei pendahuluan menunjukkan bahwa ada empat aspek *Quality Management System (QMS)* Poli Umum Puskesmas Dupak yang mendapatkan nilai kurang dari 80%. Empat aspek tersebut antara lain jam buka pelayanan, kecepatan antrian, kehandalan dan ketanggapan petugas, serta keramahan dan perhatian petugas. Berdasarkan Prinsip Pareto, 80% akibat berasal dari 20% penyebab sehingga 20% masalah mutu pelayanan di Poli Umum Puskesmas Dupak menyebabkan

kerugian sebesar 80%. Pasien yang merasa puas diprediksi 60% masih ada kemungkinan meninggalkan pelayanan kesehatan (Supriyanto & Wulandari, 2010). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis *vertical equity* pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak.

PUSTAKA

Equity

“Equity in health implies that ideally everyone should have a fair opportunity to attain their full health potential and, more pragmatically, that no one should be disadvantaged from achieving this potential, if it can be avoided” (Whitehead, 1991). *Equity* dalam pelayanan kesehatan dijelaskan sebagai persamaan dalam akses pelayanan kesehatan untuk kebutuhan yang sama, persamaan pemanfaatan untuk kebutuhan yang sama, dan kualitas pelayanan yang sama untuk semua masyarakat yang menggunakan (Oliver & Mossialos, 2004). Menurut Braveman (2006) *“equity in healthcare requires that resource allocation and access to healthcare be determined by health needs”*. *Equity* dalam pelayanan kesehatan memerlukan alokasi sumberdaya dan akses ke pelayanan kesehatan yang ditentukan oleh kebutuhan kesehatan. Menurut Culyer & Wagstaff (1993) *equity* dalam pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai persamaan pemanfaatan, distribusi berdasarkan kebutuhan, persamaan akses dan persamaan *outcome* kesehatan.

Equity dapat dibagi menjadi dua yaitu *equity* horizontal dan *equity* vertikal. *‘Horizontal equity*

requires that persons in equal need have an equal opportunity to obtain care’ artinya orang dengan kebutuhan yang sama mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Liu et al., 2002). *Equity* vertikal merupakan alokasi dari sumberdaya yang berbeda untuk level kebutuhan yang berbeda pula. Aristotelian menyatakan bahwa persamaan dan kesamaan harus diperlakukan sama dan ketidaksetaraan harus diperlakukan secara proporsional pada ketidaksetaraan mereka. Pada *equity* dalam pemberian pelayanan kesehatan, kebutuhan sering dinyatakan sebagai nilai yang harus relevan, ini berarti bahwa seseorang dengan kebutuhan yang sama harus mendapatkan perlakuan yang sama (*equity horizontal*). *Equity* vertikal berarti seseorang dengan kebutuhan yang lebih tinggi seharusnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, proporsional dengan kebutuhan mereka (Culyer, 2001). Hal ini dapat dinyatakan dalam rumus sebagai berikut.

$$\frac{\text{Need A}}{\text{Use A}} = \frac{\text{Need B}}{\text{Use B}}$$

Aksesibilitas ke Pelayanan Kesehatan

Akses adalah kemudahan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh individu dengan kebutuhan akan pelayanan kesehatan (Littik, 2008). Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya (Riskseddas, 2008). Ketidakadilan dalam akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan akan menyebabkan kesenjangan kesehatan.

Faktor aksesibilitas dikelompokkan dalam tiga kategori (Eryando, 2006) yaitu sebagai berikut.

- a. Aksesibilitas fisik. Akses fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan.
- b. Aksesibilitas Ekonomi. Aksesibilitas ekonomi sisi pengguna dilihat dari kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan.
- c. Aksesibilitas Sosial. Aksesibilitas sosial adalah kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan.

Kebutuhan Terhadap Pelayanan kesehatan

Menurut (Littik, 2008) kebutuhan diukur sebagai gangguan kesehatan atau kesakitan yang dikeluhkan sendiri oleh individu yang bersangkutan. Status kesehatan merupakan ukuran yang memadai untuk mengukur kebutuhan kesehatan atau pemanfaatan ke pelayanan kesehatan (Culyer & Wagstaff, 1993). Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dapat diukur menggunakan penilaian kesehatan individu (Hoog, 2010)

Pemanfaatan ke Pelayanan kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok (Kurniawati, 2008). Kesehatan individu dan status sosial ekonomi adalah determinan utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seseorang dengan status kesehatan yang buruk akan meningkatkan

pemanfaatannya ke pelayanan kesehatan (Gordon et al., 2002).

Penilaian

Nilai yang disampaikan oleh pelanggan meliputi nilai produk, nilai pelayanan, nilai personil, dan nilai *image* (Wijono, 2000). Pada penelitian ini penilaian responden ke pelayanan kesehatan dilihat berdasarkan nilai pelayanan. Pada penilaian pelayanan responden melakukan penilaian terhadap sikap petugas kesehatan ketika melayani mereka. Penilaian kesehatan yang dilakukan oleh individu ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu:

- a. Penilaian individu (*perceived need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan individu.
- b. Penilaian klinik (*evaluated need*), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya.

METODE

Rancang bangun dalam penelitian ini bersifat analitik. Sedangkan jenis penelitian ini adalah observasional karena dalam mengumpulkan data peneliti hanya mengamati subjek penelitian tanpa memberikan perlakuan atau intervensi. Berdasarkan waktu pelaksanaannya, maka penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak kota Surabaya pada bulan April-Mei 2012 dan pengambilan data menggunakan instrumen kuesioner. Subyek penelitian adalah 100 KK yang berada di wilayah kerja Puskesmas Dupak kota Surabaya dengan teknik pengambilan sampel *one stage cluster random sampling*. Uji

validitas dan reliabilitas dilakukan terlebih dahulu pada 15 responden uji.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Masyarakat yang menjadi responden dalam penelitian ini mayoritas berumur 41-60 tahun (55,00%) dan berjenis kelamin perempuan (73,00%). Berdasarkan pendidikan terakhir, 33,00% responden berpendidikan tamat SD hingga tamat SMA. Jenis pekerjaan responden adalah wiraswasta dan tidak bekerja masing-masing sebesar 34,00%. Total pendapatan keluarga sebagian besar masih kurang dari Upah Minimum Regional (UMR) Kota Surabaya (Rp. 1.257.000,00) sebesar 51,00%. Mayoritas status pembayaran responden adalah umum yaitu sebesar 47,00%.

Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Dupak

1. Akses Geografi

Akses geografi berkaitan dengan ketersediaan pelayanan kesehatan di suatu wilayah atau jarak pelayanan kesehatan tersebut terhadap pengguna pelayanan. Berdasarkan hasil penelitian 68,00 % responden menjangkau pelayanan kesehatan dengan jarak kurang dari 1 km. Hal ini sesuai dengan penelitian (Kristianti et al., 2008) yang menyatakan bahwa sarana kesehatan yang paling mudah dijangkau berada pada jarak kurang dari 1 km. Pengukuran berdasarkan waktu tempuh ke pelayanan kesehatan, 86,00% responden menjangkau pelayanan dengan waktu tempuh kurang dari sama dengan 15 menit. (Kurniawati,

2008) dalam penelitiannya menyatakan lama waktu tempuh mempengaruhi pencarian pengobatan.

Berdasarkan cara menjangkau pelayanan kesehatan, sebagian besar responden menjangkau pelayanan kesehatan dengan berjalan kaki sebesar 54,00 %. Penelitian (Sujatmiko, 2006) menunjukkan bahwa sarana transportasi berhubungan secara signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2. Akses Ekonomi

Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan responden dalam membayar biaya untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Pohan, 2007). Biaya perjalanan responden dalam penelitian ini kurang dari sama dengan Rp. 6.000,00 sebesar 91,00 %. Besarnya biaya yang dikeluarkan tergantung dengan jarak rumah ke pelayanan kesehatan. Biaya yang dibebankan oleh pemberi pelayanan kesehatan kepada pengguna pelayanan kesehatan dapat berbentuk biaya pemeriksaan atau pendaftaran maupun biaya untuk obat itu sendiri. Pada penelitian ini biaya pengobatan sebagian besar responden kurang dari sama dengan Rp. 5.000,00 sebesar 65,00%. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh harga atau biaya yang dibebankan kepada pengguna jasa layanan tersebut, sehingga apabila biaya dari pelayanan kesehatan tertentu mudah untuk dijangkau maka responden akan cenderung memilih berobat disana.

Biaya akibat waktu yang hilang merupakan sejumlah pendapatan yang hilang atau dikurangi karena pasien harus menunggu di pelayanan kesehatan dan meninggalkan aktifitas pekerjaan mereka. Pada penelitian ini 75,00 % responden

tidak mengeluarkan biaya akibat waktu yang hilang ketika menunggu di pelayanan kesehatan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa 75,00% masyarakat yang menjadi responden tidak terbebani dengan biaya akibat waktu yang hilang ketika menunggu di pelayanan kesehatan.

3. Akses Sosial

Akses sosial berhubungan dengan dapat atau tidak diterimanya pelayanan kesehatan itu secara sosial, kepercayaan, dan perilaku (Pohan, 2007). Dukungan keluarga akan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika mereka sakit. Berdasarkan penelitian ini keluarga yang selalu mendukung pasien untuk berobat sebesar 67,00% dan nilai intensitas keluarga dalam mengantarkan berobat paling tinggi adalah tidak pernah sebesar 45,00%. Berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar masyarakat yang menjadi responden memperoleh dukungan dari keluarga untuk berobat ketika sakit.

Analisis Tingkat Kebutuhan dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Littik (2008), kebutuhan diukur sebagai gangguan kesehatan atau kesakitan yang dikeluhkan sendiri oleh individu yang bersangkutan. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa 92,00% responden sakit selama tiga bulan terakhir. Kondisi ini menunjukkan lebih dari setengah masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak yang menjadi responden pernah mengalami sakit selama tiga bulan terakhir.

Berdasarkan distribusi penyakit yang diderita responden dan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Dupak, tidak semua responden membutuhkan ke

pelayanan kesehatan. Dalam penelitian ini responden yang tidak membutuhkan ke pelayanan kesehatan sebagian besar mencari pengobatan dengan membeli obat ke toko obat, bahkan adapula responden yang pergi ke fasilitas pengobatan tradisional dikarenakan mereka lebih percaya pada pengobatan tradisional daripada harus berobat ke fasilitas kesehatan modern.

Berdasarkan hasil penelitian sebesar 4,93% responden tidak pergi ke pelayanan kesehatan. Meskipun persentasenya cukup kecil tetapi seharusnya setiap orang yang membutuhkan ke pelayanan kesehatan harus pergi ke pelayanan kesehatan. Responden yang pergi ke pelayanan kesehatan sebagian besar mereka pergi ke Puskesmas yaitu sebesar 38,27%. Masyarakat yang tidak berobat di Puskesmas dikarenakan beberapa alasan diantaranya adalah sebagian besar responden merasa tidak sembuh bila berobat di Puskesmas, selain itu adanya pandangan bahwa responden tidak yakin apabila penyakitnya diobati di Puskesmas. Sedangkan responden yang menggunakan pelayanan di Puskesmas sebagian besar menyatakan bahwa alasan mereka kesana karena menggunakan kartu Jamkesmas dan jarak Puskesmas dekat dengan rumah dengan biaya yang relatif murah.

Analisis *Vertical Equity* Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Analisis *vertical equity* pada penelitian ini dilakukan berdasarkan status pembayaran responden dan keluarga ketika berobat di pelayanan kesehatan. Status pembayaran responden dan keluarga dikelompokkan menjadi empat kelompok

yaitu Jamkesmas/Jamkesda, Askes, Umum, dan Jamsostek. Hal ini sesuai dengan pernyataan (Hoog, 2010) yang menyatakan bahwa metode untuk menguji adanya *inequity* dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah dengan menguji dua atau lebih kelompok (contohnya miskin dan kaya) menerima pelayanan dalam jumlah yang sama. Ketika dua atau lebih kelompok memiliki kebutuhan yang sama, atau ketika distandarkan pada kebutuhan maka mereka baru dapat dibandingkan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa *gap* antara *need per use*, hanya terjadi pada kelompok dengan status pembayaran Jamkesmas/Jamkesda yaitu sebesar 1,15 artinya nilai *equity* belum sepenuhnya sempurna tetapi masih mendekati garis *vertical equity* yang sempurna. Sedangkan pada status pembayaran Askes, Umum, dan Jamsostek tidak terjadi *gap* antara *need per use* sehingga nilai *need per use* adalah 1, artinya terjadi *equity* yang sempurna pada pemanfaatan pelayanan kesehatan responden dengan status pembayaran tersebut. *Gap* yang terjadi pada kelompok dengan status pembayaran Jamkesmas/Jamkesda tersebut masih mendekati garis *vertical equity* yang sempurna, sehingga nilai *equity* pada kelompok tersebut masih kuat.

Adanya *gap* yang terjadi pada responden dengan kelompok status pembayaran Jamkesmas/Jamkesda di wilayah kerja Puskesmas Dupak dikarenakan mereka takut untuk berobat ke pelayanan kesehatan meskipun mereka telah memiliki kartu asuransi. Sejalan dengan penelitian (Littik, 2008) bahwa meskipun telah memiliki asuransi, masyarakat lebih memilih untuk

mengabaikan keluhan kesehatan yang ada ataupun mencari pengobatan sendiri dibanding mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan. Hal ini kemungkinan terjadi dikarenakan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kegunaan pelayanan kesehatan, pengobatan dan informasi lainnya mengenai akibat dari penyakit yang diderita mereka apabila mereka tidak segera berobat. Selain itu dimungkinkan karena kurangnya sosialisasi pelayanan kesehatan ke masyarakat agar masyarakat tidak segan untuk berobat di pelayanan kesehatan tersebut. Alasan lainnya adalah responden belum sempat untuk pergi berobat ke pelayanan kesehatan dikarenakan mereka harus bekerja, dan apabila mereka meninggalkan pekerjaannya maka mereka tidak mendapat penghasilan untuk menghidupi keluarga. Sesuai dengan penelitian (Hediyati, 2001) tindakan yang dilakukan keluarga pada saat adanya gejala penyakit, ditemukan bahwa individu cenderung lebih takut terhadap ancaman kehilangan pekerjaan daripada ancaman penyakit.

Nilai *equity* yang tidak sempurna pada pasien Jamkesmas/Jamkesda bukan merupakan masalah *equity* yang disebabkan karena masyarakat tidak dapat memenuhi kebutuhannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan, tetapi mereka memang memilih untuk tidak pergi ke pelayanan kesehatan meskipun sebenarnya mereka mampu untuk pergi kesana. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa terjadi *equity* dalam pemanfaatan ke pelayanan kesehatan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak, karena masyarakat dapat

memperoleh pelayanan kesehatan apabila mereka membutuhkan.

Hal ini juga didukung dengan hasil pengukuran terhadap akses masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak yang menyatakan sebagian besar masyarakat memperoleh akses yang mudah ke pelayanan kesehatan, dari segi akses geografi, ekonomi dan sosial. Sejalan dengan penelitian (Whitehead & Dahlgren, 2007) akses yang memadai ke pelayanan kesehatan adalah salah satu dari beberapa determinan *equity* kesehatan. Sehingga semakin mudah akses masyarakat ke pelayanan kesehatan maka semakin terbentuk kondisi *equity* dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan pada masyarakat tersebut. Seperti pernyataan (Oliver & Mossialos, 2004) bahwa akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan bisa menjadi salah satu sarana untuk mengurangi kesenjangan kesehatan.

Perbedaan Penilaian Responden Terhadap Sikap Petugas Kesehatan berdasarkan Status Pembayaran

Sikap petugas kesehatan yang baik ketika melayani pasien akan meningkatkan pemanfaatan pasien ke pelayanan kesehatan tersebut. Pasien akan merasa nyaman untuk berobat di pelayanan kesehatan tersebut. Hasil penelitian mengenai keterkaitan antara status pembayaran dengan penilaian responden terhadap sikap petugas kesehatan menunjukkan bahwa responden dengan status pembayaran Jamkesmas/Jamkesda, Askes, Umum, dan Jamsostek semuanya cenderung menilai sikap petugas kesehatan ketika melayani mereka adalah baik. Sehingga dapat diketahui bahwa masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak yang

menjadi responden cenderung tidak ada perbedaan dalam menilai sikap petugas kesehatan ketika melayani mereka meskipun mereka menggunakan status pembayaran yang berbeda. Perlakuan petugas kesehatan yang sama menunjukkan masyarakat memperoleh keadilan saat membutuhkan pelayanan kesehatan, hal ini mendukung terjadinya *equity* pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak.

Hasil uji statistik *Kruskal Wallis Test* menunjukkan tidak ada perbedaan antara penilaian responden terhadap sikap petugas kesehatan dengan status pembayaran. Tidak adanya perbedaan penilaian responden terhadap sikap petugas kesehatan menunjukkan adanya persamaan perlakuan petugas kesehatan kepada responden yang memiliki perbedaan status pembayaran, hal ini mendukung terjadinya *equity* pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dupak.

SIMPULAN

Tingkat *equity* vertikal pada masyarakat dengan status pembayaran Askes, Umum, dan Jamsostek sebesar 1 dan pada status pembayaran Jamkesmas/jamkesda sebesar 1,15 yang disebabkan karena responden takut berobat ke pelayanan kesehatan dan belum memiliki waktu untuk berobat karena kondisi pekerjaan. Tidak terdapat perbedaan antara penilaian responden terhadap sikap petugas kesehatan berdasarkan status pembayaran. Hal ini karena terdapat kecenderungan yang sama dari keempat status pembayaran tersebut dalam menilai sikap petugas kesehatan. Pemerintah perlu untuk meningkatkan

pelayanan kesehatan yang diberikan untuk pasien Jamkesmas/Jamkesda agar terjadi nilai *equity* yang sempurna pada pasien tersebut. Kegiatan dapat berupa kebijakan dari Puskesmas atau Dinas Kesehatan Kota untuk dilakukan oleh semua pelayanan kesehatan, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Dupak Kota Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, A.Y., Nishtar, S., Amjad, S. & Bile, K.M., 2010. Impact of wealth status on health outcomes in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health*, 16, p.153.
- Asada, Y., 2005. A Framework for Measuring Health Inequity. *Epidemiology and Community Health*, 59, pp.700-05.
- Braveman, P., 2006. Health Disparities And Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*, pp.167-94.
- Braveman, P. & Gruskin, S., 2003. Defining Equity in Health. *Epidemiol Community Health*, 57, pp.254-58.
- Culyer, A. & Wagstaff, A., 1993. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, pp.431-57.
- Cuyler, A., 2001. Equity - some theory and its policy implications. *Journal of Medicine Ethics*, pp.275-83.
- Eliya, R.R. & Somanathan, A., 2005. Equity in Health and Health Care Systems in Asia. 10 October. pp.205-18.
- Eryando, T., 2006. Aksesibilitas Kesehatan Maternal di Kabupaten Tangerang. *Makara*, 11, pp.74-83.
- Gallaher, G. et al., 2009. *Measuring Equity of Care in Hospital Settings : From Concepts to Indicators*. Canada: Centre for Research on Inner City Health.
- Gordon, L., Zhao, Z., Cai, R. & Yamada, T., 2002. Equity in Health Care Acces to: Acsessing the Urban Health Insurance Reform in China. *Social Science & Medicine*, 55, pp.1779-94.
- Hediyati, S., 2001. *Analisis Pola Pemanfaatan Kartu Sehat (KS) pada Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) oleh Keluarga Miskin dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Jakarta TImur Tahun 2001*. Depok: Universitas Indonesia.
- Hoog, M.v.d., 2010. *Measuring Equity in Health Care Delivery*.
- Hoog, 2010. *Measuring Equity in Health Care Delivery: A New Method based on the Concept of Aristotelian Equality*. [Online] Netspar Available at: <http://arno.uvt.nl> [Accessed 10 Januari 2012].
- Kristianti, P., Fuad, A. & Probandari, A.N., 2008. *Distribusi dan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Ngawi*. KMPK,8.
- Kurniawati, I.T., 2008. *Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemegang Kartu JPK Gakin di Wilayah Puskesmas Kelurahan Srengseng Sawah Jakarta Selatan*. Depok: Universitas Indonesia.
- Littik, S., 2008. *Hubungan Antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dan Akses Pelayanan Kesehatan di Nusa Tenggara Timur*. MKM.
- Liu, G.G. et al., 2002. Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China. *Social Science & Medicine*, p.1779–1794.
- Nazir, M., 2003. *Metode Penelitian*. 5th ed. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Oliver, A. & Mossialos, E., 2004. Equity of access to health care: outlining the foundation for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, pp.655-58.
- Oliver, A. & Mossialos, E., 2004. Equity of Access to Health Care: Outlining the Foundation for Action. *Epidemiology and Community Health*, 58, pp.655-58.
- Pohan, I., 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- RI, P., 2011. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Riskesdas, 2008. *laporan Nasional 2007, Badan Penelitian dan Pengembangan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Sen, A., 1999. *Principles and Basic Concepts of Equity and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A., 1999. Principles and Basic Concepts of Equity and Health. p.3.
- Setyowati, T. & Lubis, A., 2003. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (SUSENAS 2001). *Buletin Penelitian Kesehatan*, 14, pp.177-85.
- Sujatmiko, 2006. *Analisis Peamfaatan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Kutai Kartanegara*. Yogyakarta: Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.
- Supriyanto, S. & Wulandari, R.D., 2010. *Manajemen Mutu*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Whitehead, M., 1985. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead, M., 1991. *The Concepts and Principles of Equity and Health, Health Promotion International*. Oxford: Oxford University Press.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G., 2007. Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health. Denmark, 2007. WHO Regional Office.
- Wijono, D., 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.