



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
KEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN  
KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) SUKARELA  
DI KOTA METRO LAMPUNG  
TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**OLEH  
SRI WAHYUNINGSIH  
NPM:0606020884**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK TAHUN 2008**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
KEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN  
KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) SUKARELA  
DI KOTA METRO LAMPUNG  
TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**OLEH  
SRI WAHYUNINGSIH  
NPM:0606020884**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK TAHUN 2008**

**UNIVERSITY OF INDONESIA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
POSTGRADUATE PROGRAM ON PUBLIC HEALTH SCIENCE  
SUBJECT ON HEALTH PROMOTION**

**Thesis, 15 June 2008**

**Sri Wahyuningsih, NPM 0606020884**

**FACTORS INFLUENCE THE VOLUNTARILY PUBLIC HEALTH CARE SECURITY  
(PHCS/ JPKM-JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT)  
MEMBERSHIP AT KOTA METRO LAMPUNG, 2008**

vii + 90 pages, 9 tables, 5 pictures, 2 appendices

**ABSTRACT**

Data of SUSENAS 2004 found that the membership of the JPKM is very low, only 0.3 percent of the entire population of Indonesia (Depkes RI, 2006).

The study has a purpose on explore the internal and external factors on the family for the voluntarily membership of the JPKM at Kota Metro, Lampung at the year of 2008. The study is a survey (non-experiment) and data is gathered by a cross sectional design. The population of the study is the Head of the Household (HH) of Kota Metro, Lampung. The sample size is 131 of HH that withdrawn by a cluster sampling method, i.e. in every sub-district there will be one neighborhood is chosen, and from every neighborhood, a random sampling method is used to get the sample proportionately with the number on the HH in the neighborhood.

The study found that there is a relationship between the family internal and the external factors with the membership for JPKM. The internal factors are consists of the age, sex, education, knowledge, occupation, and the income of the HH, member of the family, and the mean of the illness for the family. While the external factors are the JPKM campaign, government support, availability of Poor Family Insurance or other insurance, community behavior pattern to deal with the illness, the location of health services with JPKM. The study reveal that there is only 14.5% HH is a member of JPKM, because mostly perception on the community say that JPKM is a health security for the poor.

Analysis found that there is a significant relationship between variables of HH's knowledge (family's internal factor), government support variable and community behavior pattern in dealing with the illness (family's external factor), and the membership of JPKM. Further analysis (multivariate) found that the factor of HH's knowledge have the influence to the involuntary membership on JPKM (p value: 0.043) has the OR on 3.42, and it means that HH with a good knowledge have opportunity to become a JPKM membership 3-4 times in compare with HH with low knowledge.

To conclude, knowledge has a great extent in influencing the voluntary membership for JPKM through a proper understanding of perception on JPKM. It is suggested, as it hopes in the health development goals, that voluntary JPKM membership, as a form of community participation on health area, should be supported by a broadening socialization of the JPKM voluntary membership through any opportunity, channel and possibilities way. This also consistent with the statement of the UU N0. 23, 1992 in relation to health, at the Chapter 66 verse 1 "The government should support and encourage the JPKM as a foundation of any application for health care that financed by a pre-finance scheme, base on a kinship mutually affair"

Reference: 48 (1988-2008)

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PROMOSI KESEHATAN  
Tesis, 15 Juli 2008**

**Sri Wahyuningsih, NPM. 0606020884**

**Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan  
Kesehatan Masyarakat (JPKM) Sukarela di Kota Metro Lampung Tahun 2008**

Vii + 90 halaman, 9 tabel, 5 gambar, 2 lampiran

**ABSTRAK**

Kepesertaan JPKM masih rendah atau hanya 0,3% dari jumlah penduduk Indonesia (SUSENAS 2004 dalam Depkes RI 2006).

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari faktor-faktor dari dalam dan faktor-faktor dari luar keluarga terhadap kepesertaan masyarakat dalam JPKM sukarela di Kota Metro Tahun 2008. Populasi penelitian ini adalah seluruh Kepala Keluarga (KK) di Kota Metro Lampung. Penelitian ini merupakan survei (*non experiment*) dimana data ini dikumpulkan secara *cross sectional*. Jumlah sampel 131 KK yang diambil secara kluster yaitu di tiap kecamatan diambil satu kelurahan, tiap kelurahan secara random ditentukan sampel menurut jumlah proporsi KK yang ada (*sample random sampling*).

Penelitian ini kemudian menemukan bahwa ada hubungan antara faktor-faktor dari dalam keluarga (Umur KK, Jenis kelamin KK, Pendidikan KK, Pengetahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga dan Arti sakit bagi keluarga) dan faktor-faktor dari luar keluarga (Promosi JPKM, Dukungan Pemerintah, Keberadaan asuransi lain/Askin, Pola Perilaku Masyarakat dalam Menghadapi Sakit, Lokasi pelayanan Kesehatan dengan JPKM) terhadap kepesertaan dalam JPKM. Dari penelitian ini ditemukan hanya 14,5% yang menjadi peserta JPKM. Ini diperkuat dengan fakta pertanyaan terbuka yang menyatakan masyarakat

mempersiapkan bahwa JPKM adalah jaminan pemeliharaan kesehatan untuk orang miskin.

Analisis variabel dalam penelitian ini menemukan adanya hubungan yang signifikan antara variabel pengetahuan KK (faktor dari dalam keluarga) serta variabel dukungan pemerintah dan pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit (faktor dari luar keluarga) dengan kepesertaan JPKM.

Dari Analisis selanjutnya (multivariat) ditemukan bahwa faktor pengetahuan KK berpengaruh terhadap kepesertaan JPKM sukarela ( $p=0,043$ ) Odd Ratio (OR) 3,42 yang berarti mereka (KK) yang mengetahui JPKM sukarela mempunyai peluang 3-4 kali menjadi peserta.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pengetahuan sangat mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela melalui pembentukan persepsi yang benar tentang JPKM.

Sebagai saran maka JPKM sukarela ini yang sebenarnya merupakan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan sebagai mana yang dicita-citakan dalam pembangunan kesehatan perlu didorong melalui extensifikasi sosialisasi JPKM sukarela yaitu melalui berbagai peluang, jalur dan cara yang memungkinkan. Ini sesuai dengan amanat UU no 23 Th 1992 tentang kesehatan pasal 66 ayat 1: Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan

Daftar bacaan: 48 (1998-2008)

# **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

## **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) SUKARELA DI KOTA METRO LAMPUNG 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 15 Juli 2008

Pembimbing



((Dr. Zarfiel Taffal, MPH)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

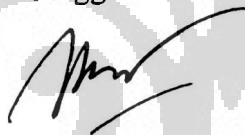
Depok, 15 Juli 2008

Ketua



(Dr. Zarfiel Taffal, MPH)

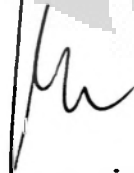
Anggota



(Dr. Drg. Jaslis Iljas, MPH)



(Tati Nurhayati, SKM, M.Kes)



(dr. Bagus Satriya Budi)



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : SRI WAHYUNINGSIH  
NPM : 0606020884  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Promosi Kesehatan  
Angkatan : 2006/2007  
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**FAKTOR-FAKTOR YANG YANG MEMPENGARUHI KEPESERTAAN  
JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM)  
SUKARELA DI KOTA METRO LAMPUNG 2008**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 15 Juli 2008



(SRI WAHYUNINGSIH)

## RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Sri Wahyuningsih  
Tempat/Tgl Lahir : Jember, 22 Januari 1963  
Agama : Islam  
Alamat : RT. 08/RW. 04 Dusun II Desa Tempuran Kecamatan Trimurjo  
Kabupaten Lampung Tengah

### Riwayat Pendidikan

1970-1976 : SDN Poncowati Di Purnama Tunggal Kabupaten Lampung Tengah  
1976-1979 : SMPN Poncowati Di Purnama Tunggal Kabupaten Lampung Tengah  
1979-1982 : SMAN Poncowati Di Poncowati Kabupaten Lampung Tengah  
1982-1983 : Program Cepat Pembantu Para Medis Provinsi Lampung  
1990-1992 : Akademi Perawatan Dep Kes RI Bandung  
2000-2002 : FKIP (S1) Unuversitas Muhammadiyah Metro

### Riwayat Pekerjaan

1983-1986 : RSUD A Yani Metro Lampung Tengah Provinsi Lampung  
1986-1990 : Puskesmas Batanghari Lampung Tengah Provinsi Lampung  
1992- Sekarang : RSUD A Yani Metro Kabupaten/Kota Metro Provinsi Lampung

الرحيم الرحمن الله بسم

***Jadilah seperti kupu-kupu,  
yang memiliki bayangan kecil, penampilan indah  
dan  
sedikit ketergantungan dengan yang lain.***

***(DR. 'Aidh Al-Qarni)***

***Jadilah seperti lebah,  
yang hanya mengkonsumsi makanan baik dan  
mengeluarkan yang baik.***

***Jika hinggap di ranting tidak menyebabkan patah,  
menyentuh sari bunga tanpa merusak, menghasilkan madu  
tanpa menyengat, terbang dengan kecintaan, dan hinggap  
dengan kasih sayang, suaranya membawa kabar gembira  
dan dengungannya mengandung keridhaan seolah berasal  
dari alam keabadian yang singgah dialam fana.***

***(DR. 'Aidh Al-Qarni)***

**Tesis ini dipersembahkan untuk,  
Suami dan Anak-anakku (Patlas, Dimas, Anisa, Dinda dan Putri) juga Ibunda  
Yang selalu menjadi pembangkit semangat hidupku**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmatnya sehingga penyusunan tesis ini dapat penulis selesaikan. Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak dr Zarfiel Tafal, MPH dan dr Zulasmi Mamdy, MPH, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, petunjuk dan dorongan kepada penulis sehingga penyusunan tesis ini dapat terwujud.
2. Ibu dr Wiwik, selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Lampung yang telah memberikan izin serta bantuan beasiswa untuk melanjutkan pendidikan.
3. Dekan FKM UI, Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, seluruh staf pengajar dan administrasi, yang banyak membantu dan memberikan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Panitia Sidang Ujian Tesis Program Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI, yang telah meluangkan waktu dalam pengujian tesis ini.
5. Bapak Wali Kota Metro beserta jajarannya, yang telah memberikan izin penulis untuk mengambil data penelitian di masyarakat Kota Metro.
6. Bapak Direktur RSUD A Yani Kota Metro, yang telah memberikan izin untuk mengikuti pendidikan.
7. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana UI angkatan 2006 dan teman-teman kerja di kantor RSUD A Yani Metro, atas dorongan dan bantuannya yang banyak memberikan

masuk baik secara langsung atau tidak langsung dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik membangun sangat penulis harapkan.

Akhirnya penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada, suami dan anak-anakku tercinta, ibunda dan saudara-saudaraku yang telah banyak memberikan dorongan secara moril, materiil dan doa selama mengikuti pendidikan.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan karunianya dan karya tesis ini dapat bermanfaat nantinya.



Depok, Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
ABSTRAK	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	8
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	9
1.5 Manfaat Penelitain.....	9
1.6 Ruang Lingkup.....	10
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1 JPKM.....	11
2.2 Tujuan JPKM.....	16
2.3 Hakekat JPKM.....	17
2.4 Manfaat JPKM.....	22
2.5 Sejarah Perkembangan JPKM.....	24
2.6 Keluarga.....	28
2.7 Faktor-Faktor Keluarga yang Mempengaruhi Kepesertaan JPKM.....	29
2.8 Teori/Model Perilaku Yang Berkaitan Dengan Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan kesehatan.....	40
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	44
3.2 Definisi Operasional.....	46
3.3 Hipotesis Penelitian.....	48

<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>49</b>
4.1 Rancangan Penelitian.....	49
4.2 Lokasi dan Jadwal Penelitian.....	49
4.3 Populasi dan Sampel.....	49
4.4 Cara Pengumpulan Data.....	50
4.5 Pengolahan Data.....	51
4.6 Analisa Data.....	51
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>54</b>
5.1 Gambaran Daerah Penelitian.....	54
5.2 Analisis Data Univariat.....	56
5.3 Analisis Data Bivariat.....	60
5.4 Analisis Mulvariat.....	69
<b>BAB VI. PEMBAHASAN.....</b>	<b>74</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	74
6.2 Pembahasan Hasil Penelitian.....	75
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>87</b>
7.1 Kesimpulan.....	87
7.2 Saran.....	89

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN

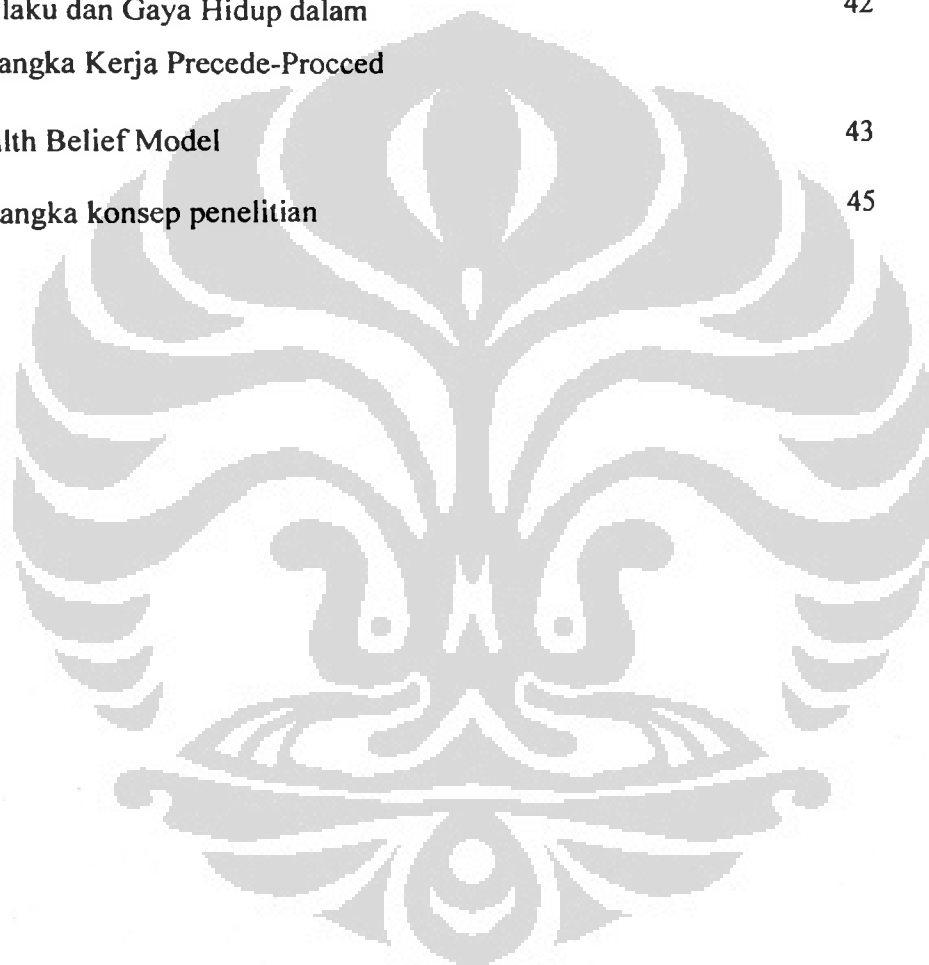
## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
5.1. Distribusi Penduduk Kota Metro Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin.....	55
5.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela di Kota Metro Lampung Tahun 2008.....	56
5.3. Distribusi Frekuensi Faktor-faktor dari dalam keluarga menurut Umur KK, Jenis Kelamin KK, Pendidikan KK, Pengetahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga, Arti sakit bagi keluarga.....	57
5.4. Distribusi Frekuensi faktor-faktor dari Luar Keluarga Menurut Promosi JPKM, Dukungan pemerintah, Keberadaan asuransi lain, Pola Perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit, Lokasi pelayanan di Kota Metro Lampung tahun 2008.....	59
5.5. Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan: Umur KK, Jenis Kelamin KK, Pendidikan KK, Pengetahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga, Arti sakit bagi keluarga.....	60
5.6. Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Promosi JPKM, Dukungan pemerintah, Keberadaan asuransi lain, Pola Perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit, Lokasi pelayanan di Kota Metro Lampung tahun 2008	66
5.7. Analisis Seleksi bivariat antara variabel Independen dan variabel Dependen	70
5.8. Model Awal Multivariat.....	71
5.9. Model akhir uji Multivariat	73



## DAFTAR GAMBAR

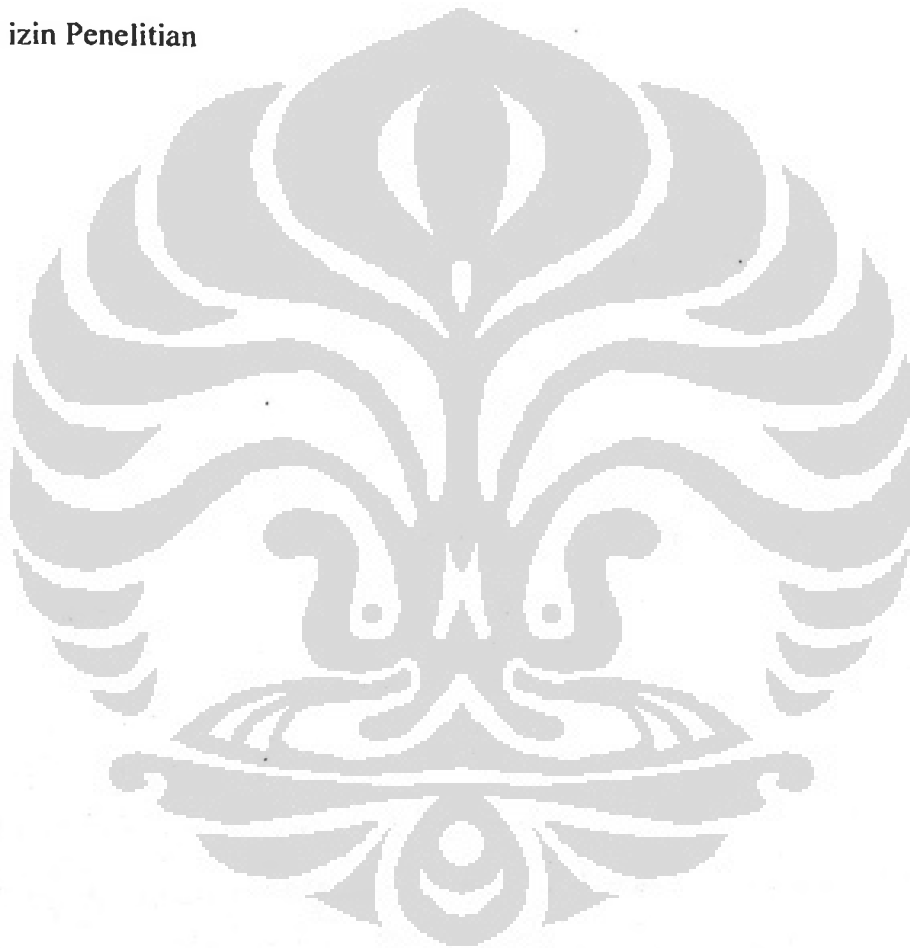
Nomor gambar	Halaman
2.1. Bagan pelayanan kesehatan terkendali	15
2.2. Perkembangan pembiayaan pemeliharaan kesehatan	27
2.3. Perilaku dan Gaya Hidup dalam Kerangka Kerja Precede-Procced	42
2.4. Health Belief Model	43
3.1. Kerangka konsep penelitian	45



## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

1. **Kuisisioner Penelitian Tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPKM) Sukarela di Kota Metro 2008**
2. **Surat izin Penelitian**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dengan perkataan lain bahwa masyarakat diharapkan mampu berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan, dalam menjaga memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri serta berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya.

Pelayanan kesehatan di Indonesia masa kini dan masa depan dipengaruhi perubahan-perubahan demografi penduduk, epidemiologi penyakit dan perubahan-perubahan cepat dalam kondisi sosial ekonomi. Akibat pengaruh globalisasi penduduk Indonesia menuntut penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan nyaman, sementara sebagian besar masih mengalami kesulitan bila menemui masalah kesehatan.

Tingginya inflasi biaya pelayanan kesehatan disebabkan oleh dua faktor yaitu: kenaikan pemanfaatan pelayanan, termasuk kehadiran teknologi baru (canggih) dan yang kedua adalah kenaikan riel harga pelayanan kesehatan, sehingga dapat dipahami kalau biaya pelayanan kesehatan akan selalu lebih tinggi dari tingkat inflasi. Selain dari itu pelayanan kesehatan sebagai industri jasa adalah sangat unik. Untuk memproduksi pelayanan kesehatan yang baik diperlukan personil yang relatif besar, teknologi dan dukungan keahlian yang tinggi. Pelayanan kesehatan, sering

digambarkan sebagai padat modal, padat karya dan padat teknologi (Sulastomo, 1997).

Dari banyak masalah pelayanan kesehatan yang ditemukan pada saat ini, salah satu diantaranya yang dinilai cukup merisaukan adalah makin meningkatnya biaya kesehatan (*health cost*). Yang dimaksud dengan biaya kesehatan disini adalah total dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan (Azwar, 2000).

Banyak faktor-faktor yang berperan sebagai penyebab makin meningkatnya biaya kesehatan tersebut. Jika disederhanakan faktor-faktor yang dimaksud dapat dibedakan atas tujuh macam yakni (a) Laju inflasi, (b) kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran, (c) perubahan pola penyakit, (d) perubahan pola pelayanan kesehatan, (e) perubahan pola hubungan dokter pasien, (f) meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan, serta (g) terlambatnya mengembangkan mekanisme kendali biaya kesehatan (Sorkin, 1975; Cambridge Research institute, 1976; Feldstein, 1988, dalam Azwar, 2000).

Agar peran serta dunia usaha dan masyarakat dalam upaya menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat dapat dilaksanakan, maka pemerintah telah mengembangkan suatu cara pengelolaan, yang wajib diikuti oleh setiap upaya swasta dan masyarakat yang akan menyelenggarakan. Dalam UU No 23 tahun 1992 cara pengelolaan ini disebut sebagai ***Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)***.

Di Indonesia pemahaman tentang asuransi kesehatan sosial masih sangat rendah karena sejak dahulu hanya mendapatkan informasi yang bias tentang asuransi kesehatan yang didominasi oleh asuransi kesehatan komersial. Literatur yang

mengupas tentang asuransi kesehatan sosial juga terbatas. Kebanyakan dosen maupun mahasiswa dibidang kesehatan tidak memahami asuransi sosial dan menganggap bahwa JPKM bukan asuransi kesehatan tetapi dianggap sebagai asuransi sosial karena dijual umumnya kepada masyarakat miskin. Pola pikir kebanyakan dari sarjana kita sudah diarahkan kepada segala sesuatu yang bersifat komersial, sehingga begitu ada kata “sosial” seperti dalam “asuransi sosial” dan “fungsi sosial rumah sakit” maka hal itu hampir selalu difahami dengan pelayanan atau program untuk orang miskin. Sesungguhnya asuransi sosial bukanlah asuransi untuk orang miskin dan fungsi sosial bukanlah fungsi orang miskin. Ini merupakan kekeliruan besar yang sudah mendarah daging di Indonesia yang menghambat pembangunan kesehatan yang berkeadilan sesuai amanat UUD 45 (Thabrany, 2005).

UU no 23 /1992 jelas-jelas memerintahkan pemerintah dan mendorong pengembangan JPKM yang diambil dari perkembangan konsep dan implementasi HMO (*Health Maintenance Organization*). Di sebutkan yang dimaksud dengan JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya, pada pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Bertahap dalam arti disesuaikan dengan kesiapan dari masyarakat, badan penyelenggara (bapel) JPKM, sarana pelayanan kesehatan dan badan pembina JPKM kabupaten/kota (DEPKES, 1992 dalam Az war 2000).

Pengembang JPKM di DEPKES tidak banyak memahami bahwa HMO dan JPKM sesungguhnya asuransi komersial yang tidak sesuai dengan tujuan dan cita-cita bangsa mewujudkan sistem kesehatan yang berkeadilan. Belum optimalnya

pengembangan oleh badan pembina JPKM, belum ada bapel yang benar-benar menjalankan prinsip-prinsip JPKM dan belum mengertinya masyarakat tentang JPKM. Kondisi tersebut memerlukan “transfer of knowledge” berupa sosialisasi dan edukasi kepada semua “stakeholder” yang terkait dalam pengembangan JPKM (masyarakat sebagai peserta, bapel sebagai pengelola dana, pemberi pelayanan kesehatan sebagai penanggung jawab pemeliharaan kesehatan peserta dan badan pembina). Akibatnya asuransi kesehatan sosial di Indonesia tidak berkembang baik sampai tahun 2005. Selain Indonesia, negara-negara di Asia pada umumnya memang tertinggal dalam pengembangan asuransi kesehatan sosial (Thabrany, 2005).

Tanggapan masyarakat terhadap Program JPKM di desa Pasir Gunung Cimanggis, Bogor Jawa Barat bahwa masyarakat ingin dana ini dikelola oleh bank, dan hasilnya diketahui oleh peserta. Aspek pelayanan JPKM adalah pelayanan kesehatan dasar disediakan 24 jam di Puskesmas dan Rumah Sakit (Kiantini, 1999).

Peneliti tentang kesediaan ikut JPKM, kepemilikan tabungan khusus untuk kesehatan dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan di Dati II Purwakarta tahun 1998, menunjukkan minat responden ikut JPKM 43,6%. Iuran yang bersedia di bayar RP1000;/keluarga/bulan, 36,5 %; pengelola JPKM yang diinginkan PKK 22,8% (Indriati, 2000).

Faktor paling berpengaruh terhadap kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM adalah persepsi tentang JPKM, pengetahuan tentang JPKM, pendidikan, sosialisasi tentang JPKM kepada kelompok dan komitmen pejabat (Asnah, 2001).

Dewasa ini baru sekitar 16% penduduk di Indonesia yang terlindungi kesehatannya dengan asuransi/jaminan kesehatan, meskipun belum dikategorikan

pengembangan oleh badan pembina JPKM, belum ada bapel yang benar-benar menjalankan prinsip-prinsip JPKM dan belum mengertinya masyarakat tentang JPKM. Kondisi tersebut memerlukan “transfer of knowledge” berupa sosialisasi dan edukasi kepada semua “stakeholder” yang terkait dalam pengembangan JPKM (masyarakat sebagai peserta, bapel sebagai pengelola dana, pemberi pelayanan kesehatan sebagai penanggung jawab pemeliharaan kesehatan peserta dan badan pembina). Akibatnya asuransi kesehatan sosial di Indonesia tidak berkembang baik sampai tahun 2005. Selain Indonesia, negara-negara di Asia pada umumnya memang tertinggal dalam pengembangan asuransi kesehatan sosial (Thabrany, 2005).

Tanggapan masyarakat terhadap Program JPKM di desa Pasir Gunung Cimanggis, Bogor Jawa Barat bahwa masyarakat ingin dana ini dikelola oleh bank, dan hasilnya diketahui oleh peserta. Aspek pelayanan JPKM adalah pelayanan kesehatan dasar disediakan 24 jam di Puskesmas dan Rumah Sakit (Kiantini, 1999).

Peneliti tentang kesediaan ikut JPKM, kepemilikan tabungan khusus untuk kesehatan dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan di Dati II Purwakarta tahun 1998, menunjukkan minat responden ikut JPKM 43,6%. Iuran yang bersedia di bayar RP1000;/keluarga/bulan, 36,5 %; pengelola JPKM yang diinginkan PKK 22,8% (Indriati, 2000).

Faktor paling berpengaruh terhadap kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM adalah persepsi tentang JPKM, pengetahuan tentang JPKM, pendidikan, sosialisasi tentang JPKM kepada kelompok dan komitmen pejabat (Asnah, 2001).

Dewasa ini baru sekitar 16% penduduk di Indonesia yang terlindungi kesehatannya dengan asuransi/jaminan kesehatan, meskipun belum dikategorikan

sebagai perlindungan kesehatan yang paripurna. Masih terdapat sekitar 84% penduduk yang belum terlindung pemeliharaan kesehatannya, dimana tercakup sekitar 23% penduduk miskin yang merupakan tanggung jawab pemerintah. Dengan demikian, terdapat 60% penduduk sebagai potensi pasar yang belum memiliki jaminan kesehatan dan tersebar di seluruh negeri.

Sampai dengan Desember 2000, jumlah peserta JPKM di Indonesia adalah 822.023 jiwa, dimana 374.754 jiwa merupakan peserta dari Bapel JPKM yang telah mendapat izin operasional dan 447.284 jiwa adalah peserta Prabapel JPKM yang berada dalam pembinaan jajaran kesehatan untuk menjadi Bapel berijin. Kepesertaan yang masih rendah ini berkaitan dengan sifat kepesertaan aktif/sukarela, sehingga cenderung menarik peserta beresiko tinggi dan kurang mendorong terjadinya solidaritas sosial (Dep Kes RI, 2002).

Terjadinya drop out peserta JPKM Jasma Angsana Di Kota Singkawang adalah, adanya kecenderungan hubungan antara umur, pekerjaan, jumlah anggota keluarga yang ikut JPKM, kepercayaan terhadap penyelenggara program Bapel JPKM, pelayanan petugas bapel (kolektor) dengan penurunan peserta bapel JPKM Jasma Angsana Singkawang. Selain itu juga sosialisasi cukup gencar, sedangkan tanggapan peserta/keluhan peserta tidak segera di tanggapi, komunikasi peserta hanya lewat kolektor, keluhan tidak segera diatasi (Seri, 2002).

Dari hasil perkiraan staf administrasi klaim Bapel JPKM "Sehat" mengatakan bahwa hampir 50% dari seluruh klaim RS yang diterima setiap bulan adalah klaim yang bermasalah, 45,3% ketidak lengkapan administrasi klaim sedangkan 13,89% adalah prosedur pelayanan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan medis (Kristanto, 2004).



Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) bertujuan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan setiap penduduk, dalam bentuk program (Jamsostek, asuransi, dll) maupun dana sehat. Persentasi penduduk yang menjadi peserta JPK merupakan salah satu indikator sumber daya kesehatan dimana target pencapaian tahun 2010 adalah 80%. Presentase pemilikan JPK adalah 21% kepemilikan kartu Askes mencapai 6% di banding Susenas 2003, kepemilikan Jamsostek mencapai 3%, upaya jaminan pemeliharaan kesehatan yang berasal dari masyarakat masih sangat rendah yaitu 0,3% (SUSENAS 2004, dalam Dep Kes RI 2006).

Pemanfaatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) oleh keluarga miskin di Kabupaten Klaten, dari 251 orang sampel penelitian hasilnya adalah pengetahuan tentang manfaat JPKM mempengaruhi pemanfaatan JPKM, dan tingkat kepuasan terhadap paket pemeliharaan kesehatan JPKM pada masa lalu berhubungan dengan kemauan untuk membayar premi secara mandiri (Kusumawati, 2004).

Dana sehat adalah pembiayaan pra-upaya dikembangkan sejak tahun 1970-an dalam rangka PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa)/*Primary Health Care* merupakan dana gotong royong masyarakat, cakupan dapat berupa desa/dusun, kecamatan. Besar premi dan paket pelayanan bervariasi, biasanya hanya cukup untuk biaya rawat jalan dan rawat inap terbatas. Berbagai bentuk, termasuk keanggotaan koperasi/KUD, sekolah, kelompok agama, sektor informal (sopir angkutan kota). Dana Kesehatan Rakyat melalui pajak (di NTT) setelah program JPS (Jaring Pengaman Sosial) berjalan, Dana Sehat tidak berkembang (Kosen dkk, 2005).

Metro Tahun 2008, pengobatan gratis di pelayanan kesehatan dasar di puskesmas untuk semua warga Kota Metro (penduduk ber KTP Metro) pada bulan Februari sudah dilaksanakan, sesuai Petunjuk Tehnis Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Semesta (Program Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Jaringannya Bagi Masyarakat Kota Metro) tahun 2008, namun belum ada kebijakan/program penanganan pengobatan lanjutan (rujukan ke pelayanan yang lebih tinggi/Rumah Sakit), yang sebenarnya dapat diatasi bila anggota masyarakat menjadi peserta JPKM.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela pada umumnya masih rendah (1,7%). Sementara kebijakan pemerintah dengan pengobatan gratis untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas belum jelas batas waktunya, sampai kapan kebijakan tersebut diberlakukan, sedangkan pengobatan lanjutan/rujukan masih tetap di tanggung oleh pasien atau keluarga yang sakit dan sampai sekarang di Kota Metro belum ada penelitian yang menjelaskan mengapa kepesertaan JPKM rendah.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung pada tahun 2008?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Di ketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung tahun 2008.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- a. Diketuainya faktor-faktor dari dalam keluarga (Umur KK, Jenis kelamin KK, Pendidikan KK, pengetahuan KK, pekerjaan KK, penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga, arti sakit bagi keluarga, yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung Tahun 2008.
- b. Diketuainya faktor-faktor dari luar keluarga (Promosi JPKM, dukungan pemerintah, keberadaan asuransi lain/Askin, budaya masyarakat menghadapi sakit, lokasi pelayanan yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung tahun 2008.
- c. Diketuainya hubungan antara factor-faktor dari dalam keluarga dan factor faktor dari luar keluarga, dengan kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

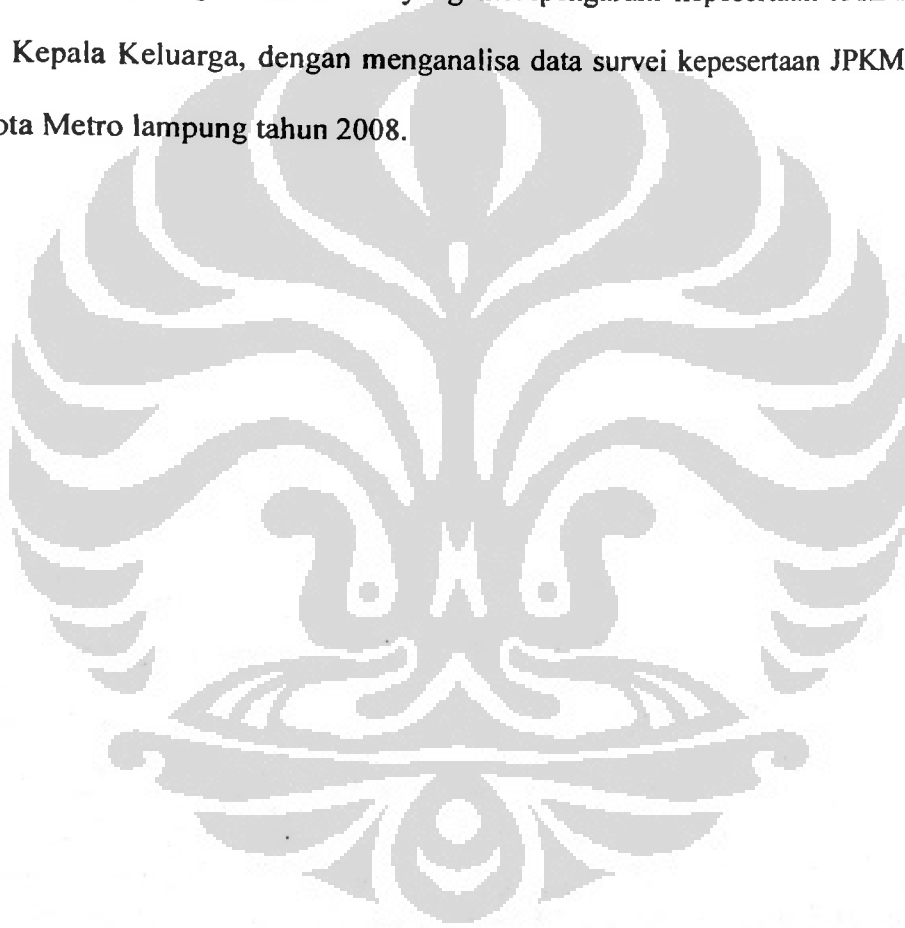
## **1.5 Manfaat penelitian**

- 1.5.1 Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut tentang JPKM.
- 1.5.2 Sebagai masukan (upaya) meningkatkan peran serta masyarakat, dalam Kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan mandiri.
- 1.5.3 Sebagai masukan dalam penyusunan kebijakan, untuk pengembangan program JPKM.

1.5.4 Meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjadi peserta JPKM dalam mewujudkan solidaritas sosial untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal

## 1.6 Ruang lingkup

Penelitian ini tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela pada Kepala Keluarga, dengan menganalisa data survei kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro lampung tahun 2008.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 JPKM

##### 2.1.1 Pengertian JPKM

Dalam UU NO 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 1 no 15 disebutkan bahwa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya (Depkes RI, 1992 dalam Azwar, 2000). Dari pengertian ini ada empat konsep dasar yang ingin diperkenalkan.

Konsep dasar tersebut adalah

- a. JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pelayanan kesehatan, bukan hanya sekedar variasi dari model pelayanan kesehatan (*health services model*). Selanjutnya JPKM juga mengatur tata cara pembiayaan kesehatan, tetapi JPKM tidak sama dengan asuransi kesehatan (*health insurance*). JPKM adalah kombinasi dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan.
- b. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada JPKM bertujuan untuk memelihara kesehatan para peserta, bukan hanya sekedar penyembuhan penyakit tetapi sesuai dengan prinsip paradigma sehat (*healthy paradigm*). Artinya tidak sekedar penyembuhan dan pemulihan kesehatan para peserta saja, melainkan

dituntut untuk aktif berupaya meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah agar peserta tidak jatuh sakit.

- c. Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan para-digma sehat, maka pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pada JPKM bukanlah pelayanan kesehatan yang partial dan/atau terkotak-kotak, melainkan pelayanan kesehatan yang paripurna (*Comprehensive health service*) yang berkesinambungan (*continous health service*).
- d. Mekanisme pembayaran yang diterapkan pada JPKM bukanlah sistem pembayaran tunai (*fee for services*) dan atau ganti rugi (*reimbursement*), melainkan secara pra-upaya (*prospective payment*).

Dari keempat uraian konsep dasar ini, dua diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang penting yaitu melakukan penataan sub sistem pelayanan kesehatan dan penataan sub sistem pembiayaan kesehatan.

#### 1) Penataan sub sistem pelayanan kesehatan.

Menurut Somers and Somers, 1974 dalam Azwar, 2000, tujuannya adalah agar terselenggara pelayanan kesehatan yang paripurna yang berkesinambungan. Adapun yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan yang paripurna adalah totalitas dari pelbagai jenis pelayanana kesehatan yang tersedia, yakni pelayanan promosi kesehata (*Health Promotion*), pencegahan penyakit (*Prevention*), penyembuhan penyakit (*Treatment*), serta pemulihan kesehatan (*Rehabitation*),

Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan berkesinambungan menurut (Leavel & Clark, 1965 dalam Azwar, 2000), adalah pelayanan kesehatan yang tidak hanya tersedia pada setiap saat yang diperlukan, tetapi

juga pada setiap tahap dari perkembangan penyakit, baik pada waktu sebelum sakit (*Prepathogenesis*) maupun pada waktu jatuh sakit (*Pathogenesis*). Azwar, 1996 dalam Azwar, 2000, pelayanan kesehatan yang paripurna dan berkesinambungan dipercayakan kepada totalitas sarana pelayanan yang tersedia dimasyarakat. Sarana pelayanan yang tersedia dibedakan atas tiga strata, yaitu tingkat pertama (*primary health care facilities*), tingkat kedua (*secondary health care facilities*), serta tingkat ketiga (*tertiary health care facilities*). Tiap peserta diwajibkan untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama dahulu, kemudian apabila membutuhkan pelayanan kesehatan lebih lanjut, dirujuk kesarana pelayanan yang lebih tinggi (secara bertahap/ber jenjang),

## 2) Penataan sub sistem pembiayaan kesehatan

Bertujuan agar sistem ini lebih menjanjikan banyak keuntungan dibanding dengan pembayaran tunai atau tagihan. Adapun yang dimaksud dengan sistem pembayaran pra-upaya adalah cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan yang besar biayanya dihitung dimuka (*inadvance*) dan pihak penyelenggara pelayanan kesehatan akan menerima besarnya biaya tersebut tanpa memperdulikan besarnya biaya riil (*real cost*) yang dikeluarkan oleh penyelenggara pelayanan (Weeks, 1979 dalam Azwar, 2000).

Untuk dapat menerapkan pembiayaan pra-upaya , yang baik ada tiga kegiatan pokok yang harus dilakukan :

- (a) Menetapkan jenis pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan.

Pelayanan yang baik adalah yang menyangkut semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan (*comprehensive health care*).

- (b) Menetapkan unit biaya setiap jenis pelayanan kesehatan (*unit-cost*), yang baik adalah sesuai dengan biaya riil yang akan diselenggarakan.

- (c) Menetapkan angka pemanfaatan untuk jenis pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan (*utilization rate*). Untuk ini ada dua pesoman yang lazim dipakai yaitu angka kunjungan dan angka kesakitan.

Ketiga kegiatan ini populer dengan istilah analisis actuarial (*actuarial analysis*), tentu saja pada penerapan selanjutnya besarnya pembiayaan pra-upaya perlu disesuaikan terutama kemungkinan resiko yang akan dihadapi oleh pihak penyelenggara.

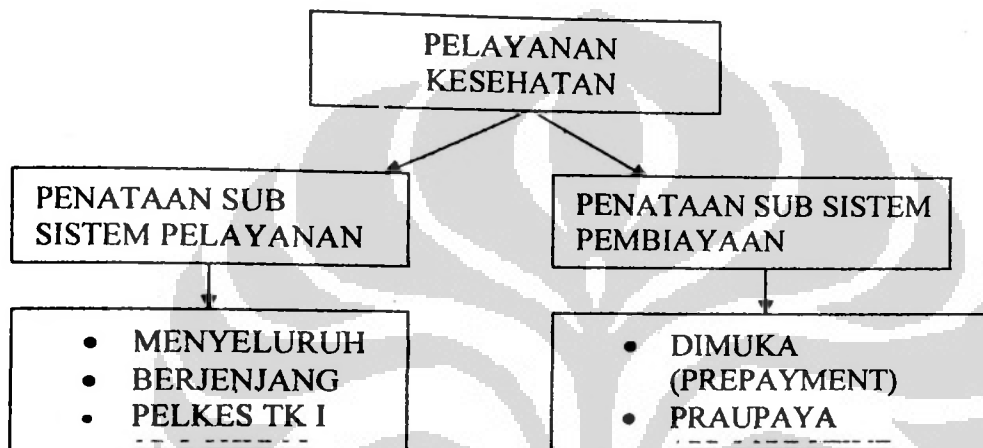
Manfaat sistem pembayaran pra-upaya (Weeks, 1979; Eastaugh, 1981; Feldstein, 1983; Belzer, 1989 dalam Azwar, 2000):

- 1) Penyelenggara pelayanan akan terhindar dari pelayanan kesehatan yang berlebihan, tidak terencana dan/atau tidak sesuai dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*misuse*), dampak akhir terkendalinya biaya kesehatan.
- 2) Sistem serta beban administrasi pihak pengelola dana dan/atau penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih sederhana serta tidak merepotkan.
- 3) Penghasilan penyelenggara pelayanan kesehatan lebih stabil dan merata, dampak akhir adalah akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- 4) Untuk mencegah kunjungan pasien yang berlebihan dan berulang. Pihak penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih aktif menyelenggarakan



pelayanan promosi kesehatan (*health promotion*) serta pelayanan pencegahan penyakit (*prevention of diseases*). Apa bila kedua jenis pelayanan ini dapat dilaksanakan akan meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan yang menguntungkan pasien atau masyarakat secara keseluruhan.

Gambar 2.1 Bagan pelayanan kesehatan terkendali



Sumber: Azwar, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XVIII, No 4,2000

Selanjutnya dalam pasal 66 ayat 1 UU no 23 th 1992 dinyatakan bahwa “Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya , berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan”. Ada beberapa kata kunci dalam pengertian JPKM antara lain:

- 1) Jaminan
- 2) Cara penyelenggaraan
- 3) Azas usaha bersama dan kekeluargaan

- 4) Pemeliharaan kesehatan yang paripurna.
- 5) Pembiayaan secara Pra- upaya, (Dep Kes RI T.A 2002).

### 2.1.2 Pengertian peserta JPKM

Peserta JPKM adalah setiap orang yang mendaftarkan diri menjadi peserta program JPKM, baik di desa maupun di kota. Peserta JPKM dapat secara perorangan atau kelompok. Peserta JPKM kelompok dapat berupa kelompok-kelompok masyarakat umpamanya kelompok karyawan, perajin, nelayan, RT/RW, anggota koperasi, anggota paguyuban yang bersepakat menjadi peserta. Peserta kelompok akan lebih baik karena akan memudahkan dan mempunyai kekuatan dari segi pengaturan besar iuran dan efisiensi pelayanan (Dep Kes RI 2002).

### 2.1.3 Pengertian sukarela

Sukarela adalah, atas kehendak sendiri atau tanpa dipaksa, (Yuliawan,2006).

### 2.1.4 Pengertian peserta JPKM sukarela

Merupakan gabungan dari pengertian peserta JPKM dan sukarela, yaitu setiap orang yang mendaftarkan diri menjadi peserta JPKM dengan kehendak sendiri tanpa dipaksa, baik didesa maupun di kota. Peserta JPKM dapat secara perorangan atau kelompok.

## 2.2 Tujuan JPKM

Tujuan JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dan merata, dengan pengendalian biaya yang berasal dari pesertanya. Karena fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan saling mempengaruhi, maka efisiensi

dan efektifitas yang optimal hanya dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut (Depkes. RI, 2002).

## 2.3 Hakekat JPKM

### 2.3.1 Sebagai bentuk pemeliharaan kesehatan

Cara pemeliharaan kesehatan telah berkembang menuju efisiensi dan efektifitas untuk peningkatan derajat kesehatan dengan urutan perkembangan sebagai berikut:

1) Cara pemeliharaan kesehatan konvensional

Cara ini konsumen memperoleh jasa pelayanan kesehatan dan membayar tunai *provider* (pemberi pelayanan) secara langsung.

2) Cara pemeliharaan kesehatan dengan sistem asuransi ganti rugi kepada konsumen. Dalam sistem ini, hubungan dokter dan pasien terjadi secara langsung namun pasien mendapat penggantian pembiayaan pelayanan kesehatan yang dikeluarkan dari pihak ke tiga tempat ia mengikatkan diri dengan iuran pra-upaya.

3) Cara pemeliharaan kesehatan dengan sistem asuransi tagihan *provider*

Cara ini ada hubungan dokter-pasien dengan pembayaran jasa dokter melalui untuk ditagihkan ke pihak ke tiga yang mengelola iuran pra-upaya.

4) Cara pemeliharaan kesehatan dengan JPKM

Cara ini sering disebut cara kapitasi. Dalam sistem ini konsumen membayar iuran pra-upaya kepada pihak ketiga untuk jaminan pemeliharaan kesehatan yang diberikan *provider*. *Provider* menerima

pembayaran yang sudah ditentukan jumlahnya sesuai kesepakatan pihak ketiga dan provider dengan menggunakan jumlah kepala sebagai dasar perhitungan.

### 2.3.2 JPKM sebagai cara pemeliharaan kesehatan pilihan

- a) UU no 23 tahun 1992 pasal 1 ayat 15 disebutkan bahwa “ Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya (Depkes RI, 1992).
- b) UU no 23 tahun 1992 pasal 66 ayat 1, dinyatakan bahwa “Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan.” (Depkes RI, 1992).

### 2.3.3 Bentuk operasional JPKM

JPKM diartikan sebagai pelayanan kesehatan paripurna dan berjenjang dengan pelayanan tingkat pertama yang bermutu sebagai ujung tombak, yang di topang dengan pembiayaan di muka oleh konsumen melalui suatu badan pengelola dana, yang kemudian menerapkan pra-upaya kepada pelayanan kesehatan.

### 2.3.4 Sebagai cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dengan keutamaan

- 1) Peserta sebagai masyarakat tertentu yang mendaftarkan diri sebagai satuan keluarga, kelompok atau unit organisasi dengan membayar sejumlah iuran tertentu secara teratur untuk membiayai pemeliharaan kesehatan.

- 2) Pelaksana pelayanan kesehatan (PPK) sebagai suatu jaringan pelayanan yang terorganisir, dan dapat memberikan pelayanan pemeliharaan kesehatan secara *efektif dan efisien*.
- 3) Lembaga / badan hukum yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan PKM Bapel JPKM).
- 4) Pemerintah sebagai (badan) pembina yang melaksanakan fungsi untuk mengembangkan, membina dan mendorong penyelenggaraan JPKM.

### 2.3.5 Mengadakan pemeliharaan kesehatan yang bermutu

Sedikitnya ada 7 jurus dalam pelaksanaan JPKM ini yang menjamin *efisiensi, efektifitas* dan pemerataan, pemeliharaan kesehatan dalam JPKM, meliputi pembayaran pra-upaya (kapitasi), bagi hasil antara peserta, bapel JPKM dan PPK, ikatan kerja dalam perjanjian tulis/kontrak, penanganan keluhan jaminan mutu, pemantauan terhadap pemanfaatan pelayanan sesuai dengan prosedur/struktur pelayanan, paket dasar paripurna (*promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*) yang bersifat wajib, mencakup: penyuluhan, imunisasi, KIA-KB, pengobatan penyakit, rawat jalan, rawat inap, menunjang *diagnostik* dan gawat darurat.

### 2.3.6 Sebagai cara pemeliharaan kesehatan yang bermanfaat

Bentuk pelayanan JPKM.

#### 1) Pelaksanaan JPKM

- a) Pemeliharaan kesehatan pegawai negeri, penerima pensiun dan keluarganya. Kepesertaan program bersifat wajib bagi pegawai negeri penerima pensiun (baik sipil maupin ABRI) dengan iuran yang dipotong dari gaji sebesar 2% bentuknya Askes.
- b) Pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja dan keluarganya.

Sejak terbitnya UU no. 3 th 1992 tentang JAMSOSTEK jaminan kesehatan untuk tenaga kerja dan keluarganya wajib dilaksanakan oleh perusahaan yang mempekerjakan minimal 50 orang karyawan atau yang mengeluarkan satu juta rupiah minimal sebulan untuk gaji para tenaga kerjanya.

c) **Pemeliharaan kesehatan swasta .**

Upaya pemeliharaan kesehatan yang diprakarsai pengusaha swasta berdasarkan JPKM untuk golongan tertentu dari masyarakat terutama golongan penghasilan menengah ke atas.

d) **Pemeliharaan kesehatan dari, oleh, dan untuk masyarakat atau dana sehat. Dana sehat adalah suatu upaya pemeliharaan kesehatan dari, oleh dan untuk masyarakat umum. Pengelolaan dana sehat pada umumnya dilakukan secara sukarela oleh pengurus yang ditunjuk oleh masyarakat setempat. Pesertanya umumnya penduduk berpenghasilan rendah di pedesaan dan perkotaan dengan iuran yang relatif kecil dan paket pelayanan yang masih terbatas.**

2). **Landasan Hukum JPKM**

a). **UUD 1945, Pasal 33, azas kekeluargaan, usaha bersama.**

b). **UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan.**

**Pasal 1 No. 15:** Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah suatu cara Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra- upaya. **Pasal 4:** Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

**Pasal 5:** Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan. **Pasal 10:** Penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan.

**Pasal 65 ayat 1:** Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat.

**Pasal 66 ayat 1:** Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan.

**Pasal 66 ayat 2 :** Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya, dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara.

**Pasal 71:** Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumberdayanya.

**Pasal 80 ayat 2:** Barang siapa dengan sengaja menghimpun dana dari masyarakat untuk penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang tidak berbentuk badan hukum dan tidak memiliki izin operasional serta tidak melaksanakan ketentuan tentang jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai mana dimaksud dalam pasal 66 ayat 2 dan 3, dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 tahun, dan pidana denda paling banyak RP.500.000.000,00 ( lima ratus juta rupiah).

c). Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN)

1). GBHN 1993

Pengelolaan kesehatan yang terpadu perlu lebih dikembangkan agar dapat lebih mendorong peran serta masyarakat termasuk dunia usaha, dalam pembangunan kesehatan. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun peran serta masyarakat harus mengindahkan prinsip kemanusiaan dan kepatutan dengan memberikan perhatian khusus kepada fakir miskin, anak dan penduduk usia lanjut yang terlantar. Semua usaha untuk mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat perlu dikembangkan dengan upaya memasyarakatkan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat berdasarkan prinsip gotong royong.

2) GBHN 1998

Untuk menjamin pemeliharaan kesehatan masyarakat perlu terus dikembangkan pembiayaan kesehatan dengan pendekatan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan asuransi kesehatan serta upaya memasyarakatkan prinsip gotong royong.

## 2.4 Manfaat JPKM

### 2.4.1 Bagi masyarakat

Menurut Depkes (2002) manfaat JPKM sebagai berikut:

- a. Masyarakat mengeluarkan biaya yang ringan untuk kesehatan karena asas usaha bersama dan kekeluargaan serta memungkinkan terjadinya subsidi silang.
- b. Masyarakat terlindungi/terjamin dalam memperoleh pelayanan kesehatan utama yang dibutuhkan.



- c. Memperoleh pelayanan kesehatan yang paripurna (*preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif*).
- d. Terjaminnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Terwujudnya tanggung jawab kolektif yang meningkatkan solidaritas sosial. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya *preventif dan promotif*.

#### 2.4.2 Bagi Pemerintah/Pemda

- a. Pemda memperoleh masyarakat yang sehat dan *produktif* dengan pembiayaan yang bersumber dari kemandirian masyarakat
- b. Subsidi pemerintah dapat dialokasikan kepada yang lebih memerlukan terutama bagi masyarakat miskin dan terpencil.
- c. Anggaran pemda dapat lebih *efisien*.

#### 2.4.3 Bagi PPK

- a. PPK dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang lebih *efektif dan efisien* karena ditunjang dengan sistem pembayaran pra-upaya.
- b. PPK akan memperoleh balas jasa yang wajar.
- c. PPK lebih dapat meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja dan meningkatkan mutu pelayanan.
- d. Sarana pelayanan tingkat pertama, kedua dan ketiga yang selama ini menerapkan tarif subsidi silang akan dapat menerapkan tarif yang riil.

#### 2.4.4 Bagi dunia usaha

- a. Pemeliharaan kesehatan karyawan terlaksana secara *efektif dan efisien*.
- b. Biaya pelayanan kesehatan dapat direncanakan dengan tepat.
- c. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan lebih efisien dibanding dengan sistem klaim, ganti rugi atau *fee for services*.

- d. Terjamin kesehatan karyawan.
- e. Merupakan komoditi baru yang menjanjikan bagi yang menjadi bapel.

## 2.5 Sejarah Perkembangan JPKM

Catatan sejarah yang menceritakan gambaran kronologis sampai JPKM dicantumkan dalam UU No 23 Tahun 1992, (Dep Kes RI, 2002).

### 2.5.1 Masa 1950-an

Pada masa baru merdeka, semua pengeluaran kesehatan langsung dari kantong pegawai negeri dan keluarganya (*out of pocket*) di ganti pemerintah melalui Depkes, dan dikenal sebagai sistim restitusi atau penggantian biaya. Hal ini di mungkinkan karena jumlah pegawai masih sedikit dan masih ada pengaruh peraturan pemerintah Belanda tahun 1934.

### 2.5.2 Masa 1960-an

Pengeluaran langsung untuk pemeliharaan kesehatan pegawai negeri dan penerima pensiun yang menjadi kewajiban dan tanggung jawab pemerintah mulai dirasakan membebani anggaran belanja negara. Oleh karena itu dikeluarkan Keppres no 230 tahun 1968, yang melandasi pelaksanaan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya di lingkungan pegawai negeri sipil, pensiunan dan keluarganya, dengan iuran berupa pemotongan 2% gaji/pensiunan (PNS, ABRI dan POLRI). Untuk mengelola ini dibentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), suatu badan usaha yang berada dalam lingkungan Departemen Kesehatan dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan

Selain itu, pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya juga berkembang dimasyarakat, terutama di pedesaan dalam bentuk Dana Sehat. Dimulai

di kelurahan Krenten, Surakarta Jawa Tengah, masyarakat berkelompok secara swadaya mengumpulkan iuran dari peserta untuk pemeliharaan kesehatan.

### 2.5.3 Masa 1970-an

Pemeliharaan kesehatan pegawai negeri sipil, pensiunan dan keluarganya masih dirasakan belum memuaskan, meskipun biaya sudah dikeluarkan dan cenderung meningkat. Untuk mengendalikan biaya, kebijakan klaim kolektif dari Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) diberlakukan, sedangkan klaim perorangan dibatasi.

Sementara itu penyelenggaraan Dana Sehat sebagai bagian dari Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) terus diupayakan. Kehidupan masyarakat desa yang penuh rasa kekeluargaan, gotong royong dan usaha bersama serta kesadaran akan sehat hampir disemua desa (Terutama di pulau Jawa).

Pada umumnya jumlah peserta dan iuran Dana Sehat relatif kecil dengan iuran Rp 50; hingga Rp 100;,, sehingga manfaat pemeliharaan kesehatan yang dirasakan juga terbatas. Ditambah dengan sistim klaim yang juga digunakan dalam Dana Sehat, maka peribahasa patah tumbuh hilang berganti berlaku untuk pasang surut keberadaan Dana Sehat pada masa itu.

### 2.5.4 Masa 1980-an

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya yang menggunakan sistim klaim cenderung meningkatkan biaya kesehatan. Sistim klaim yang umumnya dipakai dalam asuransi kesehatan bersifat penggantian biaya pelayanan kesehatan atau ganti rugi. Sistim ganti rugi kurang memperhatikan aspek pemeliharaan kesehatan peserta tetapi lebih memperhatikan resiko keuangan saja. Karena itu perlu dipikirkan keterpaduan

pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya, yang selanjutnya berkembang menjadi konsep DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat).

Konsep DUKM memperkenalkan cara pembayaran kapitasi kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Kapitasi adalah pembayaran kepada PPK yang diberikan dimuka, dihitung perkepala/jiwa yang terdaftar di PPK bersangkutan. Pada tahun 1980-an, Dana Sehat semakin dimantapkan pengelolaannya menjadi setingkat kecamatan. BPDPK dirubah statusnya menjadi Perum Husada Bakti (PHB) berdasarkan PP no 23/1984. Pemeliharaan kesehatan tenaga kerja dikelola oleh PT Astek – Depnaker bekerja sama dengan Depkes diatur dalam SKB Menaker dan Menkes. Pembayaran kapitasi mulai dirintis untuk diterapkan.

#### 2.5.5 Masa 1990-an

Keterpaduan pembiayaan kesehatan dengan pelayanannya harus terjalin dalam hubungan antara badan penyelenggara dengan PPK dan pesertanya, yang perlu diikuti dengan pengelolaan upaya lainnya (*managed care*), agar terjamin pemeliharaan kesehatan yang diharapkan. Oleh karena itu konsep DUKM lebih dioperasionalkan sebagai JPKM, tercantum dalam UU No 23/1992 tentang kesehatan untuk pemerataan, peningkatan mutu dan kendali biaya kesehatan.

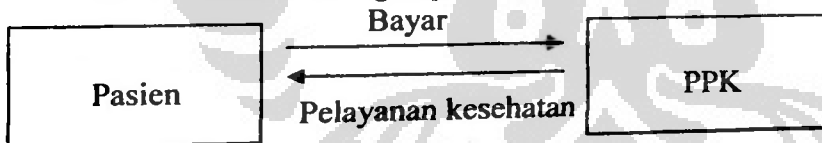
Beberapa peraturan untuk mendukung pelaksanaan JPKM yang telah dikeluarkan :

- a. Kep Menkes RI No 326/Menkes/SK/VI/1990 tentang Strategi Pengembangan Program JPKM.
- b. Kep Menkes RI No 595/Menkes/SK/II/1994 tentang Standar Pelayanan Medis.

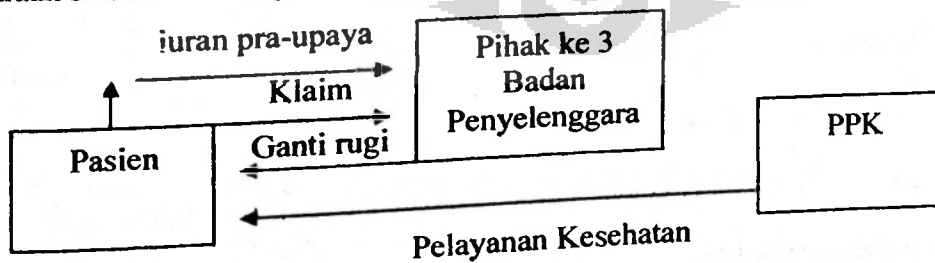
- c. Kep Menkes RI ber- JPKM No 378/Menkes/Per/IV/1995 tentang Penanggung Jawab Pembinaan dan Pengembangan JPKM.
- d. Peraturan Menkes RI No 527/Menkes/Per/VII/1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan dalam penyelenggaraan Program JPKM.
- e. Peraturan Menkes RI No 571/Menkes/Per/VII/1993 tentang Penyelenggaraan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).
- f. Edaran Dirjen Binkesmas No 382/BM/DJ/BPSM/III/1993 tentang Pengembangan Dana Sehat ber-JPKM.
- g. Edaran Dirjen Binkesmas Depkes No. 862/BM/ DJ/BPSM/VII/1994 tentang Pembayaran PPK dengan Sistem Kapitasi
- h.

**Gambar 2.2 Perkembangan pembiayaan pemeliharaan kesehatan**

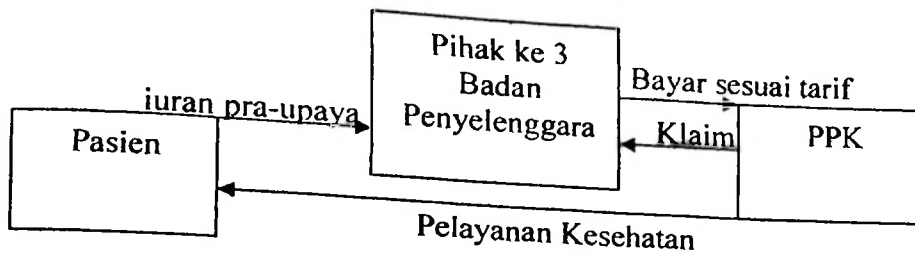
Pemeliharaan Kesehatan dengan pembayaran langsung (Out of pocket)



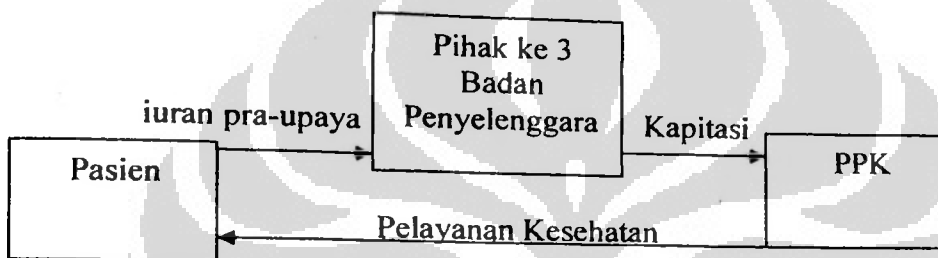
Pemeliharaan Kesehatan dengan Pembiayaan Pra-Upaya memakai sistim ganti rugi



### Pemeliharaan Kesehatan Pra-Upaya dengan Klaim Kolektif sesuai Tarif



### Pemeliharaan Kesehatan Pra-Upaya yang terpadu dengan Pembiayaannya



Sumber: Depkes. RI, 2002. Panduan Pembinaan Bapel JPKM

## 2.6 Keluarga

### 2.6.1 Definisi keluarga

Depkes, RI (1988), definisi keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Menurut Bailon dan Maglaya (1989, dalam Effendy 1998), keluarga adalah dua individu atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

## 2.6.2 Definisi kepala keluarga

Kepala Keluarga adalah laki-laki atau perempuan yang berstatus kawin, janda/duda yang mengepalai suatu keluarga yang anggotanya terdiri dari istri/suami dan atau anak-anaknya (BKKBN 2004).

## 2.7 Faktor-Faktor Keluarga Yang Mempengaruhi Kepesertaan JPKM

### 2.7.1 Faktor dalam keluarga

#### a. Umur

Umur adalah lama waktu hidup yang dihitung sejak ( kepala keluarga) lahir sampai saat dilakukan penelitian dalam satuan tahun (Depkes RI, 1995). Umur di bagi dalam 3 kelompok (SP 2000, BPS 2005):

- 1). Kelompok usia belum produktif (0-14 tahun).
- 2). Kelompok usia produktif (15-64 tahun).
- 3). Kelompok usia kurang produktif (65 tahun keatas).

Ditinjau dari periode usia bahwa periode masa dewasa awal dan masa dewasa madya adalah masa-masa yang produktif. Menurut Atkinson 1983 bahwa usia 45-65 tahun merupakan masa paling produktif. Laki-laki 40 an berada pada puncak karier mereka. Usia diatas 65 tahun terjadi penurunan fisik dan keterbatasan aktifitas ( usia beresiko tinggi). Kepesertaan JPKM yang masih rendah ini berkaitan dengan sifat kepesertaan aktif/sukarela, sehingga cenderung menarik peserta beresiko tinggi dan kurang mendorong terjadinya solidaritas sosial (Dep Kes 2002).

Semakin tua umur semakin banyak mempergunakan kartu pelayanan kesehatan, semakin tua usia seseorang lebih meningkat *demandnya* terhadap pelayanan kuratif

dan diikuti pula dengan menurunnya *demand* terhadap pelayanan preventif, (Dunlop dan Zubkoff yang di kutip Trisnantoro 1998, dalam Sudjarwo dkk, 1998).

#### b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan kelamin/alat reproduksi yang dibawa sejak lahir yaitu laki-laki dan perempuan. Pada umumnya kepala keluarga adalah laki-laki. Di Indonesia menurut PEKKA (Organisasi yang menangani perempuan kepala keluarga), diperkirakan ada 6 juta wanita/perempuan menjadi kepala keluarga (Ancha, 2007). Keluarga/kepala keluarga perempuan, lebih memilih untuk masuk menjadi anggota JPKM, (Madden, et al, 2008).

#### c. Pendidikan

Pendidikan seseorang sangat berpengaruh terhadap perilaku individu dalam mengambil keputusan dan sikapnya yang selalu berpedoman pada apa yang mereka dapatkan melalui proses belajar dan pengalaman yang diterimanya. Menurut Langefielt dalam Walgio (2004), semakin tinggi tingkat pendidikan maka cara pandang orang tersebut terhadap segala sesuatu kehidupan masyarakat akan lebih luas. Semakin dewasa seseorang maka sikapnya terhadap sesuatu yang dianggapnya bermanfaat akan lebih rasional. Sejalan dengan hal tersebut diatas semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan lebih baik sikapnya terhadap Kepesertaan JPKM. Adapun jenjang pendidikan formal menurut Depdiknas 2003 adalah sebagai berikut:

##### 1). Sekolah Dasar (SD)

Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah.



## 2). Sekolah Menengah Pertama (SMP)

Merupakan jenjang pendidikan setingkat lebih tinggi di atas Sekolah Dasar sebagai salah satu Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (Mts) atau bentuk lain yang sederajat

## 3). Sekolah Menengah Atas (SMA)

Pendidikan Menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar. Pendidikan Menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan menengah kejuruan, pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan sekolah Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK) atau bentuk lain yang sederajat.

## 4). Perguruan Tinggi

Pendidikan Tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan Diploma, Sarjana, Magister, dan spesialis yang di selenggarakan oleh perguruan tinggi.

Asnah (2001), dalam penelitiannya menemukan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM antara lain adalah pendidikan. Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM.

Menurut Fefdstein dalam Sodjarwo. dkk (1998), Pendidikan berpengaruh positif terhadap *demand* akan pelayanan kesehatan, keluarga dengan pendidikan tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengenal lebih awal gejala penyakit yang diderita dan mempunyai keinginan yang lebih besar untuk mencari pengobatan sedini mungkin

#### d. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan seseorang terhadap suatu obyek tertentu. Hal tersebut sangat penting dalam pembentukan perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Ada 6 tingkatan pengetahuan menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2003), a) Tahu (*Know*) adalah termasuk mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari, b) memahami (*Comprehension*) adalah sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, c) aplikasi (*Aplication*) adalah sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya, d) analisis (*Analysis*) adalah sebagai kemampuan menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain, e) sintesis (*Shynthesis*) adalah sebagai kemampuan untuk menyusun formulasi baru misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada, f) evaluasi (*Evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

Kusumawati (2004), menemukan bahwa pengetahuan sangat besar pengaruhnya untuk pengembangan (kepesertaan JPKM), pengetahuan tentang manfaat JPKM mempengaruhi pemanfaatan JPKM. Widwiono (2004), dalam penelitiannya menemukan 49,4% responden dari 163 responden yang menjadi peserta JPKM Yayasan Dana Sehat Karya Husada Kota Madiun mendapatkan

informasi dan pendidikan dari kelompok PKK. Semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat tentang JPKM semakin meningkat ketertarikan masyarakat untuk menjadi peserta JPKM. Selanjutnya Asnah (2001), mengatakan bahwa yang paling berpengaruh terhadap kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM adalah persepsi tentang JPKM, pengetahuan tentang JPKM, informasi dan komitmen pejabat.

#### e. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu hal atau aktifitas yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah atau pokok penghidupan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2001). Pekerjaan adalah kegiatan sehari-hari yang digunakan sebagai sumber mata pencaharian dalam usaha untuk mencari nafkah keluarga. Adapun jenis-jenis pekerjaan adalah sebagai berikut (BPS 2005):

##### 1). PNS, ABRI, pegawai swasta, Pensiunan dan karyawan tetap

Jenis pekerjaan tetap yang penghasilannya didapat setiap bulan. Karyawan/karyawati yang bekerja pada orang lain atau instansi secara tetap menerima upah atau gaji baik berupa uang atau barang. Pekerjaan dibedakan menjadi 2 kelompok : pekerjaan formal adalah pekerjaan yang terikat dengan aturan-aturan resmi seperti PNS, ABRI, Polri, Pamong desa, karyawan swasta, sedangkan pekerjaan non formal adalah pekerjaan yang tidak terikat oleh aturan-aturan resmi seperti, petani, pedagang, buruh/ kuli, (BPS 2005). Menurut Seri (2002) ada kecenderungan hubungan antara pekerjaan dengan kepesertaan JPKM sukarela. Keluarga/kepala keluarga yang tidak mempunyai pekerjaan tetap, lebih memilih untuk masuk menjadi anggota JPKM (Madden, et al, 2008). Asnah (2001) mengatakan bahwa kepemilikan tabungan kusus untuk kesehatan bagi ibu yang bekerja memiliki kecenderungan 2,193 kali disbanding ibu yang tidak bekerja

## 2). Tani

Merupakan pekerjaan bercocok tanam baik dilokasi milik sendiri maupun milik orang lain yang hasilnya didapat dari produksi tanamannya. Pekerjaan yang berdasarkan balas jasa dengan menerima upah / imbalan berupa uang atau barang dengan sistem pembayaran harian maupun borongan.

## 3). Buruh Kuli

Merupakan pekerjaan yang mengandalkan tenaga kepada orang lain untuk mendapatkan hasil dari jasa tenaga yang telah dilakukan.

## 4). Pedagang

Merupakan pekerjaan menjual barang yang telah dibelinya untuk mendapatkan keuntungan sebagai hasil uasahnya.

## 5). Jenis pekerjaan karyawan tidak tetap

Merupakan karyawan/karyawati yang bekerja pada orang lain atau instansi dan hanya menerima upah berdasarkan pada banyaknya waktu kerja atau volume pekerjaan yang dikerjakan.

## f. Penghasilan

Penghasilan adalah seluruh penerimaan baik barang atau uang dari pihak lain atau hasil sendiri dengan jumlah uang atau harta yang berlaku saat itu. Dalam Surat keputusan Gubernur Lampung No: G/617/B.VII/HK/2007, tentang Penetapan Upah Minimum Provinsi (UMP) Lampung Tahun 2008 sebesar Rp.617.000; per bulan, UMR (Upah Minimum Regional) untuk Kota Metro mengacu pada UMP Provinsi Lampung Tahun 2008. Tingkat penghasilan atau pendapatan adalah gambaran yang lebih jelas tentang posisi ekonomi dalam masyarakat yang merupakan jumlah seluruh penghasilan dan kekayaan keluarga, sehingga penghasilan dapat digolongkan

menjadi 2 golongan yaitu penghasilan tinggi, dan penghasilan rendah, (data BPS, 2005) mengelompokkan sebagai berikut: tingkat penghasilan < Rp. 617.000,- dan tingkat penghasilan  $\geq$  Rp. 617.000,-.

Penghasilan berpengaruh terhadap kemampuan untuk menyisihkan biaya kesehatan (sebagai peserta JPKM), jika tingkat penghasilan rendah untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari saja masih kurang apalagi untuk biaya kesehatan, walaupun kesehatan juga merupakan kebutuhan pokok. Dilihat dari hasil cakupan JPKM yang masih rendah presentase pemilikan JPK adalah 21% (SUSENAS, 2004). Masyarakat (KK) dengan penghasilan tetap cenderung menjadi anggota JPKM (Kiantini, 1999).

Hasil penelitian factor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kartu pelayanan kesehatan oleh peserta JPKM koperasi KUD Sari Mulyo di Puskesmas Nanggulan, didapatkan hubungan yang bermakna antara keadaan social ekonomi yang cukup, keluarga akan lebih peka untuk memecahkan masalah kesehatan ke puskesmas dengan menggunakan kartu pelayanan kesehatan (Sudjarwo, dkk, 1998).

#### g. Jumlah anggota keluarga

Adalah banyaknya orang dalam keluarga yang berperan sebagai anggota keluarga dan menjadi tanggung jawab kepala keluarga secara ekonomi dan sosial terutama keluarga inti yang terdiri dari istri dan anak, bila kepala keluarganya suami. Akan tetapi tidak menutup kemungkinan yang menjadi kepala keluarga adalah istri/ibu karena status janda. Anggota keluarga tidak harus hanya istri dan anak saja akan tetapi bila ada saudara atau orang tua yang ada dalam keluarga tersebut dan menjadi tanggung jawab kepala keluarga juga dianggap sebagai anggota keluarga. Jumlah anggota dalam keluarga sangat berpengaruh terhadap ekonomi dan sosial keluarga. Jika anggota keluarga sedikit kebutuhan ekonomi dan sosial lebih tercukupi

dibanding dengan keluarga yang beranggota lebih dari 3 orang (keluarga besar) ditunjang dengan pendapatan dibawah UMP (BKKBN, 2004).

Penelitian Seri (2002), mengemukakan bahwa ada kecenderungan hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kepesertaan JPKM Jasma Angsana Di Kota Singkawang. Hasil penelitian kualitatif Amelia dan Mukti (2004) mengatakan bahwa responden yang mempunyai anggota keluarga 6-10 orang merasakan keberatan untuk membayar premi. Memiliki anggota keluarga yang rentan penyakit/resiko sakit, anak-anak yang masih kecil, anak-anak yang masih sekolah, kepala keluarga wanita mendorong untuk masuk JPKM, namun jumlah anggota keluarga yang terlalu besar menyebabkan jumlah premi yang dibayar juga besar sehingga keluarga seperti tersebut tidak mampu masuk JPKM, (Madden, et al, <http://jhjpl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/20/4/955>, 27 Maret 2008 at 12.30 WIB).

#### h. Arti sakit bagi keluarga

Konsep sakit menurut Parkins (1938): Sakit adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik aktivitas jasmani, rohani dan sosial. Persepsi masyarakat tentang sakit yang notabene merupakan konsep sehat sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Teori perilaku sakit Mechanics (dalam Notoatmodjo, 2003), melakukan pendekatan sosial untuk mempelajari perilaku sakit. Pendekatan ini dihubungkan dengan teori konsep diri, definisi situasi, efek dari anggota grup dalam kesehatan dan efek birokrasi. Mechanics (dalam Notoatmodjo, 2003), menjelaskan variasi-variasi dalam perilaku sakit, yaitu perilaku yang berhubungan dengan kondisi

yang menyebabkan seseorang menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan.

Semakin tua umur semakin sering sakit-sakitan. Hal ini dikemukakan oleh Dunlop dan Zubkoff yang di kutip Trisnantoro (1998 dalam Sudjarwo dkk, 1998) bahwa semakin sering sakit-sakitan semakin meningkat keinginan untuk menjadi peserta JPKM

## 2.7.2 Faktor-faktor dari luar keluarga

### a. Promosi JPKM

Di bidang pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat juga dilaksanakan secara optimal. Hal ini ditandai dengan masih sedikitnya masyarakat yang dilindungi oleh jaminan pemeliharaan kesehatan. Sementara dana sehat yang merupakan bentuk peran serta masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, yang telah berkembang di beberapa daerah, menjadi mati akibat adanya Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dari pemerintah. Walaupun sudah banyak kelompok atau LSM yang peduli kesehatan, akan tetapi gerak langkah mereka belum sinergis dan konvergen (searah dan fokus) dalam melaksanakan pemberdayaan masyarakat di bidang-bidang khusus dalam lingkup kesehatan.

Kesemuanya itu menunjukkan bahwa pemberdayaan, baik terhadap masyarakat maupun terhadap petugas kesehatan dan pihak-pihak lain, masih kurang berhasil. Kekurang berhasilan itu dikarenakan upaya pemberdayaan:

- a. Tidak terintegrasi secara baik dengan upaya kesehatan
- b. Kurang komprehensif (tidak sinkron dengan upaya bina suasana dan advokasi yang dilaksanakan).

Dengan demikian maka promosi kesehatan menjadi terlepas dari masalah-masalah yang sesungguhnya dihadapi oleh upaya kesehatan, sehingga tidak mengenai secara tepat sasaran-sasaran yang seharusnya dituju (individu, keluarga, kelompok, masyarakat umum, petugas kesehatan, pengambil keputusan, penyandang dana dan lain-lain). Promosi kesehatan kurang dapat berperan dalam arus tengah (*mainstream*) pembangunan kesehatan. Hal ini terutama akibat kurangnya saling hubungan (*linkage*) antara pengelola promosi kesehatan ditingkat pusat dengan pengelola promosi kesehatan ditingkat provinsi, kabupaten, dan kota, sejak dilaksanakannya otonomi daerah (Dep Kes RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2005). Semakin gencar promosi tentang JPKM semakin meningkat kepesertaan JPKM, 41% responden menyatakan tidak mengerti tentang JPKM (*managed care*) sehingga tidak mendaftarkan diri menjadi anggota JPKM (*managed care*). (Morton, <http://mcr.sagepub.com/cgi/content/abstract/55/2/211>, 27 Maret 2008 jam 12.30 WIB).

#### b. Dukungan Pemerintah

Adanya legalitas dari pemerintah dengan diterbitkannya aturan-aturan JPKM, undang-undang JPKM, SK pelaksanaa JPKM mulai dari pusat sampai dengan daerah. Akan tetapi dalam pelaksanaanya masih banyak kendala terbukti dengan jumlah cakupan JPKM yang masih rendah. Kebijakan JPKM yang sedang berlaku dan yang akan dilansir tidak mampu mencapai *universal coverage* karena konsep-konsep *equity*, *quality*, *efficiency*, dan *sustainability* tidak dapat diakomodir dengan baik dalam kebijakan-kebijakan tersebut (Mahlil, 2000).

Semakin kuat dukungan pemerintah, semakin berkembang JPKM. Dukungan diberikan baik kepada perusahaan (bapel) JPKM dan langsung kepada peserta



(subsidi terhadap pegawai), (Madden, et al, <http://jhppl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/20/4/955>, 27 Maret 2008 at 12.30 WIB).

c. Keberadaan asuransi lain (Askin)

Karena tingkat kesejahteraan masyarakat Indonesia makin turun dengan indikator jumlah keluarga miskin tinggi, daya beli masyarakat kurang apa lagi untuk biaya kesehatan maka pemerintah membuat kebijakan untuk menanggulangi kemiskinan dengan memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPKMM), dimana masyarakat yang termasuk dalam kategori masyarakat miskin tidak perlu iur biaya kesehatan karena semua biaya kesehatan ditanggung oleh pemerintah. Akan tetapi dalam kenyataannya yang masuk dalam kategori masyarakat miskin bukan hanya orang miskin saja tetapi yang mampu pun dapat masuk dalam kategori miskin sehingga dana untuk JPKMM kurang efektif, dari hasil SUSENAS 2004 dinyatakan 30% yang menerima JPKMM adalah orang yang mampu.

Dana Kesehatan Rakyat melalui pajak (di NTT) setelah program JPS berjalan, dana sehat tidak berkembang. Dasar paket komprehensif, mendorong upaya promotif & preventif dikembangkan melalui bantuan luar negeri: USAID, HP4/Bank Dunia, FHN/ADB kepesertaan sukarela, pengembangan berjalan lambat: mencakup 0,5% penduduk (SUSENAS, 2004) peran berkurang/hilang, setelah program Askeskin berjalan (Kosen et al, 2005).

d. Pola Perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit

Pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit berbeda antara individu satu dengan yang lain, kelompok yang satu dengan yang lain juga daerah yang satu dengan daerah yang lain. Misalnya saja didalam semua religi atau agama, ada kepercayaan tertentu yang berkaitan dengan kesehatan, gizi, dan lain-lain. Contoh

orang yang beragama Islam tidak akan mau makan daging babi walaupun status gizinya buruk, tetapi masih banyak makanan lain yang bergizi yang bisa dianjurkan untuk memperbaiki gizi mereka, yang tidak bertentangan dengan agamanya (Sudarti, 2005).

e. Lokasi pelayanan kesehatan

Lokasi pelayanan adalah letak/posisi tempat usaha melayani kebutuhan orang lain dan menyediakan kepuasan pelanggan, (kamus bahasa Indonesia). Lokasi pelayanan kesehatan adalah letak/posisi tempat usaha untuk melayani kebutuhan orang lain dalam bidang kesehatan. Lokasi pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi keterjangkauan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, ditinjau dari geografisnya, kemudahan transportasi, jauh/dekat, biaya untuk mencapai lokasi, hal ini juga mempengaruhi kepesertaan JPKM. Kemudahan untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan meningkatkan minat masyarakat untuk mendaftar sebagai peserta JPKM

## 2.8 Teori/model perilaku yang berkaitan dengan kepesertaan jaminan pemeliharaan Kesehatan

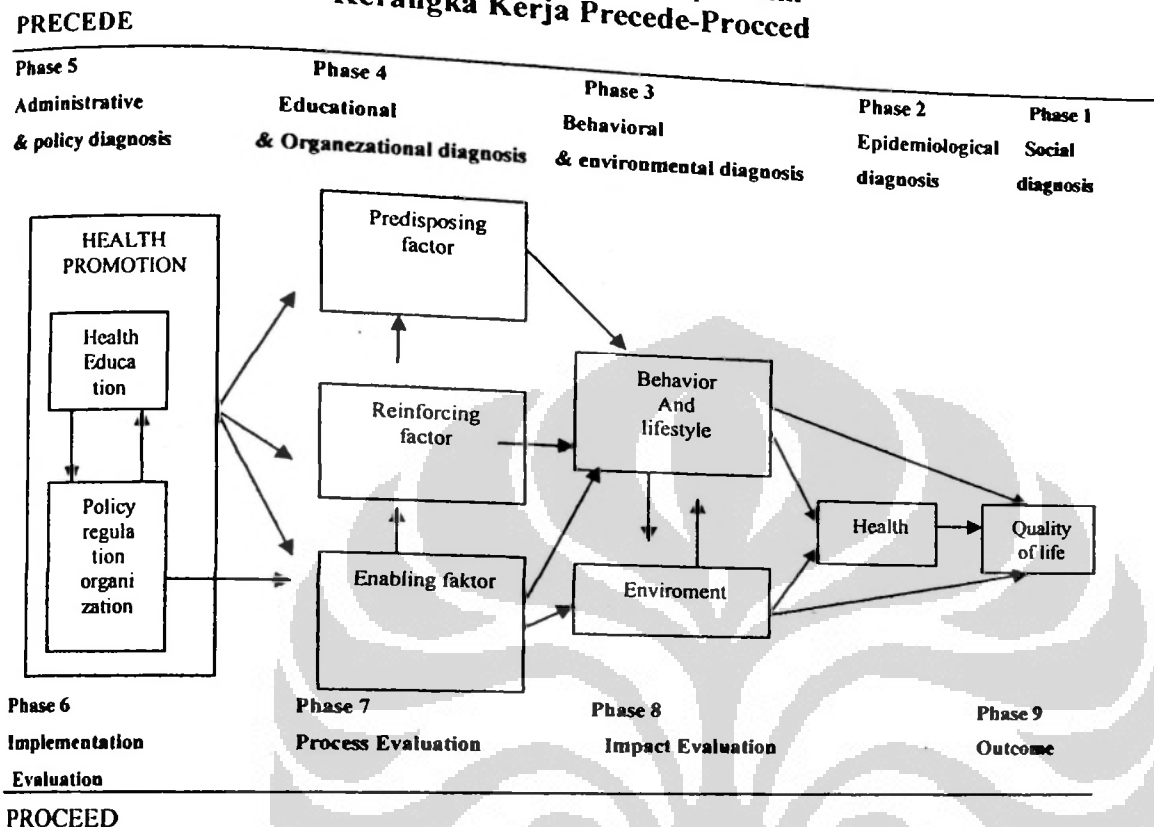
Definisi perilaku menurut Mantra (1997), adalah respon individu terhadap stimulasi, baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Menurut Green (2000) adalah tindakan atau perbuatan yang sering dilakukan secara teratur berlangsung lama dan mempunyai maksud tertentu baik yang dilakukan dalam situasi sadar maupun tanpa sadar.

Menurut Green, (2000) perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling*. *Predisposing factor* mencakup

pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi seseorang yang menjadi dasar motivasi individu atau kelompok untuk bertindak. *Enabling factor* yang terwujud dalam lingkungan fisik, sumberdaya yang dibutuhkan untuk menunjang perilaku kesehatan seperti tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, terjangkau biaya dan jarak. *Reinforcing faktor*, adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak, dapat terwujud dalam sikap dan perilaku petugas dalam melayani suatu pelayanan.

Hasil penelitian Mukti dan Amelia (2004), perilaku kepesertaan JPKM sukarela di pengaruhi oleh premi yang terlalu tinggi, pelayanan kesehatan di PPK dan paket pemeliharaan kesehatan yang belum memuaskan serta profesionalisme Bapel yang belum baik merupakan faktor yang menyebabkan peserta JPKM berhenti.

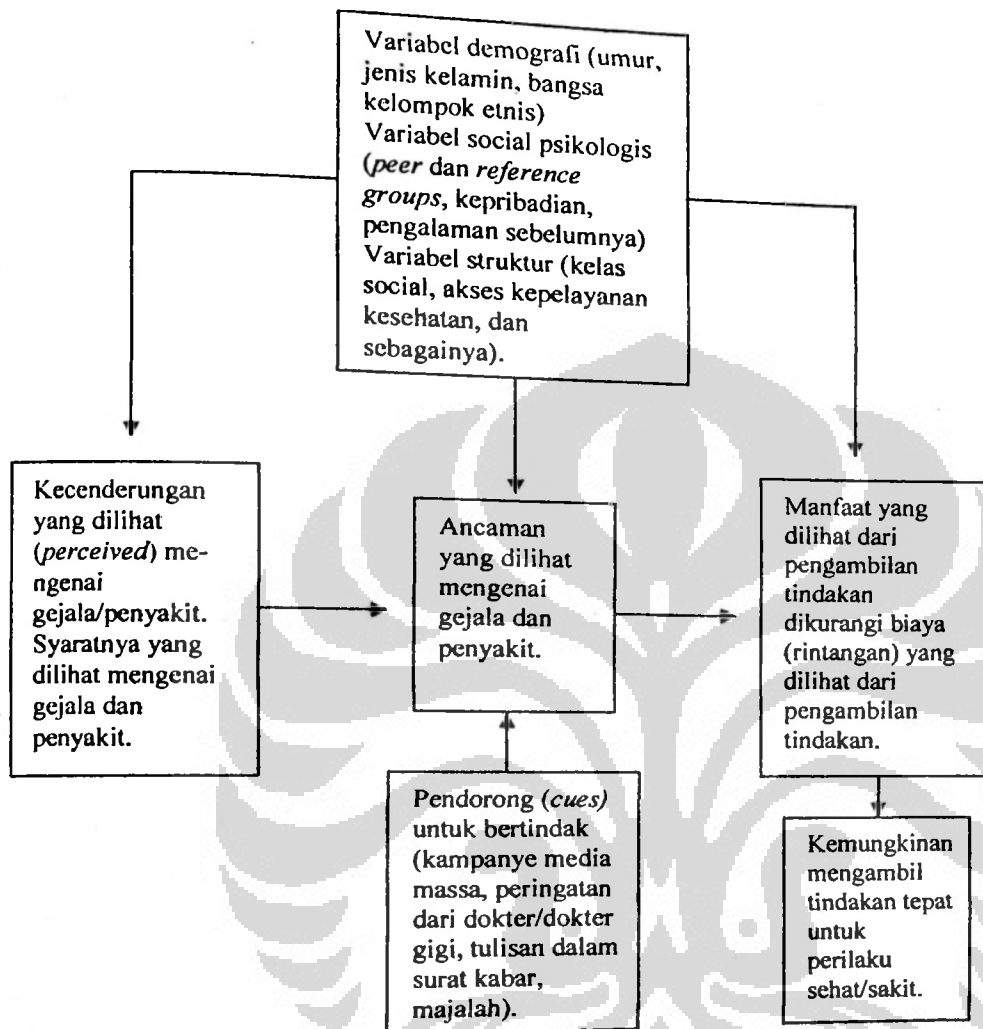
**Gambar 2.3**  
**Perilaku dan Gaya Hidup dalam**  
**Kerangka Kerja Precede-Proceed**



Sumber: The PRECEDE-PROCEED model for health promotion planning and evaluation. Green 2000.

Model kepercayaan kesehatan (*the health belief models / HBM*) adalah suatu bentuk penjabaran dari model *sosio psikologis*, munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider, model ini dikembangkan oleh Becker (1974) dalam Notoatmodjo (2003).

**Gambar 2.4 Health Belief Model**



Becker (1974) dalam Notoatmodjo (2003).

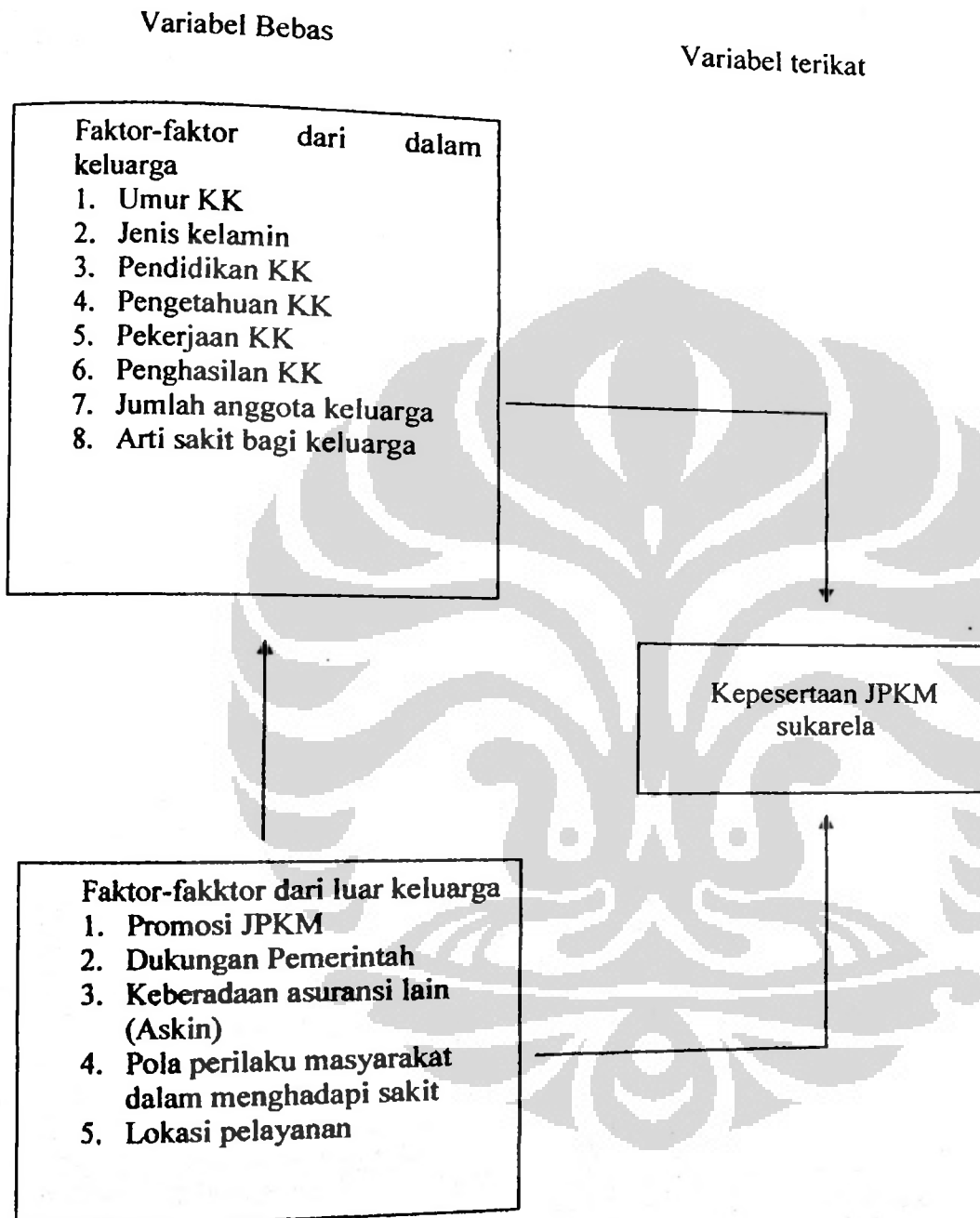
## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS**

#### **3.1 Kerangka konsep**

Kerangka konsep yang digunakan dalam penulisan ini merujuk pada modifikasi model yang dikembangkan oleh Green (2000), lihat gambar 2.3, dan HBM yang dikembangkan oleh Becker (1974), gambar 2.4. Perkembangan (kepesertaan) jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sukarela dalam keluarga dapat dipengaruhi oleh, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi tentang JPKM sehingga mereka memiliki motivasi untuk memiliki JPKM, dan ada sarana, sumberdaya, dukungan serta contoh dari tokoh masyarakat, pengalaman sebelumnya, ancaman yang dilihat mengenai gejala dan penyakit, sosialisasi dari media massa atau provider, manfaat yang dilihat dari pengambilan tindakan, sehingga kemungkinan mengambil tindakan tepat untuk perilaku sehat/sakit, akan tetapi tidak semua konsep digunakan dalam penulisan ini. Untuk memudahkan alur pemikiran yang berkaitan dengan penelitian ini dengan segala keterbatasan peneliti mencoba membuat kerangka konsep yang tidak semua faktor berkaitan dengan teori yang di gunakan.

Bagan 3.1 Kerangka konsep penelitian



Catatan: Bahwa orang lajang tidak masuk dalam populasi (Tidak masuk dalam variabel)

## 3.2 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	2	3	4	5	6	7
<b>Variabel terikat</b>						
1	Kepesertaan JPKM sukarela	Pernyataan responden tentang keikutsertaannya menjadi anggota JPKM sukarela	Kuesioner no: 20	Wawancara	1. 0= tidak menjadi peserta JPKM 2. 1=Menjadi peserta JPKM	ordinal
<b>Variabel bebas</b>						
2	Umur	Pernyataan responden tentang lama waktu hidup yang dihitung sejak lahir sampai saat dilakukan penelitian (Kepala keluarga).	Kuesioner (Sosiodemografi responden)	wawancara	0=Usia tidak produktif (65 th keatas) 1= usia produktif (15-64 th)	ordinal
3	Jenis kelamin	Perbedaan kelamin/alat reproduksi yang dibawa sejak lahir, yaitu laki-laki dan perempuan	Kuesioner (Sosiodemografi responden)	Wawancara	0= perempuan 1= laki-laki	nominal
4	Pendidikan	Pernyataan responden tentang Jenjang pendidikan formal terakhir yang berhasil (Kepala keluarga).	Kuesioner (Sosiodemografi responden)	Wawancara	0= rendah (< SMU) 1= tinggi (≥ SMU)	ordinal
5	Pengetahuan	Pernyataan responden tentang informasi yang dimiliki dan dipahami oleh responden tentang JPK, dengan menjumlahkan pertanyaan berkaitan dengan JPK.	Kuesioner 1-10 16-19	Wawancara	0= kurang (Skor ≤ median) 1= baik (Skor > median)	Ordinal
6	Pekerjaan	Pernyataan responden tentang kegiatan yang dilakukan secara rutin untuk mendapatkan nafkah atau pokok penghidupan	Kuesioner (Sosiodemografi responden)	Wawancara	0= non formal (bekerja tidak terikat dengan aturan resmi: tani, buruh, dagang) 1= Formal (bekerja terikat dengan aturan resmi: PNS, ABRI, POLRI, Pamong)	nominal



					desa, karyawan swasta)	
7	Penghasilan	Pernyataan responden tentang pendapatan yang diperoleh keluarga setiap bulan	Kuesioner	Wawancara	0= <UMR (Rp.617.000;) 1= ≥UMR (Rp.617.000;)	Ordinal
8	Jumlah anggota keluarga	Pernyataan responden tentang banyaknya anggota keluarga yang menjadi tanggungan	Kuesioner	Wawancara	0 = ≥ 4 orang 1 = ≤ 3 orang	Ordinal
9	Arti sakit bagi keluarga	Pernyataan responden tentang fenomena su-byektif dari keadaan tidak sehat yang menjadi pusat perhatian keluarga	Kuesioner 30-33	Wawancara	0= dianggap biasa saja 1 = dianggap berat	Ordinal
10	Promosi JPKM	Pernyataan responden tentang sosialisasi JPKM	Kuesioner 11-15	Wawancara	0= belum pernah ada Promosi JPKM 1= sudah pernah ada promosi JPKM	Ordinal
11	Dukungan Pemerintah	Pernyataan responden tentang partisipasi dan penegasan pemerintah dalam pengembangan JPKM	Kuesioner 39	Wawancara	0= tidak ada dukungan dari pemerintah 1= ada dukun dari pemerintah	Ordinal
12	Keberadaan asuransi lain (Askin)	Pernyataan responden tentang adanya asuransi kesehatan yg lain dari JPKM	Kuesioner 36	Wawancara	0= adanya asuransi lain diluar JPKM 1= tidak ada asuransi lain	Ordinal
13	Pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit	Pernyataan responden tentang kebiasaan yang dihadapi dan dilaksanakan oleh masyarakat dalam menghadapi anggota keluarga yang sakit	Kuesioner 28	Wawancara	0= ditangani sendiri 1= mencari bantuan orang lain .	Ordinal
14	Lokasi pelayanan kesehatan	Pernyataan responden tentang tempat pelayanan kesehatan	Kuesioner 43	Wawancara	0= jauh (>5km) 1= dekat (0-5 km)	Ordinal

### 3.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan hubungan dengan kerangka konsep, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara faktor-faktor dari dalam keluarga (umur KK, jenis kelamin, pendidikan KK, pengetahuan KK, pekerjaan KK, penghasilan KK, jumlah anggota keluarga, arti sakit bagi keluarga, masalah kesehatan yang dialami keluarga) dengan kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung tahun 2008.
2. Ada hubungan antara faktor-faktor dari luar keluarga (promosi JPKM, dukungan Pemerintah, keberadaan asuransi lain/Askin, pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit dan lokasi pelayanan) dengan kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung tahun 2008.
3. Ada faktor-faktor yang dominan mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung tahun 2008.

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan penelitian

Penelitian berupa survei (*desain non eksperimen*), dengan pengumpulan data secara potong lintang (*cross sectional*) dan metode kuantitatif untuk memperoleh data faktor dari dalam dan dari luar keluarga terhadap kepesertaan JPKM sukarela di Kota metro tahun 2008.

#### 4.2 Lokasi dan Jadwal Penelitian

Penelitian di Kota Metro Propinsi Lampung dengan pertimbangan:

1. Adanya potensi untuk pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat ( JPKM).
2. Kota Metro sebagai salah satu daerah percontohan pengembagn JPKM di Propinsi Lampung.
3. Penelitian dilaksanakan bulan April sampai Mei 2008.
4. Kepesertaan JPKM masih rendah walaupun ada dukungan dari pemerintah.

#### 4.3 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga yang tinggal di 5 (lima) kecamatan, 22 (dua puluh dua) kelurahan di Kota Metro Lampung, tahun 2008.

### 4.3.2 Sampel

Unit analisis adalah kepala keluarga yang mewakili keluarga. Pemilihan sampel dalam penelitian ini diambil dari populasi, dihitung dengan rumus :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \quad (\text{Ariawan, 1998})$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  ditentukan berdasarkan derajat kepercayaan 95%

$P =$  proporsi kepemilikan JPK di Kota Metro 40,25%

$d = 9\%$  (derajat akurasi/ presisi yang diinginkan), rentang presisi yang diinginkan antara 1-10%. Jumlah sampel yang dikehendaki minimal 100, presisi yang tepat untuk perhitungan sampel 9%.

$n =$  jumlah sampel minimal

Berdasarkan rumus diatas didapat sampel minimal 114 responden, tetapi responden yang diambil 131. Prosedur pengambilan sampel dilakukan dengan cluster: (1) mengambil 1 (satu) kelurahan setiap Kecamatan, (2) menentukan jumlah sampel ditiap kelurahan terpilih secara proporsi jumlah kepala keluarga, (3) melakukan pengambilan sampel dengan cara random sederhana.

### 4.4 Cara Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dengan wawancara terstruktur menggunakan kuisisioner, secara tatap muka, dimana responden memberi jawaban atas pertanyaan sesuai isi kuisisioner yang sebelumnya telah diuji coba oleh peneliti di

daerah yang berbeda. Peneliti dibantu oleh 10 orang enumerator dan 1 orang koordinator lapangan yang telah dilatih lebih dahulu.

#### **4.5 Pengolahan data**

Setelah pengumpulan data selesai, pengolahan data dilakukan melalui empat tahap yaitu :

##### **4.5.1 Editing**

Merupakan kegiatan/ proses pemeriksaan terhadap isi kuisioner apakah ada kesalahan/ kekurangan pengisian untuk dilengkapi dan diperbaiki.

##### **4.5.2 Coding**

Merupakan kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi bentuk angka, bertujuan untuk mempermudah dalam proses entry data dan analisa data.

##### **4.5.3 Prosecing**

Kegiatan memproses data keperangkat komputer agar dapat dianalisa.

##### **4.5.4. Cleaning**

Kegiatan pembersihan data yaitu berupa pengecekan kembali apakah data yang dientry sudah lengkap dan tidak ada kesalahan.

#### **4.6 Analisis Data**

##### **4.6.1 Analisis univariat**

Yaitu analisis yang dilakukan untuk distribusi frekuensi dan presentasi dari masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun variabel terikat, guna mendapatkan gambaran umum.

#### 4.6.2 Analisa bivariat

Analisis yang dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan melakukan uji chi-square pada *Confident interval* (CI) 95 % dan  $\alpha = 0,05$ .

Kesimpulan tingkat kemaknaan dapat dilakukan apabila hasil sebagai berikut:

- a.  $P \text{ Value} \leq 0,05$ , disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara variabel indenpenden dengan variabel dependen.
- b.  $P \text{ Value} > 0,05$ , disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel indenpenden dengan variabel dependen.

Hasil analisis bivariat dengan regresi logistik dipakai untuk menentukan Variabel yang layak secara statistik dapat diikuti sertakan ke model analisa selanjutnya (multivariat). Variabel yang dapat diikuti sertakan dalam analisis multivariat mempunyai nilai  $P \leq 0,25$ .

#### 4.6.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen). Dari hasil analisis multivariat dapat diketahui:

- a. Variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen?
- b. Apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi variabel lain atau tidak.
- c. Bentuk hubungan beberapa variabel independen dengan variable Dependen, apakah berhubungan langsung atau pengaruh tidak langsung.

Berikut adalah gambaran secara garis besar statistik yang digunakan untuk analisis multivariat :

Variabel Independen	Variabel dependen	Jenis uji
Kategorik (sifat dengan numerik)	Katagorik	Uji regresi logistik

Uji interaksi dilakukan pada model terbaik dan terakhir untuk melihat adanya interaksi dari variabel dependen yang ada dalam model . Interaksi adalah suatu keadaan dimana hubungan satu variabel independen dengan variabel dependen akan berbeda-beda dan hubungannya pada tiap perubahan nilai variabel independen yang lain. Dapat dilihat dari P value, bila  $P \leq 0,05$  maka terjadi interaksi antar variabel dan variabel tersebut dimasukkan dalam model.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Daerah Penelitian

##### 5.1.1 Keadaan geografis Kota Metro

Lokasi penelitian adalah Kota Metro meliputi areal daratan seluas 68,74 km<sup>2</sup>, terletak pada bagian tengah Provinsi Lampung yang berbatasan dengan:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Punggur Kabupaten Lampung Tengah dan Kecamatan Pekalongan Kabupaten Lampung Timur.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Metro Kibang Kabupaten Lampung Timur dan Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan.
- c. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Pekalongan dan Kecamatan Batanghari Kabupaten Lampung Timur.
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Trimurjo Kabupaten Lampung Tengah.

Secara geografis Kota Metro terletak pada kedudukan:

- a. Timur-Barat antara : 105° 15' Bujur Timur sampai 105° 20' Bujur Timur.
- b. Utara- Selatan antara : 5° 5' Lintang Selatan sampai 5° 10' Lintang Selatan.

Berdasarkan karakteristik topografinya, Kota Metro merupakan wilayah yang relative datar, tekstur tanah lempung dan liat berdebu, berstruktur granular sertalik jenis tanah podzolik merah kuning sedikit berpasir. Sedangkan secara geologis Wilayah Kota Metro didominasi oleh batuan endapan gunung berapi Jenis QW. Kota Metro beriklim humid tropis dengan kecepatan angin rata-rata



70 km/hari. Ketinggian wilayah berkisar antara 25-60 m, dari permukaan laut untuk (dpl), suhu antara 26C- 29C, kelembaban udara 80% - 88% dan rata-rata curah hujan pertahun 2264-2868 mm.

### 5.1.2 Jumlah Penduduk

Kota Metro secara administratif terdiri dari (lima) 5 wilayah Kecamatan, yaitu Metro Pusat, Metro Barat, Metro Timur, Metro Utara dan Metro Selatan serta 22 Kelurahan, memiliki jumlah penduduk 152.459 jiwa, 32.750 KK, dengan kepadatan penduduk 2223 jiwa/km<sup>2</sup>.

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Penduduk Kota Metro Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin**

No	Umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	0-4	5081	5605	10686
2	5-9	5471	5975	11446
3	10-14	7039	7376	14415
4	15-19	8951	8666	17617
5	20-24	7990	6752	14742
6	25-29	8527	8271	16798
7	30-34	5835	6128	11963
8	35-39	5157	6096	11253
9	40-44	5148	5387	10535
10	45-49	4556	4673	9229
11	50-54	4750	4402	9152
12	55-59	3850	3828	7678
13	> 60	3026	3973	6999
<b>Jumlah</b>		<b>75381</b>	<b>77078</b>	<b>152459</b>

Sumber : BKCSKB Kota Metro Oktober 2007

Kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro dikelola oleh badan koprasia swasta sejak tahun 2000 sampai sekarang dengan jumlah anggota 30 peserta, tiap peserta diwajibkan membayar premi setiap bulan Rp 46.000;. Badan pengelola tersebut adalah BMT (Baitul Mal Wa Tamwil) Fajar, bekerja sama dengan PT Askes. Fasilitas dan pelayanan yang disediakan oleh provider adalah rawat jalan kedokter praktek umum yang ditunjuk, kedokter spesialis dengan rujukan dari dokter umum dan rawat inap di RSUD A.Yani Metro kelas III, dan berlaku hanya untuk peserta saja.

## 5.2 Analisis Data Univariat

### 5.2.1. Gambaran Kepesertaan JPKM Sukarela

Gambaran distribusi responden menurut kepesertaan JPKM sukarela pada saat penelitian dapat dilihat pada table 5.2

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela di Kota Metro Lampung Tahun 2008**

<b>Kepesertaan JPKM sukarela</b>	<b>Frek</b>	<b>%</b>
Tidak menjadi peserta	112	85,5
Menjadi peserta	19	14,5
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Kepesertaan JPKM sukarela dari 131 responden, 85,5 % tidak menjadi peserta JPKM, dan yang menjadi peserta JPKM 14,5 % responden, distribusinya tidak normal dilihat dari perbandingan skewness dan standard error lebih dari 2

menceng kekiri, 19,8% responden pernah menjadi peserta JPKM. Dari pertanyaan terbuka yang dijawab oleh responden ada beberapa pernyataan mengapa responden tidak menjadi peserta JPKM diantaranya adalah peserta JPKM terbatas, belum ada kejelasan, malas/tidak tertarik, pelayanan kesehatan kurang memuaskan, kader tidak mengurus lagi, tidak/belum tahu cara menjadi anggota JPKM, belum ada JPKM, tidak ada program dan belum ada yang mengkoordinir. Tetapi 94,7% responden setuju dengan program JPKM dengan alasan sangat membantu orang miskin, berobat menjadi murah, meringankan biaya sakit, berobat gratis, menjamin kesehatan, mudah mendapatkan pelayanan, membantu masyarakat/tolong menolong, tidak membayar dengan tunai, menambah pengalaman, mensejahterakan masyarakat, tidak pusing memikirkan biaya dan untuk pemeliharaan kesehatan.

### 5.2.2 Gambaran faktor-faktor dari dalam keluarga yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Faktor-faktor dari dalam keluarga menurut Umur KK, Jenis Kelamin KK, Pendidikan KK, Pengetahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga, Arti sakit bagi keluarga**

Variabel	Kategori	f	%
Umur KK	* Umur tidak produktif (65 th keatas)	3	2,3
	* Umur produktif (15-64 th)	128	97,7
Jenis Kelamin KK	* Perempuan	6	4,6
	* Laki-laki	125	95,4
Pendidikan KK	* Rendah (< SMU)	70	53,4
	* Tinggi ( $\geq$ SMU)	61	46,6
Pengetahuan KK	* Kurang ( Skor $\leq$ median )	83	63,4
	* Baik ( skor > median )	48	36,6

Variabel	Kategori	f	%
Pekerjaan KK	* Non formal (bekerja tidak terikat dengan aturan resmi: tani, dagang, buruh)	99	75,6
	* Formal (bekerja terikat dengan aturan resmi: PNS, ABRI, POLRI, Pamong desa, karyawan swasta)	32	24,4
Penghasilan KK	* < UMR (Rp 617.000)	65	49,6
	* ≥ UMR (Rp 617.000)	66	50,4
Jumlah anggota keluarga	* ≥ 4 orang	73	55,7
	* ≤ 3 orang	58	44,3
Arti sakit bagi keluarga	* Dianggap biasa saja	20	15,3
	* Dianggap berat	111	84,7

Berdasarkan tabel 5.3, dapat diketahui bahwa, frekuensi umur produktif KK 97,7%, umur tidak produktif 2,3%. Jenis kelamin KK mayoritas pria 95,4%, sedangkan jenis kelamin KK wanita 4,6%. Pendidikan KK rendah 53,4%, pendidikan KK tinggi 46,6%. Pengetahuan KK tentang JPKM kurang 63,4%, pengetahuan baik 36,6%. Pekerjaan KK disektor non formal 75,6%, dan yang bekerja disektor formal 24,4%. Penghasilan KK lebih atau sama dengan UMR 50,4%, dan 49,6% berpenghasilan dibawah UMR. Jumlah anggota keluarga yang ditanggung ≥ 4 orang 55,7%, jumlah anggota keluarga yang ditanggung ≤ 3 orang 44,3%. Arti sakit bagi keluarga, sakit dianggap hal biasa 15,3%, sakit dianggap suatu hal yang berat 84,7%.

### 5.2.3 Gambaran faktor-faktor dari luar keluarga yang mempengaruhi kepesertaan JPKM sukarela

**Tabel 5.4**  
Distribusi Frekuensi faktor-faktor dari Luar Keluarga Menurut Promosi JPKM, Dukungan pemerintah, Keberadaan asuransi lain, Pola Perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit, Lokasi pelayanan di Kota Metro Lampung tahun 2008

Variabel	Kategori	f	%
Promosi JPKM	* Belum pernah ada promosi JPKM	70	53,4
	* Sudah pernah ada promosi JPKM	61	46,6
Dukungan pemerintah	* Tidak ada dukungan dari pemerintah	50	38,2
	* Ada dukungan dari pemerintah	81	61,8
Keberadaan asuransi Lain	* Ada asuransi lain diluar JPKM	35	26,7
	* Tidak ada asuransi lain	96	73,3
Pola perilaku masyarakat Dalam menghadapi sakit	* Ditangani sendiri	28	21,4
	* Mencari bantuan orang lain	103	78,6
Lokasi pelayanan	* Jauh > 5 km	116	85,5
	* Dekat ( $\leq 5$ km)	15	14,5

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 131 responden belum pernah mendapat promosi/informasi JPKM 53,4%, sudah pernah mendapatkan promosi JPKM 46,6% pada umumnya pamong kelurahan dan kader kesehatan. Pernyataan responden tentang adanya dukungan pemerintah 61,8%, yang menyatakan tidak ada dukungan pemerintah 38,2%. Tidak ada asuransi lain 73,3%, ada asuransi lain 26,7%. Pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit 78,6% segera mencari bantuan orang lain, 21,4% ditangani sendiri. Lokasi pelayanan dengan menggunakan JPKM dekat 14,5%, jauh 85,5%.

### 5.3 Analisis Data Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan dengan menggunakan *chi square* dan *uji fishers exact test* dengan tabel 2x2 pada batas kemaknaan alpha 5% (0,05) dan *confident interval* (CI) 95%. Uji *fishers exact test* digunakan, dnilai *expected* (E) < 5 lebih dari 20% dari jumlah sel total.

#### 5.3.1 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan faktor-faktor dari dalam Keluarga

Hasil analisis bivariat faktor-faktor dari dalam keluarga :Umur KK, Jenis kelamin KK, Pendidikan KK, Pengetahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga dan Arti sakit bagi keluarga, dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5

Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan: Umur KK, Jenis Kelamin KK, Pendidikan KK, Pengatahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah Anggota Keluarga, Arti Sakit Bagi Keluarga di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

Variabel	Kepesertaan JPKM						p-value	OR CI 95%
	Non Peserta JPKM		Peserta JPKM		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Umur							0,327	
Tidak produktif	2	66,7	1	33,3	3	100	0,378	
Produktif	110	85,9	18	14,1	128	100		
Total	112	85,5	19	14,5	131	100		
Jenis Kelamin							1,705	
• Perempuan	6	100	0	0	6	100	0,592	
• Laki-laki	106	85,5	19	15,2	125	100		
Total	112	85,5	19	14,5	131	100		

Variabel	Kepesertaan JPKM						p-value	OR CI 95%
	Non Peserta JPKM		Peserta JPKM		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Pendidikan Rendah Tinggi Total	62	88,6	8	14,4	70	100	0,411	1,705 0,637- 4,561
	50	82,0	11	18,0	61	100		
	112	85,5	19	14,5	131	100		
Pengetahuan Kurang Baik Total	75	90,4	8	9,6	83	100	0,068	2,787 1,033- 7,517
	37	77,1	11	22,9	48	100		
	112	85,5	19	14,5	131	100		
Pekerjaan Non formal Formal Total	88	88,9	11	11,1	99	100	0,080	2,667 0,695- 7,369
	24	75,0	8	25,0	32	100		
	112	85,5	19	14,5	131	100		
Penghasilan < UMR ≥ UMR Total	59	90,8	6	9,2	65	100	0,146	2,412 0,856- 6,797
	53	80,3	13	19,7	66	100		
	112	85,5	19	14,5	131	100		
Jumlah anggota Keluarga * ≥ 4 Orang * ≥ 3 Orang Total	59	80,8	14	19,2	73	100	0,146	0,398 0,134- 1,178
	53	91,4	5	8,6	58	100		
	112	85,5	19	14,5	131	100		
Arti sakit bagi keluarga *Di anggap biasa *Dianggap berat Total	20	100	0	0	20	100	0,077	1,207 1,109- 1,313
	92	82,9	19	17,1	111	100		
	112	85,5	19	14,5	131	100		

### 5.3.1.1 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Umur

Hasil analisis bivariat antara umur dengan kepesertaan JPKM, diperoleh umur tidak produktif menjadi peserta JPKM sebanyak 1 orang, sedangkan umur yang produktif menjadi peserta JPKM ada 14,1%. Berdasarkan hasil analisis hubungan antara umur dengan kepesertaan JPKM diperoleh p value sebesar 0,0,378 ( $p > 0,05$ ) OR 0,327, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro tahun 2008.

### 5.3.1.2 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan jenis Kelamin

Analisis bivariat antara jenis kelamin dengan kepesertaan JPKM, diperoleh jenis kelamin KK perempuan tidak ada yang menjadi anggota JPKM, sedangkan jenis kelamin KK laki-laki sebanyak 19 orang. Hasil uji *fisher's exact* diperoleh nilai  $p = 0,592$ , OR 1,179, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki dengan kepesertaan JPKM, tetapi jenis kelamin laki-laki memiliki peluang 2 kali menjadi peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

### 5.3.1.3 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Pendidikan

Analisis bivariat antara pendidikan dengan kepesertaan JPKM sukarela, bahwa pendidikan rendah menjadi peserta JPKM sebanyak 8 orang, pendidikan tinggi sebanyak 11 (18,0). Hasil uji chi square diperoleh nilai p value sebesar 0,411 ( $p > 0,05$ ) OR 1,705 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis pendidikan rendah dan tinggi dengan kepesertaan JPKM



sukarela tetapi pendidikan tinggi memiliki peluang 2 kali menjadi peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.3.1.4 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Pengetahuan

Hasil analisis bivariat antara pengetahuan responden tentang JPKM dengan kepesertaan JPKM sukarela, terbukti bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik 22,9% sebagai peserta JPKM sukarela, dan responden yang mempunyai pengetahuan kurang tentang JPKM hanya 9,6% yang menyatakan sebagai peserta JPKM sukarela. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh p value sebesar 0,068 ( $p > 0,05$ ), sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan rendah dan pengetahuan baik tentang JPKM dengan kepesertaan JPKM sukarela. Hasil uji bivariat hubungan diperoleh hubungan OR 2,787 menyatakan bahwa secara klinis ada hubungan berpeluang 3 kali menjadi peserta JPKM sukarela. Dari pertanyaan terbuka yang disampaikan, KK tidak menjadi peserta JPKM karena tidak tahu cara menjadi peserta JPKM dan tidak tahu dimana tempat mendaftar sebagai peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.3.1.5 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Pekerjaan

Hasil analisis bivariat antara pekerjaan dengan kepesertaan JPKM sukarela, pekerjaan non formal menjadi peserta JPKM sebanyak 11 orang. bekerja formal sebanyak 8 orang (14,5%). Hasil uji *fisher's exact* diperoleh p value sebesar 0,080 ( $p > 0,05$ ) OR 2,667, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang bekerja non formal dan bekerja secara formal dengan

kepesertaan JPKM akan tetapi memiliki 3 kali peluang menjadi peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.3.1.6 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Penghasilan

Hasil analisis bivariat antara responden yang berpenghasilan  $<$  UMR menjadi peserta JPKM sebanyak 6 (9,2%), penghasilan  $\geq$  UMR sebanyak 13 (19,7%), Hasil uji *chi square* diperoleh p value sebesar 0,146 ( $p > 0,05$ ) OR 2,412 dapat disimpulkan bahawa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang penghasilan  $<$  UMR dan penghasilan  $\geq$  UMR, tetapi KK yang berpenghasilan  $>$  dari UMR memiliki peluang 2-3 kali menjadi peserta JPKM JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.3.1.7 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Jumlah Anggota Keluarga

Hasil analisis bivariat antara jumlah anggota keluarga dengan kepesertaan JPKM sukarela, terlihat bahwa jumlah anggota keluarga  $\geq 4$  orang menjadi peserta JPKM sebanyak 14 orang dan jumlah anggota keluarga  $\leq 3$  orang sebanyak 5 (8,6%). Hasil uji *chi square* diperoleh p value sebesar 0,146 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahawa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang jumlah anggota keluarga  $\geq 4$  orang dan jumlah anggota keluarga  $\leq 3$  orang dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.3.1.8 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Arti Sakit

##### Bagi Keluarga

Hasil analisis bivariat antara arti sakit bagi keluarga dengan kepesertaan JPKM, proporsi arti sakit dianggap hal biasa menjadi peserta JPKM sebanyak (0%),

sakit dianggap berat sebanyak 19 (17,1%). Hasil uji *fisher's exact* diperoleh p value sebesar 0,077 ( $p > 0,05$ ) OR 1,207 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang mengartikan sakit hal biasa dan sakit adalah hal yang berat, tetapi dengan melihat OR KK yang menganggap sakit adalah hal yang berat memiliki 1-2 kali kemungkinan menjadi peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Ada pernyataan responden tentang keluarga yang sering sakit 57,3% anak, 16,8% KK, 13,7% istri. Segera diobati 99,2%, tempat mencari pertolongan pengobatan 65,6% puskesmas, 21,4% diobati sendiri. Tanggapan tentang biaya pengobatan tanpa JPKM menyatakan murah sekali sebanyak 35,1% karena menggunakan Askeskin, 40,5% menyatakan biaya mahal, langsung membayar kepelayanan sebanyak 65,6%.

### **5.3.2 Hubungan antara Kepesertaan JPKM dengan faktor-faktor dari luar Keluarga**

Hasil analisis bivariat faktor-faktor dari luar keluarga terdiri dari: Promosi JPKM, Dukungan pemerintah, Keberadaan asuransi lain/askeskin, Pola perilaku Masyarakat Menghadapi sakit dan lokasi pelayanan Kesehatan, dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.

Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan: Promosi JPKM, Dukungan Pemerintah, Keberadaan asuransi lain/Askeskin, Pola Perilaku Masyarakat dalam Menghadapi Sakit, Lokasi pelayanan Kesehatan, di Kota Metro Lampung Tahun 2008

Variabel	Kepesertaan JPKM						p-value	OR CI 95%
	Non Peserta JPKM		Peserta JPKM		Total			
	N	%	N	%	N	%		
<b>Promosi JPKM</b>								
* Belum pernah ada promosi	62	88,6	8	11,4	79	100	0,411	
* Sudah pernah ada promosi	50	82,0	11	18,0	61	100		
<b>Total</b>	112	85,5	19	14,5	131	100		
<b>Dukunga Pemerintah</b>								
* Tidak ada dukungan	45	90,0	5	10,0	50	100	0,371	
* Ada Dukungan	67	82,7	14	17,3	81	100		
<b>Total</b>	112	85,5	19	14,5	131	100		
<b>Keberadaan asuransi lain</b>								
* Ada asuransi lain	27	77,1	8	22,9	35	100	0,174	
* Tidak ada asuransi lain	85	88,5	11	11,5	96	100		
<b>Total</b>	112	85,5	19	14,5	131	100		
<b>Perilaku Masy Menghdp</b>								
* Sakit	27	96,4	1	3,6	28	100	0,074	
* Ditangani sendiri	85	82,5	18	17,5	103	100		
* Mencari bantuan orang lain								
<b>Total</b>	112	85,5	19	14,5	131	100		
<b>Lokasi Pelayanan JPKM</b>								
* Jauh	101	87,1	15	12,9	116	100	0,232	
* Dekat	11	73,3	4	26,7	15	100		
<b>Total</b>	112	85,5	19	14,5	131	100		
<b>Keberadaan asuransi lain</b>								
* Ada asuransi lain	27	77,1	8	22,9	35	100	0,174	
* Tidak ada asuransi lain	85	88,5	11	11,5	96	100		
<b>Total</b>	112	85,5	19	14,5	131	100		

### 3.2.1 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Promosi JPKM

Analisis bivariat antara Promosi JPKM dengan kepesertaan JPKM, responden yang belum pernah mendapat promosi JPKM/informasi yang menjadi peserta JPKM sebanyak 8 orang, sedangkan yang sudah pernah mendapatkan promosi sebanyak 11 orang. Hasil uji *chi square* diperoleh p value sebesar 0,411 ( $p > 0,05$ ) OR 1,705 sehingga dapat disimpulkan secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara KK yang belum pernah mendapat promosi dan KK yang sudah mendapatkan promosi JPKM dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008, tetapi secara klinis diketahui bahwa 53,4% KK tidak tahu JPKM dengan alasan belum pernah mendapat informasi tentang JPKM dan yang tahu adalah KK yang bertugas sebagai kader/pamong kelurahan, dengan melihat OR kemungkinan KK sudah mendapat promosi/informasi tentang JPKM berpeluang 2 kali menjadi peserta JPKM.

### 5.3.2.2 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Dukungan Pemerintah

Analisis bivariat antara dukungan pemerintah dengan kepesertaan JPKM sukarela menunjukkan bahwa responden yang tidak mengetahui adanya dukungan pemerintah, menjadi peserta JPKM sebanyak 5 orang, dan yang mengetahui adanya dukungan pemerintah sebanyak 14 orang. Hasil uji *chi square* diperoleh p value sebesar 0,371 ( $p > 0,05$ ) OR 1,881 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara adanya dukungan pemerintah dan tidak adanya dukungan pemerintah dengan kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung

Tahun 2008. Persepsi dari responden dukungan pemerintah terhadap kepesertaan JPKM berbentuk bantuan Askeskin, BLT, didirikannya puskesmas/puskesmas pembantu, sosialisasi kepada RT/RW dan kader, tetapi dengan melihat OR KK yang mengetahui secara benar tentang JPKM dan ada dukungan pemerintah 2 kali kemungkinan menjadi peserta JPKM.

#### 5.3.2.3 Distribusi Responden Menurut Kepesertaan JPKM Sukarela dan Asuransi lain/Askeskin.

Analisis bivariat antara keberadaan asuransi lain dengan kepesertaan JPKM, proporsi responden yang tidak memiliki asuransi lain menjadi peserta JPKM sebanyak 8 (29,9%), dan responden yang memiliki asuransi lain sebanyak 11 (11,5%), Hasil uji *chi square* diperoleh p value sebesar 0,174 ( $p > 0,05$ ) OR 0,437, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang tidak memiliki asuransi lain dengan responden yang memiliki asuransi lain dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008, hal ini didukung adanya kebijakan politik pemerintah dengan program pengobatan gratis diseluruh pelayanan kesehatan dasar untuk seluruh warga yang ber KTP Kota Metro, baik yang mampu ataupun miskin.

#### 5.3.2.4 Distribusi Responden Menurut kepesertaan JPKM sukarela dan pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit

Analisis bivariat antara pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit dengan kepesertaan JPKM, responden yang berperilaku bila sakit di tangani sendiri memiliki JPKM 1 orang, responden yang berperilaku bila sakit segera mencari pertolongan kepada orang lain memiliki JPKM sebanyak 18 orang. Hasil uji *fisher's*

exact diperoleh p value sebesar 0,074 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang berperilaku menangani sendiri setiap ada masalah kesehatan dengan responden yang segera mencari pertolongan orang lain, tetapi Nilai OR 5,718 memiliki arti pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit segera mencari pertolongan orang lain memiliki peluang 5-6 kali menjadi peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.3.2.5 Distribusi Responden Menurut kepesertaan JPKM dan lokasi pelayanan JPKM

Hubungan antara lokasi pelayanan JPKM dengan kepesertaan JPKM, responden yang memiliki asumsi lokasi pelayanan jauh menjadi peserta JPKM sebanyak 15 orang, responden yang menyatakan lokasi pelayanan dekat 4 orang memiliki JPKM. Hasil uji *fisher's exact* diperoleh p value sebesar 0,232 ( $p > 0,05$ ) OR 2,448 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pelayanan jauh dan dekat dengan kepesertaan JPKM, tetapi masyarakat yang memiliki asumsi lokasi pelayanan dekat memiliki peluang 2-3 kali menjadi peserta JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008.

#### 5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat ini menggunakan uji regresi logistik ganda dengan model prediksi untuk mengetahui variabel-variabel independen yang dianggap dominan mempengaruhi variabel dependen. Dalam analisis ini dilakukan secara bertahap:

- 1) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen (faktor dari dalam dan dari luar keluarga) dengan variabel dependen (kepesertaan JPKM).
- 2) Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $P < 0,25$ , maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat (kandidat), jika variabel mempunyai nilai  $p > 0,25$  tetapi dianggap penting akan dimasukkan dalam model.
- 3) Tahap pemodelan multivariat: semua kandidat multivariat dimasukkan dalam model. Variabel yang nilai  $p > 0,05$  dikeluarkan dari model secara bertahap, jika ada perubahan  $OR > 10\%$  dari variabel lain maka variabel yang dikeluarkan dimasukkan kembali kedalam model sampai tidak ditemukan lagi nilai  $p > 0,05$ .

#### 5.4.1 Pemilihan kandidat multivariat

Analisis bivariat masing-masing variabel independen (faktor dari dalam keluarga dan faktor dari luar keluarga) dengan variabel dependen (kepesertaan JPKM sukarela). Variabel yang menjadi kandidat dapat dilihat pada tabel 5.7

**5.7**  
**Hasil analisis seleksi bivariat antara variabel independen dan variabel dependen**

No	Variabel	p value	Keterangan
1.	umur	0,406	memiliki Substansi
2.	Pendidikan	0,285	memiliki Substansi
3.	Pengetahuan	0,041	Kandidat
4.	Pekerjaan	0,065	Kandidat
5.	Penghasilan	0,086	Kandidat
6.	Jumlah anggota keluarga	0,081	Kandidat
7.	Promosi JPKM	0,285	memiliki Substansi
8.	Dukungan Pemerintah	0,006	Kandidat
9.	Asuransi lain/Askeskin	0,115	Kandidat
10.	Pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit	0,036	Kandidat
11.	Lokasi pelayanan JPKM	0,188	Kandidat



#### 5.4.2 Tahap pemodelan multivariat

Dari hasil seleksi bivariat semua variabel dimasukkan dalam pemodelan multivariat, selanjutnya dilakukan analisis multivariat dari sebelas variabel independen tersebut dengan variabel dependen. Hasil analisis pemodelan awal dapat dilihat pada tabel 5.8

5.8  
Model awal multivariat

No	Variabel	SE	P Value	OR	95% CI for (EXP B)	
					Lower	Upper
1	Umur	1,521	0,528	0,179	0,009	3,53
2	Pendidikan	0,568	0,86	0,89	0,245	3,321
3	Pengetahuan	0,64	0,042	3,686	1,051	12,931
4	Pekerjaan	0,387	0,625	1,506	0,292	7,774
5	Penghasilan	0,697	0,411	1,773	0,542	6,951
6	jumlah angk kelg	0,635	0,108	0,361	0,104	1,253
7	Promosi JPKM	0,696	0,407	0,562	0,144	2,197
8	Dukungan pemerintah	0,679	0,132	2,783	0,735	10,531
9	Asuransi lain (Askeskin)	0,737	0,225	0,409	0,096	1,773
10	Perilaku masy menhdp sakit	1,104	0,065	7,688	0,882	66,982
11	Lokasi pelayanan JPKM	0,854	0,925	0,923	0,735	10,531

Tahap 1, dari 11 variabel yang masuk dalam model, p value > 0,05 terbesar dikeluarkan dari model yaitu variabel Lokasi pelayanan JPKM (p = 0,925). Hasil analisis multivariat tidak ada perubahan OR > 10 % pada variabel lain, sehingga variabel lokasi dikeluarkan dari model.

Tahap 2, setelah Variabel lokasi dikeluarkan terjadi perubahan, p value yang terbesar adalah variabel pendidikan dengan demikian variabel pendidikan dikeluarkan dari model dan hasil analisis tidak terjadi perubahan OR > 10% pada variabel lain sehingga variabel pendidikan dikeluarkan dari model.

Tahap 3, Setelah dianalisis P value yang terbesar adalah pekerjaan, karena terjadi perubahan OR pada umur > 10%, maka variabel pekerjaan dimasukkan kembali dalam model

Tahap 4, hasil analisis p value terbesar penghasilan, tetapi terjadi perubahan OR >10% pada variabel lain, maka variabel penghasilan dimasukkan kembali dalam model.

Tahap 5, variabel yang terbesar p valuenya adalah promosi JPKM, dengan demikian dikeluarkan dari model. Hasil analisis perbandingan OR, ternyata perubahannya >10%, dengan demikian variabel promosi JPKM dimasukkan kembali dalam model karena dianggap memiliki substansi.

Tahap 6, selanjutnya P value terbesar adalah umur, hasil analisis setelah umur dikeluarkan ada perubahan OR >10%, dengan demikian umur masuk kembali dalam model.

Tahap 7, Variabel yang p valuenya terbesar adalah adanya asuransi lain/Askeskin dan dikeluarkan dari model, hasil analisis ada perubahan OR pada variabel lain >10%, sehingga variabel ini dimasukkan kembali kedalam model.

Tahap 8, variabel yang terbesar p valuenya adalah jumlah anggota keluarga, dengan demikian dikeluarkan dari model. Hasil analisis tidak ada perubahan OR > 10% dengan demikian variabel jumlah anggota keluarga dikeluarkan dari model.

Tahap 9, variabel yang terbesar nilai p valuenya, yaitu variabel dukungan pemerintah dan dikeluarkan dari model. Hasil analisis dukungan pemerintah terjadi perubahan OR > 10 %, dengan demikian variabel dukungan pemerintah secara substansi dimasukkan kembali dalam model.

Tahap 10, variabel terbesar nilai p valuenya adalah pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit dan dikeluarkan dari model, hasil analisis terjadi perubahan OR >10%, sehingga variabel tersebut dimasukkan kembali dalam model.

Hasil analisi pemodelan ke 10 setelah pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit dikeluarkan dari model, diperoleh variabel pengetahuan mempunyai nilai  $p < 0,05$ , maka tahap ini merupakan pemodelan tahap akhir, karena tidak ada lagi variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$ .

Hasil pemodelan multivariat akhir menunjukkan bahwa variabel pengetahuan berhubungan signifikan dengan variabel kepesertaan JPKM sukarela, nilai  $p = 0,043$ , OR 3,42, secara statistik variabel pekerjaan, penghasilan, promosi JPKM, umur, adanya asuransi lain/Askeskin, dukungan pemerintah dan pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit tidak berhubungan dengan kepesertaan JPKM sukarela. Faktor pengetahuan merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan kepesertaan JPKM sukarela dengan nilai  $p = 0,043$  OR 3,42. Model akhir pemodelan multivariat dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9  
Model Akhir Uji Multivariat

Variabel	SE	Wald	df	Sig	OR	95% C.I for EXP B	
						Lower	Upper
Pengetahuan	0,069	4,007	1	0,043	3,420	1,037	11,281
Pekerjaan	0,733	0,197	1	0,657	1,384	0,329	5,825
Penghasilan	0,663	1,203	1	0,273	2,070	0,564	7,594
promosi JPKM	0,668	0,418	1	0,518	0,649	0,175	2,409
Umur	1,469	1,098	1	0,295	0,215	0,012	3,820
Adanya askeskin	0,691	0,937	1	0,333	0,512	0,132	1,985
Dukungan Pemerintah	0,639	2,107	1	0,147	2,529	0,722	8,852
Pola perilaku masy dlm menghdp sakit	1,091	3,461	1	0,063	7,607	0,897	64,509

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data primer dari hasil survey (*desain non eksperimen*) langsung di masyarakat. Pengumpulan data secara potong lintang (*cross sectional*) untuk memperoleh data tentang faktor-faktor dari dalam keluarga dan faktor-faktor dari luar keluarga yang mempengaruhi kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sukarela, sehingga kepekaan hasil penelitian ini tidaklah sepeka penelitian analitik murni yang dapat menjelaskan sebab akibat.

Mengingat responden dari sample terpilih baik jumlah dan tempat tinggalnya yang tersebar di 5 (lima) Kecamatan, setiap kecamatan diambil 1 (satu) kelurahan di Kota Metro, maka pengumpulan data untuk memperoleh data primer, peneliti dibantu oleh 10 (sepuluh) orang kader kesehatan/pamong kelurahan yang sudah dilatih.

Data sekunder terdiri dari letak geografis, jumlah penduduk dan jumlah penduduk yang memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang dikumpulkan oleh peneliti, diambil dari data kependudukan (BKCSKB Kota Metro) dan profil Dinas Kesehatan Kota Metro.

Data primer diperoleh dari hasil wawancara terstruktur menggunakan kuesioner. Untuk memperjelas data yang diharapkan di dalam kuesioner

itambahkan pertanyaan terbuka untuk menggali informasi dari masyarakat tentang JPKM.

## 6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

### 6.2.1 Kepesertaan JPKM Sukarela

Kepesertaan JPKM sukarela yang di kaji dalam penelitian ini adalah Jaminan Pemeliharaan kesehatan masyarakat yang bersifat social artinya jaminan berasal dari kemandirian masyarakat dan kegotong royongan bukan yang bersifat komersil atau sejenis bantuan untuk masyarakat miskin. Kepesertaan JPKM sukarela secara nasional masih rendah 0,3% dari jumlah penduduk Indonesia SUSENAS (2004 dalam Depkes RI 2006). Hasil penelitian di Kota Metro Lampung menunjukkan dari 131 responden KK (Kepala Keluarga) 14,5% menjadi peserta JPKM sukarela.

Dari pertanyaan terbuka yang dijawab oleh responden, pernyataan mengapa responden tidak menjadi peserta JPKM sukarela, hal tersebut dikarenakan oleh ketidak tahuan dan kurangnya informasi masyarakat tentang JPKM. Akan tetapi disisi lain 94,5% responden setuju dengan program JPKM, didukung oleh pernyataan responden sebagai berikut: Sangat membantu orang miskin, berobat menjadi murah, meringankan biaya sakit, berobat gratis, menjamin kesehatan, mudah mendapatkan pelayanan, membantu masyarakat/tolong menolong, tidak membayar dengan tunai, menambah pengalaman, mensejahterakan masyarakat, tidak pusing memikirkan biaya dan untuk pemeliharaan kesehatan.

Dari pernyataan responden tidak menjadi peserta JPKM tetapi setuju dengan program JPKM sebanyak 45,5% masyarakat memiliki persepsi bahwa program JPKM untuk masyarakat miskin. Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang

disampaikan oleh Indriati, 2000, tentang kesediaan ikut JPKM, kepemilikan tabungan khusus untuk kesehatan dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan di Dati II Purwakarta tahun 1998, menunjukkan minat responden ikut JPKM 43,6%. Iuran yang bersedia di bayar RP1000;/keluarga/bulan, 36,5 %, pengelola JPKM yang diinginkan PKK 22,8% dan kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM Kabupaten Lampung Barat Propinsi Lampung, faktor paling berpengaruh terhadap kesinambungan kepesertaan dana sehat JPKM adalah: persepsi tentang JPKM.

## 6.2.2 Hubungan antara faktor-faktor dari dalam keluarga dan faktor-faktor dari luar Keluarga

6.2.2.1 Hubungan antara Kepesertaan JPKM dengan faktor-faktor dari dalam keluarga. Faktor-faktor tersebut terdiri atas variabel :Umur KK, Jenis kelamin KK, Pendidikan KK, Pengetahuan KK, Pekerjaan KK, Penghasilan KK, Jumlah anggota keluarga, Arti sakit bagi keluarga.

a. Variabel umur, umur produktif belum tentu menjadi peserta JPKM, apa lagi yang berusia/umur tidak produktif. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan dengan kepesertaan JPKM. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang disampaikan oleh Dunlop dan Zubkoff yang di kutip Trisnantoro 1998, dalam Sudjarwo dkk, 1998, bahwa semakin tua umur semakin sering sakit-sakitan, semakin meningkat keinginan untuk menjadi peserta JPKM. Semakin tua umur semakin banyak mempergunakan kartu pelayanan kesehatan, semakin tua usia seseorang lebih meningkat *demandnya* terhadap pelayanan kuratif dan diikuti pula dengan menurunnya *demand* terhadap pelayanan preventif.

- b. Variabel jenis kelamin, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada KK berjenis kelamin perempuan menjadi peserta JPKM sukarela, hal ini tidak sejalan dengan penemuan Madden, bahwa keluarga/kepala keluarga perempuan, lebih memilih untuk masuk menjadi anggota JPKM, (Madden, et al, <http://jhppl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/20/4/955>, 27 Maret 2008 at 12.30 WIB).
- c. Variabel pendidikan, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa pendidikan tinggi lebih banyak menjadi peserta JPKM walaupun hasil uji statistik diperoleh nilai p value sebesar 0,411 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis pendidikan rendah dan pendidikan tinggi dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Akan tetapi ditinjau dari segi frekuensi kepesertaan dalam JPKM sukarela sesuai dengan penelitian yang disampaikan oleh Langefielt dalam Walgio (2004), semakin tinggi tingkat pendidikan maka cara pandang orang tersebut terhadap segala sesuatu kehidupan masyarakat akan lebih luas. Semakin dewasa seseorang maka sikapnya terhadap sesuatu yang dianggapnya bermanfaat akan lebih rasional. Sejalan dengan hal tersebut diatas semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan lebih baik sikapnya terhadap Kepemilikan JPKM.
- d. Variabel pengetahuan tentang JPKM, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan baik lebih banyak menjadi peserta JPKM, walaupun hasil uji bivariat diperoleh p value sebesar 0,068 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kurang dan pengetahuan baik dengan kepesertaan JPKM sukarela di Kota Metro Lampung Tahun 2008 secara statistik, ditinjau dari segi klinis responden yang kurang pengetahuannya tentang JPKM sukarela lebih kecil kepesertaannya dalam JPKM hal ini sejalan/ sesuai

dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Widwiono (2004), dalam penelitiannya menemukan 49,4% responden dari 163 responden yang menjadi peserta JPKM Yayasan Dana Sehat Karya Husada Kota Madiun mendapatkan informasi dan pendidikan dari kelompok PKK. Semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat tentang JPKM semakin meningkat ketertarikan masyarakat untuk menjadi peserta JPKM.

e. Variabel pekerjaan, proporsi bekerja non formal menjadi peserta JPKM lebih banyak dibandingkan yang bekerja secara formal. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,80 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang bekerja non formal dan bekerja secara formal dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Karena responden yang bekerja secara formal sudah memiliki asuransi kesehatan (Askes). Penelitian ini sesuai dengan penemuan Seri (2002), dalam penelitiannya menemukan ada kecenderungan hubungan antara pekerjaan dengan kepesertaan JPKM sukarela. Madden (2008), keluarga/kepala keluarga yang tidak mempunyai pekerjaan tetap, lebih memilih untuk masuk menjadi anggota JPKM. Asnah (2001), kepemilikan tabungan kusus untuk kesehatan bagi ibu yang bekerja memiliki kecenderungan 2,193 kali dibanding ibu yang tidak bekerja

f. Variabel penghasilan, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa penghasilan  $\geq$  UMR lebih banyak menjadi peserta JPKM, walaupun hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,146 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang penghasilan  $<$  UMR dan penghasilan  $\geq$  UMR dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Akan tetapi



penghasilan berpengaruh terhadap kemampuan untuk menyisihkan biaya kesehatan (sebagai peserta JPKM), jika tingkat penghasilan rendah untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari saja masih kurang apalagi untuk biaya kesehatan, walaupun kesehatan juga merupakan kebutuhan pokok. Dilihat dari hasil cakupan JPKM yang masih rendah presentase pemilikan JPK adalah 21% (SUSENAS, 2004). Masyarakat (KK) dengan penghasilan tetap cenderung menjadi anggota JPKM (Kiantini, 1999). Hasil penelitian factor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kartu pelayanan kesehatan oleh peserta JPKM koperasi KUD Sari Mulyo di Puskesmas Nanggulan, didapatkan hubungan yang bermakna antara keadaan social ekonomi yang cukup keluarga lebih peka dan lebih dini untuk memecahkan masalah kesehatan dan memungkinkan keluarga untuk memeriksakan kesehatannya ke puskesmas dengan menggunakan kartu pelayanan kesehatan (Sudjarwo, dkk, 1998).

g. Variabel jumlah anggota keluarga, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga  $\geq 4$  orang lebih banyak menjadi peserta JPKM, jumlah anggota keluarga  $\leq 3$  orang lebih sedikit menjadi peserta JPKM. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,146 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang jumlah anggota keluarga  $\geq 4$  orang dan jumlah anggota keluarga  $\leq 3$  orang dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Seri (2002), mengemukakan: ada kecenderungan hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kepesertaan JPKM Jasma Angsana Di Kota Singkawang. Amelia dan Mukti (2004), hasil kualitatif bahwa responden yang mempunyai anggota keluarga 6-10 orang merasakan keberatan untuk membayar premi. Madden (2008), memiliki anggota keluarga yang rentan penyakit/resiko sakit, anak-anak yang masih kecil,

anak-anak yang masih sekolah, kepala keluarga wanita mendorong untuk masuk JPKM, namun jumlah anggota keluarga yang terlalu besar menyebabkan jumlah premi yang dibayar juga besar sehingga keluarga seperti tersebut tidak mampu masuk JPKM.

h. Variabel arti sakit bagi keluarga, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa proporsi arti sakit dianggap hal biasa tidak ada yang menjadi peserta JPKM, sakit dianggap berat 100% menjadi peserta JPKM. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,077 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang mengartikan sakit hal biasa dan sakit adalah hal yang berat dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Walaupun tidak signifikan hasil uji statistik tetapi sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa semakin tua umur semakin sering sakit-sakitan, semakin meningkat keinginan untuk menjadi peserta JPKM hal ini dikemukakan oleh Dunlop dan Zubkoff yang dikutip Trisnantoro dalam Sudjarwo dkk, 1998.

#### 6.2.2.2 Hubungan antara Kepesertaan JPKM dengan faktor-faktor dari luar keluarga.

Faktor-faktor dari luar keluarga terdiri dari variabel: Promosi JPKM, Dukungan pemerintah, Keberadaan asuransi lain/askin, Pola perilaku masyarakat menghadapi sakit dan lokasi pelayanan Kesehatan.

a. variabel Promosi JPKM, hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa responden yang sudah pernah mendapat promosi JPKM/informasi tentang JPKM lebih banyak menjadi peserta, sedangkan yang hasil uji *chi square* diperoleh p value sebesar 0,411 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang

signifikan antara responden yang belum pernah mendapat promosi dan responden yang sudah mendapatkan promosi JPKM dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Tetapi ditinjau dari segi frekuensi responden yang pernah mendapatkan promosi tentang JPKM lebih banyak menjadi peserta JPKM.

Promosi kesehatan kurang dapat berperan dalam arus tengah (*mainstream*) pembangunan kesehatan. Hal ini terutama akibat kurangnya saling hubungan (*linkage*) antara pengelola promosi kesehatan ditingkat pusat dengan pengelola promosi kesehatan ditingkat provinsi, kabupaten, dan kota, sejak dilaksanakannya otonomi daerah (Dep Kes RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2005). Semakin gencar promosi tentang JPKM semakin meningkat kepesertaan JPKM, 41% responden menyatakan tidak mengerti tentang JPKM (*managed care*) sehingga tidak mendaftarkan diri menjadi anggota JPKM (*managed care*), (Morton, <http://mcr.sagepub.com/cgi/content/abstract/55/2/211>, 27 Maret 2008 jam 12.30 WIB)

b. Variabel dukungan pemerintah, hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mengetahui adanya dukungan pemerintah menjadi peserta JPKM sebanyak 17,3%. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,371 ( $p > 0,05$ ), disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang mengetahui adanya dukungan pemerintah dan tidak tahu adanya dukungan pemerintah dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Pernyataan responden yang tahu bentuk dukungan pemerintah dalam bentuk bantuan untuk Askin, raskin dan BLT, dari pernyataan responden yang tahu bentuk dukungan pemerintah dan yang lainnya menyatakan: fasilitas murah, Askes, program pemerintah, belum jelas, penyuluhan kesehatan, bentuk asuransi kesehatan, Jamsostek, sosialisasi ke RT/RW

dan kadernya, kalau tidak cocok boleh ditukar, banyak didirikan puskesmas/puskes pembantu, membantu sesuai bentuk porsi. Kebijakan pemerintah Propinsi Lampung dengan adanya pengobatan gratis diseluruh pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) tidak sesuai dengan UU NO 23 Tahun 1992 pasal 16 ayat 1 pemerintah membina mengembangkan dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM),

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan semakin kuat dukungan pemerintah, semakin berkembang JPKM. Dukungan diberikan baik kepada perusahaan (bapel) JPKM dan langsung kepada peserta (subsidi terhadap pegawai), (Madden, et al, <http://jhppl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/20/4/955>, 27 Maret 2008 at 12.30 WIB). Karena persepsi masyarakat di Kota Metro Lampung bentuk dukungan pemerintah untuk pengembangan JPKM adalah bantuan masyarakat miskin.

c. Variabel keberadaan asuransi lain (Askeskin), hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang memiliki asuransi lain sebanyak 11 (11,5%), Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,174 ( $p > 0,05$ ), disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang tidak memiliki asuransi lain dengan responden yang memiliki asuransi lain dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Tetapi ditinjau dari pernyataan responden bahwa persepsi yang dimiliki masyarakat bahwa JPKM adalah jaminan untuk orang miskin, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa: Dana Kesehatan Rakyat melalui pajak (di NTT) setelah program JPS berjalan, dana sehat tidak berkembang. Dasar paket komprehensif, mendorong upaya promotif & preventif dikembangkan melalui bantuan luar negeri: USAID, HP4/Bank Dunia, FHN/ADB

kepesertaan sukarela, pengembangan berjalan lambat: mencakup 0,5% penduduk (SUSENAS, 2004) peran berkurang/hilang, setelah program Askes-kin berjalan (Kosen et a, 2005).

d. Variabel pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit, hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi responden yang berperilaku bila sakit segera mencari pertolongan kepada orang lain 18 orang menjadi peserta JPKM sukarela. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,074 ( $p > 0,05$ ), disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang berperilaku menangani sendiri setiap ada masalah kesehatan dengan reponden yang segera mencari pertolongan orang lain dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008, hasil pernyataan responden untuk mencari pertolongan kepada orang lain karena dekat, murah, gratis (masyarakat berasumsi untuk askin), tetapi yang tidak mau menjadi peserta JPKM dengan alasan malas, tidak tertarik, pelayanan berbelit-belit/tidak memuaskan, keberatan bila bayar tiap bulan dan tidak tahu. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang disampaikan oleh Mukti dan Amelia (2004), perilaku kepesertaan JPKM sukarela di pengaruhi oleh premi yang terlalu tinggi, pelayanan kesehatan di PPK dan paket pemeliharaan kesehatan yang belum memuaskan serta profesionalisme dan bapel yang belum baik merupakan faktor yang menyebabkan peserta JPKM berhenti.

e. Variabel lokasi pelayanan JPKM, hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi responden yang menyatakan lokasi jauh sebanyak 85 % menjadi peserta JPKM. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,232 ( $p > 0,05$ ), dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pelayanan jauh dan dekat dengan kepesertaan JPKM di Kota Metro Lampung Tahun 2008. Pernyataan dari responden

yang tidak menjadi peserta JPKM pada umumnya tidak tahu tempat pelayanan kesehatan dengan JPKM dan persepsi masyarakat yang menyatakan lokasi dekat pada umumnya puskesmas atau puskes pembantu dan rumah sakit untuk melayani masyarakat miskin. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa, lokasi pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi keterjangkauan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, ditinjau dari geografisnya, kemudahan transportasi, jauh/dekat, biaya untuk mencapai lokasi, hal ini juga mempengaruhi kepesertaan JPKM. Kemudahan untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan meningkatkan minat masyarakat untuk mendaftar sebagai peserta JPKM.

Hasil uji statistik bivariat antara variabel independen (faktor-faktor dari dalam keluarga dan faktor-faktor dari luar keluarga) dengan variabel dependen (kepesertaan JPKM sukarela) disimpulkan tidak ada berhubungan yang signifikan secara statistik, tetapi ditinjau dari sudut pernyataan yang disampaikan oleh responden dari pertanyaan terbuka memiliki hubungan. Pernyataan responden sebagai berikut:

a. Tidak menjadi peserta JPKM dengan alasan: Peserta JPKM terbatas, Belum ada kejelasan, malas tidak tertarik, pelayanan kurang memuaskan, kader tidak mengurus lagi, belum tahu dan tidak tahu apa itu JPKM, tidak tahu bagaimana cara menjadi anggota JPKM dan dimana tempatnya, belum mendapatkan informasi atau sosialisasi, karena punya Askes PNS, punya Askin, merasa miskin sehingga tidak layak menjadi anggota JPKM, tidak mendapatkan BLT, tidak ada program dan belum dikoordinir.

- b. Menjadi peserta JPKM dari 14,5% dengan alasan: mudah mendapatkan pelayanan, supaya berobat gratis mempunyai Askin, jadi anggota dilingkungan PKK/dasawisma, anggota Askes, mempunyai sifat gotong royong, memiliki asuransi equity.
- c. Tidak setuju dengan program JPKM sebanyak 4,6% dengan alasan: Berbelit-belit mengurusnya, keberatan bila bayar tiap bulan, tidak tahu apa itu JPKM.
- d. Menyatakan setuju dengan program JPKM sebanyak 95,4% responden dengan alasan: sangat membantu orang miskin, berobat murah, meringankan biaya bila sakit, berobat gratis, untuk jaminan kesehatan, mudah pelayanannya, dapat menolong orang lain, tidak bayar tunai, menambah pengalaman, mensejahterakan masyarakat, tidak pusing memikirkan biaya sakit.
- e. Pernyataan responden yang tidak tahu bentuk dukungan dari pemerintah sebanyak 38,2% antara lain sebagai berikut: meng
- f. Dari 61,8% responden yang tahu bentuk dukungan pemerintah pernyataannya sebagai berikut: Bantuan Askin, Raskin, BLT, fasilitas murah, Askes, program pemerintah, berobat gratis, belum jelas, penyuluhan kesehatan oleh petugas, bentuk asuransi kesehatan, Jamsostek, sosialisasi ke RT/RW/kader, kalau tidak cocok boleh di tukar, didirikannya pos kesehatan kelurahan, membantu obat-obatan ke puskesmas, banyak didirikan puskesmas/puskesmas pembantu baru, membantu sesuai dengan porsi dan imunisasi gratis.

Jadi dari beberapa pernyataan responden dapat disimpulkan bahwa persepsi yang ada dimasyarakat tentang JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) adalah jaminan untuk masyarakat miskin hal ini dikarenakan informasi tentang JPKM tidak sampai ke masyarakat dan penjelasannya pun bias antara jaminan

social kesehatan untuk orang miskin yang sifatnya sementara dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang mandiri, juga didukung adanya kebijakan pemerintah daerah dengan pengobatan gratis diseluruh pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) yang membuat ketergantungan masyarakat kepada pemerintah semakin meningkat dan pengembangan program JPKM sukarela terhambat.

#### 6.2.2 Faktor dominan yang berhubungan dengan kepesertaan JPKM sukarela.

Hasil analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan kepesertaan JPKM adalah variabel pengetahuan ( $p= 0,043$ , OR 3,42) artinya pengetahuan yang tinggi mempunyai peluang 3,4 kali atau 4 kali menjadi peserta JPKM sukarela di Kota Metro Lampung. Sedangkan variabel yang masuk dalam kandidat multivariat adalah umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, penghasilan, jumlah anggota keluarga, promosi JPKM, dukungan pemerintah, adanya asuransi lain /Askeskin, pola perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit dan lokasi pelayanan dengan JPKM. Ada dua (2) variabel yang tidak diikutkan dalam kandidat multivariat yaitu variabel jenis kelamin KK dan arti sakit bagi keluarga hal ini dikarenakan nilai CI 95% 000 dan OR masing-masing  $3E+008$  sehingga tidak dapat dikoreksi.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan survei data primer dari 131 responden tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela di Kota Metro tahun 2008, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil penelitian ini lebih cenderung mengacu pada model Health Belief Model yang dikembangkan oleh Backer (1974), kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider. Penelitian ini menemukan bahwa tindakan pencegahan terutama dipengaruhi oleh factor lingkungan (luar keluarga) yaitu keberadaan Askin, perilaku masyarakat dalam menghadapi sakit dan dukungan pemerintah.
2. Responden yang menjadi peserta JPKM dalam penelitian di Kota Metro hanya 14,5%, hal ini disebabkan oleh promosi tentang JPKM yang belum sampai kemasyarakat (53,4% responden meyakini belum pernah mendapatkan informasi tentang JPKM), diperkuat oleh kenyataan bahwa tingkat pendidikan responden 53,4% masih rendah, pengetahuan responden 63,4% kurang, penghasilan 49,6% dibawah UMR. Hal ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebanyak 57,25% responden tidak tahu bagaimana cara menjadi anggota JPKM, dimana tempat pelayanan dan siapa pengelolanya.

3. Hasil analisis bivariat tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel independen (faktor-faktor dari dalam keluarga dan dari luar keluarga) dengan variabel dependen (kepesertaan JPKM Sukarela), hal ini dimungkinkan karena jumlah sampel yang relatif masih kurang
4. Analisis multivariat sampai model akhir dapat disimpulkan sebagai berikut: variabel yang berhubungan bermakna dengan kepesertaan JPKM adalah variabel pengetahuan nilai  $p = 0,043$  OR 3,42 artinya KK yang memiliki pengetahuan baik tentang JPKM sukarela memiliki peluang 3-4 kali menjadi peserta JPKMsukarela di Kota MetroLampung. Dari pertanyaan terbuka yang diajukan kepada responden pernyataannya dapat disimpulkan bahwa, persepsi yang ada dimasyarakat tentang jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), adalah jaminan pemeliharaan kesehatan untuk orang miskin. Pengaruh negatif dari Askin dan sejenisnya melemahkan peran serta masyarakat (PSM) dalam pengembangan JPKM, yang pada hakekatnya JPKM adalah gotong royong dalam pemeliharaan kesehatan.

## 7.2 Saran

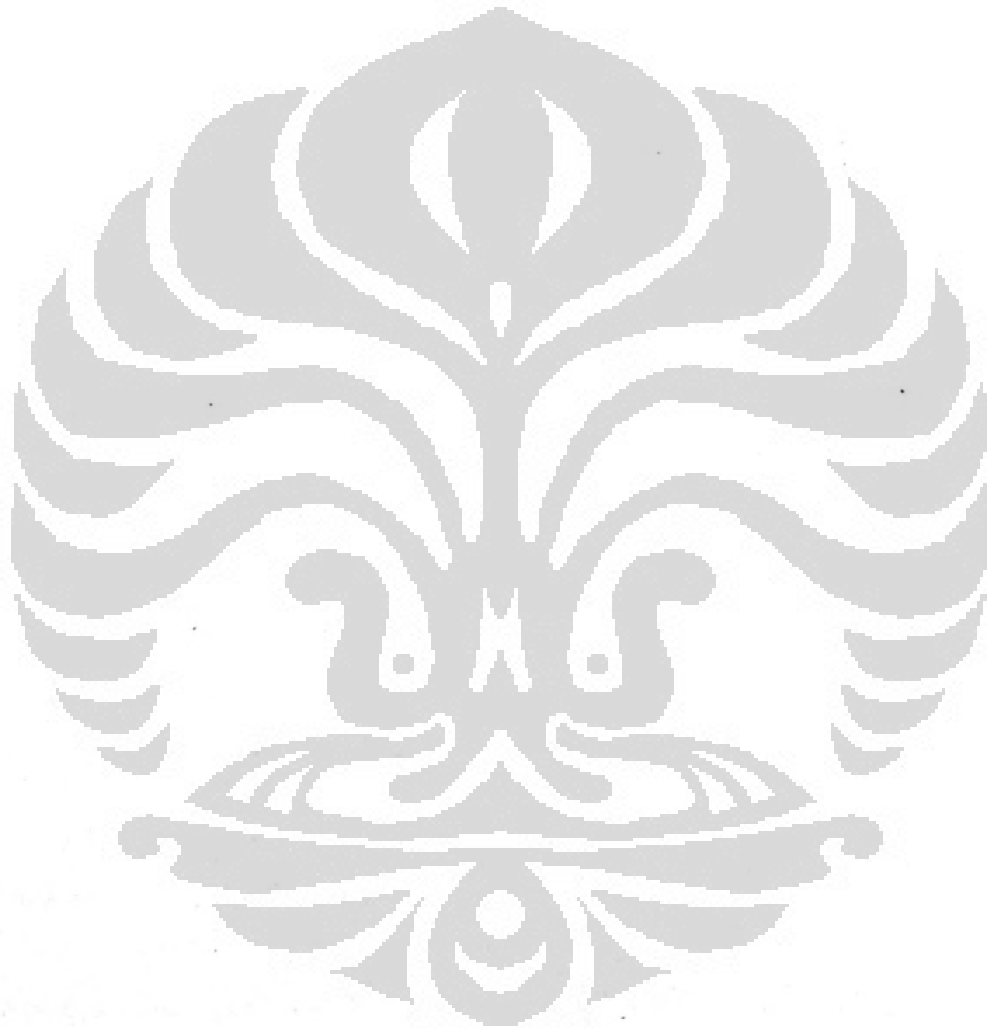
Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dan hasil yang diperoleh, uraian pembahasan dan kesimpulan, maka ada beberapa saran yang dapat disampaikan:

1. Program JPKM perlu lebih disosialisasikan kepada seluruh masyarakat secara utuh termasuk perbedaannya dengan Askin dan sejenisnya untuk lebih efektif perlu dicari strategi dan metode yang dikerjakan berdasarkan "evidence based" sehingga betul-betul dapat dipertanggung jawabkan.

2. Agar anggaran untuk program JPKM bagi masyarakat miskin sesuai dengan kriteria, sehingga lebih efektif dan lebih efisien karena saat ini banyak dimanfaatkan oleh masyarakat yang cukup mampu. Askeskin yang pada hakekatnya adalah bantuan sosial, perlu dijelaskan kepada masyarakat, terutama sifatnya yang sementara, sehingga masyarakat harus/dapat membedakan dengan JPKM yang sebagai dasarnya adalah kemandirian dan kemampuan masyarakat memelihara kesehatan diri sendiri
3. Aktifkan dan dukung program promosi JPKM sukarela, untuk pelaksanaannya perlu dikembangkan strategi dan program agar dapat memudahkan JPKM. Dengan melibatkan pihak swasta terutama dalam meningkatkan kesadaran masyarakat, diharapkan masyarakat mau dan mampu secara mandiri menjaga kesehatannya agar tidak selalu mengharapkan bantuan dari pemerintah. Fakta menunjukkan bila tidak ada bantuan biaya pemeliharaan kesehatan dari pemerintah angka kesakitan jadi meningkat. Bila peran serta masyarakat naik, ketergantungan pada pemerintah berkurang beban pemerintah akan lebih ringan.
4. Pemberi pelayanan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di masyarakat, sehingga program JPKM sukarela dapat berkembang dengan baik. Teori menyatakan bahwa kehadiran dan kemudahan mutu pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi system, tetapi mutu pelayanan kesehatan kurang memuaskan..
5. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menambah variabel yang lebih lengkap tentang JPKM dan menggunakan penelitian kualitatif sehingga diperoleh informasi yang lebih mendalam dan akurat tentang fakto-faktor yang mempengaruhi

perkembangan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) sukarela di Kota Metro.

6. Penelitian JPKM ini dapat diperluas ke daerah lain untuk mengantisipasi arus globalisasi yang tidak dapat dihindari.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, Iwan, 1998  
*Besar Dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*, Jurusan Biostatistik dan kependudukan, Depok.
- Azwar, Asrul, 2000  
*Sistem Pembiayaan Kesehatan Melalui JPKM*, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Jakarta.
- Asnah, 2001  
*Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kesenambungan Kepesertaan Dana Sehat JPKM Kabupaten Lampung Barat Propinsi Lampung*, Tesis program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Ancha, 2007  
*Analisis Perempuan Sebagai Kepala Keluarga*, [www.go.id](http://www.go.id), 17 Maret 2008 jam 15.30.
- Bahtiar, Adang dan kawan-kawan, 2002  
*Metodologi Penelitian kesehatan*, Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, UI Depok.
- BKKBN, 2004  
*Pendataan Keluarga; Selayang Pandang*, [www.BKKBN.go.id](http://www.BKKBN.go.id), 17 Maret 2008, jam 15.30 WIB.
- Badan Pusat statistik, 2005  
*Survei Sosial Ekonomi Nasional*, BPS, Jakarta.
- BKCS - KB, 2007  
*Data Kependudukan Tahun 2007*, Kota Metro
- Dep Dik Bud, 2002  
*Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi 3*, Balai Pustaka, Jakarta.
- Depkes RI, 2002  
*Kumpulan Materi Pelatihan Penyelenggaraan JPKM*, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2001  
*Pedoman Kerja Badan Pembina Bapel JPKM*, Jakarta.

, 2002

*Panduan Pembinaan Bapel JPKM, Kumpulan Materi, Diperbanyak oleh Bagian Proyek Peningkatan Usaha Kesehatan-PHP Provinsi Lampung.*

, 2002

*Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM (kumpulan Peraturan) JPKM, Diperbanyak oleh Bagian Proyek Peningkatan Usaha Kesehatan-PHP Provinsi Lampung.*

, 2002

*Pembinaan, Pengembangan dan Pendorongan JPKM, Acuan Bagi Badan Pembina, Diperbanyak oleh Bagian Proyek Peningkatan Usaha Kesehatan-PHP Provinsi Lampung.*

, 2005

*Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan, Kep Men Kes RI No: 1193/MENKES/SK/X/2004, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta.*

, 2006

*Rumah Tangga Sehat, Ayo! Lakukan Hidup Bersih dan Sehat, Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Indonesia 2004 DEP KES RI Pusat promosi Kesehatan & Badan Litbangkes Bekerjasama dengan Badan Pusat Statistik, Jakarta.*

, 2006

*Panduan Pembinaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Rumah Tangga melalui Tim Penggerak PKK, Pusat promosi Kesehatan & Badan Litbangkes Bekerjasama dengan Badan Pusat Statistik, Jakarta.*

Effendy, Nasrul, 1998

*Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.*

Green, Lawrence, 2000

*Health Promotion Planning an Educational and Environmental Approach, Institute of Health Promotion Research University of British Columbia, Mayfield Publishing Company, Mountain View Toronto London.*

Gubernur Lampung, 2007

*Keputusan Gubernur Lampung, Tentang Penetapan Upah Minimum Provinsi (UMP) Lampung, tahun 2008, Lampung.*

Hastomo, Sutanto, 2007

*Analisis Data Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.*

- Indriati, Lani, 2000  
*Kesediaan Ikut JPKM , Kepemilikan Tabungan khusus U Kesehatan dan Keterjangkauan Terhadap Pelayanan Kesehatan di Dati II Purwakarta th 1998*, Tesis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Kiantini, 1999  
*Penelitian Pendahuluan Tanggapan Masyarakat Tentang Program JPKM di desa Pasir Gunung Cimanggis Bogor Jawa Barat*, Tesis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Kosen, Soewarta, 1997  
*Bunga Rampai Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Indonesia*, Pusat penelitian dan pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kristanto, Yunivan, 2004  
*Gambaran Klaim RS Yang Bermasalah di Bapel JPKM" Sehat"*, Tesis, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Kusumawati, Ety, 2004  
*Pemanfaatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Oleh Keluarga Miskin di Kabupaten Klaten*, Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Kosen, Soewarta et al, 2005  
*Review Sistimatis Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin 1990-2005*, Pus Lit Bang Sistem dan Kebijakan Kesehatan- Badan Lit Bang Kesehatan, Jakarta
- Kresno, Sudarti, 2005  
*Aspek Sosial Budaya Dalam Kesehatan*, Program Studi S-2 Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Madden, et al  
*Voluntary Public Health Insurance For Low Income Families: The Decision to Enroll*, University of Woshingto, [http://jhpppl.dukejournals.org/cgi content / abstract/20/4/955](http://jhpppl.dukejournals.org/cgi/content/abstract/20/4/955), 27 Maret 2008 at 12.30 WIB.
- Mahlil, 2000  
*Analisis kebijakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat 1999*, Tesis program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Administrasi Kebijakan Kesehatan, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.

Morton, Lois W

*Medicaid Enrollment Choice Into Managed Care Health Plans*, Cornell University, <http://mcr.sagepub.com/cgi/content/abstract/55/2/211>, 27 Maret 2008 jam 12.30 WIB.

Mukti dan Amelia, 2004

*Analisis penurunan peserta Jaminan Pemeliharaan kesehatan masyarakat (JKM) Bapel Sintesa Kendari*, Jurnal Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2002

*Metodologi penelitian kesehatan*, Renika Cipta, Jakarta.

\_\_\_\_\_, 2003

*Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Renika Cipta, Jakarta.

\_\_\_\_\_, 2005

*Promosi Kesehatan teori dan Aplikasi*, Renika Cipta, Jakarta.

\_\_\_\_\_, 2007

*Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Renika Cipta, Jakarta.

Noviansyah, Kristiani, Fatwa Sari TD, 2006

*Persepsi Masyarakat Terhadap Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin*, Berita Kedokteran Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta.

Dinas Kesehatan Kota Metro, 2007

*Profil Dinas kesehatan Kota Metro*, Kota Metro Lampung.

Sulastomo, 1997

*Asuransi Kesehatan dan Managed Care*, Askes, PT.(Pesero) Asuransi Kesehatan Indonesia, Jakarta.

Sudjarwo, dkk, 1998

*Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan Oleh Peserta JKPM-Koperasi KUD Sari-Mulyo di Puskesmas Nanggulan*, Dinas Kesehatan, Kanupaten Kulonprogo, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 01/NO.03/1998, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.

Supardjono, 1999

*Perasuransian di Indonesia*, CV. Amelia Bhakti Jaya, Jakarta.



Setiaji, Bambang, 2001

*Studi Kualitatif Proses Pelaksanaan Kegiatan Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat ( PBHS ) Tataan Rumah Tangga, Studi kasus Di Daerah Panduan PHBS Kabupaten Bekasi, Jawa Barat ,Tahun 2000, Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.*

Sudjana, Nana, 2001

*Tuntunan Penyusunan Karya Ilmiah Makalah – Skripsi – Tesis – Desertasi, Sinar Baru Algensindo, Bandung.*

Seri, Usman, 2002

*Analisis terjadinya droup out peserta JPKM Jasma Angsana Di Kota Singkawang, Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.*

Sarwono, Solita, 2004

*Sosialisasi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.*

Thabrany, Hasbullah, 2005

*Asuransi Kesehatan Nasional, Pusat Kajian zekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEK)- Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI), Jakarta.*

Widwiono. 2004

*Determinan Kepesertaan Dana Sehat-JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) di Yayasan Dana Sehat Karya Husada Kota Madiun, <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2001-widwiono-1547-dana&q=jaminan>, 27 – 03 – 2008 jam 12.30 WIB.*

BMT Fajar Kota Metro, 2008

*Wawancara dengan pengelola JPKM sukarela dan data JPKM sukarela Kota, Metro, 5 Juli 2008.*

## KUISIONER

# PENELITIAN TENTANG FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) SUKARELA DI KOTA METRO TAHUN 2008

### Karakteristik Kepala Keluarga

Nomor Responden :  (diisi oleh peneliti)

Nama Kepala Keluarga (KK) : .....

Umur Kepala Keluarga (KK) : .....tahun.

Jenis Kelamin Kepala Keluarga (KK): L /P (lingkari salah satu)

### Pendidikan terakhir Kepala Keluarga (KK) :

- 1. Tidak tamat SD
- 2. Lulus SD/Sederajat
- 3. Lulus SMP/Sederajat
- 4. Lulus SLTA/Sederajat
- 5. Akademi/Perguruan Tinggi

### Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :

- 1. PNS/ABRI/POLRI (lingkari salah satu)
- 2. Karyawan Swasta
- 3. Dagang
- 4. Tani
- 5. Buruh
- 6. Wiraswasta
- 7. Lainnya (sebutkan) .....

### Pendapatan/penghasilan rata-rata per bulan :

- 1. Kurang dari Rp 617.000,-
- 2. Sama atau Lebih dari Rp. 617,000;

Umur anak yang terkecil : .....tahun

Jumlah anggota keluarga yang di tanggung : .....Orang

pengetahuan

Pilihlah salah satu jawaban (B) bila benar, (S) bila salah dan (T) bila tidak

ahu

Kepanjangan dari JPKM adalah Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat. (B) (S) (T)

Pelaksanaan JPKM berdasar/berazas kekeluargaan atau gotong royong. (B) (S) (T)

Salah satu manfaat/ kegunaan memiliki JPKM bagi masyarakat adalah masyarakat tidak mengeluarkan biaya sama sekali. (B) (S) (T)

Keuntungan memiliki JPKM adalah terjaminnya kesehatan peserta. (B) (S) (T)

Peserta JPKM membayar biaya pengobatan langsung ke pelayanan kesehatan yang ditunjuk. (B) (S) (T)

Jenis penyakit yang mendapat pelayanan kesehatan dalam JPKM sangat terbatas. (B) (S) (T)

Tempat pelayanan peserta JPKM hanya di puskesmas. (B) (S) (T)

Pengembalian biaya kesehatan kepada peserta JPKM dalam bentuk uang penggantian. (B) (S) (T)

Cara pembayaran yang diterapkan dalam JPKM adalah membayar dimuka (setor setiap bulan sesuai kesepakatan) (B) (S) (T)

Di dalam JPKM yang penting ada Bapel, Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan peserta. (B) (S) (T)

Pilihlah satu jawaban sesuai dengan pengalaman dan pengetahuan bapak/ibu

Apakah bapak/ibu pernah mendapat informasi tentang JPKM?

(Ya)

(Tidak) (Bila tidak no 12, 13, 14 tidak perlu di isi)

Bila ya, dari mana bapak/ibu dapat informasi ?.

- Petugas kesehatan
- Petugas asuransi
- Saudara
- Media: TV ,Radio , Koran , majalah

Bila ya tolong sebutkan dalam bentuk apa!

- Penyuluhan
- Brosur
- Poster
- Lain-lain (sebutkan).....

Tempat diperolehnya informasi tentang JPKM di:

- PKK
- Kelompok pengajian
- Arisan
- Di Kantor
- Lain-lain (sebutkan).....

5. Pernahkan bapak/ibu menjadi anggota JPKM?

- (ya)                       (Tidak)

6. Tahukah bapak/ibu dimana tempat pelayanan administrasi JPKM di Kota Metro?

- (ya)                       (Tidak)

7. Tahukah bapak/ibu cara untuk mendaftar menjadi anggota JPKM?

- (ya)                       (Tidak)

8. Apakah biaya JPKM memberatkan peserta JPKM.

- (Ya)                       (Tidak)

19. Apakah bapak/ibu merasa sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan JPKM?

- (ya)                       (Tidak)

20. Apakah bapak/ibu sekarang menjadi anggota JPKM?  
 (ya)                       (Tidak) → (ke no 22)

1. Bila ya mengapa, tolong jelaskan dengan singkat!

.....  
.....

2. Bila tidak mengapa, tolong jelaskan dengan singkat!

.....  
.....

3. Apakah bapak/ibu setuju dengan program JPKM?

(ya)                       (Tidak) → (ke no 25)

4. Bila setuju tolong jelaskan dengan singkat!

.....  
.....

5. Bila tidak setuju tolong jelaskan dengan singkat!

.....  
.....

**Masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga**

**Tuliskan salah satu jawaban sesuai dengan pengalaman bapak/ibu**

6. Dimana bapak/ibu mendapatkan pelayanan kesehatan ?

- Puskesmas
- Puskesmas dengan tempat perawatan
- RS dengan rujukan
- Dok ter Praktek
- Balai Pengobatan
- Bidan desa
- Perawat (mantri kesehatan)
- Lain-lain (sebutkan).....

27. Apa tindakan bapak/ibu bila ada anggota keluarga yang sakit?

- Segera diobati
- Di tunggu beberapa hari
- Di tunggu sampai sembuh sendiri
- Pasrah kepada takdir

28. Jika sakit, kemana bapak/ibu pertama kali mencari pertolongan ?

- Diobati sendiri
- Ketenaga kesehatan
- Puskesmas/RS/Balai Pengobatan Klinik
- Ke dokter
- Ke alternatif
- Ke dukun
- Lain-lain (sebutkan).....

29. Apa alasannya tolong jelaskan secara singkat!

.....

.....

**Arti sakit bagi keluarga**

30. Siapakah anggota keluarga bapak/ibu yang sering sakit? (anggota keluarga yang menjadi tanggungan).

- Istri
- Suami
- Anak
- Lain-lain (sebutkan).....

31. Umur berapa anggota keluarga bapak/ibu yang sering sakit? Tolong sebutkan!

.....

.....

32. Apa tanggapan bapak/ibu bila ada anggota keluarga yang sakit, coba jelaskan secara singkat!

.....  
.....

33. Bagaimana tanggapan bapak/ibu tentang biaya pengobatan tanpa JPKM?

- Murah sekali
- Murah
- Mahal
- Mahal sekali

34. Bagaimana cara pembayaran biaya pelayanan kesehatan bila tidak memiliki JPKM?

- Gratis
- Langsung membayar ke pelayanan kesehatan
- Mengajukan klaim ke perusahaan
- Melalui pihak ke 3

35. Siapa yang menanggung biaya kesehatan/pengobatan keluarga bapak/ibu?

- Ditanggung sendiri
- Ditanggung keluarga besar
- Ditanggung lingkungan
- Ditanggung perusahaan
- Ditanggung asuransi → (ke no 36)

36. Jika biaya ditanggung oleh asuransi, sebutkan asuransi apa!

- Askes
- Askeskin
- Jamsostek
- Dana sehat/DUKM
- Asuransi lainnya (sebutkan).....

**Kebiasaan keluarga menanggulangi sakit**

37. Jika ada anggota keluarga atau Saudara sakit, obat apa yang bapak/ibu gunakan?

- Obat-obatan dari medis
- Obat-obatan tradisional
- Obat medis dan tradisional
- Obat dari dukun

38. Bagaimana kepercayaan bapak/ibu bila ada anggota keluarga yang sakit berobat menggunakan pelayanan JPKM?

- Sangat percaya
- Percaya
- Ragu-ragu
- Tidak percaya

**VI Dukungan Pemerintah**

39. Adakah dukungan dari pemerintah dalam pengembangan JPKM?

- (Ya)                       (Tidak) → (ke no 41)

40. Bila ya tolong sebutkan dalam bentuk apa!

.....  
.....

41. Bila tidak mengapa? (sebutkan alasannya)

.....  
.....

**VII Lokasi pelayanan kesehatan**

42. Apakah ada lokasi pelayanan kesehatan dengan JPKM di daerah bapak/ibu

- (Ya)                       (Tidak) No 43, 44, 45,46, tidak di isi



43. Jarak rumah ke tempat pemberi pelayanan kesehatan dengan JPKM .
- 0-2 km
  - 2,5km- 5 km
  - 5 km lebih
44. Bagaimana pendapat bapak/ibu untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan dengan JPKM?
- Mudah sekali
  - Mudah
  - Sulit
  - Sulit sekali
45. Transportasi ke tempat pemberi pelayanan kesehatan dengan JPKM.
- Jalan kaki
  - Naik sepeda
  - Naik motor
  - Angkot
46. Bagaimana tanggapan bapak/ibu tentang biaya transportasi?
- Murah
  - Terjangkau
  - Mahal
  - Mahal sekali

Metro, .....2008

Numerator/Peneliti

---

UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. 7864975, FAX. 7863472

PT.02.H5.FKMUI/I/2008

penelitian dan menggunakan data

9 Mei 2008

Kantor Kesbang Linmas  
Depok  
Barat

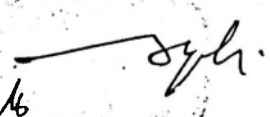
dengan penulisan tesis mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan  
Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Sri Wahyuningsih  
NPM : 0606020884  
Peminatan : Promosi Kesehatan  
Thn. Angkatan : 2006/2007

dapat melakukan penelitian dan menggunakan data yang akan dianalisis kembali dalam  
tesis dengan judul, "*Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepesertaan Jaminan  
Kesehatan Masyarakat (JPKM) Sukarela di Lampung Tahun 2008*".

konfirmasi selanjutnya agar dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan  
dan Ilmu Perilaku (PKIP) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di  
telepon (021) 7863475.

permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan kerja sama yang baik kami  
terima kasih.

Wakil Dekan FKMUI,  
  
DR. Dian Ayubi, SKM, MQIH  
NIP. 132 161 167

Pembimbing tesis

PEMERINTAH KOTA DEPOK  
KANTOR KESBANG DAN LINMAS KOTA DEPOK

Jln. Pemuda No. 70 B Pancoran Mas - Depok 16431  
Telp./Fax. (021) 77204704

**SURAT PEMBERITAHUAN PENELITIAN**

Nomor : 070 / 211 - Kesbang & Linmas

Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
UNIVERSITAS INDONESIA, Nomor : 2104/PT.02.H5.FKMUI  
/I/2008, Tanggal 9 Mei 2008, Perihal Rekomendasi  
Penelitian dan Permintaan Data

1. Peraturan Daerah Nomor 16 Tahun 2003, Tanggal 19 Nopember 2003,  
tentang Pembentukan & Susunan Organisasi Perangkat Daerah;  
2. Surat Keputusan Walikota Depok Nomor 52 Tahun 2004, Tentang Tugas  
Pokok dan fungsi unsur Organisasi Kantor Kesbang dan Linmas Kota Depok.

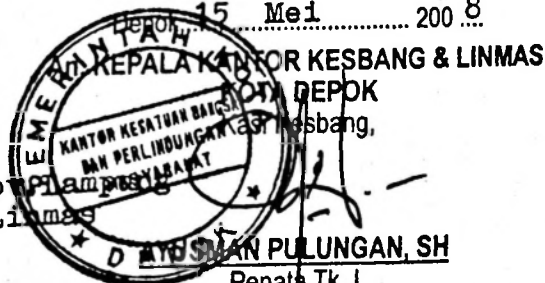
Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka,  
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya, Penelitian oleh ;

Nama : SRI WAHYUNINGSIH  
NIM/NPM : 0606020884  
Program Studi : KESEHATAN MASYARAKAT  
Kosentrasi/Pmt. : KESEHATAN MASYARAKAT  
Jurusan/Fakultas : " FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
KEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN  
KESEHATAN MASYARAKAT (JPKE)  
SUKARELA DI LAMPUNG TAHUN 2008"  
Lama : 1 (satu) bulan Tgl. 15-05-08 s/d  
Tempat : 25-6-2008  
Metro Lampung

Dengan Ketentuan sebagai berikut :

- Sebelum melakukan kegiatan Penelitian/Survey/TKA/PKI/ Magang, Mengumpulkan Data dan Observasi yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala Dinas/Badan/Lembaga/Kantor/Bagian yang dituju, dengan menunjukan surat pemberitahuan ini ;
- Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai /tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/topik masalah/tujuan akademik ;
- Apabila masa berlaku Surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan Izin kegiatan harus diajukan oleh Instansi Pemohon ;
- Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok Up. Kepala Kantor KESBANG & LINMAS Kota Depok ;
- Surat ini akan dicabut & dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas ;

Depok, 15 Mei 2008



Penata Tk. I  
NIP. 010 204 940

Tembusan : Disampaikan Kepada Yth.

- Walikota Depok (sebagai laporan) ;
- Kepala Badan Kesbang dan Linmas Provinsi Lampung
- Kepala Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro Lampung.
- Kepala Kota Metro Lampung.
- Kepala
- Ybs; SRI WAHYUNINGSIH.

**PE**  
**PROVINSI LAMPUNG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DAERAH**

Jalan WR. Monginsidi No. 69 Telp. (0721) 482201 Fax. (0721) 481304  
TELUKBETUNG

**IZIN PENELITIAN /SURVEI/PENGABDIAN/KKN/KKL**  
Nomor : 070/450/II.03/2008

- MEMBACA  
MENGINGAT
- : Surat dari Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Depok Nomor : 070/211-  
Kesbang & Linmas Tanggal 15 Mei 2008 perihal Izin Penelitian.
  - : 1. Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor 10 Tahun 2007 tentang  
Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah  
Provinsi Lampung.
  - 2. Keputusan Direktur Jenderal Sosial Politik Departemen Dalam Negeri  
Nomor 14 Tahun 1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian.
  - 3. Surat Keputusan Gubernur KDH Tingkat I Lampung Nomor : OP.030 /461/  
G.Sospol / 1985 tanggal 05 Pebruari 1985 tentang Permohonan Izin  
Penelitian/Survei bagi Dinas/Instansi dan Mahasiswa.

DENGAN INI DIBERIKAN IZIN KEPADA :

- nama / NPM : **SRI WAHYUNINGSIH / 0606020884**  
Pekerjaan : Mahasiswi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
Alamat : Desa Tempuran Rt. 8 Rw. 04 Kec. Trimurjo Lampung Tengah  
Lokasi : Kota Metro  
Waktunya : 19 Mei s.d. 25 Juni 2008.  
Peserta : -  
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.  
Tujuan : Mengadakan Penelitian dalam rangka Penelitian.  
Judul Penelitian : **"FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPESERTAAN JAMINAN  
PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) DI KOTA METRO  
LAMPUNG TAHUN 2008"**

CATATAN : Setelah selesai melaksanakan kegiatan berdasarkan Surat Izin ini agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Gubernur Lampung Cq. Kepala Badan Kesbang dan Politik Daerah Provinsi Lampung.

Dikeluarkan di : Bandar Lampung  
Pada Tanggal : 16 Mei 2008

**AB GUBERNUR LAMPUNG**  
**KEPADA BADAN KESBANG DAN POLITIK**  
Ud. Kabid Mastra,



**ERSHARTATI LENNY, M.M**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 460 033 004

REMBUSAN : Kepada Yth.  
Gubernur Lampung (sebagai laporan);  
Walikota Metro  
Cq. Kadis Kesbang dan Politik;  
Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UI .

**ETRO**  
**KANTOR KESBANG DAN LINMAS**  
Jl. KH. Arsyad No. 03 Telp. (0725) 41128  
KOTA METRO

**SURAT IZIN PENELITIAN / RESEARCH / SURVEY / PENGABDIAN / KKN / KKL**  
NOMOR : 070/45 /K-1/REG/2008

Surat Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor : 1719/PT.02.H5.FKMUI/1/2008 tanggal 21 April 2008 perihal Izin melakukan Penelitian dan menggunakan data.

1. Peraturan Daerah Nomor : 03 Tahun 2003, tanggal 24 Juni 2003 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Metro sebagaimana telah di ubah dengan peraturan Daerah Nomor 15 tahun 2006 khususnya Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Metro
2. Keputusan Direktur Jendral Sosial Politik Departemen Dalam Negeri Nomor : 14 tahun 1981, tanggal 13 Juni 1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian
3. Surat Gubernur KDH Tingkat I Lampung Nomor : OP.030/461/G.Sospol/1981 tanggal 5 Februari 1981 tentang Permohonan Izin Penelitian/Survey Bagi Dinas/Instansi dan Mahasiswa

MAKSUD SURAT TERSEBUT.

ININI MEMBERIKAN IZIN PENELITIAN KEPADA :

: **SRI WAHYUNINGSIH**  
: 0606020884  
: Mahasiswi  
: Tempuran Rt 08, Rw 04 Kec. Trimurjo Lampung Tengah  
: Kota Metro.  
: 1 (satu) bulan — (TMT 21 Mei s/d 21 Juni 2008)  
: -  
: Wakil Dekan Bidang Akademik  
: Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Tesis dengan judul :  
**"FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPESERTAAN  
JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM)  
DI KOTA METRO TAHUN 2008"**

selesai mengadakan Research/Survey/Penelitian/KKN/KKL/PPL agar melaporkan secara tertulis kepada Walikota Metro up. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat.  
diperkenankan mengadakan kegiatan lain diluar izin yang diberikan dan apabila terjadi kesempatan maka izin dicabut.

Ditetapkan di : Metro  
Pada Tanggal : 21 Mei 2008

an. KEPALA KANTOR KESBANG DAN LINMAS



**OTA METRO**  
**KECAMATAN METRO PUSAT**

Jl. Imam Bonjol No. 2 Metro Telp. (0725) 41678 Kode Pos - 34111  
www.metro.go.id

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

NOMOR : 070/ 1042 /C.1/2008

ini memberitahukan bahwa :

- : SRI WAHYUNINGSIH
- : 0606020884
- : Mahasiswi FKM Universitas Indonesia
- : Tempuran RT. 08 RW. 04
- : Kecamatan Trimurjo Lampung Tengah

mengadakan penelitian dilokasi Kelurahan Yosomulyo Kecamatan Metro Pusat Kota  
dengan judul :

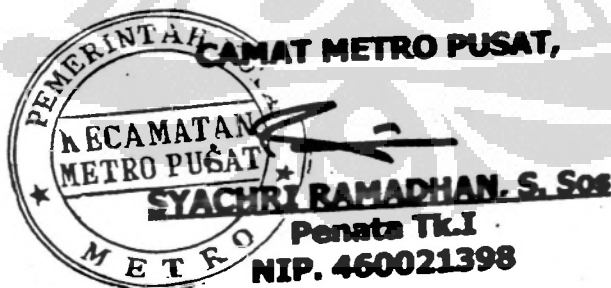
**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPERSERTAAN JAMINAN  
KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) DI KOTA METRO TAHUN**

(satu) bulan terhitung 21 Mei s/d 21 Juni 2008 dengan penanggung jawab Wakil  
Bidang Akademik.

Agar yang bersangkutan segera melaporkan hasil secara tertulis kepada Walikota  
Metro Up. Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro dan Kepada Camat Metro  
Pusat.

Agar Surat Keterangan Ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Metro, 21 Mei 2008



disampaikan kepada Yth,  
Walikota Metro  
Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro  
Kecamatan Metro  
Yosomulyo  
Dekan FKM Universitas Indonesia

PEMERINTAH KOTA METRO  
KECAMATAN METRO BARAT

Jalan Bhakti Praja No. 9 Telp. (0725) 49800

MULYOJATI

34125

SURAT IZIN PENELITIAN

NOMOR : 070/ 178 /C.3/2008

: Surat Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro Nomor : 070/45/K.I/REG/2008 tanggal 21 Mei 2008 perihal Surat Izin Penelitian/Research/Survey/Pengabdian/KKN/KKN.

: bahwa untuk kelancaran Pelaksanaan Penelitian dimaksud perlu mengeluarkan Surat Izin Penelitian.

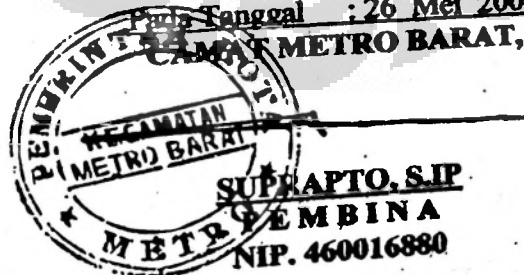
CAMAT METRO BARAT

Surat Izin Penelitian :

: Nama : SRI WAHYUNINGSIH  
: NPM : 0606020884  
: Pekerjaan : Mahasiswi  
: Alamat : Tempuran Rt. 08, Rw. 04 Kec. Trimurjo Lampung Tengah  
: Daerah / Lokasi : Kelurahan Mulyosari Kecamatan Metro Barat Kota Metro  
: Lamanya : 1 (satu) bulan ( TMT 21 Mei s.d 21 Juni 2008 )  
: Pengikut / Anggota : -  
: Penanggung Jawab : Wakil Dekan Bidang Akademik.  
: Tujuan : Mengadakan Penelitian untuk menyusun Tesis dengan judul :  
" FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
KEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN  
KESEHATAN MASYARAKAT ( JPKM ) DI KELURAHAN  
MULYOSARI KECAMATAN METRO BARAT KOTA  
METRO TAHUN 2008 "

Catatan : Setelah selesai mengadakan Penelitian agar melaporkan hasilnya kepada Camat Metro Barat

Dikeluarkan di : Mulyojati  
Pada Tanggal : 26 Mei 2008



: disampaikan kepada Yth.

Kota Metro  
Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro  
Inspektur Kota Metro  
Kesehatan Kota Metro  
Wakil Dekan Bidang Akademik FKM UI  
Kelurahan Mulyosari Kecamatan Metro Barat

# PEMERINTAH KOTA METRO KECAMATAN METRO UTARA

Jl. RA. Kartini Banjarsari Telp. (0725) 7850711

## IZIN PENELITIAN / RESEARCH / SURVEY / PENGABDIAN / KKN / KKL

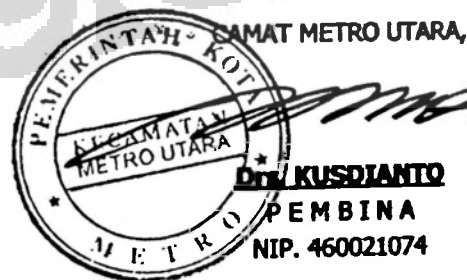
Nomor : 070/306/C.2/2008

- Saca** : Surat Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro Nomor : 070/45/K-1/REG/2008 tanggal 21 Mei 2008 perihal Izin Penelitian / Research / Survey / Pengabdian / KKN / KKL.
- ingat** : 1. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor : 03 Tahun 2003 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Metro Nomor : 15 Tahun 2006.  
2. Keputusan Direktur Jenderal Sosial Politik Departemen Dalam Negeri Nomor : 14 Tahun 1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian.  
3. Surat Gubernur Lampung Nomor : OP.030/461/G.Sospol/1981 tentang Permohonan Izin Penelitian / Survey Bagi Dinas / Instansi dan Mahasiswa.
- perhatikan** : Maksud surat tersebut.

### ANGAN INI MEMBERIKAN IZIN PENELITIAN KEPADA :

- nama / NPM** : SRI WAHYUNINGSIH / 0606020884.  
**pekerjaan** : Mahasiswa.  
**alamat** : RT.08 RW.04 Kampung Tempuran Kec. Trimurjo Kab. Lampung Tengah.  
**daerah / Lokasi** : Kelurahan Banjarsari Kec. Metro Utara.  
**waktu** : Terhitung mulai tanggal 21 Mei 2008 s.d. 21 Juni 2008.  
**pengikut / Anggota** : Tidak ada.  
**penanggungjawab** : Wakil Dekan Bidang Akademik.  
**tujuan** : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Tesis dengan judul : "FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPESERTAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) DI KOTA METRO TAHUN 2008".  
**ketentuan** : 1. Setelah selesai melakukan Penelitian agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Camat Metro Utara.  
2. Tidak diperkenankan mengadakan kegiatan lain diluar izin yang diberikan dan apabila terjadi penyimpangan maka izin ini dinyatakan tidak berlaku lagi.

Diberikan di Banjarsari,  
Tanggal 29 Mei 2008.



### tembusan :

1. Bpk. Walikota Metro
2. Cq. Kabag. Pemerintahan Setda Kota Metro.
3. Inspektur Kota Metro.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro.
5. Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro.
6. KAPOLSEK Metro Utara.
7. Lurah Banjarsari Kec. Metro Utara.
8. Wakil Dekan Bidang Akademik FKM UI.



PEMERINTAH KOTA METRO  
KECAMATAN METRO SELATAN

Jalan Ken Dedes I No. 5 Telp. (0725) 7000366  
REJOMULYO

34123

Rejomulyo, 29 Mei 2008

: 070/224/C.5/2008

: -

: Izin Mengadakan Penelitian

Kepada Yth,

Sdr. Sdr. Lurah Rejomulyo

Kec. Metro Selatan

di -

Tempat

Berdasarkan Surat dari Kepala Kantor Kesbang dan Linmas Kota Metro Nomor : 070/45/K-1/REG/2008 tanggal 28 Mei 2008, perihal sebagaimana pokok surat tersebut diatas, maka dengan ini diberitahukan kepada Saudara bahwa terhitung mulai tanggal 21 Mei 2008 sampai dengan 21 Juni 2008, ada seorang peneliti yang akan mengadakan penelitian di wilayah saudara, yaitu :

Nama : SRI WAHYUNINGSIH  
NPM : 0606020884  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Alamat : Tempuran RT.08, RW 04 Kecamatan Trimurjo  
Lampung Tengah

Pengikut Anggota : -

Penanggung-jawab : Wakil Dekan Bidang Akademik

Yang akan mengadakan penelitian untuk menyusun Tesis dengan judul :  
**"FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPESERTAAN JAMINAN  
PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) DI KOTA METRO  
TAHUN 2008".**

Untuk itu dimohon bantuannya demi kelancaran penelitian tersebut dan atas kerja sama yang baik, diucapkan terima-kasih.



CAMAT METRO SELATAN  
Sekcam,

*[Signature]*  
Drs. SUKINO  
NIP. 130828399

Disampaikan kepada Yth,

1. Bapak Walikota Metro (sebagai laporan)
2. Kakan. Kesbang dan Linmas Kota Metro