

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK Gakin) di Provinsi DKI Jakarta

##### 2.1.1 Latar Belakang

Prinsip dasar pembangunan kesehatan antara lain menyebutkan bahwa semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan masyarakat.

Hasil amandemen Undang-undang Dasar 1945 tahun 2002 pasal 33 dan 34 ayat (1),(2), dan (3) mengamanatkan penyelenggaraan suatu jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia terutama bagi keluarga miskin dan UU No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 17 butir 4 bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang tidak mampu dibayar oleh pemerintah. Sebagai komitmen terhadap pelayanan publik khususnya bagi masyarakat miskin, maka Pemerintah Provinsi DKI Jakarta mengembangkan suatu sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin yang disingkat sistem JPK Gakin yang dibiayai oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, yang merupakan program prioritas dan masuk ke dalam *Dedicated Program*, yang dijabarkan secara operasional dalam Rencana Pembangunan Tahunan Daerah (REPETADA).

Sistem JPK Gakin adalah suatu sistem jaminan kesehatan yang menggunakan pendekatan konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) atau dikenal dengan Asuransi kesehatan dengan biaya terkendali (*Managed Health Care*) dan Pelayanan yang efektif melalui pelayanan kesehatan yang berjenjang dan tinjauan pemanfaatan kesehatan (*Utilization Review*). Dalam penerapannya sistem JPK Gakin melibatkan interaksi tiga pihak (*Tri Partit*) yaitu Badan Penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) atau *Provider* dan Peserta (dalam hal ini keluarga miskin).

Maksud dikembangkan sistem JPK Gakin untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatan yang lebih transparan dan dipercaya oleh masyarakat untuk berkontribusi dalam rangka ikut membantu masyarakat miskin di Provinsi DKI Jakarta. Sedangkan tujuan dikembangkan sistem JPK Gakin agar dapat terlaksananya pelayanan kesehatan yang rasional, efisien dan terukur.

Sistem jaminan sosial ini telah dilaksanakan oleh Provinsi DKI Jakarta melalui uji coba sejak tahun 2002 dengan mengembangkan design sistem, tahun 2003 mengembangkan sistem pelayanan dan pembiayaan, tahun 2004 mengembangkan sistem kepesertaan dan pembiayaan, tahun 2005 tahap finalisasi kepesertaan dan pelayanan, tahun 2006 finalisasi sistem pembiayaan.

### **2.1.2 Tujuan**

#### **A. Tujuan Umum**

Terselenggarakannya jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu di Provinsi DKI Jakarta yang bermutu dengan biaya terkendali agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

## B. Tujuan Khusus

1. Terselenggaranya standar pelayanan kesehatan yang rasional, bermutu dengan biaya terkendali di puskesmas dan rumah sakit.
2. Terselenggaranya pengelolaan administrasi kepesertaan, administrasi keuangan dan administrasi pelayanan kesehatan yang lebih transparan dan terkendali.
3. Terselenggaranya jaminan sosial bagi masyarakat DKI Jakarta khususnya keluarga miskin dan kurang mampu.

### 2.1.3 Kebijakan-kebijakan

#### A. Kebijakan Kepesertaan

Peserta dalam program ini adalah keluarga miskin dan kurang mampu di seluruh wilayah Provinsi DKI Jakarta, yang meliputi lima wilayah kotamadya dan kabupaten administratif Kepulauan Seribu dengan kriteria antara lain:

1. Keluarga miskin yang terdaftar dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik yang telah dilakukan verifikasi ke lapangan dan mendapat kartu JPK Gakin.
2. Pemegang kartu Kompensasi BBM (KKB, BLT, Raskin, Program Keluarga Harapan) dan Program Pemerintah lainnya.
3. Penghuni Panti Sosial/ Rumah Singgah (bukan karyawan) yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta, memiliki sertifikat panti dan kepesertaan bersifat kolektif.
4. Orang Terlantar yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta atau yang ditemukan di Provinsi DKI Jakarta.

5. Pasien miskin penderita Thalasemia yang diusulkan Yayasan Thalasemia Provinsi DKI Jakarta (RSCM) kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
6. Pasien miskin penderita jantung anak yang diusulkan Yayasan Jantung Anak Indonesia Provinsi DKI Jakarta kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
7. Korban tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak (KDRT).
8. Kader posyandu aktif yang telah mengabdikan dirinya selama 5 tahun dan para pendonor darah yang telah mendonorkan darahnya lebih dari 75 kali (Anggota Fokuswanda).
9. Keluarga yang mempunyai Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) baik dengan verifikasi miskin atau verifikasi kurang mampu.
10. Korban Bencana / Pasien KLB (DBD, Diare, Gizi buruk, AFP, Flu Burung, Leptospirosis, Cikungunya, dll).

#### B. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

1. Sistem JPK Gakin menggunakan pendekatan JPKM yang menerapkan sistem kendali biaya dan pelayanan yang efektif yang diberikan secara berjenjang dan bersifat komprehensif yang meliputi:
  - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) : Dokter umum, dokter gigi, bidan.
  - b. Rawat Inap di Puskesmas : Persalinan.
  - c. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) : Dokter Spesialis.
  - d. Rawat Inap Kelas III di RSUD/ RS Pemerintah/ RS TNI/POLRI/ RS Swasta di PROvinsi DKI Jakarta dan RS di luar DKI Jakarta.
  - e. Pelayanan Ambulans Dinas Kesehatan.

2. Persyaratan yang wajib dibawa oleh pasien:
- a. Pasien Kartu Gakin: Kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Program Keluarga Harapan (Bantuan Program Pemerintah lainnya), dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*).
  - b. Pasien SKTM: SKTM yang ditanda tangani oleh kelurahan tempat tinggal pasien, dan Rujukan (tanpa rujukan jika IGD / *Emergency*).
  - c. Pasien Panti/Rumah Singgah: Surat keterangan kepala panti/ rumah singgah, fotocopy sertifikat panti, dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD /*Emergency*).
  - d. Orang Terlantar: Surat keterangan dari direktur RS, atau Surat keterangan dari Kepolisian, atau Surat keterangan dari Dinas Bintal dan Kesos, dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*).
  - e. Pasien Yayasan Thalasemia/ Yayasan Jantung Anak: Kartu anggota Yayasan Thalasemia/ Yayasan Jantung Anak, KTp, dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*).
  - f. Kader/ Anggoata Fokuswanda: Kartu identitas kader/ surat keterangan/ sertifikat, Surat pengantar dari Puskesmas Kelurahan setempat, dan dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*).
  - g. Korban Bencana: Surat pengantar dari Posko bencana /RT/RW/Puskesmas, Penduduk DKI dan Penduduk Luar DKI, Surat Keterangan dari Ambulans Dinas Kesehatan, dan dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*).

- h. Pasien Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit: Rujukan Puskesmas (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*), Penduduk DKI dan Penduduk Luar DKI, dan dan Rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/ *Emergency*).
- i. Korban Tindak Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak sampai usia 18 tahun: Rujukan Puskesmas/ kecuali jika *Emergency* tidak perlu rujukan, Surat keterangan dari kepolisian, dan Penduduk DKI dan Penduduk Luar DKI.

### C. Kebijakan Pembiayaan

1. Pembiayaan untuk pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana bersumber dari dana APBD.
2. Penggunaan dana pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, kurang mampu dan bencana meliputi: Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Inap di Puskesmas, Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Rawat Inap kelas III di RSUD/ RS Pemerintah/ RS Swasta yang ber IKS dengan Provinsi DKI Jakarta, dan Ambulans Dinas Kesehatan.
3. Pasien dengan kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Program Keluarga Harapan (Bantuan Program Pemerintah lainnya) dan Panti yang bersertifikat, Orang Terlantar, KDRT, KLB serta Bencana dibebaskan dari biaya jika berobat ke puskesmas, rumah sakit dan pemakaian ambulans.
4. Pasien yang dinyatakan dalam keadaan bencana dan KLB (DBD dan gizi buruk) dirawat di kelas III pada 17 rumah sakit dan rumah sakit yang ditunjuk sesuai lokasi bencana dibebaskan dari biaya perawatan.

5. Korban Kekerasan terhadap perempuan dan anak (KDRT) dilayani di semua rumah sakit yang ber IKS, diruang perawatan kelas III dan dibebaskan biaya.

#### 2.1.4 Pelayanan Kesehatan Yang Dijamin

Paket dasar yang bersifat paripurna (meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) meliputi:

A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), jenis pelayanannya meliputi:

- Promosi kesehatan / penyuluhan
- Imunisasi dasar program (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B)
- Pelayanan KIA termasuk ANC, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita
- KB dengan alat kontrasepsi standar
- Pengobatan penyakit umum / gigi
- Pelayanan rujukan
- Pelayanan obat-obatan
- Pelayanan laboratorium dasar meliputi pemeriksaan darah rutin dan urin lengkap
- Tindakan medis
- Pelayanan penunjang diagnostik
- Pelayanan partus
- Pelayanan spesialisik
- Pelayanan gawat darurat.

B. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan / Spesialis (RJTL), jenis pelayanannya meliputi:

- Konsultasi dan pemeriksaan dokter spesialis
- Obat-obatan sesuai kebutuhan medis

- Pemeriksaan penunjang berdasarkan indikasi medis
- Tindakan di poliklinik.

C. Rawat Inap di Kelas III Rumah Sakit, jenis pelayanannya meliputi:

- Perawatan kelas III di rumah sakit yang telah ber IKS dengan Dinas Kesehatan
- Visit dokter spesialis/ dokter yang merawat
- Obat-obatan yang diperlukan (DPHO, generik, formularium atau sesuai indikasi medis dengan surat keterangan komite medik/ konsulen bagian atau departemen)
- Penunjang diagnostik dan tindakan yang sesuai dengan indikasi medis
- Alat kesehatan dan bahan habis pakai yang diperlukan.

D. Perawatan Khusus di Rumah Sakit, jenis pelayanannya meliputi:

- Perawatan ICU/ICCU/HCU
- Unit Perinatologi (NICU), dll.

### **2.1.5 Pelayanan Kesehatan Yang Dijamin dengan Pembatasan**

- Protesa dan alat bantu yang sesuai indikasi medis (gigi palsu, alat bantu dengar, kacamata, dll).

### **2.1.6 Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Dijamin**

- Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur
- Pelayanan atau perawatan yang berkaitan dengan tujuan kosmetik (bedah plastik, ortodontis, dll)
- Medical check up

- Vitamin atau pemberian suplemen tanpa indikasi medis
- Pengobatan alternatif (tradisional, terapi alternatif lain)
- Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (permintaan sendiri)
- Pemegang kartu asuransi lain.

(Dinkes Provinsi DKI Jakarta, 2007)

## 2.2 Kemiskinan

Kemiskinan harus dilihat sebagai kekurangan, dan tidak hanya dimaksudkan pada kekurangan makanan, malnutrisi karena kekurangan kalori, terjadinya kelaparan, ketidakseimbangan makanan, tetapi lebih jauh lagi karena kekurangan kebutuhan dasar untuk mempertahankan hidup seperti pendidikan dan kesehatan, kebutuhan sandang, pakaian, peralatan rumah tangga, rumah sebagai tempat tinggal (Adisasmito, 2006)

Penduduk miskin didefinisikan sebagai penduduk yang pendapatannya lebih kecil dari pendapatan yang dibutuhkan untuk hidup secara layak di wilayah tempat tinggalnya. Kebutuhan untuk hidup secara layak diterjemahkan sebagai suatu jumlah rupiah yang dapat memenuhi kebutuhan konsumsi makanan setara 2100 kalori sehari, perumahan, pakaian, kesehatan, dan pendidikan. Jumlah rupiah tersebut kemudian disebut sebagai garis kemiskinan (BPS, 2003).

Pengertian Keluarga Miskin dalam Program JPK Gakin Provinsi DKI Jakarta adalah penduduk DKI Jakarta yang legal dan termasuk dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta dan telah diverifikasi ke lapangan yang terdiri dari bapak, ibu, anak dan kakek, nenek (Dinkes Provinsi DKI Jakarta, 2007).

### 2.3 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.

Peranan dan kedudukan Puskesmas bila ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini disebabkan karena Puskesmas memiliki peranan dan kedudukan sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, selain bertanggung jawab penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, Puskesmas juga bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 1996).

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Trihono, 2005).

Fungsi-fungsi Puskesmas antara lain adalah:

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan.

Selain itu juga puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

## 2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga, dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.

## 3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat (Trihono, 2005).

### **2.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Menurut Levey dan Loomba (1973), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat (Ilyas, 2003:7).

Pelayanan kesehatan merupakan suatu produk jasa yang unik jika dibandingkan dengan produk jasa lainnya, karena pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri utama, yaitu:

1. *Uncertainty*

Pelayanan kesehatan bersifat *uncertainty* artinya adalah pelayanan kesehatan tidak dapat dipastikan waktu, tempat, dan besarnya biaya yang dibutuhkan maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut.

2. *Asymetry of information*

*Asymetry of information* adalah suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan (PPK: dokter, perawat, dsb) dengan pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan. Ketidak seimbangan informasi ini meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas suatu pelayanan, tentang harga dan manfaat dari suatu pelayanan.

3. *Externality*

*Externality* menunjukkan bahwa pengguna jasa dan bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya.

(Ilyas, 2003:7).

Feldstein (1988) mengatakan bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Peta pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana efektifitas dan efisiensi dari penyelenggaraan program pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/utilisasi.

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi (Ilyas, 2003:7). Menurut Notoatmodjo, respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

*Pertama*, tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (no action). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun simptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya.

*Kedua*, tindakan mengobati sendiri ( self treatment), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

*Ketiga*, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (traditional remedy), seperti dukun.

*Keempat*, mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (chemist shop) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu.

*Kelima*, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit. (Notoatmodjo, 2007:205-206).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/ utilisasi (Ilyas, 2003).

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengeobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi. Hal ini dapat dilihat sebagai usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan modern (puskesmas, perawat, dokter praktek, rumah sakit, dll) maupun pengobatan tradisional (dukun, sinthe, dll) (Ilyas, 2003).

## 2.5 Model-model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

### A. Model utilisasi pelayanan kesehatan Andersen (1975)

Andersen mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama, yaitu:

#### 1. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam 3 kelompok:

- a. Ciri-ciri demografi, seperti: jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
- b. Struktur sosial, seperti: tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c. Kepercayaan kesehatan (*health belief*), seperti keyakinan penyembuhan penyakit.

#### 2. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu:

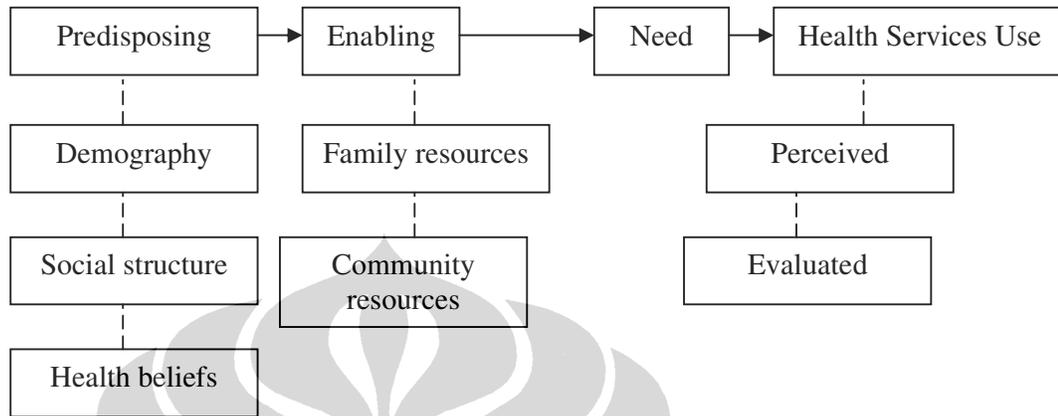
- a. Sumber daya keluarga, seperti: penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- b. Sumber daya masyarakat, seperti: jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

### 3. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu:

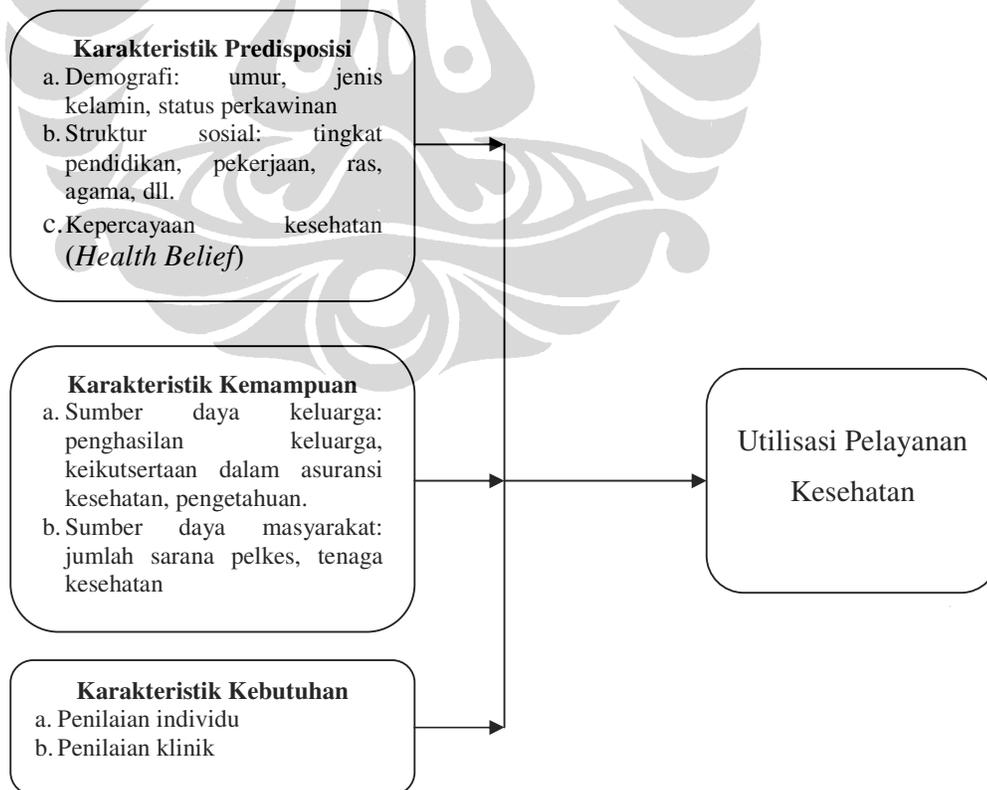
- a. Penilaian individu (*perceived Need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- b. Penilaian klinik (*evaluated Need*), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003).

### Ilustrasi Model Andersen



(Notoatmodjo, 2007)

Model utilisasi pelayanan kesehatan menurut Andersen dapat digambarkan di bawah ini.



## B. Model Zschock (1979)

Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu:

### 1. Status kesehatan, Pendapatan dan Pendidikan

Faktor status kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian. Artinya, makin tinggi status kesehatan seseorang, maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhi dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut. Akibatnya adalah tidak terdapatnya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (demand) terhadap pelayanan kesehatan. Selain itu, tingkat pendidikan juga akan mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan. Biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan akan informasi tentang pelayanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang.

### 2. Faktor Konsumen dan PPK

Provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan provider melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien.

Pada beberapa daerah yang sudah maju dan sarana pelayanan kesehatannya banyak, masyarakat dapat menentukan pilihan terhadap provider yang sesuai dengan keinginan konsumen/pasien. Tetapi bagi masyarakat dengan sarana dan fasilitas kesehatan terbatas maka tidak ada pilihan lain kecuali menyerahkan semua keputusan tersebut kepada provider yang ada.

### 3. Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan tertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan.

### 4. Resiko sakit dan Lingkungan

Faktor resiko dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Resiko sakit tidak sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing-masing individu. Disamping itu, faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.

### C. Model Andersen dan Anderson (1979)

Andersen dan Anderson, menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian utilisasi pelayanan kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan yaitu:

1. Model Demografi (*Demographic Model*)

Variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*)

Variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

3. Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*)

Variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4. Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Model*)

Variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.

5. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Model*)

Variabel yang dipakai adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini

adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

#### 6. Model Organisasi (*Organization Model*)

Variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Gaya (style) praktek pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok)
- b. Sifat alamiah (nature) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- c. Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik)
- d. Petugas kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya).

#### 7. Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh didalamnya (Ilyas, 2003).

#### D. Model Green (1980)

Green menjelaskan bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu:

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang membangkitkan motivasi seseorang untuk bertindak..

- b. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, keterampilan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung perilaku kesehatan seseorang seperti fasilitas kesehatan, personalia, keterjangkauan biaya, jarak dan fasilitas transportasi.
- c. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*), merupakan faktor yang menentukan apakah tindakan seseorang memperoleh dukungan atau tidak. Misalnya dukungan dari pemimpin, tokoh masyarakat, keluarga dan orang tua. (Notoadmodjo, 2007)

## **2.6 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Kartu JPK Gakin**

Pemanfaatan Kartu JPK Gakin dapat dikatakan identik dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dimana keluarga miskin yang memiliki kartu JPK Gakin dapat menggunakan kartu JPK Gakin untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit yang telah ditunjuk.

Dari beberapa model pemanfaatan pelayanan kesehatan di atas, beberapa faktor yang diduga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemegang kartu JPK Gakin antara lain karakteristik keluarga miskin (pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan), faktor *predisposing* (pengetahuan tentang manfaat kartu JPK Gakin, pengetahuan tentang cara mengakses pelayanan, persepsi terhadap pelayanan), faktor *enabling* (keterjangkauan jarak dan biaya), dan faktor *reinforcing* (pengambilan keputusan).

## 1. Pendidikan

Zschock (1979) menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat utilisasi (pemanfaatan) pelayanan kesehatan. Dimana biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan akan informasi tentang pelayanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang (Ilyas, 2006). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pendidikan mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dimana seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menerima dan memahami arti dan pentingnya kesehatan bagi diri dan lingkungannya, dan akan mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian Gani (1981) menyebutkan bahwa faktor pendidikan mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan modern (*dalam Silitonga, 2001*). Penelitian Tukiman (1994) dan Fachran (1998) juga menunjukkan hasil yang sama, bahwa pendidikan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (*dalam Hedyati, 2001*).

## 2. Pekerjaan

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa kesibukan pada pekerjaan akan mempengaruhi seseorang dalam membuat keputusan mencari pengobatan. Hal ini didasarkan pada bagaimana individu menghargai dan menilai produktivitas waktunya. Robinson (1971) dalam studi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan keluarga pada saat adanya gejala-gejala penyakit, ditemukan bahwa individu cenderung lebih takut terhadap ancaman kehilangan pekerjaannya daripada ancaman penyakit (*dalam Hedyati, 2001*). Berbeda dengan hasil

penelitian Jaafar tahun 1992 dalam studi pada masyarakat Malaysia dimana ditemukan alasan masyarakat tidak pergi ke dokter gigi adalah karena sibuk dengan pekerjaannya, sehingga walaupun biaya perawatan gigi bagi penduduk yang tidak mampu ditanggung oleh pemerintah namun mereka tidak menggunakan pelayanan kesehatan gigi yang ada (*dalam* Hedyati, 2001).

### 3. Penghasilan

Zschock (1979) menyatakan bahwa tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhi dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun dalam kondisi sangat membutuhkan pelayanan tersebut. Hal ini berakibat kepada tidak adanya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan (Ilyas, 2006).

### 4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2007).

Tukiman (1994) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan peserta JPKM Gotong Royong tentang Program JPKM Gotong Royong dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pada penelitian Wibowo (1992) juga menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang pelayanan antenatal berhubungan dengan pemanfaatan antenatal pada bidan (*dalam* Silitonga, 2001).

Efy Kusumawati (2004) dalam penelitiannya mengenai pemanfaatan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) oleh keluarga miskin di Kabupaten Klaten, juga menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan tentang manfaat JPKM dengan pemanfaatan JPKM ([http://puspasca.ugm.ac.id/files/\(2883-H-2004\).pdf](http://puspasca.ugm.ac.id/files/(2883-H-2004).pdf)).

#### 5. Persepsi terhadap pelayanan

Persepsi merupakan mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil (Notoatmodjo, 2007). Hasil penelitian Bintang (1989) menyebutkan bahwa sikap petugas berpengaruh terhadap pemanfaatan poliklinik Depkeu RI. Sadik (1996) juga mengatakan bahwa sikap petugas berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan antenatal di Kecamatan Sugih (*dalami* Sebayang, 2006).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Suprpto (1995) dan Budjiantio (2000) pada masyarakat kurang mampu di Wonokromo dan Pelabuhan Tanjung Perak, ditemukan bahwa kurang berkenannya responden dalam memanfaatkan puskesmas adalah karena merasa kurang dihargai, sulit menemui dokter, dan kurang bebas berkomunikasi.

#### 6. Jarak

Andersen berasumsi bahwa semakin banyak sarana dan tenaga pelayanan kesehatan, semakin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap tempat pelayanan kesehatan seharusnya tingkat penggunaan pelayanan kesehatan akan bertambah. Smith (1983) membuktikan bahwa menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat golongan sosial ekonomi rendah secara langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat. Hasil penelitiannya

menyebutkan bahwa masyarakat segan untuk bepergian jauh ke sarana pengobatan hanya untuk pengobatan ringan. Lama bepergian dan jarak juga mempengaruhi pencarian pengobatan (*dikutip dari* Hedyati, 2001).

#### 7. Biaya

Menurut Sorkin (1975) menyebutkan bahwa pemanfaatan fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh harga atau biaya yang dibebankan kepada pengguna jasa layanan tersebut (*dalam* Sebayang, 2006). Dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa kewajiban membayar bagi perawatan kesehatan sangat berpengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan (*Hershry, Bice dalam* Sofia, 2005).

#### 8. Pengambilan Keputusan

Friedson menyatakan bahwa sebelumnya seseorang individu mencari pelayanan kesehatan yang profesional, ia biasanya mencari nasihat dari keluarga dan teman-temannya. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Suchman, yang menyatakan bahwa 74% dari responden yang sakit parah dan harus dirawat di rumah sakit, mendiskusikan penyakitnya kepada seseorang terutama keluarga dan saudara-saudaranya, sebelum mencari pelayanan kesehatan yang profesional (*dalam* Sofia, 2005).

# **BAB III**

## **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN**

### **DAFTAR ISTILAH**

#### **3.1 Kerangka Teori**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan/ utilisasi (Ilyas, 2003).

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengeobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara yang sedang berkembang sangat bervariasi. Hal ini dapat dilihat sebagai usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan modern (puskesmas, perawat, dokter praktek, rumah sakit, dll) maupun pengobatan tradisional (dukun, sinthe, dll) (Ilyas, 2003).

#### A. Model utilisasi pelayanan kesehatan Andersen (1975)

Andersen mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama, yaitu 1) Karakteristik predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dll) 2) Karakteristik kemampuan (penghasilan keluarga, pengetahuan, dll), dan 3) Karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik). Model utilisasi pelayanan kesehatan menurut Andersen dapat digambarkan di bawah ini (Ilyas, 2003).

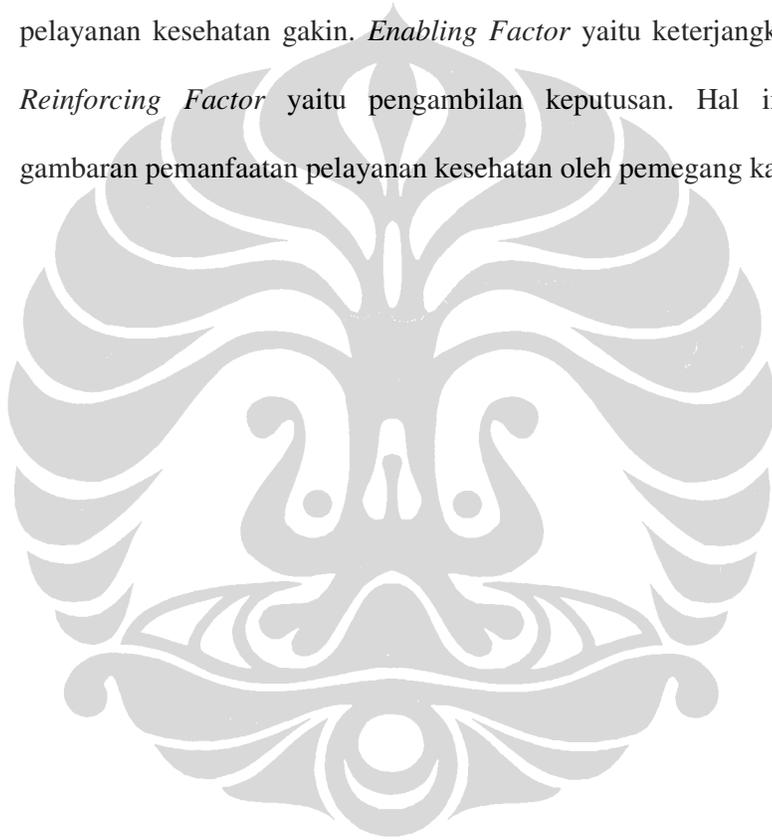
#### B. Model Green

Green menjelaskan bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu:

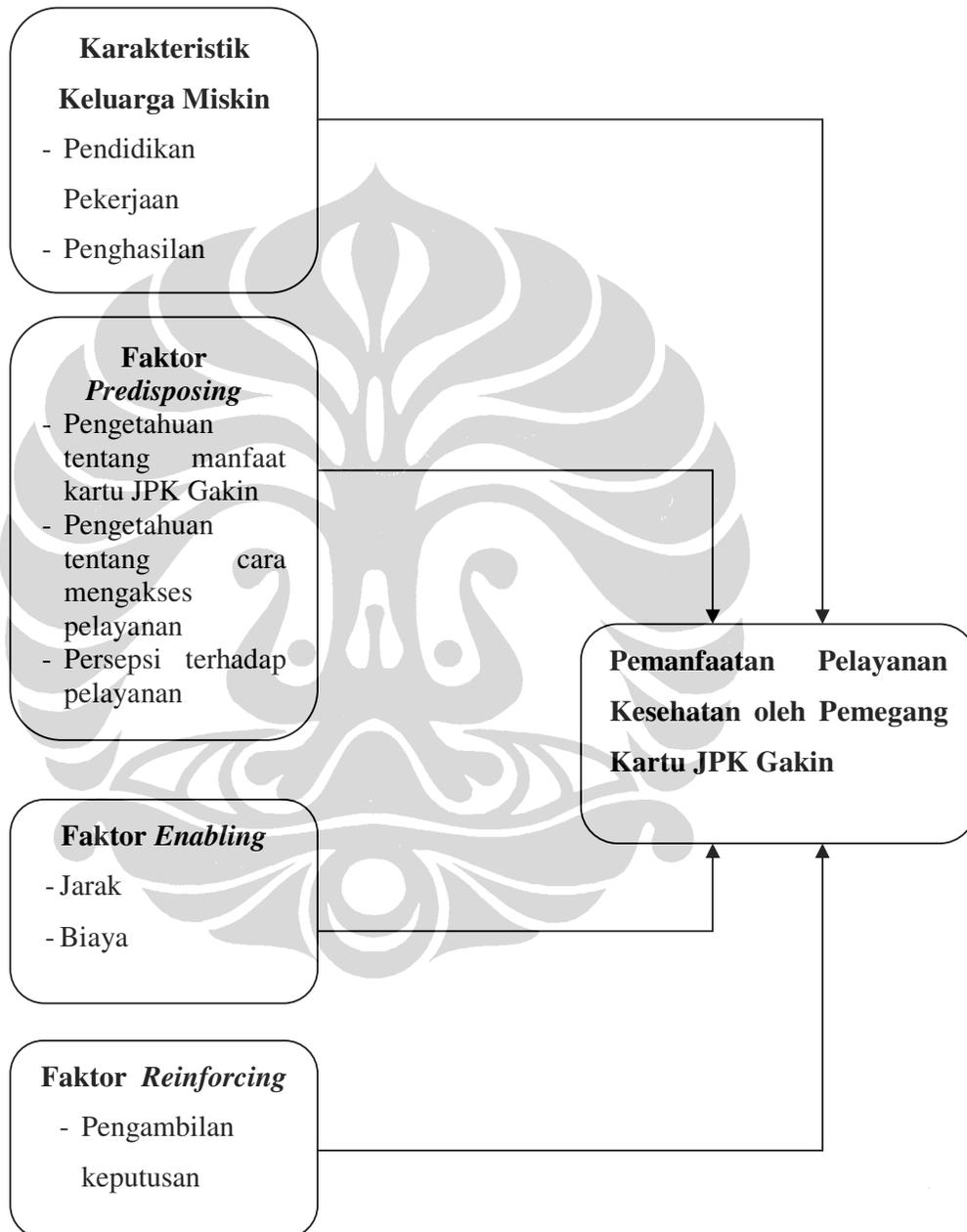
1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang membangkitkan motivasi seseorang untuk bertindak.
2. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, keterampilan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung perilaku kesehatan seseorang seperti fasilitas kesehatan, personalia, keterjangkauan biaya, jarak dan fasilitas transportasi.
3. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*), merupakan faktor yang menentukan apakah tindakan seseorang memperoleh dukungan atau tidak. Misalnya dukungan dari pemimpin, tokoh masyarakat, keluarga dan orang tua. (Notoadmodjo, 2007)

### 3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik keluarga miskin yaitu pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan. *Predisposing Factor* yaitu pengetahuan tentang manfaat kartu JPK Gakin, pengetahuan tentang cara mengakses pelayanan, persepsi terhadap pelayanan administrasi gakin, dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan gakin. *Enabling Factor* yaitu keterjangkauan jarak dan biaya. *Reinforcing Factor* yaitu pengambilan keputusan. Hal ini untuk mengetahui gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemegang kartu JPK Gakin.



**Gambar 3.1**  
**Kerangka Konsep**



### 3.3 Daftar Istilah

No.		Istilah	Metode	Instrumen	Sumber
	<b>Karakteristik Keluarga Miskin</b>				
1.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang ditamatkan oleh informan berdasarkan ijazah terakhir yang diperoleh	- FGD	- Pedoman FGD	- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin
2.	Pekerjaan	Pekerjaan atau aktivitas yang sering dilakukan oleh responden sebagai mata pencaharian utama.	- FGD	- Pedoman FGD	- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin
3.	Penghasilan	Besar penghasilan yang diterima oleh informan selama bekerja sebulan.	- FGD	- Pedoman FGD	- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin
1.	<b>Faktor Predisposing</b> Pengetahuan tentang manfaat/kegunaan kartu JPK Gakin	Pengetahuan gakin mengenai apa saja manfaat dan kegunaan kartu JPK Gakin	- FGD - Wawancara Mendalam	- Pedoman FGD - Wawancara Mendalam	- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin

	Istilah	Metode	Instrumen	Sumber
2.	<p>Pengetahuan tentang cara mengakses pelayanan</p> <p>Pengetahuan gakin mengenai cara mengakses pelayanan kesehatan menggunakan kartu JPK gakin yang dimiliki meliputi kemana saja kartu JPK Gakin dapat digunakan, bagaimana cara berobat menggunakan kartu JPK Gakin, dan persyaratan apa saja yang diperlukan ketika berobat menggunakan kartu JPK Gakin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedoman FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Puskesmas dan Petuga Gakin</li> <li>- Ketua RW</li> <li>- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> <li>- Kepala Puskesmas dan Petuga Gakin</li> <li>- Ketua RW</li> </ul>
3.	<p>Persepsi terhadap pelayanan</p> <p>Pandangan gakin terhadap pelayanan yang diberikan oleh puskesmas terhadap pengguna kartu JPK Gakin termasuk pelayanan administrasi dan pelayanan kesehatan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedoman FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> <li>- Petugas Puskesmas</li> </ul>

	Istilah	Metode	Instrumen	Sumber
1.	<p><b>Faktor Enabling</b></p> <p>Jarak</p> <p>Pendapat atau penilaian terhadap kemudahan mencapai tempat pelayanan kesehatan (Puskesmas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedoman FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> <li>- Kepala Puskesmas dan Petuga Gakin</li> <li>- Ketua RW</li> </ul>
2.	<p>Biaya</p> <p>Penilaian terhadap biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedoman FGD</li> <li>- Wawancara Mendalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> <li>- Kepala Puskesmas dan Petuga Gakin</li> </ul>
1.	<p><b>Faktor Reinforcing</b></p> <p>Pengambilan keputusan</p> <p>Dorongan dalam menggunakan kartu JPK Gakin untuk berobat dan pengambilan keputusan dalam mencari pertolongan kesehatan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedoman FGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> </ul>

		<b>Istilah</b>	<b>Metode</b>	<b>Instrumen</b>	<b>Sumber</b>
	<b>Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemegang kartu JPK Gakin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola pencarian pelayanan kesehatan oleh keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> <li>- Jumlah kunjungan dan pelayanan yang dimanfaatkan oleh keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin di Puskesmas Kelurahan Srengseng Sawah selama bulan Januari – April 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FGD</li> <li>- Telaah dokumen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedoman FGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga miskin pemegang kartu JPK Gakin</li> <li>- Data sekunder</li> </ul>