



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS  
DAN JARINGANNYA OLEH PESERTA JAMKESMAS  
(STUDI KASUS : KEC. BATURAJA BARAT KAB. OKU )**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi**

**NURLAILAH  
NPM : 0806 430 361**

**FAKULTAS EKONOMI  
MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK  
EKONOMI PERENCANAAN KOTA DAN DAERAH  
SALEMBA  
DESEMBER 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : NURLAILAH

NPM : 0806 430 361

Tanda tangan :

Tanggal : 22 Desember 2009

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Nurlailah  
NPM : 0806 430 361  
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik  
Judul Tesis : Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dan Jaringannya Oleh Peserta Jamkesmas (Studi Kasus: Kecamatan Baturaja Barat Kab. OKU)

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Magister Perencanaan Dan Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Mahyus Ekananda ( )

Penguji : Iman Rozani S.E., M.Soc.Sc. ( )

Penguji : Suyanti Ismaryanto, SE., M.Ec.Dev ( )

Ditetapkan di : Salemba  
Tanggal : 22 Desember 2009

## KATA PENGANTAR/ UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, segenap puji dan syukur penulis panjatkan Kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis sudah dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan sebagai salah satu syarat mencapai gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Penulis menyadari, bahwa dalam menyelesaikan penulisan tesis ini, penulis telah dibantu oleh banyak pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. DR. Mahyus Ekananda selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penyelesaian tesis ini;
2. Pimpinan Program Studi, dosen dan segenap staf MPKP FE-UI, untuk semua bantuan dan bimbingannya selama ini;
3. Pemerintah Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu, atas tugas belajar dan bantuan dalam usaha memperoleh data-data yang penulis butuhkan;
4. Bapak Suharmasto, SKM, M.Epid, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kab. OKU yang telah memberikan izin untuk mengikuti studi di MPKP - FEUI ;
5. Orang tuaku tercinta Ibunda Hj. Nursiah dan Almarhum Bapak H. Zainal Ahmad yang selalu memberikan cinta, dorongan, semangat dan doa demi keberhasilan penulis, juga yang tersayang saudara-saudaraku: K'sok, K'Itet, K'Ros, K'Mar, K'Fir, K'Erna, K'Mis, D'Lia, D'Erry; kakak-kakak iparku dan semua keponakanku, khususnya Ijal;
6. Yang tercinta suamiku Mas Nur Rois, SH, MH dan ananda M. Taris Islah Atiqi yang telah dengan tulus menemani, mendoakan, memberikan semangat dan rela ditinggalkan beberapa waktu ;
7. Teman-teman Angkatan XIX MPKP Bappenas, yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan perkuliahan dan penyusunan tesis ini, khususnya Mbak Dessy, "saudaraku" 3 D (D'Sofyan, D'Sidik, D'Elyis), Pak Anton, dan Da Ronny;
8. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam masa perkuliahan sampai dengan selesainya penulisan tesis ini.

Semoga Allah SWT, berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Akhir kata penulis berharap tesis ini dapat membawa manfaat bagi pembaca dan bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Salemba, Desember 2009

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NURLAILAH  
NPM : 0806 430 361  
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik  
Departemen : Ilmu Ekonomi  
Fakultas : Ekonomi  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dan Jaringannya Oleh Peserta Jamkesmas (Studi Kasus: Kecamatan Baturaja Barat Kab. OKU)**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tesis saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Salemba  
Pada tanggal : 22 Desember 2009

Yang menyatakan,

(NURLAILAH)

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN .....	xv
<b>I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	8
1.3. Tujuan Penelitian .....	8
1.4. Hipotesis .....	9
1.5. Manfaat Penelitian .....	10
1.6. Metodologi Penelitian .....	10
1.6.1. Desain Penelitian .....	10
1.6.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	10
1.6.3. Populasi Dan Sampel .....	10
1.6.4. Pengumpulan Data .....	12
1.6.5. Analisis Data.....	12
1.6.6. Definisi Operasional.....	13
a. Variabel Dependen .....	13
b. Variabel Independen.....	13
1.7. Kerangka Pikir .....	17
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>18</b>
2.1. Kemiskinan .....	18
2.1.1. Definisi Miskin .....	18
2.1.2. Definisi Miskin Untuk Sektor Kesehatan.....	19
2.2. Barang Publik .....	20
2.3. Pelayanan dan Pemanfaatan Kesehatan .....	22
2.3.1. Pelayanan Kesehatan.....	22
2.3.2. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	23
2.3.3. Perilaku Masyarakat Sehubungan Dengan Pelayanan Kesehatan .....	24
2.3.4. Model-Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan.....	27
2.4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Penelitian-penelitian Sebelumnya .....	33

<b>III. JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS).....</b>	<b>36</b>
3.1. Latar Belakang.....	36
3.2. Tujuan dan Sasaran .....	38
3.3. Kebijakan Operasional .....	38
3.4. Organisasi .....	39
3.5. Kepesertaan.....	39
3.6. Pendanaan.....	41
3.7. Prosedur Pelayanan .....	41
3.8. Manfaat Yang diperoleh Masyarakat Miskin .....	43
<b>IV. GAMBARAN UMUM TEMPAT PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
5.1. Geografi.....	47
5.2. Demografi.....	47
5.3. Pendidikan .....	50
5.4. Kesehatan.....	52
<b>V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>54</b>
5.1. Analisis Deskriptif .....	54
5.1.1. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya.....	54
5.1.2. Karakteristik Responden .....	56
5.1.3. Pengetahuan Responden.....	62
5.1.4. Sikap Dokter/Bidan/Perawat .....	65
5.1.5. Pelayanan Ketika Datang Ke Sarana Kesehatan.....	67
5.1.6. Jumlah Obat Yang Diterima Peserta Jamkesmas .....	68
5.1.7. Lamanya Waktu Tunggu Untuk Diperiksa .....	69
5.1.8. Ketercapaian Fasilitas .....	70
5.2. Analisis Multivariat.....	71
<b>VI. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN.....</b>	<b>81</b>
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



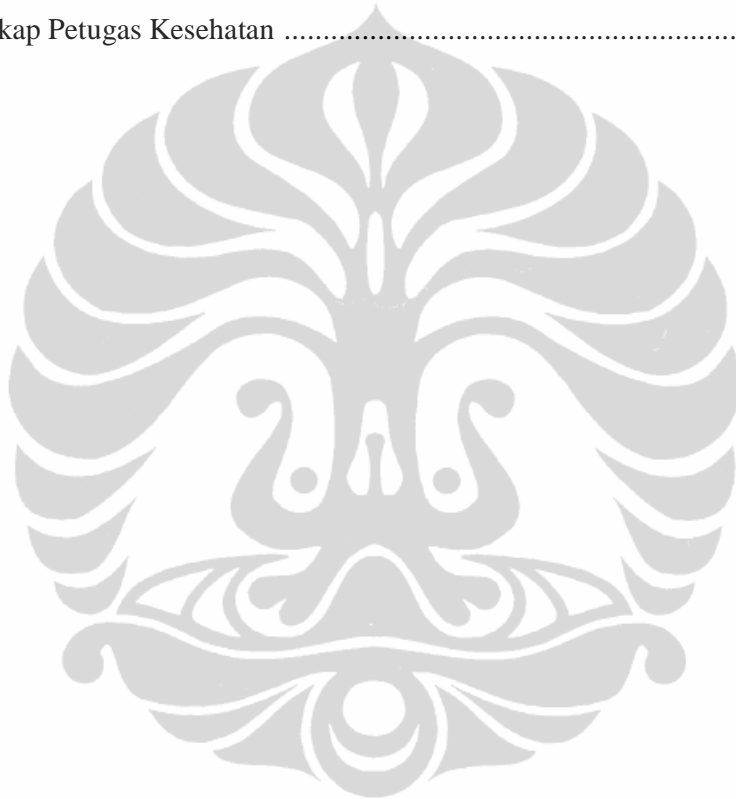
## DAFTAR TABEL

Tabel	Hal
1.1. Indeks Kemiskinan Manusia di Indonesia dan Di Propinsi Sumatera Selatan, 1999 dan 2002.....	3
1.2. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Indonesia dan di Propinsi Sumatera Selatan, 1999, 2002, dan 2005 .....	4
1.3. Jumlah Penduduk dan Penduduk Miskin di Kabupaten Ogan Komering Ulu tahun 2005 - 2008.....	5
1.4. Jumlah Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Kab. Ogan Komering Ulu Tahun 2008 .....	6
4.1. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Dirinci Per Desa Dalam Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007 .....	48
4.2. Rata-rata Kepadatan Penduduk di Kecamatan Baturaja Barat Dirinci Menurut Desa Tahun 2007 .....	48
4.3. Rata-rata Jumlah Jiwa Setiap Anggota Rumah Tangga Barat di Kecamatan Baturaja Dirinci Menurut Desa Tahun 2007 .....	49
4.4. Jumlah Penduduk Dirinci Menurut Golongan Umur di Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007 .....	50
4.5. Jumlah Sekolah Dasar, SLTP/MTs, dan SMU/MA, Negeri/Inpres dan Swasta Dirinci Menurut Desa dalam Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007.....	51
4.6. Jumlah Murid Sekolah Dasar, SLTP/MTs, dan SMU/MA, Negeri/Inpres dan Swasta Dirinci Menurut Desa dalam Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007 .....	51
4.7. Jumlah Guru Sekolah Dasar, SLTP/MTs, dan SMU/MA, Negeri/Inpres dan Swasta Dirinci Menurut Desa dalam Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007 .....	52
4.8. Jumlah Puskesmas/Puskemas Pembantu, Klinik Bersalin, dan Posyandu Menurut Desa di Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007 .....	53
4.9. Jumlah Dokter, Perawat, dan Bidan Menurut Desa di Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007 .....	53
5.1. Pemanfaatan Sarana Pelayanan Kesehatan oleh Responden .....	54
5.2. Tempat/Cara Responden mencari pengobatan .....	55
5.3. Alasan Responden yang memanfaatkan Sarana Pelayanan Kesehatan ..	55
5.4. Alasan Responden yang memanfaatkan Selain Sarana Pelayanan Kesehatan .....	56
5.5. Jenis Kelamin Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	56
5.6. Umur Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	57
5.7. Jumlah Anggota Keluarga Responden yang Menjadi Tanggungan Jamkesmas Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	58
5.8. Pekerjaan Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan	

Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	59
5.9. Tingkat Pendidikan Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	60
5.10. Penyakit Yang Diderita Responden/Anggota Keluarganya Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya.....	61
5.11. Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	63
5.12. 5 Pertanyaan Untuk Tingkat Pengetahuan Responden .....	64
5.13. Sikap Dokter/Bidan/Perawat Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	66
5.14. 7 Pertanyaan Untuk Sikap Petugas Kesehatan .....	66
5.15. Pelayanan Ketika Datang Ke Sarana Kesehatan Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	67
5.16. Jumlah Obat Yang Diterima Peserta Jamkesmas Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	68
5.17. Lamanya Waktu Tunggu Untuk Diperiksa Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	69
5.18. Ketercapaian Fasilitas oleh Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya .....	70
5.19. Omnibus Test of Model Coefficients .....	71
5.20. Model Summary .....	72
5.21. Hosmer and Lemeshow Test.....	72
5.22. Classification Table .....	73
5.23. Correlation Matrix .....	73
5.24. Hasil Uji Koefisien Regresi .....	74

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Hal
3.1. Struktur Organisasi Jamkesmas 2008 .....	38
3.2. Alur Registrasi Dan Distribusi Kartu Peserta .....	41
5.1. Histogram Umur Responden .....	58
5.2. Total Tingkat Pengetahuan Responden.....	62
5.3. Total Sikap Petugas Kesehatan .....	65



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 : Data Dasar Hasil Kuesioner

Lampiran 3 : Hasil Analisis Deskriptif

Lampiran 4 : Hasil Analisis Multivariat

Lampiran 5 : Peta Wilayah Penelitian



## DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan
<b>AKB</b>	Angka Kematian Bayi
<b>AKI</b>	Angka Kematian Ibu
<b>BKMM</b>	Balai Kesehatan Mata Masyarakat
<b>BBKPM</b>	Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat
<b>BKPM</b>	Balai Kesehatan Paru Masyarakat
<b>BP4</b>	Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru
<b>BKIM</b>	Balai Kesehatan Indra Masyarakat
<b>HPI</b>	Human Poverty Indeks
<b>HDI</b>	Human Development Indeks
<b>Jamkesmas</b>	Jaminan Kesehatan Masyarakat
<b>OKU</b>	Ogan Komering Ulu
<b>OR</b>	Odds Ratio (rasio peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan peluang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan)
	$OR = \frac{p}{(1-p)}$
<b>PPK</b>	Pemberi Pelayanan Kesehatan
<b>RJ</b>	Rawat Jalan
<b>RI</b>	Rawat Inap
<b>RJTL</b>	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
<b>RITL</b>	Rawat Inap Tingkat Lanjutan
<b>RS</b>	Rumah Sakit
<b>SKTM</b>	Surat Keterangan Tidak Mampu

## ABSTRAK

Nama : Nurlailah  
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik  
Judul : Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dan Jaringanya Oleh Peserta Jamkesmas  
(Studi Kasus: Kecamatan Baturaja Barat Kab. OKU)

Masih rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Kec. Baturaja Barat, yakni rata-rata hanya 5,68 % perbulan terlihat kontras dengan masih tingginya AKB 47,68 per 1000 kelahiran hidup dan angka harapan hidup yang rendah yakni 65,21 tahun, sebagai indikator kesehatan masyarakat miskin.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Kecamatan Baturaja Barat. Penelitian dengan desain *Cross Sectional* ini, memiliki sampel 98 orang yang diambil secara *Systematic Random Sampling* dari populasi sebanyak 2479 orang kepala keluarga peserta Jamkesmas di Kecamatan Baturaja Barat.

Hasil analisis multivariat dengan menggunakan Model *Logit*, menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin baik sikap dokter/bidan/perawat, semakin cepat peserta Jamkesmas dilayani, semakin cukup jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas, semakin sebentar waktu tunggu untuk diperiksa dan semakin dekat dalam mencapai sarana pelayanan kesehatan, maka semakin besar peluang peserta Jamkesmas memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana variabel jumlah obat yang diterima dan sikap dokter/bidan/perawat dalam memberikan pengobatan merupakan dua faktor yang paling dominan. Sedangkan tingkat pengetahuan peserta Jamkesmas tidak signifikan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Jaringanya oleh peserta Jamkesmas

Agar pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di masa yang akan datang lebih baik, maka Pemerintah daerah hendaknya melakukan evaluasi kembali kriteria miskin peserta Jamkesmas (*targeting the poor*), pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang mampu menjangkau masyarakat di desa terutama masyarakat daerah terpencil, dan Pemberian *Punishment* dan *Reward* kepada petugas kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan untuk peserta Jamkesmas

### **Kata Kunci :**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan, Jamkesmas, Model Logit

## ABSTRACT

Name : Nurlailah  
Study Program : Master of Planning and Public Policy  
Title : Analysis of the Factors Associated With Health Services Utilization of Public Health Center And On The tissue By Jamkesmas's participants (Case Study: West Baturaja Subdistrict of OKU Regency)

Utilization of health services by the participants Jamkesmas in West Baturaja Subdistrict is still low, which averaged only 5.68% per month seen in contrast to the still high AKB 47.68 per 1000 live births and life expectancy of 65.21 years old Low, as an indicator of poor health.

The purpose of this study is to analyze the factors associated with utilization of health services by the participants Jamkesmas in the West Baturaja Subdistrict. With Cross Sectional Research design, a sample of 98 people taken in Systematic Random Sampling from a population of 2479 people participating Jamkesmas households in West Baturaja Subdistrict.

The results of multivariate analysis using the Logit model, shows that the higher the education level, the better the attitude of the doctor / midwife / nurse, the faster participants Jamkesmas served, the more sufficient amount of drug received Jamkesmas participants, the more minute waiting period for review and closer in reach health service facilities, the more likely participants Jamkesmas use of health services, where the variable amount of drug received and the attitude of doctors / midwives / nurses in giving medication are the two most dominant factors. While the knowledge level of participants Jamkesmas not significantly affect the utilization of health services in public health centers and on the tissue by the Jamkesmas's participants.

In order for the utilization of health services by Jamkesmas's participants in the future better, then the local government should re-evaluate poor criteria of Jamkesmas's participants (targeting the poor), development of village health post are able to reach people in rural communities, and provision of Punishment and Reward for health workers and health service facilities that provide health services to Jamkesmas's participants.

Keywords:

Utilization of health services, Jamkesmas, Logit Model

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. LATAR BELAKANG**

Terbitnya Peraturan Pemerintah No. 38/2007 tentang pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah dengan pemerintahan daerah provinsi, dan Pemerintahan daerah kabupaten/kota, bermakna adanya kepastian bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan kewenangan yang dimilikinya. Kewenangan yang dimaksudkan adalah hak dan kewajiban pemerintah daerah untuk melaksanakan urusan pemerintahan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota mengatur dan mengurus urusan pemerintahan yang terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan. Urusan wajib sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota, berkaitan dengan pelayanan dasar. Salah satu Urusan wajib tersebut adalah kesehatan.

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO, 1948), Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kemiskinan merupakan persoalan multi dimensi yang cukup kompleks dan merupakan salah satu masalah pokok dalam pembangunan di Indonesia. Badan Pusat Statistik mencatat jumlah penduduk miskin pada tahun 2002 masih cukup besar yaitu mencapai 38,4 juta jiwa atau 18,2 % dari jumlah penduduk Indonesia. Besarnya jumlah penduduk miskin berpotensi menciptakan permasalahan sosial, yaitu menurunnya kualitas sumber daya manusia, munculnya ketimpangan dan kecemburuan sosial, terganggunya stabilitas sosial dan politik, dan meningkatnya angka kriminalitas. Pada gilirannya, kondisi tersebut



menghambat perkembangan ekonomi nasional dan menyulitkan Indonesia keluar dari ketertinggalan (Sumanta, 2005)

Indeks kemiskinan manusia merupakan salah satu ukuran kemiskinan yang diperkenalkan oleh UNDP dalam laporannya pada *Human Development Report* tahun 1997. Lembaga ini selanjutnya membentuk apa yang dinamakan Indeks Kemiskinan Manusia (*Human Poverty Indeks-HPI*), yang dalam berbagai hal dapat dianalogikan dengan Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Indeks-HDI*). UNDDP yakin bahwa kemiskinan manusia harus diukur dalam satuan hilangnya tiga hal utama (*three key deprivations*), yaitu **kehidupan** (lebih dari 30 persen penduduk Negara-negara yang paling miskin cenderung hidup kurang dari 40 tahun), **pendidikan dasar** (diukur oleh persentase penduduk dewasa yang buta huruf), serta **keseluruhan ketetapan ekonomi** (*economic provisioning*- diukur oleh persentase penduduk yang tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan dan air bersih ditambah persentase anak-anak di bawah usia 5 tahun yang kekurangan berat badan). HPI yang rendah berarti menunjukkan hal yang bagus (yakni, sedikitnya persentase penduduk yang mengalami kehilangan 3 hal tersebut), sementara HPI yang lebih tinggi menunjukkan hal sebaliknya (Todaro, 2006).

Berdasarkan data BPS (2005), dari tabel 1.1, dapat dilihat bahwa Indonesia memiliki Indeks Kemiskinan Manusia (HPI) yang semakin buruk yakni 15,2 pada tahun 1999 dan 22,7 pada tahun 2002. Tetapi mengalami perbaikan dalam Indeks Pembangunan Manusia (HDI) yakni 64,3 (1999), 65,8 (2002) dan 69,6 (2005), seperti terlihat di tabel 1.2, Kabupaten Ogan Komering Ulu (OKU) memiliki HPI yang jauh lebih besar dari indeks Nasional dan indeks Propinsi Sumsel, yakni 29,1 pada tahun 1999 dan mengalami perbaikan dengan penurunan menjadi 27,5 pada tahun 2002.

Sedangkan untuk HDI, Kabupaten OKU memiliki indeks yang tidak berbeda jauh dengan indeks Nasional dan Propinsi Sumsel yakni 64,7 (1999), 66,6 (2002) dan 69,9 (2005), yang artinya berdasarkan indeks tersebut bahwa Pembangunan Manusia di Indonesia pada umumnya, dan Kabupaten OKU membaik dengan mengalami peningkatan dalam HDI.

**Tabel 1.1.**  
**Indeks Kemiskinan Manusia**  
**di Indonesia dan di Propinsi Sumatera Selatan,**  
**1999 dan 2002**

<b>Propinsi / Province</b>	<b>Indeks kemiskinan manusia</b>	
	<b>1999</b>	<b>2002</b>
<i>Indonesia</i>	15.2	22.7
<i>Sumatera Selatan</i>	27.3	27.7
<b>01. Ogan Komering Ulu</b>	<b>29.1</b>	<b>27.5</b>
02. Ogan Komering Hilir	27.2	31.2
03. Muara Enim (Liot)	31.1	28.8
04. Lahat	36	30.6
05. Musi Rawas	33.8	32.9
06. Musi Banyuasin	30.2	30.8
07. Banyuasin	na	na
08. Ogan Komering Ulu Selatan	na	na
09. Ogan Komering Ulu Timur	na	na
10. Ogan Ilir	na	na
71. Kota Palembang	15.4	16
72. Kota Prabumulih	na	na
73. Kota Pagar Alam	na	na
74. Kota Lubuk Linggau		

Sumber : BPS-BAPENAS-UNDP, Indonesia Human Development Report, 2004

Model pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin yang dilaksanakan pemerintah Indonesia telah ditempuh dengan berbagai cara antara lain *supply side approach* dan *demand side approach*. Program pembiayaan kesehatan dengan pendekatan *supply side* antara lain adalah inpres obat, subsidi tarif, Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan atau JPSBK (1997 – 2000), Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial (PDPSE – BK dan KS) tahun 2001, PKPS BBM tahun 2002 – 2004, Program JPKMM/Askeskin tahun 2005 – 2007, Jamkesmas tahun 2008 –

sekarang, serta pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMTAS). Sedangkan program dari *demand side* adalah pemberian kartu sehat. Pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin yang dilakukan Bidan desa (bides) saat ini merupakan mix antara *demand side* dan *supply side* (Kosen, 2007). “*Demand*” dalam bentuk kartu jaminan kesehatan, “*supply*” dalam bentuk pendanaan puskesmas.

**Tabel 1.2.**  
**Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di Indonesia dan di**  
**Propinsi Sumatera Selatan, 1999, 2002, 2005**

Provinsi	Indeks pembangunan manusia		
	1999	2002	2005
<b>Indonesia</b>	<b>64.3</b>	<b>65.8</b>	<b>69.6</b>
<b>16. Sumatera Selatan</b>	<b>63.9</b>	<b>66</b>	<b>70.2</b>
<b>01. Ogan Komering Ulu</b>	<b>64.7</b>	<b>66.6</b>	<b>69.9</b>
02. Ogan Komering Hilir	59.8	63.1	68.8
03. Muara Enim (Liot)	63.1	64.2	68.7
04. Lahat	63.1	65.1	67.6
05. Musi Rawas	60.4	62	65
06. Musi Banyuasin	53.8	64.6	68.7
07. Banyuasin	na	na	67.2
08. Ogan Komering Ulu Selatan	na	na	68.8
09. Ogan Komering Ulu Timur	na	na	65.4
10. Ogan Ilir	na	na	66
71. Kota Palembang	68.3	71.2	73.6
72. Kota Prabumulih	na	na	71.1
73. Kota Pagar Alam	na	na	69.9
74. Kota Lubuk Linggau	na	na	66.3

Sumber : BPS-BAPENAS-UNDP, Indonesia Human Development Report, 2004

Perubahan Program JPKMM/Askeskin menjadi Program Jamkesmas tahun 2008 atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, dimana kebijakan pemerintah tersebut tertuang

dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2008. Sasaran program Jamkesmas berjumlah 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) yang setara dengan 76,4 juta jiwa masyarakat yang terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu.

Permasalahan yang dihadapi dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin ini, menurut survei Depkes antara lain adalah permasalahan transportasi untuk bisa membawa orang miskin ke Puskesmas ataupun RS bagi orang miskin yang tempat tinggalnya jauh untuk bisa mengakses pelayanan kesehatan, selain itu jumlah kuota orang miskin yang ditanggung PT Askes yang lebih sedikit daripada jumlah orang miskin yang sebenarnya dan ada pula permasalahan berupa hadirnya keluarga miskin, dimana mereka tidak miskin tetapi menggunakan kartu miskin jika biaya pengobatan tersebut mahal dan jika biaya pengobatan yang harus mereka tanggung tidak mahal maka mereka tidak menggunakan kartu tersebut (Depkes, 2005).

Berdasarkan data tabel 1.3, jumlah penduduk miskin di Kabupaten Ogan Komering Ulu 2006 – 2008 berkisar antara 32% - 36 %. Jumlah ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan jumlah penduduk miskin di Indonesia yakni berjumlah 34,96 juta jiwa (15,42%) per bulan Maret 2008 berdasarkan hasil Evaluasi Awal Perkembangan Penduduk Miskin Tahun 2009 Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/Ketua Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK) 16 Februari 2009.

**Tabel 1.3.**  
**Jumlah Penduduk dan Penduduk Miskin**  
**di Kabupaten Ogan Komering Ulu tahun 2005 – 2008**

NO	TAHUN	JUMLAH PENDUDUK (JIWA)	Jumlah penduduk miskin (Jiwa)	% penduduk miskin
1	2005	-	65.139	-
2	2006	275.565	88.797	32,22
3	2007	298.340	107.544	36,05
4	2008	301.860	107.544	35,63

Sumber : SK Bupati Ogan Komering Ulu 2005 – 2008, Data BPS Kab. OKU (diolah)

Kabupaten Ogan Komering Ulu terdiri dari 11 kecamatan, 14 Puskesmas yang melayani 127 desa, dan 11 kelurahan. Kecamatan Baturaja Barat merupakan salah satu Kecamatan yang ada di Kabupaten Ogan Komering Ulu yang memiliki 1 puskesmas dengan 5 kelurahan dan 6 desa. Dari geografisnya, sebagian wilayah berada sangat dekat dengan ibukota kabupaten yakni Baturaja, sehingga merupakan gambaran masyarakat kota. Sedangkan sebagian lagi, wilayah kecamatan Baturaja Barat jauh dari Ibukota Kabupaten, yang merupakan gambaran masyarakat desa. Sehingga dengan keragamannya tersebut, menarik untuk dilakukan penelitian di wilayah kecamatan Baturaja Barat, disamping sebelumnya belum ada penelitian serupa di wilayah tersebut.

**Tabel 1.4.**  
**Jumlah peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Kab. Ogan Komering Ulu Tahun 2008**

No	KECAMATAN	JL KEL	JL DESA	PUSKESMAS	JL KK	JL JIWA
1	BATURAJA TIMUR	6	3	KEMALARAJA SUKARAYA	5.090	17.623
2	LUBUK RAJA	-	3	BATUMARTA II	2.389	8.558
3	BATURAJA BARAT	5	6	TJ. AGUNG	2.479	10.143
4	SOSOH BUAY RAYAP	-	8	PENYANDINGAN	1.193	4.828
5	LUBUK BATANG	-	14	LUBUK BATANG	3.679	14.937
6	PENINJAUAN	-	22	LUBUK RUKAM PENINJAUAN	4.365	17.699
7	SINAR PENINJAUAN	-	6	KARYA MUKTI	1.121	4.561
8	PENGANDONAN	-	19	PENGANDONAN	1.507	6.474
9	ULU OGAN	-	7	MENDINGIN	886	4.138
10	SEMIDANG AJI	-	20	PENGARINGAN ULAK PANDAN	1.909	8.214
11	LENGKITI	-	19	TJ. LENGKAYAP	2.314	10.369
TOTAL					26.932	107.544

Sumber : SK Bupati Ogan Komering Ulu (2008)

Berdasarkan data BPS Kabupaten OKU (tabel 1.4), jumlah masyarakat miskin yang tercakup dalam program Jamkesmas 2008 di Kecamatan Baturaja Barat cukup tinggi yakni 2.479 KK atau 10.143 jiwa (9,43 % dari jumlah penduduk miskin dan 3,36 % dari total jumlah penduduk di Kabupaten OKU).

Peserta Jamkesmas adalah orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu yang jumlah dan kriterianya ditetapkan Bupati Kabupaten OKU berdasarkan data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) Kab. OKU. Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat, dimana peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

Dari data Rekapitulasi Laporan Bulanan Program Jamkesmas, jumlah pelayanan di Puskesmas dan Jaringannya (Puskesmas keliling; Puskesmas pembantu; Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)/Polindes; Pos UKBM: Posyandu, Pos UKK, Pos Obat Desa dan lainnya; atau sarana lainnya yang tersedia di wilayah tersebut termasuk rumah penduduk) pada tahun 2008 hanya 104.904 kunjungan atau rata-rata hanya 8,13 % perbulan dari 107.544 jiwa total peserta Jamkesmas Kab. OKU. Sedangkan di Kecamatan Baturaja Barat, jumlah kunjungan peserta Jamkesmas adalah 6.908 atau rata-rata 5,68 % perbulan dari 10.143 jiwa peserta Jamkesmas Kec. Baturaja Barat.

Hal tersebut sangat kontras dengan masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih cukup tinggi, dan masih rendahnya umur harapan hidup. Di Indonesia, AKB sebesar 26,9; di Propinsi Sumatera Selatan sebesar 52,66; dan di Kabupaten OKU sebesar 47,68 per 1000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Umur Harapan Hidup di Indonesia 70,5 tahun; di Propinsi Sumatera Selatan 64,02 tahun; dan di Kabupaten OKU 65,21 tahun (BPS 2007).

Dilatarbelakangi hal-hal tersebut, maka perlu dilakukan pengkajian faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Kecamatan Baturaja Barat, Kabupaten Ogan Komering Ulu.

## 1.2. PERUMUSAN MASALAH

Meskipun Kebijakan pemerintah di Bidang Kesehatan berupaya memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat termasuk masyarakat miskin, dengan memberikan akses pelayanan kesehatan gratis, tetapi selama tahun 2008 tercatat hanya ada 6.908 kunjungan atau rata-rata hanya 5,68 % perbulan dari 10.143 jiwa total peserta Jamkesmas Kec. Baturaja Barat. Hal tersebut terlihat kontras dengan AKB, AKI, dan Umur harapan hidup, sebagai indikator kesehatan masyarakat miskin, yang terlihat masih tinggi yakni AKB 47,68 per 1000 kelahiran hidup dan angka harapan hidup yang rendah yakni 65,21 tahun. Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas di Kabupaten OKU kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor.

Dari rumusan masalah tersebut, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian apakah faktor tingkat pendidikan peserta Jamkesmas, tingkat pengetahuan peserta Jamkesmas, sikap dokter/bidan/perawat, pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan, jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas, lamanya waktu tunggu untuk diperiksa/diobati, dan ketercapaian fasilitas kesehatan, memiliki hubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas ?

## 1.3. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan yang ingin dicapai dari penulisan tesis ini adalah untuk :

1. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan peserta Jamkesmas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
2. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan peserta Jamkesmas (meliputi : maksud, tujuan, cakupan pelayanan kesehatan yang dijamin, tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan prosedur dalam mendapatkan pelayanan kesehatan) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
3. Menganalisis hubungan sikap dokter/bidan/perawat (meliputi: keramahan, ketelitian dalam memeriksa pasien, dan kejelasan anjuran/saran/informasi yang diberikan dokter/bidan/perawat) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya

4. Menganalisis hubungan pelayanan ketika peserta Jamkesmas datang ke sarana kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
5. Menganalisis hubungan jumlah obat yang diterima dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
6. Menganalisis hubungan lamanya waktu tunggu untuk diperiksa/diobati dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
7. Menganalisis hubungan ketercapaian fasilitas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya

#### **1.4. HIPOTESIS**

1. Ada hubungan tingkat pendidikan peserta Jamkesmas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
2. Ada hubungan tingkat pengetahuan peserta Jamkesmas (meliputi : maksud, tujuan, cakupan pelayanan kesehatan yang dijamin, tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan prosedur dalam mendapatkan pelayanan kesehatan) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
3. Ada hubungan sikap dokter/bidan/perawat (meliputi: keramahan, ketelitian dalam memeriksa pasien, dan kejelasan anjuran/saran/informasi yang diberikan dokter/bidan/perawat) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
4. Ada hubungan pelayanan ketika peserta Jamkesmas datang ke sarana kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
5. Ada hubungan jumlah obat yang diterima dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
6. Ada hubungan lamanya waktu tunggu untuk diperiksa/diobati dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
7. Ada hubungan ketercapaian fasilitas kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya



## **1.5. MANFAAT PENELITIAN**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berguna bagi pemerintah, khususnya pemerintah daerah dalam merencanakan dan merumuskan kebijakan-kebijakan yang ditujukan untuk keluarga miskin, terutama terkait dengan bidang kesehatan, sehingga program yang direncanakan dan kebijakan yang diambil dapat tepat sasaran dalam mencapai tujuan diharapkan.

## **1.6. METODE PENELITIAN**

### **1.6.1. DESAIN PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, melalui pendekatan kuantitatif dengan maksud mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pemegang kartu Jamkesmas di Kecamatan Baturaja Barat Kabupaten OKU Propinsi Sumatera Selatan. Dimana pengumpulan data pada penelitian ini, baik variabel sebab (*independent variable*) maupun variabel akibat (*dependent variable*) dilakukan secara bersama-sama atau sekaligus (Notoatmodjo, 2002).

### **1.6.2. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian dilakukan di wilayah Kecamatan Baturaja Barat Kabupaten OKU Propinsi Sumatera Selatan, Juni - Agustus 2009.

### **1.6.3. POPULASI DAN SAMPEL**

#### **a. Populasi**

Semua Kepala Keluarga peserta Jamkesmas yang bertempat tinggal di wilayah kerja Kecamatan Baturaja Barat Kab. OKU, yakni berjumlah 2479 orang (Dinas Kesehatan Kab. OKU, 2007)

#### **b. Sampel**

Diambil menggunakan metode *systematic Random Sampling* yakni metode pengambilan sampel dimana hanya sampel pertama saja yang dipilih secara

acak, sedangkan unsur-unsur selanjutnya dipilih secara sistematis menurut suatu pola tertentu (Singarimbun, 1997).

Adapun jumlah sampel yang dibutuhkan dihitung menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)} \dots\dots\dots(1.6.1)$$

Dimana :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan

(Notoatmodjo, 2002)

$$n = \frac{2479}{1 + 2479 (0,10^2)}$$

$$n = \frac{2479}{25,79}$$

$$n = 96,12$$

Jadi sampel yang diperlukan minimal 97 orang Kepala Keluarga peserta JAMKESMAS. Dengan menggunakan daftar peserta JAMKESMAS Kec. Baturaja Barat sebagai kerangka sampling (*sampling frame*), berdasarkan pola pengambilan sampel yakni dengan pola 26 (populasi 2479 dan sampel yang dibutuhkan  $97 = 2479 / 26 = 25,56$  ), maka bila sampel pertama terambil responden dengan no urut 1, sampel berikutnya diambil anggota JAMKESMAS dengan nomor urut 27 di kerangka sampling yang ada, dan seterusnya, hingga di dapat sampel dengan jumlah yang dibutuhkan. Dalam penelitian ini, peneliti menetapkan jumlah sampel sebanyak 98 orang, sebagai langkah antisipasi bila ada sampel yang dinilai tidak layak.

#### 1.6.4. PENGUMPULAN DATA

##### - *Data Primer*

Diperoleh dengan melakukan wawancara langsung dengan responden, dengan menggunakan kuesioner.

##### - *Data Sekunder*

Diperoleh dari data-data Dinas Kesehatan Kab. OKU, Dinas Kesehatan Kab. SUMSEL, dan BPS

#### 1.6.5. ANALISIS DATA

Setelah data diinput, maka data dianalisis :

##### 1. *Analisis Deskriptif*

Tujuan analisis ini adalah untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel berdasarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, yang disajikan dalam tabel silang (*crossstab*).

##### 2. *Analisis Multivariat*

Dimaksudkan untuk memprediksi adanya hubungan antara variabel dependen dengan seluruh variabel independent secara bersama-sama. Analisis multivariat yang digunakan adalah *regresi Logistic*. Dalam model regresi logistik binomial variabel tidak bebasnya hanya mempunyai dua kategori yaitu 1 dan 0. Estimasi dilakukan dengan menggunakan program *SPSS for windows*.

##### **Model :**

$$\ln (p_1 / 1 - p_1) = \alpha + \beta_1 p_{didik} + \beta_2 p_{tahun} + \beta_3 p_{sikapptgs} + \beta_4 p_{layan} + \beta_5 p_{obat} + \beta_6 p_{tunggu} + \beta_7 p_{jarak} + \varepsilon \quad \dots\dots\dots(1.6.2)$$

Dimana :

$p_1$  adalah probabilitas (  $Y = 1$  ) = probabilitas pemanfaatan kesehatan oleh peserta JAMKESMAS

$\alpha$  = intersep

$\beta_1 p_{didik}$  = estimasi parameter variabel tingkat pendidikan peserta

$\beta_2$ ptahuan	= estimasi parameter variabel tingkat pengetahuan peserta
$\beta_3$ sikapptgs	= estimasi parameter variabel sikap dokter/bidan/perawat
$\beta_4$ layan	= estimasi parameter variabel pelayanan ketika datang ke sarana pelayanan kesehatan
$\beta_5$ obat	= estimasi parameter variabel jumlah obat yang diterima
$\beta_6$ tunggu	= estimasi parameter variabel lamanya waktu tunggu untuk diperiksa
$\beta_7$ jarak	= estimasi parameter variabel ketercapaian fasilitas
$\varepsilon$	= error term

### 1.6.6. DEFINISI OPERASIONAL

#### a. Variabel Dependen

##### - Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah dimanfaatkan atau tidaknya pelayanan kesehatan oleh anggota keluarga peserta Jamkesmas yang sakit selama 2 (dua) bulan terakhir, yang meliputi rawat jalan tingkat primer, rawat inap tingkat primer, pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan di luar gedung, yang sesuai dengan pedoman yang berlaku, di Puskesmas dan jaringannya

Alat ukur : Kuesioner

Skala ukur : Nominal

Hasil ukur : 0 = Tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan

1 = Memanfaatkan Pelayanan kesehatan

#### b. Variabel Independen

##### 1. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti responden

Alat ukur : Kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : 0 = Tidak sekolah

1 = Tidak tamat SD

- 2 = Tamat SD
- 3 = Tamat SLTP
- 4 = Tamat SLTA
- 5 = Tamat Perguruan Tinggi

## 2. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan adalah apa yang diketahui oleh responden tentang Jamkesmas, yang meliputi pengertian, tujuan, cakupan layanan, tempat pelayanan dan prosedur pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas.

Tingkat pengetahuan diukur dari 5 (lima) pertanyaan, dengan 3 (tiga) pilihan jawaban. Responden dapat menjawab lebih dari satu ( a dan b), dimana Jawaban a dan b masing-masing diberi skor 1, sedangkan c diberi skor 0.

Skor jawaban responden untuk masing-masing pertanyaan ditabulasi, dan dijumlahkan sehingga menghasilkan total skor pengetahuan. Dari rentang total skor tertinggi dan skor terendah yang didapat dari hasil kuesioner tersebut, akan dibagi menjadi 3 (tiga) kelas dengan interval yang sama.

- Alat ukur : Kuesioner
- Skala ukur : ordinal
- Hasil ukur : 0 = Rendah
  - 1 = Sedang
  - 2 = Tinggi

## 3. Sikap dokter/bidan/perawat

Sikap dokter/bidan/perawat adalah penilaian responden terhadap sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan di Puskesmas dan jaringannya kepada peserta JAMKESMAS (meliputi keramahan, ketelitian dan kejelasan anjuran/saran/informasi yang diberikan) , baik berdasarkan pengalaman yang dialami langsung maupun tidak langsung oleh peserta Jamkesmas.

Sikap dokter/bidan/perawat diukur dari pertanyaan yang tersedia pada kuesioner, dimana ada 3 (tiga) pertanyaan untuk sikap dokter/bidan/perawat dengan 4 (empat) pilihan jawaban, bila responden menjawab a skor = 4, menjawab b skor = 3, menjawab c skor = 2, dan menjawab d skor = 1.

Dari jawaban responden untuk 3 pertanyaan tentang sikap dokter/bidan/perawat tersebut, skor masing-masing pertanyaan ditabulasi dan dijumlahkan sehingga didapat total skor sikap untuk setiap responden. Berdasarkan hasil dilapangan, akan didapat data total skor yang sebenarnya, dan kita dapat mengetahui total skor sikap responden terendah, tertinggi, mean dan median. Dengan diketahuinya median dari data lapangan, akan digunakan sebagai tolak ukur untuk menentukan penilaian responden terhadap sikap dokter/bidan/perawat.

Alat ukur : Kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : 0 = Tidak baik ( bila  $<$  median )

1 = Baik ( bila  $>$  atau  $=$  median )

#### **4. Pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan**

Pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan adalah penilaian responden tentang pelayanan yang diterima peserta Jamkesmas ketika datang ke sarana kesehatan, baik berdasarkan pengalaman yang dialami langsung maupun tidak langsung oleh peserta Jamkesmas.

Alat ukur : Kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : 0 = Sering pulang tidak ada yang melayani

1 = Menunggu lama sekali

2 = Menunggu sebentar

3 = langsung dilayani

#### **5. Jumlah obat yang diterima**

Jumlah obat yang diterima adalah penilaian responden tentang cukup tidaknya jumlah obat yang diterima pada saat memanfaatkan pelayanan kesehatan, baik berdasarkan pengalaman yang dialami langsung maupun tidak langsung oleh peserta Jamkesmas.

Alat ukur : Kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : 0 = sangat kurang  
 1 = kurang  
 2 = cukup  
 3 = lebih dari cukup

#### **6. Lamanya waktu tunggu untuk diperiksa**

Lamanya waktu tunggu untuk diperiksa adalah penilaian responden tentang lamanya waktu tunggu untuk diperiksa/diberi pengobatan pada saat memanfaatkan pelayanan kesehatan, baik berdasarkan pengalaman yang dialami langsung maupun tidak langsung oleh peserta Jamkesmas.

Alat ukur : Kuesioner  
 Skala ukur : ordinal  
 Hasil ukur : 0 = lama sekali  
 1 = agak lama  
 2 = biasa saja  
 3 = sebentar

#### **7. Ketercapaian fasilitas**

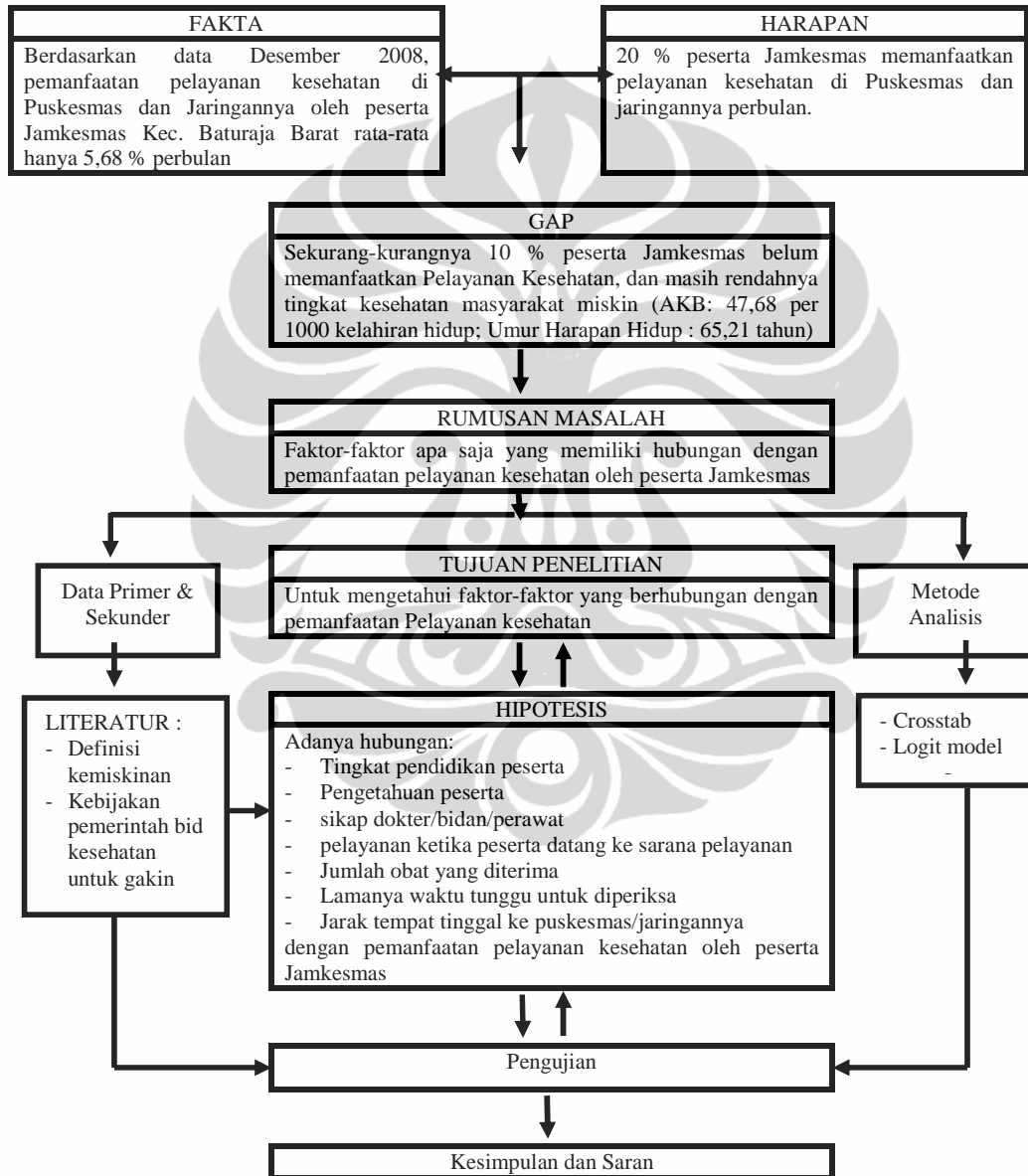
Ketercapaian adalah jarak fisik dari tempat tinggal responden ke Puskesmas dan jaringannya, dalam satuan kilometer.

Pada saat jarak ke sarana pelayanan kesehatan kurang dari 2 km, dikategorikan dekat karena di asumsikan bahwa peserta Jamkesmas masih bisa mencapainya hanya dengan berjalan kaki, sedangkan yang lebih dari 4 km dikategorikan jauh, karena peserta Jamkesmas harus menggunakan alat transportasi untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan

Alat ukur : Kuesioner  
 Skala ukur : ordinal  
 Hasil ukur : 0 = Jauh (bila jarak > dari 4 KM)  
 1 = sedang ( bila jarak 2 – 4 KM)  
 2 = dekat ( bila jarak < 2 KM)

## 1.7. KERANGKA PIKIR

### HUBUNGAN PENGETAHUAN PESERTA, SIKAP PETUGAS KESEHATAN, DAN KETERCAPAIAN FASILITAS TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA OLEH PESERTA JAMKESMAS (STUDI KASUS : KEC. BATURAJA BARAT KAB. OKU)





## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. KEMISKINAN

#### 2.1.1. Definisi Miskin

Definisi miskin di Indonesia memiliki beberapa versi, tergantung dari instansi yang menjadi rujukan.

BKKBN Mendefinisikan keluarga miskin adalah kelompok keluarga Prasejahtera dan Keluarga Sejahtera I. BKKBN menggunakan pendekatan sosial dan ekonomi dalam mendefinisikan miskin, dengan ciri-ciri keluarga sebagai berikut :

1. Tidak dapat menjalankan ibadah menurut agamanya
2. Seluruh anggota keluarga tidak mampu makan dua kali sehari
3. Seluruh anggota keluarga tidak memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah, dan bepergian.
4. Bagian terluas dari rumahnya berlantai tanah
5. Tidak mampu membawa anggota keluarga ke sarana kesehatan

Badan Pusat Statistik (BPS) menetapkan kriteria miskin berdasarkan tingkat konsumsi makanan kurang dari 2.100 kalori/kapita/hari dan kebutuhan minimal non makanan. Disamping itu, secara ekonomi BPS menetapkan penghasilan US\$ 0,55 perhari sebagai batas miskin di perkotaan dan US\$ 0,40 di pedesaan.

*United Nation Development Program (UNDP)* mendefinisikan kemiskinan sebagai ketidakmampuan untuk memperluas pilihan-pilihan dalam hidup, antara lain dengan memasukkan penilaian “tidak adanya partisipasi dalam pengambilan keputusan publik” sebagai salah satu indikator kemiskinan (Sumanta, 2005).

*International Labour Organization (ILO)* menetapkan batas garis kemiskinan dengan penghasilan US\$ 1 per hari bagi penduduk perkotaan dan US\$ 0,80 untuk penduduk pedesaan.

Bank Dunia Menggolongkan penghasilan kurang dari atau sama dengan US\$ 1 perhari sebagai masyarakat miskin.

Prof. Mubyarto (Republika, 19 Agustus 2002) menyebutkan bahwa penghasilan kurang dari Rp. 75.000,-/bulan untuk pedesaan dan Rp. 108.000,-/bulan untuk perkotaan atau 75 % penghasilan untuk membeli pangan utama (beras) merupakan indicator penduduk miskin. Sedangkan Drajat Wibowo (peneliti INDEF) menyatakan Patokan mskn adalah pendapatan domestik bruto dan indeks nilai tukar petani (Thabrany, 2005).

Definisi kemiskinan dengan demikian mengalami pergeseran bersamaan dengan bertambahnya pengetahuan tentang kemiskinan dan faktor-faktor penyebabnya dalam beberapa dekade terakhir. Pada awal 1990-an definisi kemiskinan telah diperluas tidak hanya berdasarkan tingkat pendapatan, tapi juga mencakup ketidakmampuan di bidang kesehatan, pendidikan dan perumahan. Dalam pengertian tersebut telah diakui adanya interaksi dan hubungan sebab akibat antara berbagai dimensi kemiskinan. Bahkan di penghujung abad 20 muncul pengertian terbaru mengenai kemiskinan yaitu bahwa kemiskinan juga mencakup dimensi kerentanan, ketidakberdayaan, dan ketidak mampuan untuk menyampaikan aspirasi (*voicelessness*). Jadi kemiskinan berwajah majemuk atau bersifat multi dimensi (Sumanta, 2005).

### **2.1.2. Definisi Miskin Untuk Sektor Kesehatan**

Kebutuhan pelayanan kesehatan tidak dapat ditentukan kapan, dimana, dan berapa biaya, dibandingkan dengan kebutuhan ekonomi lain termasuk kebutuhan untuk kalori. Definisi miskin yang digunakan oleh BPS atau BKKBN lebih berfokus pada kebutuhan ekonomi, meski variabel kesehatan tetap dimasukkan dalam penghitungan biaya non makanan. Besaran biaya kesehatan terlihat kecil karena biaya tersebut telah dirata-ratakan sehingga proporsi pengeluaran satu rumah tangga tidak terlihat lagi. Padahal jika seseorang butuh pelayanan kesehatan yang kronis atau katastrofik (pembedahan, opname penyakit tertentu, tindakan khusus, dan sebagainya) akan membuat rumah tangga tersebut jatuh miskin. Oleh karena itu, untuk menentukan penduduk yang memperoleh bantuan pelayanan kesehatan agar mereka tidak jatuh miskin, butuh kriteria lain

sehingga pemerintah bisa memberikan subsidi pada kelompok ini dengan berbagai tingkatan, misalnya pemerintah meringankan biaya pengobatan sebesar 25%, 50%, dan 75% bagi penduduk kelas III yang dirawat di RSUD Pemerintah (Thabrany, 2005).

## 2.2. BARANG PUBLIK

Dalam perekonomian, kita dapat mengelompokkan macam-macam barang menurut dua ciri, yakni (Mankiw, 2006) :

- Apakah barangnya bersifat ekskludabel (*excludable*)? Dapatkah masyarakat diminta untuk tidak memakai atau memanfaatkan barang ini?
- Apakah barangnya bersifat persaingan (*rival*)? Apakah jika seseorang memakai barang ini, maka peluang orang lain untuk memakainya berkurang.

Berdasarkan kedua ciri tersebut, maka barang dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. **Barang pribadi (*private goods*)** adalah barang-barang yang ekskludabel dan rival, misalnya buku di toko buku. Bersifat ekskludabel karena kita bisa mencegah orang lain untuk memilikinya. Bersifat *rivalry* karena jika hanya ada 1 buku, dan seseorang telah membelinya, maka orang lain tidak bisa ikut mengkonsumsinya. Sebagian besar barang yang ada di pasar adalah barang pribadi.
2. **Barang publik (*public goods*)** adalah barang-barang yang tidak ekskludabel dan juga tidak rival. Artinya siapa saja tidak bisa dicegah untuk memanfaatkan barang ini, dan konsumsi seseorang atas barang ini tidak mengurangi peluang orang lain melakukan hal yang sama. Contoh barang publik adalah pertahanan nasional. Jika suatu Negara aman karena mampu melawan setiap serangan dari Negara lain, maka siapa saja di Negara itu tidak bisa dicegah untuk turut menikmati rasa aman. Di samping itu, pada saat orang tersebut menikmati rasa aman, peluang bagi orang lain untuk turut menikmati keamanan sama sekali tidak berkurang.

3. **Sumber daya milik bersama** (*common resources*) adalah barang-barang yang tidak ekskludabel, namun rival. Contohnya adalah ikan di laut. Tidak ada yang melarang ikan-ikan yang mereka tangkap. Namun pada saat seseorang melakukannya, maka jumlah ikan di laut berkurang, sehingga kesempatan orang lain melakukan hal yang sama jadi berkurang.
4. Ada pula barang yang ekskludabel, namun tidak memiliki rival. Barang seperti itu hanya muncul dalam situasi monopoli alamiah. Jasa pemadam kebakaran suatu kota kecil contohnya. Sangatlah mudah mencegah seseorang menikmati jasa ini. Petugas pemadam kebakaran dapat membiarkan sebuah rumah terbakar begitu saja. Namun jasa perlindungan kebakaran ini tidaklah bersifat rival, karena kebakaran rumah tidak terjadi setiap saat, dan setiap rumah memperoleh perlindungan yang sama. Petugas pemadam kebakaran lebih sering menunggu daripada beraksi memadamkan kebakaran, sehingga melindungi satu rumah tambahan tidak akan mengurangi kualitas perlindungan mereka pada rumah-rumah yang lain. Dengan kata lain, begitu pemerintah kota membuat anggaran untuk jasa pemadaman kebakaran, maka biaya untuk melindungi tambahan satu rumah baru sangatlah kecil.

Baik barang publik maupun sumber daya milik bersama sering kali menimbulkan eksternal karena keduanya bernilai namun tidak memiliki harga. Jika ada seseorang yang berinisiatif mengupayakan sendiri suatu barang publik, misalnya tanda peringatan angin rebut, maka semua orang turut menikmati manfaatnya, namun mereka tidak perlu membayar untuk hal itu. Demikian pula, pada saat seseorang menikmati sumber daya milik bersama, ikan dilaut misalnya, maka kesejahteraan orang lain berkurang karena peluang mereka untuk menangkap ikan di laut menurun, tetapi tidak ada yang akan kompensasi atas kerugian mereka. Akibat dari dampak-dampak eksternal inilah, keputusan-keputusan pribadi untuk konsumsi dan produksi dapat menjadikan alokasi sumber-sumber daya yang tidak efisien. Intervensi dari pemerintah dapat membantu meningkatkan kesejahteraan semua pihak.

Sampai sejauh ini telah kita lihat bagaimana pemerintah menyediakan barang-barang publik karena pasar swasta tidak dapat menyediakannya dengan

jumlah yang efisien. Namun, memahami bahwa pemerintah perlu turun tangan, barulah sebuah langkah pertama. Langkah selanjutnya yang tidak kalah penting adalah memahami kapan pemerintah dapat melakukan hal itu, karena pemerintah tidak setiap saat mampu menyediakan barang publik mengingat adanya kemampuan yang terbatas. Pemerintah harus membuat pertimbangan yang matang untuk menentukan barang publik apa yang harus disediakan dan dalam jumlah berapa (Mankiw, 2006) .

## **2.3. PELAYANAN DAN PEMANFAATAN KESEHATAN**

### **2.3.1. 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).

Pelayanan kesehatan merupakan suatu produk jasa yang unik jika dibandingkan dengan produk jasa lain. Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri utama, yaitu :

#### *a. Uncertainty*

Artinya pelayanan kesehatan bersifat tidak bisa dipastikan baik waktunya, tempatnya, besarnya biaya yang dibutuhkan maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut.

#### *b. Asymmetry of information*

Adalah suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi layanan kesehatan (PPK: dokter, perawat, dsb) dengan pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan. Ketidakseimbangan informasi ini meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas suatu pelayanan, tentang harga dan manfaat dari suatu pelayanan. Karena pembeli jasa pelayanan/pasien kurang informasi (*customer ignorance*), maka pasien pun menyerahkan sepenuhnya kepada dokter yang bertindak terhadap dirinya.

Dampak dari hal ini adalah apabila dokter tersebut hanya berorientasi terhadap uang dibandingkan dengan tugas mulianya, maka bisa jadi dokter tersebut memberikan pelayanan yang sebetulnya tidak perlu diberikan (*supply induce demand/moral hazard*) atau bisa jadi dia memberikan pelayanan dengan kualitas yang rendah.

*c. Externality*

Menunjukkan bahwa pengguna jasa dan bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya. Demikian juga resiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja menimpa diri pembeli tetapi juga pihak lain mungkin terpapar oleh resiko yang menimbulkan penyakit. Contoh klasik adalah konsumsi rokok yang mempunyai resiko lebih besar justru bukan perokok. Mereka yang tidak membeli rokok dan tidak mengisap rokok dapat terkena resiko sakit akibat asap rokok. Karena ciri khas inilah, pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dari publik atau pemerintah dalam berbagai bentuk (Thabrany, 2000).

### **2.3.2. PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN**

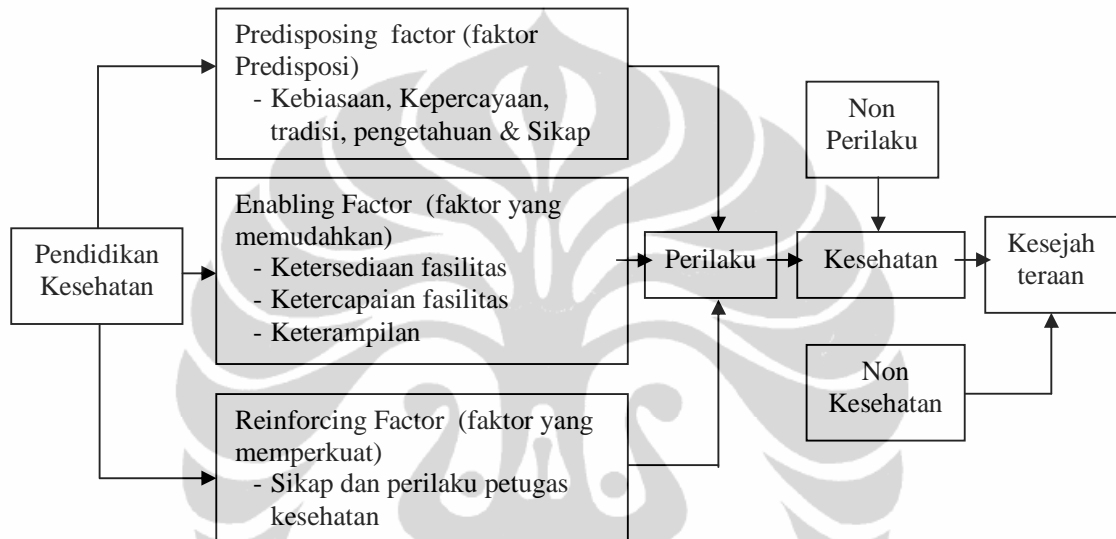
Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang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

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. 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).

### 2.3.3. PERILAKU MASYARAKAT SEHUBUNGAN DENGAN PELAYANAN KESEHATAN

Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosis perilaku adalah konsep dari Lawrence Green (1980). Menurut Green, perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yakni (Notoatmodjo, 2003) :

#### Hubungan : Kesejahteraan, Kesehatan, Perilaku dan Pendidikan Kesehatan



Sumber: Lawrence W Green, Marshall W Kreuter, *Health Education Planning Diagnostic Approach* (1980)

#### 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor-faktor ini mencakup: Pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Ikhwal ini dapat dijelaskan sebagai berikut. Untuk berperilaku kesehatan, misalnya: pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tersebut tentang manfaat periksa hamil, baik bagi kesehatan ibu sendiri dan janinnya. Disamping itu, kadang-kadang kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu untuk periksa hamil. Misalnya, orang hamil tidak boleh disuntik (periksa hamil termasuk memperoleh suntikan anti tetanus), karena suntikan bisa menyebabkan anak cacat. Faktor-faktor ini

terutama positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

## 2) Faktor-faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya: air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta, dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya: perilaku pemeriksaan kehamilan. Ibu hamil yang mau periksa hamil tidak hanya karena ia tahu dan sadar manfaat periksa hamil saja, melainkan ibu tersebut dengan mudah harus dapat memperoleh fasilitas atau tempat periksa hamil, misalnya: puskesmas, polindes bidan praktek, ataupun rumah sakit. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung, atau faktor pemungkin.

## 3) Faktor-faktor Penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif, dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan. Di samping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut. Seperti perilaku periksa hamil, serta kemudahan memperoleh fasilitas periksa hamil, juga diperlukan peraturan atau perundang-undangan yang mengharuskan ibu hami melakukan periksa hamil (Notoatmodjo, 2003).



Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Respon seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003) :

**1. Tidak bertindak/kegiatan apa-apa (no action).**

Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun symptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif, dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut ke dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya dan sebagainya.

**2. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*)**

Dengan alasan-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-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

**3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*).**

Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisioanal ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan lain.

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

Obat-obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat-obat yang tidak memakai resep sehingga sukar untuk dikontrol. Namun demikian sampai sejauh ini pemakaian obat-obat bebas oleh masyarakat belum mengakibatkan masalah yang serius. Khusus mengenai jamu sebagai sesuatu untuk pengobatan (bukan hanya untuk pencegahan saja) makin tampak peranannya dalam kesehatan masyarakat.

**5. 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.**

**6. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).**

Jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit adalah berbeda dengan konsep kita tentang sehat-sakit itu. Demikian juga persepsi sehat-sakit antara kelompok-kelompok masyarakat pun akan berbeda-beda pula. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat-sakit kita, maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan. Bila persepsi sehat-sakit masyarakat sudah sama dengan pengertian kita, maka kemungkinan besar fasilitas yang diberikan akan mereka pergunakan (Notoatmodjo, 2003).

### **2.3.4. MODEL-MODEL UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN**

#### **a. Model Andersen (1975)**

Andersen mendeskripsikan model system 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, 2) Karakteristik kemampuan, dan 3) karakteristik kebutuhan (Ilyas, 2003).

1) Karakteristik Predisposisi (*Predisposing characteristics*)

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

- 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 bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses 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

Yang termasuk dalam sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan

b) Sumber daya masyarakat

Yang termasuk dalam sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Asumsi Andersen adalah semakin banyak

sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat semakin bertambah.

### 3) Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan, dalam hal ini 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 kebutuhan ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu:

#### a) Penilaian individu (*perceived Need*)

Merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita

#### b) Penilaian klinik (*evaluated Need*)

Merupakan penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

### b. Model Zschock (1979)

Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu (Ilyas, 2003) :

#### 1) Status kesehatan, pendapatan, dan pendidikan

Faktor status kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian fenomenanya. 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 meskipun dia sangat membutuhkan pelayanan tersebut. Akibatnya adalah tidak

terdapatnya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan. Disamping itu, tingkat pendidikan seseorang 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 bertanggung lebih lebih besar disbanding dengan perorangan. Sebab itu, pada Negara dimana asuransi kesehatan sosial lebih dominan atas komersial atau sistem asuransi kesehatan nasional, peranan asuradur sangat penting dalam menentukan penggunaan pelayanan kesehatan.

#### 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 (Ilyas, 2003) :

#### 1) Model Demografi (*Demographic Model*)

Pada model ini, 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*)

Di dalam model ini, 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*)

Dalam model ini, 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 Keluarga (*Family Resource Model*)

Dalam model ini 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*)

Pada model ini variabel yang digunakan 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*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah:

- a) Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, tekanan, 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 di dalamnya (Ilyas, 2003).

## 2.4. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DAN PENELITIAN-PENELITIAN SEBELUMNYA

### 2.4.1. Riset ICW (2009)

Indonesia Corruption Watch telah merampungkan riset *Citizen report Card* (CRC) yang berfokus pada Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). CRC ini dilakukan di empat kota, yaitu Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi. Pendekatan yang digunakan adalah kualitatif dan kuantitatif. Dengan populasi sejumlah 579.192 peserta jamkesmas terdaftar di PT. Askes, didapat 868 responden secara acak.

Dari riset ini ditemukan beberapa permasalahan: Pertama, data peserta Jamkesmas masih belum akurat. Dari 868 responden terdaftar yang dipilih secara acak dijumpai 12,4 persen tidak memiliki kartu. Ada pula 3 % meninggal dunia, pindah alamat 3,1 %, nama tidak dikenal 9,9 persen serta 22,1% responden tidak dapat diverifikasi. Temuan ini jelas menunjukkan tidak adanya updating data dari pemerintah daerah. Seharusnya kuota peserta yang telah meninggal atau pindah alamat bisa dipindahalihkan kepada masyarakat miskin lainnya yang membutuhkan.

Kedua, Sosialisasi yang belum optimal juga menjadi masalah. 25,8 persen dari responden tidak mengetahui apa itu jamkesmas. Hal ini berimbas pada pengetahuan responden tentang manfaat dari jamkesmas. Rata-rata 80% responden tidak tahu manfaat dari kartu jamkesmas. Informasi yang diperoleh sebagian besar (42,6%) dari ketua RT/RW yang mana informasi tersebut sering tidak menyeluruh. Hanya 3% dari responden yang menjadikan TV dan Koran sebagai sumber informasi Jamkesmas. Hal ini menunjukkan kampanye besar-besaran oleh Menteri Kesehatan melalui media elektronik dan cetak (TV dan Koran) belum efektif.

Ketiga, Adanya pungutan dalam mendapatkan kartu. Untuk mendapatkan kartu, peserta masih dipungut biaya (7,5%). Rata-rata pungutan sebesar Rp 10.000. Aktor penarik pungutan ini 44,6% adalah ketua RT/RW. Alasan klasik adalah sebagai pengganti biaya transportasi atau sekedar sumbangan sukarela.



Bisa dibayangkan jika setiap kota di Indonesia ada hal semacam ini untuk mendapatkan kartu jamkesmas.

Keempat, masih adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat. Dari hasil riset ini diketahui bahwa 23 persen responden tidak menggunakan kartu ketika berobat. Adapun alasan mengapa tidak menggunakan kartu ialah tidak tahu jika dengan kartu itu, pengobatan di RS dan puskesmas gratis, takut ditolak RS/puskesmas, administrasi akan dipersulit, mendapatkan pelayanan yang buruk. Ada pula yang masih bisa menanggung biaya sendiri dan malas membawa kartu. Dan dilapangan ternyata 25,7% responden tidak tahu bahwa kartu jamkesmas dapat digunakan untuk berobat gratis di RS dan puskesmas.

Kelima, masih ada pasien jamkesmas yang mengeluarkan biaya. Biaya periksa mencapai Rp 627.000, biaya berobat Rp 391 rb, biaya pendaftaran Rp 172 rb, dan biaya lainnya Rp 184 rb. Dari temuan ini, janji pemerintah (Departemen kesehatan) untuk menjamin (gratis) kesehatan bagi masyarakat miskin tidak terpenuhi.

Keenam, kualitas pelayanan pasien jamkesmas masih buruk. Adanya antrian panjang pendaftaran, sempitnya ruang tunggu, rumitnya administrasi dan lamanya menunggu dokter menjadi hambatan pelayanan jamkesmas. Masih adanya penolakan dari pihak RS juga merupakan cermin kegagalan dari program jamkesmas (<http://antikorupsi.org/indo/content/view/14201/1/>).

#### **2.4.2. Efi Kusumawati (2004)**

Efi 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.

### **2.4.3. Hedyati (2001)**

Dalam penelitiannya, Hedyati (2001) menyatakan bahwa Gakin yang berpendidikan tinggi dan memiliki pengetahuan yang baik tentang Kartu Sehat(KS) akan memanfaatkan KS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi daripada yang berpendidikan rendah dan memiliki pengetahuan kurang baik dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan mempengaruhi pemanfaatan KS dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Perlakuan yang ramah dengan tidak memberikan perbedaan bagi setiap orang yang datang ke pelayanan kesehatan merupakan pengalaman yang menyenangkan bagi Gakin untuk memanfaatkan Kartu Sehat (KS) guna mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dalam penelitiannya juga Hedyati menemukan bahwa Gakin yang bertempat tinggal dekat dengan Puskesmas atau yang sarana transportasinya mudah dan murah lebih memanfaatkan KS dibandingkan dengan Gakin yang rumahnya jauh serta transportasinya sulit dan mahal.

### **2.4.4. Tukiman (1994)**

Tukiman (1994) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan peserta JPKM Gotong Royong tentang Program JPKM Gotong Royong dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan menyatakan terdapat hubungan antara jarak dari rumah peserta JPKM-GR ke Puskesmas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Tetapi Tukiman (1994) dalam penelitiannya menemukan tidak ada hubungan sikap petugas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta JPKM-GR.

## **BAB 3**

### **JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)**

#### **3.1. Latar Belakang**

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, maka telah dilakukan perubahan pada pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin, dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran (Depkes RI, 2008).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) Program Jamkesmas pada dasarnya adalah upaya penyempurnaan program Askeskin yang telah berjalan 4 tahun khususnya dalam hal ketepatan sasaran. Dari Evaluasi pelaksanaan program Askeskin sejak tahun 2005 sampai 2007, terdapat beberapa kelemahan yang menyebabkan program ini belum berjalan optimal sehingga sangat mendesak untuk dilakukan langkah-langkah penyempurnaan. Persoalan itu terkait dengan aspek kepesertaan, penyelenggaraan, pelayanan, dan pendanaan. Dari sisi kepesertaan pendataan sasaran miskin belum tuntas. Akibatnya perlu ada solusi sementara menggunakan kartu yang dimiliki seperti Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Jaring Pengaman Sosial, Kartu Sehat, dan lain-lain yang semuanya rawan penyalahgunaan. Dari sisi pelayanan, rumah sakit belum melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya yang baik. Disamping itu verifikasi tidak optimal sehingga pembayaran klaim terlambat.

Dari semua alasan tersebut maka Askeskin disempurnakan menjadi Jamkesmas. Rumusan pola baru ini diharapkan dapat memenuhi hak rakyat atas

pelayanan kesehatan secara optimal. Bentuk penyempurnaan lain adalah pengelolaan yang efektif, efisien, transparan dan akuntabel, meliputi :

1. Pemisahan fungsi pengelola, pembayar dan penguji kebenaran klaim
2. Pembentukan verifikator/penguji kebenaran klaim yang independen yang ditempatkan di setiap RS sejumlah 1600 orang di seluruh Indonesia, dengan rasio 1 orang untuk 100 tempat tidur, untuk meningkatkan fungsi pengawasan dan kecepatan klaim
3. Peningkatan kendali mutu dan kendali biaya di RS (Pemberi Pelayanan Kesehatan/PPK) berupa paket-paket layanan sesuai dengan diagnosis atau tindakan yang dilaksanakan.
4. Menghindari penyalahgunaan atau ketidaktepatan sasaran dengan membuat database dan distribusi kartu ke seluruh peserta Jamkesmas. Dari sisi kepesertaan, jumlah rakyat miskin yang berhak memperoleh layanan sesuai data BPS, yaitu 76,4 juta jiwa. Pemerintah Kota/Kabupaten dilibatkan dengan mengajukan dan menetapkan jumlah orang miskin lengkap dengan nama dan alamat sesuai kuota yang ada pada data BPS. Jika jumlah yang diajukan melebihi kuota, maka kelebihanannya akan menjadi tanggung jawab Pemkab/Pemkot yang bersangkutan. Keterlibatan Pemerintah Kota/Kabupaten ini sangat penting, hal ini belum ada dalam Askeskin. Warga miskin yang tercantum dalam usulan Pemda akan menerima kartu dari PT. Askes, melalui mekanisme seperti ini, diharapkan tidak ada lagi warga miskin yang tidak mendapat kartu, dan tidak bisa lagi kartu jatuh ke tangan yang tidak berhak.
5. Dengan system Jamkesmas, dana program yang berjumlah Rp. 4,6 triliun untuk tahun 2008, disimpan bendahara Negara, dibayarkan langsung kepada pemberi layanan kesehatan, sehingga pembayaran menjadi lebih singkat dan cepat.

### **3.2. Tujuan Dan Sasaran**

#### **1.2.1. Tujuan**

##### **a. Tujuan Umum**

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien

##### **b. Tujuan khusus**

- a. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya di Rumah Sakit
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

#### **1.2.2. Sasaran**

Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

### **3.3. Kebijakan Operasional**

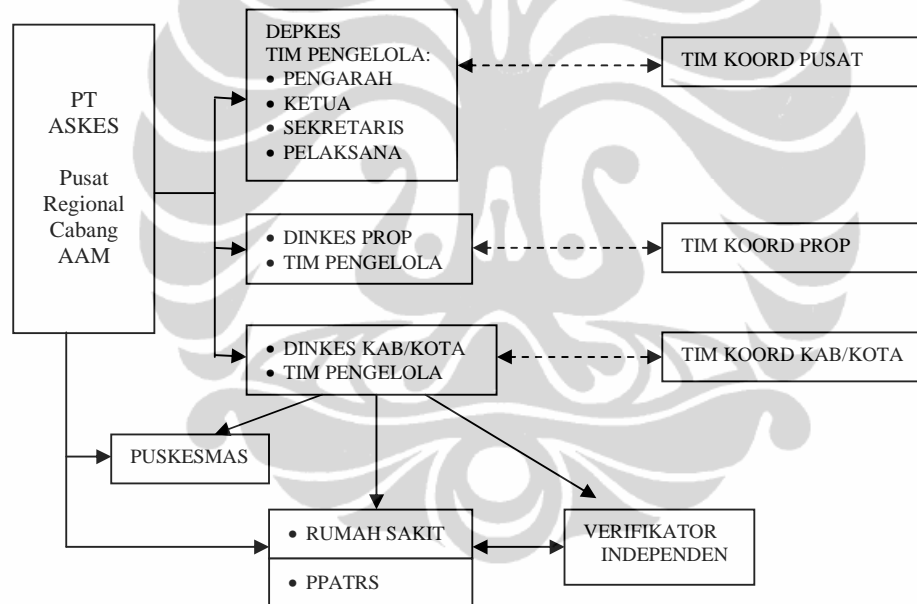
1. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin
2. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.
3. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip :
  - a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin

- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang “*cost effective*” dan rasional
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas
- d. Transparan dan akuntabel

### 3.4. Organisasi

Struktur organisasi Jamkesmas yang ada sekarang dapat dilihat dalam sema berikut :

**Gambar 3.1.**  
**Struktur Organisasi Jamkesmas 2008**



Sumber : Mukti (2008)

### 3.5. Kepesertaan

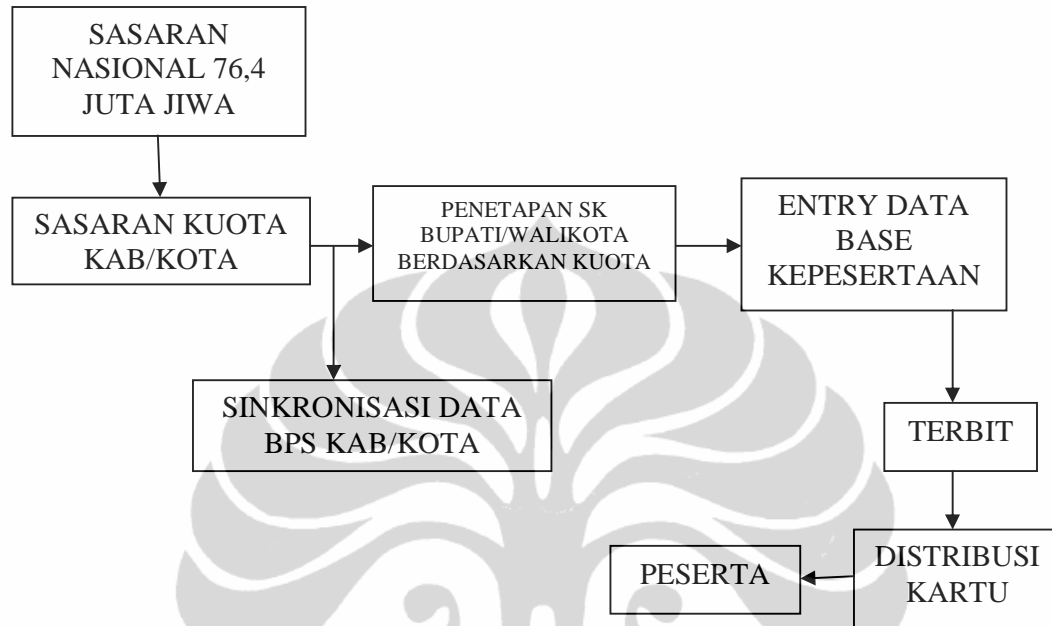
1. Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan

2. Jumlah sasaran peserta Program Jamkesmas tahun 2008 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes). Berdasarkan jumlah sasaran nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota Kabupaten/Kota
3. Berdasarkan Kuota Kabupaten/Kota sebagaimana butir 2 di atas, Bupati/Walikota menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan Bupati/Walikota melebihi dari jumlah kuota yang telah ditentukan, maka menjadi tanggung jawab Pemda setempat.

Administrasi kepesertaan meliputi: registrasi, penerbitan, dan pendistribusian kartu sampai ke peserta sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT. Askes (persero) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota
2. Entry data setiap peserta meliputi antara lain:
  - a. Nomor kartu
  - b. Nama peserta
  - c. Jenis kelamin
  - d. Tempat dan tanggal lahir/umur
  - e. Alamat
3. Berdasarkan database tersebut kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan sampai ke peserta
4. PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati/walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta
5. PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit Setempat.

**Gambar 3.2.**  
**Alur Registrasi Dan Distribusi Kartu Peserta**



### 3.6. Pendanaan

1. Pendanaan Program Jamkesmas merupakan dana bantuan sosial
2. Pembayaran ke Rumah Sakit dalam bentuk paket, berdasarkan klaim. Khusus untuk BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM pembayaran paket disetarakan dengan tarif paket pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap Rumah Sakit
3. Pembayaran ke PPK disalurkan langsung dari kas Negara melalui PT Pos ke Puskesmas dan KPPN melalui BANK ke Rumah Sakit/BBKPM/BKMM/BKPM/BP4/BKIM
4. Peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

### 3.7. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut :

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya



2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota setempat. Penggunaan SKTM hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya
3. Apabila peserta JAMKESMAS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergency
4. Pelayanan rujukan sebagaimana butir ke-3 (tiga) di atas meliputi:
  - a. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM
  - b. Pelayanan Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit
  - c. Pelayanan obat-obatan
  - d. Pelayanan rujukan specimen dan penunjang diagnostik
5. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT. Askes (Persero) mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.
6. Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan SKP dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan rawat inap.

7. Pada kasus-kasus tertentu yang dilayani di IGD termasuk kasus gawat darurat di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan surat keabsahan peserta. Bagi pasien yang tidak dirawat prosesnya sama dengan proses rawat jalan, sebaliknya bagi yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap sebagaimana item 5 dan 6 di atas
8. Bila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta atau SKTM sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut. Pada kondisi tertentu dimana ybs belum mampu menunjukkan identitas sebagaimana dimaksud di atas maka Direktur RS dapat menetapkan status miskin atau tidak miskin yang bersangkutan.

### **3.8. Manfaat Yang Diperoleh Masyarakat Miskin**

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk masyarakat miskin bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain :

#### **1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
  - 1) Konsultasi medik, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan
  - 2) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
  - 3) Tindakan medis kecil
  - 4) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal
  - 5) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
  - 6) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
  - 7) Pemberian obat

- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
- 1) Akomodasi rawat inap
  - 2) konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan
  - 3) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
  - 4) Tindakan medis kecil
  - 5) Pemberian obat
  - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)
- c. Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas non-perawatan/bidan di desa/Polindes/di rumah pasien/praktek bidan swasta.
- d. Pelayanan gawat darurat (emergency), kriteria/diagnose gawat darurat.

**2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM :**

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik, poliklinik spesialis RS Pemerintah, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM meliputi :
- 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum
  - 2) Rehabilitasi medis
  - 3) Penunjang diagnostic: laboratorium klinik, radiologi, dan elektromedik
  - 4) Tindakan medis kecil dan sedang
  - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
  - 6) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)
  - 7) Pemberian obat yang mengacu pada Formularium Rumah Sakit
  - 8) Pelayanan darah
  - 9) Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit

- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah, meliputi:
  - 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - 2) Konsultasi Medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - 3) Penunjang diagnostic: Laboratorium klinik, radiologi dan elektromedi
  - 4) Tindakan medis
  - 5) Operasi sedang dan besar
  - 6) Pelayanan rehabilitasi medis
  - 7) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
  - 8) Pemberian obat mengacu formularium RS program ini
  - 9) Pelayanan darah
  - 10) Bahan dan alat kesehatan habis pakai
  - 11) Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK)
- c. Pelayanan gawat darurat (emergency) kriteria gawat darurat

### 3. Pelayanan Yang Dibatasi (Limitation)

- a. Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000 berdasarkan resep dokter
- b. Intra Ocular Lens (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah
- c. Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah dan tersediaan lata tersebut di daerah
- d. Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktifitas sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah
- e. Pelayanan penunjang diagnostic canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus '*life saving*' dan kebutuhan penegakkan diagnosa yang

sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik.

#### 4. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*)

- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
- b. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
- c. *General check up*
- d. Prothesis gigi tiruan
- e. Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah
- f. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi
- g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam
- h. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial

Manfaat jaminan yang diberikan ke peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasioanal, bukan berupa uang tunai.

**BAB 4**  
**GAMBARAN UMUM TEMPAT PENELITIAN**  
**(KECAMATAN BATURAJA BARAT KAB. OKU)**

**4.1. GEOGRAFI**

Secara administratif Kecamatan Baturaja Barat terdiri dari 12 desa dengan luas wilayah sekitar 73.886 Ha. Jika dilihat dari luas setiap desa yang terdapat di Kecamatan Baturaja Barat, maka desa yang memiliki luas wilayah terbesar adalah Desa Karang Endah (dengan luas wilayah 16.000 Ha), sedangkan Desa Air Gading merupakan desa yang memiliki luas wilayah terkecil (yaitu 146 Ha).

Secara umum keadaan topografi Kecamatan Baturaja Barat meliputi 78,83 % tanah datar, 12,41 % tanah berbukit-bukit dan sisanya adalah tanah rawa (sebesar 8,76 %). Batas-batas Kecamatan Baturaja Barat adalah sebagai berikut :

- Sebelah utara berbatasan dengan Kec. Peninjauan, Kab. OKU
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kec. Sosoh Buay Rayap, Kab. OKU
- Sebelah timur berbatasan dengan Kec. Baturaja Timur, Kab. OKU
- Sebelah barat berbatasan dengan Kec. Pengandonan, Kab. OKU

Jarak Kecamatan Baturaja Barat ke Ibukota Kabupaten (Kota Baturaja) sekitar 1,50 KM.

**4.2. DEMOGRAFI**

Pada tahun 2007, jumlah penduduk di Kecamatan Baturaja Barat berjumlah 32.424 jiwa, dengan komposisi 16.083 jiwa berjenis kelamin laki-laki dan 16.341 jiwa berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan jumlah penduduk dan luas wilayahnya, kepadatan penduduk kecamatan Baturaja Barat adalah 43,88 jiwa setiap KM<sup>2</sup> . Berdasarkan jumlah penduduk perdesa, maka Desa Saung Naga merupakan desa yang memiliki jumlah penduduk terbesar, yakni 6.615 jiwa. Sedangkan desa yang memiliki jumlah penduduk terkecil adalah desa Tanjung Karang dengan jumlah penduduk sebanyak 509 jiwa.

**Tabel 4.1.**  
**Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Dirinci Per Desa Dalam**  
**Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	DESA	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH
1	Batu Putih	1.489	1.576	3.065
2	Laya	744	722	1.466
3	Saung Naga	3.277	3.338	6.615
4	Tanjung Agung	1.203	1.261	2.464
5	Talang Jawa	3.261	3.329	6.590
6	Air Gading	1.921	2.019	3.940
7	Pusar	1.416	1.409	2.825
8	Batu Kuning	1.410	1.372	2.782
9	Karang Agung	375	349	724
10	Karang Endah	331	323	654
11	Tanjung Karang	250	259	509
12	Sukamaju	406	384	790
	<b>JUMLAH</b>	<b>16.083</b>	<b>16.341</b>	<b>32.424</b>

Sumber : BPS Kab. OKU

**Tabel 4.2.**  
**Rata-rata Kepadatan Penduduk di Kecamatan Baturaja Barat**  
**Dirinci Menurut Desa Tahun 2007**

NO	DESA	Jumlah Penduduk	Luas Areal (KM <sup>2</sup> )	Rata-rata Jiwa/KM <sup>2</sup>
1	Batu Putih	3.065	120,00	25,54
2	Laya	1.466	70,00	20,94
3	Saung Naga	6.615	56,00	118,13
4	Tanjung Agung	2.464	4,00	616,00
5	Talang Jawa	6.590	60,00	109,83
6	Air Gading	3.940	1,46	2.698,63
7	Pusar	2.825	32,40	87,19
8	Batu Kuning	2.782	25,00	111,28
9	Karang Agung	724	30,00	24,13
10	Karang Endah	654	160,00	4,09
11	Tanjung Karang	509	120,00	4,24
12	Sukamaju	790	60,00	13,17
	<b>JUMLAH</b>	<b>32.424</b>	<b>738,86</b>	<b>43,88</b>

Sumber : BPS Kab. OKU

Dilihat dari kepadatan penduduk perkilometer, Desa Air Gading merupakan wilayah yang memiliki kepadatan penduduk terbesar yaitu 2.689,63 jiwa per KM<sup>2</sup>, sedangkan Desa Karang Endah merupakan desa yang memiliki kepadatan penduduk terkecil yaitu 4,09 jiwa per KM<sup>2</sup>.

**Tabel 4.3.**  
**Rata-rata Jumlah Jiwa Setiap Anggota Rumah Tangga di Kecamatan Baturaja Barat Dirinci menurut Desa Tahun 2007**

NO	DESA	Jumlah Penduduk	Jumlah Rumah Tangga	Jumlah Jiwa / Rumah Tangga
1	Batu Putih	3.065	677	4,53
2	Laya	1.466	452	3,24
3	Saung Naga	6.615	1.748	3,78
4	Tanjung Agung	2.464	513	4,80
5	Talang Jawa	6.590	1.696	3,89
6	Air Gading	3.940	1.039	3,79
7	Pusar	2.825	812	3,48
8	Batu Kuning	2.782	759	3,67
9	Karang Agung	724	219	3,31
10	Karang Endah	654	211	3,10
11	Tanjung Karang	509	182	2,80
12	Sukamaju	790	248	3,19
	JUMLAH	32.424	8.606	3,79

Sumber : BPS Kab. OKU

Jumlah rumah tangga di Kecamatan Baturaja Barat adalah 8.606 rumah tangga, sehingga rata-rata rumah tangga dihuni oleh 3,79 jiwa. Dengan keadaan ini dapat terlihat bahwa jumlah penduduk dalam setiap rumah tangga di Kecamatan Baturaja Barat rata-rata berkisar antara 3 – 4 jiwa, atau dapat diasumsikan setiap rumah tangga dihuni oleh 2 orang tua (ibu bapak) dan 1 – 2 orang anak.

Berdasarkan tabel 4.4., terlihat bahwa sebagian besar penduduk Kecamatan Baturaja Barat merupakan penduduk muda, sesuai dengan ciri negara berkembang, dimana usia 0 – 19 tahun berjumlah 14.386 orang ( 44,4 %), 20 – 59 tahun berjumlah 15.825 orang ( 48,8 %), dan  $\geq$  60 tahun berjumlah 1.266 ( 3,9 % ).



**Tabel 4.4.**  
**Jumlah Penduduk Dirinci Menurut Golongan Umur di Kecamatan**  
**Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	Golongan Umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	0 - 4	1.762	1.750	3.512
2	5 - 9	1.522	1.532	3.054
3	10 - 14	1.778	1.804	3.582
4	15 - 19	2.051	2.187	4.238
5	20 - 24	1.587	1.467	3.054
6	25 - 29	1.303	1.326	2.629
7	30 - 34	1.171	1.140	2.311
8	35 - 39	976	1.073	2.049
9	40 - 44	911	936	1.847
10	45 - 49	741	734	1.475
11	50 - 54	704	702	1.406
12	55 - 59	518	536	1.054
13	60 - 64	456	491	947
14	65 - 69	263	265	528
15	70 - 74	191	200	391
16	75+	149	198	347
	<b>JUMLAH</b>	<b>16.083</b>	<b>16.341</b>	<b>32.424</b>

Sumber : BPS Kab. OKU

#### 4.3. PENDIDIKAN

Jumlah Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah yang ada di Kecamatan Baturaja Barat pada tahun 2007 berjumlah 23 unit sekolah yang terdiri dari 20 unit sekolah dasar negeri/inpres, 1 unit sekolah dasar swasta, dan 2 Madrasah Ibtidaiyah Negeri. Keseluruhan sekolah dasar tersebut menyebar di hampir setiap desa, dengan total murid SD negeri/inpres sebanyak 3.582 siswa dan keseluruhan tenaga pengajar (guru) SD negeri/inpres sebanyak 230 orang, total murid SD Swasta berjumlah 100 siswa dan keseluruhan tenaga pengajar (guru) SD Swasta sebanyak 7 orang, sedangkan total murid Madrasah Ibtidaiyah Negeri berjumlah 358 orang dengan total pengajar sebanyak 42 orang.

**Tabel 4.5.**  
**Jumlah Sekolah Dasar, SLTP/MTs, dan SMU/MA,**  
**Negeri/Inpres dan Swasta Dirinci menurut Desa dalam Kecamatan**  
**Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	DESA	Sekolah Dasar dan MI		SLTP dan MTs		SMU dan MA	
		Negeri/ inpres	Swasta	Negeri/ inpres	Swasta	Negeri/ inpres	Swasta
1	Batu Putih	1	1	-	-	-	-
2	Laya	1	-	-	-	1	-
3	Saung Naga	-	-	-	-	-	-
4	Tj. Agung	1	-	1	1	-	1
5	Talang Jawa	7	-	-	-	-	-
6	Air Gading	4	-	-	-	-	-
7	Pusar	2	-	1	-	-	1
8	Batu Kuning	3	-	1	-	-	-
9	Karang Agung	-	-	-	-	-	-
10	Karang Endah	1	-	-	-	-	-
11	Tanjung Karang	1	-	-	-	-	-
12	Sukamaju	1	-	-	-	-	-
	<b>JUMLAH</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Sumber : BPS Kab. OKU (diolah)

**Tabel 4.6.**  
**Jumlah Murid Sekolah Dasar, SLTP/MTs, dan SMU/MA,**  
**Negeri/Inpres dan Swasta Dirinci menurut Desa dalam Kecamatan**  
**Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	DESA	Murid Sekolah Dasar dan MI		Murid SLTP dan MTs		Murid SMU dan MA	
		Negeri/ inpres	Swasta	Negeri/ inpres	Swasta	Negeri/ inpres	Swasta
1	Batu Putih	150	100	-	-	-	-
2	Laya	340	-	-	-	663	-
3	Saung Naga	-	-	-	-	-	-
4	Tj. Agung	185	-	296	147	-	177
5	Talang Jawa	1.452	-	-	-	-	-
6	Air Gading	835	-	-	-	-	-
7	Pusar	292	-	561	-	-	341
8	Batu Kuning	417	-	150	-	-	-
9	Karang Agung	-	-	-	-	-	-
10	Karang Endah	60	-	-	-	-	-
11	Tanjung Karang	98	-	-	-	-	-
12	Sukamaju	111	-	-	-	-	-
	<b>JUMLAH</b>	<b>3.940</b>	<b>100</b>	<b>1.007</b>	<b>147</b>	<b>663</b>	<b>518</b>

Sumber : BPS Kab. OKU (diolah)

Sementara jumlah SLTP negeri dan swasta di Kecamatan Baturaja Barat ada sebanyak 3 unit sekolah dan jumlah SLTA/SMU hanya berjumlah 3 unit sekolah. Adapun keseluruhan siswa SLTP sebanyak 858 siswa dan jumlah siswa SLTA/SMU sebanyak 1.181 siswa, yang diasuh oleh 57 guru SLTP dan 75 guru SLTA/SMU. Sedangkan untuk Madrasah Tsanawiyah Negeri ada 1 unit sekolah, dengan jumlah murid 296 orang dan 15 orang guru.

**Tabel 4.7.**  
**Jumlah Guru Sekolah Dasar, SLTP/MTs, dan SMU/MA,**  
**Negeri/Inpres dan Swasta Dirinci menurut Desa dalam Kecamatan**  
**Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	DESA	Guru Sekolah Dasar dan MI		Guru SLTP dan MTs		Guru SMU dan MA	
		Negeri/ inpres	Swasta	Negeri/ inpres	Swasta	Negeri/ inpres	Swasta
1	Batu Putih	21	7	-	-	-	-
2	Laya	20	-	-	-	49	-
3	Saung Naga	-	-	-	-	-	-
4	Tj. Agung	10	-	15	10	-	9
5	Talang Jawa	116	-	-	-	-	-
6	Air Gading	27	-	-	-	-	-
7	Pusar	31	-	25	-	-	17
8	Batu Kuning	18	-	22	-	-	-
9	Karang Agung	-	-	-	-	-	-
10	Karang Endah	11	-	-	-	-	-
11	Tanjung Karang	9	-	-	-	-	-
12	Sukamaju	9	-	-	-	-	-
	<b>JUMLAH</b>	<b>272</b>	<b>7</b>	<b>62</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>26</b>

Sumber : BPS Kab. OKU (diolah)

#### 4.4. KESEHATAN

Sampai dengan tahun 2007, fasilitas kesehatan yang terdapat di Kecamatan Baturaja Barat meliputi 1 puskesmas, 4 puskesmas pembantu, 1 klinik bersalin dan 29 posyandu. Sedangkan tenaga kesehatan meliputi 2 orang dokter, 14 orang perawat dan 19 orang bidan desa. Jika dilihat dari banyaknya penduduk yang tersebar pada 12 desa di Kecamatan Baturaja Barat, maka ketersediaan fasilitas maupun tenaga kesehatan tersebut masih belum memadai.

**Tabel 4.8.**  
**Jumlah Puskesmas/Puskesmas Pembantu, Klinik Bersalin, dan**  
**Posyandu menurut Desa di Kecamatan Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	DESA	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Klinik Bersalin	Posyandu
1	Batu Putih	-	-	-	3
2	Laya	-	-	-	1
3	Saung Naga	-	-	1	5
4	Tanjung Agung	1	-	-	-
5	Talang Jawa	-	1	-	6
6	Air Gading	-	-	-	3
7	Pusar	-	-	-	4
8	Batu Kuning	-	1	-	4
9	Karang Agung	-	1	-	1
10	Karang Endah	-	-	-	1
11	Tanjung Karang	-	1	-	1
12	Sukamaju	-	-	-	-
	<b>JUMLAH</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>29</b>

Sumber : BPS Kab. OKU

**Tabel 4.9.**  
**Jumlah Dokter, Perawat, dan Bidan menurut Desa di Kecamatan**  
**Baturaja Barat Tahun 2007**

NO	DESA	Dokter	Perawat	Bidan (Bidan Desa)
1	Batu Putih	-	2	1
2	Laya	-	-	-
3	Saung Naga	1	4	5
4	Tanjung Agung	-	2	2
5	Talang Jawa	-	-	1
6	Air Gading	-	-	1
7	Pusar	-	6	2
8	Batu Kuning	1	-	3
9	Karang Agung	-	-	1
10	Karang Endah	-	-	1
11	Tanjung Karang	-	-	1
12	Sukamaju	-	-	1
	<b>JUMLAH</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>19</b>

Sumber : Kantor Camat Baturaja Barat

## BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 5.1. ANALISIS DESKRIPTIF

#### 5.1.1. PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah upaya yang dilakukan responden dalam mencari pengobatan dan melakukan pengobatan terhadap gejala penyakit yang diderita. yang meliputi rawat jalan tingkat primer, rawat inap tingkat primer, pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan di luar gedung, yang sesuai dengan pedoman yang berlaku, di Puskesmas dan jaringannya (bidan desa/Poskesdes/Polindes).

Berdasarkan hasil kuesioner dari 98 responden yang tersebar di 12 desa di Kecamatan Baturaja Barat, sebanyak 44,9 % responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, yakni mencari pengobatan ke Puskesmas atau ke bidan desa /Poskesdes (tabel 5.1.).

**Tabel 5.1.**  
**Pemanfaatan Sarana Pelayanan Kesehatan oleh Responden**

Pemanfaatan	Frekuensi	%
Tidak Memanfaatkan	54	55,1
Memanfaatkan	44	44,9
JUMLAH	98	100

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

55,1 % responden tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya, karena mereka mencari pengobatan dengan pergi ke dukun (7,1 %), menggunakan obat yang dibeli di warung (20,4 %), membuat obat sendiri / tradisional (20,4 %), dan lain-lain (seperti didiamkan saja sampai sembuh sendiri, dan bukan merasa suatu penyakit yang perlu diobati) sebanyak 7,1 % (tabel 5.2.).

**Tabel 5.2**  
**Tempat/cara responden mencari Pengobatan**

Tempat/Cara Responden Mencari Pengobatan	Frekuensi	%
Ke Puskesmas	32	32,7
Ke Poskesdes / Bidan Desa	12	12,2
Ke dukun	7	7,1
Menggunakan obat yang dibeli di warung	20	20,4
Membuat obat sendiri (tradisional)	20	20,4
Lain-lain	7	7,1
<b>JUMLAH</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

**Tabel 5.3.**  
**Alasan Responden Yang Memanfaatkan Sarana Pelayanan Kesehatan**

Alasan Responden	Frekuensi	%
Biayanya murah	1	2,3
Dekat dengan rumah	4	9,1
Gratis (tidak dipungut bayaran)	37	84,1
Sesuai saran dari anggota keluarga	2	4,5
<b>JUMLAH</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Dari tabel 5.3. mayoritas responden yang memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan memiliki alasan karena gratis (tidak dipungut bayaran) sehingga mereka memilih untuk mencari pengobatan di Puskesmas dan jaringannya (Poskesdes/Bidan Desa) yakni sebanyak 84,1 %.

**Tabel 5.4.**  
**Alasan Responden Yang Memanfaatkan Selain**  
**Sarana Pelayanan Kesehatan**

Alasan Responden	Frekuensi	%
Biayanya murah	17	31,5
Dekat dengan rumah	9	16,7
Sudah kenal baik	2	3,7
Gratis (tidak dipungut bayaran)	1	1,9
Sesuai saran dari anggota keluarga	24	44,4
Lain-lain	1	1,9
<b>JUMLAH</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Sedangkan dari tabel 5.4. terlihat bahwa pada responden yang memilih tidak berobat ke Puskesmas (Poskesdes/Bidan Desa), memiliki alasan terbanyak karena sesuai saran dari anggota keluarga (44,4 %).

98 responden dalam penelitian ini adalah peserta Jamkesmas yang memiliki kartu, sehingga tidak bisa menangkap masalah pada program Jamkesmas dan tidak bisa memberikan gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas.

Kenyataan di lapangan, masih ada masyarakat miskin yang tidak bisa memanfaatkan pelayanan kesehatan cuma-cuma yang diberikan pemerintah karena tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas. Mereka bisa memanfaatkan pelayanan gratis tersebut bila membawa SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu). Tetapi untuk mendapatkan selebar SKTM, mereka tidak memperolehnya dengan mudah, karena harus melalui birokrasi yang berbelit-belit dari RT, RW, dan pemerintah desa, bahkan ada oknum petugas yang memanfaatkan keadaan ini dengan meminta biaya dengan alasan untuk biaya administrasi. Keadaan hampir sama juga dialami peserta Jamkesmas sendiri, untuk memperoleh kartu, ada oknum petugas yang meminta uang (walaupun hanya Rp. 10.000,-) dengan alasan biaya transportasi ataupun sumbangan sukarela.

### 5.1.2. KARAKTERISTIK RESPONDEN

**Tabel 5.5.**  
**Jenis Kelamin Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Jenis Kelamin Responden	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Laki-laki	42 (58,3 %)	30 (41,7 %)	72 (73,5 %)
Perempuan	12 (46,2 %)	14 (53,8 %)	26 (26,5 %)
<b>JUMLAH</b>	54 (55,1 %)	44 (44,9 %)	98 (100 %)

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Dari hasil penelitian, dapat diketahui bahwa dari 98 orang responden mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki ( 73,5 % ), sedangkan perempuan 26,5 %. Dari 72 orang responden laki-laki, ternyata mayoritas responden tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yakni 42 orang (58,3 %) sedangkan untuk responden perempuan yang berjumlah 26 orang, ternyata lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yakni 14 orang ( 53,8 %). Hal ini dimungkinkan karena karakteristik laki-laki yang cenderung lebih tidak peduli pada kondisi kesehatan, dimana mereka baru akan melakukan pengobatan jika cenderung mengganggu aktifitas hariannya (tabel 5.5.).

Dari tabel 5.6. terlihat bahwa karakteristik responden berdasarkan umur, terdiri dari 45,9 % responden yang berumur 22 – 47 tahun, 42,9 % berumur 48 – 73 tahun, dan 11,2 % responden yang berumur 74 – 99 tahun. Dimana umur responden termuda adalah 22 tahun dan umur tertua adalah 91 tahun. Tetapi kecenderungan tidak memanfaatkan pada setiap kelompok umur lebih besar dibandingkan yang memanfaatkan, artinya tidak ada hubungan umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, karena baik di kelompok umur relatif muda

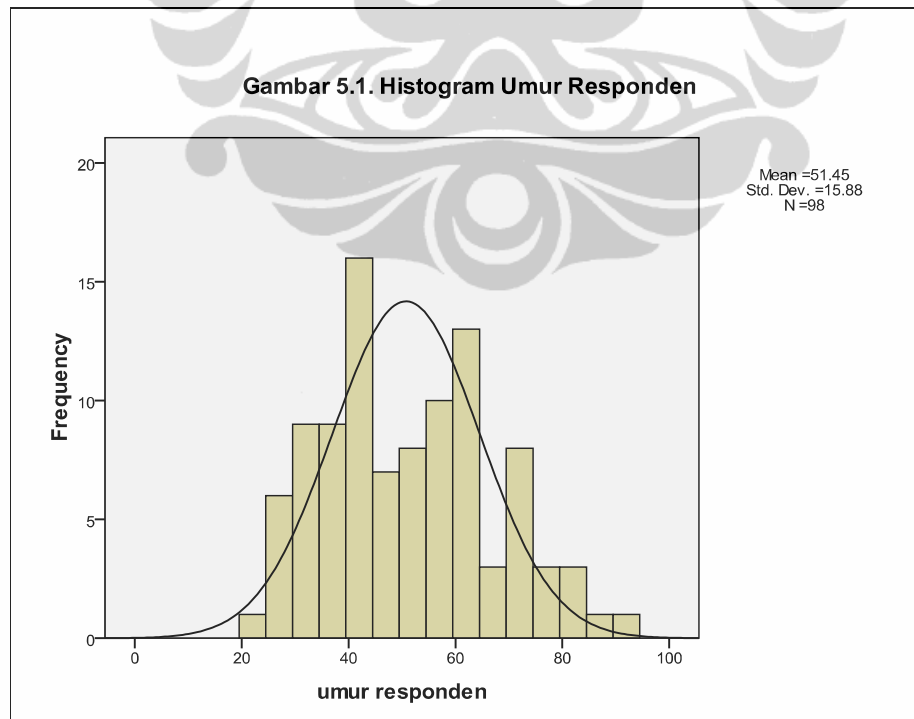


(22 – 47 tahun) maupun di kelompok umur yang lebih tua persentase terbesar adalah tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

**Tabel 5.6.**  
**Umur Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Umur Responden	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
22 – 47	24 (53,3 %)	21 (46,7 %)	45 (45,9 %)
48 – 73	22 (52,4 %)	20 (47,6 %)	42 (42,9 %)
74 - 99	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)	11 (11,2 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)



Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

**Tabel 5.7.**  
**Jumlah Anggota Keluarga Responden yang Menjadi Tanggungan**  
**Jamkesmas Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**  
**di Puskesmas dan Jaringannya**

Jl Anggota Keluarga Responden yang Menjadi Tanggungan Jamkesmas	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
1 – 4 orang	33 (55,0 %)	27 (45,0 %)	60 (61,2 %)
5 – 8 orang	20 (55,6 %)	16 (44,4 %)	36 (36,7 %)
9 – 12 orang	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	2 (2,0 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Karakteristik responden berdasarkan jumlah anggota keluarga responden yang menjadi tanggungan JAMKESMAS terlihat beragam (tabel 5.7), Sebagian besar responden (61,2 %) memiliki 1 – 4 orang anggota keluarga, 36,7 % yang memiliki 5 – 8 orang anggota keluarga, dan dalam jumlah kecil yakni 2,0 % memiliki sebanyak 9 - 12 orang anggota keluarga yang menjadi anggota JAMKESMAS.

Dari 98 responden penelitian ini, berdasarkan tabel 5.4, terlihat bahwa 43,9 % memiliki pekerjaan sebagai buruh, 32,7 % sebagai petani, 7,1 % sebagai pedagang, 8,2 % tidak bekerja, dan 8,2 % memiliki pekerjaan yang beragam (seperti tukang ojek, tukang cuci, tukang dan tukang beca). 8,2 % responden yang tidak bekerja mayoritas merupakan mereka yang tidak mampu lagi bekerja dikarenakan usia yang lanjut. Tetapi dari tabel tidak menunjukkan adanya kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan pekerjaan responden, karena apapun pekerjaan responden, sebagian besar tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

**Tabel 5.8.**  
**Pekerjaan Responden Berdasarkan Pemanfaatan**  
**Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Pekerjaan Responden	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Buruh	24 (55,8 %)	19 (44,2 %)	43 (43,9 %)
Petani	17 (53,1 %)	15 (46,9 %)	32 (32,7 %)
Pedagang	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)	7 (7,1 %)
Lain-lain	4 (50,0 %)	4 (50,0 %)	8 (8,2 %)
Tidak Bekerja	5 (62,5 %)	3 (37,5 %)	8 (8,2 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

**Tabel 5.9.**  
**Tingkat Pendidikan Responden Berdasarkan Pemanfaatan**  
**Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Tingkat Pendidikan Responden	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Tidak Sekolah	11 (61,1 %)	7 (38,9 %)	18 (18,4 %)
Tidak Tamat SD	9 (69,2 %)	4 (30,8 %)	13 (13,3 %)
Tamat SD	15 (46,9 %)	17 (53,1 %)	32 (32,7 %)
Tamat SLTP	11 (68,8 %)	5 (31,3 %)	16 (16,3 %)
Tamat SLTA	8 (42,1 %)	11 (57,9 %)	19 (19,4 %)
Tamat PT	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Berdasarkan tingkat pendidikan (tabel 5.5), sebagian besar responden memiliki pendidikan hanya tamat SD yakni 32,7 %, bahkan yang tidak sekolah sebanyak 18,4 %, sedangkan responden yang tamat SLTP ada 16,3 %. Walaupun begitu, ternyata ada responden yang tamat SLTA yakni sebanyak 19 orang (19,4 %). Berdasarkan tingkat pendidikan, terlihat bahwa dengan pendidikan tidak sekolah dan tidak tamat SD, mayoritas responden tidak memanfaatkan pelayanan (masing-masing 61,% dan 69,2 %). Sedangkan untuk tamat SD dan tamat SLTA mayoritas memanfaatkan pelayanan kesehatan yakni 53,1 % dan 57,9 %. Tetapi untuk tamat SLTP sebagian besar (68,8 %) tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, hal ini bisa dijelaskan dengan menelusuri penyakit yang diderita responden yang tamat SLTP, yang ternyata mayoritas menderita hanya penyakit ringan berupa batuk dan pilek, yang tidak terlalu mengganggu aktifitas responden, sehingga tidak memaksa mereka untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

**Tabel 5.10.**  
**Penyakit yang Diderita Responden/Anggota Keluarganya**  
**Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**  
**di Puskesmas dan Jaringannya**

Penyakit	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Batuk dan Pilek	20 (66,7 %)	10 (33,3 %)	30 (30,6 %)
Demam Panas	17 (45,9 %)	20 (54,1 %)	37 (37,8 %)
Sakit Gigi	4 (40,0 %)	6 (60,0 %)	10 (10,2 %)
Diare/berak-berak	6 (50,0 %)	6 (50,0 %)	12 (12,2 %)
Lain-lain	7 (77,8 %)	2 (22,2 %)	9 (9,2 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

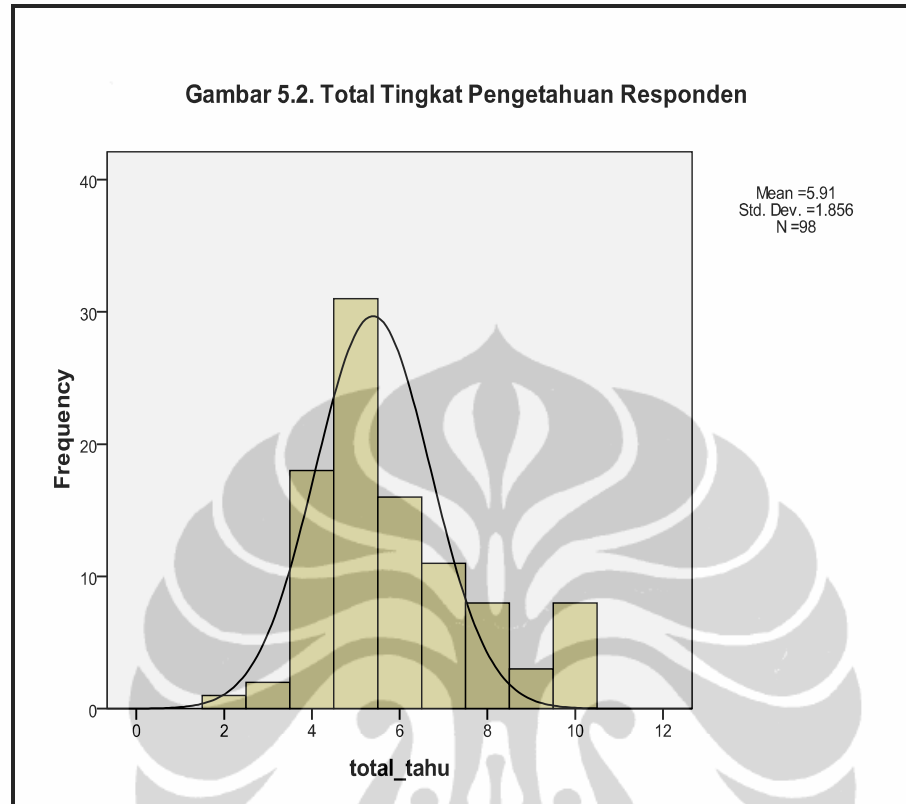
Tabel di atas menunjukkan bahwa mayoritas responden menderita demam panas (37,8 %) dan batuk pilek (30,6 %). Sedangkan proporsi terkecil adalah lain-lain (9,2 %) terdiri dari pusing-pusing, kaki terasa ngilu dan keram, badan terasa lemas, dan mata terasa kabur penglihatannya.

Pada responden yang menderita batuk pilek cenderung tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (66,7 %) dikarenakan dianggap ringan dan mampu diatasi tanpa harus ke sarana pelayanan kesehatan. Pada responden dengan demam panas dan sakit gigi sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan yakni masing-masing 54,1 % dan 60,0 %), dikarenakan dianggap lebih serius dan perlu penanganan khusus. Pada responden yang diare, sebagian memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sebagian lagi menggunakan pengobatan yang lainnya. Untuk responden yang menderita penyakit lainnya lebih cenderung tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (77,8 %), karena mereka menganggap penyakit yang ringan, penyakit yang bisa hilang dengan sendirinya, dan menganggap penyakit tua biasa.

### **5.1.3. PENGETAHUAN RESPONDEN**

Dari lima (5) pertanyaan yang dijadikan sebagai instrument pengukur pengetahuan, dihitung total skor tingkat pengetahuan responden. Dengan kemungkinan rentang total skor untuk variabel tingkat pengetahuan yang berada antara 0 – 10, dari hasil kuesioner, di dapat total skor terendah untuk variabel tingkat pengetahuan adalah 2 dan total skor tertinggi adalah 10. Dan berdasarkan gambar 5.2, terlihat bahwa sebaran total skor tingkat pengetahuan cenderung normal dengan standar deviasi 1,856, mean 5,91, dan median 5.

Dengan rentang yang diperoleh di lapangan tersebut, maka variabel pengetahuan di bedakan menjadi 3 kategori, yakni : tingkat pengetahuan rendah bila skor 2 – 4; tingkat pengetahuan sedang bila skor 5 – 7; dan tingkat pengetahuan tinggi bila skor 8 – 10. Maka dapat diketahui bahwa responden sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan yang sedang yakni 59,2 % ( tabel 5.11 ).



Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

**Tabel 5.11.**  
**Tingkat Pengetahuan Responden Berdasarkan Pemanfaatan**  
**Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Tingkat Pengetahuan Responden	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Rendah	11 (52,4 %)	10 (47,6 %)	21 (21,4 %)
Sedang	34 (58,6 %)	24 (41,4 %)	58 (59,2%)
Tinggi	9 (47,4 %)	10 (52,6 %)	19 (19,4 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

**Tabel 5.12.**  
**5 Pertanyaan Untuk Tingkat Pengetahuan Responden**

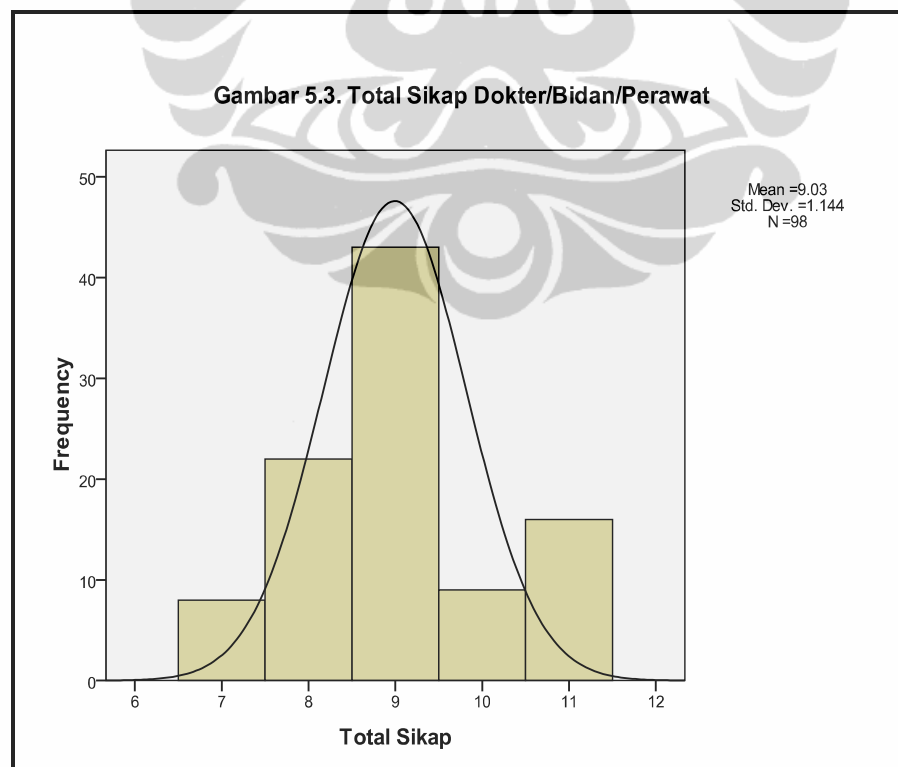
<b>Pengetahuan Responden</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>%</b>
<b>1. Maksud Jamkesmas</b> - Tidak tahu - Program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat ATAU Adanya peserta JAMKESMAS, pengelola dana, dan penyelenggara pelayanan kesehatan - Program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat DAN Adanya peserta JAMKESMAS, pengelola dana, dan penyelenggara pelayanan kesehatan	1 80 17	1,0 81,6 17,3
<b>7. Tujuan Jamkesmas</b> - Tidak tahu - Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan ATAU Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin - Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan DAN Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	18 61 19	18,4 62,2 19,4
<b>8. Cakupan pelayanan yang dijamin Jamkesmas</b> - Tidak tahu - Pelayanan kesehatan dasar ATAU Pelayanan pertolongan persalinan - Pelayanan kesehatan dasar DAN Pelayanan pertolongan persalinan	2 66 30	2,0 67,3 30,6
<b>9. Tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan</b> - Tidak tahu - Bidan desa / Poskesdes dan Puskesmas ATAU Rumah sakit dengan surat rujukan dari puskesmas - Bidan desa / Poskesdes dan Puskesmas DAN Rumah sakit dengan surat rujukan dari puskesmas	0 70 28	0 71,4 28,6
<b>10. Prosedur yang harus ditempuh dalam mendapatkan pelayanan kesehatan</b> - Tidak tahu - Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke puskesmas dan jaringannya dengan menunjukkan kartu Jamkesmas ATAU Apabila peserta JAMKESMAS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit, maka peserta harus disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus <i>emergency</i> - Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke puskesmas dan jaringannya dengan menunjukkan kartu Jamkesmas DAN Apabila peserta JAMKESMAS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit, maka peserta harus disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus <i>emergency</i>	4 77 17	4,1 78,6 17,3
<b>JUMLAH</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Berdasarkan hasil kuesioner yang disebar pada 98 orang responden, diketahui bahwa pada tingkat pengetahuan rendah dan sedang mayoritas responden tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yakni 52,4 % dan 58,6 %. Sedangkan pada responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi, mayoritas (52,6 %) memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Jika kita melihat satu persatu pertanyaan untuk tingkat pengetahuan responden, maka pertanyaan yang mencakup maksud, tujuan, cakupan pelayanan, tempat pelayanan dan prosedur yang harus ditempuh dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, mayoritas responden menjawab minimal satu dari jawaban yang seharusnya, dimana masing-masing sebesar 81,6 %; 62,2 %; 67,3 %; 71,4 % dan 78,6 %. Sedangkan responden yang benar-benar tidak tahu dalam menjawab pertanyaan variabel pengetahuan, memiliki proporsi yang terkecil untuk setiap pertanyaan, yakni 1,0 %; 18,4 %; 2,0 %; 0 %; dan 4,1 %.

#### 5.1.4. SIKAP DOKTER/BIDAN/PERAWAT



Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)



Hasil kuesioner menunjukkan bahwa variabel sikap dokter/bidan/perawat yang diukur dari 3 pertanyaan, memiliki skor terendah 7 dan skor tertinggi 11 dengan median 9, mean 9,03 dan standar deviasi 1,144 (gambar 5.3).

Ternyata 69,4 % responden menyatakan bahwa sikap dokter/bidan/perawat baik dalam melayani peserta Jamkesmas, dan sisanya (30,6 %) menyatakan sikap petugas kesehatan tidak baik. Dari tabel 5.13, terlihat bahwa jumlah responden yang menilai sikap dokter/bidan/perawat dalam melayani peserta Jamkesmas tidak baik mayoritas tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (73,3 %), sedangkan responden yang menilai sikap dokter/bidan/perawat baik dalam melayani peserta Jamkesmas sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan (52,9 %).

**Tabel 5.13.**  
**Sikap Dokter/Bidan/Perawat Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Sikap Dokter/Bidan/Perawat	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Tidak baik	22 (73,3 %)	8 (26,7 %)	30 (30,6 %)
Baik	32 (47,1 %)	36 (52,9 %)	68 (69,4 %)
<b>JUMLAH</b>	54 (55,1 %)	44 (44,9 %)	98 (100 %)

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Jika menelusuri jawaban-jawaban responden untuk tiga (3) pertanyaan variabel sikap dokter/bidan/perawat, dari tabel 5.14., maka kita akan melihat bahwa dari 98 responden, tidak ada responden yang menyatakan dokter/bidan/perawat yang melayani sangat ramah, malah sebagian besar responden menyatakan dokter/bidan/perawat yang melayani kurang ramah (68,4 %). 73,5 % responden menilai bahwa cara dokter/bidan/perawat memeriksa pasien kurang teliti, sedangkan hanya 1 % responden menilai cara

dokter/bidan/perawat memeriksa teliti sekali. Sebagian besar responden menilai anjuran/saran/informasi yang diberikan dokter/bidan/perawat kurang jelas (73,5 %) dan yang menilai anjuran/saran/informasi yang diberikan dokter/bidan/perawat jelas sekali hanya 1 %.

**Tabel 5.14.**  
**3 Pertanyaan Untuk Sikap dokter/bidan/perawat**

<b>Sikap Petugas Kesehatan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>%</b>
1. Keramahan petugas kesehatan yang melayani		
- Sangat ramah	0	0
- ramah	6	6,1
- kurang ramah	67	68,4
- tidak ramah	25	25,5
2. Cara petugas kesehatan memeriksa pasien		
- Teliti sekali	1	1,0
- Teliti	11	11,2
- Kurang teliti	72	73,5
- Tidak teliti	14	14,3
3. Kejelasan tentang anjuran/saran/informasi		
- Jelas sekali	1	1,0
- Jelas	20	20,4
- Kurang jelas	72	73,5
- Tidak jelas	5	5,1
<b>JUMLAH</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

#### **5.1.5. PELAYANAN KETIKA DATANG KE SARANA KESEHATAN**

Berdasarkan tabel 5.15, terlihat bahwa mayoritas responden, 90,8 %, menyatakan menunggu lama sekali ketika datang ke sarana kesehatan untuk mendapatkan pelayanan, tetapi tidak ada responden yang menyatakan langsung dilayani ketika mereka datang ke sarana kesehatan.

**Tabel 5.15.**  
**Pelayanan Ketika Datang Ke Sarana Kesehatan**  
**Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**  
**di Puskesmas dan Jaringannya**

Pelayanan Ketika Datang Ke Sarana Kesehatan	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Sering pulang tidak ada yang melayani	6 (85,7 %)	1 (14,3 %)	7 (7,1 %)
Menunggu lama sekali	48 (53,9 %)	41 (46,1 %)	89 (90,8 %)
Menunggu sebentar	0 (0 %)	2 (100,0 %)	2 (2,0 %)
Langsung dilayani	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Berdasarkan penilaian responden tentang pelayanan kesehatan ketika mereka datang ke sarana kesehatan, terlihat bahwa pada responden yang menyatakan sering pulang karena tidak ada yang melayani, sebanyak 85,7 % tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Untuk responden yang menyatakan menunggu lama sekali, pemanfaatan (46,1 %) lebih kecil dibandingkan tidak memanfaatkan (53,9 %), tetapi perbedaan persentasenya tidak terlalu besar. Responden yang menyatakan menunggu sebentar ketika datang ke sarana pelayanan kesehatan, semuanya memanfaatkan pelayanan kesehatan.

#### **5.1.6. JUMLAH OBAT YANG DITERIMA PESERTA JAMKESMAS**

Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas dinilai kurang oleh sebagian besar responden yakni 83,7 %. Walau demikian, hanya 3,1 % responden yang menyatakan sangat kurang. Sebanyak 11,2 % responden menyatakan cukup dan hanya 2,0 % yang menyatakan lebih dari cukup.

**Tabel 5.16.**  
**Jumlah Obat Yang Diterima Peserta Jamkesmas Berdasarkan**  
**Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Jumlah Obat yang diterima	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Sangat kurang	3 (100,0 %)	0 ( 0 %)	3 (3,1 %)
Kurang	48 (58,5 %)	34 (41,5 %)	82 (83,7 %)
Cukup	3 (27,3 %)	8 (72,7 %)	11 (11,2 %)
Lebih dari cukup	0 ( 0 %)	2 (100,0 %)	2 (2,0 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Pada responden yang menyatakan jumlah obat yang diterima sangat kurang dan kurang sebagian besar tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (masing-masing 100 % dan 58,5 %). Sebaliknya, untuk responden yang menyatakan jumlah obat yang diterima cukup dan lebih dari cukup, sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan (72,7 % dan 100 %).

### 5.1.7. LAMANYA WAKTU TUNGGU UNTUK DIPERIKSA

Berdasarkan lamanya waktu tunggu untuk diperiksa, maka sebagian besar (54,1 %) responden menyatakan lama sekali, yang menyatakan agak lama 35,7 %, yang menyatakan lamanya waktu tunggu biasa saja ada 8,2 % , dan hanya 2,0 % yang menyatakan sebentar menunggu untuk diperiksa.

Responden yang menyatakan lama sekali waktu tunggu untuk diperiksa, 60,4 % tidak memanfaatkan pelayanan, demikian juga yang menyatakan agak lama sebagian besar, 54,3 %, tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan untuk responden yang menyatakan waktu tunggu biasa saja dan sebentar untuk diperiksa sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan (yakni 62,5 % dan 100 %).

**Tabel 5.17.**  
**Lamanya Waktu Tunggu Untuk Diperiksa**  
**Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**  
**di Puskesmas dan Jaringannya**

Lamanya Waktu Tunggu Untuk Diperiksa	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Lama sekali	32 (60,4 %)	21 (39,6 %)	53 (54,1 %)
Agak lama	19 (54,3 %)	16 (45,7 %)	35 (35,7 %)
Biasa saja	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	8 (8,2 %)
Sebentar	0 ( 0 %)	2 (100,0 %)	2 (2,0 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

#### 5.1.8. KETERCAPAIAN FASILITAS

Pada saat jarak ke sarana pelayanan kesehatan kurang dari 2 km, dikategorikan dekat karena di asumsikan bahwa peserta Jamkesmas masih bisa mencapainya hanya dengan berjalan kaki, sedangkan yang lebih dari 4 km dikategorikan jauh, karena peserta Jamkesmas harus menggunakan alat transportasi untuk mencapai sarana pelayanan kesehatan.

Berdasarkan ketercapaian fasilitas yang diukur dengan jarak fisik antara tempat tinggal responden dengan tempat pelayanan kesehatan terdekat, terlihat bahwa 37,8 % responden memiliki akses yang dekat dengan sarana kesehatan yang telah ada (< 2 km dari tempat tinggal). Sedangkan yang memiliki akses sedang (2 – 4 km dari tempat tinggal) adalah 40,8 % dan yang jauh (> 4 km) ada 21,4 % responden. Dimana jarak tempat tinggal responden terdekat 0,5 KM dan yang terjauh 7 KM dari sarana pelayanan kesehatan.

**Tabel 5.18.**  
**Ketercapaian Fasilitas oleh Responden Berdasarkan Pemanfaatan**  
**Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya**

Ketercapaian fasilitas	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		Total
	Tidak Memanfaatkan	Memanfaatkan	
Jauh (> 4 km)	14 (66,7 %)	7 (33,3 %)	21 (21,4 %)
Sedang (2 – 4 km)	24 (60,0 %)	16 (40,0 %)	40 (40,8 %)
Dekat (< 2 km)	16 (43,2 %)	21 (56,8 %)	37 (37,8 %)
<b>JUMLAH</b>	<b>54 (55,1 %)</b>	<b>44 (44,9 %)</b>	<b>98 (100 %)</b>

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Dari tabel 5.18, menunjukkan bahwa responden yang jauh dalam mencapai fasilitas kesehatan 66,7 % tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, demikian juga responden yang memiliki jarak sedang (2 – 4 km) dalam mencapai fasilitas kesehatan 60 % tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan responden yang dekat dalam mencapai fasilitas kesehatan 56,8 % memanfaatkan pelayanan kesehatan.

## 5.2. ANALISIS MULTIVARIAT

Analisis Multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen secara bersama-sama terhadap variabel dependen. Untuk mencari faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas digunakan Uji Regresi Logistik dengan model Logit, menggunakan program SPSS *for windows* versi 17.0.

Dari output analisis multivariat, didapat bahwa Uji keseluruhan model dengan melihat hasil Omnibus Test, menunjukkan angka Chi-Square yang relatif tinggi, yaitu sebesar 43,322, dan angka signifikansi model 0,000. Hal ini berarti bahwa semua variabel independen secara bersama-sama dapat menerangkan

variabel dependen pada tingkat  $\alpha = 0,05$ . Uji keseluruhan model ini dapat dilihat dari tabel 5.19.

**Tabel 5.19.**  
**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	43.322	7	.000
	Block	43.322	7	.000
	Model	43.322	7	.000

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Dengan melihat Koefisien Determinasi dari output, kita akan dapat melihat seberapa besar model mampu menerangkan variabel dependen. Diketahui bahwa nilai Cox & Snell R Square sebesar 0,357, dan Nagelkerke R Square sebesar 0,478 (tabel 5.20). Dengan mengambil nilai  $R^2$  dari Nagelkerke R Square, yakni sebesar 0,478, berarti variabel independen hanya mampu menjelaskan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas sebesar 47,8 %, sedangkan sisanya yaitu sebesar 52,2 % dijelaskan oleh faktor lain.

**Tabel 5.20.**  
**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	91.513 <sup>a</sup>	.357	.478

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Dari tabel 5.21., terlihat bahwa hasil uji Hosmer dan Lemeshow Test menunjukkan angka signifikansi sebesar 0,145. Pada Tingkat  $\alpha = 0,05$ , angka signifikansi tersebut berarti tidak ada perbedaan yang nyata antara klasifikasi yang

diprediksi dengan klasifikasi yang diamati. Model akan dinyatakan layak jika signifikansi  $> 0,05$ , dengan demikian, model regresi logistik ini layak untuk digunakan sebagai alat analisis.

**Tabel 5.21.**  
**Hosmer and Lemeshow Test**

Step	Chi-square	df	Sig.
1	12.148	8	.145

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

**Tabel 5.22**  
**Classification Table<sup>a</sup>**

	Observed		Predicted		Percentage Correct
			pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan		
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
Step 1	pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan	tidak memanfaatkan	47	7	87.0
		memanfaatkan	11	33	75.0
	Overall Percentage				81.6

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Berdasarkan tabel 5.22. model dapat mengklasifikasikan peserta Jamkesmas memanfaatkan pelayanan kesehatan secara tepat sebesar 75,0 %, dan peserta Jamkesmas yang tidak memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan sebesar 87,0 %. Sebagai alat untuk melakukan perencanaan kebijakan, model ini dapat dikatakan baik karena memiliki ketepatan klasifikasi pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan sebesar 81,6 % .

Matriks korelasi (tabel 5.23) menunjukkan tidak adanya multikolinearitas yang serius antar variabel bebas, sebagaimana terlihat dari nilai korelasi antar variabel bebas yang di bawah 0,8.



**Tabel 5.23.**  
**Correlation Matrix**

	Constant	didik	Kat_tahu	KatSikap	pertama_datang	jl_obat	tunggu	jarak_rumah	
Step 1	Constant	1.000	-.544	-.016	-.438	-.629	-.570	-.246	-.534
	didik	-.544	1.000	-.246	.200	.162	.091	.105	.382
	Kat_tahu	-.016	-.246	1.000	-.287	.133	-.129	-.198	-.091
	KatSikap	-.438	.200	-.287	1.000	-.044	.262	.566	.182
	pertama_datang	-.629	.162	.133	-.044	1.000	.066	-.170	.207
	jl_obat	-.570	.091	-.129	.262	.066	1.000	.155	.138
	tunggu	-.246	.105	-.198	.566	-.170	.155	1.000	.127
	jarak_rumah	-.534	.382	-.091	.182	.207	.138	.127	1.000

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Uji koefisien regresi dapat dilihat dari nilai wald dan signifikansi. Semakin tinggi nilai wald dengan signifikansi lebih kecil dari  $\alpha$  tertentu maka variabel independen tersebut signifikan dalam mempengaruhi variabel dependen.

Hasil uji koefisien regresi antara variabel dependen pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan 7 variabel independen, yakni tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, sikap dokter/bidan/perawat, pelayanan ketika datang ke sarana pelayanan kesehatan, jumlah obat yang diterima, lamanya waktu tunggu untuk diperiksa, dan ketercapaian fasilitas, dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.24.**  
**Hasil Uji Koefisien Regresi**

Variabel	B	Wald	Sig	OR
didik	.494	4.566	.033	1.638
Kat_tahu	-.559	1.609	.205	.572
KatSikap	2.478	11.193	.001	11.913
pertama_datang	2.164	3.355	.067	8.704
jl_obat	2.483	7.985	.005	11.976
tunggu	1.306	7.573	.006	3.692
jarak_rumah	1.075	7.943	.005	2.930
Constant	-9.742	19.194	.000	.000

Sumber : Kuesioner penelitian (diolah)

Taksiran Model Logit yang diperoleh :

$$\ln(p_1 / 1 - p_1) = -9,742 + 0,494\text{pdidik} + -0,559\text{ptahuan} + 2,478\text{sikapptgs} + 2,164\text{layan} + 2,483\text{obat} + 1,306\text{tunggu} + 1,075\text{jarak} + \varepsilon$$

.....(5.2.1)

Interpretasi yang lebih berguna ialah interpretasi yang dinyatakan dalam ‘odds’, yang diperoleh dengan mengambil antilog dari berbagai koefisien arah (Supranto, 2004).

Model regresi logistik hanya dapat digunakan untuk penelitian yang bersifat *Kohort*, sedangkan untuk penelitian yang bersifat *Cross Sectional*, interpretasi yang dapat dilakukan hanya menjelaskan nilai OR (Exp B) pada masing-masing variabel. Oleh karena analisisnya multivariate /ganda maka nilai OR-nya sudah dikontrol (*adjusted*) oleh variabel lain yang ada pada model (Riyanto, 2009).

Menurut Murti (1995),  $OR = \exp(b_i)$  untuk variabel nominal, atau  $OR = \exp(b_i \Delta)$  untuk variabel kontinu.

Dari hasil uji koefisien regresi di atas, dapat diketahui bahwa variabel tingkat pendidikan, sikap dokter/bidan/perawat, pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan, jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas, lamanya waktu tunggu untuk diperiksa, dan ketercapaian fasilitas mempunyai hubungan yang positif dengan variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas. Artinya, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin baik sikap dokter/bidan/perawat, semakin cepat dilayani ketika datang ke sarana kesehatan, semakin cukup obat yang diterima peserta Jamkesmas, semakin sebetarnya waktu tunggu untuk diperiksa/diobati, dan semakin dekat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan, maka akan semakin besar peluang peserta Jamkesmas memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Sebaliknya variabel tingkat pengetahuan peserta Jamkesmas tidak signifikan mempengaruhi variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Dari model logit yang diperoleh, nilai **konstanta -9,742**, artinya:  $\ln(p_1 / 1 - p_1) = -9,742$  pada saat semua variabel berharga 0, yakni pada saat

peserta Jamkesmas tidak sekolah, sikap dokter/bidan/perawat tidak baik, peserta Jamkesmas sering pulang karena tidak ada petugas, jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas sangat kurang, waktu tunggu untuk diperiksa sangat lama, dan jauh dalam mencapai fasilitas kesehatan. Berdasarkan *Odds Ratio* (OR) untuk konstanta sebesar 0,000, artinya besarnya probabilitas peserta dengan karakteristik seperti tersebut di atas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah tidak ada atau 0 persen.

Slope untuk variabel **tingkat pendidikan**, mempunyai parameter 0,495, artinya semakin tinggi tingkat pendidikan peserta Jamkesmas, maka akan semakin besar peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas. Nilai OR sebesar 1,638, artinya dengan pendidikan yang tinggi (tamat SLTP atau lebih) peserta Jamkesmas akan memiliki peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 1,638 kali lebih besar dibandingkan peserta Jamkesmas dengan pendidikan yang rendah (kurang dari SLTP), dengan asumsi variabel yang lain tetap (*ceteris paribus*).

Slope untuk variabel **sikap dokter/bidan/perawat**, mempunyai parameter 2,478, artinya semakin baik sikap dokter/bidan/perawat dalam melayani peserta Jamkesmas, maka akan semakin besar peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas. Nilai OR sebesar 11,913, artinya peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas yang menilai sikap dokter/bidan/perawat yang melayani peserta Jamkesmas dengan baik adalah 11,913 kali lebih besar dibandingkan peluang pemanfaatan oleh peserta Jamkesmas menilai sikap dokter/bidan/perawat tidak baik, dengan asumsi variabel yang lain tetap (*ceteris paribus*).

Adanya hubungan sikap dokter/bidan/perawat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan mengindikasikan bahwa sikap dokter/bidan/perawat yang ramah, ketelitian sikap dokter/bidan/perawat dalam memeriksa, dan kejelasan saran/informasi yang diberikan sikap dokter/bidan/perawat akan dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas. Hal ini bisa dipahami, karena bila peserta Jamkesmas merasa mendapat perlakuan yang baik dari dokter/bidan/perawat yang mengobatinya, akan menimbulkan suatu perasaan nyaman dan merasa kehadirannya diterim, sehingga akan mendorong

peserta Jamkesmas tersebut untuk memanfaatkan kembali pelayanan kesehatan di waktu mendatang. Sikap petugas yang tidak baik dapat diakibatkan karena di dalam pelayanan kesehatan terdapat kesenjangan informasi (*asymmetri of information*), dimana dengan adanya ketidakseimbangan informasi ini akan menimbulkan pemberi pelayanan dapat memberikan pelayanan yang sebetulnya tidak perlu diberikan ataupun memberikan pelayanan dengan kualitas yang rendah.

Slope untuk variabel **pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan**, mempunyai parameter sebesar 2,164, artinya semakin cepat dilayaninya peserta Jamkesmas ketika datang ke sarana kesehatan, maka akan semakin besar peluang peserta memanfaatkan pelayanan kesehatan. Nilai OR sebesar 8,704, artinya peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas yang segera dilayani ketika datang ke sarana kesehatan 8,704 kali dibandingkan peserta Jamkesmas yang harus menunggu lama ketika datang ke sarana kesehatan, dengan asumsi variabel yang lain tetap (*ceteris paribus*).

Slop untuk variabel **jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas** sebesar 2,483, artinya semakin cukup jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas, maka akan semakin besar peluang peserta Jamkesmas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. OR sebesar 11,976, menunjukkan bahwa besarnya peluang peserta Jamkesmas yang memperoleh jumlah obat yang cukup adalah sebesar 11,976 kali lebih besar dari pada peserta Jamkesmas yang memperoleh jumlah obat yang kurang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, dengan asumsi variabel yang lain tetap (*ceteris paribus*).

Dengan jumlah obat yang dinilai cukup oleh peserta Jamkesmas, yang seperti kita ketahui dari kelompok masyarakat tidak mampu, mereka berasumsi tidak lagi dituntut untuk mengeluarkan biaya untuk membeli obat tambahan. Kecukupan obat tersebut bisa jadi merupakan sugesti kesembuhan disamping efek obat itu sendiri, karena menilai usaha mencari pengobatan ke sarana kesehatan tidak sia-sia. Dengan jumlah obat yang mereka terima dinilai cukup, maka peserta Jamkesmas akan memanfaatkan pelayanan kesehatan di waktu mendatang ketika mereka mengalami gejala sakit.

Slop untuk variabel **lamanya waktu tunggu untuk diperiksa/ diobati** mempunyai parameter = 1,306, artinya semakin sebentar waktu tunggu untuk diperiksa maka semakin besar peluang peserta Jamkesmas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. OR sebesar 3,692 menunjukkan bahwa peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan 3,692 kali lebih besar oleh peserta Jamkesmas yang menunggu sebentar dibandingkan peserta yang menunggu lama untuk diperiksa/diobati, dengan asumsi variabel yang lain tetap (*ceteris paribus*).

Slop untuk variabel **ketercapaian fasilitas** mempunyai parameter = 1,075, artinya semakin dekat peserta Jamkesmas dalam mencapai fasilitas kesehatan, maka akan semakin besar peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan. OR sebesar 2,930, artinya bahwa peluang peserta Jamkesmas yang dekat dalam mencapai fasilitas kesehatan sebesar 2,930 kali lebih besar dibandingkan dengan peserta Jamkesmas yang jauh dalam mencapai fasilitas kesehatan, dengan asumsi variabel yang lain tetap (*ceteris paribus*).

Hasil penelitian ini mencerminkan bahwa peserta Jamkesmas memakai konsep *opportunity cost* dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dari wawancara yang peneliti lakukan sebagai pendalaman dari kuesioner yang ada, mereka menyatakan akan mempertimbangkan biaya yang harus dikeluarkan bila sarana pelayanan kesehatan yang mereka tuju semakin jauh dan akan mempertimbangkan waktu mencari nafkah dan mengurus rumah tangga yang harus dikorbankan bila harus menempuh jarak yang jauh ke Puskesmas/Polindes atau bila harus menunggu lama dalam mendapatkan pengobatan.

Dari 6 variabel independen yang memiliki hubungan signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, dengan melihat besarnya parameter masing-masing slop variabel dan rasio probabilitas memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan probabilitas tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (*Odds Ratio*) terlihat bahwa variabel jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan, dengan besarnya koefisien 2,483 dan OR (Exp B) sebesar 11,976. Selanjutnya variabel yang mempunyai pengaruh terbesar kedua terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pelayanan, dengan koefisien sebesar 2,478 dan OR sebesar 11,913.

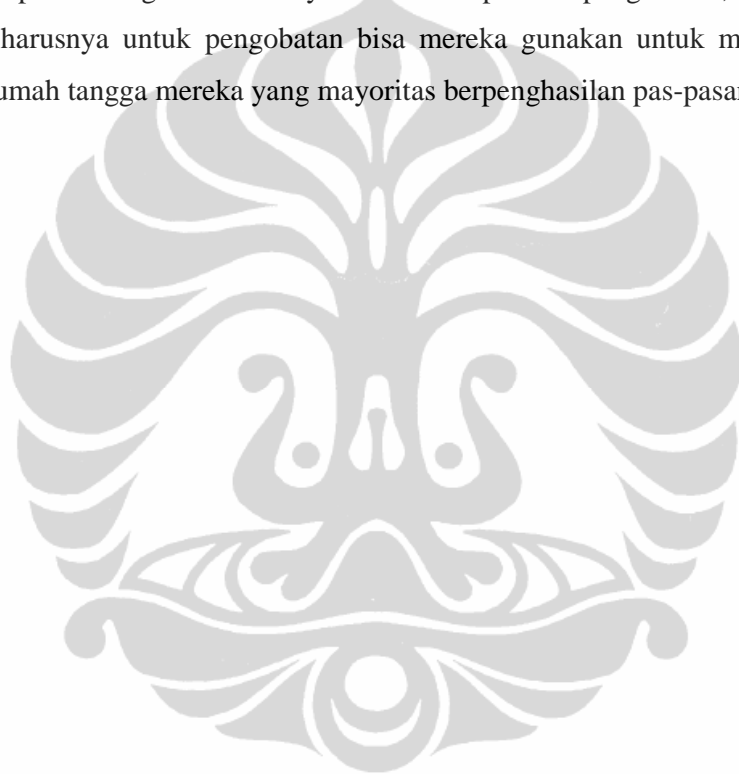
Sedangkan variabel yang pengaruhnya kecil adalah tingkat pendidikan peserta Jamkesmas yakni besarnya koefisien 0,494, dan OR sebesar 1,638.

Variabel **tingkat pengetahuan responden** yang meliputi maksud, tujuan, cakupan pelayanan, tempat untuk mendapatkan pelayanan, dan prosedur yang harus ditempuh dalam program Jamkesmas, secara signifikan tidak mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dengan tidak adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, hal ini berarti bahwa apapun informasi tentang Jamkesmas yang diterima, tidak akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas.

Walaupun dari hasil kuesioner terlihat bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan responden berada pada tingkat sedang dan tinggi, hanya 21,4 % yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah, tidak lantas menjadikan pemanfaatan pelayanan kesehatan meningkat. Hal tersebut dimungkinkan karena responden dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan bukan didorong oleh pengetahuannya tentang program Jamkesmas, tetapi karena didorong oleh keinginan sembuh dari sakitnya tanpa harus mengeluarkan biaya. Karena dari tabel 5.3 terlihat bahwa responden menggunakan sarana kesehatan dengan alasan karena gratis (84,1 %). Hal ini dapat dipahami, karena peserta Jamkesmas adalah masyarakat kurang mampu atau miskin, sehingga biaya merupakan pertimbangan penting dalam menentukan usaha pencarian pengobatan, terlepas apakah mereka memahami atau tidak tentang program Jamkesmas itu sendiri.

Demikian juga, meskipun berdasarkan hasil analisis multivariat, model logit dalam penelitian ini, menunjukkan bahwa variabel tingkat pendidikan peserta Jamkesmas, sikap dokter/bidan/perawat, pelayanan ketika peserta Jamkesmas datang ke sarana kesehatan, jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas, lamanya waktu tunggu untuk diperiksa dan ketercapaian fasilitas kesehatan, memiliki pengaruh terhadap peningkatan peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, tetapi alasan peserta Jamkesmas memanfaatkan pelayanan kesehatan semata-mata karena mereka tidak dipungut bayaran atau gratis dalam memperoleh pengobatan di sarana kesehatan yang ada. Alasan responden memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan seperti yang terlihat di tabel 5.3. , 84,1% karena pelayanan tersebut gratis, dan hanya

9,1% yang memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan karena alasan dekat dari rumah. Tetapi tidak ada responden yang memiliki alasan memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan karena baiknya sikap dokter/bidan/perawat, pelayanan dan jumlah obat yang diterima, serta sebetulnya waktu tunggu untuk mendapatkan pengobatan. Dengan kata lain secara umum mereka tidak peduli jika dokter/bidan/perawatnya tidak baik, atau kurangnya jumlah obat yang diterima, atau harus menunggu untuk mendapatkan pelayanan, yang mereka pikirkan adalah mereka tidak perlu mengeluarkan biaya untuk memperoleh pengobatan, sehingga biaya yang harusnya untuk pengobatan bisa mereka gunakan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga mereka yang mayoritas berpenghasilan pas-pasan.



## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN**

#### **6.1. KESIMPULAN**

**6.1.1.** Pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak banyak dipengaruhi tingkat pengetahuan peserta Jamkesmas (meliputi : maksud dan tujuan Jamkesmas, pelayanan kesehatan yang dijamin, tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan prosedur dalam mendapatkan pelayanan kesehatan), tetapi ternyata cenderung lebih banyak ditentukan kebutuhan akan pelayanan kesehatan, misalnya karena memang sakit dan lebih lagi pelayanan yang gratis. Artinya, tahu atau tidak tahu tentang Jamkesmas, ketika sakit dan butuh pengobatan, masyarakat peserta Jamkesmas akan pergi mencari pengobatan ke sarana pelayanan kesehatan dan sebaliknya;

**6.1.2.** Semakin tinggi tingkat pendidikan peserta Jamkesmas, dan semakin baik pelayanan kesehatan yang diperoleh (misalnya sikap dokter/bidan/perawat yang baik dalam memberikan pengobatan, semakin cepat peserta Jamkesmas dilayani, jumlah obat yang diterima cukup, waktu tunggu tidak terlalu lama dan jarak ke sarana pelayanan kesehatan), akan semakin besar peluang peserta Jamkesmas memanfaatkan pelayanan kesehatan. Walaupun demikian, fakta lain di lapangan menunjukkan bahwa umumnya (84,1%) masyarakat akan memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih karena memang perlu berobat (karena sakit) dan terlebih lagi karena pelayanan yang diberikan tersebut gratis atau murah. Artinya, ketika mereka sakit dan butuh pengobatan, faktor biaya (biaya berobat dan transport) sangat menentukan keputusan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan;

**6.1.3.** Peluang untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan Jamkesmas juga sangat dipengaruhi oleh jumlah obat (gratis) yang diterima peserta Jamkesmas dan sikap para tenaga medis (dokter/bidan/perawat) dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya.



## 6.2. REKOMENDASI KEBIJAKAN

6.2.1. Responden penelitian ini adalah mereka yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas, yang akan memanfaatkan pelayanan kesehatan Jamkesmas bila merasa perlu. Di luar itu, sebetulnya banyak masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan murah atau cuma-cuma, tetapi mungkin belum terdaftar sebagai peserta. Hal ini yang juga penting untuk diperhatikan agar jangkauan pelayanan kesehatan Jamkesmas ini lebih luas. Perlu perbaikan dalam penelusuran warga atau masyarakat miskin yang layak atau tidak sebagai peserta Jamkesmas (*targeting the poor*) Untuk itu penelusuran harus:

- Berdasarkan data yang valid (diakui keakuratannya)
- Dilakukan oleh petugas yang berintegritas tinggi (jujur, dedikasi, memiliki komitmen tinggi pada kesejahteraan masyarakat miskin).

Kemudian juga harus dilakukan:

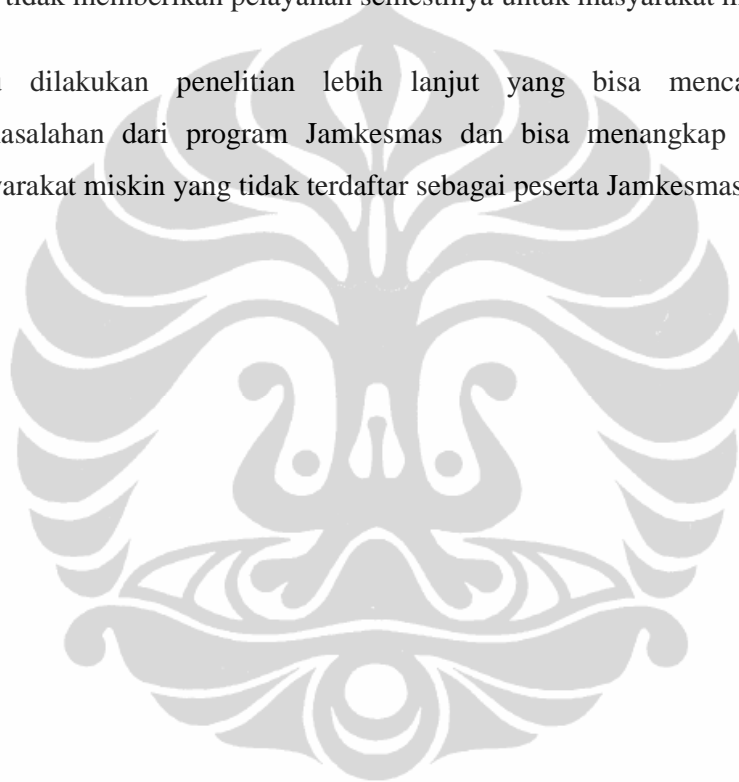
- Evaluasi berkala (mungkin setiap tahun) sesuai kriteria yang ditetapkan, untuk menilai apakah seorang peserta masih masuk kriteria untuk menjadi peserta tahun selanjutnya
- Perbaiki prosedur administrasi pendaftaran, agar tidak berbelit-belit, mudah bagi masyarakat dan benar-benar gratis (tidak ada jual beli kepesertaan)

6.2.2. Karena jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, dsb) merupakan faktor yang mampu meningkatkan peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka perlu peningkatan pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dengan memperhatikan lokasi yang dapat dengan mudah dijangkau oleh masyarakat di desa terutama masyarakat yang tinggal di talang-talang<sup>1</sup>, yang mayoritas penduduknya tidak sejahtera (kurang mampu dan kurang sehat)

---

<sup>1</sup> Merupakan wilayah yang terdiri dari beberapa kelompok kecil rumah tangga (biasanya antara 5 – 10 kepala keluarga), dimana masing-masing kelompok berada dalam lokasi yang terpisah-pisah dan berjauhan (biasanya masih merupakan daerah terpencil).

- 6.2.3. Karena sikap tenaga medis/paramedis menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, maka petugas medis/paramedis yang secara langsung melayani masyarakat miskin harus dipilih yang berintegritas tinggi (dedikasi tinggi pada masyarakat kecil), dan pemberian *Reward* bagi petugas dan sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan yang baik untuk masyarakat miskin dan *Punishment* untuk petugas atau sarana pelayanan kesehatan yang tidak memberikan pelayanan semestinya untuk masyarakat miskin.
- 6.2.4. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang bisa mencari akar permasalahan dari program Jamkesmas dan bisa menangkap inspirasi masyarakat miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas.



## DAFTAR PUSTAKA

- Black, Hair Anderson Tatham. (1998). *Multivariate Data Analysis, Fifth Edition*. U.S.A : Prentice-Hall International, Inc.
- Depkes, RI. (2008). *Petunjuk Teknis: Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Puskesmas dan Jaringannya Tahun 2008*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, DEPKES RI.
- \_\_\_\_\_. (2008). *Pedoman Pelaksanaan: Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008*. Jakarta
- \_\_\_\_\_. (2005). *Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin*. Dalam seminar "Penyelenggaraan JPKMM". Bandung: Biro Perencanaan dan Anggaran.
- Dinas Kesehatan Kab. OKU. (2007). *Laporan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Kabupaten OKU tahun 2007*. Baturaja: Subdin Yankesmas.
- Hedyati, Sarifah Yessi. (2001). *Analisis Pola Pemanfaatan Kartu Sehat Pada Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) oleh Keluarga Miskin Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Jakarta Timur Tahun 2001*. Tesis. Jakarta : Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat – FKM UI
- Ilyas, Yaslis. (2003). *Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM - UI.
- Indonesia Corruption Watch. (25 Februari 2009). *JAMKESMAS: Hak Sehat Warga Miskin Masih Terabaikan*. <http://antikorupsi.org/indo/>

- Kosen, Soewarta, et al. (2007). *Review Sistematis Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin 1997 – 2005*. Jakarta: Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan- Badan Litbang Kesehatan.
- Kusumawati, Efi (2004). *Pemanfaatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) oleh Keluarga Miskin di Kabupaten Klaten*. Tesis. Yogyakarta : UGM ([http://puspasca.ugm.ac.id/files/\(2883-H-2004\).pdf](http://puspasca.ugm.ac.id/files/(2883-H-2004).pdf))
- Mankiw, N. Gregory. (2006). *Principles Of Economics: Pengantar Ekonomi Mikro*. Edisi 3. Jakarta: Penerbit Salemba Empat
- Mukti, Ali Ghufron; Moertjahjo. (2008). *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. Yogyakarta: Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan FK-UGM bekerjasama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah
- Murti, Bhisma. (1995). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. (2002). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Riyanto, Agus. (2009). *Penerapan Analisis Multivariat Dalam Penelitian Kesehatan*, Bandung: Niframedia Press
- Roesman, Sonja. (1994). *Rumah Sakit dan Asuransi Kesehatan, Suatu Perbandingan*, Cermin Dunia Kedokteran. Edisi Khusus, No.9. Jakarta
- Singarimbun, Masri; effendi, sofyan. (1997). *Metode Penelitian Survey*. Jakarta: LP3ES.
- Sumanta, Jaka. (2005). *Fenomena Lingkaran Kemiskinan: Analisis Ekonometrika Regional*, Jurnal Kebijakan Ekonomi Vo. 1 No. 2 Desember 2005. Jakarta: MPKP FE-UI.

Supranto, J. (2004). *Ekonometri*. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Thabrany, Hasbullah. (2005). *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Jakarta : PT. RajaGrafindo Persada

\_\_\_\_\_. (2005). *Kebijakan Pembiayaan Kesehatan Nasional dan Pelayanan Kesehatan yang berpihak Kepada Rakyat (Miskin)*. Bahan Presentasi Seminar arah Kebijakan Kesehatan. Gelora Bung Karno, Agustus, 2005. Jakarta

Todaro, Michael. (2006). *Pembangunan Ekonomi*, Edisi Kesembilan. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Tukiman. (1994). *Hubungan Pengetahuan Sikap dan Persepsi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Gotong Royong (JPKM-GR) Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Cisarua*. Tesis. Jakarta : Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat – FKM UI

## Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian



**PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK**  
Gedung MPKP Kampus Baru UI Depok Telp. (021) 78880745/46 Fax (021) 78880747

### KUESIONER PENELITIAN :

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PESERTA, SIKAP PETUGAS  
KESEHATAN, DAN KETERCAPAIAN FASILITAS TERHADAP  
PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN  
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA OLEH PESERTA JAMKESMAS  
DI KECAMATAN BATURAJA BARAT KAB. OKU  
PROPINSI SUMSEL TAHUN 2009**

---

Nama Pewawancara :  
Tanggal wawancara :  
Waktu :

Ucapkan salam dan jelaskan maksud wawancara ini. Jawaban Bapak/Ibu akan dirahasiakan dan tidak ada paksaan. Jawaban Bapak/Ibu sangat membantu dalam penelitian ini.

---

#### **IDENTITAS RESPONDEN**

1. Nomor Responden :
2. Nama Responden :
3. Alamat :
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Status perkawinan :
7. Jumlah anggota keluarga :
8. Jumlah anggota keluarga yang  
menjadi tanggungan  
JAMKESMAS :

9. Pekerjaan :
  - a. Buruh
  - b. Petani
  - c. Pedagang
  - d. Lain-lain, sebutkan .....
  - e. Tidak bekerja

Universitas Indonesia

**TINGKAT PENDIDIKAN**

Pendidikan :

- a. Tidak Sekolah
- b. Tidak tamat SD
- c. Tamat SD
- d. Tamat SLTP
- e. Tamat SLTA
- f. Tamat PT

**PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN**

- 1. Dalam dua bulan terakhir, sakit apa yang diderita anggota keluarga ?
  - a. Batuk dan pilek
  - b. Demam panas
  - c. Sakit gigi
  - d. Diare/berak-berak
  - e. Lain-lain, sebutkan .....
  
- 2. **Kemana Bapak/ibu biasanya mencari pengobatan?**
  - a. Ke puskesmas
  - b. Ke poskesdes / bidan desa
  - c. Ke dukun
  - d. Menggunakan obat yang dibeli di warung
  - e. Membuat obat sendiri (tradisional)
  - f. Lain-lain, sebutkan .....
  
- 3. Mengapa Bapak/ibu memilih berobat ketempat di atas (no. 3)
  - a. Biayanya murah
  - b. Dekat dengan rumah
  - c. Sudah kenal baik
  - d. Gratis (tidak dipungut bayaran)
  - e. Sesuai saran dari anggota keluarga
  - f. Lain-lain, sebutkan .....

**PENGETAHUAN PESERTA**

apakah Bapak/Ibu pernah mendengar tentang JAMKESMAS ?

- a. Ya pernah
- b. Tidak Pernah

Darimana informasi tersebut pertama kali Bapak/Ibu terima ?

- a. Dari pengurus JAMKESMAS
- b. Dari aparat desa
- c. Dari tetangga

- d. Dari teman pengajian / perkumpulan
- e. Lain-lain, sebutkan .....

**Jawaban responden dapat lebih dari satu :**

1. Sepengetahuan Bapak/Ibu apakah yang dimaksud dengan JAMKESMAS ? 
  - a. Program bantuan social untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu
  - b. Adanya peserta JAMKESMAS, pengelola dana, dan penyelenggara pelayanan kesehatan
  - c. Tidak tahu
  
2. Menurut Bapak/ibu apa saja tujuan JAMKESMAS ? 
  - a. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan
  - b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
  - c. Tidak tahu
  
3. Sepengetahuan Bapak/ibu apa saja pelayanan kesehatan yang dijamin program JAMKESMAS di Puskesmas dan jaringannya? 
  - a. Pelayanan kesehatan dasar
  - b. Pelayanan pertolongan persalinan
  - c. Tidak tahu
  
4. Sepengetahuan Bapak/Ibu, pelayanan kesehatan pada program JAMKESMAS bisa didapatkan di ..... 
  - a. Bidan desa / Poskesdes dan Puskesmas
  - b. Rumah sakit dengan surat rujukan dari puskesmas
  - c. Tidak tahu
  
5. Sepengetahuan Bapak/Ibu prosedur yang harus ditempuh dalam mendapatkan pelayanan kesehatan adalah 
  - a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke puskesmas dan jaringannya dengan menunjukkan kartu Jamkesmas
  - b. Apabila peserta JAMKESMAS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit, maka peserta harus disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus *emergency*
  - c. Tidak tahu



### **SIKAP DOKTER/BIDAN/PERAWAT**

1. Keramahan dokter/bidan/perawat yang melayani :

- a. Sangat ramah
- b. Ramah
- c. Kurang ramah
- d. Tidak ramah

2. Cara dokter/bidan/perawat dalam memeriksa pasien :

- a. Teliti sekali
- b. Teliti
- c. Kurang teliti
- d. Tidak teliti

3. Kejelasan tentang anjuran/saran/informasi yang diberikan oleh dokter/  
bidan/perawat :

- a. Jelas sekali
- b. Jelas
- c. Kurang jelas
- d. Tidak jelas

### **KETIKA PASIEN DATANG KE SARANA KESEHATAN**

Ketika pasien datang ke sarana kesehatan :

- a. Langsung dilayani
- b. Menunggu sebentar
- c. Menunggu lama sekali
- d. Sering pulang tidak ada yang melayani

### **WAKTU MENUNGGU UNTUK DIPERIKSA**

Waktu menunggu untuk diperiksa :

- a. Sebentar ( < 15 menit )
- b. Biasa saja ( 15 – 30 menit )
- c. Agak lama ( 31 – 60 menit )
- d. Lama sekali ( > 60 menit )

### **JUMLAH OBAT YANG DITERIMA**

Jumlah obat yang diterima :

- a. Lebih dari cukup
- b. Cukup
- c. Kurang
- d. Sangat kurang

**KETERCAPAIAN FASILITAS**

1. Jarak dari rumah ke sarana kesehatan : ..... KM
  
2. Bila akan ke sarana kesehatan, biasanya Bapak/Ibu dengan cara :
  - a. Jalan kaki
  - b. Naik ojek
  - c. Naik sepeda
  - d. Angkutan umum / angkot
  - e. Lain-lain, sebutkan.....
  
3. Kalau jalan kaki/naik ojek/naik sepeda/angkutan umum/angkot/lain-lain, biasanya memerlukan waktu : ..... Menit
  
4. Besar biaya transport ke sarana kesehatan (lanjutan pertanyaan no. 2) : Rp. ....

---

Ucapkan terima kasih kepada responden atas kerjasamanya dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan

---

**Lampiran 2 : Data Dasar Hasil Kuesioner**

resp	umur	kat_ umur	jenkel	jl_klg_ jamkesmas	kat_kel_ jamkesmas	didik	kerja	penyakit	sarana	peman faatan	alasan	dengar	sumber	tahu1	tahu2	tahu3
1	41	1	2	5	2	2	3	1	4	0	2	1	3	1	1	1
2	39	1	1	6	2	4	5	1	5	0	5	2	0	1	0	0
3	26	1	1	5	2	4	1	4	2	1	4	1	2	1	1	2
4	88	3	1	2	1	0	2	2	6	0	5	2	0	0	0	0
5	29	1	1	3	1	4	1	2	2	1	4	1	2	1	1	2
6	26	1	1	3	1	4	5	4	4	0	1	1	2	1	1	1
7	42	1	2	5	2	2	3	5	5	0	5	1	2	1	1	1
8	44	1	2	7	2	2	2	2	5	0	1	1	4	1	1	1
9	43	1	1	6	2	2	1	2	4	0	5	1	1	1	1	2
10	34	1	1	4	1	4	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1
11	50	2	1	1	1	0	2	5	3	0	3	1	1	2	1	1
12	37	1	2	1	1	2	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1
13	70	2	1	5	2	0	2	5	4	0	2	1	1	2	1	2
14	40	1	1	6	2	2	1	1	3	0	5	1	1	1	2	2
15	22	1	1	3	1	4	1	1	2	1	5	1	1	1	2	2
16	39	1	1	5	2	3	1	2	4	0	2	1	1	1	1	1
17	37	1	1	5	2	4	1	5	2	1	1	1	2	1	1	2
18	34	1	1	4	1	3	1	2	1	1	4	1	1	2	2	2
19	35	1	1	2	1	3	1	1	5	0	5	1	1	1	1	1
20	27	1	1	3	1	4	1	2	5	0	5	1	1	2	1	1

21	74	3	1	2	1	0	2	5	5	0	5	1	1	1	1	1
22	64	2	1	6	2	2	1	2	1	1	4	1	1	2	2	1
23	75	3	1	4	1	0	1	4	3	0	3	1	1	1	1	1
24	48	2	1	7	2	3	1	1	3	0	5	1	1	1	1	1
25	51	2	1	8	2	2	1	2	1	1	4	1	1	2	2	2
26	68	2	2	2	1	0	2	5	1	1	4	2	0	2	2	1
27	36	1	1	3	1	4	3	1	3	0	5	1	2	1	1	1
28	80	3	1	3	1	0	1	4	5	0	1	1	1	1	1	1
29	77	3	1	7	2	0	2	4	1	1	4	1	1	1	1	2
30	50	2	1	6	2	2	1	1	3	0	1	1	1	1	1	2
31	72	2	2	4	1	0	2	2	1	1	4	1	1	1	1	2
32	73	2	2	4	1	0	2	1	4	0	2	1	1	1	1	2
33	65	2	2	2	1	2	1	2	4	0	1	1	1	1	1	1
34	68	2	1	7	2	1	1	1	4	0	5	1	1	1	0	1
35	91	3	1	2	1	1	6	2	5	0	5	1	3	1	0	1
36	74	3	2	2	1	1	6	2	6	0	5	1	2	1	1	2
37	54	2	1	4	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1
38	60	2	1	5	2	2	1	5	4	0	1	1	3	1	2	1
39	40	1	2	3	1	3	5	5	5	0	1	1	1	1	1	1
40	60	2	1	7	2	2	1	1	1	1	4	1	3	1	1	1
41	46	1	1	6	2	3	1	4	1	1	4	1	1	2	2	2
42	52	2	1	10	3	2	1	2	1	1	4	1	3	1	2	1
43	64	2	1	3	1	1	1	1	4	0	2	1	2	1	1	1
44	79	3	2	1	1	0	6	2	5	0	5	1	3	1	1	1
45	30	1	1	3	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2

46	64	2	1	5	2	2	1	4	4	0	1	1	1	1	1	1
47	70	2	2	4	1	1	6	5	5	0	1	1	1	1	1	1
48	44	1	1	5	2	3	1	1	1	1	4	1	1	2	2	2
49	45	1	1	3	1	2	3	2	4	0	2	1	1	2	2	2
50	43	1	1	4	1	2	1	2	5	0	5	1	1	1	1	1
51	45	1	1	3	1	1	1	1	6	0	5	1	1	2	2	2
52	55	2	1	8	2	2	1	2	1	1	4	1	1	1	2	1
53	40	1	1	3	1	4	1	1	5	0	1	1	1	2	2	2
54	74	3	1	1	1	0	1	1	6	0	5	1	1	1	1	1
55	33	1	1	3	1	4	1	1	2	1	4	1	1	2	2	2
56	55	2	1	9	3	1	1	2	5	0	1	1	3	1	1	1
57	73	2	2	1	1	0	6	2	6	0	5	1	2	1	1	1
58	39	1	2	3	1	3	5	3	5	0	4	1	1	2	2	2
59	42	1	1	5	2	3	1	4	6	0	5	1	1	2	2	1
60	32	1	1	3	1	4	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2
61	62	2	1	3	1	0	1	1	4	0	5	1	1	1	1	1
62	45	1	1	2	1	3	1	3	5	0	1	1	2	1	1	1
63	82	3	2	1	1	0	6	3	2	1	2	1	3	1	1	1
64	52	2	1	3	1	2	1	2	2	1	4	1	2	1	1	1
65	57	2	1	4	1	2	5	4	1	1	4	1	1	1	1	1
66	57	2	2	6	2	1	3	2	2	1	4	1	2	1	1	1
67	41	1	2	3	1	2	3	2	1	1	5	1	1	1	1	1
68	42	1	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	2	1	0	1
69	59	2	1	1	1	1	1	2	2	1	4	1	3	1	0	1
70	64	2	2	4	1	1	6	2	1	1	2	1	3	1	1	1

71	57	2	2	5	2	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1
72	81	3	2	2	1	0	6	3	1	1	4	1	2	1	0	1
73	64	2	2	4	1	2	2	4	4	0	2	1	3	1	1	1
74	61	2	2	1	1	0	2	3	1	1	4	1	2	1	0	1
75	60	2	2	2	1	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1
76	43	1	1	5	2	3	5	1	1	1	4	1	1	1	1	2
77	64	2	1	2	1	2	2	2	5	0	1	1	1	1	1	1
78	32	1	1	2	1	4	5	1	1	1	4	1	1	1	1	2
79	34	1	1	3	1	4	1	1	5	0	5	1	1	1	1	2
80	32	1	1	4	1	2	2	4	1	1	4	1	2	1	0	1
81	64	2	1	5	2	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1
82	56	2	1	6	2	3	2	1	4	0	5	1	1	1	1	1
83	57	2	2	5	2	2	2	2	1	1	4	1	3	1	0	1
84	56	2	1	6	2	3	2	1	5	0	1	1	3	1	1	1
85	40	1	1	4	1	3	2	3	4	0	2	1	3	1	0	1
86	29	1	1	3	1	4	5	1	1	1	4	1	1	1	1	2
87	57	2	1	6	2	1	2	2	6	0	6	1	2	1	0	1
88	50	2	1	5	2	2	2	1	4	0	1	1	2	1	0	1
89	49	2	1	1	1	1	2	1	5	0	5	1	3	1	0	1
90	51	2	1	5	2	2	2	1	4	0	2	1	3	1	0	1
91	34	1	1	3	1	4	1	2	4	0	1	1	1	2	1	1
92	39	1	2	2	1	3	2	3	2	1	4	1	2	1	0	1
93	44	1	1	4	1	2	2	1	2	1	4	1	1	1	1	2
94	42	1	1	5	2	3	2	2	3	0	5	1	1	1	1	1
95	29	1	1	2	1	4	2	3	4	0	1	1	1	1	1	2

96	49	2	1	6	2	1	2	2	1	1	4	1	3	1	0	1
97	60	2	1	5	2	0	2	2	1	1	4	1	3	1	0	1
98	39	1	1	4	1	4	2	2	1	1	4	1	1	1	1	2



Universitas Indonesia

**Data Dasar Hasil Kuesioner (Lanjutan)**

tahu4	tahu5	total_tahu	kat_tahu	skp_dok1	skp_dok2	skp_dok3	total_skp_dok	kat_skp_dok	layan_datang	jl_obat	tunggu	jarak	kat_jarak	sarana	lama	ongkos
1	0	4	0	2	3	3	8	0	1	0	2	2.0	1	2	20	3000
1	1	3	0	3	3	2	8	0	1	0	1	3.0	1	5	20	0
1	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	1	3.5	1	2	15	3000
1	1	2	0	3	3	2	8	0	1	2	2	3.0	1	4	30	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	1	3.0	1	2	15	3000
1	0	4	0	3	3	2	8	0	1	1	1	4.0	1	2	30	3000
1	1	5	1	3	3	2	8	0	1	1	0	1.5	2	2	20	3000
1	1	5	1	3	2	3	8	0	1	1	0	1.5	2	4	20	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	0	1	0	1.5	2	4	15	3000
1	2	6	1	3	2	2	7	0	1	2	1	2.0	1	2	20	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	0	1.0	2	2	15	3000
1	0	4	0	3	3	3	9	1	1	1	2	4.0	1	2	15	3000
1	2	8	2	3	4	4	11	1	1	1	1	2.0	1	2	15	3000
2	1	8	2	3	3	3	9	1	1	1	1	1.0	2	2	15	3000
1	1	7	1	3	3	2	8	0	1	1	2	4.0	1	2	15	3000
1	1	5	1	4	3	4	11	1	1	1	1	2.5	1	2	15	3000
2	1	7	1	3	3	3	9	1	1	1	3	3.0	1	2	15	2000
1	1	8	2	3	3	3	9	1	1	1	3	5.0	0	2	15	3000
1	1	5	1	3	2	3	8	0	1	1	2	4.5	0	2	15	3000



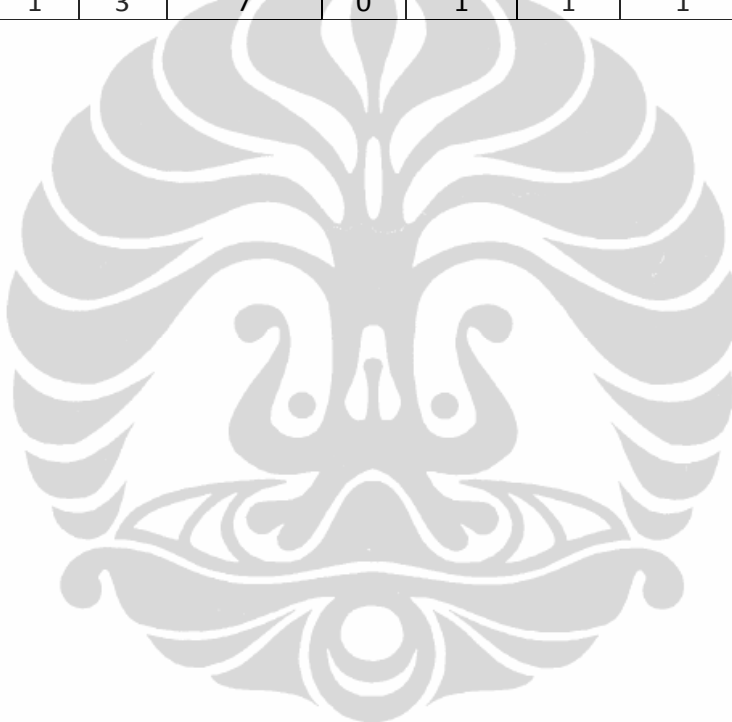
1	1	6	1	2	3	3	8	0	1	1	1	5.0	0	2	15	3000
1	1	5	1	2	3	3	8	0	1	1	1	5.0	0	2	15	3000
1	1	7	1	3	3	3	9	1	1	1	2	3.5	1	2	15	3000
1	1	5	1	2	3	3	8	0	1	1	0	1.0	2	2	15	3000
1	1	5	1	3	2	3	8	0	1	1	1	1.0	2	2	15	3000
1	1	8	2	3	3	3	9	1	1	1	1	3.5	1	2	15	3000
2	1	8	2	3	3	3	9	1	1	1	2	1.0	2	4	15	2000
1	0	4	0	2	3	3	8	0	1	1	1	1.0	2	2	15	3000
1	1	5	1	2	3	3	8	0	1	1	1	1.0	2	2	15	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	2	1	1	1.0	2	2	15	3000
2	1	7	1	3	2	2	7	0	1	1	1	1.5	2	2	15	3000
2	1	7	1	3	3	3	9	1	2	1	1	1.5	2	2	15	3000
1	1	6	1	3	3	2	8	0	1	1	1	1.5	2	2	15	3000
1	1	5	1	3	3	2	8	0	1	1	1	1.5	2	2	15	3000
2	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	2.0	1	4	5	3000
1	1	4	0	3	3	2	8	0	1	1	1	2.0	1	2	5	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	1	2.0	1	4	5	3000
2	2	7	1	3	2	2	7	0	1	1	2	2.0	1	2	5	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	0	2.5	1	2	7	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	2.0	1	4	5	3000
1	1	5	1	3	2	2	7	0	1	2	1	2.0	1	2	5	3000
2	2	10	2	3	3	3	9	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000
1	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	1	2.0	1	2	5	3000
1	1	5	1	3	3	2	8	0	1	1	1	2.0	1	2	5	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000

2	2	9	2	3	3	3	9	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000
1	1	5	1	4	3	3	10	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000
1	1	5	1	3	3	2	8	0	1	1	1	2.0	1	2	5	3000
2	2	10	2	4	3	3	10	1	1	3	0	2.0	1	2	5	3000
2	2	10	2	4	4	3	11	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000
2	2	10	2	4	4	3	11	1	1	1	0	2.0	1	2	5	3000
2	2	8	2	4	3	2	9	1	1	2	1	3.0	1	2	10	3000
2	2	10	2	3	4	4	11	1	1	1	0	3.0	1	2	10	3000
2	1	6	1	3	2	3	8	0	1	1	0	3.0	1	2	10	3000
2	2	10	2	4	3	3	10	1	0	1	0	0.5	2	1	10	0
1	1	5	1	3	3	3	9	1	0	1	0	3.0	1	2	10	3000
1	1	5	1	4	3	4	11	1	0	1	0	0.5	2	1	10	0
2	2	10	2	4	3	3	10	1	0	1	0	3.0	1	2	10	3000
2	2	9	2	3	2	2	7	0	0	2	0	0.5	2	1	10	0
2	2	10	2	4	3	2	9	1	1	2	1	0.5	2	1	10	0
1	1	5	1	4	3	2	9	1	1	0	1	2.5	1	2	8	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	0	1	0	0.5	2	1	10	0
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	2	1	0.5	2	1	10	0
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	1	0.5	2	1	10	0
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	3	0	2.0	1	4	5	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	0.5	2	1	10	0
2	1	6	1	3	3	3	9	1	1	1	0	1.5	2	4	5	3000
1	1	4	0	3	3	3	9	1	1	1	0	1.8	2	4	10	3000
1	1	4	0	3	4	3	10	1	1	2	0	0.5	2	1	5	0

1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	2	0	1.5	2	2	10	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	1.5	2	4	5	3000
1	1	4	0	3	3	3	9	1	1	1	0	1.0	2	4	10	3000
1	1	5	1	4	3	3	10	1	1	1	0	4.0	1	4	10	3000
1	1	4	0	4	4	3	11	1	1	1	0	1.0	2	4	10	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	1.3	2	4	10	3000
2	1	7	1	4	3	3	10	1	1	2	0	5.0	0	2	10	3000
1	1	5	1	4	3	3	10	1	1	1	0	5.0	0	3	20	0
2	2	8	2	4	4	3	11	1	1	1	0	5.0	0	2	10	3000
2	1	7	1	4	3	4	11	1	1	1	1	5.0	0	2	10	3000
1	1	4	0	3	3	3	9	1	1	1	0	1.0	2	3	20	0
1	1	5	1	4	4	3	11	1	1	1	0	1.5	2	3	20	0
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	5.0	0	3	20	0
1	1	4	0	3	3	3	9	1	1	1	0	1.0	2	2	15	3000
1	1	5	1	3	3	3	9	1	1	1	0	7.0	0	2	15	3000
1	1	4	0	4	4	3	11	1	1	1	0	7.0	0	2	15	3000
2	1	7	1	4	4	3	11	1	1	1	0	7.0	0	2	15	3000
1	1	4	0	4	4	3	11	1	1	1	0	7.0	0	1	5	0
1	1	4	0	3	3	3	9	1	1	1	0	5.0	0	1	5	0
1	1	4	0	4	4	3	11	1	1	1	0	5.0	0	3	20	0
1	1	4	0	3	3	3	9	1	1	1	0	5.0	0	2	10	3000
2	2	8	2	4	4	3	11	1	1	1	0	0.5	2	1	5	0
1	1	4	0	4	4	3	11	1	1	1	0	0.5	2	1	5	0
2	1	7	1	3	3	2	8	0	1	1	1	0.5	2	1	5	0
1	1	5	1	3	3	1	7	0	1	2	0	5.0	0	4	10	3000

Universitas Indonesia

2	2	8	2	4	3	3	10	1	1	1	0	7.0	0	4	15	3000
1	1	4	0	3	2	2	7	0	1	1	1	7.0	0	4	15	3000
1	1	4	0	3	2	3	8	0	1	1	1	7.0	0	4	15	3000
2	1	7	1	3	1	3	7	0	1	1	1	7.0	0	4	15	3000



**Lampiran 3 : Hasil Analisis Deskriptif**

**pemanfaatan pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak memanfaatkan	54	55.1	55.1	55.1
memanfaatkan	44	44.9	44.9	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**alasan responden yang memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid biayanya murah	1	1.0	2.3	2.3
dekat dengan rumah	4	4.1	9.1	11.4
gratis (tidak dipungut bayaran)	37	37.8	84.1	95.5
sesuai saran dari anggota keluarga	2	2.0	4.5	100.0
Total	44	44.9	100.0	
Missing System	54	55.1		
Total	98	100.0		

**alasan responden yang tidak memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid biayanya murah	17	17.3	31.5	31.5
dekat dengan rumah	9	9.2	16.7	48.1
sudah kenal baik	2	2.0	3.7	51.9
gratis (tidak dipungut bayaran)	1	1.0	1.9	53.7
sesuai saran dari anggota keluarga	24	24.5	44.4	98.1
lain-lain	1	1.0	1.9	100.0
Total	54	55.1	100.0	
Missing System	44	44.9		
Total	98	100.0		

Crosstabs

**jenis kelamin responden \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
jenis kelamin responden	laki-laki	Count	42	30	72
		% within jenis kelamin responden	58.3%	41.7%	100.0%
		% of Total	42.9%	30.6%	73.5%
perempuan		Count	12	14	26
		% within jenis kelamin responden	46.2%	53.8%	100.0%
		% of Total	12.2%	14.3%	26.5%
Total		Count	54	44	98
		% within jenis kelamin responden	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

**kategori umur responden \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
kategori umur responden	22 - 47	Count	24	21	45
		% within kategori umur responden	53.3%	46.7%	100.0%
		% of Total	24.5%	21.4%	45.9%
	48 - 73	Count	22	20	42
		% within kategori umur responden	52.4%	47.6%	100.0%
		% of Total	22.4%	20.4%	42.9%
	74 - 99	Count	8	3	11
		% within kategori umur responden	72.7%	27.3%	100.0%
		% of Total	8.2%	3.1%	11.2%
Total		Count	54	44	98
		% within kategori umur responden	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

**jumlah anggota keluarga \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
jumlah anggota keluarga	1 - 4 orang	Count	33	27	60
		% within jumlah anggota keluarga	55.0%	45.0%	100.0%
		% of Total	33.7%	27.6%	61.2%
	5 - 8 orang	Count	20	16	36
		% within jumlah anggota keluarga	55.6%	44.4%	100.0%
		% of Total	20.4%	16.3%	36.7%
	9 - 12 orang	Count	1	1	2
		% within jumlah anggota keluarga	50.0%	50.0%	100.0%
		% of Total	1.0%	1.0%	2.0%
Total	Count	54	44	98	
	% within jumlah anggota keluarga	55.1%	44.9%	100.0%	
	% of Total	55.1%	44.9%	100.0%	



**pekerjaan responden \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
pekerjaan responden	buruh	Count	24	19	43
		% within pekerjaan responden	55.8%	44.2%	100.0%
		% of Total	24.5%	19.4%	43.9%
petani		Count	17	15	32
		% within pekerjaan responden	53.1%	46.9%	100.0%
		% of Total	17.3%	15.3%	32.7%
pedagang		Count	4	3	7
		% within pekerjaan responden	57.1%	42.9%	100.0%
		% of Total	4.1%	3.1%	7.1%
lain-lain		Count	4	4	8
		% within pekerjaan responden	50.0%	50.0%	100.0%
		% of Total	4.1%	4.1%	8.2%
tidak bekerja		Count	5	3	8
		% within pekerjaan responden	62.5%	37.5%	100.0%
		% of Total	5.1%	3.1%	8.2%
Total		Count	54	44	98
		% within pekerjaan responden	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

tingkat pendidikan \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
tingkat pendidikan	tidak sekolah	Count	11	7	18
		% within tingkat pendidikan	61.1%	38.9%	100.0%
		% of Total	11.2%	7.1%	18.4%
tidak tamat SD		Count	9	4	13
		% within tingkat pendidikan	69.2%	30.8%	100.0%
		% of Total	9.2%	4.1%	13.3%
tamat SD		Count	15	17	32
		% within tingkat pendidikan	46.9%	53.1%	100.0%
		% of Total	15.3%	17.3%	32.7%
tamat SLTP		Count	11	5	16
		% within tingkat pendidikan	68.8%	31.3%	100.0%
		% of Total	11.2%	5.1%	16.3%
tamat SLTA		Count	8	11	19
		% within tingkat pendidikan	42.1%	57.9%	100.0%
		% of Total	8.2%	11.2%	19.4%
Total		Count	54	44	98
		% within tingkat pendidikan	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

penyakit yang diderita \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
penyakit yang diderita	batuk dan filek	Count	20	10	30
		% within penyakit yang diderita	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	20.4%	10.2%	30.6%
demam panas		Count	17	20	37
		% within penyakit yang diderita	45.9%	54.1%	100.0%
		% of Total	17.3%	20.4%	37.8%
sakit gigi		Count	4	6	10
		% within penyakit yang diderita	40.0%	60.0%	100.0%
		% of Total	4.1%	6.1%	10.2%
diare/bera k-berak		Count	6	6	12
		% within penyakit yang diderita	50.0%	50.0%	100.0%
		% of Total	6.1%	6.1%	12.2%
lain-lain		Count	7	2	9
		% within penyakit yang diderita	77.8%	22.2%	100.0%
		% of Total	7.1%	2.0%	9.2%
Total		Count	54	44	98
		% within penyakit yang diderita	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

**maksud JAMKESMAS menurut responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tahu	1	1.0	1.0	1.0
jawaban hanya satu ( a atau b )	80	81.6	81.6	82.7
jawaban lebih dari satu (a dan b)	17	17.3	17.3	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**tujuan JAMKESMAS menurut responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tahu	18	18.4	18.4	18.4
jawaban hanya satu ( a atau b )	61	62.2	62.2	80.6
jawaban lebih dari satu (a dan b)	19	19.4	19.4	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**cakupan pelayanan kesehatan yang dijamin JAMKESMAS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tahu	2	2.0	2.0	2.0
jawaban hanya satu ( a atau b )	66	67.3	67.3	69.4
jawaban lebih dari satu (a dan b)	30	30.6	30.6	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**tempat uuntuk mendapatkan pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jawaban hanya satu ( a atau b )	70	71.4	71.4	71.4
jawaban lebih dari satu (a dan b)	28	28.6	28.6	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**prosedur yang harus ditempuh dalam mendapatkan pelayanan kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tahu	4	4.1	4.1	4.1
jawaban hanya satu ( a atau b )	77	78.6	78.6	82.7
jawaban lebih dari satu (a dan b)	17	17.3	17.3	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**Kategori tingkat pengetahuan responden \* pemanfaatan pelayanan kesehatan**

**Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
Kategori tingkat pengetahuan responden	rendah (2-4)	Count	11	10	21
		% within Kategori tingkat pengetahuan responden	52.4%	47.6%	100.0%
		% of Total	11.2%	10.2%	21.4%
	sedang (5-7)	Count	34	24	58
		% within Kategori tingkat pengetahuan responden	58.6%	41.4%	100.0%
		% of Total	34.7%	24.5%	59.2%
	tinggi (8-10)	Count	9	10	19
		% within Kategori tingkat pengetahuan responden	47.4%	52.6%	100.0%
		% of Total	9.2%	10.2%	19.4%
Total	Count	54	44	98	
	% within Kategori tingkat pengetahuan responden	55.1%	44.9%	100.0%	
	% of Total	55.1%	44.9%	100.0%	

**keramahan dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ramah	6	6.1	6.1	6.1
kurang ramah	67	68.4	68.4	74.5
tidak ramah	25	25.5	25.5	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**ketelitian dokter/bidan/perawat memeriksa pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid teliti sekali	1	1.0	1.0	1.0
teliti	11	11.2	11.2	12.2
kurang teliti	72	73.5	73.5	85.7
tidak teliti	14	14.3	14.3	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**kejelasan anjuran/saran/informasi yang diberikan dokter/bidan/perawat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jelas sekali	1	1.0	1.0	1.0
jelas	20	20.4	20.4	21.4
kurang jelas	72	73.5	73.5	94.9
tidak jelas	5	5.1	5.1	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**Sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation**

		pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total	
		tidak memanfaatkan	memanfaatkan		
Sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan	Tidak Baik (6-8)	Count	22	8	30
		% within Sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan	73.3%	26.7%	100.0%
		% of Total	22.4%	8.2%	30.6%
	baik (9-11)	Count	32	36	68
	% within Sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan	47.1%	52.9%	100.0%	
	% of Total	32.7%	36.7%	69.4%	
Total		Count	54	44	98
		% within Sikap dokter/bidan/perawat yang memberikan pengobatan	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%



**pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan \* pemanfaatan pelayanan kesehatan**

**Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan	sering pulang	Count	6	1	7
	tidak ada yang melayani	% within pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan	85.7%	14.3%	100.0%
		% of Total	6.1%	1.0%	7.1%
Menunggu lama sekali		Count	48	41	89
		% within pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan	53.9%	46.1%	100.0%
		% of Total	49.0%	41.8%	90.8%
Menunggu Sebentar		Count	0	2	2
		% within pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	2.0%	2.0%
Total		Count	54	44	98
		% within pelayanan ketika datang ke sarana kesehatan	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

**Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas \* pemanfaatan pelayanan kesehatan**

**Crosstabulation**

		pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total	
		tidak memanfaatkan	memanfaatkan		
Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas	sangat kurang	Count	3	0	3
		% within Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	3.1%	.0%	3.1%
kurang		Count	48	34	82
		% within Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas	58.5%	41.5%	100.0%
		% of Total	49.0%	34.7%	83.7%
cukup		Count	3	8	11
		% within Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas	27.3%	72.7%	100.0%
		% of Total	3.1%	8.2%	11.2%
lebih dari cukup		Count	0	2	2
		% within Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	2.0%	2.0%
Total		Count	54	44	98
		% within Jumlah obat yang diterima peserta Jamkesmas	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

waktu tunggu untuk diperiksa \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
waktu tunggu untuk diperiksa	lama sekali	Count	32	21	53
		% within waktu tunggu untuk diperiksa	60.4%	39.6%	100.0%
		% of Total	32.7%	21.4%	54.1%
	agak lama	Count	19	16	35
		% within waktu tunggu untuk diperiksa	54.3%	45.7%	100.0%
		% of Total	19.4%	16.3%	35.7%
	biasa saja	Count	3	5	8
		% within waktu tunggu untuk diperiksa	37.5%	62.5%	100.0%
		% of Total	3.1%	5.1%	8.2%
	sebentar	Count	0	2	2
		% within waktu tunggu untuk diperiksa	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	2.0%	2.0%
Total	Count	54	44	98	
	% within waktu tunggu untuk diperiksa	55.1%	44.9%	100.0%	
	% of Total	55.1%	44.9%	100.0%	

**jarak rumah responden ke sarana pelayanan kesehatan terdekat \* pemanfaatan pelayanan kesehatan Crosstabulation**

			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Total
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
jarak rumah responden ke sarana pelayanan kesehatan terdekat	jauh (> 4 km)	Count	14	7	21
		% within jarak rumah responden ke sarana pelayanan kesehatan terdekat	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	14.3%	7.1%	21.4%
sedang (2 - 4 km)		Count	24	16	40
		% within jarak rumah responden ke sarana pelayanan kesehatan terdekat	60.0%	40.0%	100.0%
		% of Total	24.5%	16.3%	40.8%
dekat (< 2 km)		Count	16	21	37
		% within jarak rumah responden ke sarana pelayanan kesehatan terdekat	43.2%	56.8%	100.0%
		% of Total	16.3%	21.4%	37.8%
Total		Count	54	44	98
		% within jarak rumah responden ke sarana pelayanan kesehatan terdekat	55.1%	44.9%	100.0%
		% of Total	55.1%	44.9%	100.0%

## Lampiran 4 : Hasil Analisis Multivariat

### Logistic Regression

#### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	98	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	98	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		98	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

#### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
tidak memanfaatkan	0
memanfaatkan	1

#### Block 0: Beginning Block

#### Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			pemanfaatan pelayanan kesehatan		
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
Step 0	pemanfaatan pelayanan kesehatan	tidak memanfaatkan	54	0	100.0
		memanfaatkan	44	0	.0
Overall Percentage					55.1

a. Constant is included in the model.

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			pemanfaatan pelayanan kesehatan		Percentage Correct
			tidak memanfaatkan	memanfaatkan	
Step 0	pemanfaatan pelayanan kesehatan	tidak memanfaatkan	54	0	100.0
		memanfaatkan	44	0	.0
Overall Percentage					55.1

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.205	.203	1.017	1	.313	.815

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	didik	1.044	1	.307
		Kat_tahu	.082	1	.775
		KatSikap	5.809	1	.016
		pertama_datang	4.867	1	.027
		jl_obat	8.608	1	.003
		tunggu	3.201	1	.074
		jarak_rumah	3.391	1	.066
Overall Statistics			35.687	7	.000

Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	43.322	7	.000
	Block	43.322	7	.000
	Model	43.322	7	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	91.513 <sup>a</sup>	.357	.478

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Hosmer and Lemeshow Test**

Step	Chi-square	df	Sig.
1	12.148	8	.145

**Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test**

		pemanfaatan pelayanan kesehatan = tidak memanfaatkan		pemanfaatan pelayanan kesehatan = memanfaatkan		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
		Step 1	1	8	9.549	
	2	9	8.785	1	1.215	10
	3	8	8.228	2	1.772	10
	4	10	7.555	0	2.445	10
	5	7	6.607	3	3.393	10
	6	5	5.490	5	4.510	10
	7	2	3.874	8	6.126	10
	8	4	2.440	6	7.560	10
	9	1	1.237	9	8.763	10
	10	0	.234	8	7.766	8

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed	Predicted			Percentage Correct
	pemanfaatan pelayanan kesehatan			
	tidak memanfaatkan	memanfaatkan		
Step 1 pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak memanfaatkan memanfaatkan	47	7	87.0	
	11	33	75.0	
Overall Percentage			81.6	

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> didik	.494	.231	4.566	1	.033	1.638	1.042	2.577
Kat_tahu	-.559	.440	1.609	1	.205	.572	.241	1.356
KatSikap	2.478	.741	11.193	1	.001	11.913	2.790	50.863
pertama_datang	2.164	1.181	3.355	1	.067	8.704	.859	88.169
jl_obat	2.483	.879	7.985	1	.005	11.976	2.140	67.026
tunggu	1.306	.475	7.573	1	.006	3.692	1.456	9.359
jarak_rumah	1.075	.381	7.943	1	.005	2.930	1.387	6.187
Constant	-9.248	2.107	19.269	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: didik, Kat\_tahu, KatSikap, pertama\_datang, jl\_obat, tunggu, jarak\_rumah.



**Correlation Matrix**

		Constant	didik	Kat_tahu	Kat_Sikap	pertama_datang	jl_obat	tunggu	jarak_rumah
Step 1	Constant	1.000	-.465	-.044	-.441	-.646	-.592	-.248	-.521
	didik	-.465	1.000	-.246	.200	.162	.091	.105	.382
	Kat_tahu	-.044	-.246	1.000	-.287	.133	-.129	-.198	-.091
	KatSikap	-.441	.200	-.287	1.000	-.044	.262	.566	.182
	pertama_datang	-.646	.162	.133	-.044	1.000	.066	-.170	.207
	jl_obat	-.592	.091	-.129	.262	.066	1.000	.155	.138
	tunggu	-.248	.105	-.198	.566	-.170	.155	1.000	.127
	jarak_rumah	-.521	.382	-.091	.182	.207	.138	.127	1.000

