



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN DETERMINAN INDIVIDU TERHADAP  
UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN JAMKESDA  
PUSKESMAS TUMBANG TALAKEN, KECAMATAN  
MANUHING, KABUPATEN GUNUNG MAS  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**INDA SETIO WAHONO  
0906616022**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
NOVEMBER 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN DETERMINAN INDIVIDU TERHADAP  
UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN JAMKESDA  
PUSKESMAS TUMBANG TALAKEN, KECAMATAN  
MANUHING, KABUPATEN GUNUNG MAS  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**INDA SETIO WAHONO  
0906616022**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPARTEMEN PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
DEPOK  
NOVEMBER 2011**

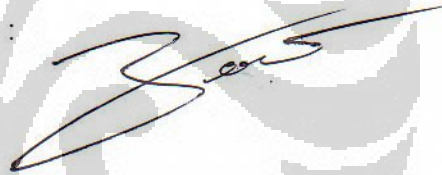
## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**N a m a : INDA SETIO WAHONO**

**NPM : 0906616022**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 23 November 2011**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : **INDA SETIO WAHONO**  
NPM : 0906616022  
Program Studi : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku  
Judul Skripsi : Hubungan Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : **dr. ZARFIEL TAFAL, MPH**

Penguji I : **Dra. C. ENDAH WURYANINGSIH, M.Kes**

Penguji II : **ROJI SUHERMAN, SSi., MKM.**

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 23 November 2011

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : **INDA SETIO WAHONO**  
NPM : 0906616022  
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Tahun akademik : 2009/2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**Hubungan Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 23 November 2011



**INDA SETIO WAHONO**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : **INDA SETIO WAHONO**

Tempat Tanggal Lahir : Banturung, 14 Februari 1981

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jln. Cumi-cumi No. 281A, RT005/RW 015 Kel.  
Bukit Tunggal, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka  
Raya, Provinsi Kalimantan Tengah

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SDN Banturung 2 : 1986 – 1992
2. SMP Negeri 1 Tangkiling : 1992 – 1995
3. SMU Negeri 2 Palangka Raya : 1995 – 1998
4. AKPER Depkes Palangka Raya : 1998 – 2001
5. S-1 FKM Universitas Indonesia : 2009 – 2011

### **Riwayat Pekerjaan :**

1. Tenaga Kesehatan Kontrak Health Project V : 2003 – 2004  
Develop Inovatif Kotawaringin Timur
2. CPNS Pustu Tumbang Jalemu, Kecamatan : 2005 – 2006  
Manuhing, Kabupaten Gunung mas
3. Perawat Pelaksana Pustu Tumbang Jalemu, : 2006 – sekarang  
Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Bapa di surga di dalam Yesus Kristus yang telah memberikan Roh karunia, berkat dan kasih-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan dan skripsi yang berjudul “Hubungan Determinan Individu terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011” sebagai persyaratan kelulusan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa karena kasih Tuhan-lah yang telah membimbing penulis melalui bantuan, bimbingan dan perhatian dari berbagai pihak dalam menyelesaikan seluruh kegiatan perkuliahan hingga penyusunan skripsi ini. Untuk itu, dengan segala hormat dan kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Bapak dr. Zarfiel Tafal, MPH., selaku dosen pembimbing ditengah kesibukannya telah bersedia menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran dalam memberikan saran dan kritik yang menumbuhkan pemikiran dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
2. Ibu Dra. Caroline Endah Wuryaningsih, MKes., dan Bapak Roji Suherman, SSi., MKM., selaku penguji yang telah banyak memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini.
3. Bupati Gunung Mas, bapak Hambit Bintih, MM., yang telah memberi ijin dan dispensasi kepada penulis untuk melaksanakan tugas belajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas, bapak Waja J. Dulin, S.ST, Msi., yang telah memberi kesempatan dan dorongan untuk mengikuti pendidikan, serta memberi ijin, bimbingan dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Orang tua, kepada almarhum bapak tercinta Minto Warsito melalui bimbingan dan kasihnya dihari-hari yang telah lalu menjadikan penulis memiliki hati

yang kuat. Ibu tercinta Piuni D. Mudah diusianya yang senja tak henti-hentinya memberikan motivasi dan kekuatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penulisan ini.

6. Kakak-kakakku tercinta yang selalu mendukung dan mendorong penulis dalam penyelesaian studi dan penulisan ini.
7. Teman-teman PKIP Ekstensi angkatan 2009 Cahyaningrum dkk, serta adik-adik PKIP Reguler angkatan 2008 Tere dkk, atas motivasi, semangat dan bantuannya.

Akhirnya kepada istriku tercinta **Devi Astrina Nataliana** dan anakku terkasih **Lovely Stephanie Miracle** atas segala cinta dan kasih sayang yang tidak henti-hentinya memberi dukungan, pengertian, dorongan dan pengorbanan dalam suka dan duka serta selalu memberi semangat dan kekuatan dalam doa dan kesetiaan selama penulis mengikuti pendidikan dan penyelesaian penulisan ini. Kalianlah inspirasi hingga semua ini nyata dan terjadi.

Penulis berharap hasil penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat dan pengembangan ilmu pengetahuan, walaupun penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, keterbatasan dan kelemahan. Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Kasih melimpahkan berkat, kasih dan karunia yang tiada hentinya bagi kita semua. Amen.

Depok, 23 November 2011

Penulis,



## LEMBER PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

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

Nama : **INDA SETIO WAHONO**  
NPM : 0906616022  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

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

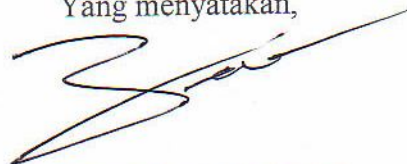
**Hubungan Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 23 November 2011

Yang menyatakan,



**INDA SETIO WAHONO**

## ABSTRAK

Nama : Inda Setio Wahono  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Judul : Hubungan Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011

Menurut UU Nomor 32 Tahun 2004 pasal 22 seluruh pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah daerah, termasuk jaminan kesehatan. Tujuan penelitian ini mendapatkan hubungan determinan individu dengan utilisasi Jamkesda. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan rancangan studi potong lintang. Populasi penelitian adalah masyarakat wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken. Responden terpilih 110 orang diambil secara acak. Faktor diamati adalah determinan individu model Andersen. Hasil penelitian menunjukkan 55,5% responden memanfaatkan Jamkesda. Agar utilisasi Jamkesda lebih baik perlu peningkatan promosi kesehatan sehingga masyarakat memperoleh informasi yang benar tentang Jamkesda, mempermudah aksesibilitas dan mengembangkan program berdasarkan kebutuhan masyarakat.

Kata kunci: Jamkesda, utilisasi, determinan individu.

---

## ABSTRACT

Name : Inda Setio Wahono  
Study Program : Public Health Graduate Program  
Title : Relationship between Individual Determinants Against Health Service Utilization of Jamkesda at Tumbang Talaken Community Health Center, Manuhing Sub District, Gunung Mas District in 2011

According RI Law No 32 year 2004 article 22 the entire of health services is responsibility of local government including health insurance. The purpose of this study is to get relationship between individual determinants against Jamkesda utilization. This study is a quantitative using cross-sectional design. The population were community in Tumbang Talaken community health center, Manuhing Sub District. 110 respondents were selected through random sampling. The factors studied are individual determinants based on Andersen model. The results showed 55,5% respondents use Jamkesda. For better Jamkesda utilization needs increase health promotion efforts to get accurate information about Jamkesda, easier accessibility and develop programs based community needs.

Key words: Jamkesda, utilization, individual determinants.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN ORISINALITAS	
HALAMAN PENGESAHAN	
SURAT PERNYATAAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGATAR	
LEMBER PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
ABSTRAK	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR SINGKATAN	
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1.Latar Belakang .....	1
1.2.Perumusan Masalah .....	7
1.3.Pertanyaan Penelitian .....	8
1.4.Tujuan Penelitian .....	8
1.5.Manfaat Penelitian .....	9
1.6.Ruang Lingkup Penelitian .....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1.Konsep Pelayanan Kesehatan .....	11
2.2.Jamkesda sebagai Variabel Pelayanan Kesehatan .....	14
2.3.Utilisasi Pelayanan Kesehatan .....	19
2.4.Perilaku dalam Utilisasi Pelayanan Kesehatan .....	20
2.5.Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan .....	30
2.6.Determinan Utilisasi Pelayanan Kesehatan .....	34
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS</b>	
3.1.Kerangka Konsep .....	43
3.2.Definisi Operasional .....	45
3.3.Hipotesis .....	48
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1.Desain Penelitian .....	49
4.2.Lokasi dan Waktu Penelitian .....	49
4.3.Populasi, Subjek, Sampel, dan Teknik Sampling .....	50
4.4.Teknik Pengumpulan Data .....	54
4.5.Teknik Analisis Data .....	56

BAB 5	GAMBARAN UMUM	
	5.1.Keadaan Geografis dan Wilayah Administratif .....	57
	5.2.Keadaan Demografi .....	58
	5.3.Keadaan Sumber Daya Puskesmas .....	59
	5.4.Keadaan Kesehatan .....	60
BAB 6	HASIL PENELITIAN	
	6.1.Analisis Univariat .....	61
	6.2.Analisis Bivariat .....	67
	6.3.Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat dan Bivariat .....	81
BAB 7	PEMBAHASAN	
	7.1.Keterbatasan Penelitian .....	83
	7.2.Pembahasan Utilisasi Jamkesda .....	85
	7.3.Pembahasan Determinan Individu yang Berhubungan dengan Jamkesda .....	90
	7.4.Hasil Kemaknaan Temuan Berdasarkan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen .....	111
BAB 8	PENUTUP	
	8.1.Kesimpulan .....	112
	8.2.Saran .....	113
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		
	1. Kuesioner	
	2. Peraturan Daerah Kabupaten Gunung Mas Nomor 4 Tahun 2009 Tentang Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Gunung Mas	
	3. Ijin Penelitian dan Menggunakan Data	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Usia Harapan Hidup, Angka Kematian Neonatal, Angka Kematian Bayi, dan Angka Kematian Ibu berdasarkan <i>World Health Statistics 2010</i> .....	2
Tabel 1.2.	Tren Morbiditas Propinsi Kalimantan Tengah Berdasarkan SUSENAS Tahun 2003-2006 .....	4
Tabel 1.3.	Persentase Penduduk Berobat Rawat Jalan Berdasarkan Pengeluaran/Kapita di Propinsi Kalimantan Tengah .....	5
Tabel 1.4.	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Masyarakat Kabupaten Gunung Mas, Tahun 2007 .....	6
Tabel 1.5.	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010 .....	7
Tabel 3.1.	Definisi Operasional Variabel Utilisasi Jamkeda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	45
Tabel 4.1.	Jumlah Sampel Berdasarkan Desa/Kelurahan yang Berada di Wilayah Kerja Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010 .....	53
Tabel 5.1.	Komposisi Penduduk Kecamatan Manuhing Menurut Desa dan Jenis Kelamin Tahun 2011 .....	59
Tabel 5.2.	Pola Penyakit Berdasarkan 10 Penyakit Terbanyak untuk Semua Umur Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010 .....	60
Tabel 6.1.	Distribusi Responden menurut Utilisasi Pelayanan Jamkesda di Kecamatan Tahun 2011 .....	61
Tabel 6.2.	Distribusi Demografi Responden di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	62
Tabel 6.3.	Distribusi Struktur Sosial Responden di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	63
Tabel 6.4.	Distribusi Kepercayaan Kesehatan di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	64
Tabel 6.5.	Distribusi Sumber Daya Responden di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	65
Tabel 6.6.	Distribusi Kebutuhan ( <i>need</i> ) di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	66
Tabel 6.7.	Distribusi Responden Menurut Umur dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	67
Tabel 6.8.	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	68
Tabel 6.9.	Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	69
Tabel 6.10.	Distribusi Responden Menurut Status Pendidikan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	70
Tabel 6.11.	Distribusi Responden Menurut Status Pekerjaan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	71
Tabel 6.12.	Distribusi Responden Menurut Jumlah Anggota Keluarga dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	72
Tabel 6.13.	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan dan Utilisasi	

	Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	73
Tabel 6.14.	Distribusi Responden Menurut Sikap Responden terhadap Jamkesda dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	74
Tabel 6.15.	Distribusi Responden Menurut Persepsi Terhadap Ancaman Kesehatan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	75
Tabel 6.16.	Distribusi Responden Menurut Persepsi Terhadap Keuntungan Kerugian Jamkesda dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	76
Tabel 6.17.	Distribusi Responden Menurut Pendapatan Keluarga dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	77
Tabel 6.18.	Distribusi Responden Menurut Aksesibilitas dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	78
Tabel 6.19.	Distribusi Responden Menurut Kebutuhan Terhadap Jamkesda dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	79
Tabel 6.20.	Distribusi Responden Menurut Gejala Penyakit dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	80
Tabel 6.21.	Rekapitulasi Hasil Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel yang Diamati Tahun 2011 .....	81
Tabel 6.22.	Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat di Kecamatan Manuhing Tahun 2011 .....	82

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Jenis Pelayanan Kesehatan .....	13
Gambar 2.2.	Pola Hubungan Tripartit Maneged Care .....	15
Gambar 2.3.	Hubungan Antara Pengetahuan dan Praktek .....	21
Gambar 2.4.	Proses Terbentuknya Sikap.....	25
Gambar 2.5.	Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen .....	30
Gambar 2.6.	<i>Health Belief Model</i> .....	33
Gambar 3.1.	Kerangka Konsep Penelitian .....	44
Gambar 5.1.	Kondisi Jalan Negara yang Menghubungkan Kecamatan Manuhing dan Kota Palangka Raya Tahun 2010.....	58
Gambar 7.1.	Hubungan Kemaknaan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen .....	111



## DAFTAR SINGKATAN



AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
APBD	: Anggaran Pembiayaan Belanja Daerah
Askes	: Asuransi Kesehatan
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
Depkes	: Departemen Kesehatan
HBM	: Health Belief Model
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKMM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin
JPS-BK	: Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
OOP	: Out of Pocket
OR	: Odds Ratio
PBB	: Perserikatan Bangsa-Bangsa
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJPK	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan
RUU	: Rancangan Undang-undang
SJKS	: Sistem Jaminan Kesehatan Sosial
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SKRT	: Survei Kesehatan Rumah Tangga
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
Susenas	: Survei Kesehatan Nasional
UU	: Undang-Undang
UUD	: Undang-Undang Dasar
WHO	: World Health Organization



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1.Latar Belakang

*Health is a state of complete physical, mental, spiritual, and social well being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO, 1998).* Kesehatan adalah suatu keadaan sempurna dari fisik, mental spiritual dan sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Deklarasi Hak Asasi Manusia PBB menyatakan: *“Everyone has right to standart of living adequate for health and well being of him self an his family, including food, clothing, housing, and medical care”*. Deklarasi PBB menyebutkan bahwa setiap orang atau warga dari suatu bangsa mempunyai hak yang sama dalam memperoleh standar hidup yang layak untuk kesehatannya, sekurang-kurangnya makanan dan minuman, pakaian, tempat tinggal, dan pelayanan kesehatan (Pusat Promosi Kesehatan, 2009).

Pemerintah bertanggung jawab dalam menyetatkan dan mensejahterakan rakyatnya sesuai dengan amanat pembangunan Bangsa Indonesia yang tertuang dalam pembukaan UUD 1945. Gambaran umum tujuan pembangunan bangsa Indonesia diperjelas pada Pasal 28H yang menyatakan *“setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan”*. Visi itu kemudian dijabarkan dalam Pasal 34 ayat 3 *“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas umum yang layak”*. Lebih lanjut dijabarkan dalam UU Nomor 32 Tahun 2004 khususnya pasal 22 yang menyatakan *“Pemerintah daerah wajib menyediakan fasilitas kesehatan”* (Thabrany, Jurnal MARSIS Vol. VI No.1 Februari 2005).

Namun, upaya yang telah dilakukan tersebut belum menunjukkan hasil yang maksimal. Seperti yang dilansir oleh *Kompas.com* pada tanggal 26/01/2010, selama sepuluh tahun pelayanan publik bidang kesehatan tidak menunjukkan perbaikan berarti, mengutip wacana dalam seminar dua bahasa *Pemerataan Pelayanan Kesehatan di Indonesia*, Selasa (26/1). Seminar itu diselenggarakan, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada bekerja sama dengan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan *Asia Network for Capacity Building in Health System*

*Strengthening*. Deputi Bidang Sumber Daya Manusia (SDM) dan Kebudayaan Bappenas, Nina Sardjunani mengakui, pemerataan belum tercapai. Dari sejumlah indikator dasar kesehatan seperti angka kematian bayi masih terlihat jurang lebar antar daerah. (<http://www.kompas.com/>, diakses tanggal 26 Jan 2010). Menurut WHO (2010), AKB dan AKI Indonesia menempati urutan tertinggi di asia, dan usia harapan hidup penduduk terendah di asia.

Berdasarkan analisis survey SKRT 2000-2010, selama sepuluh tahun program kesehatan yang ada di Indonesia hanya mampu menekan angka kematian ibu dari tahun 2000 sebesar 407/100.000 kelahiran hidup menjadi 305/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010, atau hanya sebesar 25,06% dan kematian pada bayi hanya mampu ditekan sebesar 23,26% yaitu dari 43/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2000 menjadi 33/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Tren tersebut menjelaskan hasil yang kurang memuaskan, terlebih bila dibandingkan dengan negara-negara lain dikawasan asia tenggara seperti negara tetangga Indonesia yaitu Singapura dan Malaysia bahkan Vietnam yang belum terlalu lama meraih kemerdekaan (Badan Litbangkes Depkes RI, 2010)

**Tabel 1.1.Usia Harapan Hidup, Angka Kematian Neonatal, Angka Kematian Bayi, dan Angka Kematian Ibu berdasarkan *World Health Statistics 2010***

Member state	Life Expectancy at Birth (years)			Neonatal Mortality Rate (per 1000 live birtsh)	Infant Mortality Rate (per 1000 live births)			Maternal Mortality Ratio (per 100.000 live births)
	1990	2000	2008	2008	1990	2000	2008	2000-2009
Indonesia	61	65	67	19	56	40	31	307
Malaysia	71	72	73	3	16	9	6	28
Singapore	75	78	81	1	7	3	2	8
Viet Nam	66	70	73	9	39	24	12	75

Sumber: WHO (2010)

Berdasarkan tabel 1.1., Sebanyak 19 bayi yang lahir dari 1.000 kelahiran harus mengembuskan nafas terakhirnya di usia 0-28 hari, sedangkan di Singapura hanya 1 dari 1.000 bayi yang tidak mampu bertahan hidup dalam usia tersebut. Selain itu, 31 bayi dari 1000 kelahiran hanya memperoleh kesempatan hidup

selama 1 tahun angka tersebut 2,6 kali lebih besar dibandingkan angka kematian bayi berumur dibawah satu tahun di negara Vietnam; 5,2 kali dari Malaysia; dan 15,5 kali lebih besar dari Singapura. Lebih menyedihkan lagi melihat fakta bahwa dari 100 ribu kelahiran hidup, 307 ibu gagal mempertahankan hidupnya setelah proses kelahiran buah hatinya.

Tingginya AKI dan AKB yang berpengaruh pada rendahnya usia harapan hidup penduduk Indonesia memberikan gambaran rendahnya kualitas pelayanan, akses pelayanan yang buruk yang berdampak pada rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan di Indonesia. Meskipun fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat tersebar luas, utilisasi dari fasilitas tersebut tidak optimal (Thabrany, 2005).

Rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan seperti yang disampaikan oleh Dr. Ahmad Bizar Shihab SP.An selaku ketua Pansus RUU BPJS dan Wakil Ketua Komisi IX DPR RI dalam acara Diskusi Publik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia pada Jumat (27 Mei 2011) disebabkan oleh mahalnya biaya kesehatan dan tingginya harga obat (termahal di Asia). Selain itu, Chayatin dan Mubarak (2009), menjelaskan bahwa tingkat penghasilan masyarakat yang masih rendah dan angka pengangguran yang terus meningkat, yaitu pada tahun 2005 angka pengangguran sebesar 10,3%, tahun 2006 sebesar 11% dan tahun 2007 sebesar 11,7% juga mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan. Mobilisasi sumber pembiayaan kesehatan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan, jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan masih kurang dari 20% penduduk Indonesia. Kontribusi pemerintah untuk pembiayaan kesehatan hanya sebesar 26,1% sedangkan kontribusi swasta mencapai 74,9% yang sebagian besar dikeluarkan langsung dari saku masyarakat (*direct payment out of pocket*) pada waktu mereka jatuh sakit (Mukti dan Moertjahjo, 2007).

Persentase kepesertaan penduduk dalam jaminan pemeliharaan kesehatan tahun 2002-2006 di Indonesia adalah Askes 7,58%, Jamsostek 1,84%, dana sehat 1,55%, JPKM 2,56, Kartu sehat 27,91%, lain-lain 3,08%. Berdasarkan data Propinsi Kalimantan Tengah tercatat bahwa jumlah peserta jaminan kesehatan Askes 209.559 orang (0,29%); Jamsostek 1.487 orang (0,00%); Dana Sehat 19.120 orang (0,3%); lain-lain 10.026 orang (0,1%); Kartu sehat 485.483 orang (0,67%). Total seluruh masyarakat Kalimantan Tengah yang terlindungi oleh

jaminan pelayanan kesehatan adalah sebanyak 725.675 orang atau 38,87% (Profil Kesehatan Indonesia, 2006).

**Tabel 1.2. Tren Morbiditas Propinsi Kalimantan Tengah Berdasarkan SUSENAS Tahun 2003-2006**

PROPINSI	2003	2004	2005	2006
KALIMANTAN TENGAH	16.0	17.5	23.4	26.4

Sumber: Lembaga Penelitian SMERU *Research Institute*, 2009

Data tersebut menunjukkan bahwa tingkat morbiditas di Kalimantan Tengah mengalami peningkatan secara progresif. Angka tersebut akan terus bertambah seiring dengan peningkatan dan pertambahan jumlah penduduk. Dari tahun 2003 hingga tahun 2006 angka kesakitan di Kalimantan Tengah meningkat sebesar 65%. Artinya, jumlah penduduk Kalimantan Tengah yang sedang sakit sebanyak 26,4% atau sekitar 754.279 orang dari 1.914.900 jiwa penduduk. Berdasarkan Riskesdas 2007 jumlah penduduk Kabupaten Gunung Mas berjumlah 81.933 jiwa, artinya bahwa sebesar 26,4% atau sebanyak 21.630 orang masyarakat Kabupaten Gunung Mas sedang dalam keadaan sakit dan rata-rata sekitar 1.803 orang setiap bulan memerlukan pelayanan kesehatan.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Gunung Mas adalah dikeluarkannya Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Gunung Mas.

Jamkesda merupakan suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi sosial (Mukti dan Moertjahjo, 2007). Asuransi sosial adalah upaya untuk mewujudkan kesejahteraan dan memberikan rasa aman sepanjang hidup manusia melalui pendekatan sistem (Sulastomo, 2008).

Kebijakan Program Jamkesda bertujuan untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau (akses dan utilisasi) kepada seluruh masyarakat tanpa harus mengeluarkan beban biaya sebagai konsekuensi moneter

dalam utilisasi pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Gunung Mas.

Gambaran tersebut terlihat dari analisis data Riskesdas 2007, tercatat sumber pembiayaan rawat jalan di Kalimantan Tengah didominasi oleh pembiayaan sendiri atau keluarga tercatat sebesar 80,7%. Persentase sumber biaya *out of pocket* dalam pemanfaatan rawat jalan tertinggi di Kabupaten Gunung Mas 94,6%; hanya sekitar 3,2% masyarakat menggunakan Askes atau Jamsostek; 2,2% masyarakat menggunakan Askeskin/Jamkesmas dan SKTM; dan 1,0% sumber pembiayaan dari asuransi lainnya (Riskesdas, 2007).

**Tabel 1.3. Persentase Penduduk Berobat Rawat Jalan Berdasarkan Pengeluaran/Kapita di Propinsi Kalimantan Tengah**

Karakteristik Penduduk berdasarkan pengeluaran/kapita	Penduduk Berobat di Puskesmas (%)
Kuantil 1 (termiskin)	16,7
Kuantil 2	15,5
Kuantil 3	14,1
Kuantil 4	14,1
Kuantil 5 (terkaya)	13,2

Sumber: Riskesdas (2007)

Berdasarkan hasil analisis data Susenas 1998 rata-rata orang Indonesia jika sekali jatuh sakit maka ia harus kehilangan penghasilan selama 1-3 bulan sedangkan untuk 20% kelompok penghasilan rendah harus kehilangan sekitar 8 bulan penghasilan (Mukti, 2007). Permasalahannya adalah kelompok masyarakat miskin (kuantil 1) dijamin oleh program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), namun yang menjadi permasalahan adalah kelompok kuantil 2 dan kuantil 3 yang tidak tergolong miskin dan tidak memperoleh Jamkesmas tetapi rawan jatuh miskin (*vulnerable*) akibat biaya pengobatan (Ruby, 2005). Berdasarkan (tabel 1.4.) jumlah kelompok penduduk kuantil 2 dan kuantil 3 yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 29,6%. Tingginya persentase masyarakat yang membiayai pengobatan sendiri 94,6% serta tingginya kelompok

penduduk rawan yang tidak terpapar asuransi kesehatan 29,6% merupakan alasan kuat untuk program Jamkesda.

Profil Kesehatan Indonesia tahun 2006, tercatat bahwa sebanyak 71,44% penduduk yang memiliki keluhan selama sebulan yang lalu memilih untuk mengobati sendiri. Jumlah ini lebih tinggi dibanding tahun 2005 sebesar 69,88%, sedangkan yang memilih untuk berobat jalan hanya sebesar 34,13%. Angka ini lebih rendah dibandingkan tahun 2005 sebesar 34,43%. Dalam hal keputusan untuk mengobati sendiri keluhan kesehatan yang dialami selama sebulan yang lalu di Kalimantan Tengah menempati urutan ke 3 tertinggi dari seluruh propinsi yang ada di Indonesia yaitu sebesar 78,49% (Depkes, 2008)

**Tabel 1.4. Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan Masyarakat Kabupaten Gunung Mas, Tahun 2007**

Propinsi	Tempat Berobat Jalan									
	RS Pemerintah	RS Swasta	RSB	Puskesmas	Poliklinik Swasta	Nakes	Batra	Lainnya	Di Rumah	Tidak Rawat Jalan
Kalimantan Tengah	1,3	0,3		9,8	0,5	13,7		0,1	0,9	71,2

Sumber: Riskesdas 2007

Data Riskesdas 2007 (Tabel 1.4.), hanya sekitar 9,8% dari masyarakat yang memeriksakan diri di Puskesmas, 1,3% masyarakat memanfaatkan fasilitas rawat jalan di rumah sakit, 0,9% lebih memilih dirawat di rumah, dan sebanyak 13,7% masyarakat lebih cenderung memanfaatkan pelayanan tenaga kesehatan seperti dokter praktek, mantri atau bidan praktek yang notabene mereka harus mengeluarkan uang dari saku sendiri untuk membayar pelayanan yang diberikan dibandingkan memanfaatkan pelayanan Jamkesda Puskesmas.

Masyarakat Kabupaten Gunung Mas memanfaatkan pelayanan Puskesmas hanya sebesar 9,8% sedangkan target Indonesia Sehat 2010 menempatkan indikator persentase penduduk yang memanfaatkan pelayan Puskesmas sebesar 15% dari jumlah penduduk (Depkes, 2003). Artinya bahwa utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas di Gunung Mas masih dibawah target nasional.

**Tabel 1.5. Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010**

<b>Karakteristik Pembiayaan</b>	<b>Jumlah Kunjungan</b>	<b>Persentase (%)</b>
Jamkesmas	825	11,2
Askes	576	7,8
Umum	4.706	63,9
Jamkesda	1.261	17,1
Total	7.368	100

Sumber: Register Pusekesmas Tumbang Talaken Tahun 2010

Register Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2010 tercatat dari sekitar 9,8% masyarakat yang menggunakan pelayanan Puskesmas pada (Tabel 1.4.), utilisasi pelayanan kesehatan oleh masyarakat di Puskesmas Tumbang Talaken seperti yang terlihat pada (Tabel 1.5.) adalah: utilisasi pelayanan Jamkesda masih cukup rendah yaitu sebanyak 17,1%, utilisasi Jakesmas oleh masyarakat miskin sebanyak 11,2%, utilisasi kartu askes sebanyak 7,8% oleh PNS dan Veteran. Ironisnya, sebanyak 63,9% masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken mengeluarkan uang dari saku sendiri (*out of pocket*), padahal mereka berhak atas pelayanan Jamkesda (Tabel 1.5.).

Faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan dari masyarakat (*individual determiant*) seperti faktor predisposisi (demografi, struktur sosial dan kepercayaan kesehatan), enabling (sumber daya), dan kebutuhan (*needs*) (Andersen & Newman, 1973). Oleh karena itu, perlu diteliti hubungan determinan individu masyarakat dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

## **1.2.Perumusan Masalah**

Sekalipun keikutsertaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan masyarakat adalah penting, namun jika ditinjau dari kompleksitas masalah, tampaknya sumber biaya yang terpenting adalah pemerintah. Hal tersebut karena masalah kesehatan pada dasarnya menyangkut hajat hidup orang banyak, karena itulah tanggung jawabnya berada di tangan pemerintah (Azwar, 2010).

Puskesmas merupakan ujung tombak keberhasilan pembangunan kesehatan dan sebagai penanggung jawab penyelenggaraan upaya kesehatan untuk jenjang

tingkat pertama (Depkes, 2004). Rendahnya minat masyarakat dalam utilisasi pelayanan Jamkesda di Puskesmas harus segera dikaji dan diintervensi untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang telah ada, karena hingga saat ini belum diketahui hubungan antara determinan individu masyarakat terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas tahun 2011.

### **1.3.Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut di atas, maka dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Tumbang Talaken?
2. Apakah ada hubungan antara determinan individu masyarakat terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken oleh masyarakat di Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas?

### **1.4.Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Diketahui hubungan antara determinan individu masyarakat terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011.

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Diketahui gambaran umum utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009.
2. Diketahui hubungan antara demografi: umur, jenis kelamin, dan status perkawinan masyarakat terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken.
3. Diketahui hubungan antara struktur sosial masyarakat: pendidikan, status pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken.



4. Diketahui hubungan antara kepercayaan kesehatan (*health belief*): pengetahuan, sikap, persepsi ancaman kesehatan (*perceived threat*), dan persepsi masyarakat tentang keuntungan-kerugian (*perceived barriers-benefit*) terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken.
5. Diketahui hubungan antara sumber daya masyarakat: pendapatan keluarga dan aksesibilitas terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken
6. Diketahui hubungan antara kebutuhan masyarakat (*needs*): kebutuhan terhadap Jamkesda dan gejala penyakit (*illness level*) terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken.
7. Diperoleh gambaran tentang metode yang tepat dalam upaya pembenahan-pembenahan program kesehatan yang berbasis masyarakat.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Manfaat bagi Perkembangan Ilmu Promosi Kesehatan**

Hasil penelitian ini sebagai informasi yang memperkaya kajian dalam ilmu promosi kesehatan yang berhubungan dengan faktor-faktor determinan individu (*individual determinant*) dalam pemanfaatan pelayanan Jamkesda.

### **1.5.2. Manfaat bagi Institusi**

Menjadi masukan yang berguna bagi semua pihak yang berkepentingan khususnya Pemerintah Daerah Kabupaten Gunung Mas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas serta Puskesmas Tumbang Talaken sebagai PPK Jamkesda dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas terkait utilisasi Jamkesda.

### **1.5.3. Manfaat bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pembaca dan peneliti sebagai wahana dalam menerapkan ilmu promosi kesehatan.

## 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan desain penelitian survey analitik dan waktu pengambilan data secara *cross sectional* yang bertujuan untuk melihat hubungan antara determinan individu terhadap utilisasi pelayanan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas tahun 2011. Alasan utama penelitian ini adalah karena sampai sejauh ini belum ada penelitian tentang utilisasi Jamkesda yang telah dikeluarkan oleh Pemerintah Kabupaten Gunung Mas berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009 terkait dengan utilisasi pelayanan Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PKK).

Responden penelitian ini adalah masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken Kecamatan Manuhing. Data yang digunakan adalah data primer yaitu diambil langsung menggunakan kuesioner dari responden yang menjadi sampel penelitian dan data sekunder berasal dari profil Puskesmas Tumbang Talaken, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas dan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009 tentang Jamkesda.

Penelitian ini dibatasi hanya melihat hubungan antara determinan individu meliputi faktor predisposisi, enabling dan *needs* dengan utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Puskesmas Tumbang Talaken serta mengabaikan determinan sosial dan sistem pelayanan kesehatan yang ada sesuai dengan model utilisasi pelayanan kesehatan Andersen. Waktu penelitian dilaksanakan 2 bulan, dimulai bulan September – Oktober 2011.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Pelayanan Kesehatan**

##### **2.1.1. Pengertian Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat (Lavey dan Loomba dalam Azwar, 2010).

Menurut Ilyas (2006), pelayanan kesehatan merupakan suatu produk jasa yang unik dibandingkan dengan produk jasa lainnya. Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri utama, yaitu:

1. *Uncertainty*

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

2. *Asymetry of information*

Suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan dengan pengguna atau pembeli pelayanan kesehatan.

3. *Externality*

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

##### **2.1.2. Tujuan Pelayanan Kesehatan**

Tujuan pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna serta terjangkau oleh masyarakat (Depkes, 2003)

### 2.1.3. Prinsip Pokok Pelayanan Kesehatan

SKN (2009), menjelaskan beberapa prinsip yang harus dimiliki sebagai syarat pelayanan kesehatan adalah:

1. Berkesinambungan dan paripurna.

Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara berkesinambungan dan paripurna meliputi upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antar tingkatan upaya kesehatan.

2. Bermutu, aman dan sesuai kebutuhan.

Berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif, dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan globalisasi.

3. Adil dan merata.

Memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah.

4. Non diskriminatif.

Penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membeda-bedakan suku/ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan gender.

5. Terjangkau.

Mudah dijangkau seluruh masyarakat, baik aspek akses maupun biaya.

6. Teknologi tepat guna.

Teknologi tepat guna berdasar pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika, moral dan nilai agama.

7. Bekerja dengan tim secara tepat dan cepat.

Upaya kesehatan dilakukan secara kerjasama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, secara cepat dengan ketepatan/presisi yang tinggi.

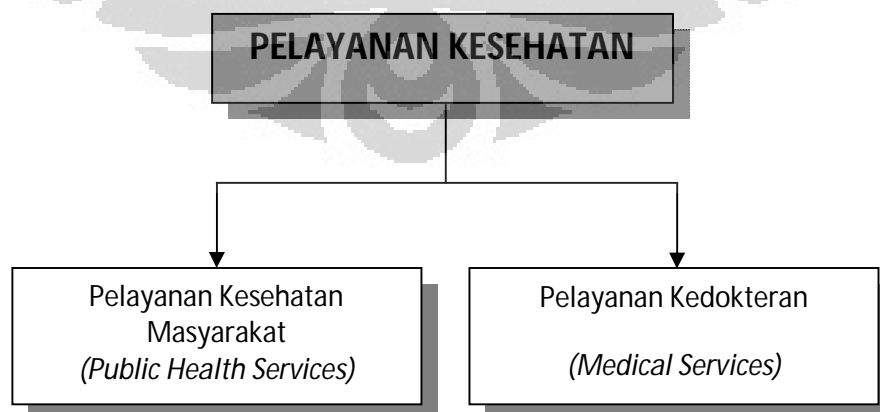
### 2.1.4. Jenis Pelayanan Kesehatan

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan dijabarkan dari pendapat Godgett & Casio (1983) adalah pelayanan kedokteran (klinis) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*community*) (Azwar, 2010; Ruby, 2005).

Pelayanan kesehatan masyarakat dilakukan pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan/memulihkan kesehatan perorangan (Profil Kesehatan Indonesia, 2006). Pelayanan kesehatan yang berorientasi pada publik atau masyarakat terdiri dari sanitasi, imunisasi, kebersihan air, perlindungan kualitas udara, usaha kesehatan sekolah, promosi kesehatan, keluarga berencana, gizi masyarakat, *vector control*, penyuluhan penyakit menular seksual, surveilans, tembakau dan alkohol dan masalah kesehatan spesifik lokal (Notoatmodjo, 2007; Gani dalam Ruby: 2005).

Kategori pelayanan kesehatan kedokteran yang berorientasi kepada perorangan (pribadi) yaitu pelayanan pengobatan yang langsung ditujukan kepada individu (Notoatmodjo, 2007). Upaya pelayanan kepada perorangan dilakukan secara rawat jalan bagi masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan ringan dan pelayanan rawat inap secara langsung atau rujukan bagi masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan sedang hingga berat (Profil Kesehatan Indonesia, 2006). Pelayanan individu (klinis esensial) ini termasuk pengobatan penyakit menular, manajemen terpadu bayi sakit, pelayanan kehamilan dan persalinaan, pengobatan penyakit menular seksual, pengobatan gizi buruk, dan rujukan ke rumah sakit (Gani dalam Ruby: 2005).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa tidak hanya penyakit dan luka yang harus diperhatikan, tetapi juga secara lebih umum status kesehatan atau keadaan kesehatan (Smet, 1996).



Sumber: Azwar (2010)

**Gambar 2.1. Jenis Pelayanan Kesehatan**

## 2.2. Jamkesda sebagai Variabel Pelayanan Kesehatan

### 2.2.1. Sejarah Jamkesda

Jaminan kesehatan daerah merupakan bagian dari Sistem Jaminan Kesehatan Sosial (Mukti & Moertjahjo, 2007). Sistem Jaminan Kesehatan Sosial merupakan suatu sistem manajemen resiko seperti resiko kehilangan pendapatan atau biaya kebutuhan medis karena sakit yang resiko tersebut harus dipadukan (*pooled*) atau dipindahkan dari individu ke kelompok dengan kepesertaan wajib, dimana kontribusi diatur oleh peraturan tanpa memperhatikan tingkat resiko individu, sedangkan kontribusi terkait dengan pendapatan (biasanya dalam bentuk persentase pendapatan), berorientasi *not-for profit* untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, dikelola secara profesional dan “*surplus*” dikembalikan lagi ke masyarakat untuk memberikan pelayanan yang lebih baik (Mukti, 2007). Sistem jaminan kesehatan sosial memunculkan suatu sikap solidaritas, dimana yang sehat membantu yang sakit, yang muda membantu yang tua, dan yang kaya membantu yang miskin (Thabrany, 2005).

Jerman memperkenalkan sistem jaminan kesehatan sosial pertama kali, dirintis oleh Otto Von Bismarck (1883) untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat, dimana perlindungan tenaga kerja sangat dibutuhkan (Mukti & Moertjahjo, 2007; Sulastomo, 2008).

Apa yang diperkenalkan Otto Von Bismarck itu dewasa ini sudah berkembang di seluruh dunia. Sudah tentu dengan berbagai modifikasi sesuai dengan keadaan dan kebutuhan masing-masing negara (Sulastomo, 2008). Amerika Serikat mengembangkan jaminan sosial pada masa pemerintahan Roosevelt tahun 1935 setelah negara tersebut mengalami depresi berat (Mukti & Moertjahjo, 2007), memperkenalkan program jaminan sosial melalui *Social Security Act 1935* (Sulastomo, 2008). Malaysia telah berhasil menumpuk Dana Jaminan Sosial senilai US\$ 90 Miliar melalui *Employee Provident Fund*, yang telah menyelamatkan Malaysia dari krisis mata uang pada tahun 1998 (Mukti & Moertjahjo, 2007). Malaysia telah memulai jaminan kesehatan sosial sejak tahun 1959 (Sulastomo, 2008).

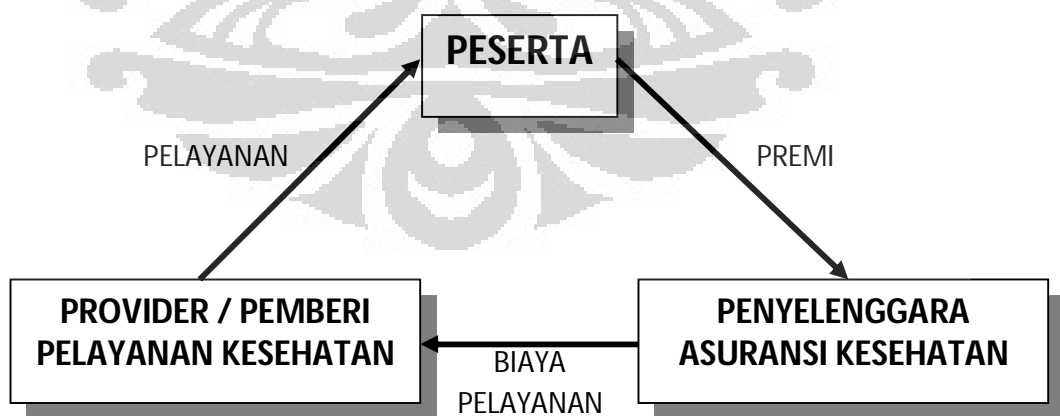
Sistem jaminan kesehatan sosial di Indonesia baru dimulai pada tahun 1968 ketika pemerintah memperkenalkan program Askes bagi pegawai negeri sipil dan penerima pensiun, kemudian pada tahun 1976 memperkenalkan program Jamsostek bagi tenaga kerja swasta. Dapat dipahami bahwa Indonesia sangat tertinggal, bahkan untuk kepesertaan pun masih terlalu sedikit dibandingkan negara lain yaitu sekitar 20% (Sulastomo, 2008).

Sistem jaminan kesehatan sosial adalah cikal bakal jaminan kesehatan daerah (Jamkesda), sehingga segala prinsip-prinsip yang dianut SJKS dengan sendirinya harus dianut pula pada sistem ini (Mukti & Moertjahjo, 2007).

### 2.2.2. Pengertian Jamkesda

Jaminan kesehatan daerah merupakan suatu tatanan yang mengatur jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial (Mukti & Moertjahjo, 2007).

Jaminan kesehatan daerah menggunakan pendekatan penyelenggaraan dengan prinsip-prinsip *managed care* yaitu suatu teknik yang menggunakan pendekatan terintegrasinya pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan kendali biaya yang bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan (Mukti & Moertjahjo, 2007).



Sumber: Ilyas (2006)

**Gambar 2.2. Pola Hubungan Tripartit dalam Maneged Care**

Bentuk jaminan kesehatan *managed care* menggunakan pola hubungan tripartit, yaitu hubungan antara peserta, penyelenggara asuransi kesehatan, dan pihak pemberi pelayanan kesehatan (Ilyas, 2006). *Managed care* adalah sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan dengan tepat dengan ciri-ciri sebagai berikut: kontrak dengan dokter atau rumah sakit yang terpilih untuk memberikan pelayanan komprehensif termasuk promotif dan preventif kepada populasi peserta, pembayaran kepada provider dengan sistem pembayaran prospektif termasuk kapitasi, pembayaran premi perorang perbulan ditentukan sebelumnya, ada kendali utilisasi dan mutu dimana dokter atau rumah sakit telah menerima kendali tersebut dalam kontrak, adanya insentif finansial bagi pasien untuk memanfaatkan provider dan adanya resiko finansial bagi dokter maupun rumah sakit (Mukti, 2007).

Konsekuensi atau tujuan dasar dari program *managed care* harus menjamin akses pelayanan kesehatan, menjamin kualitas, dan kesesuaian pelayanan kesehatan serta dapat menurunkan biaya pelayanan kesehatan (Ilyas, 2006; Mukti, 2007).

### **2.2.3. Pemantauan Utilisasi (*Review Utilization*)**

Pengendalian biaya dengan sistem manajemen utilisasi dan kualitas pelayanan merupakan kunci sukses *managed care*. Melalui manajemen utilisasi, memantau kebutuhan, ketepatan dan jumlah intervensi medis. Kajian utilisasi (*utilization riview*) merupakan salah satu bentuk manajemen utilisasi (Mukti, 2007). Review utilisasi mempunyai peran penting untuk mengendalikan pelayanan kesehatan yang tepat untuk kebutuhan medis kepada tertanggung (Ilyas, 2006). Dengan kajian ini ketepatan pengguna pelayanan dievaluasi untuk menghilangkan atau mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta resiko potensial pada pasien (Mukti, 2007). Review utilisasi merupakan komponen kritis yang dikembangkan oleh organisasi *managed care* dengan tujuan mengontrol pelayanan dan biaya kesehatan (Ilyas, 2006).

Dirjen Bina Kesehatan (2003) dalam Siagian (2010) menjelaskan pemantauan utilisasi adalah untuk mengurangi keadaan yang bersifat:



1. *Over utilization.*

Sebuah keadaan dimana kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien sebenarnya tidak diperlukan dalam proses pengobatan.

2. *Under utilization.*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan kepada pasien meskipun pelayanan tersebut sebenarnya sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan.

3. *Misuse.*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar.

#### 2.2.4. Tujuan Jamkesda

Tujuan Jamkesda menurut Mukti & Moertjahjo (2007) adalah:

1. Pengamalan secara nyata Pancasila melalui pengembangan sistem jaminan sosial bidang kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan umum sebagai tujuan negara.
2. Mendorong pencapaian prestasi kinerja dan pelaksanaan kewajiban pemerintah bidang kesehatan dalam mencapai standar pelayanan minimal (SPM) untuk mencakup 80% dari penduduk (*universal coverage*) sebagai peserta jaminan kesehatan pra upaya sesuai ketentuan pemerintah sebelum tahun 2010.
3. Membangun sistem yang mampu mengintegrasikan seluruh sistem-sistem penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dibiayai secara mandiri dan atas prakarsa daerah, baik dari perorangan penduduk maupun para penyelenggara jaminan kesehatan daerah.
4. Mendorong tercapainya kinerja sistem kesehatan daerah secara menyeluruh dengan mempertajam fokus prioritas pembiayaan kesehatan pemerintah dan perorangan pada setiap upaya kesehatan serta meningkatkan ketepatan sasaran perlindungan kesehatan bagi masyarakat.

5. Terbangunnya sistem pengendalian mutu pelayanan kesehatan yang terintegrasi dengan sistem pengendalian biaya pelayanan kesehatan secara tegas, konsisten, dan berkesinambungan.

#### **2.2.5. Penyelenggaraan Jamkesda**

Pengelolaan Jamkesda dilaksanakan dengan mekanisme asuransi sosial sebagai bagian dari usaha kesejahteraan sosial di daerah. Setiap warga masyarakat di seluruh daerah berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat dan berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Mukti & Moertjahjo, 2007).

Dasar mekanisme jaminan kesehatan daerah adalah *the law of the large number* atau hukum bilangan besar. Suatu kejadian yang tidak pasti atau (*uncertain*) pada tingkat perorangan atau rumah tangga menjadi hampir pasti pada tingkat populasi besar (Ilyas, 2006).

Jaminan kesehatan daerah diselenggarakan secara terstruktur, terpadu, dan berkesinambungan. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara terstruktur yaitu pelayanan yang mengikuti pola dan prinsip tertentu baik mengenai jenis maupun proses pembiayaannya. Terpadu dan berkesinambungan berarti pelayanan bagi peserta dan anggota keluarganya dijamin kelanjutannya sampai menuju suatu keadaan yang sehat (Mukti & Moertjahjo, 2007).

#### **2.2.6. Hubungan Jamkesda terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan**

Mukti & Moertjahjo (2007), memaparkan implikasi-implikasi yang perlu diantisipasi, karena merupakan tantangan bagi upaya pemeliharaan kesehatan antara lain:

1. Pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi, yang akan meningkatkan kemampuan ekonomi kelas golongan menengah.
2. Meningkatkan industrialisasi dan urbanisasi, sehingga memerlukan lebih banyak pelayanan kesehatan yang spesialisistik dan canggih.
3. Meningkatkan tingkat pendidikan masyarakat, yang berarti peningkatan kesadaran dan permintaan akan pelayanan kesehatan yang bermutu.

4. Terjadinya transisi demografis dan epidemiologis, sehingga meningkatkan penyakit kronis dan degeneratif.

Kecenderungan-kecenderungan tersebut dapat menyebabkan biaya kesehatan terus meningkat. Untuk itu perlu adanya upaya-upaya peningkatan kerjasama dari semua pihak yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik dari unsur pemerintah, pihak swasta, dan seluruh masyarakat pada umumnya (Mukti & Moertjahjo, 2007).

Adanya jaminan kesehatan pada sistem pelayanan kesehatan mempunyai kecenderungan terjadinya peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta atau tertanggung. Hal ini dipengaruhi oleh karena peserta asuransi kesehatan mempunyai kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang telah menjadi hak mereka (Ilyas, 2006).

### **2.3.Utilisasi Pelayanan Kesehatan**

#### **2.3.1. Pengertian Utilisasi Pelayanan Kesehatan**

Utilisasi pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan tentang faktor pendorong 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 utilisasi (Ilyas, 2006).

Utilisasi pelayanan dapat dilihat sebagai suatu tipe perilaku individu. Dalam ilmu perilaku secara umum, perilaku individu dimaksud sebagai suatu fungsi dari karakteristik individu tersebut, karakteristik lingkungan dimana seseorang tinggal, dan kekuatan sosial (Moore, dalam Andersen & Newman, 1973). Oleh karena itu, banyak studi dan teori yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan lebih menekankan kepada karakteristik individu dari pada aspek pembiayaan terhadap dampak sosial utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973).

Utilisasi pelayanan kesehatan merupakan unsur penting menentukan status kesehatan. Utilisasi rawat jalan dinyatakan sebagai presentase individu yang berkunjung ke fasilitas kesehatan (WHO dalam Wibisana, 2007).

### 2.3.2. Karakteristik Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Andersen & Newman (1973), mengelompokan karakteristik pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga dimensi penting, yaitu:

#### 1. Jenis Pelayanan (*type*)

Jenis pelayanan meliputi pelayanan rumah sakit, dokter, obat-obatan dan medikasi, dokter gigi, asuhan keperawatan di rumah dan sebagainya.

#### 2. Tujuan Utilisasi Pelayanan (*purpose*)

Tujuan utilisasi pelayanan terdiri dari pelayanan primer (*primary care*), pelayanan sekunder (*secondary care*), pelayanan tersier (*tertiary care*), dan pelayanan *custodial*.

#### 3. Analisis Unit Pelayanan (*unit of analysis*)

Terdiri dari kontak, volume, dan pelayanan episodik.

### 2.4. Perilaku dalam Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007), membagi perilaku kedalam tiga domain, yaitu: 1) Pengetahuan (*knowledge*); 2) Sikap (*attitude*); 3) Tindakan atau Praktik (*practice*).

#### 2.4.1. Konsep Pengetahuan (*Knowledge*)

##### 2.4.1.1. Pengertian Pengetahuan

*The psychological result of perception and learning and reasoning* (www.websters-online-dictionary.org). Hasil psikologis dari persepsi, pembelajaran dan pertimbangan.

Sedangkan berdasarkan kamus oxford pengetahuan atau *knowledge is facts, information, and skills acquired through experience or education; the theoretical or practical understanding of a subject* (<http://oxforddictionaries.com/>). Pengetahuan terdiri dari berbagai fakta, informasi, dan keterampilan yang diperoleh melalui pengalaman dan proses pembelajaran yang secara teoritis atau praktek ditujukan untuk memahami suatu subjek yang diamati.

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (1995), pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau kepandaian.

Pengetahuan adalah hasil tahu manusia mengenai sesuatu obyek, atau hasil tahu karena diberitahu orang lain. Tahu adalah hasil kerja otak setelah mengolah pengalaman inderawi, atau setelah diberitahu oleh orang lain (Prawironegoro: 2010).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek (Notoatmodjo: 2005).

#### 2.4.1.2. Proses Pengetahuan

Pengetahuan merupakan sinar praktek, memimpin praktek, mengarahkan praktek, dan mengembangkan praktek. Pengetahuan dan praktek tidak dapat dipisahkan. Praktek melahirkan pengetahuan, selanjutnya pengetahuan menyinari dan memimpin praktek sehingga praktek berkembang dengan baik. Perkembangan praktek melahirkan perkembangan pengetahuan, selanjutnya perkembangan pengetahuan melahirkan kebenarannya diuji oleh praktek, akhirnya melahirkan praktek baru (Prawironegoro, 2010).



Sumber: Prawironegoro (2010)

**Gambar 2.3. Hubungan Antara Pengetahuan dan Praktek**

#### 2.4.1.3. Komponen Pengetahuan

Alport dalam Notoatmodjo (2007), terdapat enam tingkat komponen kognitif, yaitu:

1. *Know*, yaitu mengingat kembali materi yang telah dipelajari sebelumnya.
2. *Comprehension*, yaitu kemampuan untuk menjelaskan secara benar dan dapat menginterpretasikan objek yang diketahui.
3. *Aplication*, yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam situasi atau kondisi nyata.
4. *Analysis*, yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi kedalam komponen-komponen dalam satu struktur yang masih ada kaitannya.

5. *Synthesis*, yaitu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. *Evaluation*, yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek.

#### 2.4.1.4. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang atau *overt behavior* (Notoadmodjo, 2005). Namun, dalam suatu penelitian perilaku kesehatan pengetahuan tidak dapat digunakan untuk memprediksi perilaku seseorang (Di Iorio, 2005). Sebagai contoh masyarakat memiliki pengetahuan tentang manfaat dan pelayanan puskesmas, mereka mengetahui bahwa puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan yang juga memberikan pelayanan pengobatan bagi masyarakat yang sakit. Tetapi tidak sedikit masyarakat yang lebih memilih membeli obat di kios-kios atau memilih berobat ke dukun dibandingkan ke puskesmas yang menyediakan pelayanan pengobatan ketika mereka sakit.

Dari gambaran di atas, jelas bahwa pengetahuan bukan satu-satunya faktor yang menyebabkan seseorang berperilaku sehat, namun dengan pengetahuan yang baik tentang kesehatan diharapkan masyarakat mampu mengembangkan sikap yang peduli terhadap kesehatan sehingga menjadi faktor penguat untuk berperilaku sehat.

Bloom memberikan daftar kata untuk mengembangkan pembelajaran objektif dalam beberapa level kognitif. Untuk pengetahuan, Bloom menggunakan kata seperti definisi, identifikasi, urutkan, dan sebutkan (Di Iorio, 2005).

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket (Notoadmodjo, 2005). Bentuk pertanyaan yang digunakan dalam mengukur pengetahuan menggunakan dua metode, yaitu:

### 1. Pertanyaan terbuka

Pada pertanyaan ini responden diberi kebebasan untuk menjawab. Pada umumnya pertanyaan ini dipergunakan untuk memperoleh jawaban mengenai pendapat atau motif tertentu dari responden (Riyanto, 2011).

### 2. Pertanyaan tertutup

Riyanto (2011) menjelaskan pertanyaan tertutup terdiri dari:

#### a. *Dischotomous Choice*

Dalam pertanyaan ini hanya ada dua alternatif jawaban dan responden harus memilih salah satu diantaranya. Jawaban terdiri atas 1) Ya dan 2) Tidak

#### b. Pilihan Ganda (*Multiple Choice*)

Dalam pertanyaan ini ada beberapa alternatif jawaban dan responden harus memilih salah satu diantaranya.

#### c. *Check List*

Dalam pertanyaan ini ada beberapa alternatif jawaban dan responden boleh memilih lebih dari satu.

## 2.4.2. Konsep Sikap (*attitude*)

### 2.4.2.1. Pengertian Sikap

Berdasarkan kamus webster *attitude is a complex mental state involving beliefs and feelings and values and dispositions to act*. Sikap adalah kondisi mental yang kompleks yang melibatkan keyakinan dan perasaan, serta disposisi untuk bertindak dengan cara tertentu ([www.websters-online-dictionary.org](http://www.websters-online-dictionary.org)).

Sedangkan berdasarkan kamus oxford *attitude is a settled way of thinking or feeling about something* (<http://oxforddictionaries.com>)

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1995), sikap adalah perbuatan dan sebagainya yang berdasarkan pada pendirian (pendapat atau keyakinan).

Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isue (Petty & Cocopio, 1986 dalam Azwar, 2000, <http://creasoft.file.wordpress>).

Menurut Green (1980), sikap atau *attitude* adalah perasaan, predisposisi, atau seperangkat keyakinan yang relatif tetap terhadap suatu objek, keyakinan, atau suatu strategi.

Sikap dalam hal ini adalah suatu kombinasi, informasi, dan emosi yang dihasilkan di dalam predisposisi untuk merespon orang, kelompok, gagasan, peristiwa, atau obyek tertentu secara menyenangkan atau tidak menyenangkan (Gagne & Briggs, <http://www.rhynoblog.com>).

Sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan pelaksanaan motif tertentu (Newcomb dalam Notoadmodjo: 2005).

*Attitude are learned predisposition to respons in a favorable or unfavorable manner to a particular person, behavior, belief, or thing* (Eagly & Chaiken dalam Feldman: 2003).

Sikap mencerminkan kesenangan atau ketidaksenangan terhadap sesuatu (WHO, 1992).

Sikap merupakan kecenderungan orang untuk berfikir, berperasaan, berpendapat, maupun berperilaku tertentu terhadap suatu objek (Kriantono, 2009).

#### **2.4.2.2. Faktor yang Mempengaruhi Sikap**

(Feldman: 2003), menjelaskan bahwa sikap seseorang terhadap sesuatu dapat diubah tergantung pada beberapa faktor yaitu:

1. Sumber pesan (*message source*).  
Pengetahuan sebagai seorang penyampai pesan untuk perubahan sikap (*attitude communicator*) memiliki pengaruh yang besar pada keefektifan dari suatu pesan.
2. Karakteristik pesan (*characteristics of the message*).  
Pesan tersebut memiliki efek terhadap perubahan sikap dan perilaku seseorang.
3. Karakteristik penerima pesan (*characteristics of the target*).  
Sasaran dari pesan yang disampaikan mempengaruhi apakah pesan dapat diterima atau tidak, seperti intelegensi, gender, budaya dan sebagainya.

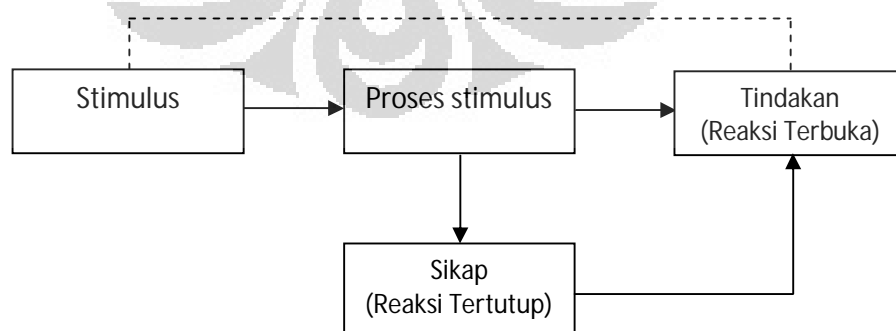


### 2.4.2.3. Komponen Sikap

Allport dalam Kriantono (2009); Notoadmodjo (2005); Azwar (2000) diakses dari <http://creasoft.file.wordpress>), menyatakan bahwa struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotif yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganannya (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial. Kognitif termasuk kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu. Afektif termasuk kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Komponen konatif adalah kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), merupakan kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki seseorang. Konatif berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak/bereaksi terhadap sesuatu dengan cara tertentu.

### 2.4.2.4. Proses terbentuknya sikap



Sumber: Notoadmodjo (2007)

**Gambar 2.4. Proses Terbentuknya Sikap**

#### 2.4.2.5. Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2005).

Riyanto (2011), menjelaskan bahwa ada 4 (empat) teknik yang dapat digunakan dalam mengukur skala sikap seseorang yaitu:

##### 1. Skala Likert

Skala likert merupakan skala yang dipergunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang tentang suatu gejala atau fenomena tertentu. Ada dua bentuk skala likert yaitu pertanyaan positif yang diberi skor 5,4,3,2,dan 1. Sedangkan pertanyaan negatif diberi skor 1,2,3,4, dan 5. Contoh: SS—S—KS—TS—STS

##### 2. Skala Guttman

Merupakan skala yang menginginkan tipe jawaban tegas, seperti jawaban *benar-salah, ya-tidak, pernah-tidak pernah, positif-negatif, tinggi-rendah, baik-buruk*. Pada skala Guttman hanya ada dua interval jawaban.

##### 3. Skala Defferensial

Skala diferensial merupakan skala untuk pengukuran sikap tetapi bentuknya bukan pilihan ganda atau checklist, tersusun dalam satu garis kontinum dimana jawaban yang sangat positif terletak di bagian kanan garis dan jawaban yang sangat negatif terletak di bagian sebelah kiri garis atau sebaliknya. Datanya berupa data interval.

Contoh: (nyeri kepala) 5      4      3      2      1(tidak nyeri kepala)

##### 4. Rating Scale

*Rating scale* biasanya untuk mengukur persepsi yang berskala kontinum. Pertanyaan *rating scale* sebenarnya mirip tipe pertanyaan dengan skala likert, tetapi pada *rating scale* data diperoleh berupa angka kemudian ditafsirkan secara kalitatif.

Contoh: 4= sangat baik; 3= baik; 2= kurang baik; 1= sangat tidak baik

### 2.4.3. Konsep Perilaku (*Practice*)

#### 2.4.3.1. Pengertian Perilaku (*practice*)

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2005).

Perilaku adalah aktivitas atau tindakan manusia yang dapat diamati dan dipelajari (Kwick, 1974 dalam Depkes 2008).

#### 2.4.3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku (*Practice*)

Edberg (2010), menjelaskan bahwa tidak ada faktor tunggal yang dapat mempengaruhi perilaku manusia; melainkan interaksi kompleks antara individu dan suatu lingkungan merupakan suatu proses yang secara bersamaan, mempengaruhi perilaku. Dengan kata lain, perilaku tidak terjadi dengan sendirinya.

Notoadmodjo (2007), menjelaskan hal yang senada bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu, dan berlangsung dalam interaksi antara manusia dan lingkungannya.

Faktor-faktor yang memegang peranan di dalam pembentukan perilaku dibedakan menjadi dua yakni faktor intern dan faktor ekstern. Faktor intern berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar. Faktor ekstern meliputi objek, orang, kelompok, dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya (Notoadmodjo, 2007). Namun, keduanya merupakan suatu kesatuan dan tidak dapat dipisahkan. Edberg (2010).

Lebih lanjut Edberg (2010), memaparkan faktor-faktor yang menjadi kontributor yang potensial dalam mempengaruhi perilaku individu seperti:

1. Faktor individu

Terdiri dari kesadaran dan pengetahuan, karakteristik biofisik, sikap dan motivasi personal, tahap-tahap perkembangan, dan sosialisasi perilaku/kebiasaan (misalnya dari orang tua dan keluarga).

2. Faktor sosial/budaya/kelompok

Terdiri dari pola hidup kelompok sosial, sikap atau kepercayaan kultural, dan tingkat dukungan sosial.

3. Faktor sosial ekonomi dan struktural

Terdiri dari kemiskinan, pendidikan, akses ke pelayanan kesehatan, pencegahan/informasi, tekanan sosial seperti perselisihan sipil dan kekerasan dalam lingkungan sekitar.

4. Faktor politik

Terdiri dari kebijakan dan regulasi, asuransi kesehatan, dan perundang-undangan yang berdampak pada resiko kesehatan.

5. Faktor lingkungan

Terdiri dari resiko di lingkungan seperti polutan udara dan air, bencana alam, dan kondisi yang memungkinkan penyebaran penyakit menular.

#### 2.4.3.3. Proses Perilaku

Individu jarang berubah dengan sendirinya. Perilaku dipengaruhi pandangan serta berbagai kebiasaan keluarga, kawan, dan masyarakat. Proses perilaku dimulai ketika masyarakat mulai melihat dan mendengar tentang perubahan, dan segera timbul minat yang luas untuk mengadopsi perilaku baru yang memberikan keuntungan buat mereka. Akhirnya perilaku baru tersebut menjadi kebiasaan normal setiap orang (Kemenkes, 2010).

#### 2.4.3.4. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah segala sesuatu yang dilakukan seseorang untuk memelihara atau meningkatkan kesehatannya, terlepas dari persepsi terhadap status kesehatannya atau hasil yang dicapai dari perilaku tersebut (Sarafino, 2006).

Sarafino (2006), membagi perilaku seseorang atau masyarakat dalam upaya meningkatkan status atau keadaan kesehatannya terdiri atas:

1. *Well behavior*

Segala aktivitas atau tindakan yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan menghindari dirinya dari penyakit.

2. *Symtom-based behavior*

Aktivitas yang dilakukan seseorang yang merasa dirinya sakit, berusaha untuk mengatasi masalah, dan mencari pertolongan pengobatan.

### 3. *Sick-role behavior*

Segala tindakan yang dilakukan seseorang untuk sembuh setelah dinyatakan sakit dan tahu apa penyakit yang dideritanya.

Pada semua masyarakat dijumpai banyak perilaku yang menunjang kesehatan, perilaku mencegah penyakit, perilaku mengupayakan pengobatan serta pemulihan orang sakit. Sebelum memulai kegiatan pendidikan kesehatan, amatlah penting memahami kesulitan yang sering dihadapi masyarakat berperilaku lebih baik. Pemahaman ini memudahkan kita untuk memilih cara pendidikan kesehatan yang terbaik (WHO, 1992).

#### **2.4.3.5. Pengukuran Perilaku (*Practice*)**

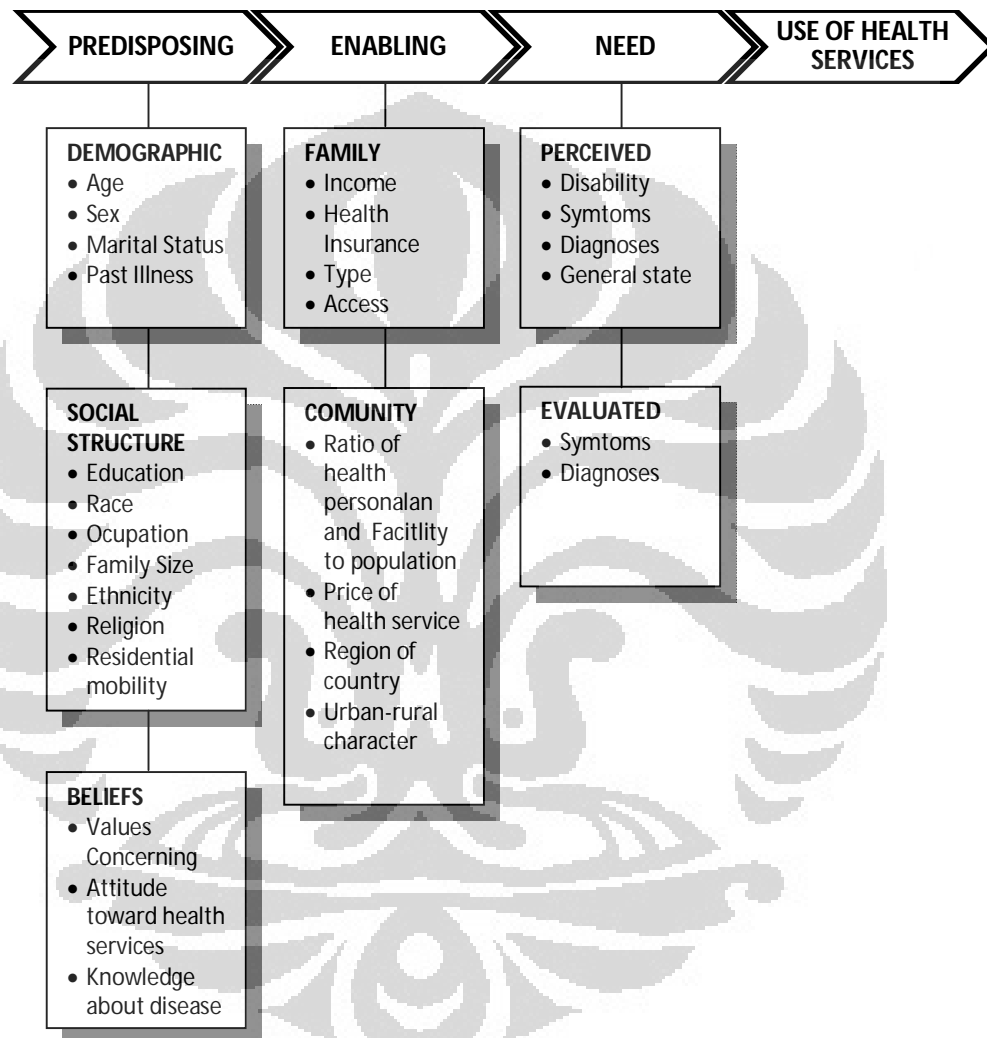
Ewles & Simnett (1994), perubahan perilaku dapat dinilai dengan:

1. Mengobservasi praktek (perilaku) yang diperbuat klien
2. Mencatat tingkah laku, terdiri dari pencatatan rutin terhadap jumlah yang datang ke klinik (Puskesmas) atau yang mengantarkan keluarga/ anaknya. Catatan tingkah laku klien dapat diperbandingkan dengan kelompok lain dalam daerah tersebut atau dengan angka rata-rata nasional. Depkes (2008), menjelaskan bahwa perubahan perilaku dapat diukur dengan membandingkannya dengan data dasar.

## 2.5. Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan

### 2.5.1. Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen

Andersen mendeskripsikan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*) (Ilyas, 2006).



Sumber: Andersen & Newman (1973).

**Gambar 2.5. Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen**

Faktor yang mempengaruhi individu dalam utilisasi pelayanan kesehatan ditentukan dalam 3 (tiga) komponen utama, yaitu:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor predisposisi merupakan karakteristik sosial budaya dari individu yang telah ada sebelum mereka mengalami kesakitan (Andersen & Newman, 1973). Karakteristik tersebut meliputi:

a. Demografi

Demografi terdiri dari: umur, *gender*, dan status perkawinan.

b. Struktur sosial

Terdiri dari: tingkat pendidikan, pekerjaan, karakteristik keluarga (keluarga inti, *extended family*), suku, jaringan kerja sosial, hubungan/interaksi sosial, agama, dan kebudayaan

c. Variabel yang mempengaruhi sikap/kepercayaan (*health belief*)

- Keyakinan terhadap penyembuhan penyakit.
- Sikap dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan dan sebagainya).
- Nilai-nilai yang dianut individu terhadap upaya kesehatan.
- Pengetahuan terhadap pelayanan kesehatan, masalah kesehatan, dan penyakit yang diderita.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor pemungkin adalah keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan (Ilyas, 2006).

Andersen & Newman (1973), membagi faktor enabling dalam utilisasi pelayanan kesehatan kedalam dua komponen utama, yaitu:

a. Sumber daya keluarga (*family*)

Sumber daya keluarga terdiri dari pendapatan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, jenis pelayanan kesehatan, dan akses pelayanan kesehatan.

b. Sumber daya komunitas (*community*)

- Rasio antara jumlah petugas kesehatan dan saran pelayanan kesehatan terhadap jumlah populasi masyarakat di daerah tersebut.
- Biaya yang dikeluarkan untuk utilisasi setiap pelayanan kesehatan.

3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*) atau tingkat kesakitan (*illness level*)

Menurut Andersen & Newman (1973), karakteristik kebutuhan atau tingkat kesakitan (*illness level*) merupakan asumsi yang muncul dari kondisi predisposisi dan enabling, terdiri dari:

a. Penilaian individu (*perceived*)

Penilaian masyarakat secara umum keadaan kesehatan dan fungsi secara keseluruhan, seperti bagaimana mereka mengamati gejala penyakit, tingkat kesakitan dan kekhawatiran mengenai kesehatan dan kesembuhan atau mereka menyatakan bahwa permasalahan mereka sangat penting dan mengharuskan untuk mencari pertolongan profesional (Andersen & Newman, 1973). Penilaian individu merupakan penilaian kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit, dan hebatnya rasa sakit yang diderita (Ilyas, 2006).

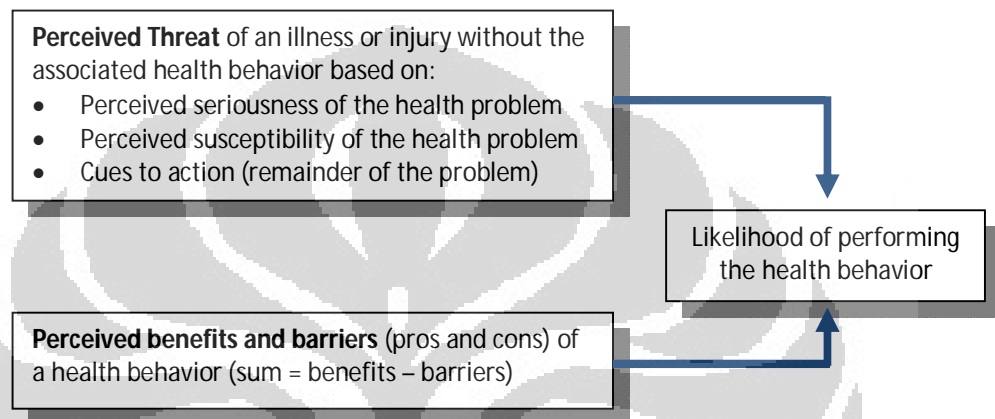
b. Penilaian klinik (*evaluated*)

Penilaian medis tentang status kesehatannya dan kebutuhan mereka terhadap pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973). Merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2006).



### 2.5.2. Persepsi Kepercayaan Kesehatan

Dalam *Health Belief Model* (HBM) yang merupakan model perilaku pertama yang dikembangkan oleh Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock, dan Stephen Kegeles (Edberg, 2010), diuraikan cara menerangkan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang-orang mengenai kesehatan (Smet, 1994).



Sumber : Sarafino (2006)

**Gambar 2.6. *Health Belief Model***

Berdasarkan HBM diasumsikan persepsi individual terhadap masalah kesehatan (kerentanan, keparahan), manfaat pengobatan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi individu dalam mengambil keputusan untuk bertindak. (National Cancer Institute, 2005).

Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu kepada sejauh mana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman kepada dirinya. Asumsinya bahwa bila ancaman yang dirasakan meningkat maka perilaku pencegahan juga meningkat. Penilaian tentang ancaman berdasarkan pada ketidakkebalan yang dirasakan (*perceived vulnerability*) dan keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*) (Smet, 1994).

Penilaian kedua adalah perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak (Smet, 1994).

## 2.6. Determinan Utilisasi Pelayanan Kesehatan

### 2.6.1. Umur

Salah satu faktor predisposisi yang berperan terhadap utilisasi pelayanan kesehatan adalah umur (Andersen & Newman, 1973). Umur berperan terhadap utilisasi dari sudut resiko sakit yang dibawa oleh perkembangan umur (balita, remaja, usia subur, dan lansia), karenanya umur sangat menentukan utilisasi pelayanan terkait dengan gangguan spesifik berbasis umur serta kemampuan (kapasitas) individu berbasis umur dalam mengatasi masalah kesehatan (Wibisana, 2007).

Pada umumnya anak-anak berusia dibawah lima tahun (balita) dan lanjut usia (lansia) memiliki kontak yang lebih sering dalam utilisasi pelayanan kesehatan dibandingkan dengan remaja atau dewasa muda (NCHS, 2000 dalam Sarafino 2006). Hal serupa disampaikan Ilyas (2011), menyatakan bahwa *demand* masyarakat terhadap utilisasi pelayanan kesehatan lebih tinggi pada umur dibawah 5 tahun dan lebih dari 50 tahun.

Sitanggung (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu Askes dalam mendapatkan pengobatan rawat jalan menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan kartu Askes di Kecamatan Jambi Selatan.

Permasih (2001), menunjukan bahwa di wilayah Puskesmas Cikodang, bayi berusia 0 – 24 bulan adalah yang terbanyak menjadi pasien, rata-rata sebanyak (33,12%) selama tiga bulan yang diteliti. Menurut Sarafino (2006), balita memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk tujuan *general checkup*, imunisasi, dan masalah penyakit infeksi. Utilisasi pelayanan kesehatan berkurang frekuensinya pada masa anak-anak (pra sekolah) dan pada usia remaja, tetapi pada usia dewasa lanjut dan lanjut usia meningkat kembali sebagai akibat dari peningkatan penyakit kronis.

### 2.6.2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin memberikan makna pada utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973). Wibisana (2007), menjelaskan bahwa beberapa penyakit berbasis jenis kelamin mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

Wanita biasanya menggunakan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari pria (NCHS, 2000 dalam Sarafino, 2006; Ilyas, 2011). Hal serupa disampaikan oleh Sullivan & Thomson (1986) dikutip dari Smet (1994), bahwa wanita lebih banyak melaporkan adanya gejala penyakit dan berkonsultasi dengan dokter lebih sering daripada laki-laki.

Perbedaan *gender* dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dimulai ketika usia remaja. Wanita lebih banyak (tertinggi) utilisasi pelayanan kesehatan pada usia dewasa muda (usia subur). Alasan utama utilisasi pelayanan kesehatan pada wanita dewasa muda adalah untuk pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan (Reddy, Fleming, & Adeso; Verbrugge dalam Sarafino 2006).

### **2.6.3. Status Perkawinan**

Status perkawinan adalah variabel demografi merupakan faktor predisposisi utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973).

Status perkawinan berperan terhadap utilisasi pelayanan melalui kebutuhan kesehatan reproduksi yang timbul karena ikatan perkawinan, serta kendala sosial budaya yang terbawa dalam ikatan perkawinan. Ikatan sosial dalam keluarga besar dan pola pengambilan keputusan dalam perkawinan sering kali berperan dalam keterlambatan merujuk ibu hamil ke sarana pelayanan kesehatan (Wibisana, 2007).

### **2.6.4. Status Pendidikan**

Pendidikan merupakan faktor predisposisi seseorang dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973).

Pendidikan memberikan kemampuan untuk mengakses informasi berkaitan dengan pelayanan kesehatan, sehingga akan menentukan pilihan seseorang terhadap sarana pelayanan yang akan dikunjungi untuk mengatasi masalah kesehatannya (Wibisana, 2007). Faktor pendidikan dan pengetahuan pelayanan kesehatan modern juga menentukan *demand* terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Ilyas, 2011).

Hermanto (2009), bahwa dari hasil uji statistik disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum dan Spesialis Penyakit Dalam, dimana responden yang memiliki pendidikan tinggi memiliki peluang 0,463 kali lebih sering untuk memanfaatkan kartu Jamkesmas dibandingkan yang mempunyai pengetahuan lebih rendah.

Situmorang (2004), dalam tesisnya membuktikan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan utilisasi pelayanan pengobatan di Puskesmas, dimana responden yang pendidikannya diatas SLTP berpeluang 2,42 kali untuk utilisasi pelayanan pengobatan di Puskesmas Baros dibanding responden pendidikan SLTP ke bawah.

Notoadmodjo (1982), dalam penelitiannya untuk Proyek Peningkatan Perguruan Tinggi UI menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih canggih. Tingkat pendidikan mempengaruhi kesadaran akan pentingnya arti kesehatan bagi diri dan lingkungan yang dapat mendorong pelayanan kesehatan.

Gani (1981), dalam penelitiannya di Karanganyar, Jawa Tengah menemukan ada pengaruh faktor pendidikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan modern. Seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi pada umumnya memiliki pengetahuan yang lebih luas sehingga mudah menyerap dan menerima informasi dalam mengatasi masalah kesehatannya.

Penelitian Sitanggang (2002), menemukan ada hubungan yang bermakna antara status pendidikan peserta PT.ASKES dengan pemanfaatan kartu Askes di Kecamatan Jambi Selatan Kota Jambi.

Hasil penelitian Yuliah (2001), membuktikan bahwa berdasarkan uji kai kuadrat pada 400 responden yang diteliti diperoleh hasil ( $Pvalue < 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan Puskesmas.

### 2.6.5. Status Pekerjaan

Jenis pekerjaan merupakan salah satu variabel struktur sosial yang mempengaruhi gaya hidup masyarakat dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen and Newman, 1974).

Pekerjaan berperan dalam utilisasi pelayanan kesehatan karena resiko kesehatan yang dibawa oleh pekerjaan, perolehan jaminan kesehatan berbasis pekerjaan, serta kapasitas ekonomi yang dihasilkan oleh pekerjaan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan (Wibisana, 2007).

Sitanggang (2002), dalam penelitian tentang Askes menyatakan ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan responden (pegawai negeri sipil aktif dan pensiunan) dengan pemanfaatan kartu Askes.

Ilyas (2011), dalam bukunya yang berjudul *Asuransi Kesehatan* menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan di Puskesmas oleh pegawai negeri jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok sosial lainnya. Hal ini disebabkan pegawai negeri merupakan kelompok sosial yang mempunyai pengetahuan lebih tinggi terhadap pelayanan kesehatan modern dibandingkan dengan kelompok sosial lainnya.

### 2.6.6. Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga memiliki peran berlawanan terhadap utilisasi pelayanan. Semakin besar jumlah anggota, semakin kecil tingkat utilisasi pelayanan (Wibisana, 2007). Jumlah anggota keluarga mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan, berhubungan erat dengan kemampuan, penghasilan serta kesempatan untuk memperoleh pengobatan dalam keluarga. Jumlah keluarga yang besar dengan tingkat penghasilan yang sama akan membagi pendapatan tersebut untuk kepentingan keluarga yang lebih besar dibandingkan keluarga dengan jumlah anak lebih sedikit, sehingga keluarga dengan jumlah anggota lebih sedikit akan mempunyai kesempatan relatif lebih besar untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan (Yuliah, 2001).

SDKI (2007), menyatakan bahwa rumah tangga yang jumlah anggota lebih banyak, secara umum lebih padat dan biasanya berhubungan dengan kondisi kesehatan yang buruk dan adanya kesulitan ekonomi.

### 2.6.7. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu variabel faktor predisposisi dalam individual determinan (Andersen & Newman, 1974). Diasumsikan bahwa semakin tinggi pengetahuan seseorang terhadap suatu masalah atau program kesehatan, maka semakin besar pula peluang seseorang dalam utilisasi pelayanan kesehatan.

Hermanto (2009), dalam penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum dan Spesialis Penyakit Dalam.

Sebayang (2006), dalam penelitian JPKMM juga menemukan adanya hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan pemanfaatan puskesmas, dimana masyarakat yang berpengetahuan tinggi mempunyai peluang 5,722 kali memanfaatkan Puskesmas dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan rendah tentang JPKMM.

Maman (2002), dalam penelitiannya tentang program JPS-BK, menemukan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden dengan pemanfaatan kartu sehat.

### 2.6.8. Sikap

Sikap memiliki kesamaan dengan pengetahuan merupakan salah satu variabel faktor predisposisi dalam individual determinan (Andersen & Newman, 1974). Diasumsikan bahwa semakin positif sikap seseorang terhadap suatu masalah atau program kesehatan maka semakin besar peluang orang tersebut dalam utilisasi pelayanan kesehatan. Sebaliknya apabila seseorang memiliki sikap negatif terhadap masalah atau program kesehatan, maka semakin kecil pula peluang seseorang dalam utilisasi pelayanan kesehatan.

Penelitian Suchman dalam Smet (1994), menunjukkan adanya perbedaan dalam sikap terhadap kesakitan sebagai alasan lain adanya perilaku negatif terhadap dokter di masyarakat kelas sosial bawah di Amerika Serikat.

Hermanto (2009), menemukan adanya hubungan yang bermakna antara sikap dan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Spesialis

Penyakit Dalam, namun tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sikap dan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum.

Maman (2002), berdasarkan uji kai kuadrat diperoleh hasil adanya hubungan yang signifikan antara sikap reponden terhadap JPS-BK dengan pemanfaatan kartu sehat, dan responden yang mempunyai sikap kurang mendukung terhadap JPS-BK mempunyai peluang sebesar 5,7 kali untuk tidak memanfaatkan kartu sehat ke Puskesmas dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap mendukung terhadap program JPS-BK.

#### **2.6.9. *Perceived Threat dan Perceived barrier-benefit***

Hasil penelitian Becker & Rosenstock (1984); Rosenstock & Kirscht (1979) dalam Sarafino (2006), mengasumsikan bahwa faktor-faktor yang dipaparkan dalam HBM memberikan pengaruh yang besar kepada individu dalam memutuskan untuk segera menggunakan pelayanan kesehatan.

Clements (1990) dikutip dari Smet (1994), dalam penelitian tentang imunisasi menyatakan bahwa berdasarkan model HBM memberi kesan orang memanfaatkan program imunisasi percaya bahwa 1) kemungkinan terkena penyakit tinggi (ketidakkebalan); 2) jika terjangkit, penyakit tersebut membawa akibat serius; 3) imunisasi adalah cara paling efektif dalam mencegah penyakit; 4) tidak ada hambatan serius untuk imunisasi.

#### **2.6.10. Pendapatan Keluarga**

Pendapatan keluarga menjadi faktor yang memungkinkan seseorang dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen and Newman, 1974). Faktor pendapatan berhubungan kuat dengan dengan *demand* pelayanan kesehatan. Makin tinggi pendapatan seseorang, makin tinggi pula permintaan akan pelayanan kesehatan (Ilyas, 2011).

Survey yang dilakukan NCHS (2000) dalam Sarafino (2006) di Amerika Serikat menemukan dua kesimpulan penting yaitu: pertama, persentase masyarakat yang mencari pelayanan kesehatan ke praktek dokter atau konsultasi melalui telepon ditemukan lebih banyak pada keluarga dengan penghasilan keluarga yang besar; kedua, ras Afro-Amerika dan masyarakat

lainnya yang memiliki pendapatan keluarga yang rendah (*low family incomes*) menunjukkan bahwa tingkat utilisasi pelayanan kesehatan dan pemanfaatan unit gawat darurat untuk kebutuhan medis lebih rendah dibandingkan ras kulit putih atau masyarakat lainnya yang memiliki pendapatan keluarga yang tinggi (*higher family income*). Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh rendahnya pendapatan individu sehingga menyebabkan rendahnya keinginan untuk mengunjungi dokter (Flack et al., 1995)

Kemampuan membayar (*ability to pay*) berperan positif untuk utilisasi pelayanan kesehatan (Wibisana, 2007). Studi yang dilakukan Thabrany dan Pujiyanto (2000) dikutip dari Thabrany (2005), menunjukkan bahwa penduduk 10 persen terkaya mempunyai akses rawat inap di rumah sakit 12 kali lebih besar di banding 10 persen penduduk termiskin.

Hasil penelitian Situmorang (2004), menunjukkan bahwa pendapatan keluarga yang diwakili dengan pengeluaran perkapita dimana responden yang mempunyai rata-rata pengeluaran perkapita tertinggi berpeluang untuk utilisasi pelayanan kesehatan sebesar 4,27 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita rendah.

#### **2.6.11. Aksesibilitas**

Aksesibilitas merupakan sinonim dari ketersediaan finansial dan sumber daya sistem pelayanan kesehatan (Aday and Andersen, 1974). Aksesibilitas dapat juga diartikan sebagai tersedianya pelayanan kapanpun dan dimanapun pasien membutuhkannya (Bodenheimer; Freeborn and Greenlick dalam Aday and Andersen, 1974).

Aksesibilitas kesehatan terdiri dari biaya (biaya yang dikeluarkan untuk mencapai unit pelayanan maupun biaya yang dikeluarkan dalam memperoleh pelayanan), jarak, dan ketersediaan transportasi (Green, 1980).

Makin mudah aksesnya makin tinggi *demandnya*. Misalnya membangun Puskesmas ditempat yang susah dijangkau, sehingga tingkat utilitasnya semakin rendah (Ilyas, 2011).

Kedekatan dan penempatan strategis sarana kesehatan cenderung positif terhadap tingkat penggunaannya, biaya transportasi yang terjangkau



dan ketersediaan alat transportasi setiap waktu akan meningkatkan utilisasi, serta lamanya waktu mencapai fasilitas pelayanan merupakan faktor jarak yang dapat menghambat utilisasi pelayanan kesehatan (Wibisana, 2007).

Dalam disertasinya Gani (1981), menjelaskan bahwa jarak merupakan faktor penghambat utilisasi pelayanan kesehatan dan waktu merupakan beban non moneter yang mempengaruhi *demand* utilisasi pelayanan kesehatan.

Situmorang (2004), memaparkan bahwa aksesibilitas sangat berpengaruh dan memiliki tingkat signifikansi yang tinggi. Responden yang memiliki aksesibilitas mudah berpeluang untuk utilisasi pelayanan pengobatan sebesar 20,68 kali lebih besar dibandingkan dengan masyarakat yang mempunyai aksesibilitas sulit.

#### **2.6.12. Kebutuhan terhadap Jamkesda**

Kebutuhan merupakan faktor utama yang berperan besar dalam mendorong perilaku individu terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973).

Gani (1980) dalam penelitiannya membuktikan bahwa adanya pengaruh yang besar antara kebutuhan (*need*) terhadap *demand* pelayanan kesehatan.

Demikian pula Sitanggang (2002), dalam penelitian menemukan bahwa sebagian besar responden yang memiliki *need* tinggi yaitu sebesar (91,4%) memanfaatkan, sedangkan yang memiliki faktor *need* rendah sebanyak (65,4%) memanfaatkan kartu Askes. Berdasarkan uji *chi sduere* penelitian Sitanggang (2002) ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara faktor *need* dengan pemanfaatan kartu Askes.

#### **2.6.13. Gejala Penyakit**

Gejala penyakit merupakan komponen dasar dan stimulus langsung berhubungan dengan perilaku individu dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Notoadmodjo, 2007; Andersen & Newman, 1973). Merupakan penilaian individu terhadap besarnya atau hebatnya gejala/rasa sakit akibat penyakit atau gangguan kesehatan yang dirasa oleh individu tersebut (Ilyas, 2011;

Andersen & Newman, 1973). Gejala penyakit yang nyata dan luar biasa mendorong si sakit atau keluarga untuk berkunjung ke sarana pelayanan, sebaliknya gejala yang tidak jelas sering diobati sendiri dan memperlambat kontak dengan petugas kesehatan (Wibisana, 2007).

Sarafino (2006), dalam bukunya yang berjudul '*Health Psychology*' menyatakan bahwa ambang batas rasa sakit antar individu tidak berbeda, hampir seluruh individu mulai merasa sakit ketika temperatur di kulit meningkat antara 44<sup>0</sup>C hingga 46<sup>0</sup>C (Guyton, 1985). Tetapi, yang berbeda adalah tingkat toleransi individu terhadap rasa sakit sehingga individu tersebut mencari pengobatan (Karoly, 1985; Melzack & Wall, 1982).

Masih dalam buku yang sama, Pennabaker (1983) yang dikutip dari Sarafino (2006), menyatakan bahwa individu yang berpandangan pada hal-hal internal memiliki kecenderungan sakit yang tidak parah tetapi persepsi terhadap kesembuhannya lebih lambat.

Smet (1994), gejala yang mempengaruhi bagian tubuh yang berharga (mata, wajah, jantung) ditafsir sebagai gejala yang serius serta membutuhkan perhatian lebih dari pada gejala yang menyerang organ yang kurang dihargai. Penelitian Maman (2002), diperoleh hasil yang signifikan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan kartu sehat, dimana responden dengan persepsi sakit ringan mempunyai peluang sebesar 5,4 kali untuk tidak memanfaatkan kartu sehat ke puskesmas dibandingkan dengan responden dengan persepsi sakit berat. Yuliah (2001), menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan puskesmas.

### BAB 3

## KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

### 3.1. Kerangka Konsep

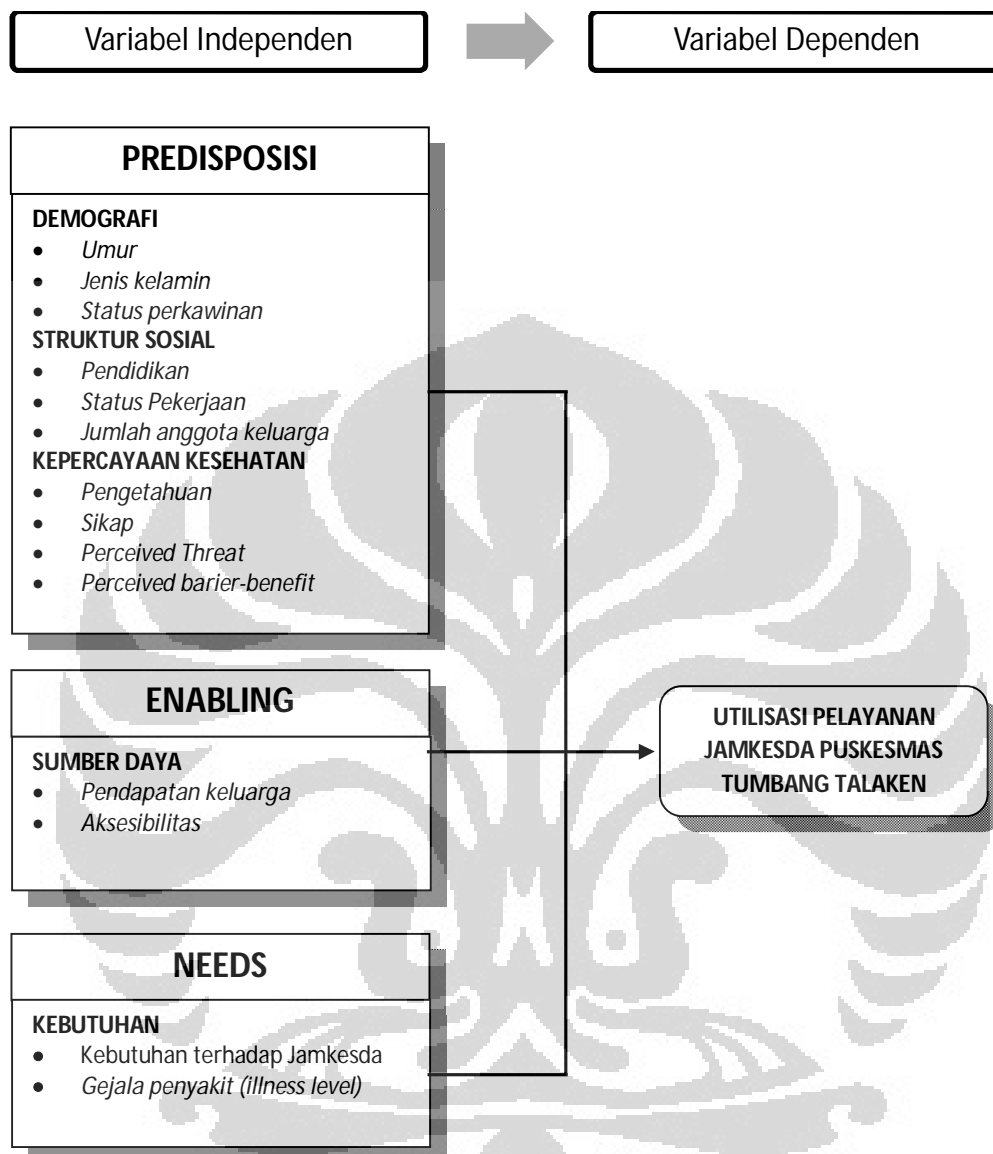
Penelitian ini dilakukan untuk mengukur sejauh mana hubungan antara individual determinan masyarakat terhadap utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas, Tahun 2011. Penelitian ini dibatasi pada faktor individu dari sisi pengguna pelayanan Jamkesda (masyarakat) dan mengabaikan faktor determinan sosial dan sistem pelayanan kesehatan Jamkesda.

Berdasarkan kerangka teori dan tinjauan kepustakaan tentang utilisasi pelayanan kesehatan diketahui bahwa determinan individu dalam utilisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh 3 predisposisi, enabling, dan kebutuhan (*need*). Selanjutnya dari ketiga hal tersebut diangkat lima faktor yang akan diukur dan dianggap sesuai dengan tujuan penelitian yang diadopsi dari utilisasi pelayanan kesehatan Model Andersen, terdiri dari:

1. **Demografi:** umur, jenis kelamin, dan status perkawinan;
2. **Struktur sosial:** pendidikan, status pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga;
3. **Kepercayaan kesehatan:** pengetahuan, sikap, dan *health belief* (*perceived threat* dan *perceived bareir-benefit*);
4. **Sumber daya masyarakat:** pendapatan keluarga dan aksesibilitas;
5. **Kebutuhan masyarakat (*need*):** kebutuhan masyarakat terhadap Jamkesda dan gejala penyakit (*illness level*).

Pada kerangka konsep ini dilakukan penggabungan beberapa variabel yang dirasa perlu dengan yaitu variabel penilaian tentang ancaman yang dirasakan (*perceived threat*) dan variabel penilaian tentang perbandingan antara keuntungan dan kerugian bila individu tersebut berperilaku (*perceived benefits and barriers*).

Dengan demikian, kerangka konsep penelitian dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian**

### 3.2. Definisi Operasional

**Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Utilisasi Pelayanan Jamkesda	Pernyataan responden tentang kunjungan pelayanan kesehatan terhadap pemanfaatan Jamkesda.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Tidak memanfaatkan 1 = Memanfaatkan	Ordinal
Umur	Pernyataan responden tentang lama hidup yang diukur sejak tanggal lahir sampai tanggal ulang tahun terakhir. (UU RI No. 1 pasal 6 Tahun 1974 tentang umur perkawinan)	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Muda ( $\leq 30$ Tahun) 1 = Dewasa ( $> 30$ Tahun) (UU No 40 thn 2009 tentang Kepemudaan)	Ordinal
Jenis kelamin	Pernyataan responden tentang ciri yang membedakan identitas penampilan fisik responden.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Laki-laki 1 = Perempuan	Ordinal
Status perkawinan	Pernyataan responden tentang dirinya berkaitan dengan ikatan pernikahan yang sah sesuai dengan hukum adat, hukum agama, dan catatan sipil.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Belum menikah 1 = Menikah	Ordinal
Status pendidikan	Pernyataan responden tentang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan responden. (UU RI No 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional).	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Rendah (SD – SMP) 1 = Tinggi (SMA & PT)  INPRES No. 1 thn 1994 program wajib belajar 9 tahun.	Ordinal

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Status pekerjaan	Pernyataan responden tentang aktivitas responden dalam memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan dan lama bekerjanya paling sedikit 1 jam secara terus menerus dalam seminggu yang lalu. (BPS, 2008)	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Tidak bekerja 1 = Bekerja	Ordinal
Jumlah anggota keluarga	Pernyataan responden tentang angka jumlah anggota keluarga per rumah tangga. (BPS, 2008)	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = ≤ 4 orang 1 = > 4 orang (Program KB Nasional 2 anak jauh lebih baik)	Ordinal
Pengetahuan tentang Jamkesda	Tingkat pemahaman responden tentang Jamkesda, hak-hak peserta dan prosedur pelayanan. Klasifikasi pengetahuan 1. Baik, nilai 76-100% 2. Cukup, nilai 56-75% 3. Kurang, nilai 40-55% 4. Buruk nilai <40% (Arikunto, 1998 dalam Fitriani, 2010)	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Kurang, skor < 56 % 1 = Baik, skor ≥ 56 % (Arikunto, 1998)	Ordinal
Sikap tentang Jamkesda	Penilaian responden terhadap pelayanan Jamkesda. Pengukuran berdasarkan skala Likert Pernyataan Negatif (SS=1, S=2, TS=3, STS=4) Pernyataan Positif (SS=4, S=3, TS=2, STS=1)	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Negatif, bila skor < mean 1 = Positif, bila skor ≥ mean	Ordinal

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Persepsi ancaman kesehatan ( <i>Perceived threat</i> )	Pernyataan responden tentang penilaian ancaman keseriusan masalah kesehatan yang diderita.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Penyakit dirasa tidak berbahaya 1 = Penyakit dirasa berbahaya	Ordinal
Persepsi keuntungan-kerugian ( <i>Perceived barrier-benefit</i> )	Pernyataan responden bahwa Jamkesda memberikan keuntungan bagi responden.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Dirasa kurang menguntungkan 1 = Dirasa menguntungkan	Ordinal
Pendapatan keluarga	Pernyataan responden mengenai besarnya jumlah penghasilan responden/keluarga (bila suami/istri bekerja) yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = ≤ Rp. 1.134.500 1 = > Rp. 1.134.500 (Pergub Kalteng No.26 thn 2010 tentang upah minimum propinsi)	Ordinal
Aksesibilitas	Pernyataan responden tentang kemudahan (jarak, waktu, dan biaya) tempuh dalam utilisasi Jamkesda. Diukur berdasarkan: - Jarak: Jauh >3km; dekat < 3km (Yuliah, 2001) - Waktu: Lama >30mnt; < 30mnt - Biaya: Mahal >10rb; murah < 10rb	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Sulit 1 = Mudah	Ordinal
Kebutuhan terhadap Jamkesda	Pernyataan responden tentang perlu atau tidak Jamkesda bagi responden.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Tidak/kurang dibutuhkan 1 = Dibutuhkan	Ordinal
Gejala penyakit yang dirasakan ( <i>illness level</i> )	Pernyataan responden terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.	Pengisian kuesioner oleh responden	Kuesioner	0 = Ringan 1 = Berat	Ordinal

### 3.3.Hipotesis

Pembuktian hipotesis ini dilakukan dengan uji hipotesis dua arah (*two tail*).

Hipotesis yang akan dibuktikan dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara demografi: umur, jenis kelamin, dan status perkawinan masyarakat terhadap utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2011.
2. Ada hubungan antara struktur sosial masyarakat: pendidikan, status pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga terhadap utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2011.
3. Ada hubungan antara kepercayaan masyarakat: pengetahuan, sikap, persepsi ancaman (*perceived threat*) dan persepsi keuntungan-kerugian (*perceived bareir-benefit*) terhadap utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2011.
4. Ada hubungan antara sumber daya masyarakat: pendapatan keluarga dan aksesibilitas terhadap utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2011.
5. Ada hubungan antara kebutuhan masyarakat: kebutuhan masyarakat terhadap Jamkesda dan gejala penyakit (*illness level*) terhadap utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2011.



## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian survei analitik dengan waktu pengambilan data secara potong lintang (*cross sectional*), yaitu studi penelitian yang mempelajari hubungan antara faktor resiko (*variabel independent*) dengan faktor efek (*variabel dependent*), dimana melakukan pengukuran variabel sekali dan sekaligus pada waktu yang sama (Riyanto, 2011).

Variabel bebas (*independent variable*) dalam penelitian ini terdiri dari faktor **demografi**: umur, jenis kelamin, dan status perkawinan; faktor **struktur sosial masyarakat**: pendidikan, pekerjaan, dan jumlah anggota keluarga; faktor **kepercayaan kesehatan masyarakat**: pengetahuan, sikap, dan persepsi ancaman (*perceived threat*) dan persepsi keuntungan-kerugian (*perceived barrier-benefit*); faktor **sumber daya masyarakat**: pendapatan keluarga dan aksesibilitas; faktor **kebutuhan masyarakat (*needs*)**: kebutuhan masyarakat terhadap Jamkesda dan gejala penyakit (*illness level*).

Variabel terikat (*dependent variable*) dalam penelitian ini adalah utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing.

#### 4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas yang terletak di daerah aliran sungai (DAS) sei Manuhing, dengan karakteristik alam merupakan daerah perbukitan. Gambaran lain adalah sarana dan prasarana transportasi dari dan ke Kecamatan Manuhing yang masih sulit, maka Puskesmas Tumbang Talaken merupakan satu-satunya unit pelayanan kesehatan bagi masyarakat setempat. Selain itu lokasi berdirinya Puskesmas Tumbang Talaken kurang strategis, terletak  $\pm 5$  km dari pusat

pemukiman penduduk, sehingga akses menuju pelayanan kesehatan juga bisa menjadi pertimbangan yang perlu diperhatikan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September – Oktober 2011.

### **4.3. Populasi, Subjek, Sampel, dan Teknik Sampling**

#### **4.3.1. Populasi**

Populasi merupakan sekumpulan data yang mengidentifikasi fenomena (Santoso, 2010). Populasi penelitian ini adalah seluruh masyarakat Kecamatan Manuhing yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing.

#### **4.3.2. Target Populasi**

Target populasi yang menjadi subjek dalam penelitian ini adalah masyarakat peserta asuransi Jamkesda yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing tahun 2011.

Populasi target yang masuk dalam penelitian ini diambil berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi
  - a. Responden bersedia dijadikan sampel pada penelitian ini.
  - b. Responden merupakan penduduk Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas.
  - c. Responden adalah kepala keluarga, ibu rumah tangga atau mereka yang menurut peneliti telah memiliki otoritas dalam pengambilan keputusan.
2. Kriteria Eksklusi
  - a. Responden adalah PNS beserta keluarganya dan merupakan peserta Asuransi Kesehatan Sosial Pegawai Negeri Sipil.
  - b. Responden adalah anggota TNI dan POLRI beserta keluarganya dan merupakan peserta ASABRI.
  - c. Responden adalah peserta Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan keluarganya yang namanya tercantum dalam kartu kepesertaan yang dikeluarkan oleh lembaga asuransi terkait.

- d. Responden adalah penduduk Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas yang namanya tercantum dalam kepesertaan program Jamkesmas yang dikeluarkan oleh PT. Askes Indonesia Cabang Palangka Raya.

#### 4.3.3. Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan sekumpulan data yang diambil atau diseleksi dari suatu populasi (Santoso, 2010). Teknik sampling untuk mengukur besarnya sampel penelitian sehingga diharapkan mampu mewakili karaktersistik populasi (representatif populasi) yaitu dengan menggunakan rumus besar sampel untuk data proporsi pada populasi terbatas (*finite population corection*) (Lameshow, 1997; Riyanto, 2010; Kasjono & Yasril, 2009; Ariawan, 1998).

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan:

- n = Besar sampel yang dibutuhkan  
d = Presisi mutlak, besarnya penyimpangan: (0,1), (0,05) dan (0,01)  
N = Jumlah Populasi  
 $Z^2_{1-\alpha/2}$  = nilai sebaran baku, besarnya tergantung tingkat kepercayaan (TK), jika TK 90%= 1,64; TK 95%= 1,96; dan TK 99%= 2,57  
P = Proporsi pada populasi, jika tidak ada penelitian sebelumnya dianjurkan 0,5

Pada penelitian ini digunakan derajat kepercayaan 95% ( $Z^2_{1-\alpha/2}=1,96$ ) Proporsi dengan presisi mutlak yang diinginkan peneliti sebesar 10% sehingga d = 0,1. Nilai proporsi pada populasi P = 0,5 dikarenakan belum pernah ada penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan Jamkesda. Populasi adalah jumlah seluruh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken,

maka  $N = 7845$  orang. Berdasarkan populasi tersebut maka diperoleh perhitungan besaran sampel pada penelitian ini adalah:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,6(1-0,6)7845}{0,1^2 (7845-1) + 1,96^2 \cdot 0,6(1-0,6)}$$

$$n = 95 \text{ sampel}$$

Berdasarkan perhitungan diatas, diperoleh hasil jumlah sampel yang diperlukan sebanyak 95 orang. Untuk menghindari kesalahan dalam pengisian kuesioner oleh responden dan untuk mempermudah analisis, maka jumlah sampel dinaikkan 10% menjadi 105 orang.

Setelah sampel diketahui, selanjutnya menetapkan jumlah sampel masing-masing desa atau kelurahan sesuai dengan proporsinya dengan rumus (Lameshow, 1997; Ariawan, 1998):

$$n_h = N_h \frac{n}{N}$$

$n_h$  = jumlah sampel yang diperlukan tiap desa

$N_h$  = jumlah populasi tiap desa

$n$  = jumlah sampel penelitian

$N$  = jumlah populasi

Berdasarkan rumus proporsi tersebut maka diperoleh jumlah sampel untuk masing-masing desa sebanyak:

**Tabel 4.1. Jumlah Sampel Berdasarkan Desa/Kelurahan yang Berada di Wilayah Kerja Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010**

Nama Desa	Jumlah Penduduk	Perhitungan Sampel	Jumlah Sampel
Tumbang Talaken	2.445	$(2.445 \times 105) / 7.845$	33
Takaras	635	$(635 \times 105) / 7.845$	9
Bereng Jun	791	$(791 \times 105) / 7.845$	11
Tangki Dahuyan	950	$(950 \times 105) / 7.845$	13
Tumbang Jalemu	443	$(443 \times 105) / 7.845$	6
Tumbang Sepan	227	$(227 \times 105) / 7.845$	3
Belawan Mulia	404	$(404 \times 105) / 7.845$	6
Taringen	342	$(342 \times 105) / 7.845$	5
Bangun Sari	333	$(333 \times 105) / 7.845$	5
Fajar Harapan	181	$(181 \times 105) / 7.845$	3
Bereng Belawan	468	$(468 \times 105) / 7.845$	7
Gohong	626	$(626 \times 105) / 7.845$	9
Total	7845	-	110

Total Seluruh sampel menjadi 110 orang karena terjadi pembulatan keatas.

#### 4.3.4. Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu pengambilan secara acak. Langkah pertama yang dilakukan adalah dengan mendaftar seluruh nama target populasi dalam setiap desa yang masuk kriteria inklusi. Kemudian daftar nama tersebut dilakukan pengkodean dan dicabut secara acak berdasarkan jumlah proporsi sampel masing-masing desa (tabel 4.1.), sehingga seluruh target populasi memiliki peluang yang sama.

#### 4.4. Teknik Pengumpulan Data

##### 4.4.1. Sumber Data

Dalam penelitian ini, sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder.

###### 1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber pertama atau tangan pertama dilapangan (Kriyantono, 2009).

Dalam penelitian ini proses pengumpulan data primer yang diperoleh langsung dari masyarakat melalui penyebaran kuesioner kepada masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing. Pengumpulan data dibantu oleh beberapa petugas Puskesmas Tumbang Talaken yang sebelumnya telah diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan cara pengisian kuesioner. Sebagai ucapan terima kasih peneliti memberikan kenang-kenangan (*souvenir*) kepada masyarakat yang turut berpartisipasi dan rela mengorbankan waktunya dalam penelitian ini, serta kepada petugas kesehatan yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

###### 2. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder, bersifat untuk melengkapi data primer (Kriyantono, 2009).

Pengumpulan data sekunder dengan mengambil data dari Profil Puskesmas Tumbang Talaken, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas, Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Jamkesda di Kabupaten Gunung Mas serta hasil penelitian lain.

##### 4.4.2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, sedangkan prosedur kerja dengan menyebarkan kuesioner kepada masyarakat yang dijadikan responden dalam penelitian ini, dimana responden mengisi sendiri kuesioner yang dibagikan. Untuk responden yang buta huruf atau yang tidak menguasai bahasa Indonesia dilakukan wawancara dan kuesioner diisi oleh peneliti sesuai dengan jawaban yang diberikan responden. Bagi responden yang tidak dapat berbahasa

Indonesia peneliti akan memberikan pertanyaan menggunakan bahasa daerah yang dikuasai responden (*bahasa Dayak Ngaju*).

Sebelum kuesioner tersebut disebar, terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner yang dilakukan pada 30 orang responden di Wilayah Kerja Puskesmas Tehang, Kecamatan Manuhing Raya yang memiliki karakteristik daerah yang hampir sama dengan lokasi penelitian. Ujicoba ini dilakukan untuk melihat sejauh mana kuesioner tersebut dapat dimengerti oleh responden, apa saja kesulitan-kesulitan yang dihadapi responden dalam pengisian kuesioner terkait dengan substansi yang ada didalamnya, serta untuk melihat seberapa jauh efisiensi waktu yang dibutuhkan dalam pengisian kuesioner tersebut.

Bedasarkan hasil uji kuesioner tersebut diperoleh nilai *cronbach alpha* 0,840. Nilai *r* tabel ditentukan berdasarkan  $df = n-2$  ( $30 - 2 = 28$ ). Pada tingkat kemaknaan 5% diperoleh nilai *r* tabel 0,361, artinya bahwa nilai *cronbach alpha* lebih besar dari nilai *r* tabel. Dapat disimpulkan bahwa secara umum pertanyaan kuesioner penelitian dinyatakan reliabel sehingga dapat dilakukan analisis.

#### 4.4.3. Pengolahan data

Proses pengolahan data secara sistematis melalui beberapa tahapan yaitu *editing, coding, entry dan cleaning data*.

1. *Editing*

Memeriksa kelengkapan dan kebenaran jawaban dari kuesioner serta memastikan pertanyaan dijawab secara konsisten.

2. *Coding*

Pengubahan jawaban responden dari bentuk huruf ke bentuk angka, untuk mempermudah proses analisis data.

3. *Entry*

Kegiatan memindahkan data dari kuesioner ke media komputer dilakukan dengan menggunakan program software EpiData versi 3.0.

4. *Cleaning*

Pengecekan kebenaran *entry data* (prossesing).

#### 4.5. Teknik Analisis Data

Maleong dalam Kriyantono (2009), menjelaskan bahwa proses analisis data adalah sebagai proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Tujuan analisis data adalah untuk: 1) memperoleh gambaran hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian; 2) membuktikan hipotesis yang telah dirumuskan; 3) memperoleh kesimpulan secara umum dari penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan program software SPSS 17 (*statistical product and service solutions Versi 17*) yaitu suatu program yang dibuat untuk pengolahan data dengan metode statistik tertentu (Santoso, 2010).

##### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis terhadap satu variabel. Tujuannya adalah untuk mendeskripsikan karakteristik data untuk masing-masing variabel. Jenis analisis ini menggunakan statistik deskriptif distribusi frekuensi. Hasil perhitungan statistik deskriptif ini nantinya merupakan dasar bagi perhitungan analisis berikutnya, yaitu untuk menghitung hubungan antar variabel. Statistik deskriptif ini harus selalu mendahului statistik analisis (Sabri & Hastono, 2010; Notoatmodjo, 2010; Kriyantono, 2009; Dahlan, 2009).

##### 2. Analisis Bivariat

Dilakukan untuk melihat hubungan antar dua variabel (Kriyantono, 2009). Tujuannya adalah untuk mengetahui keterkaitan hubungan antara dua variabel sehingga perlu di uji statistik. Teknik analisis data dalam menggali hubungan antara determinan individu terhadap utilisasi Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken menggunakan uji beda proporsi variabel kategorik dengan uji statistik kai kuadrat (*chi square*) untuk melihat hubungan dua variabel (variabel bebas dan variabel tidak bebas) atau membandingkan frekuensi yang diamati dengan frekuensi yang diharapkan tersebut bermakna atau tidak bermakna (Sabri & Hastono, 2010; Notoatmodjo, 2010; Kriyantono, 2009).



## **BAB 5**

### **GAMBARAN UMUM**

#### **5.1.Keadaan Geografis dan Wilayah Administrasi**

Puskesmas Tumbang Talakan adalah salah satu Puskesmas yang berada di Kabupaten Gunung Mas, Propinsi Kalimantan Tengah, merupakan unit pelaksana fungsional Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas. Puskesmas Tumbang Talaken berada di wilayah kerja Kecamatan Manuhing Kabupaten Gunung Mas, sehingga Puskesmas Tumbang Talaken bertanggung jawab penuh dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar di Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas.

Kecamatan Manuhing terletak di daerah dataran tinggi terletak di Daerah Aliran Sungai (DAS) sei Manuhing, dengan batas-batas sebagai berikut:

1. Utara berbatasan dengan Kecamatan Manuhing Raya
2. Timur berbatasan dengan Kecamatan Rungan
3. Barat berbatasan dengan Kota Palangka Raya
4. Selatan berbatasan dengan Kabupaten Katingan.

Luas wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken adalah 1.113 Km<sup>2</sup>. Wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken terdiri dari 1 (satu) kelurahan dan 11 desa

Sebagian besar wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken dapat dijangkau menggunakan jalur darat, tetapi beberapa daerah masih harus ditempuh menggunakan jalur sungai karena letak geografis dan tidak memiliki jalan negara sebagai sarana transportasi masyarakat. Selain itu, sarana transportasi darat sebagian besar jalan masih berupa jalan pengerasan dan jalan tanah yang kondisinya sangat memprihatinkan. Sehingga aksesibilitas dari dan keluar wilayah Kecamatan Manuhing masih sulit.



Sumber: Arsip Pribadi Peneliti

**Gambar 5.1. Kondisi Jalan Negara yang menghubungkan Kecamatan Manuhing dan Kota Palangka Raya Tahun 2010**

## 5.2.Keadaan Demografi

Berdasarkan Data Kependudukan Badan Pusat Statistik Kecamatan Manuhing, penduduk Kecamatan Manuhing pada tahun 2010 berjumlah 7.845 jiwa yang terdiri dari 4.146 jiwa laki-laki dan 3.699 jiwa perempuan, jumlah tersebut meningkat 56,9% dari tahun 2005 yang berjumlah 5.171 jiwa.

Jumlah penduduk terbanyak di Kelurahan Tumbang Talaken yaitu berjumlah 2.445 jiwa dan jumlah penduduk terendah adalah di Desa Fajar Harapan berjumlah 181 jiwa. Komposisi penduduk dalam setiap desa adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.1. Komposisi Penduduk Kecamatan Manuhing Menurut Desa dan Jenis Kelamin Tahun 2011**

Desa	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-Laki	Perempuan	
Tumbang Talaken	1.276	1.169	2.445
Takaras	335	300	635
Bereng Jun	421	370	791
Tangki Dahuyan	485	465	950
Tumbang Jalemu	241	202	443
Tumbang Sepan	114	113	227
Belawan Mulia	229	175	404
Taringen	181	161	342
Bangun Sari	191	142	333
Fajar Harapan	101	80	181
Bereng Balawan	245	223	468
Gohong	327	299	626
<b>Jumlah</b>	<b>4.146</b>	<b>3.699</b>	<b>7.845</b>

Sumber: BPS Gunung Mas 2009/2010

### 5.3. Keadaan Sumber Daya Puskesmas

Jumlah tenaga kesehatan Puskesmas Tumbang Talaken adalah sebanyak 41 orang dengan klasifikasi terdiri dari 1 dokter umum, 1 dokter gigi, 19 Perawat (1 orang lulusan S-1 Keperawatan, 16 orang lulusan D-III Keperawatan dan 2 orang SPK), 11 Bidan (9 orang D-III Kebidanan dan 2 orang lulusan Program Pendidikan Bidan), 1 orang perawat gigi, 1 orang tenaga gizi, 1 orang tenaga kesehatan lingkungan, 1 orang sanitasi, 1 asisten apoteker, 2 lulusan SMA/SMEA, 1 orang supir dan 1 orang petugas kebersihan.

Sarana/fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken terdiri dari 1 Puskesmas Induk, 5 Puskesmas Pembantu, 3 Poskesdes. Sarana penunjang terdiri dari 1 unit mobil

Puskesmas Keliling, 2 unit sepeda motor sebagai kendaraan operasional Puskesmas.

Untuk mempermudah pelayanan kesehatan kepada masyarakat Puskesmas Tumbang Talaken juga mengadakan Puskesmas Keliling dengan frekuensi 1 kali per bulan.

#### 5.4.Keadaan Kesehatan

Kunjungan Puskesmas Tumbang Talaken pada tahun 2010 terdiri dari 2.803 kunjungan poli umum, 106 kunjungan poli gigi dan 324 kunjungan KIA/KB.

Berdasarkan jenis pembiayaan pelayanan kesehatan terdiri dari 576 kunjungan Askes, 825 kunjungan Jamkesmas, 1.261 kunjungan Jamkesda dan 4.706 kunjungan umum.

Pola penyakit yang tercatat dalam 10 penyakit terbanyak data kunjungan rawat jalan Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2010 adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.2. Pola Penyakit Berdasarkan 10 Penyakit Terbanyak untuk Semua Umur Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010**

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1.	ISPA	1.680
2.	Diare	332
3.	Hipertensi	249
4.	Gastritis	246
5.	Malaria Klinis	228
6.	Fabris	191
7.	Myalgia	182
8.	Disentri	145
9.	Typoid	140
10.	Penyakit karena jamur	46

Sumber: Register Puskesmas Tumbang Talaken, 2010

## BAB 6 HASIL PENELITIAN

### 6.1. Analisis Univariat

#### 6.1.1. Utilisasi Jamkesda

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda dibagi menjadi 2 kategori, yaitu tidak memanfaatkan dan memanfaatkan.

**Tabel 6.1. Distribusi Responden menurut Utilisasi Pelayanan Jamkesda di Kecamatan Tahun 2011**

<b>Pemanfaatan Jamkesda</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tidak	49	44,5
Ya	61	55,5
Jumlah	110	100

Proporsi responden yang memanfaatkan pelayanan Jamkesda diketahui bahwa 61 orang (55,5%) dan proporsi responden yang tidak memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 49 orang (44,45%) dengan nilai mean 1,55, median 2,00 dan SD 0,499 dari total sampel sebanyak 110 orang. Hasil uji normalitas dengan menggunakan uji skewness diketahui bahwa utilisasi pelayanan Jamkesda berdistribusi dengan normal Skew:SE (0,223:0,230=0,97).

### 6.1.2. Faktor Demografi

**Tabel 6.2. Distribusi Demografi Responden  
di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Demografi Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur Responden		
Muda	44	40,0
Dewasa	66	60,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	56	50,9
Perempuan	54	49,1
Status Perkawinan		
Belum Kawin	17	15,5
Kawin	93	84,5

Distribusi responden dalam kelompok umur diketahui bahwa responden yang berumur  $\leq 30$  tahun sebanyak 44 orang (40,0%) dan responden yang berumur  $> 30$  tahun sebanyak 66 orang (60,0%), dengan nilai mean 1,60, median 2,00, dan SD 0,492. Hasil uji skewness didapat bahwa  $Skew:SE (-0,414:230 = -1,8)$ , sehingga diketahui data terdistribusi normal.

Proporsi responden laki-laki dan perempuan dari total sampel 110 orang, diketahui bahwa jumlah responden laki-laki sebanyak 56 orang (50,9%) dan responden perempuan sebanyak 54 orang (49,1%), dengan nilai mean 1,49, median 1,00 dan SD 0,502. Hasil uji skewness diketahui bahwa jenis kelamin responden berdistribusi dengan normal  $Skew:SE (0,037:0,230 = 0,16)$ .

Distribusi responden menurut status perkawinan di Kecamatan Manuhing tahun 2011 diketahui bahwa sebanyak 17 orang (15%) responden belum kawin dan sebanyak 93 orang (84,5%) responden dengan status kawin, dengan nilai mean 1,85, median 2,00 dan SD 0,492. Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness  $Skew:SE (-1,938:0,230 = -8,43)$ , sehingga diketahui bahwa status perkawinan responden berdistribusi tidak normal.

### 6.1.3. Faktor Struktur Sosial

**Tabel 6.3. Distribusi Struktur Sosial Responden  
di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Struktur Sosial Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Status Pendidikan		
Rendah	74	67,3
Tinggi	36	32,7
Status Pekerjaan		
Tidak Bekerja	47	42,7
Bekerja	63	57,3
Jumlah Anggota Keluarga		
> 4 orang	64	58,2
≤ 4 orang	46	41,8

Berdasarkan Tabel 6.3. diketahui bahwa responden yang berstatus pendidikan rendah sebanyak 74 orang (67,3%) dan responden yang berstatus pendidikan tinggi sebanyak 36 orang (32,7%), dengan nilai mean 1,327, median 1,00, dan SD 0,471. Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness  $Skew:SE (0,746:0,230=3,24)$  diketahui bahwa status pendidikan responden berdistribusi tidak normal.

Distribusi responden menurut jenis pekerjaan diketahui bahwa responden yang tidak bekerja sebanyak 47 orang (42,7%) dan responden yang bekerja sebanyak 63 orang atau sebesar (57,3%), dengan nilai mean 1,5727, median 2,00 dan SD 0,497. Berdasarkan uji skewness  $Skew:SE (-0,298:0,230= -1,30)$ , hasil uji normalitas diketahui bahwa status pekerjaan responden berdistribusi dengan normal.

Distribusi responden menurut jumlah anggota keluarga adalah sebanyak 64 orang (58,2%) memiliki jumlah anggota keluarga > 4 orang dan 46 orang (41,8%) memiliki jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang, dengan nilai mean 1,42, median 1,00 dan SD 0,496. Hasil uji normalitas skewness  $Skew:SE (0,336:0,230=1,46)$  diketahui data berdistribusi dengan normal.

#### 6.1.4. Faktor Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief*)

**Tabel 6.4. Distribusi Kepercayaan Kesehatan di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

<b>Faktor Kepercayaan Kesehatan</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<b>Pengetahuan tentang Jamkesda</b>		
Kurang	64	58,2
Baik	46	41,8
<b>Sikap terhadap Jamkesda</b>		
Negatif	53	48,2
Positif	57	51,8
<b>Persepsi ancaman (<i>Perceived Threat</i>)</b>		
Tidak Berbahaya	34	30,9
Berbahaya	76	69,1
<b>Persepsi Keuntungan-kerugian (<i>Perceived Barrier-Benefit</i>)</b>		
Tidak menguntungkan	15	13,6
Menguntungkan	95	86,4

Berdasarkan tabel 6.4. distribusi responden menurut pengetahuan tentang Jamkesda di Kecamatan Manuhing sebanyak 64 orang berpengetahuan kurang (58,2%) dan 46 orang berpengetahuan baik (41,8%). Hasil uji skewness  $Skew:SE (0,496:0,230= 2,157)$  terlihat bahwa variabel pengetahuan berdistribusi tidak normal.

Distribusi responden menurut sikap di Kecamatan Manuhing sebanyak 53 orang (48,2%) memiliki sikap negatif terhadap Jamkesda dan 57 orang (51,8%) memiliki sikap positif terhadap Jamkesda. Hasil uji skewness  $Skew:SE (-0,074:0,230= -0,30)$  terlihat variabel sikap berdistribusi normal.

Distribusi frekuensi responden menurut persepsi terhadap ancaman kesehatan (*Perceived Threat*) diketahui bahwa 34 orang (30,9%) responden merasa bahwa persepsi terhadap ancaman kesehatan tidak berbahaya, namun sebanyak 76 orang (68,1%) responden menganggap bahwa ancaman kesehatan berbahaya dengan nilai mean 1,6909, median 2,00 dan SD 0,464.



Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness Skew:SE (0,838:0,230= -3,64) diketahui bahwa persepsi responden terhadap ancaman kesehatan berdistribusi tidak normal.

Berdasarkan tabel 6.4. dari 110 responden diketahui bahwa 15 orang (13,6%) merasa bahwa program Jamkesda tidak menguntungkan, namun mayoritas responden sebanyak 95 orang (86,4%) menganggap bahwa program Jamkesda sangat menguntungkan dengan nilai mean 1,863, mean 2,00 dan SD 0,345. Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness Skew:SE (-2,149:0,230 = -9,34) diketahui bahwa persepsi responden terhadap keuntungan dan kerugian Jamkesda berdistribusi tidak normal.

#### 6.1.5. Faktor Sumber Daya

**Tabel 6.5. Distribusi Sumber Daya Responden di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Sumber Daya Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pendapatan Keluarga		
Tinggi	44	40,0
Rendah	66	66,0
Aksesibilitas		
Sulit	26	32,6
Mudah	84	76,4

Dari tabel 6.5. diketahui bahwa 44 (44,0%) orang responden memiliki penghasilan rendah dan 66 (60,0%) orang responden memiliki penghasilan tinggi dengan mean 1,60, median 2,00 dan SD 0,492. Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness Skew:SE (-0,414:0,230= -1,8) diketahui bahwa penghasilan responden perbulan berdistribusi dengan normal.

Distribusi frekuensi responden menurut aksesibilitas di Kecamatan Manuhing tahun 2011 terlihat bahwa responden dengan aksesibilitas sulit sebanyak 26 orang (32,6%) dan aksesibilitas mudah sebanyak 84 orang (76,4%) dengan nilai mean 1,76, median 2,00, dan SD 0,427. Hasil uji

normalitas menggunakan uji skewness Skew:SE (-1,258:0,230= -5,46) diketahui bahwa aksesibilitas responden berdistribusi tidak normal.

#### 6.1.6. Faktor Kebutuhan (*need*)

**Tabel 6.6. Distribusi Kebutuhan (*need*)  
di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Struktur Sosial Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kebutuhan terhadap Jamkesda		
Tidak butuh	9	8,2
Mebutuhkan	101	91,8
Gejala Penyakit		
Ringan	52	47,3
Sedang/Berat	58	52,7

Distribusi frekuensi responden menurut kebutuhan Jamkesda diketahui bahwa 9 orang (8,2%) tidak membutuhkan Jamkesda, namun mayoritas responden sebanyak 101 orang (91,8%) menyatakan sangat membutuhkan Jamkesda dengan nilai mean 1,918, median 2,00, dan SD 0,275. Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness Skew:SE (-3,094:0,230= -13,45) diketahui bahwa kebutuhan Jamkesda berdistribusi tidak normal.

Distribusi frekuensi responden diketahui bahwa dari 110 responden sebanyak 52 orang (47,3%) mengalami gejala penyakit ringan ketika sakit dan sebanyak 58 orang (52,7%) mengalami gejala penyakit berat dengan nilai mean 1,527, median 2,00, dan SD 0,502. Hasil uji normalitas menggunakan uji skewness Skew:SE (-0,111:0,230=0,48) diketahui bahwa gejala penyakit responden berdistribusi normal.

## 6.2. Analisis Bivariat

### 6.2.1. Hubungan Umur dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.7. Distribusi Responden Menurut Umur dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Umur	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	N	%	n	%				
≤ 30 tahun	19	43,2	25	56,8	44	100	0,912 (0,423-1,967)	2,969
> 30 tahun	30	45,5	36	54,5	66	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Berdasarkan Tabel 6.7. diketahui bahwa 56,8% responden dengan usia ≤ 30 tahun (muda) memanfaatkan pelayanan Jamkesda, sedangkan responden dengan usia > 30 tahun (dewasa) memanfaatkan Jamkesda sebesar 54,5%. Secara prosentase responden usia muda lebih banyak memanfaatkan Jamkesda dengan peluang 0,912 kali (95% CI: 0,423-1,967) dibanding responden berusia dewasa

Hasil uji statistik *Che Square* didapat *Pvalue* = 2,969 pada tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil *Pvalue* > 0,05 yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda

### 6.2.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.8. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Jenis Kelamin	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%				
Laki-laki	32	57,1	24	42,9	56	100	2,902 (1,329-6,337)	0,012
Perempuan	17	31,5	37	68,5	54	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Berdasarkan Tabel 6.8. diketahui bahwa dari 56 orang responden laki-laki 42,9% memanfaatkan pelayanan Jamkesda dan dari 54 orang responden perempuan 68,5% memanfaatkan pelayanan Jamkesda. Secara presentase responden perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dibanding responden laki-laki. Responden perempuan mempunyai peluang memanfaatkan Jamkesda dibanding responden perempuan sebesar 2,902 kali (95%CI: 1,329-6,337).

Hasil uji statistik *Che Square* didapat  $Pvalue = 0,012$ , pada tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ , diperoleh hasil bahwa  $Pvalue < \text{nilai } \alpha$  sehingga diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.3. Hubungan Status Perkawinan dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.9. Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Status Perkawinan	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	N	%	N	%				
BK	10	58,8	7	41,9	17	100	1,978 (0,629-5,653)	0,306
Kawin	39	41,9	54	58,8	93	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Berdasarkan Tabel 6.9. diketahui bahwa 41,9% responden dengan status belum kawin memanfaatkan pelayanan Jamkesda dan sebanyak 58,8% responden dengan status kawin memanfaatkan pelayanan Jamkesda. Secara persentase responden dengan status kawin berpeluang lebih banyak untuk memanfaatkan Jamkesda dibanding responden dengan status belum kawin sebesar 1,978 kali (95% CI: 0,629-5,653).

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh hasil *Pvalue* = 0,306 dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  berarti bahwa *Pvalue* > nilai  $\alpha$ , sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

#### 6.2.4. Hubungan Status Pendidikan dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.10. Distribusi Responden Menurut Status Pendidikan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Status Pendidikan	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	N	%	N	%				
Rendah	35	47,3	39	52,7	74	100	1.410 (0,627-3,172)	0,530
Tinggi	14	38,9	22	61,1	36	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis antara status pendidikan responden dan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang berstatus pendidikan rendah lebih sedikit memanfaatkan Jamkesda (52,7%) dibandingkan responden dengan status pendidikan yang tinggi sebanyak (61,1%). Hal tersebut menunjukkan bahwa peluang responden dengan status pendidikan tinggi lebih banyak memanfaatkan Jamkesda sebanyak 1,410 kali (95% CI: 0,62703,172) dibandingkan responden dengan status pendidikan rendah.

Hasil uji statistik *chi square* didapat  $Pvalue = 0,530$ . Pada tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  berarti bahwa  $Pvalue >$  nilai  $\alpha$ , sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pendidikan responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.5. Hubungan Status Pekerjaan dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.11. Distribusi Responden Menurut Status Pekerjaan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Status Pekerjaan	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak Kerja	20	42,6	27	57,4	47	100	0,868 (0,406-1,860)	0,866
Bekerja	29	46,0	34	54,0	63	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis diketahui bahwa responden yang tidak bekerja memanfaatkan Jamkesda sebanyak 57,4% sedangkan responden yang bekerja memanfaatkan Jamkesda sebanyak 54,0%. Responden yang tidak bekerja memanfaatkan Jamkesda sebanyak 0,868 kali (95% CI: 0,868-1,860) dibandingkan responden yang bekerja.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh hasil *Pvalue* = 0,866. Pada tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil *Pvalue* > nilai  $\alpha$  yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda di Kecamatan Manuhing tahun 2011.

### 6.2.6. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.12. Distribusi Responden Menurut Jumlah Anggota Keluarga dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Jumlah Anggota Keluarga	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya					
	N	%	N	%	n	%		
> 4 orang	27	42,2	37	57,8	64	100	0,796 (0,372-1,706)	0,695
≤ 4 orang	22	47,8	24	52,2	46	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 57,8%, sedangkan responden yang memiliki jumlah anggota keluarga kurang atau sama dengan 4 orang memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 52,2%. Secara persentase responden yang memiliki anggota keluarga lebih dari 4 orang lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang sebarang 0,796 kali dibandingkan responden dengan jumlah keluarga kurang atau sama dengan 4 orang.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai  $P_{value} = 0,695$ . Pada tingkat kemaknaan 0,05 diperoleh hasil  $P_{value} > \alpha$  yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.



### 6.2.7. Hubungan Pengetahuan dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.13. Distribusi Responden Menurut Pengetahuan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Pengetahuan	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang	37	57,8	27	42,2	64	100	3,883 (1,703-8.852)	0,002
Baik	12	26,1	34	73,9	46	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan responden tentang Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 42,2%, sedangkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang Jamkesda memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 73,9%. Secara persentase responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang sebarang 3,883 kali (95% CI: 1,703-8,852) dibandingkan responden dengan tingkat pengetahuan kurang.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai  $Pvalue = 0,002$ . Pada tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil  $Pvalue < \text{nilai } \alpha$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden tentang Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.8. Hubungan Sikap dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.14. Distribusi Responden Menurut Sikap Responden terhadap Jamkesda dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Sikap	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%				
Negatif	30	56,6	23	43,4	53	100	2,609 (1,204-5,654)	0,024
Positif	19	33,3	38	66,7	57	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara sikap responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap negatif terhadap Jamkesda memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 43,4%, sedangkan responden yang memiliki sikap positif terhadap Jamkesda memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 66,7%. Secara persentase responden yang memiliki sikap positif lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang sebesar 2,609 kali (95% CI: 1,204-5,654) dibandingkan responden dengan sikap negatif terhadap Jamkesda.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai  $Pvalue = 0,024$ . Pada tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil  $Pvalue < 0,05$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.9. Hubungan Persepsi Terhadap Ancaman Kesehatan (*Perceived Threat*) dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.15. Distribusi Responden Menurut Persepsi Terhadap Ancaman Kesehatan dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Persepsi Ancaman Kesehatan	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%				
Tdk bahaya	25	73,5	9	26,5	34	100	6,019 (2,441-14,84)	0,000
Berbahaya	24	31,6	61	68,4	76	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara persepsi responden tentang ancaman kesehatan dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi bahwa ancaman kesehatan tidak berbahaya memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 26,5%, sedangkan responden yang memiliki persepsi bahwa ancaman kesehatan berbahaya bagi dirinya memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 68,4%. Secara persentase responden yang memiliki persepsi bahwa ancaman kesehatan berbahaya bagi dirinya lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang sebarang 6,019 kali (95% CI: 2,441-14,84) dibandingkan responden yang menganggap bahwa masalah kesehatan tidak berbahaya.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai *Pvalue* = 0,000 dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  berarti bahwa *Pvalue* < nilai  $\alpha$ , membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pendidikan responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.10. Hubungan Persepsi Keuntungan-Kerugian Jamkesda (*Perceived Barrier-Benefit*) dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.16. Distribusi Responden Menurut Persepsi Terhadap Keuntungan-Kerugian Jamkesda dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Persepsi	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya					
Untung Rugi	n	%	n	%	n	%		
Tdk Untung	13	86,7	2	13,3	15	100	10,653 (2,272-49,96)	0,001
Untung	36	37,9	59	62,1	95	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara persepsi responden terhadap keuntungan dan kerugian Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang menyatakan bahwa Jamkesda tidak menguntungkan memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 13,3%, sedangkan responden yang menyatakan bahwa Jamkesda memberikan keuntungan memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 62,1%. Secara persentase responden yang memiliki persepsi bahwa jamkesda memberikan keuntungan lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang sebarang 10,653 kali (95% CI: 2,272-49,96) dibandingkan responden yang memiliki persepsi bahwa Jamkesda tidak menguntungkan.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai *Pvalue* = 0,001 dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  berarti bahwa *Pvalue* < nilai  $\alpha$ , membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi keuntungan-kerugian Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.11. Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.17. Distribusi Responden Menurut Pendapatan Keluarga dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Pendapatan Keluarga	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	29	65,9	15	34,1	44	100	4,447 (1,968-10,05)	0.000
Rendah	20	30,3	46	69,7	66	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat pendapatan tinggi memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 34,1%, sedangkan responden yang memiliki tingkat pendapatan rendah memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 69,7%. Secara persentase responden yang memiliki tingkat pendapatan keluarga rendah lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang seberap 4,447 kali (95% CI: 1,968-10,05) dibandingkan responden dengan tingkat pendapatan keluarga tinggi.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai  $P_{value} = 0,000$ . Pada tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil  $P_{value} < \text{nilai } \alpha$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan keluarga dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.12. Hubungan Aksesibilitas dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.18. Distribusi Responden Menurut Aksesibilitas dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Aksesibilitas	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya					
	n	%	n	%	n	%		
Sulit	21	80,8	5	19,2	26	100	8,400	0,006
Mudah	28	33,3	56	67,7	84	100	(2,865-	
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100	24,628)	

Hasil analisis hubungan antara aksesibilitas dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat aksesibilitas sulit memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 19,2%, sedangkan responden yang memiliki tingkat aksesibilitas mudah memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 67,7%. Secara persentase responden yang memiliki tingkat aksesibilitas mudah lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang sebesar 8,400 kali (95% CI: 2,865-24,628) dibandingkan responden dengan tingkat aksesibilitas sulit.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai  $P_{value} = 0,000$ . Pada tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil  $P_{value} < \alpha$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara aksesibilitas dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

### 6.2.13. Hubungan Kebutuhan terhadap Jamkesda terhadap Utilisasi Pelayanan Jamkesda

**Tabel 6.19. Distribusi Responden Menurut Kebutuhan Terhadap Jamkesda dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Kebutuhan Jamkesda	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak butuh	9	100	0	0	9	100		
Butuh	40	39,6	61	60,4	101	100	-	0,000
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara kebutuhan terhadap Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang tidak membutuhkan pelayanan Jamkesda memanfaatkan pelayanan Jamkesda (0%), sedangkan mayoritas responden yang menyatakan membutuhkan pelayanan Jamkesda memanfaatkan Jamkesda sebanyak 60,4%. Secara persentase responden yang membutuhkan pelayanan Jamkesda lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dibandingkan responden yang menyatakan tidak membutuhkan Jamkesda

Berdasarkan Tabel 5.19. terlihat bahwa terdapat nilai *expected* kurang dari lima ada (50,0%) jumlah sel, yaitu terdapat pada sel b. Hal ini berarti kebutuhan terhadap Jamkesda dan utilisasi Jamkesda tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatif yaitu uji *fisher's Exact*.

Hasil uji statistik *fisher's Exact* diperoleh nilai  $P_{value} = 0,000$  dengan tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  sehingga  $P_{value} < 0,05$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebutuhan terhadap Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

#### 6.2.14. Hubungan Gejala Penyakit dengan Utilisasi Jamkesda

**Tabel 6.20. Distribusi Responden Menurut Gejala Penyakit dan Utilisasi Jamkesda di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

Gejala Penyakit	Utilisasi Jamkesda				Total		OR (95%CI)	P value
	Tidak		Ya					
	n	%	n	%	n	%		
Ringan	30	57,7	22	42,3	52	100	2,799 (1,287-6,086)	0,015
Berat	19	32,8	39	67,2	58	100		
Jumlah	49	44,5	61	55,5	110	100		

Hasil analisis hubungan antara gejala penyakit yang dirasakan dengan utilisasi pelayanan Jamkesda menunjukkan bahwa responden yang memiliki gejala penyakit ringan memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 42,3%, sedangkan responden yang memiliki gejala penyakit berat memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 67,2%. Secara persentase responden yang memiliki gejala penyakit berat lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda dengan peluang seberar 42,799 kali (95% CI: 1,287-6,086) dibandingkan responden yang memiliki gejala penyakit ringan.

Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai  $P_{value} = 0,015$ . Pada tingkat kemaknaan nilai  $\alpha = 0,05$  diperoleh hasil  $P_{value} < \alpha$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara gejala penyakit dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.



### 6.3.Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat dan Bivariat

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi analisis univariat, maka dibuat rekapitulasi variabel yang diamati sebagai berikut:

**Tabel 6.21. Rekapitulasi Hasil Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel yang Diamati Tahun 2011**

Variabel		Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Utilisasi Jamkesda		Memfaatkan	61	55,5
Demografi	Umur Responden	Dewasa	66	60,0
	Jenis Kelamin	Perempuan	54	49,1
	Status Perkawinan	Kawin	93	84,5
Struktur sosial	Status pendidikan	Tinggi	36	32,7
	Status Pekerjaan	Bekerja	63	57,3
	Jumlah Keluarga	≤ 4 orang	46	41,8
Kepercayaan kesehatan	Pengetahuan	Baik	46	41,8
	Sikap	Positif	57	51,8
	Persepsi Ancaman	Berbahaya	76	69,1
	Persepsi untung/rugi	Menguntungkan	95	86,4
Sumber daya	Pendapatan	Rendah	66	66,0
	Aksesibilitas	Mudah	84	76,4
Kebutuhan (needs)	Kebutuhan Jamkesda	Mebutuhkan	101	91,8
	Gejala Penyakit	Sedang/Berat	58	52,7

Hasil analisis bivariat dirangkum dalam rekapitulasi sehingga terlihat hasil secara keseluruhan sebagai berikut:

**Tabel 6.22. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat di Kecamatan Manuhing Tahun 2011**

<b>Variabel</b>		<b>OR</b>	<b>P value</b>	<b>Keterangan</b>
Demografi	Umur	0,912	2,969	Tidak ada hubungan
	Jenis Kelamin	2,902	0,012	Ada hubungan
	Status Perkawinan	1,978	0,306	Tidak ada hubungan
Struktur Sosial	Status Pendidikan	1,410	0,530	Tidak ada hubungan
	Status Pekerjaan	0,868	0,886	Tidak ada hubungan
	Jumlah Keluarga	0,796	0,695	Tidak ada hubungan
Kepercayaan Kesehatan	Pengetahuan	3,883	0,002	Ada hubungan
	Sikap	2,926	0,024	Ada hubungan
	Persepsi Ancaman	6,019	0,000	Ada hubungan
Sumber Daya	Persepsi Untung/rugi	10,653	0,001	Ada hubungan
	Pendapatan Keluarga	4,447	0,000	Ada hubungan
	Aksesibilitas	8,400	0,006	Ada hubungan
Kebutuhan	Kebutuhan Jamkesda	-	0,000	Ada hubungan
	Gejala Penyakit	2,799	0,015	Ada hubungan

Komponen variabel faktor demografi yang mempunyai hubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan Jamkesda adalah jenis kelamin responden. Dari keempat variabel faktor kepercayaan kesehatan yang terdiri dari variabel pengetahuan, sikap, dan persepsi terhadap ancaman kesehatan, dan persepsi keuntungan dan kerugian Jamkesda seluruhnya memiliki hubungan yang signifikan dengan utilisasi Jamkesda. Variabel faktor sumber daya terdiri dari pendapatan keluarga dan aksesibilitas, keduanya memiliki hubungan yang signifikan dengan utilisasi Jamkesda. Variabel faktor kebutuhan yaitu kebutuhan terhadap Jamkesda dan gejala penyakit, keduanya merupakan variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan utilisasi Jamkesda.

## **BAB 7**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini terdapat banyak keterbatasan, walaupun pada prinsipnya telah diupayakan untuk menekan dan meminimalkan keterbatasan tersebut. Beberapa hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

##### **7.1.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menggali lebih mendalam determinan individu yang berhubungan dengan utilisasi Jamkesda. Oleh karena itu untuk penelitian lanjutan dianjurkan menggunakan penelitian kualitatif untuk melihat dan menggali lebih dalam gambaran determinan individual utilisasi pelayanan Jamkesda.

##### **7.1.2. Desain Studi**

Desain studi penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional* yaitu studi penelitian untuk mempelajari hubungan antara determinan individual dengan utilisasi Jamkesda dimana dalam pengukuran variabel dan evaluasi dilakukan sekaligus pada waktu yang sama. Hal tersebut memunculkan kelemahan yaitu tidak dapat melihat dan menjelaskan hubungan sebab dan akibat antara determinan individu dan utilisasi Jamkesda. Maka untuk penelitian lanjutan dianjurkan menggunakan desain studi *cohort* atau *case control* untuk penelitian kuantitatif sehingga dapat melihat hubungan sebab dan akibat. Sedang untuk penelitian kualitatif menggunakan RAP (*Rapid Assessment Procedure*).

##### **7.1.3. Instrumen penelitian**

Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukur penelitian. Pertanyaan yang diberikan merupakan pertanyaan tertutup sehingga memiliki

keterbatasan yaitu informasi yang diperoleh hanya sebatas informasi dan pernyataan yang disediakan dalam kuesioner tersebut tanpa mampu menggali lebih dalam pendapat atau tanggapan responden yang bervariasi. Untuk penelitian lanjutan diharapkan untuk menggunakan alat ukur wawancara mendalam (*in depth interview*) serta FGD (*focus group discussion*).

Dalam variabel aksesibilitas diukur menggunakan jarak tempuh, waktu tempuh dan biaya tempuh, yang semuanya dijawab oleh responden berdasarkan perkiraan sehingga beresiko bias akibat perbedaan persepsi masing-masing individu. Gejala penyakit memungkinkan terjadi bias dikarenakan masing-masing individu memiliki tingkat toleransi yang berbeda-beda terhadap nyeri dan kemampuan tubuh beradaptasi dengan gejala penyakit. Variabel utilisasi Jamkesda dipengaruhi oleh daya ingat responden terhadap pengalaman sakit yang terakhir sedangkan variabel pengetahuan dan sikap dapat dipengaruhi oleh penilaian subjektif responden. Untuk meminimalkan bias penelitian terlebih dahulu kuesioner dilakukan uji coba untuk melihat validitas dan reliabilitas kuesioner.

#### **7.1.4. Teknik Pengisian**

Kuesioner diisi langsung oleh responden yang memungkinkan adanya bias akibat kurang memahami maksud pertanyaan, pengisian yang tergesa-gesa, tidak konsentrasi dan jumlah pertanyaan yang banyak. Hal lain terkait teknis pengisian adalah interaksi antar responden yang menyebabkan adanya intervensi dari responden lain sehingga jawaban yang diberikan sama dan bersumber dari satu responden. Selain itu, kekhawatiran responden terhadap kerahasiaan jawaban sehingga responden hanya memberi jawaban yang bersifat baik. Untuk penelitian lebih lanjut, disarankan agar menggunakan teknik wawancara yang memiliki pertanyaan yang bersifat terbuka dan berusaha meyakinkan responden akan kerahasiaan data melalui *informed consent* yang jelas.

## 7.2. Pembahasan Utilisasi Jamkesda

Apabila dilihat dari tujuan dan sasaran Jamkesda dalam Peraturan Bupati nomor 4 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kabupaten Gunung Mas, maka seluruh masyarakat Kabupaten Gunung Mas yang tidak memiliki asuransi dan jaminan kesehatan (Askes, Jamkesmas, Jamsostek dan Asabri) terlindungi/dijamin oleh Jamkesda. Asumsinya bahwa seluruh masyarakat Gunung Mas termasuk masyarakat Kecamatan Manuhing yang bukan anggota Askes, Jamkesmas, Jamsostek dan Asabri seharusnya memanfaatkan Jamkesda dalam mencari pelayanan kesehatan.

Penelitian ini memberikan hasil dari 110 orang total sampel proporsi masyarakat yang memanfaatkan pelayanan Jamkesda hanya sebanyak 55,5%. Sedangkan, register rawat jalan Puskesmas Tumbang Talaken tahun 2010 tercatat pasien dengan kunjungan umum sebanyak 4,706 sedangkan kunjungan yang memanfaatkan Jamkesda hanya sebanyak 1.261 kunjungan, secara proporsi tingkat pemanfaatan pelayanan Jamkesda dibandingkan tingkat pemanfaatan pelayanan umum hanya sebesar 21,1%.

Berdasarkan hasil temuan dalam penelitian ini dan catatan register rawat jalan Puskesmas Tumbang Talaken, proporsi tersebut menunjukkan bahwa masyarakat Kecamatan Manuhing belum 100% dalam memanfaatkan Jamkesda. Fenomena ini seperti yang dipaparkan oleh Thabrany (2005), mengenai utilisasi asuransi kesehatan menyatakan bahwa jika program asuransi menggunakan model *maneged care*, dengan puskesmas sebagai *gatekeeper* maka sebagian besar orang tidak mau menjadi peserta (jika sukarela) atau tidak puas terhadap pelayanannya (jika wajib). Adisasmito (2010), menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang banyak dimanfaatkan oleh penduduk untuk berobat jalan adalah dokter praktek 27,09%. Sementara untuk penduduk pedesaan lebih banyak memanfaatkan praktik petugas kesehatan 28,53%.

Proporsi hasil penelitian ini lebih kecil dibandingkan proporsi hasil penelitian Sebayang (2006), tentang pemanfaatan JPKMM oleh masyarakat miskin dimana masyarakat memanfaatkan Puskesmas sebanyak 71%.

Namun, temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Yuliah (2002), responden yang sering memanfaatkan Puskesmas Pasar Kemis ditinjau dari aspek pengguna jasa, penyelenggara pelayanan dan pendukung tercatat sebesar 57,5%. Maman (2002), menemukan pemanfaatan kartu sehat hanya sebesar 47,0%. Penelitian Hermanto (2009), menemukan pemanfaatan tinggi Jamkesmas hanya sebesar 41,1%. Suryarini (2002), dalam penelitian tentang kartu sehat JPSBK mendapatkan responden yang memanfaatkan sebanyak 52,4%. Secara keseluruhan hasil studi tersebut diatas membuktikan bahwa utilisasi pelayanan kesehatan masih belum optimal.

Jaminan kesehatan daerah merupakan suatu tatanan yang mengatur jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial (Mukti & Moertjahjo, 2007). Setiap masyarakat di daerah berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan diri secara utuh sebagai manusia yang bermartabat dan berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Mukti & Moertjahjo, 2007). Thabrany (2005), menjelaskan bahwa asuransi mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan. Namun dalam penelitian ini hal tersebut masih belum terbukti. Berdasarkan hasil penelitian ini, tingkat utilisasi Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing masih jauh dari harapan.

Rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas menurut Triratnawati (2006), disebabkan oleh sistem birokrasi, tidak ada dokter pada jam pelayanan, kondisi yang tidak nyaman, kualitas pelayanan yang buruk, labeling puskesmas oleh masyarakat, pengobatan tradisional yang masih dominan, dan rendahnya partisipasi masyarakat.

Belum optimalnya pemanfaatan Jamkesda dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh kurangnya sosialisasi melalui upaya promosi kesehatan oleh pihak terkait (dinas kesehatan dan puskesmas) kepada masyarakat. Karr dalam Notoadmodjo (2005), menjelaskan bahwa salah satu determinan perilaku adalah terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), dimana tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan seseorang. Oleh karena itu, diharapkan pihak yang terkait (Dinas Kesehatan dan Puskesmas) untuk lebih meningkatkan upaya promosi kesehatan program

Jamkesda. Hal tersebut sejalan dengan UU No 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional pasal 16 yang berbunyi “*setiap peserta berhak memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti*”. McKenzie, Pinger & Kotecki (2007), mengatakan bahwa satu komponen pokok dalam praktik kesehatan masyarakat adalah pendidikan. Jika sekelompok orang diharapkan dapat berperilaku sedemikian rupa pertama-tama mereka harus mengetahui cara melakukannya. Pendidikan kesehatan bukan saja menyediakan informasi semacam itu, tetapi juga berupaya memberdayakan dan memotivasi penduduk untuk menerapkan informasi tersebut kedalam praktiknya.

Selain itu, kemungkinan lain disebabkan oleh cara pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh petugas pelaksanaan pencatatan dan pelaporan Jamkesda kurang tepat. Masalah terpenting lain adalah bila utilisasi terkait dengan keadaan geografis akan mempengaruhi akses terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Thabrany, 2005), menjelaskan bahwa memperluas cakupan asuransi kesehatan kepada semua penduduk tidaklah efektif jika akses geografis dan sosial budaya tetap menjadi hambatan.

Kesimpulan yang dapat diambil adalah suatu program yang baik dan menguntungkan masyarakat namun apabila tidak didukung oleh upaya promosi dan sosialisasi (masyarakat dan petugas pelaksana) yang baik pula maka program tersebut tidak akan berjalan dengan maksimal.

Strategi promosi kesehatan yang harus dikembangkan pemerintah daerah (khususnya dinas kesehatan) untuk meningkatkan pelayanan Jamkesda dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat mengacu pada Ottawa Charter (1986) adalah:

1. Mengembangkan kebijakan publik berwawasan kesehatan (*Build healthy public policy*)

Dalam upaya pengembangan Jamkesda, perlu dilakukan pembenahan-pembenahan kebijakan, birokratisasi, menjamin peningkatan kualitas layanan Jamkesda, mengembangkan prosedur klaim yang efektif dan efisien, mengurangi resiko fraud dan melakukan review utilisasi untuk menjaga kendali mutu dan kendali biaya.

2. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*supportive environment*)

Lingkungan yang mendukung dapat diartikan sebagai aksesibilitas yang mudah. Pemerintah harus menjamin kemudahan dan kelancaran sarana dan prasarana termasuk transportasi yang baik. Selain itu, aksesibilitas terkait dengan ketersediaan dan kesiapsediaan paket-paket pelayanan Jamkesda yang dibutuhkan masyarakat.

3. Memperkuat gerakan aksi masyarakat (*strengthening community action*)

Menciptakan potensi diri masyarakat dan kemandirian sehingga masyarakat mampu menentukan prioritas dan pengambilan keputusan. Gerakan aksi melalui peningkatan peran serta masyarakat dalam upaya membangun kesehatan, penyebaran informasi dan jaminan kesehatan (asuransi kesehatan) masyarakat secara menyeluruh.

4. Mengembangkan keterampilan perorangan (*develop personal skill*)

Menunjang pengembangan personal dan sosial melalui penyediaan informasi dan pendidikan kesehatan melalui berbagai metode (penyuluhan, konseling, dan media) dalam meningkatkan utilisasi Jamkesda.

5. Reorientasi sistem pelayanan kesehatan (*reorient health services*)

Mengupayakan perubahan paradigma masyarakat dari paradigma sakit kepada paradigma sehat untuk menciptakan status kesehatan yang optimal, sehingga sistem pelayanan kesehatan tidak lagi berorientasi kuratif tetapi juga mencakup upaya-upaya promotif dan preventif. Hal tersebut dimaksud agar utilisasi Jamkesda oleh masyarakat tidak lagi didominasi pada pelayanan pengobatan tetapi pemanfaatan Jamkesda lebih kepada upaya promosi untuk tujuan memperoleh informasi kesehatan dalam meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor: 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas, Promosi Kesehatan Puskesmas adalah upaya puskesmas melaksanakan pemberdayaan kepada masyarakat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan setiap individu, keluarga serta lingkungan secara mandiri dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat. Secara



operasional, upaya promosi kesehatan dilakukan agar masyarakat mampu berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebagai bentuk pemecahan masalah kesehatan yang dihadapinya, baik masalah kesehatan yang diderita maupun yang berpotensi mengancam, secara mandiri (Depkes, 2007).

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjaga, melindungi serta mempertahankan kesehatannya melalui upaya kesehatan primer yaitu promosi dan proteksi dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tanpa mengabaikan upaya kesehatan sekunder dan tersier yaitu berupa pengobatan, pemberantasan cacat serta pemulihan bagi masyarakat yang menderita sakit atau kelemahan tubuh akibat penyakit yang dideritanya.

Oleh karena itu, dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat dimasa yang akan datang diharapkan agar dana program Jamkesda tidak hanya dimanfaatkan masyarakat untuk pelayanan kesehatan sekunder (pencarian pengobatan setelah sakit) tetapi lebih diutamakan kepada pelayanan kesehatan primer. McKenzie, Pinger & Kotecki (2007), menyebutkan pelayanan kesehatan primer didasarkan pada:

1. Pendidikan kesehatan, metode pencegahan dan pengendalian.
2. Peningkatan persediaan makanan dan gizi.
3. Persediaan air dan sanitasi dasar yang mencukupi.
4. Layanan kesehatan ibu dan anak, termasuk program keluarga berencana.
5. Imunisasi terhadap penyakit infeksi mayor.
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik lokal.

Apabila dana Jamkesda dapat diarahkan dan dimaksimalkan kepada upaya promosi kesehatan (Perda Gunung Mas No 4 Tahun 2009 pasal 17 poin 1 bahwa paket pelayanan rawat jalan termasuk konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan), harapannya adalah bila tingkat kesehatan dan PHBS masyarakat meningkat maka jumlah orang sakit berkurang, sehingga sisa dana Jamkesda yang tersedia bukan untuk klaim kesakitan atau pengobatan tetapi bisa dimanfaatkan untuk upaya meningkatkan kualitas dan sumber daya kesehatan.

### 7.3. Pembahasan Determinan Individu yang Berhubungan dengan Jamkesda

#### 7.3.1. Faktor Demografi

##### 7.3.1.1. Hubungan Umur Responden dengan Utilisasi Jamkesda

Berdasarkan teori, umur merupakan faktor predisposisi yang berperan terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973). Umur berperan terhadap utilisasi dari sudut resiko sakit yang dibawa oleh perkembangan (balita, remaja, usia subur, dan lansia), karenanya umur sangat menentukan utilisasi pelayanan terkait dengan gangguan spesifik berbasis umur serta kemampuan (kapasitas) individu berbasis umur dalam mengatasi masalah kesehatan (Wibisana, 2007).

Ilyas (2011), menyatakan bahwa *demand* masyarakat terhadap utilisasi kesehatan lebih tinggi pada umur dibawah 5 tahun dan diatas 50 tahun. NCHS (2000), menemukan hasil bahwa anak-anak usia dibawah 5 tahun dan lanjut usia memiliki kontak yang lebih sering dalam utilisasi pelayanan kesehatan dibandingkan remaja atau dewasa muda. Azwar (2010), dalam bukunya yang berjudul "Pengantar Administrasi Kesehatan" menyatakan bahwa jika umur rata-rata terlalu tinggi, maka resiko timbulnya penyakit akan semakin tinggi pula.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa umur muda memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 56,8%. Namun, berdasarkan hasil analisis uji statistik diperoleh hasil *Pvalue* = 2,969 yang berarti bahwa tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara umur dan utilisasi Jamkesda. Sedangkan nilai *OR* = 0,912 yang artinya bahwa responden dengan umur muda berpeluang memanfaatkan Jamkesda sebanyak 0,912 kali dibandingkan responden yang berumur dewasa. Savitri (2011), dalam penelitiannya tentang utilisasi Puskesmas oleh peserta Jamkesmas juga menemukan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dan pemanfaatan Puskesmas. Kesamaan hasil penelitian sangat dimungkinkan oleh persamaan karakteristik antara responden Jamkesda dan responden Jamkesmas, dibandingkan responden kelompok lain (Askes, Asabri dan Jamsostek) yang memiliki karakteristik responden yang berbeda.

Hasil penelitian ini berlawanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan model Andersen, dimana umur merupakan salah satu faktor predisposisi determinan individual utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1975). Hasil yang berbeda juga disampaikan oleh Sitanggang (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu Askes dalam mendapatkan pengobatan rawat jalan menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan kartu Askes di Kecamatan Jambi Selatan. Penelitian Susyarini (2002), menunjukkan ada hubungan antara umur dan pemanfaatan puskesmas oleh pemegang kartu sehat JPSBK. Penelitian Permasih (2001), menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas Cikodang.

Perbedaan hasil dalam penelitian ini dikarenakan bahwa pada umur muda yang dihubungkan dengan jenis kelamin terkait dengan utilisasi pelayanan khusus seperti KB dan KIA. Berdasarkan data kunjungan rawat jalan tercatat bahwa kunjungan KB/KIA sebanyak 10,0 % yang seluruhnya adalah perempuan usia produktif berumur kurang dari 30 tahun, sesuai dengan pendapat Reddy, Fleming, & Adeso; Verbrugge dalam Sarafino (2006), menyatakan alasan utama utilisasi pelayanan kesehatan pada wanita usia dewasa muda (usia subur) adalah untuk pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan. Hal tersebut merupakan salah satu alasan tidak ada perbedaan yang signifikan antara umur muda dan umur dewasa.

#### **7.3.1.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Utilisasi Jamkesda**

Berdasarkan utilisasi kesehatan model Andersen, jenis kelamin memberikan makna pada utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973). Wibisana (2007), menjelaskan bahwa beberapa penyakit berbasis jenis kelamin mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden perempuan memanfaatkan utilisasi Jamkesda lebih banyak dibandingkan laki-laki. Hasil uji statistik  $Pvalue = 0,012$  menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda, sesuai dengan model Andersen (Andersen and Newman, 1973). Berdasarkan nilai

OR diketahui bahwa responden yang terbanyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda adalah perempuan, mempunyai peluang 2,902 kali dibandingkan responden laki-laki.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian NCHS (2000) dalam Sarafino (2006) dan Ilyas (2011), dalam bukunya juga menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh wanita lebih tinggi dibanding laki-laki. Selain itu Sullivan & Thomson dalam Smet (1994), menyatakan bahwa wanita lebih banyak melaporkan adanya gejala penyakit dan berkonsultasi dengan dokter lebih sering dari pada laki-laki.

Azwar (2010), menyatakan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan tinggi rendahnya resiko jatuh sakit adalah jika jenis kelamin lebih banyak wanita maka kemungkinan angka persalinan akan tinggi sehingga dapat mempengaruhi tingginya biaya kesehatan.

Namun, berbeda dengan hasil penelitian Sitanggang (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu Askes tidak menemukan hubungan antara jenis kelamin dengan pemanfaatan kartu Askes. Perbedaan ini secara garis besar disebabkan karena karakteristik responden. Karakteristik responden dalam penelitian tersebut adalah PNS atau pensiunan yang memiliki kartu askes. Ilyas (2011), dalam bukunya yang berjudul *Asuransi Kesehatan* menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan di Puskesmas oleh pegawai negeri jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok sosial lainnya. Hal ini disebabkan pegawai negeri merupakan kelompok sosial yang mempunyai pengetahuan lebih tinggi terhadap pelayanan kesehatan modern dibandingkan dengan kelompok sosial lainnya. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa jenis kelamin tidak mempengaruhi kelompok pegawai negeri sipil dalam memanfaatkan askes. Dalam penelitian ini responden lebih heterogen yaitu masyarakat umum yang bukan PNS. Oleh karena itu maka perbedaan antara kedua jenis kelamin dalam penelitian ini sangat terlihat signifikan.

### 7.3.1.3. Hubungan Status Perkawinan dengan Utilisasi Jamkesda

Berdasarkan teori, status perkawinan adalah variabel demografi yang merupakan faktor predisposisi terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973). Status perkawinan berperan terhadap utilisasi pelayanan melalui kebutuhan kesehatan reproduksi yang timbul karena ikatan perkawinan, serta kendala sosial budaya yang terbawa dalam ikatan perkawinan. Ikatan sosial dalam keluarga besar dan pola pengambilan keputusan dalam perkawinan sering kali berperan dalam keterlambatan merujuk ibu hamil ke sarana pelayanan kesehatan (Wibisana, 2007).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa responden dengan status kawin memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 58,8%, responden dengan status kawin memanfaatkan utilisasi Jamkesda lebih banyak dibandingkan responden dengan status belum kawin dengan perbandingan peluang sebanyak 1,978 kali.

Namun, setelah dilakukan uji statistik menggunakan uji *chi square* status perkawinan dengan utilisasi Jamkesda diperoleh hasil  $Pvalue = 0,306$  sehingga hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan utilisasi. Hal ini berbeda dengan model Andersen yang menyatakan bahwa status perkawinan merupakan variabel faktor demografi determinan individual yang mempengaruhi seseorang dalam pemanfaatan utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1974).

Sitanggang (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu askes juga menemukan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan pemanfaatan kartu askes.

Tidak ditemukannya hubungan yang signifikan dalam penelitian ini disebabkan luasnya cakupan perlindungan Jamkesda, sehingga pemanfaatannya tidak dipengaruhi oleh status perkawinan. Terlihat pada utilisasi Jamkesda untuk memperoleh surat keterangan berbadan sehat atau surat ketengan sakit lebih banyak dimanfaatkan oleh pelajar atau pencari kerja yang lebih didominasi oleh masyarakat yang berstatus belum menikah. Aksesibilitas yang sulit dan kondisi jalan yang rusak menyebabkan tingkat

kecelakan kendaraan bermotor tinggi yang lebih didominasi oleh pelajar dan remaja yang berstatus belum menikah. Selain itu, bila dilihat dari karakteristik wilayah tempat penelitian ini dilakukan di daerah pedesaan. Diketahui bahwa status kesehatan di tingkat pedesaan jauh lebih buruk dibandingkan dengan perkotaan. Oleh sebab itu, seluruh masyarakat memiliki resiko yang sama berat terpapar penyakit tanpa memandang status masyarakat. Bila di tinjau dari jumlah 10 penyakit terbanyak di Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2010 (diantaranya adalah ISPA, Diare, Febris, Typoid, Disentri dan Malaria Klinis), menunjukkan bahwa penyakit-penyakit yang banyak diderita tersebut termasuk golongan penyakit endemis yang bisa menyerang siapa saja tanpa dipengaruhi oleh status apakah orang tersebut belum atau sudah menikah.

### **7.3.2. Faktor Struktur Sosial**

#### **7.3.2.1. Hubungan Status Pendidikan dengan Utilisasi Jamkesda**

*Human Development Index* yang dikembangkan PBB mencakup tiga indikator yakni pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Hal tersebut sangat beralasan karena memang ketiga faktor tersebut sangat berkaitan, mempengaruhi dan saling melengkapi dalam membentuk kualitas hidup masyarakat. Bila diamati di negara berkembang seperti Indonesia 3 masalah sosial yang saling mempengaruhi dan membentuk lingkaran setan yaitu kebodohan akibat rendahnya tingkat rata-rata pendidikan, menyebabkan kemiskinan akibat daya saing rendah, menyebabkan peningkatan angka kesakitan (penyakit) akibat pola hidup tidak sehat (Ottawa Charter 1986, dalam Depkes, 2009). Oleh karena itu, pendidikan merupakan faktor penting dalam upaya kesehatan.

Berdasarkan teori, pendidikan merupakan faktor predisposisi seseorang terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973). Thabrany (2005), memaparkan bahwa pendidikan mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan. Faktor pendidikan kesehatan modern menentukan *demand* terhadap utilisasi kesehatan (Ilyas, 2011). Dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang

semakin tinggi pula pengetahuan orang tersebut terhadap masalah kesehatan dan semakin positif sikap yang dimiliki dalam hal penilaian terhadap program-program kesehatan. Hal tersebut memungkinkan orang yang berstatus pendidikan lebih tinggi memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih besar.

Penelitian ini menemukan hasil bahwa responden yang memiliki status pendidikan tinggi memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 61,1%, secara persentase responden status pendidikan tinggi lebih memanfaatkan Jamkesda dengan peluang sebanyak 1,40 kali dibandingkan dengan responden status pendidikan rendah. Hal tersebut disebabkan karena pendidikan yang lebih tinggi memiliki kemampuan untuk mengakses informasi, sehingga memberikan pengaruh bagi seseorang dalam menentukan pilihan terhadap sarana pelayanan yang akan dikunjungi untuk mengatasi masalah kesehatannya (Wibisana, 2007),

Namun, setelah dilakukan uji statistik menggunakan uji *chi square* diperoleh hasil *Pvalue* = 0,530. Sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pendidikan responden dengan utilisasi Jamkesda. Savitri (2011), dalam penelitiannya tentang utilisasi Puskesmas oleh peserta Jamkesmas juga menemukan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dan pemanfaatan Puskesmas. Kesamaan hasil penelitian sangat dimungkinkan oleh persamaan karakteristik antara responden Jamkesda dan responden Jamkesmas, dibandingkan responden kelompok lain (Askes, Asabri dan Jamsostek) yang memiliki karakteristik responden yang berbeda.

Hasil penelitian ini berbeda dengan model utilisasi Andersen yang menyebutkan bahwa status pendidikan merupakan salah satu faktor struktur sosial yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

Penelitian ini juga berbeda dengan hasil yang diperoleh Hermanto (2009), yang menemukan hubungan antara pendidikan dengan tingkat pemanfaatan Kartu Jamkesmas di Poliklinik umum dan Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam; Sitanggang (2002), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status pendidikan peserta Askes dengan pemanfaatan

kartu Akses di Kecamatan Jambi Selatan; Suryarini (2002), menemukan ada hubungan bermakna antara pemanfaatan rawat jalan Puskesmas oleh pemegang kartu sehat JPSBK; Situmorang (2004), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pendidikan responden dengan utilisasi pelayanan pengobatan di Puskesmas Baros; serta penelitian Yuliah (2001), yang menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat.

Perbedaan temuan sangat mungkin disebabkan oleh perbedaan karakteristik responen masing-masing tempat penelitian, dalam penelitian ini kemungkinan dikarenakan oleh rendahnya rata-rata tingkat pendidikan masyarakat di Kecamatan Manuhing. Berdasarkan hasil analisis distribusi frekuensi tercatat bahwa proporsi masyarakat dengan status pendidikan rendah sebanyak 67,3%, sehingga tingkat pendidikan masyarakat menjadi kurang bervariasi. Data yang homogen inilah yang menyebabkan tidak terlihat adanya hubungan antara status pendidikan dengan utilisasi Jamkesda.

#### **7.3.2.2. Hubungan Status Pekerjaan dengan Utilisasi Jamkesda**

Berdasarkan teori, jenis pekerjaan merupakan salah satu variabel struktur sosial yang mempengaruhi gaya hidup masyarakat dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen and Newman, 1974). Pekerjaan berperan dalam utilisasi pelayanan kesehatan karena faktor resiko yang dibawa oleh pekerjaan, perolehan jaminan berbasis pekerjaan, serta kapasitas ekonomi yang dihasilkan oleh pekerjaan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan (Wibisana, 2007). Diasumsikan bahwa responden yang bekerja memiliki kecenderungan memanfaatkan Jamkesda lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja.

Penelitian ini memberikan hasil bahwa responden yang tidak bekerja memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 57,4% dengan peluang 0,868 kali dibanding responden yang bekerja..

Setelah dilakukan uji statistik untuk melihat hubungan antara status pekerjaan dengan utilisasi Jamkesda, diperoleh hasil  $Pvalue = 0,886$  yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan



dengan utilisasi Jamkesda. Hasil ini berlawanan dengan model Andersen yang menyatakan bahwa pekerjaan merupakan faktor struktur sosial yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1975). Hasil tersebut juga berbeda dengan penelitian Sitanggang (2002), yang menemukan hasil adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan responden dengan pemanfaatan kartu askes.

Temuan dalam penelitian ini menggambarkan bahwa rendahnya tingkat pemanfaatan oleh responden yang bekerja disebabkan karena kemampuan kapasitas ekonomi dalam pembiayaan kesehatan sehingga tidak memanfaatkan pelayanan gratis Jamkesda. Selain itu, berdasarkan alasan kualitas yang perlu diteliti lebih lanjut diasumsikan bahwa responden yang memiliki pekerjaan dan kemampuan ekonomi lebih memilih untuk memanfaatkan pelayanan umum dan pelayanan praktek yang dianggap memiliki tingkat kualitas lebih baik dibandingkan pelayanan gratis Jamkesda, seperti hasil penelitian Sebayang (2006), menemukan bahwa responden yang memiliki persepsi tentang kualitas Puskesmas baik lebih memanfaatkan Puskesmas dengan proporsi sebanyak 85,9%.

Selain itu, bila dihubungkan dengan variabel jenis kelamin perbedaan temuan dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh responden yang tidak bekerja rata-rata adalah ibu rumah tangga dimana berdasarkan variabel jenis kelamin justru lebih dominan dalam memanfaatkan pelayanan Jamkesda. Hal tersebut menyebabkan data tidak bervariasi dan homogen.

### **7.3.2.3. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Utilisasi Jamkesda**

Secara teori, jumlah anggota keluarga merupakan variabel dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1974). Jumlah anggota keluarga memiliki peran berlawanan terhadap utilisasi pelayanan. Semakin besar jumlah anggota, semakin kecil tingkat utilisasi pelayanan (Wibisana, 2007). Diasumsikan bahwa responden dengan jumlah keluarga kecil lebih memanfaatkan pelayanan Jamkesda dibandingkan responden dengan jumlah keluarga besar.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa responden dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 57,8%. Berdasarkan OR jumlah anggota lebih dari 4 orang memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebanyak 0,796 kali dibandingkan jumlah anggota keluarga yang kurang dari 4 orang. Hal tersebut disebabkan oleh responden yang jumlah anggota lebih banyak secara umum lebih padat biasanya berhubungan dengan kondisi kesehatan yang buruk dan adanya kesulitan ekonomi (SDKI, 2007).

Namun, hasil uji statistik menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai *Pvalue* = 0,695 yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan utilisasi Jamkesda. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Suryarini (2002), menemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara banyaknya jumlah anggota keluarga dengan pemanfaatan rawat jalan Puskesmas oleh pemegang kartu sehat JPSBK. Namun, hasil tersebut berlawanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan model Andersen yang menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga merupakan faktor struktur sosial yang berpengaruh terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1975).

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan yang disampaikan oleh Yuliah (2001), yang menyatakan bahwa tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan kemampuan, penghasilan serta kesempatan untuk memperoleh pengobatan dan keluarga. Jumlah keluarga besar dengan tingkat penghasilan yang sama akan membagi pendapatan tersebut untuk kepentingan keluarga yang lebih besar dibandingkan keluarga dengan jumlah anak lebih sedikit, sehingga keluarga dengan jumlah anggota lebih sedikit akan mempunyai kesempatan relatif lebih besar untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh sama besarnya proporsi kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan sehingga tidak terlihat hubungan yang signifikan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Responden dengan jumlah keluarga ideal ( $\leq 4$  orang) lebih responsif terhadap masalah kesehatan anggota keluarganya baik untuk pencarian pengobatan

maupun sekedar untuk pemeriksaan kesehatan sehingga berpengaruh pada tingkat utilisasi, sedangkan responden dengan jumlah anggota lebih banyak memiliki karakteristik berhubungan dengan kondisi kesehatan yang buruk lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan gratis Jamkesda untuk pencarian pengobatan terhadap masalah kesehatan.

### 7.3.3. Faktor Kepercayaan Kesehatan

#### 7.3.3.1. Hubungan Pengetahuan dengan Utilisasi Jamkesda

Pengetahuan merupakan salah satu variabel faktor predisposisi dalam individual determinan (Andersen & Newman, 1974). Menurut Notoadmodjo (2007), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Diasumsikan bahwa responden dengan pengetahuan yang baik memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan Jamkesda dibandingkan responden dengan pengetahuan rendah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 73,9%. Responden dengan tingkat pengetahuan baik memanfaatkan Jamkesda dengan peluang 3,883 kali lebih banyak dibandingkan responden dengan pengetahuan kurang.

Berdasarkan hasil analisis uji statistik *chi square* diperoleh hasil  $Pvalue = 0,002$  yang membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda. Hasil penelitian ini sesuai dengan model utilisasi Andersen yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu variabel faktor kepercayaan kesehatan (*health belief*) dalam individual determinan yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1975).

Berbeda dengan temuan Savitri (2011), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan Jamkesmas tidak menemukan hubungan signifikan antara pengetahuan responden dengan pemanfaatan Puskesmas. Dapat diasumsikan bahwa Jamkesmas adalah asuransi untuk masyarakat miskin dimana bila dikaitkan dengan status pendidikan, masyarakat miskin adalah mayoritas penduduk dengan pendidikan rendah. Pendidikan masyarakat yang rendah

berpengaruh terhadap kemampuan dan akses responden dalam menerima informasi sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa pada responden Jamkesda memiliki karakteristik responden yang homogen dan tidak bervariasi dengan dominasi tingkat pengetahuan yang kurang.

Menurut teori WHO dalam Notoatmodjo (2005) salah satu determinan perilaku adalah pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*) diartikan sebagai pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak dan berperilaku. Pemikiran dan perasaan tersebut merupakan hasil dari informasi dan pengetahuan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hermanto (2009), dalam penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum dan Spesialis Penyakit Dalam. Sebayang (2006), dalam penelitian JPKMM juga menemukan adanya hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan pemanfaatan Puskesmas, dimana masyarakat yang berpengetahuan tinggi mempunyai peluang 5,722 kali memanfaatkan Puskesmas dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan rendah tentang JPKMM. Suryarini (2002), menemukan adanya hubungan bermakna antara pengetahuan responden mengenai kartu sehat JPSBK dengan pemanfaatan rawat jalan Puskesmas. Hasil penelitian Maman (2002), tentang program JPS-BK, menemukan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan kartu sehat.

Hal tersebut dikarenakan pengetahuan adalah domain awal seseorang untuk berperilaku (*practice*) (Bloom, 1908). Pengetahuan merupakan sinar dari suatu praktek, memimpin praktek, mengarahkan praktek, dan mengembangkan praktek sehingga pengetahuan dan praktek tidak dapat dipisahkan (Prawironegoro, 2010). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan berhubungan erat dengan utilisasi Jamkesda. Semakin besar informasi yang diperoleh masyarakat tentang Jamkesda, maka semakin baik pengetahuan masyarakat tentang Jamkesda dan semakin tinggi pula tingkat utilisasi Jamkesda.

### 7.3.3.2. Hubungan Sikap dengan Utilisasi Jamkesda

Sikap memiliki kesamaan dengan pengetahuan merupakan salah satu variabel faktor predisposisi dalam individual determinan (Andersen & Newman, 1974). Hal sama disampaikan Notoatmodjo (2007), sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan pelaksanaan motif tertentu (Newcomb dalam Notoadmodjo: 2007). Oleh karena itu, dalam penelitian ini diasumsikan bahwa responden yang bersikap positif memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan Jamkesda lebih tinggi dibanding masyarakat yang bersikap negatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan sikap positif memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 66,7%. Responden dengan sikap positif memanfaatkan Jamkesda dengan peluang 2,602 kali lebih banyak dibandingkan responden dengan sikap negatif.

Berdasarkan hasil analisis uji statistik *chi square* diperoleh hasil *Pvalue* = 0,024 yang membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan utilisasi pelayanan Jamkesda. Hasil ini sejalan dengan model Andersen yang menyatakan bahwa sikap merupakan salah satu variabel faktor kepercayaan kesehatan (*health belief*) dalam determinan individual yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1975).

Hermanto (2009), menemukan adanya hubungan yang bermakna antara sikap dan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam, namun tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sikap dan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum. Maman (2002), berdasarkan uji kai kuadrat diperoleh hasil adanya hubungan yang signifikan antara sikap responden terhadap JPS-BK dengan pemanfaatan kartu sehat, dan responden yang mempunyai sikap kurang mendukung terhadap JPS-BK mempunyai peluang sebesar 5,7 kali untuk tidak memanfaatkan kartu sehat ke Puskesmas dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap

mendukung terhadap program JPS-BK. Yuliah (2001), juga menemukan ada hubungan antara sikap dengan pemanfaatan Puskesmas.

Hal tersebut dikarenakan sikap merupakan komponen perilaku dalam perilaku tertutup (*covert behavior*). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktekan apa yang diketahui dan dinilai baik (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan hasil ini diambil kesimpulan bahwa sikap berhubungan erat dengan utilisasi Jamkesda. Semakin positif sikap masyarakat terhadap Jamkesda maka semakin besar pula tingkat utilisasi pelayanan Jamkesda.

### **7.3.3.3. Hubungan Persepsi Ancaman (*Perceived Threat*) dengan Utilisasi Jamkesda**

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa responden yang memiliki persepsi bahwa ancaman kesehatan berbahaya memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 68,4% lebih banyak dibandingkan responden dengan responden yang memiliki persepsi bahwa ancaman kesehatan tidak berbahaya dengan peluang sebesar 6,019 kali. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Clements (1990) dikutip dari Smet (1994), dalam penelitian tentang imunisasi menyatakan bahwa berdasarkan model HBM memberi kesan orang memanfaatkan program imunisasi percaya bahwa 1) kemungkinan terkena penyakit tinggi (ketidakkebalan); 2) jika terjangkit, penyakit tersebut membawa akibat serius.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *chi square* didapat hasil  $Pvalue = 0,000$  yang membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ancaman kesehatan (*perceived threat*) dengan utilisasi Jamkesda. Hasil tersebut sesuai dengan Model Andersen dan model faktor kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) yang dirumuskan oleh Hochbaum, Irwin Rosenstock, dan Stephen Kegeles yang berasumsi bahwa ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul mengacu kepada sejauh mana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman kepada dirinya. Asumsinya bahwa bila ancaman yang

dirasakan meningkat maka perilaku pencegahan juga meningkat (Smet, 1994). Oleh sebab itu, persepsi terhadap ancaman kesehatan memiliki hubungan yang signifikan dengan utilisasi Jamkesda. Semakin besar persepsi masyarakat tentang ancaman kesehatan maka semakin tinggi pula tingkat kecenderungan dalam utilisasi Jamkesda.

#### **7.3.3.4. Hubungan Persepsi Keuntungan-Kerugian (*Persepsi Benefit-Barrier*) dengan Utilisasi Jamkesda**

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa responden yang memiliki persepsi bahwa jamkesda memberikan keuntungan memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 62,1% lebih banyak dibandingkan responden dengan responden yang memiliki persepsi bahwa Jamkesda tidak memberikan keuntungan dengan peluang sebesar 10,653 kali.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *chi square* didapat hasil *Pvalue* = 0,001 yang membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi keuntungan-kerugian (*perceived benefit-barrier*) dengan utilisasi Jamkesda. Hasil tersebut sesuai dengan model Andersen dan model faktor kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) yang dirumuskan oleh Hochbaum, Irwin Rosenstock, dan Stephen Kegeles yang berasumsi pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak (Smet, 1994). Oleh sebab itu, persepsi terhadap keuntungan dan kerugian Jamkesda memiliki hubungan yang signifikan dengan utilisasi Jamkesda. Semakin tinggi persepsi masyarakat tentang keuntungan Jamkesda semakin tinggi pula tingkat utilisasi Jamkesda.

### **7.3.4. Faktor Sumber Daya**

#### **7.3.4.1. Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Utilisasi Jamkesda**

Perilaku merupakan sesuatu yang rumit, unik, dan kompleks. Perilaku tidak hanya menyangkut dimensi kultural berupa sistem nilai dan norma, melainkan juga dimensi ekonomi yang merupakan pendukung perilaku

(Depkes, 2008). Pendapatan dalam penelitian ini merupakan salah satu variabel faktor sumber daya. Menurut teori WHO dalam Notoatmodjo (2005) menjelaskan bahwa sumberdaya (*resources*) merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Thabrany (2005) menjelaskan bahwa pendapatan mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan. Karr dalam Notoadmdjo (2005) menjelaskan bahwa salah satu determinan perilaku adalah adanya kondisi atau situasi yang diperlukan untuk bertindak. Kondisi dan situasi tersebut termasuk fasilitas serta kemampuan yang ada. Faktor pendapatan berhubungan kuat dengan *demand* pelayanan kesehatan. Makin tinggi pendapatan seseorang, makin tinggi pula permintaan akan pelayanan kesehatan (Ilyas, 2011).

Berdasarkan model Andersen, pendapatan keluarga adalah faktor yang memungkinkan seseorang dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen and Newman, 1974).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki pendapatan rendah memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 67,7%. Berdasarkan nilai OR, responden yang memiliki pendapatan rendah berpeluang untuk memanfaatkan Jamkesda sebanyak 4,447 kali dibandingkan responden dengan pendapatan keluarga tinggi.

Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil *Pvalue* = 0,000 yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan utilisasi Jamkesda. Hal tersebut sesuai dengan model Andersen (Andersen & Newman, 1975). Namun berbeda dengan temuan Yuliah (2001) yang menemukan tidak ada hubungan antara penghasilan dengan tingkat pemanfaatan Puskesmas.

Hasil temuan dalam penelitian ini mengasumsikan responden dengan tingkat pendapatan yang besar cenderung untuk tidak memanfaatkan pelayanan gratis Jamkesda. Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh tingkat kemampuan kapabilitas ekonomi sehingga responden lebih memanfaatkan pelayanan umum dan pelayanan praktek, sehingga tingkat utilisasi Jamkesda rendah. Thabrany (2005), menjelaskan bahwa menawarkan jaminan pelayanan Puskesmas tidak akan menarik kelompok penduduk berpendapatan



menengah dan tinggi untuk jadi peserta asuransi. Data juga menunjukkan bahwa di kalangan kelompok terjamin, orang yang lebih kaya cenderung lebih sedikit menggunakan pelayanan Puskesmas. Tingkat pemanfaatan pelayanan Puskesmas dari kelompok terkaya hanya sekitar separuh dari kelompok termiskin.

Sedangkan responden dengan tingkat penghasilan rendah lebih memanfaatkan pelayanan Jamkesda sebagai penghematan dan secara faktual pelayanan gratis Jamkesda memberikan keuntungan karena mengurangi beban pengeluaran tak terduga (beban moneter) pada responden dengan penghasilan rendah.

Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa pendapatan keluarga berhubungan signifikan dan berbanding terbalik dengan utilisasi Jamkesda. Semakin rendah tingkat pendapatan keluarga, menyebabkan semakin tinggi kebutuhan terhadap Jamkesda dan semakin tinggi pula tingkat utilisasi Jamkesda.

#### **7.3.4.2. Hubungan Aksesibilitas dengan Utilisasi Pelayanan Jamkesda**

Aksesibilitas merupakan sinonim dari ketersediaan finansial dan sumber daya sistem pelayanan kesehatan (Aday and Andersen, 1974). Aksesibilitas dapat juga diartikan sebagai tersedianya pelayanan kapanpun dan dimanapun pasien membutuhkannya (Bodenheimer; Freeborn and Greenlick dalam Aday and Andersen, 1974). Aksesibilitas kesehatan terdiri dari biaya (biaya yang dikeluarkan untuk mencapai unit pelayanan maupun biaya yang dikeluarkan dalam memperoleh pelayanan), jarak, dan ketersediaan transportasi (Green, 1980). Thabrany (2005), menyatakan bahwa tempat tinggal (terkait jarak) mempengaruhi konsumsi pelayanan kesehatan secara signifikan. Berdasarkan teori, aksesibilitas merupakan salah satu variabel yang memungkinkan utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1974). Dalam penelitian ini diasumsikan bahwa semakin mudah aksesibilitas responden menuju pusat pelayanan kesehatan maka semakin tinggi pula tingkat utilisasi Jamkesda.

Penelitian ini menemukan hasil bahwa responden yang memiliki akses mudah memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 67,7%. Berdasarkan nilai OR, responden dengan aksesibilitas mudah memanfaatkan utilisasi Jamkesda dengan peluang sebanyak 8,400 kali lebih banyak dibanding responden yang memiliki tingkat aksesibilitas sulit. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Illyas (2011), yang menyatakan bahwa makin mudah akses maka semakin tinggi *demand* terhadap pelayanan kesehatan. Hal yang sama dijelaskan oleh Wibisana (2007), yang menyatakan bahwa kedekatan dan penempatan strategis sarana kesehatan cenderung positif terhadap tingkatan penggunaannya, biaya transportasi yang terjangkau dan ketersediaan alat transportasi setiap waktu akan meningkatkan utilisasi, serta lamanya waktu mencapai fasilitas pelayanan merupakan faktor jarak yang dapat menghambat utilisasi pelayanan kesehatan. Senada dengan itu, Gani (1981), menjelaskan bahwa jarak merupakan faktor penghambat utilisasi pelayanan kesehatan dan waktu merupakan beban non moneter yang mempengaruhi *demand* utilisasi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uji statistik *chi square* diperoleh nilai *Pvalue* = 0,006 yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara aksesibilitas dengan utilisasi Jamkesda. Hal tersebut sesuai dengan utilisasi pelayanan kesehatan model Andersen yang menyatakan bahwa aksesibilitas adalah salah satu variabel faktor yang memungkinkan utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1975).

Savitri (2011), dalam penelitiannya tentang Jamkesmas juga menemukan adanya hubungan signifikan antara sarana transportasi dengan pemanfaatan puskesmas, yang menyimpulkan bahwa responden dengan transportasi mudah berpeluang 4,000 kali untuk memanfaatkan puskesmas dibandingkan dengan responden dengan transportasi sulit. Situmorang (2004), memaparkan bahwa aksesibilitas sangat berpengaruh dan memiliki tingkat signifikansi yang tinggi. Responden yang memiliki aksesibilitas mudah berpeluang untuk utilisasi pelayanan pengobatan sebesar 20,68 kali lebih besar dibandingkan dengan masyarakat yang mempunyai aksesibilitas sulit. Sitanggang (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu Askes

menemukan adanya hubungan yang bermakna antara jarak ke Puskesmas dengan pemanfaatan kartu Askes. Suryarini (2002), menemukan adanya hubungan bermakna antara jarak dengan pemanfaatan rawat jalan Puskesmas. Maman (2002), menemukan ada hubungan bermakna antara jarak dengan tingkat pemanfaatan kartu sehat oleh masyarakat. Yuliah (2001), juga menemukan ada hubungan yang bermakna antara jarak dengan pemanfaatan Puskesmas.

Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Hermanto (2009), yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara jarak dengan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum dan Spesialis Dalam. Hal tersebut mungkin terjadi dikarenakan perbedaan karakteristik lokasi penelitian dimana lokasi dalam penelitian tersebut adalah daerah perkotaan (poliklinik umum dan spesialis) dengan tingkat aksesibilitas yang relatif mudah dijangkau respondennya.

Hasil temuan dalam penelitian ini tidak lepas dari karakteristik kondisi geografis desa-desa yang berada di bawah wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken, hampir seluruh jalan masuk ke desa-desa di Kecamatan Manuhing belum beraspal dan kondisi sebagian rusak parah. Dengan tingkat aksesibilitas yang sulit ini maka wajar apabila masyarakat yang berada jauh dari pusat pelayanan kesehatan lebih memilih mengobati diri sendiri dibandingkan memanfaatkan Jamkesda. Depkes (2001), dalam buku yang berjudul Pedoman Pelayanan Kesehatan Desa Terpencil menyatakan bahwa keadaan geografis dan sarana transportasi serta kondisi musim dalam penyelenggaraan kesehatan pelayanan kesehatan di daerah terpencil belum dapat teratasi sepenuhnya dengan kebijakan serta strategi pendekatan yang telah ada sehingga upaya yang telah dilaksanakan belum dapat mengatasi kesenjangan jangkauan layanan yang bermutu, sehingga tetap menjadi permasalahan yang harus dipikirkan pemecahannya.

Oleh sebab itu, dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa aksesibilitas berhubungan erat dengan Jamkesda. Semakin mudah tingkat aksesibilitas maka semakin tinggi utilisasi Jamkesda.

### 7.3.5. Faktor Kebutuhan (*Needs*)

#### 7.3.5.1. Hubungan Kebutuhan Jamkesda dengan Utilisasi Pelayanan Jamkesda

Berdasarkan teori, kebutuhan merupakan faktor utama yang berperan besar dalam mendorong perilaku individu terhadap utilisasi pelayanan kesehatan (Andersen & Newman, 1973).

Penelitian ini menemukan hasil bahwa responden yang menyatakan membutuhkan pelayanan kesehatan memanfaatkan utilisasi Jamkesda sebanyak 60,4%.

Hasil analisis uji statistik berdasarkan uji alternatif *fisher's exact* diperoleh nilai *Pvalue* = 0,000 yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebutuhan Jamkesda dengan utilisasi pelayanan Jamkesda.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Gani (1980), dalam disertasinya membuktikan bahwa adanya pengaruh yang besar antara kebutuhan (*need*) terhadap *demand* pelayanan kesehatan. Sejalan dengan hasil penelitian Sitanggung (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu Askes menemukan adanya hubungan yang bermakna antara faktor *need* dengan pemanfaatan kartu Askes.

Tingginya utilisasi Jamkesda pada responden yang membutuhkan Jamkesda dikarenakan kelompok tersebut benar-benar memerlukan pelayanan kesehatan yang mendorong kecenderungan responden untuk memanfaatkan pelayanan tersebut secara maksimal, sebaliknya responden yang tidak membutuhkan Jamkesda merasa tidak memiliki kepentingan dan lebih cenderung untuk tidak memanfaatkan Jamkesda. Sehingga, tingkat utilisasi pada responden yang membutuhkan pelayanan Jamkesda lebih tinggi dibanding responden yang tidak membutuhkan Jamkesda. Selain itu, tingginya tingkat kebutuhan terhadap Jamkesda pada kelompok masyarakat yang tidak terlindungi oleh asuransi/jaminan sosial (Askes, Jamsostek, Jamkesmas dan Asabri) adalah untuk mengurangi beban moneter yang dialami masyarakat ketika mereka jatuh sakit. Oleh karena itu, salah satu alternatif pilihan utama adalah utilisasi Jamkesda.

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa kebutuhan terhadap pelayanan Jamkesda berhubungan erat dengan utilisasi Jamkesda. Semakin tinggi tingkat kebutuhan masyarakat terhadap Jamkesda maka semakin tinggi pula utilisasi Jamkesda.

### 7.3.5.2. Hubungan Gejala Penyakit dengan Utilisasi Jamkesda

Berdasarkan teori, gejala penyakit merupakan komponen dasar dan stimulus langsung berhubungan dengan perilaku individu dalam utilisasi pelayanan kesehatan (Notoadmodjo, 2007; Andersen & Newman, 1973). Gejala penyakit merupakan penilaian individu terhadap besarnya atau hebatnya gejala/rasa sakit akibat penyakit atau gangguan kesehatan yang dirasa oleh individu tersebut (Ilyas, 2011; Andersen & Newman, 1973). Gejala penyakit yang nyata dan luar biasa mendorong si sakit atau keluarga untuk berkunjung ke sarana pelayanan, sebaliknya gejala yang tidak jelas sering diobati sendiri dan memperlambat kontak dengan petugas kesehatan (Wibisana, 2007).

Responden dengan gejala berat memanfaatkan Jamkesda dengan peluang 2,799 kali lebih banyak dibanding responden dengan gejala ringan. Hal tersebut dikarenakan oleh gejala penyakit yang nyata dan luar biasa mendorong si sakit atau keluarga untuk berkunjung ke sarana pelayanan, sebaliknya gejala yang tidak jelas sering diobati sendiri dan memperlambat kontak dengan petugas kesehatan (Wibisana, 2007).

Berdasarkan uji statistik *chi square* diperoleh hasil  $Pvalue = 0,015$  yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara gejala penyakit dengan utilisasi pelayanan Jamkesda. Hal tersebut sesuai dengan utilisasi kesehatan model Andersen yang menyatakan bahwa gejala penyakit merupakan salah satu faktor penentu kebutuhan (*needs*) dalam utilisasi Jamkesda.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sebayang (2006), juga menyatakan ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan pemanfaatan puskesmas. Maman (2002), dalam penelitiannya tentang pemanfaatan kartu sehat diperoleh hasil yang signifikan antara persepsi sakit

dengan pemanfaatan kartu sehat, dimana responden dengan persepsi sakit ringan mempunyai peluang sebesar 5,4 kali untuk tidak memanfaatkan kartu sehat ke puskesmas dibandingkan dengan responden dengan persepsi sakit berat. Yuliah (2001), menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan puskesmas.

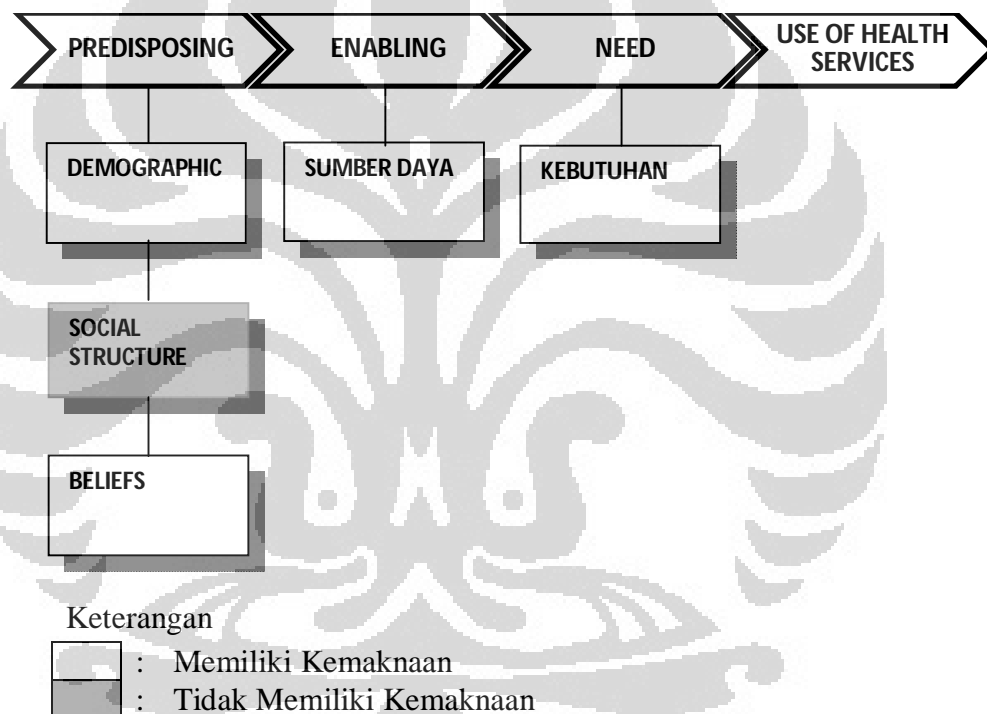
Temuan dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh semakin berat gejala penyakit menyebabkan semakin kecil tingkat toleransi seseorang untuk mampu menahan gejala tersebut, yang mendorong responden berusaha untuk mencari pertolongan pengobatan

Namun, penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Hermanto (2009), yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan tingkat pemanfaatan kartu Jamkesmas di Poliklinik umum dan Spesialis Penyakit Dalam. Perbedaan ini kemungkinan disebabkan perbedaan tingkat toleransi individu terhadap rasa sakit (Karoly, 1985; Melzack & Wall, 1982). Ketika seseorang memiliki tingkat toleransi yang tinggi terhadap rasa sakit atau gejala penyakit memberi kecenderungan seseorang untuk menahan sakitnya dan tidak segera mencari pertolongan pengobatan. Faktor lain adalah perbedaan karakteristik penelitian, dimana kecenderungan pasien yang berobat pada unit Spesialis Penyakit Dalam tidak dengan gejala penyakit berat atau intensitas nyeri yang tinggi (contoh responden dengan Diabetes Melitus). Lumenta (1989), menjelaskan bahwa reaksi seseorang terhadap gejala penyakit sangat bergantung pada pengalamannya, tetapi juga pada faktor sosial dan budaya kelompok masyarakat sekelilingnya. Ada kelompok yang menganggap suatu gejala sangat mencemaskan, namun kelompok lain dapat diabaikan. Penerimaan ini akan menentukan reaksi dalam perilaku pencarian pengobatan.

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa gejala penyakit berhubungan erat dengan utilisasi Jamkesda. Semakin berat gejala penyakit yang dirasakan masyarakat, semakin tinggi tingkat utilisasi Jamkesda.

#### 7.4. Hasil Kemaknaan Temuan Berdasarkan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen

Walaupun tidak semua variabel determinan individu memiliki hubungan yang bermakna dengan utilisasi Jamkesda. Namun, secara keseluruhan utilisasi pelayanan kesehatan model Andersen yang diwakili oleh beberapa variabel (demografi, struktur sosial, kepercayaan kesehatan, sumber daya, dan kebutuhan) dapat digunakan untuk melihat hubungan determinan individu dengan utilisasi Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken. Berikut adalah hasil kemaknaan dalam penelitian ini.



**Gambar 7.1. Hubungan Kemaknaan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Model Andersen**

## BAB 8

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa:

1. Utilisasi Jamkesda oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing masih belum optimal.
2. Dengan menggunakan model utilisasi pelayanan kesehatan Andersen untuk melihat hubungan determinan individu dengan utilisasi Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken, ditemukan beberapa hal sebagai berikut:
  - a. Faktor yang paling kuat dan dominan berhubungan signifikan dengan utilisasi Jamkesda adalah kepercayaan (*belief*), yang membuktikan bahwa semakin tinggi tingkat kepercayaan masyarakat yang diwakili oleh pengetahuan sikap dan persepsi yang baik terhadap kesehatan maka semakin besar pula kecenderungan masyarakat dalam utilisasi Jamkesda.
  - b. Faktor kedua yang berhubungan dengan utilisasi Jamkesda adalah sumber daya, yang membuktikan bahwa ketika seseorang telah memiliki kepercayaan kesehatan yang positif maka sumberdaya menjadi salah satu faktor pemungkin seseorang dalam utilisasi Jamkesda. Semakin mudah akses dan tersedianya dana untuk mencapai tempat kesehatan sangat memungkinkan seseorang dalam utilisasi Jamkesda.
  - c. Faktor ketiga adalah kebutuhan yang membuktikan bahwa rendahnya toleransi seseorang terhadap gejala penyakit akan menyebabkan tingginya kecenderungan utilisasi Jamkesda.
  - d. Faktor demografi, jenis kelamin perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan Jamkesda.

Penelitian ini hanya mengukur aspek individual, sehingga dengan sendirinya kesimpulan dan saran intervensi yang dapat dilakukan terhadap aspek-aspek individual saja.



## 8.2.Saran

### 8.2.1. Pemerintah Daerah/Institusi Pemerintahan

Dari hasil dan kesimpulan penelitian, dapat disarankan beberapa hal sebagai berikut:

1. Upaya yang perlu dilakukan adalah meningkatkan sosialisasi Jamkesda kepada masyarakat melalui KIE (*communication, information, and education*) yang lebih ekstensif. Untuk itu, Pemerintah Daerah Gunung Mas diharapkan memperkuat dukungannya dan melakukan pembinaan demi kelancaran program ini, serta melakukan upaya percepatan pembangunan untuk mempermudah aksesibilitas masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesda. Agar program dapat berjalan lancar, maka DPRD Kabupaten Gunung Mas disarankan untuk mendukung dan mengawasi pelaksanaan program Jamkesda sehingga dapat berjalan sesuai dengan koridor/aturan hukum yang telah dirumuskan.
2. Dalam meningkatkan utilisasi Jamkesda ini diharapkan agar Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas melakukan:
  - a. Monitoring dan evaluasi program Jamkesda.
  - b. Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Jamkesda.
  - c. Melakukan pelatihan kepada petugas kesehatan terkait teknis pelaksanaan Jamkesda.
3. Perlu dipikirkan bagaimana dana Jamkesda dapat diarahkan dan lebih dimaksimalkan kepada upaya promosi kesehatan (berdasarkan Perda Gunung Mas No 4 Tahun 2009 pasal 17 poin 1 bahwa paket pelayanan rawat jalan termasuk konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan, dengan harapan bila tingkat kesehatan dan PHBS masyarakat meningkat maka jumlah orang sakit berkurang, sehingga sisa dana Jamkesda yang tersedia bukan untuk klaim kesakitan atau pengobatan tetapi bisa dimanfaatkan untuk upaya preventif masyarakat dan meningkatkan sumber daya kesehatan.

### **8.2.2. Bagi Puskesmas dan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jamkesda**

Untuk meningkatkan utilisasi Jamkesda secara optimal Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) disarankan untuk lebih meningkatkan sosialisasi Jamkesda bagi masyarakat melalui upaya promosi kesehatan sehingga masyarakat diharapkan memperoleh informasi yang benar tentang Jamkesda, melakukan upaya koordinasi dan kerjasama lintas sektoral dengan camat, lurah dan kepala desa guna mensosialisasikan program Jamkesda, serta meningkatkan kemitraan dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama untuk mendukung program Jamkesda.

### **8.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Untuk penelitian lanjutan disarankan agar dilakukan penelitian lain dengan desain berbeda atau lebih mendalam melalui penelitian kualitatif, sehingga mampu menggali lebih dalam gambaran individual determinan utilisasi pelayanan Jamkesda. Selain determinan individu disarankan untuk mengembangkan penelitian ke arah determinan sosial (teknologi, norma dan kebudayaan masyarakat) dan sistem pelayanan kesehatan (sumber daya dan organisasi kerja) terkait utilisasi Jamkesda.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aday, Lu Ann dan Andersen, Ronald. 1974. *A Framework for the Study of Access to Medical Care*. Reprinted from Health Service Research (pp 208 – 220) Dari: [www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/) [diakses tanggal 30 Okt 2010 18:08 WIB].
- Adisasmito, Wiku. 2010. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT Rajawali Press.
- Andersen, Ronald dan Newman, John F. 1973. *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. Reprinted from The Milbank Quarterly, Vol 83, No. 4, 2005 (pp. 1 – 28) Dari: [www.milbank.org/quarterly/](http://www.milbank.org/quarterly/) [diakses tanggal 30 Okt 2010 18:12 WIB].
- Azwar, Azrul. 1982. *Dasar-Dasar Perencanaan di Bidang Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.
- , 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Badan Litbang Depkes RI, 2010. *Kajian Kematian Ibu, Kematian Anak dan Status Gizi di Indonesia*. Sekretariat Sukernas, Badan Litbang Depkes RI.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Gunung Mas. 2010. *Manuhing Dalam Angka 2009/2010*.
- Blum, Henrick L. 1981. *Planning For Health: Development and Application of Social Change Theory*. New York: Human sciences Press, Inc.
- Bungin, Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan ilmu sosial lainnya*. Jakarta: Kencana.
- Dahlan, M. Sopiudin. 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Penggunaan SPSS*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Depkes. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

- , 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI – Pusat Promosi Kesehatan.
- , 2008. *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- , 2008. *Profil Kesehatan Indonesia 2006*. Pusat Data dan Informasi, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- , 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1114/Menkes/SK/VIII/2005. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- , 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Promosi Kesehatan.
- Di Iorio, Colleen Konicki. 2005. *Measurement in Health Behavior: Methods for research and education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Edberg, Mark. 2007. *Buku Ajar Kesehatan Masyarakat: Teori sosial & Perilaku*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elder John P, et all. 1994. *Motivating Health Behavior*. New York: Delmar Publishers Inc.
- Ewles, Linda & Simnet, Ina. 1994. *Promosi Kesehatan, Petunjuk Praktis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Feldman, Robert S. 2003. *Essential Of Understanding Psychology Fifth Editional*. New York: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Green, L.W. et al, 1980, *Health Education Planning; a Diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Co., Palo Alto
- Herlina, Henny. 2007. *Hubungan Antara Pemenuhan Hak Pasien dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Kota Tangerang Tahun 2007*. Tesis. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

- Hermanto. 2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Pemanfaatan Kartu Jamkesmas di Poliklinik Umum dan Spesialis Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Melawi Tahun 2009*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Ilyas, Yaslis. 2002. *Kinerja. Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- , 2006. *Mengenal Asuransi Kesehatan. Riview Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- , 2011. *Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit: Teori, Metoda, dan Formula*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Kemenkes RI. 2010. *Penuntun Hidup Sehat. Edisi Keempat*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kasjono, Heru S. & Yasril. 2009. *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kompas.com. 2010. *Pelayanan Kesehatan Tak Kunjung Merata*. Dari: <http://www.kompas.com/read/xml/> tanggal 26 Jan 2010, [diakses tanggal 10 Mei 2011 01:45 WIB]
- Kriyantono, Rachmat. 2006. *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Kencana.
- Lembaga Penelitian SMERU *Research Institute*. 2009. *Data Tren Sektor Kesehatan Berdasarkan Susenas 1995 – 2006*. Lembaga Penelitian SMERU. Dari: <http://www.smeru.or.id/report/> [diakses tanggal 13/03/2011 pukul 19:38 WIB]
- Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis. Citra, Konflik, dan Harapan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- MacDonald, Theodore H. 1998. *Rethinking Health Promotion A Global Approach*. London and New York: Reutledge.

- Machfoedz, Ichram & Suryani, Eko. 2007. *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya.
- Maman. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Kartu Sehat di Puskesmas Tanjungwangi, Kecamatan Cijambe, Kabupaten Subang Tahun 2002*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- McKenzie, James F., Pinger, Robert R., & Kotecki, Jerome E. 2007. *Kesehatan Masyarakat, Suatu Pengantar*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mubarak, Wahid Iqbal & Chayatin, Nurul. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Mukti, Ali Ghufron. 2007. *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta: Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Mukti, Ali Ghufron & Moertjahjo. 2007. *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegritas*. Yogyakarta: Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Masa bekerjasama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah.
- Murti, Bhisma. Et all. 2006. *Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Niven, Neil. 2002. *Psikologi Kesehatan: Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- National Cancer Institute. 2005. *Theory at a Glance: A Guide For Health Promotion Practice (second edition)*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Dari <http://www.....> [diakses tanggal 10 Nov 2010 16:32 WIB]
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1982. *Perilaku Sakit dalam Hubungannya dengan Usaha Penyembuhan: Suatu Studi tentang Perilaku Sakit di Kecamatan*

- Pasar Kemis Kabupaten Tangerang*. Jakarta: Proyek Peningkatan Perguruan Tinggi UI
- , 2005. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- , 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- , 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Parsons, Wayne. 2008. *Public Policy: Pengantar Teori & Praktik analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Permasih, Erma. 2001. *Tinjauan Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas-Puskesmas Kabupaten Cianjur*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Unuversitas Indonesia.
- Prawironegoro, Darsono. 2010. *Filsafat Ilmu Pendidikan*. Jakarta: Nusantara Consulting
- Pusat Promosi Kesehatan, 2009. *Promosi Kesehatan: Komitmen Global dari Ottawa-Jakarta-Nairobi Menuju Rakyat Sehat*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan bekerjasama dengan Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM-UI.
- Rachmat, R.H. Habib. 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Ramuson, Mark R dkk. 1998. *Komunikasi untuk Kelangsungan Hidup Anak*. Washington, DC: United State Agency for Internatioal Development.
- Register Rawat Jalan Puskesmas Tumbang Talaken Kecamatan Manuhing Tahun 2010.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2007. *Laporan Nasional 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- , 2007. *Riskesdas Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- , 2010. *Riskesdas 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan R I.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Nuha Medika.

- RPJPK, 2009. *Rancangan Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) 2005 – 2025*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- Ruby, Mahlil. 2005. *Perbaikan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin*. Jurnal MARSIS Vol. VI No. 1 Februari 2005.
- Sabri, Luknis & Hastono, S Priyo. 2010. *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Santoso, Singgih. 2010. *Panduan Lengkap Menguasai Statistik dengan SPSS 17*. Jakarta: Alex Media Komputindo.
- Sarafino, Edward P. 2006. *Health Psychology. Biopsychosocial Interaction, Fifth Edition*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Savitri, Dini. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Puskesmas Sukmajaya oleh Peserta Jamkesmas di Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2011*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Sebayang, Ribka Ivana. 2006. *Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas oleh Keluarga Miskin Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Wilayah Kecamatan Warungkodang Kabupaten Cianjur Tahun 2005*. Tesis. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Sejarah Puskesmas*. Diakses dari ([www.i-kritiscerdassehat.blogspot.com](http://www.i-kritiscerdassehat.blogspot.com). tanggal 26/05/2011 pukul 08:35)
- Siagian, Sukri. 2010. *Analisis utilisasi dan Pola Pembiayaan pada Pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan OOP pada Rawat Inap Kelas III RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2009*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Sitanggang, Polisman. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Kartu Askes dalam Mendapatkan Pengobatan Rawat Jalan di Puskesmas Kecamatan Jambi Selatan Kota Jambi Tahun 2002*. Tesis Program Pasca Sarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.



- Situmorang, Yuniati. 2004. *Aksesibilitas dan Faktor Lain yang Berhubungan dengan Utilisasi Pelayanan Pengobatan di Puskesmas Baros oleh Masyarakat Kecamatan Baros Kota Sukabumi April 2004*. Tesis Program Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Smet, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit PT. Gramedia Widiaswara Indonesia.
- Sulaeman, E. Sutisna. 2009. *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sulastomo. 2008. *Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sebuah Introduksi*. Jakarta: Rajawali Press.
- Suryarini, Dyah Permata. 2002. *Analisis Pemanfaatan Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas oleh Pemegang Kartu Sehat JPSBK di Kabupaten Karawang Tahun 2001*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Thabrany, Hasbullah. 2000. *Managed Care, Bagian B: Mengintegrasikan Penyelenggaraan & Pembiayaan Kesehatan*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia & PT (Persero) Asuransi Kesehatan.
- , 2005. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*: PT. RajaGrafindo Persada.
- , 2005. *Rumah Sakit Publik Berbentuk BLU: Bentuk Paling Pas Dalam Koridor Hukum Saat ini*. Jurnal MARSIS Vol. VI No. 1 Februari 2005.
- Trihono. 2007. *Pengaruh Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*. Disertasi Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Triratnawati, Atik. 2006. *Under-utilization of Community Health Centers in Purworejo Regency, Central Java*. Jurnal *Makara, Kesehatan*, VOL. 10, NO. 1, JUNI 2006: 1-6

- WHO. 1992. *Pendidikan Kesehatan: Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar*. Bandung: Penerbit ITB & Penerbit Univerdita Udayana.
- , 2010. *World Health Statistics 2010*.
- Wibisana, Widyastuti. 2007. *Utilisasi Pelayanan Rumah Sakit dalam Program Jaminan Kesehatan bagi Penduduk Miskin 2005 pada 6 Provinsi di Indonesia*. Disertasi Program Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Yuliah. 2001. *Pemanfaatan Puskesmas Ditinjau dari Aspek Pengguna Jasa, Penyelenggara Pelayanan dan Pendukung di Puskesmas Pasar Kemis Kabupaten Tangerang Tahun 2001*. Tesis. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia.
- Zeithaml, Valerie A., Parasuraman, A. & Berry, Leonard L. 1990. *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perception and Expectation*. New York: The Free Press.

## KUESIONER

### “Hubungan Antara Individual Determinan Masyarakat Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2011”

#### INFORMED CONSENT

Kepada  
Yth. **Bapak/Ibu/Saudara(i)**  
di -  
Tempat

Dengan hormat,

Perkenalkan saya, Inda Setio Wahono (NPM. 0906616022), Mahasiswa Ekstensi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang melaksanakan penelitian dalam rangka menyusun tugas akhir saya yang berjudul “Hubungan Antara Individual Determinan Masyarakat Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken Tahun 2011”.

Kuesioner ini adalah alat pengumpulan data yang hasilnya akan saya gunakan sebagai data utama dalam penelitian ilmiah saya. Saya memohon kerja sama Bapak/Ibu/Saudara(i) berkenan untuk menjawab pertanyaan kuesioner ini sesuai dengan keadaan dan pendapat anda yang sebenar-benarnya.

Tidak ada penilaian benar atau salah dalam kuesioner ini. Jawaban anda hanya akan dipergunakan untuk kepentingan akademis semata. Saya menjamin kerahasiaan identitas serta informasi atau keterangan yang disampaikan sesuai dengan etika moral akademis.

Apabila Bapak/Ibu/Saudara(i) bersedia ikut serta dalam penelitian ini, mohon tanda tangani kuesioner ini. Sebelum dan sesudahnya saya ucapkan terima kasih.

Tanggal : \_\_\_\_\_ 2011

Nama :

Desa/Kel :

Tanda Tangan :

Beritanda silang (X) atau lingkari alternatif jawaban yang menurut saudara sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Diisi oleh  
Petugas

DEMOGRAFI

1. Umur.....tahun

2. Jenis Kelamin

1) Laki-laki

2) Perempuan

3. Status Perkawinan

1) Belum Menikah

2) Menikah

STRUKTUR SOSIAL

4. Pendidikan terakhir

1) Tidak sekolah/tidak tamat SD

2) Tamat SD

3) Tamat SMP

4) Tamat SMA

5) Tamat D III/Perguruan tinggi

5. Pekerjaan

1) Tidak bekerja

2) Ibu rumah tangga

3) Tani/Penyadap karet/buruh

4) Karyawan Swasta/Honorar

5) Wiraswasta (Pedagang, Pengusaha karet)

6. Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah

1) Lebih dari 4 orang

2) Kurang atau sama dengan 4 orang

**PENGETAHUAN**

Berilah tanda checklist (v) pada alternatif jawaban yang tersedia dan menurut anda sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

**Apakah Anda tahu bahwa:**

No	Pertanyaan	Tidak Tahu	Tahu
<b>Definisi</b>			
7.	Jamkesda adalah pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat Gunung Mas		
8.	Setiap penduduk Kabupaten Gunung Mas yang memiliki KTP atau KK yang dikeluarkan oleh Kabupaten Gunung Mas telah terlindungi oleh asuransi kesehatan Jamkesda		
9.	Apakah anda tahu bahwa biaya pelayanan kesehatan tingkat pertama di Puskesmas telah dijamin oleh asuransi sosial Jamkesda		
<b>Tujuan</b>			
10.	Apakah anda tahu bahwa Jamkesda bertujuan untuk melindungi penduduk yang tidak terlindungi oleh Asuransi sosial		
11.	Pengobatan Gratis Puskesmas bertujuan terlaksananya pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutu		
12.	Mensejahterakan masyarakat gunung mas melalui pelayanan kesehatan gratis Puskesmas		
<b>Penyelenggara</b>			
13.	Pelayanan kesehatan gratis (Jamkesda) diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas		
14.	Pelayanan kesehatan gratis (Jamkesda) oleh seluruh Puskesmas di Wilayah Gunung Mas		
15.	Pelayanan kesehatan gratis (Jamkesda) dilaksanakan oleh seluruh Pustu dan Poskesdes Wilayah Gunung Mas		
<b>Sasaran</b>			
16.	Sasaran utama Jamkesda adalah penduduk Gunung Mas yang tidak terlindungi oleh jaminan asuransi sosial		
17.	PNS, ABRI/Polri, dan Peserta Jamsostek adalah kriteria penduduk yang tidak berhak atas pengobatan gratis		
18.	Peserta Jamkesmas (yang memiliki kartu Jamkesmas) adalah kriteria penduduk yang tidak berhak atas Jamkesda		
<b>Pembiayaan dan syarat pemanfaatan</b>			
19.	Puskesmas merupakan pemberi pelayanan kesehatan gratis		
20.	Pembiayaan pelayanan kesehatan gratis dibebankan kepada Anggaran Pembangunan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Gunung Mas		
21.	Untuk mendapatkan pelayanan gratis anda perlu membawa KTP atau Kartu Keluarga pada saat berobat ke puskesmas		

No	Pertanyaan	Tidak Tahu	Tahu
<b>Jenis Pelayanan</b>			
22.	Pelayanan gratis konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan		
23.	Pelayanan gratis pemeriksaan fisik dan pengobatan oleh dokter		
24.	Pelayanan gratis tindakan medis sederhana		
25.	Pelayanan gratis pemeriksaan laboratorium sederhana		
26.	Pelayanan gratis pemeriksaan, perawatan dan pengobatan gigi (cabut dan tambal)		
27.	Pelayanan gratis pemberian obat sesuai ketentuan (penyakit yang diderita)		
28.	Pelayanan gratis memperoleh surat keterangan sehat/sakit		
29.	Pelayanan gratis pelayanan KB dan penanganan efek samping		
30.	Pelayanan dan pengobatan gawat darurat		
31.	Pelayanan gratis pemeriksaan Kesehatan ibu dan Anak meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perawatan bayi baru lahir serta pengobatan dan perawatan bayi sakit		


**SIKAP**

Berilah tanda checklist (v) pada alternatif jawaban yang disediakan dan menurut anda sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Keterangan

STS : Sangat Tidak Setuju

ST : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

Diisi oleh  
Petugas

**Bagaimana sikap anda terhadap:**

Skor: 1,2,3,4

No.	Pertanyaan	STS 1	TS 2	S 3	SS 4	
<b>Definisi</b>						
32.	Program Jamkesda (pengobatan gratis) sangat tepat bagi masyarakat Gunung Mas					
33.	Biaya pelayanan kesehatan tingkat pertama di Puskesmas dijamin oleh asuransi sosial Jamkesda					
<b>Tujuan</b>						
34.	Jamkesda (pengobatan gratis) memberikan manfaat kepada masyarakat					
35.	Program jamkesda (pengobatan gratis) mengurangi beban masyarakat dalam pembiayaan kesehatan					
36.	Jamkesda (pengobatan gratis) merupakan upaya untuk mensejahterakan masyarakat melalui kesehatan					
<b>Penyelenggara</b>						
37.	Jamkesda diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas					
38.	Pelaksanaan Program Jamkesda dilaksanakan seluruh Puskesmas dan jaringannya di Wilayah Gunung Mas					
<b>Sasaran</b>						
39.	Sasaran Jamkesda adalah penduduk Gunung Mas yang tidak terlindungi oleh jaminan asuransi sosial					
40.	PNS, ABRI/Polri, peserta Jamsostek dan peserta Jamkesmas tidak berhak atas Jamkesda karena telah memiliki asuransi sosial					
<b>Pembiayaan dan syarat pemanfaatan</b>						
41.	Pembiayaan Program Jamkesda dibebankan kepada Anggaran Pembangunan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Gunung Mas					
42.	KTP atau Kartu Keluarga adalah syarat untuk memperoleh pengobatan gratis di puskesmas					
<b>Jenis Pelayanan</b>						
43.	Mutu/kualitas pelayanan Jamkesda (pengobatan gratis) tidak berbeda dengan pelayanan pengobatan umum					
44.	Promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan rehabilitasi setelah sakit, pengurusan administrasi seperti surat keterangan berbadan sehat dan surat keterangan sakit termasuk pelayanan Jamkesda					

Skor 4,3,2,1  
Diisi oleh  
Petugas

No.	Pertanyaan	STS 4	TS 3	S 2	SS 1
45.	Jamkesda adalah adalah alat politik pemerintah daerah untuk mengambil hati masyarakat				
46.	Tujuan diadakannya program Jamkesda hanya sebagai kepentingan politik pemerintah semata				
47.	Pelayanan Jamkesda masih belum merata kepada seluruh masyarakat gunung mas				
48.	Jenis pelayanan yang berikan oleh Jamkesda masih belum lengkap				
49.	Puskesmas dan jaringannya belum mampu menjalankan pelayanan Jamkesda dengan baik dan benar				

↓

Diisi oleh  
Petugas

**PERCEIVED THREAT**

50. Apakah anda merasa sangat rentan/mudah tertular masalah kesehatan yang ada di sekitar anda seperti (ISPA, Diare, Batuk & Pilek):

- 1) Tidak mudah tertular
- 2) Mudah tertular
- 3) Sangat beresiko tertular

↓

51. Apakah anda merasa bahwa masalah kesehatan yang ada di sekitar anda sangat berbahaya bagi kesehatan anda

- 1) Tidak berbahaya
- 2) Berbahaya

**PERCEIVED BARRIER-BENEFIT**

52. Menurut anda apakah program Jamkesda ini menguntungkan bagi anda dan keluarga:

- 1) Tidak menguntungkan
- 2) Kurang menguntungkan
- 3) Menguntungkan
- 4) Sangat menguntungkan

53. Apakah dengan adanya pelayanan kesehatan gratis jamkesda memberikan manfaat bagi anda:

- 1) Tidak
- 2) Ya



Diisi oleh  
Petugas

SUMBER DAYA



54. Penghasilan keluarga per bulan ± Rp.....

AKSESIBILITAS

55. Berapa jauh jarak tempuh antara tempat tinggal anda dengan puskesmas:

- 1) Lebih dari 5 Km
- 2) 3 – 5 km
- 3) 1 – 3 km
- 4) Kurang dari 1 km

56. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai puskesmas:

- 1) Lebih dari 60 menit
- 2) 30 – 60 menit
- 3) 15 – 30 menit
- 4) Kurang 15 menit

57. Berapa besar biaya yang anda keluarkan untuk mencapai puskesmas (berdasarkan ongkos ojek atau biaya BBM kendaraan yang digunakan):

- 1) Lebih dari Rp. 50.000
- 2) Rp. 25.000 – Rp. 50.000
- 3) Rp. 10.000 – Rp. 25.000
- 4) Rp. 5.000 – Rp. 10.000
- 5) Kurang Rp. 5.000

58. Menurut anda seperti apakah kemudahan menempuh jarak antara tempat tinggal dengan puskesmas

- 1) Sulit
- 2) Mudah

KEBUTUHAN AKAN JAMKESDA

59. Apakah anda dan keluarga sangat membutuhkan program pelayanan kesehatan gratis jamkesda dalam upaya memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas

- 1) Tidak butuh
- 2) Kurang butuh
- 3) Membutuhkan
- 4) Sangat membutuhkan

Diisi oleh  
Petugas

GEJALA PENYAKIT



60. Ketika anda terakhir kali sakit (dalam satu tahun terakhir), seperti apakah gejala penyakit yang anda rasakan:

- 1) Ringan

- 2) Sedang
- 3) Berat
- 4) Sangat berat

61. Apabila diukur dalam intensitas nyeri skala 0 sampai 5, seberapa besar intensitas nyeri yang anda rasakan ketika anda terakhir kali sakit

- 0) Tidak ada nyeri/sakit
- 1) Nyeri sangat ringan
- 2) Nyeri ringan
- 3) Nyeri sedang
- 4) Nyeri berat
- 5) Nyeri sangat berat (tidak dapat ditoleransi)

#### UTILISASI JAMKESDA

62. Terakhir kali anda atau keluarga sakit, apa yang anda lakukan untuk mencari pertolongan pengobatan:

- 1) Tidak memanfaatkan pelayanan Puskesmas
- 2) Memanfaatkan pelayanan Puskesmas → (lanjut no. (63))

63. Apabila anda berobat di puskesmas (No. 62), apakah anda memanfaatkan pelayanan kesehatan pengobatan gratis Jamkesda dengan menggunakan KTP atau KK:

- 1) Tidak
- 2) Ya

**= Terima Kasih =**



## BUPATI GUNUNG MAS

### PERATURAN BUPATI GUNUNG MAS NOMOR 4 TAHUN 2009

#### TENTANG PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH KABUPATEN GUNUNG MAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GUNUNG MAS,

Menimbang

- a. bahwa dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, khususnya bagi penduduk di Kabupaten Gunung Mas sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Dasar 1945, maka dipandang perlu menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Gunung Mas;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati Gunung Mas tentang Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Gunung Mas;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Pulang Pisau, Kabupaten Murung Raya, Kabupaten Barito Timur di Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4180);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
6. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan, Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
7. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
9. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
10. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4436);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

13. Peraturan Pemerintahan Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 57-Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penataan Organisasi Perangkat Daerah ;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 267/MENKES/SK/III/2008 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Daerah ;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008;
17. Peraturan Daerah Kabupaten Gunung Mas Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah yang menjadi Kewenangan Kabupaten Gunung Mas ;

#### MEMUTUSKAN:

PERATURAN BUPATI GUNUNG MAS TENTANG  
PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN  
DAERAH DI KABUPATEN GUNUNG MAS

#### BAB I KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Gunung Mas
2. Pemerintah Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Bupati adalah Bupati Gunung Mas.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas.
5. Puskesmas Perawatan, Puskesmas Non Perawatan, Puskesmas Pembantu, Poskesdes/Polindes, Klinik Kesehatan Swasta, adalah Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, selanjutnya disebut PPK1;

Menetapkan

6. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten adalah Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan, selanjutnya disebut PPK2;
7. Jaminan Kesehatan Masyarakat selanjutnya disebut JAMKESMAS adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang memiliki kartu kepesertaan dan diselenggarakan secara Nasional.
8. Askes Sosial adalah program jaminan kesehatan yang diperuntukkan bagi Pegawai Negeri Sipil selanjutnya disebut ASKES, dan Asuransi Kesehatan Tenaga Kerja selanjutnya disebut ASTEK.
9. Jaminan Kesehatan Daerah selanjutnya disebut JAMKESDA adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan alternatif bagi penduduk Kabupaten Gunung Mas;
10. Tenaga Kesehatan selanjutnya disebut NAKES adalah tenaga dokter, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan dan tenaga penunjang kesehatan lainnya yang bekerja pada Rumah Sakit Umum Daerah, Puskesmas Perawatan, Puskesmas Non Perawatan, Puskesmas Pembantu, Pos Kesehatan Desa, Poskestren, Pondok Persalinan Desa, termasuk Klinik Swasta di Kabupaten Gunung Mas.
11. Jasa Pelayanan, adalah imbalan yang diterima oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) atas jasa pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien Program Jamkesda dalam rangka Pengobatan, Konsultasi, Rehabilitasi Medik dan pelayanan sejenis lain.
12. Moral Hazard adalah bentuk kecurangan dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan individu pengguna jasa pelayanan kesehatan program Jamkesda yang mengidentifikasi severitas sebuah kerugian;
13. Fraud selanjutnya disebut penipuan yaitu perbuatan atau kesalahpahaman yang disengaja dilakukan oleh PPK dan individu pengguna jasa pelayanan kesehatan program Jamkesda yang mengakibatkan suatu jenis kerugian;

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) mempunyai maksud dan tujuan sebagai berikut:

1. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar gratis bagi penduduk yang tidak terlindungi oleh Jaminan Kesehatan Asuransi Sosial PNS, ASTEK, ASABRI, TNI, POLRI dan Jamkesmas;

2. Terlaksanaynya pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya (*managedcare*);
3. Terlaksananya monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan dasar gratis Program Jamkesda di Puskesmas dan jaringannya;

### BAB III PENYELENGGARA PROGRAM JAMKESDA

#### Pasal 3

Bahwa pelaksanaan Program Jamkesda diselenggarakan oleh:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas;
2. Puskesmas Kecamatan Kahayan Hulu Utara dan Jaringannya;
3. Puskesmas Kecamatan Miri Manasa dan Jaringannya;
4. Puskesmas Kecamatan Tewah dan Jaringannya;
5. Puskesmas Kecamatan Rungan Hulu dan Jaringannya;
6. Puskesmas Kecamatan Rungan dan Jaringannya;
7. Puskesmas Kecamatan Manuhing dan Jaringannya;
8. Puskesmas Kecamatan Manuhing Raya dan Jaringannya;
9. Puskesmas Kecamatan Sepang dan Jaringannya;
10. Puskesmas Kecamatan Mihing Raya dan Jaringannya;
11. Puskesmas Kecamatan Kurun dan Jaringannya;
12. Puskesmas Tampang Tumbang Anjir Kecamatan Kurun dan Jaringannya;
13. Puskesmas Tewang Pajangan Kecamatan Kurun dan Jaringannya;
14. Puskesmas Christopherus Tumbang Marikoi Kecamatan Damang Batu;

### BAB IV TUGAS POKOK DAN FUNGSI PENYELENGGARA PROGRAM JAMKESDA

Bagian Kesatu  
Dinas Kesehatan

#### Pasal 4

Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok membantu Bupati Gunung Mas dalam penyelenggaraan Program Jamkesda sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## Pasal 5

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 5, Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

1. Merumuskan dan menyusun kebijakan teknis penyelenggaraan Program Jamkesda sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Bupati Gunung Mas berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
2. Mengkoordinasikan dan mensosialisasikan penyelenggaraan Program Jamkesda dengan instansi terkait dilingkungan Pemerintah Kabupaten Gunung Mas dan Provinsi;
3. Melakukan pembinaan, pengawasan dan memonitor penyelenggaraan program Jamkesda di PPK1;
4. Menyusun dan merumuskan Pedoman Penyelenggaraan Program Jamkesda;
5. Menyusun formalium standar pelayanan kesehatan program Jamkesda;
6. Mempublikasikan pelaksanaan program Jamkesda;
7. Menata dan melakukan pengawasan administrasi keuangan penyelenggaraan Program Jamkesda;
8. Melakukan penilaian dan evaluasi penyelenggaraan Program Jamkesda;
9. Menyusun dan menyampaikan laporan secara berkala pelaksanaan Program Jamkesda kepada Bupati Gunung Mas;

## Bagian Kedua PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT I

### Pasal 6

Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK1) mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan konsultasi dan pelayanan kesehatan bagi penduduk yang berhak mendapat pelayanan kesehatan Program Jamkesda sesuai Pedoman dan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Program Jamkesda.

### Pasal 7

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK1) menyelenggarakan fungsi:

1. Memberikan pelayanan kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap kepada penduduk yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan Program Jamkesda, sesuai Pedoman Teknis Pelaksanaan Program Jamkesda.



2. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan paket-paket pelayanan kesehatan Program Jamkesda;
3. Penatalaksanaan administrasi keuangan dan administrasi pengajuan klaim pelayanan kesehatan Program Jamkesda;
4. Melaporkan secara berkala pelaksanaan Program Jamkesda kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas;

## BAB V KETENTUAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMKESDA

### Pasal 8

Pedoman dan Petunjuk Teknis pelayanan Kesehatan Program Jamkesda ditetapkan melalui Keputusan Kepala Dinas Kesehatan;

### Pasal 9

Pedoman dan Petunjuk Teknis pelayanan kesehatan Program Jamkesda, merupakan dasar dan acuan pelaksanaan Program Jamkesda oleh PPK1;

### Pasal 10

Tenaga Medis, Tenaga Paramedis dan Penunjang Medis lainnya di tingkat PPK1, yang memberikan pelayanan kesehatan Program Jamkesmas memperoleh Jasa Pelayanan secara proporsional;

### Pasal 11

Besaran Jasa Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda termasuk alokasi pemanfaatannya sesuai dengan Pedoman dan Petunjuk Teknis penyelenggaraan Program Jamkesda;

### Pasal 12

Pengajuan Jasa Pelayanan dari PPK1 ke Dinas Kesehatan, diberlakukan dengan sistem klaim sesuai paket pelayanan yang diatur dalam Pedoman dan Petunjuk Teknis Program Jamkesda;

BAB VI  
KETENTUAN KEPESERTAAN  
PROGRAM JAMKESDA

Pasal 13

Kriteria penduduk yang berhak mendapat pelayanan kesehatan Program Jamkesda, adalah:

- ① Penduduk Kabupaten Gunung Mas
- ② Penduduk Kabupaten Gunung Mas yang memiliki usia 17 tahun keatas wajib memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kabupaten Gunung Mas.
- ③ Penduduk Kabupaten Gunung Mas yang berusia dibawah 17 tahun, wajib namanya tercantum dalam Kartu Keluarga.
- ④ Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga dikeluarkan oleh instansi yang berwenang dilingkungan Pemerintah Kabupaten Gunung Mas;

Pasal 14

Kriteria penduduk yang tidak berhak mendapat pelayanan kesehatan Program Jamkesda, adalah:

- ① Peserta Asuransi Kesehatan Sosial Pegawai Negeri Sipil dan keluarganya yang namanya tercantum didalam kartu kepesertaan yang dikeluarkan PT.Askes Indonesia;
- ② Peserta Asuransi Kesehatan Tenaga Kerja (Astek) dan keluarganya yang namanya tercantum didalam kartu kepesertaan yang dikeluarkan oleh Badan/Perusahaan Asuransi;
- ③ Peserta ASABRI, TNI dan POLRI beserta keluarganya;
- ④ Penduduk Kabupaten Gunung Mas dan keluarganya peserta Program Jamkesmas yang namanya tercantum dalam Kartu kepesertaan Jamkesmas yang dikeluarkan oleh PT.Askes Indonesia Cabang Palangka Raya.
5. Penduduk dan keluarganya yang tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga Kabupaten Gunung Mas;

Pasal 15

Dengan diberlakukannya kriteria penduduk yang berhak dan tidak berhak mendapat pelayanan kesehatan Program Jamkesda sebagaimana pasal 13 dan 14, maka Surat Keputusan Mampu (SKTM) atau sejenisnya tidak diberlakukan;

BAB VII  
KETENTUAN PELAYANAN KESEHATAN  
PROGRAM JAMKESDA

Pasal 16

Ketentuan Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda yang dilaksanakan PPK1, sebagai berikut:

1. PPK1 wajib memberikan pelayanan kesehatan gratis atau tidak membayar kepada penduduk yang berhak mendapat pelayanan kesehatan Program Jamkesda;
2. PPK1 memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada penduduk yang berhak mendapat pelayanan Program Jamkesda, sesuai dengan paket-paket pelayanan kesehatan yang sudah ditetapkan;
3. PPK1 memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk yang berhak mendapatkan pelayanan Program Jamkesda, dari Pukul 07.00 sampai Pukul 14.00 WIB (pada jam kerja) kecuali kasus gawat darurat akan dilayani di Puskesmas Perawatan;
4. PPK1 atas pertimbangan medis, dapat merujuk penduduk yang berhak mendapat pelayanan kesehatan Program Jamkesda untuk mendapat pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di PPK2;
5. Transportasi pasien Program Jamkesmas dari PPK1 ke PPK2 wajib menggunakan Ambulans dan atau Puskesmas Keliling milik Pemerintah Kabupaten Gunung Mas;
6. Apabila Ambulans dan atau Puskesmas Keliling karena sesuatu hal tidak tersedia, maka pihak Puskesmas Perawatan dapat menggunakan kendaraan umum dengan besaran biaya sesuai penetapan yang dikeluarkan oleh Dinas Perhubungan, Komunikasi dan Informatika Kabupaten Gunung Mas;

BAB VIII  
PAKET-PAKET PELAYANAN KESEHATAN  
PROGRAM JAMKESDA

Pasal 17

Paket-paket pelayanan kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap Program Jamkesda di PPK1, sebagai berikut:

1. Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan.
2. Pemeriksaan fisik.
3. Tindakan medis sederhana.
4. Pemeriksaan dan pengobatan gigi (cabut dan tambal).
5. Pemberian obat sesuai ketentuan.

6. Pelayanan KB dan penanganan efek samping.
7. Pelayanan dan pengobatan gawat darurat.
8. Paket pelayanan rawat inap.
9. Pertolongan persalinan, nifas dan neonatus.
10. Pelayanan laboratorium sederhana.

#### Pasal 18

Paket-paket pelayanan kesehatan Program Jamkesda sebagaimana pada pasal 17, dapat dikurangi atau ditambah disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan;

#### Pasal 19

Pengurangan dan penambahan paket-paket pelayanan kesehatan Program Jamkesda sebagaimana maksud pasal 18, ditetapkan melalui surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan, setelah mendapat persetujuan tertulis dari Bupati;

### BAB IX

#### OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI

#### Pasal 20

Penyediaan obat dan bahan habis pakai, pelayanan kesehatan Program Jamkesda, sebagai berikut:

1. Obat dan bahan habis pakai, disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas;
2. Alat kontrasepsi, disediakan oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Gunung Mas;
3. Merk obat adalah merek dagang berlogo Generik atau sesuai ketentuan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI;

### BAB X

#### MORAL HAZARD DAN FRAUD

#### Pasal 21

Penipuan dan kecurangan atau tindakan yang dapat dikategorikan moral hazard dan fraud, sebagai berikut:

1. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK1), dengan sengaja mengajukan klaim tidak sesuai dengan data pelayanan yang ada;

2. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK1), memberikan pelayanan kesehatan program Jamkesmas, kepada pasien yang tidak berhak;
3. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK1), dengan sengaja menambah jumlah kunjungan pasien Program Jamkesda, dengan harapan memperoleh nilai klaim yang setinggi-tingginya;
4. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK1), dengan sengaja memalsukan identitas pasien, membuat identitas fiktif pasien Program Jamkesda;
5. Memberikan pelayanan kesehatan (PPK1), melakukan pelayanan kesehatan diluar ketentuan Pedoman dan Petunjuk Teknis Program Jamkesda;

## BAB XI SANKSI ADMINISTRASI DAN HUKUM

### Pasal 22

Terhadap Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK1) yang melanggar ketentuan pasal 21, akan diberikan sanksi administrasi, sebagai berikut:

1. Seluruh klaim jasa pelayanan yang diajukan oleh PPK1 tidak dikabulkan/ditolak oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas;
2. PPK1 bertanggung jawab sepenuhnya atas pembiayaan kesehatan pasien program Jamkesda atas kecurangan yang dilakukannya;
3. PPK1 akan menerima sanksi administrasi kepegawaian sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
4. PPK1 akan dituntut secara hukum sesuai dengan ketentuan peraturan-perundang-undangan yang berlaku;

## BAB XII PENYIDIKAN

### Pasal 23

Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) dilingkungan Pemerintah Kabupaten Gunung Mas diberi wewenang khusus sebagai Penyidik untuk melakukan penyidikan penyelenggaraan Program Jamkesda;

#### Pasal 24

Wewenang penyidik sebagaimana dimaksud pada pasal 23, sebagai berikut:

1. Menerima, mencari, mengumpulkan dan meneliti keterangan atau berkenaan dengan administrasi pengelolaan Program Jamkesda;
2. Meneliti, mencari dan mengumpulkan keterangan orang pribadi atau badan tentang kebenaran perbuatan yang dilakukan sehubungan dengan pelanggaran administrasi penyelenggaraan Program Jamkesda;
3. Meminta keterangan dan bahan bukti dari orang pribadi atau badan sehubungan dengan pelanggaran administrasi penyelenggaraan Program Jamkesda;
4. Memeriksa buku-buku, catatan-catatan, dan dokumen-dokumen lain yang berkenaan dengan pelanggaran administrasi Program Jamkesda;
5. Melakukan pengeledahan untuk mendapatkan bahan bukti pembukuan, pencatatan, dan dokumen-dokumenlain, serta melakukan penyitaan terhadap bahan bukti tersebut;
6. Meminta bantuan tenaga ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan pelanggaran administrasi penyelenggaraan Program Jamkesda;
7. Menyuruh berhenti dan atau melarang seseorang meninggalkan ruangan atau tempat pada saat pemeriksaan sedang berlangsung dan memeriksa identitas orang dan atau dokumen yang dibawa sebagaimana dimaksud pada angka 5;
8. Memanggil orang untuk didengar keterangannya dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi pelanggaran administrasi penyelenggaraan Program Jamkesda;
9. Menghentikan penyidikan sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku;
10. Melakukan tindakan lain yang patut dipandang perlu untuk kelancaran penyidikan sesuai Peraturan Perundang-Undangn yang berlaku;

#### Pasal 25

Penyidik sebagaimana dimaksud dalam pasal 24 dalam melaksanakan penyelidikan dan penyidikan disertai surat perintah resmi oleh Bupati Gunung Mas dan atau oleh pejabat yang berwenang, dan memberitahukan dimulainya penyelidikan kepada Kepala Dinas Kesehatan dan menyampaikan hasil penyelidikannya, selanjutnya disampaikan kepada Bupati dan atau pejabat yang berwenang sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;

BAB XIII  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 26

1. Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dan PPK1;
2. Pembinaan dan Pengawasan sehari-hari dilaksanakan oleh Wakil Bupati;
3. Bupati dan Wakil Bupati, dalam hal tertentu dapat melimpahkan kewenangan pembinaan dan pengawasan kepada Badan, Dinas/Instansi Teknis yang membidangi tugas tersebut, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

BAB XIV  
ANGGARAN PELAYANAN KESEHATAN  
PROGRAM JAMKESDA

Pasal 27

Peinbiayaan pelayanan kesehatan gratis Program Jamkesda dibebankan kepada Anggaran Pembangunan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Gunung Mas, melalui DPA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas;

BAB XV  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 28

Pedoman dan Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda bagi penduduk Kabupaten Gunung Mas, akan ditetapkan melalui Keputusan Kepala Dinas Kesehatan;

Pasal 29

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan menempatkannya dalam Berita Daerah Kabupaten Gunung Mas.

Ditetapkan di Kuala Kurun  
pada tanggal 07 Februari 2009



HAMBIT BINTIH

Diundangkan di Kuala Kurun  
pada tanggal 07 Februari 2009

SEKRETARIS KABUPATEN GUNUNG MAS,

EFRENSIA, L.P. UMBING

BERITA DAERAH KABUPATEN GUNUNG MAS TAHUN 2009 NOMOR 139





UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

8 Agustus 2011

No : 6384 /H2.F10/PPM.00.00/2011  
Lamp. : ---  
Hal : Ijin penelitian dan menggunakan data

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan**  
**Kabupaten Gunung Mas**  
Jl. Brig. DI. Panjaitan  
Kuala Kurun

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Inda Setio Wahono  
NPM : 0906616022  
Thn. Angkatan : 2009/2010  
Peminatar : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, *"Hubungan Antara Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda di Puskesmas Timbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011"*.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dinomor telp. (021) 7863475.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

Dekan FKM UI  
Wakil Dekan,  
  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**  
NIP. 19720825 199702 1 002

**Tembusan:**

- Pembimbing skripsi
- Arsip

Hubungan determinan..., Inda Setio Wahono, FKM UI, 2011



**PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNG MAS**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. D.I Panjaitan No. ☎ (0537) 3230756  
Email : dinkes.gumas@gmail.com  
KUALA KURUN

Kuala Kurun, 06 September 2011

Nomor : cc8/67/DKD-GM/IX/2011  
Lampiran : 1 (satu) Lembar  
Perihal : Ijin Penelitian dan Menggunakan Data

Kepada :  
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia  
di -  
Depok

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : WAJA, J.DULIN, S.ST, M.Si  
NIP : 19610807 198201 1 020  
Pangkat/Golongan : Pembina Tk I / IV b  
Jabatan : Kepala Dinas  
Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama : INDA SETIO WAHONO  
NPM : 0906616022  
Thn. Angkatan : 2009 / 2010  
Peminatan : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Hubungan Antara Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda di Puskesmas Tumbang Talaken Kecamatan Manuhing Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011*" yang selanjutnya hasil penelitian tersebut untuk dapat dilaporkan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Mas.

Demikian yang dapat kami sampaikan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Dinas,  
  
WAJA, J.DULIN, S.ST, M.Si  
Pembina Tingkat I  
NIP 19610807 198201 1 020

Tembusan disampaikan kepada :

1. Bupati Gunung Mas sebagai Laporan
2. Kepala Bappeda Kabupaten Gunung Mas
3. Kepala BKD Kabupaten Gunung Mas
4. Camat Manuhing di Tumbang Talaken
5. Lurah Tumbang Talaken di Tumbang Talaken
6. Kepala Puskesmas Tumbang Talaken di Tumbang Talaken
7. Arsip