



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS
WARUNG JAMBU OLEH PESERTA JAMKESMAS
DI KECAMATAN BOGOR UTARA TAHUN 2008**

TESIS

**Oleh:
ARIF NURIMAN
0606153563**

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN**

Tesis, 24 Desember 2008

ARIF NURIMAN, NPM. 0606153563

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh Peserta Jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara Tahun 2008.

Xii + 81 Halaman, 5 gambar, 15 Tabel, 2 Lampiran

ABSTRAK

Laporan Pelaksanaan Program JPKMM Puskesmas Warung Jambu tahun 2007 tentang kunjungan peserta jamkesmas ke pelayanan kesehatan mencatat hanya sebanyak 7,7 %. Sedangkan pada tingkat puskesmas, diharapkan peserta yang dapat dilayani sebanyak 15 % – 20 % dari total penduduk miskin di suatu wilayah kerja. Tidak tercapainya target utilisasi pelayanan kesehatan dapat berdampak pada rendahnya status kesehatan penduduk.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu di Kecamatan Bogor Utara tahun 2008. Penelitian ini menggunakan disain *Cross Sectional*, yang dilakukan pada bulan November 2008 pada 118 responden yang memiliki kartu jamkesmas dan dalam tiga bulan terakhir pernah ke puskesmas. Variabel dependen adalah utilisasi pelayanan kesehatan, variabel independen adalah faktor predisposisi (pendidikan, pengetahuan, sikap dan persepsi), faktor enabling (ketersediaan pelayanan, jarak, waktu, sarana dan biaya transportasi serta waktu tunggu layanan) dan faktor reinforcing (dukungan petugas dan dukungan keluarga).

Hasil penelitian diperoleh sebanyak 56,8 % responden menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas dalam 3 bulan terakhir. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara waktu tunggu layanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas setelah dikontrol pengetahuan dan dukungan petugas, dimana responden yang menilai waktu tunggu layanan singkat berpeluang 2,3 kali untuk menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas dibandingkan dengan responden yang menilai waktu tunggu layanan lama.

Berdasarkan hasil tersebut maka untuk meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas perlunya mempersingkat waktu tunggu layanan dengan cara mempercepat proses pendaftaran, menerapkan pelaksanaan SOP pada pemeriksaan pasien tanpa mengorbankan waktu tunggu pasien lain dan membuat sebuah sistem pelayanan yang terpadu pada alur pelayanan.

Daftar Bacaan : 51 (1964 – 2008)



**PUBLIC HEALTH PROGRAM
HEALTH INSURANCE
Thesis, December 2008**

Arif Nuriman, NPM. 0606153563

Factors that Affect Utilization of Health Services at Warung Jambu Public Health Center by Jamkesmas Participants in the district of North Bogor in 2008.

xii, 81 pages, 5 pictures, 15 tables, 2 appendices

ABSTRACT

JPKMM program at Warung Jambu health center reported that in 2007 there were only 7,7% of Jamkesmas participants who used public health center. Meanwhile, at the level of health centers, it is expected that participants can be as much as 15% - 20% of the total population in a poor area. The non optimum utilization of health services can impact on the low health status of the population.

This study objective is to know the factors that affect the utilization of health services at Warung Jambu health centers in the sub-district of North Bogor in 2008. This research is using cross sectional design, conducted in November 2008 following by 118 respondents who have Jamkesmas card and in the last three months have been to health center. The dependent variable is the utilization of health services, the independent variables are predisposing factors (education, knowledge, attitudes and perceptions), enabling factors (the availability of services, distance, time, cost and facilities of transportation and waiting time services) and reinforcing factors (health worker and family support).

Research revealed 56.8% of respondents use health services at health centers. Statistic test showed that there is significant relationship of the waiting time of service to utilization of health services at the health center controlled by the knowledge and health worker support, where respondents who rate the waiting time

services are good likely to use health services at health centers 2,3 times higher compared by respondents who rate the waiting time service less.

Based on these results, in order to improve health services utilization at public health center by improving the performance of waiting time service. By speed up the registration desk, use standard operational procedure on patient checking whitout neglecting other patient waiting time service and make the better system in service flow.

Reading List: 51 (1964 - 2008)





UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI UTILISASI
PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS WARUNG JAMBU
OLEH PESERTA JAMKESMAS
DI KECAMATAN BOGOR UTARA TAHUN 2008**

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

Oleh:
ARIF NURIMAN
0606153563

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN
PUSKESMAS WARUNG JAMBU
OLEH PESERTA JAMKESMAS
DI KECAMATAN BOGOR UTARA
TAHUN 2008**

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

Depok, 24 Desember 2008

Pembimbing



(Pujiyanto, SKM, M.Kes)

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

Depok, 24 Desember 2008

Ketua,




(Pujiyanto, SKM, M.kes)

Anggota



(Budi Hidayat, SKM, MPPM, Phd)



(Dr.drg. Yaslis Ilyas, MPH, HIA, AAK)



(dr. Triwandha Elan, M.Kes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : ARIF NURIMAN
NPM : 0606153563
Mahasiswa Program : PASCASARJANA
Tahun Akademik : 2006/2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul ;

" Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh Peserta Jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara tahun 2008"

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

24 Desember 2008

(ARIF NURIMAN)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Arif Nuriman
Tempat/Tanggal Lahir : Jambi / 19 Desember 1974
Alamat : Jl. Pakis Blok P No 5 Perum Langkapura
Bandar Lampung 35000
Alamat Instansi : AKPER BUNDA DELIMA Bandar Lampung
Jl. Bakau No 5 Tanjung Raya, Bandar Lampung

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 2 Rawa Laut Bandar Lampung, lulus tahun 1987
2. SMP Negeri 2 Tanjung Karang Bandar Lampung, lulus tahun 1990
3. SMA Negeri 2 Tanjung Karang Bandar Lampung, lulus tahun 1993
4. FT Universitas Lampung, lulus tahun 2000
5. Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, tahun 2007 – sekarang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis unjukan ke hadirat ALLAH SWT, shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas penulisan tesis ini dengan judul “ **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh Peserta Jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara Tahun 2008**”. Penulisan tesis ini sebagai salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya serta penghargaan setinggi-tingginya kepada pihak-pihak yang telah membantu dan mendukung penulis dalam menyelesaikan tesis ini, serta permohonan maaf yang sebesar-besarnya bila dalam proses penulisan terdapat kekhilafan baik berupa ucapan maupun perbuatan kepada :

1. Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku pembimbing utama yang dengan penuh perhatian serta kesabaran membimbing penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
2. Bapak Budi Hidayat, SKM, MPPM, Phd serta bapak Dr. drg Yaslis Ilyas, MPH, HIA, AAK selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan dalam penyempurnaan penyusunan tesis ini.
3. Bapak Adang selaku ketua departemen AKK FKM UI, beserta staff (mas Pri, mbak Amel dll) yang telah memfasilitasi selama proses belajar mengajar dari awal hingga selesainya tesis ini.
4. dr. Triwandha Elan, M.Kes Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor selaku penguji yang telah memberikan masukan yang berharga dalam penyempurnaan tesis ini.
5. drg. Lindawati selaku Kepala Puskesmas Warung Jambu yang telah banyak membantu menyediakan tempat dan waktu serta seluruh staff (Bidan Tuti, Bu Cucu, Bidan Ayu, dr Riska, bu Ai dll) dan kader posyandu

Puskemas Warung Jambu yang telah banyak membantu dalam mengumpulkan data penelitian tesis ini.

6. Seluruh Tim Panitia Sidang Ujian Tesis, atas kritik dan saran untuk perbaikan tesis ini.
7. Orangtua serta mertua penulis, atas segala dukungan moril dan materil hingga penulis dapat menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas.
8. Ade Widiyanti istri penulis dan Mikail Farrell Kalevi anak penulis, atas dukungan moril dan tantangan psikologisnya, hingga penulis dapat menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas.
9. Pak Aji, mba Eva, Ponny, Kia, Lucy, mba Woro, mba Ibet, mba Nita beserta anak-anak AKK, Rini, Hanna, Indra dan anak-anak Aceh, Ferdi, dan masih banyak nama yang tidak bisa disebut, atas dukungan dan kerjasamanya dalam proses perkuliahan dan penulisan tesis ini.
10. Semua pihak, baik perseorangan maupun institusi, yang telah membantu penulis dalam menempuh pendidikan di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangan dan kelemahan, dan untuk itu, penulis sangat mengharapkan masukan berupa kritik dan saran agar tesis ini menjadi lebih baik. Harapan penulis, tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Amiin.

Depok, Desember 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR LAMPIRAN	iv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	5
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.4.1. Tujuan Umum	6
1.4.2. Tujuan Khusus	6
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat	8
2.1.1. Asuransi Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	8
2.1.2. Tujuan Program Jamkesmas	9
2.1.2.1. Tujuan Umum	9
2.1.2.2. Tujuan Khusus	9
2.1.3. Sasaran	9
2.1.4. Prinsip Penyelenggaraan	10
2.1.5. Tatalaksana Kepesertaan	10
2.1.6. Tatalaksana Pelayanan Kesehatan	11
2.1.7. Prosedur Pelayanan	13
2.1.8. Manfaat Kartu Jamkesmas	14
2.1.8.1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	14
2.1.8.2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	16
2.2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	16
2.2.1. Definisi dan Fungsi Puskesmas	16
2.2.2. Program Puskesmas	17
2.2.3. Kedudukan Puskesmas	19
2.3. Model Utilisasi, Konsep Perilaku dan Konsep Akses serta faktor yang mempengaruhi utilisasi Pelayanan Kesehatan	20
2.3.1. Model Utilisasi Kroeger	20

2.3.2. Model Andersen	21
2.3.3. Model Zschock	23
2.3.4. Model Andersen dan Anderson	24
2.3.5. Model Lawrence W. Green	26
2.3.6. Konsep Akses Pelayanan Kesehatan	28
2.3.6.1. Aday, Andersen, Flemming (1980)	28
2.3.6.2. Wirrick dalam Sorkin (1975)	29
2.3.6.3. Feldstein (1979)	29
2.3.6.4. Mills (1990)	30
BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN	
3.1. Kerangka Konsep	37
3.2. Definisi Operasional	38
3.3. Hipotesis Penelitian	41
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian	42
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian	42
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian	42
4.4. Pengumpulan Data	44
4.5. Manajemen Data	45
4.5.1. Data Editing	45
4.5.2. Data Coding	45
4.5.3. Data Entry	45
4.5.4. Data Cleaning	45
4.6. Analisa Data	46
4.6.1. Analisa Univariat	46
4.6.2. Analisa Bivariat	46
4.6.3. Analisa Multivariat	46
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian	48
5.2. Analisis Univariat	49
5.2.1. Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	49
5.2.2. Faktor Predisposisi	50
5.2.2.1. Pendidikan	50
5.2.2.2. Pengetahuan	50
5.2.2.3. Sikap	51
5.2.2.4. Persepsi	51
5.2.3. Faktor Enabling	51
5.2.3.1. Tersedianya Pelayanan	52
5.2.3.2. Jarak	52
5.2.3.3. Waktu	52
5.2.3.4. Sarana Transportasi	53
5.2.3.5. Biaya Transportasi	53
5.2.3.6. Waktu Tunggu Layanan	53

5.2.4. Faktor Reinforcing	54
5.2.4.1. Dukungan Petugas	54
5.2.4.2. Dukungan Keluarga	54
5.3. Analisis Bivariat	55
5.3.1. Hubungan Faktor Predisposisi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	55
5.3.1.1. Hubungan Pendidikan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	55
5.3.1.2. Hubungan Pengetahuan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	56
5.3.1.3. Hubungan Sikap dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	56
5.3.1.4. Hubungan Persepsi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	57
5.3.2. Hubungan Faktor Enabling dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	57
5.3.2.1. Hubungan Ketersediaan Pelayanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	58
5.3.2.2. Hubungan Jarak, Waktu, Sarana serta Biaya Transportasi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	58
5.3.2.3. Hubungan Waktu Tunggu Layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	58
5.3.3. Hubungan Faktor Reinforcing dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	59
5.3.3.1. Hubungan Dukungan Petugas dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	59
5.3.3.2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	60
5.4. Hubungan Antara Faktor Predisposisi, Faktor Enabling dan Faktor Reinforcing dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	60
Utilisasi Pelayanan secara Bersama-sama	
5.4.1. Pemilihan Kandidat Multivariat	60
5.4.2. Tahapan Pemodelan	61
5.4.3. Tahapan Pemodelan I	62
5.4.4. Tahapan Pemodelan II	63
5.4.5. Tahapan Pemodelan III	64

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian	67
6.1.1. Desain Penelitian	67
6.1.2. Pengumpulan Data	67
6.2. Proporsi Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	67
6.3. Hubungan Pendidikan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	68
6.4. Hubungan Pengetahuan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan	69

	Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	
6.5.	Hubungan Sikap dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	70
6.6.	Hubungan Persepsi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	71
6.7.	Hubungan Ketersediaan Pelayanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	71
6.8.	Hubungan Transportasi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	72
6.9.	Hubungan Waktu Tunggu Layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	72
6.10.	Hubungan Dukungan Petugas dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	73
6.11.	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas	74
6.12.	Faktor yang Paling Dominan	75
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1.	Kesimpulan	76
7.2.	Saran	77
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		
		78

DAFTAR TABEL

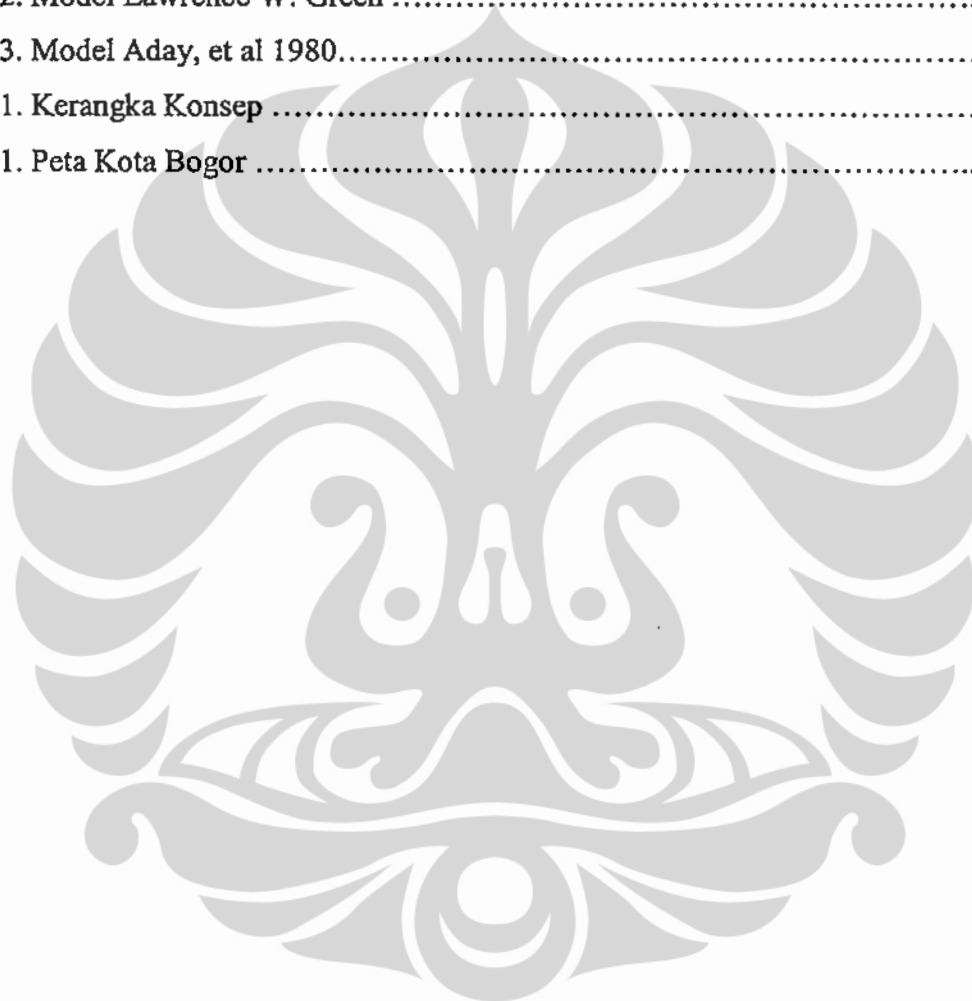
Nomor Tabel	Halaman
3.1. Definisi Operasional	38
5.1. Distribusi Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta Jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara Tahun 2008.....	49
5.2. Distribusi Responden menurut Faktor Predisposisi.....	50
5.3. Distribusi Responden menurut Faktor <i>Enabling</i>	52
5.4. Distribusi Responden menurut Faktor <i>Reinforcing</i>	54
5.5. Distribusi responden berdasarkan Faktor Predisposisi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	55
5.6. Distribusi responden berdasarkan Faktor <i>Enabling</i> dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	57
5.7. Distribusi responden berdasarkan Faktor <i>Reinforcing</i> dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	59
5.8. Hasil analisis masing-masing kovariat dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008	61
5.9. Model multivariat regresi logistik antara pengetahuan, layanan, dukungan petugas dan dukungan keluarga dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008	62
5.10. Model multivariat regresi logistik antara pengetahuan, layanan dan dukungan petugas dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008	63
5.11. Evaluasi perubahan nilai OR dengan dan tanpa variabel dukungan keluarga	64
5.12. Model multivariat regresi logistik antara pengetahuan dan Layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008	64

- 5.13. Evaluasi perubahan nilai OR dengan dan tanpa variabel dukungan petugas 65
- 5.14. Model multivariat regresi logistik antara dukungan petugas, pengetahuan dan Layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008 66



DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Anderson	23
2.2. Model Lawrence W. Green	27
2.3. Model Aday, et al 1980.....	28
3.1. Kerangka Konsep	37
5.1. Peta Kota Bogor	48



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Lembar Kuesioner
2. Print out SPSS



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sejak badai krisis ekonomi tahun 1997 melanda, dampak yang ditimbulkan tidak hanya pada sektor ekonomi saja melainkan hingga ke sektor kesehatan. Kesehatan seringkali menjadi satu-satunya aset bagi keluarga miskin dan bila mereka jatuh sakit maka akan kehilangan daya keberlangsungan kehidupannya sehingga menjadi semakin miskin. Hal tersebut diperparah dengan semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan sehingga makin sulit dijangkau oleh keluarga miskin (Suyono, 1996).

Kesehatan adalah hak fundamental setiap warga Negara (UUD 1945 pasal 28 H dan UU Nomor 23/1992 tentang kesehatan). Oleh karenanya setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu (Depkes RI, 2005).

Guna melindungi kesehatan keluarga miskin pemerintah sebagai penyelenggara negara pada bulan Oktober 1998 meluncurkan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) yang dibiayai dari pinjaman Bank Pembangunan Asia untuk pelayanan kesehatan dasar keluarga miskin (gakin), dan berlangsung tahun 1998 – 2001. Disusul kemudian dengan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) untuk pelayanan rujukan Rumah Sakit bagi gakin tahun 2001 – 2002.

Pada tahun 2003, pelayanan dasar maupun rujukan bagi gakin menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes)(Depkes RI, 2003). Pada tahun tersebut dengan SK Menteri Kesehatan No. 781/Menkes/SK/VI/2003 telah ditetapkan model penyelenggaraan pelayanan kesehatan gakin dengan prinsip asuransi atau jaminan kesehatan, sebagai suatu kebijakan menyongsong Sistem Jaminan Sosial Nasional yang disebut program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK Gakin) dengan pengelolaan oleh Badan/Satuan Pelaksana (Bapel/Satpel) JPK Gakin. Tahun 2005 dengan surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 56/Menkes/SK/I/2005 membatalkan SK Menteri Kesehatan No. 781 dan menyerahkan pengelolaan pemeliharaan kesehatan gakin kepada PT Askes dalam bentuk Jaminan pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM) / Askeskin (Ristrini, 2006).

Program ini dalam perjalanannya mengalami perubahan-perubahan sampai dengan penyelenggaraan program tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksanaan verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi ditingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Penggantian nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut jamkesmas dilakukan guna menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin (Administrator, 2007).

Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS, 2007). Penelitian oleh Susanti (2007) di Propinsi Banten menyatakan bahwa masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan masih rendah, yaitu hanya 7,3%. Efek yang ditimbulkan dari rendahnya penggunaan yang tidak optimal adalah status kesehatan yang masih rendah sehingga mempengaruhi produktivitas tenaga kerja. Penurunan produktivitas akan berdampak pada pendapatan juga akan mengalami penurunan dan akan berakibat pada rendahnya tingkat konsumsi yang berpengaruh pada PDB sehingga perekonomian tidak berjalan dengan sebagaimana mestinya.

Rendahnya utilisasi yang terjadi adalah akibat pengguna kartu tidak mengetahui haknya serta adanya keraguan terhadap mutu layanan yang disediakan oleh sistem tersebut (WHO, 2004). Puskesmas sebagai pilihan pertama dalam perilaku pencarian pengobatan yaitu sebesar 33,5%, menjadi ujung tombak dari program JPKM khususnya jamkesmas (Anies, 2000).

Oleh karenanya pada tingkat puskesmas, diharapkan peserta Askeskin/Jamkesmas yang dapat dilayani sebanyak 15 % – 20 % per bulan dari total penduduk miskin di suatu wilayah kerja dan 100% untuk rujukan ke Rumah Sakit bila diperlukan (Depkes RI, 2005). Peningkatan jumlah kunjungan yang diharapkan ditingkat Puskesmas di lapangan pada kenyataannya tidak mencapai standar yang

ditetapkan, hal ini dapat dilihat juga pada data Puskesmas Warung Jambu di Kecamatan Bogor Utara, yakni jumlah kunjungan keluarga miskin hanya 7,7% per bulan (Laporan Pelaksanaan Program JPKM-Askeskin, 2006-2007). Fakta ini menunjukkan masih rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan oleh peserta jamkesmas di tingkat Puskesmas.

Pada penelitian terdahulu tentang penggunaan kartu Askeskin oleh Suharyanto (2007) di wilayah kerja Puskesmas dan jaringannya di Kota Tangerang, bahwa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan Askeskin pada pelayanan di puskesmas adalah umur, pengetahuan, pekerjaan, sikap, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan dan jarak ke pelayanan kesehatan. Penelitian Sebayang (2006) di wilayah kerja Warungkondang Kabupaten Cianjur, yang mengkaji tentang faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar puskesmas oleh peserta JPKMM, yaitu sikap, pengetahuan, persepsi, layanan, ketersediaan, jarak, sarana dan biaya transportasi. Pada penelitian ini peneliti menggunakan dasar konsep akses, model utilisasi dan perilaku. Konsep akses yang dipakai adalah model Aday, et al. (1980), model Wirrick (1975), model Feldstein (1979), dan model Mills (1990). Model utilisasi yang digunakan adalah model Anderson (1975), model Zschock (1979) dan Andersen dan Anderson (1979). Sedangkan teori perilaku yang dipakai berdasarkan teori Green (1980), yang menyatakan bahwa perilaku sehat dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *predisposing factor* (faktor yang mempermudah), *enabling factor* (faktor pendukung) dan *reinforcing factor* (faktor pendorong).

1.2. Rumusan Masalah

Masih rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara dengan persentasi kunjungan 7,7% per bulan (Laporan Pelaksanaan Program JPKM-Askeskin, 2006-2007), sedangkan Pemerintah menargetkan pelayanan di tingkat puskesmas mencapai 15% - 20% per bulan. Tidak tercapainya target utilisasi dari fasilitas kesehatan masyarakat yang ada, ditambah dengan akses pelayanan yang relatif buruk berkontribusi pada rendahnya status kesehatan penduduk Indonesia (Thabrany, 2007). Sehingga perlunya dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran tentang utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas Warung Jambu oleh peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.
2. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.
3. Faktor apa yang paling dominan berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara dan faktor yang mempengaruhinya.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diperolehnya gambaran tentang utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara dan faktor-faktor yang berhubungan.
2. Diperolehnya informasi tentang hubungan antara faktor *predisposisi* (pendidikan, pengetahuan, sikap, dan persepsi) dengan utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.
3. Diperolehnya informasi tentang hubungan antara faktor *enabling* (ketersediaan layanan, jarak, waktu, sarana transport dan biaya transport serta waktu tunggu layanan) dengan utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.
4. Diperolehnya informasi tentang hubungan antara faktor *reinforcing* (dukungan petugas, dukungan keluarga) dengan utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh keluarga miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Bogor, agar hasil penelitian dapat menjadi bahan pertimbangan para pengambil keputusan dalam menetapkan suatu kebijakan kesehatan guna meningkatkan akses peserta jamkesmas.
2. Bagi Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara, agar hasil penelitian ini dapat sebagai bahan kajian atau informasi dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dasar.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam lingkup studi asuransi kesehatan dengan tinjauan pada perilaku peserta dan menggunakan desain penelitian potong lintang. Penelitian dilakukan di wilayah kerja puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara, yang terdiri dari 3 kelurahan. Penelitian ini dilakukan pada bulan November tahun 2008 dengan sasaran responden adalah keluarga miskin peserta jamkesmas yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas dalam rentang 3 bulan terakhir. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dari rumah ke rumah, untuk mengetahui gambaran perilaku pengguna layanan kesehatan pada tingkat puskesmas oleh keluarga miskin peserta jamkesmas.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

2.1.1. Asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan suatu instrumen sosial yang menjamin seseorang dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi saat kebutuhan akan pelayanan kesehatan dibutuhkan. Cakupan asuransi kesehatan bersifat universal atau parsial dan jaminan yang disediakan bisa komprehensif atau parsial. Dasar dari asuransi kesehatan adalah menghilangkan ketidakpastian yang dihadapi seseorang dari kemungkinan kebutuhan pengobatan (Thabrany, 2005).

Krisis keuangan yang melanda pada tahun 1997 memberikan dampak meningkatnya biaya kesehatan yang harus ditanggung oleh masyarakat, terutama masyarakat miskin. Bagi masyarakat miskin kendala terbesar dalam memperoleh pelayanan kesehatan adalah masalah biaya pengobatan serta biaya transportasi. Faktor-faktor lain yang menyebabkan tingginya biaya kesehatan diantaranya berubahnya pola penyakit, berkembangnya teknologi dibidang kesehatan dan kedokteran serta pola pembiayaan yang masih menggunakan *out of pocket* serta efek inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

Perbedaan antara asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan adalah bila asuransi harus memenuhi beberapa persyaratan seperti peserta diwajibkan

membayar iuran, sedangkan pada jaminan pemeliharaan kesehatan tidak ada dan lebih bersifat bantuan sosial karena pemerintah yang menanggung semua biaya. Oleh karenanya, program yang diterapkan sekarang adalah berupa bantuan bukan berbentuk asuransi.

2.1.2. Tujuan program jamkesmas

1. Tujuan Umum

Meningkatkan akses serta mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar supaya tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2. Tujuan Khusus

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

2.1.3. Sasaran

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

2.1.4. Prinsip penyelenggaraan

Program ini dilaksanakan secara nasional dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, dengan sasaran pada masyarakat miskin. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin pada hakekatnya menjadi tanggung jawab pemerintah, baik pusat maupun daerah.

Prinsip-prinsip yang diterapkan adalah :

1. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan hanya untuk peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
2. Pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat menyeluruh sesuai dengan standard pelayanan medik yang "*cost effective*" dan rasional.
3. Pelayanan kesehatan yang diberikan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang
4. Portabilitas dan ekuitas
5. Mekanisme yang digunakan adalah asuransi sosial.
6. Transparansi dan Akuntabilitas

2.1.5. Tatalaksana kepesertaan

1. Peserta program jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu, yang terdaftar dan memiliki kartu jamkesmas serta berhak mendapat pelayanan kesehatan.
2. Jumlah masyarakat yang ditanggung oleh program ini adalah 76,4 juta jiwa dan untuk wilayah kerja Puskesmas Warung Jambu sebanyak 8.315 jiwa (data 2008).
3. Penetapan nama dan alamat peserta jamkesmas yang dituangkan dalam surat keputusan Bupati/Walikota berdasarkan penetapan SK Menkes.

4. Bagi kabupaten/kota yang telah mempunyai data BPS, bupati/walikota dapat menetapkan nama dan alamat peserta Askeskin mengacu pada data tersebut.
5. Berdasarkan daftar yang telah ditetapkan maka kartu peserta jamkesmas dapat diterbitkan oleh PT Askes (Persero).
6. Selama masa transisi, masyarakat yang belum memperoleh kartu peserta jamkesmas dapat menggunakan surat keterangan tidak mampu (SKTM) / Kartu Sehat / Kartu Subsidi Langsung Tunai / Kartu Gakin.
7. Penerbitan dan distribusi menjadi tanggung jawab PT Askes, dalam hal ini bekerjasama dengan Pemerintah Daerah atau pihak ketiga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
8. Jumlah peserta akan disesuaikan secara bertahap dengan pendataan masyarakat miskin BPS dan pada akhir masa transisi ditetapkan oleh pemerintah.

2.1.6. Tatalaksana pelayanan kesehatan

1. Setiap peserta jamkesmas mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap kelas III di Rumah Sakit.
2. Pelayanan kesehatan menerapkan system rujukan terstruktur dan berjenjang.
3. Pada kasus gawat darurat (*emergency*) seluruh PPK wajib memberikan pelayanan walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama dengan PT Askes. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke PT Askes sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk peserta jamkesmas.

4. Pelayanan rawat inap dilaksanakan pada puskesmas perawatan, ruang rawat inap kelas III di RS pemerintah termasuk RS khusus, TNI/POLRI dan RS swasta yang bekerjasama dengan PT Askes.
5. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan RS menggunakan obat generik yang terdaftar dan harganya ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
6. Penggunaan di luar obat generik masih dapat dimungkinkan sepanjang sesuai dengan indikasi medis berdasarkan protokol terapi yang diusulkan oleh komite medik dan disetujui oleh direktur RS atau pejabat yang berwenang.
7. Apabila terjadi ketiadaan obat generik di Apotik atau instalasi farmasi RS, maka menjadi kewajiban PT Askes untuk apotik yang bekerja sama dengan PT Askes.
8. Semua apotik/instalasi farmasi dapat menyediakan obat generik untuk pelayanan masyarakat miskin melalui kerjasama dengan PT Askes.
9. Instalasi farmasi RS dan apotik yang bekerja sama dengan PT Askes dapat mengganti obat di luar obat generik dengan obat-obatan yang sepadan, dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
10. Apabila terjadi persepan di luar obat generik kecuali sebagaimana butir 6 di atas maka pemerintah daerah atau pihak RS bertanggung jawab menanggung selisih biaya.
11. Peserta tidak boleh dikenakan iuran biaya dengan alasan apapun.
12. Pelayanan transportasi rujukan *emergency* dan *non emergency* (bila dibutuhkan) tidak dalam bentuk uang, melainkan pelayanan transportasi rujukan. Besarnya biaya pelayanan transportasi rujukan dan pemulangan pasien/jenazah maksimal Rp. 4.000,-/km, dengan pembayaran minimum Rp. 40.000,-, dengan perhitungan

jarak sekali jalan. Apabila terjadi kekurangan maka akan ditanggung oleh pemerintah daerah yang merujuk.

13. PT Askes membuat perjanjian kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat yang meliputi berbagai aspek pengaturan pelayanan kesehatan dasar.
14. Demi kelancaran pelaksanaan program jamkesmas di daerah, kepala Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dengan PT Askes kantor regional/cabang dapat membuat petunjuk teknis operasional selama tidak bertentangan dengan ketentuan yang ada dalam pedoman.

2.1.7. Prosedur pelayanan

Prosedur pelayanan yang harus dilakukan guna mendapat pelayanan kesehatan bagi peserta adalah sebagai berikut :

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
2. Guna mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu jamkesmas. Dalam masa transisi, peserta masih dapat menggunakan SKTM/kartu sehat/kartu SLT/kartu gakin.
3. Bila peserta memerlukan rujukan, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan disertai surat rujukan dan identitas miskin sebagaimana dimaksud dalam butir 2.
4. Pelayanan rujukan meliputi :
 - a. Pelayanan rawat jalan spesialisik di Puskesmas yang memiliki pelayanan spesialisik.

- b. Pelayanan rawat inap/persalinan di Puskesmas.
 - c. Pelayanan rawat jalan lanjutan di rumah sakit /BKMM/BP4/BKIM
 - d. Pelayanan rawat inap kelas III di rumah sakit.
5. Rumah sakit berkewajiban memberi jawaban atas pelayanan rujukan (rujuk balik) ke puskesmas yang merujuk dengan disertai keterangan kondisi pasien dan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh puskesmas.
 6. Pada kasus gawat darurat, peserta wajib menunjukkan identitas miskin dalam waktu maksimal 3x24 jam hari kerja. Pada kondisi dimana pasien gawat darurat tersebut tidak mampu menunjukkan identitas miskin termasuk SKTM, maka menjadi kewenangan direktur RS atau pejabat yang ditunjuk direktur RS untuk menetapkan status miskin.
 7. Selama masa tenggang waktu maksimal 3x24 jam hari kerja masyarakat miskin yang dalam kondisi gawat darurat belum mampu menunjukkan identitas miskinnya, maka orang tersebut tidak boleh dibebani biaya apapun, seluruh pembiayaan menjadi beban RS untuk selanjutnya diklaim ke PT Askes.

2.1.8. Manfaat kartu jamkesmas

1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya meliputi :
 - o Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
 - o Laboratorium sederhana (darah, urin dan feses rutin)
 - o Tindakan medis sederhana
 - o Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut dan tambal.

- Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
 - Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
 - Pemberian obat-obatan sesuai ketentuan
 - Pelayanan rujukan kasus kedaruratan dari Puskesmas ke Rumah Sakit
 - Pemberian imunisasi
 - Pelayanan dan pengobatan Gawat Darurat
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
- Akomodasi rawat inap.
 - Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan.
 - Pemeriksaan Laboratorium sederhana.
 - Tindakan medis kecil
 - Pemberian obat sesuai obat generik.
 - Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)
- c. Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas non-perawatan / bidan di desa / polindes / di rumah pasien / praktek bidan swasta.
- d. Pelayanan spesifik di Puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik.
- e. Pelayanan gawat darurat (*emergency*)
- f. Pelayanan transportasi untuk rujukan *emergency*, rujukan *non emergency* (bila dibutuhkan) dan pemulangan pasien/jenazah. Kepala puskesmas atau puskesmas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentukan perlu

tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.

2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)
- c. Pelayanan gawat darurat
- d. Pelayanan transportasi untuk rujukan *emergency*, rujukan *non-emergency* (bila dibutuhkan).

2.2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.2.1. Definisi dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya.

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat pemerintah kabupaten/kota, sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota.

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap puskesmas. Upaya perluasan jangkauan pelayanan kesehatan dilakukan dengan ditunjang unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta atau lebih, wilayah kerja puskesmas bisa meliputi satu kelurahan. Puskesmas di ibukota kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan "Puskesmas Pembina" yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi puskesmas kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi.

Fungsi Puskesmas yaitu :

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
2. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan
3. Pusat pelayanan kesehatan Tingkat pertama meliputi :
 - o Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan pendekatan kelompok masyarakat , sebagian besar melalui upaya pelayanan luar gedung di wilayah kerja.
 - o Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan.

2.2.2 Program Puskesmas

1. Program Kesehatan dasar

Program yang ditetapkan berdasarkan kebutuhan sebagian besar masyarakat Indonesia dan mempunyai daya ungkit tinggi dalam mengatasi permasalahan kesehatan.

Program kesehatan dasar meliputi :

- o Promosi kesehatan
- o Kesehatan lingkungan
- o Kesehatan ibu dan anak, Keluarga Berencana
- o Gizi
- o Pemberantasan penyakit menular
- o Pengobatan

2. Program kesehatan pengembangan

18 pokok kegiatan Puskesmas meliputi : Kesehatan ibu dan anak, Keluarga Berencana, Pengobatan dan Pemberantasan penyakit menular, peningkatan gizi, penyuluhan kesehatan masyarakat, perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan sekolah, kesehatan jiwa, kesehatan gigi, kesehatan lingkungan, laboratorium, pencatatan dan pelaporan, kesehatan kerja, kesehatan mata, kesehatan usia lanjut, dana sehat dan kesehatan olah raga. Dengan perubahan menjadi program kesehatan dasar, pokok kegiatan terbagi 2 ada yang bergabung menjadi program kesehatan dasar dan ada yang menjadi program kesehatan pengembangan. Program ini hendaknya disesuaikan dengan permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat serta mempertimbangkan kemampuan sumber daya yang tersedia dan dukungan dari masyarakat. Program kesehatan pengembangan antara lain program kesehatan kerja masyarakat, program kesehatan manula, program kesehatan olah raga, pengembangan puskesmas dengan tempat rawat inap, puskesmas dengan tempat bersalin, puskesmas dengan pengobatan tradisional, dan lain-lain.

2.2.3. Kedudukan Puskesmas

Kedudukan puskesmas dalam Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota adalah :

1. Bidang organisasi

Puskesmas merupakan organisasi struktural dan berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis Dinas dipimpin oleh seorang kepala, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan secara operasional dikoordinasikan oleh Camat.

2. Aspek fungsional

- Bidang pelayanan kesehatan masyarakat. Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dibina oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Bidang pelayanan medik Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan medik dasar tingkat pertama yang secara teknis dapat berkoordinasi dan bekerjasama dengan RSUD Kabupaten/Kota.

3. Dalam sistem kesehatan nasional

Dalam urutan tingkatan pelayanan kesehatan, Puskesmas berkedudukan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2.3. Model Utilisasi, Konsep Perilaku dan Konsep Akses serta Faktor yang Mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan

2.3.1. Model utilisasi Kroeger

Kroeger (1983) mengemukakan ada 2 model utilisasi yaitu :

1. Model jalur berurutan (*Pathway Model*)

Utilisasi merupakan wujud suatu urutan proses yang diawali dengan persepsi, penilaian terhadap keluhan atau gangguan dan berakhir dengan penggunaan pelayanan. Yang berperan adalah konsep sakit dan faktor sosial budaya.

2. Model determinan

Pemilihan penggunaan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh seperangkat variabel. Model ini dibagi 2 yaitu :

a. Model perilaku

Model perilaku menerangkan bahwa utilisasi pelayanan dipengaruhi oleh perilaku individu dan lingkungan sosialnya.

b. Model Ekonomi

Model ekonomi menyatakan bahwa nilai ekonomilah yang menjadi dasar pengambilan keputusan untuk utilisasi pelayanan. Dalam teori ekonomi, permintaan barang dan jasa dipengaruhi banyak faktor seperti harga, daya beli, selera dan harapan pengguna.

Permintaan pelayanan kesehatan tidak ada bila biaya pelayanan berada diluar kemampuan bayar pengguna serta tidak sesuai dengan harapan pengguna. Permintaan ini tidak akan terwujud jika pengguna tidak ada kemampuan membayar (*Ability to pay*)/ATP, sekalipun tersedia sesuai dengan harapan pengguna. Dengan tidak dibebankannya biaya pelayanan kesehatan, secara ekonomi terjadi peningkatan utilisasi penggunaan pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas.

2.3.2. Model Anderson

Anderson (1975) mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan kedalam tiga kategori utama yaitu :

1. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristic*)

Setiap individu memiliki kecenderungan yang berbeda untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena adanya perbedaan-perbedaan karakteristik :

- o Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin, umur dan status perkawinan
- o Struktur social, seperti: tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama dan sebagainya.
- o Kepercayaan kesehatan (*Health Belief*), seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

2. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristic*)

Karakteristik kemampuan adalah keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Karakteristik ini terdiri dari 2 golongan :

- Sumber daya keluarga ; penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- Sumber daya masyarakat : jumlah sarana pelayanan kesehatan yang tersedia, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dan lokasi pemukiman. Semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan akan semakin bertambah.

3. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristic*)

Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bila faktor *predisposing* dan faktor *enabling* mendukung. Jadi secara umum dapat dikatakan bahwa karakteristik kebutuhan merupakan penentu akhir bagi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Penilaian kebutuhan dapat diperoleh dari 2 sumber yaitu :

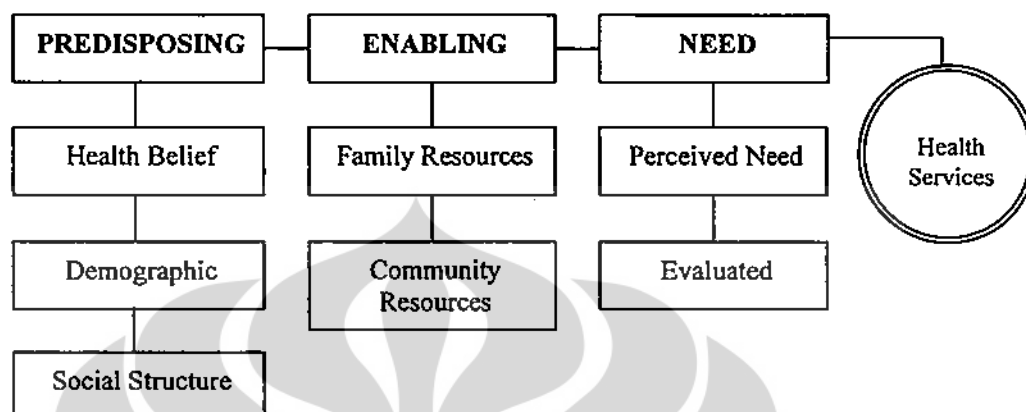
- Penilaian individu (*Perceived Need*)

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

- Penilaian klinik (*Evaluated Need*)

Penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, tercermin dari hasil pemeriksaan dan diagnosis penyakit.

Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Anderson ;



Sumber : Anderson, Kravits, (Equity in Health Service, 1975, p:5).

2.3.3. Model Zschock

Model Zschock (1979) mengemukakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan yaitu :

1. Status kesehatan, pendapatan dan pendidikan

Semakin tinggi status kesehatan seseorang maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Bila pendapatan seseorang rendah maka akan sulit baginya untuk memperoleh pelayanan kesehatan meskipun sangat membutuhkan. Tingkat pendidikan mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Faktor konsumen dan penyedia pelayanan kesehatan

Provider mempunyai peran besar dalam menentukan tingkat dan jenis layanan yang akan dikonsumsi. Akibatnya akan sering terjadi over utilisasi.

3. Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan erat hubungannya dengan tingkat penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan.

4. Resiko Sakit dan Lingkungan

Resiko sakit pada tiap orang berbeda. Lingkungan yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang rendah.

2.3.4. Model Andersen dan Anderson

Model Andersen dan Anderson (1979) mengemukakan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan menurut jenisnya dibedakan ke dalam tujuh kategori yaitu :

a. Model demografi

Variabel-variabel yang digunakan adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Variabel-variabel tersebut dipakai sebagai indikator fisiologis dan siklus hidup yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

b. Model struktur sosial

Variabel-variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan, dan etnis. Pendekatan struktur sosial berdasarkan asumsi bahwa orang dengan latar belakang struktur sosial yang bertentangan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang berbeda.

c. Model sosial psikologis

Variabel yang digunakan adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel-variabel ini terdiri dari 4 kategori :

- Pengertian kerentanan terhadap penyakit
- Pengertian keseluruhan dari penyakit
- Keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan dalam menghadapi penyakit
- Kesiapan tindakan individu

d. Model sumber keluarga

Variabel bebas yang dipakai adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga. Model ini berdasarkan model ekonomis.

e. Model sumber daya masyarakat

Variabel-variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan, ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber-sumber di dalam masyarakat.

f. Model Organisasi

Variabel yang dipakai adalah :

- Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau group)
- Sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- Letak dari pelayanan (tempat pribadi, rumah sakit, atau klinik)

- o Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter)

g. Model sistem kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model sebelumnya menjadi lebih sempurna. Dengan menambahkan faktor-faktor yang berhubungan seperti kebijakan dan struktur ekonomi pada masyarakat yang lebih luas (negara). Dalam penelitian semua variabel dari model tersebut dihubungkan dengan perilaku terhadap fasilitas sehingga dapat dilihat variabel mana yang paling dominan.

2.3.6. Konsep Model Lawrence W. Green

Green (1980) telah mengembangkan sebuah model pendekatan yang digunakan untuk membuat perencanaan kesehatan yang dikenal sebagai kerangka *PRECEDE*. *PRECEDE*, merupakan kepanjangan dari *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation*. *PRECEDE* memberikan langkah bertahap dalam perencanaan untuk mengenal masalah mulai dari kebutuhan pendidikan sampai pengembangan program. Dalam kerangka ini determinan perilaku dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Faktor-faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

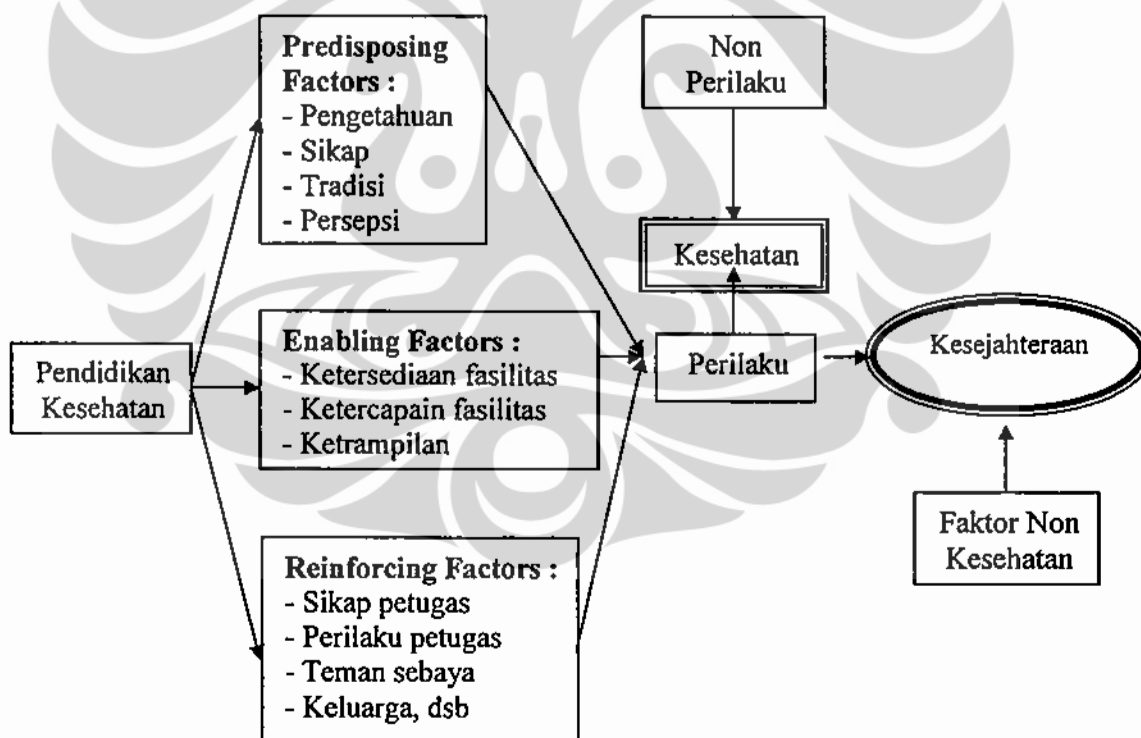
Faktor yang mendahului terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai seseorang dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok. Termasuk faktor demografi seperti sosio-ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga.

2. Faktor-faktor yang mendukung (*Enabling Factors*)

Faktor yang mendukung motivasi terlaksana, yang terwujud dalam bentuk ketersediaan pelayanan kesehatan, kemudahan mencapai pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan (puskesmas, obat-obatan, alat, dsb); keterampilan petugas.

3. Faktor-faktor yang mendorong (*Reinforcing Factors*)

Faktor pendorong perubahan perilaku seseorang dibidang kesehatan yang terwujud dalam bentuk perilaku sehat. Sumber faktor ini berasal dari tenaga kesehatan, teman atau keluarga.



Sumber : Green And Kreuter, *Health Education Planning Diagnostic*. Mayfield Publishing Co.1980. Page 143

2.3.7. Konsep akses pelayanan kesehatan

1. Aday, Andersen, Flemming (1980)

Akses pelayanan kesehatan terdiri dari 2 faktor yaitu

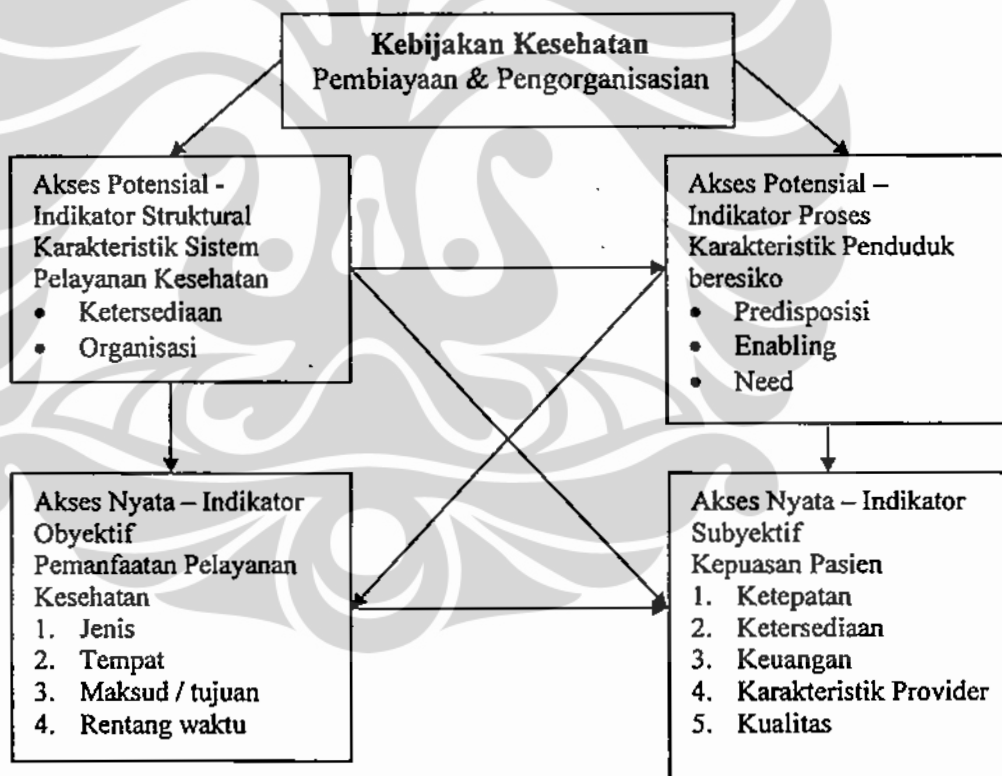
a. Karakteristik Sistem Pelayanan Kesehatan

- Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan
- Distribusi fasilitas pelayanan kesehatan

b. Karakteristik Penduduk beresiko sebagai pengguna layanan kesehatan

Mencakup : umur, status kesehatan, pendapatan, asuransi

Model Aday, et al 1980



Sumber : Lu Ann Aday, Ronald Andersen, Gretchen V. Flamming, "Health Care in US : Equity for Whom ?", Sage Publication Inc. Beverly California, Ca. 1980

2. Wirrick dalam Sorkin (1975)

Lima faktor yang mempengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan yaitu :

a. *Need* (Kebutuhan)

Karena sakit maka seseorang akan mencari pelayanan kesehatan dan membutuhkan pengobatan.

b. *Realization of Need* (Memenuhi kebutuhan).

Pemenuhan kebutuhan akan pelayanan kesehatan dipengaruhi adanya harapan, rasa takut, keyakinan, pengalaman, adat dan agama.

c. *Financial Resources* (Sumber pembiayaan).

Orang akan menggunakan pelayanan kesehatan bila mempunyai sumber pembiayaan untuk mendapat pelayanan kesehatan. Sumber pembiayaan dapat berupa penghasilan, asuransi, bantuan pemerintah dan lain-lain.

d. *Specific Motivation* (Motivasi khusus)

Pada kondisi tertentu orang akan datang ke pelayanan kesehatan rekomendasi dokter bahwa seseorang harus dirawat di rumah sakit atau berkunjung ke dokter gigi paling sedikit 1 kali dalam setahun.

e. *Availability of Service* (Tersedianya layanan)

Seseorang akan menggunakan pelayanan kesehatan bila sarana kesehatan ada dan mudah dijangkau.

3. Feldstein (1979)

Faktor yang mempengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan adalah :

- Kejadian Sakit

Menderita sakit dan penyakit kronis merupakan determinan yang penting terkait hubungannya dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.

- Karakteristik Budaya-Demografi

Status perkawinan, jumlah anggota keluarga dan tingkat pendidikan.

- Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi yang mempengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan adalah tarif, penghasilan dan nilai dari waktu

- Persepsi keluarga mengenai masalah kesehatan atau penyakit dan keyakinannya terhadap keberhasilan pengobatan.

4. Mills (1990)

Konsep kebutuhan menurut Mills (1990) adalah

- *Normative Need* : Kebutuhan dasar atas pertimbangan situasi nyata dengan standar teknis tertentu yang telah disepakati.
- *Felt Need* : Kebutuhan yang dirasakan oleh individu yang diwujudkan dalam bentuk keinginan dan kemampuan membayar yang disebut permintaan.

Permintaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di negara berkembang menurut Mills (1990) :

- 1) Ada hubungan antara pendapatan dengan permintaan pelayanan kesehatan
- 2) Tarif atau harga menentukan permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Peningkatan tarif akan mengurangi permintaan terhadap pelayanan kesehatan terutama masyarakat miskin.

- 3) Kemudahan dalam mencapai pelayanan kesehatan mempengaruhi permintaan pelayanan.
- 4) Kualitas pelayanan kesehatan mempengaruhi keputusan untuk permintaan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan konsep yang dijabarkan diatas maka faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan adalah :

1. Pendidikan dan Pengetahuan

Menurut Green (1980) pendidikan formal seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan yang diperolehnya. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang berpendidikan rendah. Meningkatnya pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Model struktur sosial pada Andersen dan Anderson (1979), dimana variabelnya termasuk pendidikan menjelaskan bahwa pada tingkat pendidikan yang berbeda mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatan mereka. Sehingga berdampak pula pada penggunaan pelayanan kesehatan dalam hal ini penggunaan kartu Askeskin sebagai akses guna mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal yang sama dikemukakan oleh Zschock (1979). Feldstein (1979) mengutarakan bahwa pendidikan termasuk karakteristik budaya-demografi yang mempengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan.

Pengetahuan tentang kesehatan mungkin diperlukan sebelum praktek kesehatan dilakukan. Tetapi praktek kesehatan yang diinginkan mungkin tidak terjadi kecuali jika seseorang menerima petunjuk yang cukup kuat yang

memotivasinya untuk bertindak atas dasar pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan kesehatan dapat mengantarkan kearah tindakan jika ada keyakinan/kepercayaan terhadap kesehatan.

Pada penelitian Sukarjo (2000) sebesar 83,5 % pasien gakin yang berobat ke Puskesmas Bayat berpendidikan rendah. Hal ini sesuai dengan target sasaran yang diinginkan yaitu masyarakat miskin yang sebagian besar berpendidikan rendah.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batasan tentang sikap dapat dikutip sebagai berikut.

"An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object" (Campbell, 1950).

"A mental and neural state of rediness, organized through expertence, exerting a directive or dynamic influence up on the individual's r esponse to all object and situation with which it is related" (Allport, 1954).

"Attitude entails an existing predisposition to response to social object which in interaction with situational and other dispositional variable, guides and direct the overt behaviour of the individual" (Cardno, 1955).

Berdasarkan batasan di atas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Menurut Newcomb, ahli psikologis social, sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan

bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan reaksi tertutup dan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan objek (Notoatmodjo, 2007).

Teori yang mendukung yaitu Green (1980) dengan faktor predisposisi, Andersen dan Anderson (1979) dengan model sosial psikologis, Blum (1974), dan Andersen (1974) karakteristik predisposisi.

Semakin sering gakin berobat ke Puskesmas dengan menggunakan kartu sehat, maka sikap sadar sehat semakin bertambah. Sikap sadar sehat akan kebutuhan kesehatan dalam berobat mempunyai pengaruh signifikan dengan penggunaan kartu sehat dalam berobat (Sukarjo, 2000).

3. Persepsi

Persepsi adalah proses pemahaman ataupun pemberian makna atas suatu informasi terhadap stimulus. Stimulus didapat dari pengindraan terhadap objek, peristiwa atau hubungan-hubungan antara gejala yang selanjutnya diproses oleh otak (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Di dalam masyarakat terdapat beragam konsep sehat ataupun sakit yang berbeda-beda bahkan bertentangan dengan konsep yang dianut oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Hal ini timbul akibat perbedaan persepsi sakit antara masyarakat dan penyelenggara pelayanan kesehatan (Notoadmojo, 2003).

4. Ketersediaan pelayanan

Faktor-faktor yang memudahkan (*Enabling Factor*) menurut Anderson dan Green, untuk individu melakukan tindakan kesehatan diantaranya; keterjangkauan pelayanan kesehatan, yaitu kemampuan individu untuk membayar pelayanan kesehatan dan tersedianya pelayanan kesehatan.

Anderson berasumsi bahwa semakin banyak sarana pelayanan kesehatan dan tenaga yang tersedia, serta semakin sedikit waktu dan biaya yang dikeluarkan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan semakin meningkat. Aday, et al, (1980) mengungkapkan bahwa ketersediaan pelayanan merupakan akses potensial-indikator struktural dan akses nyata-indikator subjektif.

Hal yang sama didapat dalam penelitian Sukarjo (2000) bahwa tersedianya puskesmas atau pelayanan kesehatan mempunyai hubungan yang signifikan dengan penggunaan kartu sehat dalam berobat.

5. Jarak, sarana dan biaya transportasi

Menurut teori Green (1980), faktor pemungkin (*enabling*) mencakup keterampilan dan sumber daya yang menunjang perilaku sehat. Sumber daya meliputi tersedianya fasilitas termasuk sarana transportasi, petugas serta terjangkau biaya serta jarak pelayanan kesehatan. Menurut Anderson dalam faktor pemungkin disebutkan sumber daya masyarakat meliputi jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, ratio penduduk dengan tenaga kesehatan, jarak jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan. Kemudahan dalam mencapai pelayanan kesehatan mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan baik ditinjau dari jarak, waktu, sarana dan biaya transportasi (Mills, 1990).

6. Waktu tunggu layanan

Secara teori semakin baik kualitas suatu layanan kesehatan akan semakin banyak pengguna layanan kesehatan yang akan menggunakan layanan tersebut. Waktu tunggu layanan merupakan salah satu komponen dari kualitas pelayanan. Menurut Mills (1990), bahwa kualitas pelayanan kesehatan atau mutu pelayanan mempengaruhi keputusan untuk permintaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Aday, et al (1980) mengatakan bahwa kualitas atau mutu layanan merupakan akses nyata-indikator subjektif dari kepuasan pasien yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan.

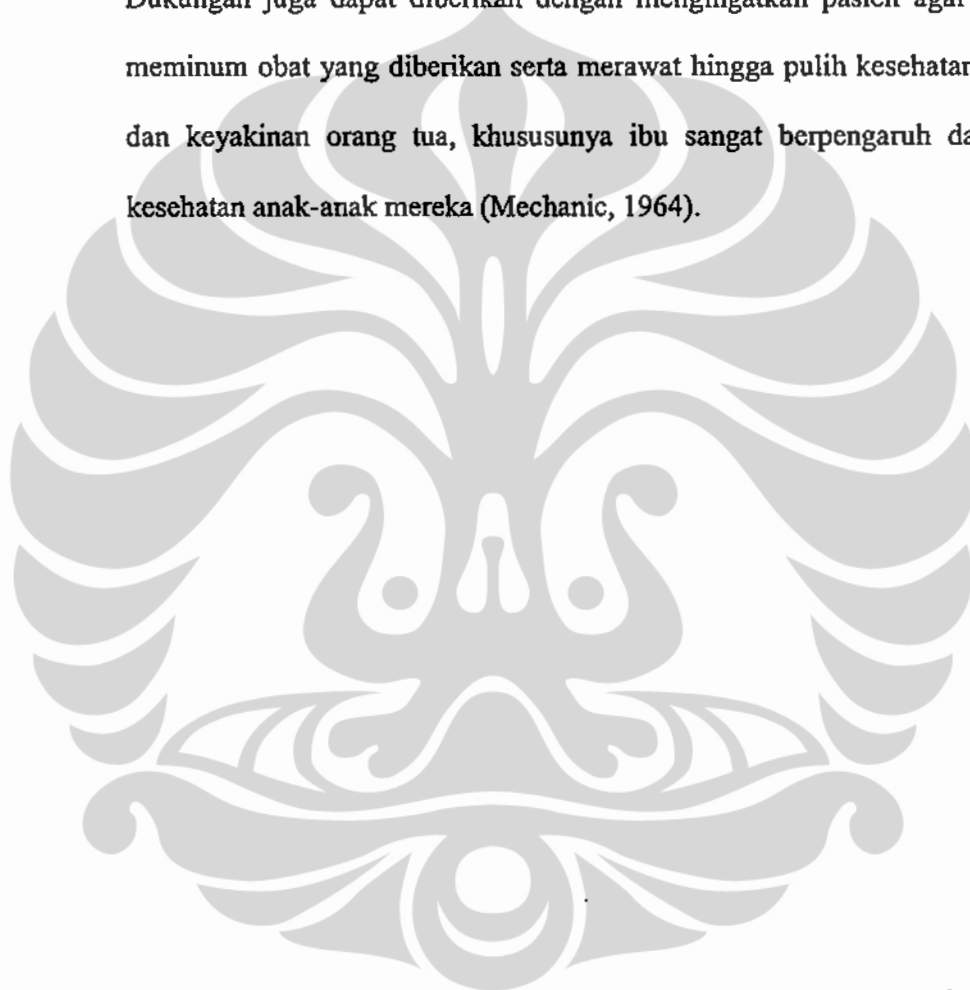
7. Dukungan petugas (Kesehatan/Kelurahan/RT/RW)

Terbentuknya perilaku diperkuat dengan adanya ketersediaan fasilitas dan sikap serta perilaku petugas kesehatan.(Notoatmodjo,1993). Faktor penguat meliputi keluarga, kelompok teman sebaya (*peer group*), orang tua, petugas kesehatan, dan lain-lain yang mendukung dan menghambat terjadinya praktek kesehatan.(Green, 1980). Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien menentukan pengguna pelayanan kesehatan akan kembali lagi untuk berobat atau tidak, hal tersebut termasuk ke dalam model organisasi menurut Andersen dan Anderson(1979) Hubungan yang signifikan antara dorongan petugas kesehatan dengan penggunaan pelayanan kesehatan diperoleh dari penelitian yang dilakukan oleh Sukarjo (2000) di Puskesmas Bayat Kabupaten Klaten.

8. Dukungan Keluarga

Lingkungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang (Blum,1974). Dukungan keluarga merupakan faktor

pendorong untuk mendorong seseorang untuk mengubah perilaku Dukungan yang diberikan tidak hanya sebatas materi melainkan dukungan moril seperti memperhatikan kesehatan anggota keluarga yang lain, menyarankan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan hingga mengantarkan pasien untuk berobat. Dukungan juga dapat diberikan dengan mengingatkan pasien agar tidak lupa meminum obat yang diberikan serta merawat hingga pulih kesehatannya. Sikap dan keyakinan orang tua, khususnya ibu sangat berpengaruh dalam status kesehatan anak-anak mereka (Mechanic, 1964).

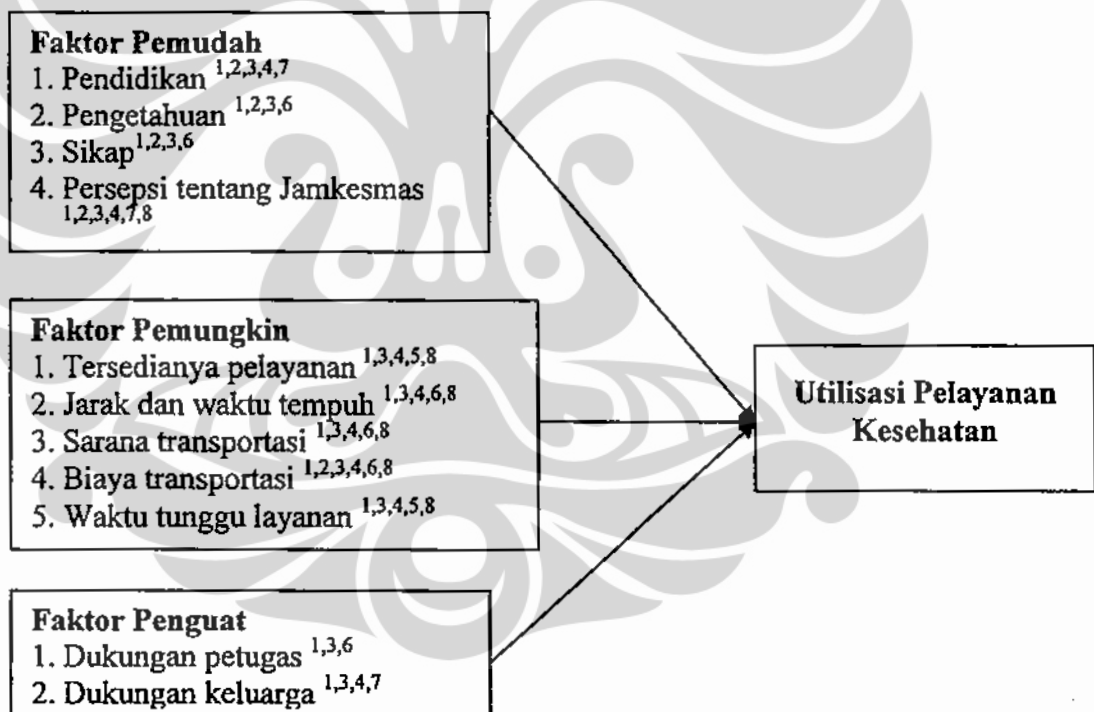


BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan peneliti berdasarkan pada model gabungan dari beberapa konsep perilaku, utilisasi dan akses serta memodifikasinya sesuai kebutuhan dan informasi dari penelitian terdahulu.



Keterangan :

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Green (1980) | 5. Aday, Andersen & Flemming (1980) |
| 2. Anderson (1975) | 6. Wirrick (1975) |
| 3. Andersen dan Anderson (1979) | 7. Feldstein (1979) |
| 4. Zschock (1979) | 8. Mills & Gibson (1990) |

3.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Variabel Bebas					
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang pernah diikuti oleh responden.	Kuesioner	Wawancara Pertanyaan no A5	Laria menempuh pendidikan	Ratio
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui tentang cara memperoleh pelayanan dan jenis layanan oleh peserta jamkesmas.	Kuesioner	Wawancara Sistem skor .Pertanyaan no C4 nilai 1 (jwbn 1) nilai 0 (jwbn 2,3,4 & 5) No. C5 nilai 1 (jwbn 1,4,5) nilai 0 (jwbn 2, 3) No.C6 nilai 1 (jwbn 3) nilai 0 (jwbn 1,2,4) No.C7 nilai 1 (jwbn 1) nilai 0 (jwbn 2,3,4) No.C8 nilai 1 (jwbn 3) nilai 0 (jwbn 1,2) No.C9 nilai 1 (jwbn 3) nilai 0 (jwbn 1,2,4) No.C10 nilai 1 (jwbn 1) nilai 0 (jwbn 2,3,4) No.C11 nilai 1 (jwbn 2) nilai 0 (jwbn 1,3)	1 = Baik (bila ≥ 5) 0 = Kurang (bila < 5)	Ordinal
Sikap	Kecenderungan responden terhadap penggunaan pelayanan kesehatan di Puskesmas oleh peserta Jamkesmas	Kuesioner	Wawancara Sistem skor Pertanyaan no. D12 – D18 Skor max (8 x 4 = 32), skor min (8 x 1=8)	1 = Positif (bila ≥ 3) 0 = Negatif (bila < 3)	Ordinal
Persepsi tentang Jamkesmas	Pemahaman tentang penggunaan dan kebunuban akan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas	Kuesioner	Wawancara Sistem skor Pertanyaan no.E19 nilai 1 (jwban 2, 3) nilai 0 (jwb 1,4) No.E20 nilai 1 (jwbn 1,4) nilai 0 (jwbn 2,3) No.E21 nilai 1 (jwbn 4), nilai 0 (jwbn 1,2,3)	1 = Baik (bila ≥ 3) 0 = Kurang (bila < 3)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Ketersediaan Pelayanan	Jam operasional pelayanan kesehatan	Kuesioner	Wawancara Sistem skor No. F22 nilai 1 (jwbn 1,2) nilai 0 (jwbn 2, 3) No. F23 nilai 1 (jwbn 3) nilai 0 (jwbn 1,2,4)	1 = Baik (bila ≥ 2) 0 = Kurang (bila < 2)	Ordinal
Jarak dan waktu	Jarak serta waktu yang ditempuh responden menuju puskesmas	Kuesioner	Wawancara Pertanyaan no. G24 - G25 Dekat < 4 km, jauh ≥ 4 km Singkat < 20 menit, Lama ≥ 20 menit	1. Jarak rumah ke puskesmas 2. Waktu tempuh ke puskesmas	Ratio
Sarana Transportasi	Ada tidaknya sarana transportasi ke Puskesmas	Kuesioner	Wawancara Pertanyaan no. H26 - H27	1 = Ada 0 = Tidak ada	Ordinal
Biaya Transportasi	Biaya yang dikeluarkan untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan	Kuesioner	Wawancara Pertanyaan no. H28	Rp yang dikeluarkan	Ordinal
Waktu tunggu layanan	Waktu tunggu yang dibutuhkan untuk mendapat layanan kesehatan	Kuesioner	Wawancara Sistem skor No. I29 nilai 1 (jwbn 1,2), nilai 0 (jwbn 3)	1 = Baik 0 = Kurang	Ordinal
Dukungan Petugas	Sosialisasi cara pemakaian dan manfaat yang didapatkan serta membantu dalam proses pengurusannya	Kuesioner	Wawancara Sistem skor No. J30 nilai 1 (jwbn 1) nilai 0 (jwbn 2,3) No. J31 nilai sesuai dgn bnyk info benar yg didapat. No. J32 nilai 1 (jwbn 1) nilai 0 (jwbn 2,3)	1 = Mendukung (bila = 3) 0 = Tidak mendukung (bila < 3)	Ordinal
Dukungan Keluarga	Anggota keluarga yang menyarankan untuk menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas dengan Jamkesmas.	Kuesioner	Wawancara Sistem skor No. K33 nilai 1 (jwbn 1), nilai 0 (jwbn 2) No. K34 nilai 1 (jwbn 1,2,3,4,5)	1 = Mendukung (bila = 2) 0 = Tidak mendukung (bila < 2)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Variabel Terikat					
Utilisasi Pelayanan Kesehatan	Penggunaan pelayanan kesehatan di puskesmas oleh gakin peserta jamkesmas dalam 3 bulan terakhir	Kuesioner	Wawancara Sistem skor Pertanyaan no B1 – B3 No. B1 nilai 1 (jwbn 1) nilai 0 (jwbn 2) No. B2 nilai 1 (bila jwbn no B1 = 1) No. B3 nilai 1 (jwbn 2) nilai 0 (jwbn 1,2,4)	1 = Menggunakan (bila = 3) 0 = Tidak menggunakan (bila < 3)	Ordinal

3.3. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara lama pendidikan peserta Jamkesmas dan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
2. Ada hubungan antara pengetahuan peserta Jamkesmas dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
3. Ada hubungan antara sikap peserta Jamkesmas dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
4. Ada hubungan antara persepsi peserta Jamkesmas dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
5. Ada hubungan antara tersedianya pelayanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
6. Ada hubungan antara jarak, waktu tempuh ke Puskesmas dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
7. Ada hubungan antara biaya dan sarana transportasi dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
8. Ada hubungan antara waktu tunggu layanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas .
9. Ada hubungan antara dukungan petugas Puskesmas dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.
10. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross-sectional* dengan menggunakan data primer. Studi analitik adalah mengadakan analisis yang bertujuan untuk menguji hipotesis dan melakukan interpretasi tentang hubungan-hubungan tersebut. Dalam rancangan studi ini pendekatan yang dilakukan bersifat sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti dalam suatu kurun waktu tertentu.

4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara. Alasan pemilihan lokasi adalah dikarenakan di daerah ini utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh keluarga miskin peserta jamkesmas masih rendah, letak geografis wilayah yang berdekatan dengan ibukota negara didukung dengan kemudahan administrasi serta dukungan aparat yang terkait. Pelaksanaannya dilakukan pada bulan Oktober hingga November 2008.

4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh penduduk miskin peserta jamkesmas dan berada pada cakupan wilayah pelayanan Puskesmas Warung Jambu yaitu sebanyak 8.315 orang. Dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas sebesar 7,7 % (Laporan Pelaksanaan Program JPKM-Askeskin, 2006-2007), maka

diambil nilai 7,7% sebagai perkiraan proporsi populasi. Tingkat kepercayaan yang diinginkan sebesar 95 % ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$). Besar sampel minimal dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus Lameshow et al (1990) :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Tingkat kepercayaan (95 %)

d = Penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketidaktepatan yang diinginkan (5%)

$$n = \frac{(1,960)^2 (0,077)(0,923)}{(0,05)^2}$$

$$n = 109,21$$

Jumlah sampel dibulatkan menjadi = 110

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan metode sampling acak sederhana (*simple random sampling*) dengan alasan bahwa setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama sebagai sampel untuk diseleksi. Kriteria sampel yang diambil adalah keluarga miskin yang telah mempunyai kartu jamkesmas dan pernah menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas 3 bulan terakhir serta berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Warung Jambu. Pengambilan sampel secara acak dilakukan dengan menggunakan program excel dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Data populasi sampel yang ada digabungkan (terdiri dari 3 kelurahan yaitu Kedung Halang, Ciparigi dan Ciluar).

2. Pada kolom terakhir setelah data dibuat kolom rumus =Rand(), lalu dicopy hingga akhir data.
3. Kolom rumus tersebut dicopy dan dipindahkan ke kolom selanjutnya dan hanya valuenya saja yang tertera pada kolom tersebut
4. Lalu kolom tersebut disusun berdasarkan urutan terkecil hingga terbesar.
5. Daftar tersebut sudah dalam keadaan teracak dan kita dapat menggunakan daftar tersebut sebagai daftar acak sebanyak jumlah sampel yang kita kehendaki.

4.4. Instrumen Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu pedoman wawancara serta kuesioner. Pengumpulan data melalui pengisian kuesioner sampel populasi dengan cara mendatangi setiap rumah responden untuk diwawancarai. Responden yang diwawancarai adalah keluarga miskin peserta jamkesmas dan pernah menggunakan layanan kesehatan di Puskesmas tiga bulan terakhir. Bila terambil balita maka yang diwawancarai adalah orang tuanya. Pengumpulan data dilakukan di 3 kelurahan yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara yaitu Kelurahan Kedung Halang, Kelurahan Ciparigi dan Kelurahan Ciluar.

Untuk mengetahui validitas kuesioner maka dilakukan dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Nilai r tabel dilihat dengan r tabel dengan menggunakan $df = n - 2$, maka $118 - 2 = 116$. Pada tingkat kemaknaan 5 % didapat pada r tabel = 0,182. Nilai r hasil yang didapat pada masing-masing pertanyaan/variabel lebih besar dari nilai r tabel ($> 0,182$). Uji validitas dilakukan pada pertanyaan tentang pengetahuan dan sikap. Karena hanya pada kedua variabel tersebut yang diperlukan validitas dan reliabilitas. Pada uji reliabilitas yaitu dengan

cara membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Dalam uji ini sebagai r hasil adalah nilai "Alpha". Dengan ketentuan r Alpha $>$ r tabel maka dari hasil uji tersebut untuk r Alpha pengetahuan didapat nilai $r = 0,49$ dan r Alpha sikap didapat hasil $r = 0,825$. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa nilai r Alpha pengetahuan (0,490) dan r Alpha sikap (0,825) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel, maka pertanyaan pengetahuan dan sikap dinyatakan reliabel.

4.5. Manajemen Data

Pengolahan data dilakukan menggunakan program komputer dengan langkah-langkah sebagai berikut : *data editing*, *data coding*, *data entry* dan *data cleaning*.

4.5.1. Data editing

Dilakukan editing data sebelum memasukkan data keprogram komputer dengan tujuan memeriksa apakah ada yang belum terisi semua oleh responden, jelas dan konsisten dengan pertanyaan.

4.5.2. Data Coding

Pemberian kode yang kemudian dimasukkan kedalam rekapan dari seluruh jawaban responden. Fungsi pemberian kode ini adalah untuk memudahkan analisis data dan data entry.

4.5.3. Data Entry

Setelah semua data diberi kode, maka data di masukkan kedalam program komputer untuk diolah.

4.5.4. Data Cleaning

Setelah data dimasukkan, kemudian dilakukan pengecekan ulang untuk memastikan apakah data yang dimasukkan tidak ada kesalahan. Setelah itu data siap dianalisa dengan bantuan program komputer.

4.6. Analisis Data

4.6.1. Analisis Univariat

Proses ini dilakukan guna memperoleh gambaran pada masing-masing variabel. Variabel bebas yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap, persepsi, ketersediaan pelayanan, transportasi, layanan, dukungan petugas dan dukungan keluarga. Variabel terikat yang diteliti adalah utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas. Data hasil penelitian ditampilkan pada tabel distribusi frekuensi.

4.6.2. Analisis Bivariat

Analisa yang dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dan variabel terikat. Uji yang dilakukan adalah uji regresi logistik sederhana dengan batas kemaknaan $p = 0,05$. Hasil uji statistik dikatakan mempunyai hubungan bermakna jika nilai p lebih kecil dari alpha (p value $< 0,05$). Sebaliknya, hubungan dinyatakan tidak bermakna jika hasil uji statistik menunjukkan nilai p lebih besar dari alpha (p value $> 0,05$). Uji regresi logistik sederhana juga dipakai untuk melakukan seleksi bivariat, dimana bila nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut langsung menjadi kandidat dalam tahapan multivariat. Variabel dengan nilai $p > 0,25$ dapat dimasukkan kedalam model multivariat bila secara substansi penting.

4.6.3. Analisis Multivariat

Analisis ini bertujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel bebas dengan variabel terikat pada waktu bersamaan. Hasil analisis dapat diketahui dengan melihat variabel bebas mana yang ada hubungan serta keeratan hubungan paling besar terhadap variabel terikat. Uji yang digunakan adalah regresi logistik ganda.

Langkah-langkah dalam melakukan analisis multivariat adalah sebagai berikut (Hastono, 2007):

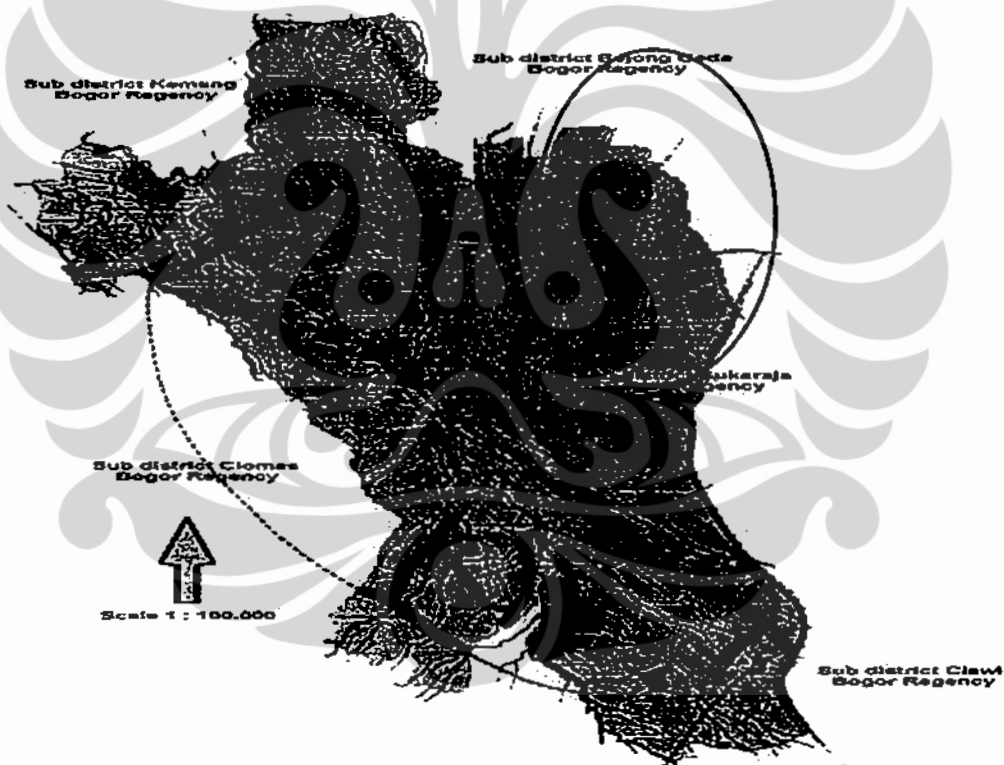
- a. Mengidentifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel terikat.
- b. Kovariat yang memiliki nilai $\leq 0,25$ pada tampilan *block 1* pada kotak *Omnibus Test of Model Coefficients* bagian *block*, merupakan kandidat yang masuk dalam model multivariat. Bila terdapat kovariat yang nilainya $> 0,25$ namun secara substansi penting, maka harus tetap masuk kedalam pemodelan.
- c. Berdasarkan hasil evaluasi dengan standar nilai pada tabel *Omnibus Test of Model Coefficients* bagian *block* seperti tersebut di atas, maka kovariat yang memenuhi kriteria dapat masuk perhitungan multivariat atau pemodelan.
- d. Melakukan perhitungan regresi logistik ganda secara bersama-sama untuk semua kovariat yang masuk kriteria pemodelan dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang nilai p -nya $> 0,05$ secara bertahap dimulai dari yang mempunyai nilai terbesar.
- e. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan adanya interaksi antar variabel, berdasarkan pada pertimbangan logika substantif. Apabila nilai pada bagian *block* pada tabel *Omnibus Test of Model Coefficients* terlihat nilai p -nya $> 0,05$, maka berarti tidak ada interaksi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Puskesmas Warung Jambu terletak di Kecamatan Bogor Utara, yang mencakup 3 kelurahan yaitu kelurahan Kedung Halang, Kelurahan Ciparigi dan Kelurahan Ciluar.



Gambar 5.1. : Peta Kota Bogor

Luas wilayah Puskesmas Warung Jambu $17,72 \text{ km}^2$ dengan jumlah penduduk 43.056 jiwa. Jumlah penduduk miskin yang terdaftar pada SK Walikota yang mendapat kartu Jamkesmas dan berada di adalah sebanyak 8.315 jiwa.

Puskemas Warung Jambu memiliki 2 Puskesmas pembantu yaitu Pustu Kedung Halang dan Pustu Ciluar. Puskesmas Warung Jambu terletak agak jauh dari wilayah kerjanya akan tetapi memiliki akses transportasi yang mudah.

5.2. Analisis Univariat

5.2.1. Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas oleh peserta jamkesmas dapat dilihat dari tabel 5.1 sebagai berikut :

Tabel 5.1 : Distribusi Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta Jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara Tahun 2008

Utilisasi Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Presentase (%)
• Menggunakan	67	56,8
• Tidak Menggunakan	51	43,2
Total	118	100

Utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta jamkesmas hasil penelitian dari 118 responden, sebanyak 67 responden (56,8%) menggunakan dan 51 responden (43,2%) tidak menggunakan. Dua variabel yang menjadi acuan ditetapkan bahwa responden dikatakan menggunakan bila menggunakan layanan kesehatan serta melakukan pembayaran dengan menggunakan kartu Jamkesmas. Sedangkan bila hanya menggunakan layanan kesehatan tanpa melakukan pembayaran dengan kartu Jamkesmas maka dianggap tidak menggunakan. Bila tidak menggunakan layanan kesehatan sudah pasti termasuk pada tidak menggunakan kartu Jamkesmas.

5.2.2. Faktor *Predisposing*

Faktor predisposisi yang diteliti adalah pendidikan, pengetahuan, sikap dan persepsi tentang Jamkesmas. Hasil analisis univariat faktor predisposisi sebagai berikut :

Tabel 5.2 : Distribusi Responden menurut Faktor Predisposisi

NO	Variabel	Kategori	Distribusi	
			Frekuensi	%
1	Pendidikan	Tinggi (≥ 9 th)	15	12,7
		Rendah (< 9 th)	103	87,3
2	Pengetahuan	Baik	89	75,4
		Kurang	29	24,6
3	Sikap	Positif	106	89,8
		Negatif	12	10,2
4	Persepsi	Baik	66	55,9
		Kurang	52	44,1

1. Pendidikan

Lama pendidikan sebagian besar responden berada pada level pendidikan dasar yaitu di bawah 9 tahun sebanyak 103 responden (87,3%). Sedangkan hanya 15 responden (12,7%) yang mempunyai lama pendidikan yang ditempuh diatas pendidikan dasar yang ditetapkan oleh pemerintah. Distribusi responden menurut pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.2.

2. Pengetahuan

Pengetahuan yang menjadi penelitian adalah segala sesuatu yang diketahui tentang cara memperoleh kartu, cara menggunakannya, manfaat kartu serta layanan yang diperoleh. Pengelompokan dibagi dua tingkatan berdasarkan nilai mean sehingga didapat : Rendah : $< \text{mean}$ dan Tinggi : $\geq \text{mean}$

Sebanyak 89 responden (75,4%) mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang Jamkesmas. Sisanya sebanyak 29 responden (24,6%) memiliki pengetahuan rendah. Gambaran distribusi responden menurut tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.2.

3. Sikap

Sikap merupakan pandangan responden terhadap kartu jamkesmas baik dari segi penggunaan serta manfaatnya. Sikap dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu baik \geq mean dan tidak baik $<$ mean. Dari 118 responden sebanyak 106 responden (89,8%) memiliki sikap baik sisanya sebanyak 12 responden (10,2%) dengan sikap tidak baik. Hasil distribusi responden menurut sikap dapat dilihat pada tabel 5.2.

4. Persepsi

Pengelompokan persepsi dibagi dua kategori yaitu baik bila nilai \geq nilai median sebanyak 66 responden (55,9%) sedangkan untuk persepsi kurang nilai $<$ nilai median sebanyak 52 responden (44,1%). Gambaran distribusi responden menurut persepsi dapat dilihat pada tabel 5.2.

5.2.3. Faktor *Enabling*

Faktor enabling responden yang diteliti adalah tersedianya pelayanan, jarak dan waktu, sarana transportasi, biaya transportasi dan mutu layanan. Hasil analisis univariat faktor enabling sebagai berikut :

Tabel 5.3 : Distribusi Responden menurut Faktor *Enabling*

NO	Variabel	Kategori	Distribusi	
			Frekuensi	%
1	Tersedianya pelayanan	Baik	34	28,8
		Kurang	84	71,2
2	Jarak	Dekat < 4 km	100	84,7
		Jauh \geq 4 km	18	15,3
3	Waktu	Singkat < 20 menit	52	44,1
		Lama \geq 20 menit	66	55,9
4	Sarana Transportasi	Ada	77	65,3
		Tidak	41	34,7
5	Biaya Transportasi	Terjangkau (\leq 4000)	42	35,6
		Tidak terjangkau ($>$ 4000)	76	64,4
6	Waktu tunggu layanan	Singkat	60	50,8
		Lama	58	49,2

1. Tersedianya Pelayanan

Ketersediaan pelayanan yang ditinjau adalah jam operasional Puskesmas. Dari hasil penelitian dan pengolahan data yang didapat bahwa 34 responden (28,8%) menilai baik karena sesuai dengan jam operasional yang seharusnya. Sedangkan 84 responden (71,2%) menilai kurang karena jam operasional lebih singkat dari yang seharusnya.

2. Jarak

Jarak antara tempat tinggal responden ke tempat layanan kesehatan, sebanyak 100 responden (84,7%) berjarak kurang dari 4 km sedangkan sisanya yaitu 18 responden (15,3%) berjarak lebih atau sama dengan 4 km.

3. Waktu

Waktu tempuh dari tempat tinggal responden menuju ke tempat pelayanan kesehatan dalam hal ini puskesmas. Dari data yang didapat sebanyak 52 responden (44,1%) ditempuh dalam waktu kurang dari 20 menit, 66

responden (55,9%) menyatakan bahwa waktu tempuhnya diatas atau sama dengan 20 menit.

4. Sarana Transportasi

Sarana transportasi yang tersedia adalah ada tidaknya sarana transport dari tempat tinggal responden menuju ke Puskesmas. Sebanyak 77 responden (65,3%) menyatakan ada sarana transportasi yang melalui daerah tempat tinggal responden sedangkan sisanya sebanyak 41 responden (34,7%) menyatakan tidak ada sarana transportasi yang melalui tempat tinggal responden menuju ke Puskesmas.

5. Biaya Transportasi

Besarnya biaya yang dikeluarkan untuk mencapai tempat layanan kesehatan. Dari hasil penelitian sebanyak 42 responden(35,6%) mengeluarkan biaya kurang dari Rp. 4000,- sedangkan 76 responden (64,4%) mengeluarkan biaya lebih dari dan sama dengan Rp. 4000,-. Penetapan Rp.4000,- adalah bila 1 kali menggunakan angkutan umum mengeluarkan biaya Rp 2000,- .

6. Waktu Tunggu Layanan

Lama waktu tunggu responden dalam memperoleh layanan kesehatan di puskesmas Warung Jambu. Hasil yang didapat sebanyak 60 responden (50,8%) menyatakan bahwa waktu tunggu layanan singkat dan 58 responden (49,2%) sisanya menyatakan waktu tunggu layanan lama. Dengan dasar 2 pengelompokan yaitu singkat dan lama. Bila waktu tunggu layanan < 15 menit maka dianggap singkat sedangkan untuk waktu tunggu layanan 15 – 30 menit dan > 30 menit dianggap lama.

5.2.4. Faktor *Reinforcing*

Faktor responden yang diteliti adalah dukungan petugas dan dukungan keluarga. Hasil analisis univariat faktor *reinforcing* adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4 : Distribusi Responden menurut Faktor Reinforcing

NO	Variabel	Kategori	Distribusi	
			Frekuensi	%
1	Dukungan Petugas	Mendukung	82	69,5
		Tidak mendukung	36	30,5
2	Dukungan Keluarga	Mendukung	88	74,6
		Tidak mendukung	30	25,4

1. Dukungan Petugas

Dukungan petugas yang dimaksud adalah petugas mensosialisasikan tentang tata cara pemakaian dan menjelaskan manfaat yang diperoleh serta membantu dalam proses pengurusannya. Dari gambaran distribusi responden terdapat 82 responden (69,5%) mendapat dukungan petugas sedangkan sisanya 36 responden (30,5%) menyatakan tidak mendapat dukungan petugas. Dengan dasar pengelompokan menggunakan nilai median, bila nilai yang diperoleh lebih besar atau sama dengan nilai median maka dikategorikan mendukung. Bila nilai yang diperoleh lebih kecil maka masuk kategori tidak mendukung.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang dimaksud adalah ada tidaknya anggota keluarga yang menyarankan untuk selalu menggunakan kartu Jamkesmas untuk mendapat layanan kesehatan. Dengan dasar pengelompokan menggunakan nilai median, bila nilai yang diperoleh lebih besar atau sama dengan nilai median maka dikategorikan mendukung. Bila nilai yang diperoleh lebih kecil maka masuk

kategori tidak mendukung. Dari hasil diperoleh sebanyak 88 responden (74,6%) menyatakan mendapat dukungan keluarga sedangkan sisanya 30 responden (25,4%) menyatakan tidak mendapat dukungan dari keluarganya.

5.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan variabel independen yaitu faktor predisposisi, faktor enabling dan faktor reinforcing dengan variabel dependen yaitu utilisasi pelayanan kesehatan.

5.3.1. Hubungan Faktor *Predisposing* dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Tabel 5.5 : Distribusi responden berdasarkan Faktor Predisposisi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Faktor Predisposisi	Utilisasi Pelayanan Kesehatan				Total		P Value	OR	95% CI
	Menggunakan		Tidak Menggunakan						
	n	%	N	%	n	%			
Pendidikan							0,788	1,2	0,4 – 3,5
• Tinggi	9	60	6	40	15	100			
• Rendah	58	56,3	45	43,7	103	100			
Pengetahuan							0,057	2,3	1,0 – 5,4
• Baik	55	61,8	34	38,2	89	100			
• Kurang	12	41,4	17	58,6	29	100			
Sikap							0,271	2,0	0,6 – 6,6
• Positif	62	58,5	44	41,5	106	100			
• Negatif	5	41,7	7	58,3	12	100			
Persepsi							0,844	1,1	0,5 – 2,2
• Baik	38	57,6	28	42,4	66	100			
• Kurang	29	55,8	23	44,2	52	100			

1. Hubungan Pendidikan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok pendidikan tinggi (60%) bila dibandingkan dengan responden yang menggunakan pelayanan

kesehatan pada kelompok berpendidikan rendah (56,3%) tidak jauh berbeda, hal ini mengindikasikan kemungkinan tidak adanya hubungan antara keduanya. Dari hasil uji statistik membuktikan bahwa perbedaan tersebut tidak signifikan ($p = 0,788$) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lama pendidikan yang diperoleh responden dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh maskin peserta jamkesmas.

2. Hubungan Pengetahuan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Dapat dilihat tabel 5.5 dapat dilihat bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok berpengetahuan baik (61,8%) berbanding dengan responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok berpengetahuan kurang (41,4%) mempunyai perbedaan yang cukup besar, kemungkinan adanya hubungan antara keduanya cukup besar. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p = 0,057$), sehingga tidak ada hubungan antara pengetahuan responden dengan utilisasi pelayanan kesehatan.

3. Hubungan Sikap dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok yang mempunyai sikap positif (58,5%) lebih besar bila dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap negatif (41,7%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p = 0,271$) dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

4. Hubungan Persepsi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok yang memiliki persepsi baik (57,6%) sedikit lebih besar dibandingkan dengan kelompok dengan persepsi kurang (55,8%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi yang kecil tersebut tidak signifikan ($p = 0,844$) hal tersebut berarti menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

5.3.2. Hubungan Faktor *Enabling* dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Tabel 5.6 : Distribusi responden berdasarkan Faktor Enabling dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Faktor Enabling	Utilisasi Pelayanan Kesehatan				Total		P Value	OR	95% CI
	Menggunakan		Tdk Menggunakan						
	N	%	N	%	N	%			
Ketersediaan Pelayanan							0,900	0,9	0,4 – 2,1
• Tinggi	19	55,9	15	44,1	34	100			
• Rendah	48	57,1	36	42,9	84	100			
Transportasi							0,706	1,2	0,5 – 2,5
• Terjangkau	43	58,1	31	41,9	74	100			
• Tdk Terjangkau	24	54,5	20	45,5	44	100			
Waktu tunggu layanan							0,043	2,3	1,1 – 4,8
• Singkat	40	59,7	20	39,2	60	100			
• Lama	27	40,3	31	60,8	58	100			

1. Hubungan Ketersediaan Pelayanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok dengan ketersediaan pelayanan tinggi (55,9%) lebih kecil bila dibandingkan dengan responden dengan ketersediaan pelayanan yang rendah (57,1%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tidak signifikan ($p = 0,90$) berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan pelayanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

2. Hubungan Jarak, Waktu, Sarana serta Biaya Transportasi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok dengan transportasi yang terjangkau (58,1%) sedikit lebih besar dibandingkan dengan kelompok dengan transportasi yang tidak terjangkau (54,5%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi yang kecil tersebut tidak signifikan ($p = 0,706$) berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara transportasi dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

3. Hubungan Waktu Tunggu Layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok yang menilai waktu tunggu layanan singkat (59,7%) bila dibandingkan dengan responden

yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok yang menilai waktu tunggu layanan lama (40,3%). Hasil uji statistik membuktikan bahwa perbedaan tersebut signifikan ($p = 0,043$) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara waktu tunggu layanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

5.3.3. Hubungan Faktor *Reinforcing* dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Tabel 5.7 : Distribusi responden berdasarkan Faktor Reinforcing dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Faktor Reinforcing	Utilisasi Pelayanan Kesehatan				Total		P Value	OR	95% CI
	Menggunakan		Tdk Menggunakan		N	%			
	N	%	N	%					
Dukungan Petugas									
• Mendukung	50	61	32	39	82	100	0,167	1,7	0,8 – 3,9
• Tdk mendukung	17	47,2	19	52,8	36	100			
Dukungan keluarga									
• Mendukung	53	60,2	35	39,8	88	100	0,198	1,7	0,8 – 4,0
• Tdk mendukung	14	46,7	16	53,3	30	100			

1. Hubungan Dukungan Petugas dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas pada kelompok yang mendapat dukungan petugas (61%) bila dibandingkan dengan responden yang menggunakan pelayanan kesehatan pada kelompok yang kurang mendapat dukungan (47,2%). Hasil uji statistik membuktikan bahwa perbedaan tersebut

tidak signifikan ($p = 0,167$) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan petugas dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

2. Hubungan Dukungan keluarga dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan bahwa proporsi responden yang menggunakan pelayanan kesehatan pada kelompok yang memperoleh dukungan keluarga (60,2%) lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang tidak didukung keluarga (46,7%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p = 0,198$) berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas oleh peserta jamkesmas.

5.4. Hubungan Antara Faktor Predisposisi, Faktor Enabling dan Faktor Reinforcing dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas secara Bersama-sama

5.4.1. Pemilihan kandidat multivariat

Pemilihan kandidat variabel yang masuk dalam model multivariat dilakukan melalui analisis terhadap masing-masing variabel kovariat. Variabel yang masuk dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai kovariat hasil uji $< 0,25$. Ringkasan evaluasi hasil regresi logistik masing-masing kovariat dengan variabel terikat (Utilisasi Pelayanan Kesehatan) berdasarkan nilai yang terdapat pada

tampilan *Block 1* tabel *Omnibus Tests of Model Coefficient* baris *block* kolom *Sig.*

Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.8 : Hasil analisis masing-masing kovariat dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008

No	Variabel kovariat	<i>P value</i>	Keterangan
1	Pendidikan	0,788	Bukan kandidat
2	Pengetahuan	0,057	Kandidat
3	Sikap	0,271	Bukan kandidat
4	Persepsi tentang Jamkesmas	0,844	Bukan kandidat
5	Ketersediaan Pelayanan	0,900	Bukan kandidat
6	Transportasi	0,706	Bukan kandidat
7	Waktu tunggu layanan	0,043	Kandidat
8	Dukungan Petugas	0,167	Kandidat
9	Dukung Keluarga	0,198	Kandidat

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa terdapat empat variabel yang masuk menjadi kandidat dalam model multivariat karena nilai *p*-nya lebih kecil dari 0,25, yaitu pengetahuan ($p = 0,057$), waktu tunggu layanan ($p = 0,043$), dukungan petugas ($p = 0,167$) dan dukungan keluarga ($p = 0,198$).

5.4.2. Tahapan Pemodelan

Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan model terbaik dalam menentukan variabel yang paling dominan sebagai determinan utilisasi pelayanan kesehatan. Semua variabel yang menjadi kandidat multivariat ini dimasukkan ke dalam pemodelan secara bersama-sama, yang dilanjutkan evaluasi hasil regresi logistik dengan melihat tabel *Variables in the Equation* pada kolom *Sig.*, dengan standar $\alpha = 0,05$. Variabel yang mempunyai nilai *p* lebih besar dari nilai alpha

dikeluarkan dari pemodelan secara satu per satu, dimulai dari variabel yang memiliki nilai p terbesar. Variabel yang telah dikeluarkan juga dapat dimasukkan kembali ke dalam pemodelan, dengan pertimbangan melihat dari perubahan nilai *Odds Ratio* (OR) pada kolom *Exp(B)* sebelum dan setelah dikeluarkan dari pemodelan. Apabila terdapat perubahan nilai OR lebih dari 10 persen, maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam pemodelan.

5.4.2.1. Pemodelan Tahap I

Berdasarkan evaluasi hasil seleksi bivariat, terdapat empat variabel yang menjadi kandidat model multivariat. Hasil model multivariat tahap I dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9 : Model multivariat regresi logistik antara pengetahuan, waktu tunggu layanan, dukungan petugas dan dukungan keluarga dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008

Variabel	Koef.	S.E.	Nilai p	OR	95% C.I.
Pengetahuan	0,558	0,477	0,243	1,7	0,7 – 4,4
Waktu tunggu Layanan	0,801	0,396	0,043	2,2	1,0 – 4,8
Dukungan Petugas	0,430	0,449	0,337	1,5	0,6 – 3,7
Dukungan Keluarga	0,242	0,454	0,593	1,3	0,5 – 3,1
Konstanta	- 1,018	0,530	0,055	0,4	

Melihat tabel di atas, maka hasil analisisnya diperoleh tiga variabel yang nilai p-nya $> 0,05$, yaitu dukungan keluarga, dukungan petugas dan pengetahuan. Nilai p yang terbesar adalah variabel dukungan keluarga, sehingga variabel ini akan dikeluarkan dari pemodelan paling awal.

5.4.2.2. Pemodelan tahap II

Hasil analisis tabel di atas dilanjutkan dengan membuat model multivariat tanpa disertai dengan variabel dukungan keluarga, sehingga menghasilkan model multivariat tahap II, yang dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 : Model multivariat regresi logistik antara pengetahuan, waktu tunggu layanan dan dukungan petugas dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008

Variabel	Koef.	S.E.	Nilai p	OR	95% C.I.
Pengetahuan	0,592	0,473	0,211	1,8	0,7 – 4,6
Waktu tunggu Layanan	0,831	0,391	0,034	2,3	1,1 – 4,9
Dukungan Petugas	0,455	0,446	0,307	1,6	0,7 – 3,8
Konstanta	- 0,896	0,474	0,059	0,4	

Hasil uji statistik yang terdapat pada tabel *Omnibus Tests of Model Coefficient* antara pemodelan dengan atau tanpa variabel dukungan keluarga, menunjukkan nilai $p = 0,006$, yang artinya ada perbedaan antara kedua tahap pemodelan pada $\alpha = 0,05$. Setelah variabel dukungan keluarga dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel dukungan keluarga dikeluarkan. Apabila nilai perubahannya melebihi 10%, maka variabel dukungan keluarga dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 : Evaluasi perubahan nilai OR dengan dan tanpa variabel dukungan keluarga

Variabel	OR dengan variabel dukungan keluarga	OR tanpa variabel dukungan keluarga	Perubahan OR (%)
Pengetahuan	1,7	1,8	3,4
Waktu tunggu layanan	2,2	2,3	3,1
Dukungan Petugas	1,5	1,6	2,5

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa variabel dukungan keluarga memiliki nilai perubahan yang tidak melebihi 10%, dengan demikian, variabel dukungan keluarga dikeluarkan dari model.

5.4.2.3. Pemodelan tahap III

Pemodelan tahap III berupa analisis multivariat tanpa disertai variabel dukungan petugas sebagai variabel terbesar kedua. Hasil pemodelan multivariatnya dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12 : Model multivariat regresi logistik antara pengetahuan dan waktu tunggu layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008

Variabel	Koef.	S.E.	Nilai p	OR	95% C.I.
Pengetahuan	0,760	0,444	0,087	2,1	0,9 – 5,1
Waktu tunggu Layanan	0,780	0,385	0,043	2,2	1,0 – 4,6
Konstanta	- 0,683	0,420	0,104	0,5	

Hasil uji statistik yang terdapat pada tabel *Omnibus Tests of Model Coefficient* antara pemodelan dengan atau tanpa variabel dukungan petugas, menunjukkan nilai $p = 0,009$, yang artinya ada perbedaan antara kedua tahap pemodelan pada $\alpha = 0,05$. Setelah variabel dukungan petugas dikeluarkan, maka langkah selanjutnya adalah melihat perubahan pada nilai OR dengan membandingkan masing-masing kovariat sebelum dan sesudah variabel dukungan

petugas dikeluarkan. Apabila nilai perubahannya melebihi 10%, maka variabel dukungan petugas dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.13 : Evaluasi perubahan nilai OR dengan dan tanpa variabel dukungan petugas

Variabel	OR dengan variabel dukungan petugas	OR tanpa variabel dukungan petugas	Perubahan OR (%)
Pengetahuan	1,7	2,1	22,4
Waktu tunggu layanan	2,2	2,2	- 2,0

Berdasarkan hasil perbandingan nilai OR di atas, terlihat bahwa pengetahuan memiliki nilai perubahan yang melebihi 10%, dengan demikian variabel dukungan petugas merupakan *confounding factor* pada hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan kesehatan, sehingga dimasukkan kembali ke dalam pemodelan.

Uji interaksi dilakukan antara variabel dukungan petugas dengan pengetahuan, karena diduga secara substansi ada interaksi antara dua variabel tersebut dan berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Hasil uji *omnibusnya* memperlihatkan nilai untuk dukungan petugas = 0,611, yang berarti lebih besar dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan tidak ada interaksi antara kedua variabel. Oleh karena tidak ada interaksi, maka uji interaksi tidak ditampilkan dalam hasil penelitian dan model akhir adalah seperti pada tabel 5.14 di bawah ini.

Tabel 5.14 : Model multivariat regresi logistik antara dukungan petugas, pengetahuan dan waktu tunggu layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Warung Jambu Kecamatan Bogor Utara tahun 2008

Variabel	Koef.	S.E.	Nilai p	OR	95% C.I.
Dukungan petugas	0,455	0,446	0,307	1,6	0,7 – 3,8
Waktu tunggu layanan	0,831	0,391	0,034	2,3	1,1 – 4,9
Pengetahuan	0,592	0,473	0,211	1,8	0,7 – 4,6
Konstanta	-0,896	0,474	0,059	0,4	

Hasil uji statistik sebagaimana tercantum pada tabel di atas menjelaskan bahwa waktu tunggu layanan berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan setelah dikontrol dukungan petugas dan pengetahuan, dimana responden yang menilai waktu tunggu layanan singkat berpeluang 2,3 kali menggunakan pelayanan kesehatan dibanding responden yang menilai waktu tunggu layanan lama. Pengetahuan juga berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan setelah dikontrol oleh dukungan petugas, dimana responden yang memiliki pengetahuan yang baik, berpeluang 1,8 kali akan menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas dibanding responden yang memiliki pengetahuan kurang. Waktu tunggu layanan (OR = 2,3 pada 95% CI = 1,1 - 4,9) adalah faktor yang paling dominan berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan di puskesmas.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

6.1.1. Desain Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan rancangan *cross sectional* yang hanya menggambarkan adanya suatu hubungan antara variabel independen dan variabel dependen tanpa bisa melihat hubungan sebab akibat yang terjadi, hal ini merupakan keterbatasan penelitian. Waktu pengukuran secara bersamaan baik pada variabel independen maupun variabel dependen.

6.1.2. Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan dengan menganalisa data primer berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti secara langsung dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner. Pengukuran variabel yang dijadikan determinan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas berdasarkan pada ingatan responden. Keterbatasan dalam menggunakan data primer adalah kemungkinan terjadi bias informasi pada saat wawancara dikarenakan ingatan responden akan menurun jika paparan telah berlangsung lama.

6.2. Proporsi Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Sebelum dilakukan penelitian proporsi utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta jamkesmas di kecamatan Bogor Utara

sebesar 7,7 % per bulan (data 2006-2007). Selama tahun 2008 proporsi utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh masyarakat miskin peserta jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara sebesar 5,4 % per bulan (data Jan - Okt 2008), terjadi penurunan proporsi utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas dikarenakan adanya peralihan sistem serta perubahan nama program serta peningkatan peserta yang di tanggung (dari 3210 jiwa menjadi 8315 jiwa). Penurunan yang terjadi lebih pada akibat penambahan jumlah peserta yang mencapai 266 %. Hasil penelitian Suharyanto(2007) tentang utilisasi, alasan terbanyak tidak menggunakan pelayanan kesehatan oleh peserta (52,7%) adalah tidak tahu prosedur.

6.3. Hubungan Pendidikan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Oleh Peserta Jamkesmas

Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara lama pendidikan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Hal ini dimungkinkan karena homogenitas masyarakat miskin yang sebagian besar lama pendidikan rendah dan tetap menggunakan layanan kesehatan ada 56,3%. Sedangkan responden yang diambil adalah masyarakat miskin yang telah memiliki kartu Jamkesmas. Lama pendidikan yang ditempuh, tinggi dan rendah tidak menunjukkan perbedaan yang berarti baik yang menggunakan maupun yang tidak menggunakan. Hasil penelitian Suharyanto(2007) menunjukkan hal yang sama yaitu pendidikan tidak berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Menurut penelitian Usman(1997) dan Widyawati(1998) semakin tingkat pendidikan semakin sering menggunakan pelayanan kesehatan. Menurut Langfelt dalam Walgito (2004),

semakin tinggi tingkat pendidikan semakin luas cara pandang orang tersebut terhadap kehidupannya termasuk masalah kesehatan.

6.4. Hubungan antara Pengetahuan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Oleh Peserta Jamkesmas

Pengetahuan seseorang merupakan domain yang paling mempengaruhi untuk terbentuknya suatu tindakan (Notoatmodjo,2005). Perilaku yang berdasarkan pengetahuan dan pengalaman akan lebih mudah dalam penerapannya bila dibandingkan dengan yang tidak berdasarkan pada pengetahuan. Akan tetapi meningkatnya pengetahuan seseorang tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku. Pengetahuan didapat tidak hanya secara formal melainkan juga didapat dari berbagai sumber serta dari pengalaman, baik sendiri maupun pengalaman orang lain. Di lapangan ditemukan responden yang telah memiliki pengalaman dalam menggunakan layanan kesehatan, mempunyai dua kecenderungan pertama bila pengalaman itu bersifat positif maka kemungkinan untuk menggunakan layanan kesehatan lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki pengalaman negatif pada penggunaan layanan kesehatan. Akan tetapi hal tersebut masih harus terlebih dahulu diteliti, apakah pengalaman merupakan confounding faktor pada hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan kesehatan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa pengetahuan responden tidak berhubungan secara bermakna dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas. Hasil ini menunjukkan tidak adanya perbedaan dalam utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas pada tiap kelompok tingkat pengetahuan.

Akan tetapi pengetahuan mempunyai *confounding factor* yaitu dukungan petugas. Dimana dukungan petugas menjadi *confounding factor* pada hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas. Meskipun keduanya tidak ditemukan adanya interaksi setelah dilakukan pengujian secara statistik.

Hasil uji penelitian Suharyanto(2007) menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi. Begitu pula menurut Widyawati(1998) dan Harni(1994) tingkat pengetahuan berpengaruh pada pemanfaatan persalinan. Penelitian Karmulya(2002) dan Hetti(2001) mengemukakan bahwa pengetahuan rendah mengakibatkan pemanfaatan rendah berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan .

6.5. Hubungan antara Sikap dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh peserta Jamkesmas

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas. Hal ini dapat dilihat baik responden yang bersikap positif (58,6%) maupun responden yang bersifat negatif (41,7%) tetap menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas. Dari hasil Ini menunjukkan bahwa sikap tidak mempengaruhi penggunaan pelayanan puskesmas oleh peserta jamkesmas. Kenyataan dilapangan ditemukan bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan adalah faktor yang menyebabkan responden menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas. Hasil yang sama ditunjukkan pada penelitian Karmulya(2002), Hetti(2001) dan Martha(1996).

6.6. Hubungan antara Persepsi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi dengan utilisasi kartu Jamkesmas. Perbandingan antara responden yang memiliki persepsi yang baik dengan yang kurang terhadap utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas tidak jauh berbeda yaitu 57,6% dan 55,8 %, tanpa melihat dari persepsi, responden tetap menggunakan pelayanan kesehatan. Hal yang sama dengan sikap, faktor kebutuhan adalah yang memungkinkan dalam utilisasi pelayanan kesehatan. Hasil ini sama dengan penelitian Nurmisih(2002). Tetapi hasil yang berbeda didapat pada penelitian Suharyanto(2007) dan Ivana Sebayang(2006) responden dengan persepsi baik mempunyai peluang lebih besar untuk memanfaatkan kartu daripada responden dengan persepsi kurang baik.

6.7. Hubungan antara Ketersediaan Pelayanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan pelayanan dengan utilisasi kartu Jamkesmas. Dengan hasil yang tidak jauh berbeda antara ketersediaan layanan tinggi dan rendah yaitu 55,9 % dan 57,1 %, dan responden tetap menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas. Karena yang ditinjau adalah jam operasional yang telah ditetapkan tanpa bisa diubah serta jawaban responden hanya berdasarkan pengalaman mereka. Rata-rata jawaban responden menunjukkan bahwa jam operasional kurang dari jam yang telah ditetapkan dan mereka telah terbiasa. Oleh karenanya ketersediaan layanan tidak berpengaruh pada penggunaan layanan puskesmas Pada penelitian Karmulya(2002)

menunjukkan ada hubungan antara ketersediaan pelayanan dengan pemanfaatan layanan kesehatan.

6.8. Hubungan antara Transportasi dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara transportasi dengan utilisasi kartu Jamkesmas. Hal ini kemungkinan disebabkan karena puskesmas Warung Jambu berlokasi di daerah pusat keramaian dan mudah dicapai dengan alat transportasi, sehingga transportasi tidak mempunyai hubungan yang bermakna. Pada penelitian Suharyanto(2007) tidak ada perbedaan bermakna antara sarana transportasi dengan utilisasi kartu. Kemudahan transportasi merupakan salah satu faktor pendukung dalam mencari akses pelayanan kesehatan. Jarak menjadi masalah bila ada sarana transportasi mudah didapat, namun perlu dipertimbangkan ada tidaknya biaya untuk transport.

6.9. Hubungan antara Waktu Tunggu Layanan dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Kualitas layanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terhadap pemilihan tempat pelayanan kesehatan (Kroeger,1983). Kualitas layanan juga ikut mempengaruhi motivasi seseorang untuk kembali ketempat layanan kesehatan tersebut. Layanan merupakan akses nyata indikator subjektif dari kepuasan pasien yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan (Aday,et al 1980).

Waktu tunggu layanan adalah salah satu item yang ditinjau apakah pelayanan tersebut berkualitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang

bermakna antara waktu tunggu layanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Hal ini membuktikan semakin singkat waktu tunggu pelayanan yang diberikan maka akan semakin sering digunakan. Dimana terdapat pemikiran semakin berkualitas suatu layanan akan semakin besar biaya yang dikeluarkan, Hal tersebut tidak berlaku bagi pemegang kartu Jamkesmas karena masalah biaya telah teratasi dengan adanya kartu Jamkesmas.

Waktu tunggu layanan bagi responden yang menggunakan kartu Jamkesmas adalah waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh layanan kesehatan. Semakin singkat waktu tunggu layanan maka semakin sering responden akan menggunakan layanan puskesmas.

6.10. Hubungan antara Dukungan Petugas dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan petugas terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Hasil uji statistik membuktikan tidak adanya hubungan antara dukungan petugas dengan utilisasi pelayanan kesehatan. Tetapi dukungan petugas menjadi *confounding faktor* bagi pengetahuan dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas. Hal ini dapat dijelaskan secara logika bila responden mendapat dukungan dari petugas baik dari kesehatan atau kelurahan (RT/RW) mendorong mereka untuk tidak ragu dalam menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas. Kemungkinan besar mereka akan menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas lebih besar bila tidak dilakukan dukungan petugas. Akan tetapi yang terjadi dilapangan petugas tidak memberikan dukungan berupa informasi

yang lengkap seperti tata cara penggunaan dan manfaat kartu Jamkesmas. Dalam hal ini petugas juga tidak bisa disalahkan sepenuhnya dikarenakan keterbatasan pengetahuan mereka tentang kartu Jamkesmas.

Petugas hanya menyerahkan pada kader posyandu untuk mendistribusikan kartu bagi warga tanpa dibekali dengan informasi baik berupa brosur maupun penjelasan terlebih dahulu. Sehingga kader hanya menyampaikan apa yang mereka tahu tanpa dilengkapi dengan pemenuhan pengetahuan tentang kartu Jamkesmas. Pada hasil penelitian Suharyanto(2007) menunjukkan ada perbedaan signifikan antara dukungan petugas dengan perilaku utilisasi kartu. Dukungan petugas diperlukan untuk merubah perilaku responden yang sebagian besar pendidikan rendah dengan pengetahuan kurang. Pada penelitian Nurmisih(2002) menyatakan bahwa faktor yang paling dominan dalam pemanfaatan layanan adalah keberadaan petugas (dukungan)

6.11. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas oleh Peserta Jamkesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga terhadap utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas. Keluarga merupakan orang terdekat yang mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan. Dari hasil penelitian, responden yang didukung maupun tidak didukung keluarga tetap akan menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas hal ini menunjukkan bahwa sudah ada kesadaran akan perilaku sehat dalam pencarian pengobatan. Pada penelitian Suharyanto(2002) menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan kartu.

6.12. Faktor yang Paling Dominan

Dari 4 kandidat, pengetahuan, waktu tunggu layanan, dukungan petugas dan dukungan keluarga. Variabel dengan nilai p terkecil adalah layanan yaitu $p = 0,043$. Waktu tunggu layanan berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas setelah dikontrol dukungan petugas dan pengetahuan. Responden yang menilai waktu tunggu layanan singkat berpeluang 2,3 kali dalam menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas dibandingkan dengan responden menilai waktu tunggu layanan lama.

Bagi keluarga miskin waktu adalah sesuatu yang berharga karena bila mereka dapat memanfaatkan waktu dengan baik maka mereka akan mendapat pemasukan. Bila waktu tunggu layanan kurang atau lama maka waktu untuk mendapatkan upah juga berkurang karena harus menunggu untuk mendapatkan layanan. Karena pada prinsipnya bila tidak bekerja maka tidak akan mendapat penghasilan. Waktu tunggu layanan baik atau cepat maka waktu untuk bekerja masih banyak yang tidak terbuang sehingga mereka masih dapat bekerja sehingga masih mendapat penghasilan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Sebanyak 56,8% peserta jamkesmas menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas dalam kurun waktu 3 bulan terakhir. Komposisi 87,3% penduduk dengan lama pendidikan rendah tetapi memiliki pengetahuan baik sebesar 75,4% serta sikap positif (baik) 89,8%, menimbulkan persepsi baik 55,6%. Ketersediaan pelayanan kurang 71,2%, dengan transportasi terjangkau sebesar 58,1%. Waktu tunggu layanan yang singkat 50,8% dan dukungan petugas sebesar 69,5% serta dukungan keluarga sebesar 74,6%.
2. Ada hubungan yang bermakna antara waktu tunggu layanan dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas setelah dikontrol dukungan petugas dan pengetahuan. Masyarakat yang menilai waktu tunggu layanan singkat, berpeluang 2,3 kali (95% CI 1,1 - 4,9) untuk menggunakan pelayanan kesehatan puskesmas dibandingkan dengan masyarakat yang menilai waktu tunggu layanan lama. Waktu tunggu layanan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas.
3. Tidak ada hubungan antara pengetahuan, dukungan petugas dan dukungan keluarga dengan utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh peserta jamkesmas.

7.2. Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kecamatan Bogor Utara

Perlunya sosialisasi kepada masyarakat khususnya peserta jamkesmas, baik berupa brosur, pamflet, poster, media cetak dan lain-lain. Sehingga masyarakat mempunyai pengetahuan tentang tata cara penggunaan serta manfaat kepesertaan jamkesmas serta tidak ragu dalam penggunaannya.

2. Bagi Puskesmas Warung Jambu

Perlunya mempersingkat waktu tunggu layanan dengan cara mempercepat proses pendaftaran, menerapkan pelaksanaan SOP pada pemeriksaan pasien tanpa mengorbankan waktu tunggu pasien lain dan membuat sebuah sistem pelayanan yang terpadu pada alur pelayanan.

3. Bagi Peneliti Lain

Diharapkan agar dapat melakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan desain kualitatif variabel waktu tunggu layanan dengan harapan dapat memperoleh informasi lebih dalam mengenai utilisasi pelayanan kesehatan puskesmas oleh keluarga miskin peserta jamkesmas.

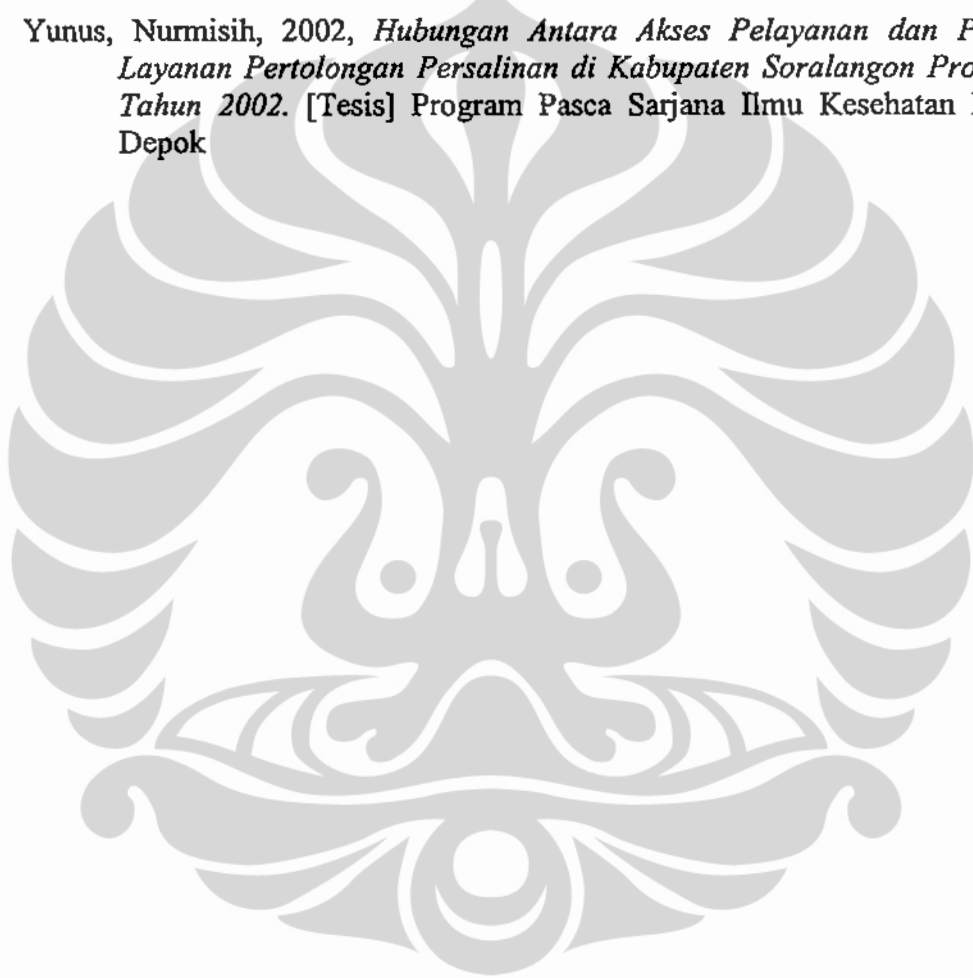
DAFTAR PUSTAKA

- Aday, L.A., Andersen, R., & Flemming, G.V. 1980, *Health Care in US, Equity for Whom ?*, Sage Publication Inc., Beverly California, Ca.
- Administrator, 2007, Tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat [on line], dari : <http://www.Depkes.go.id>>[8 Nov 2008]
- Anies. 2001, 'Perilaku keluarga miskin dalam upaya pencarian pengobatan bagi anak balitanya', *Jurnal Kesehatan Perkotaan*, vol.10,no. 1,tahun 2003.,hal.1-7
- Anies, 2000, 'Perilaku pencarian pengobatan bagi anak balita keluarga miskin. Studi kasus di kota Surakarta, Jawa Tengah', *Jurnal Kedokteran YARSI*, vol. 9, no. 3, tahun 2000., hal 47-53
- Blum, H.L. 1974, *Planning for Health, Development and Application of Social Change Theory*. New York: *Human Science*; p 254-258
- Bureau of Health Policy and Planning. MOPH, *Universal Coverage Policy, Evaluation of Policy Implementation in The Second Phase*. Reported prepared for the meeting on August 15, 2007
- Feldstein, P.J., 1979, *Health Care Economics*. Fifth Edition, Wiley Medical Publications, New York, USA
- Green, L.W. et al, 1980, *Health Education Planning; a Diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Co., California
- Ilyas, Y. 2003, *Asuransi Kesehatan; Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Harni, 1994, *Hubungan Antara Karakteristik Sosiodemografi Pengetahuan dan Sikap Ibu Gakin dengan Pemanfaatan*, [Tesis] Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok
- Hastono, Sutanto P. 2007, *Analisis Data Kesehatan ; Basic Data Analysis For Health Research Training*. FKM UI
- Hetti, Jenni. 2001, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas di Kabupaten Lampung Barat Tahun 2000*, [Tesis] Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok
- Indonesia, Departemen Kesehatan RI, 2005, *Pedoman Pelaksanaan; program pelayanan kesehatan di Puskesmas, rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas III rumah sakit yang dijamin Pemerintah*. Jakarta
- _____, 2005, *Profil Daerah Kabupaten dan Kota*, Penerbit Buku Kompas. Jakarta, Vol. 3
- _____, 2006, *Profil Kesehatan Kota Bogor Tahun 2006*. Dinas Kesehatan Kota Bogor Bogor

- Januarizal. 2008, *Hubungan Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan Pemanfaatan Sarana Layanan Kesehatan di Propinsi Jambi, Analisis Data Susenas 2006*, [Tesis] Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Karmulya, Eyo. 2001, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Kartu Sehat di Puskesmas Kejaksan Kota Cirebon Tahun 2001*, [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Kroeger, A. 1983, Anthropological and Socio Medical Health Care Researching Developing Countries, *Soc.Sci. Med.* Vol 17, No. 3.pp 147-161
- Martha, Evi. 1996, *Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi, Pengetahuan, Sikap dan Kepercayaan Ibu dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Bagi Ibu ISPA*, [Tesis] Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Mechanic, D.1964, 'The Influence of Mother on their Children's Health Attitudes and Behavior', *Pediatrics* 33 (March 1964); p 44-53
- Mills, A., & Gibson, L.,1990, *Ekonomi Kesehatan untuk Negara – Negara Sedang Berkembang*, Dian Rakyat, Jakarta
- Najib, Mardiaty. 1999, *Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan Diberbagai Wilayah Indonesia*, [Disertasi] Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Notoatmodjo, Soekijo. 2003, *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Organisasi Perburuhan Internasional. 2008, *Perlindungan Sosial di Indonesia: Persiapan Pengembangan Agenda*, Jakarta
- Ristrini, Rachmawati, T. & Budiarto, W. 2004, Pengeluaran Pasien dan Utilisasi Pelayanan Kesehatan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK Gakin); Studi di tiga Kabupaten Daerah Uji Coba JPK Gakin, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, vol. 10, no 1, Januari 2007, hal 1-9
- Ristrini, 2006, Mengembangkan Kriteria Keluarga Miskin dalam Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, vol. 9, no. 1, Januari 2006, hal 1-5
- Ross, H.S. & Mico, P.R. 1980, *Theory and Practice in Health Education*, Mayfield Publishing Co., California
- Sebayang, 2006, *Analisis Pemanfaatan Pelayanan kesehatan Dasar Puskesmas oleh Gakin Peserta JPKM di Wilayah Kecamatan Warungkondang, Kabupaten Cianjur Tahun 2005*. [Tesis] Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Depok.
- Shaikh, B.T. & Hatcher, J., 2004, Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers, *Jurnal Of Public Health*, vol. 27,no.1, pp. 49-54

- Sorkin, A.L., 1977, *Health Economic An Introduction*, D.C.Health & Company, USA
- Sudiro, 1999, Pelayanan Kesehatan Puskesmas dalam Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (PJPS-BK), *Medika edisi khusus*. Jakarta; hal 45-48
- Suharyanto, 2008, *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Askeskin Ibu keluarga Miskin pada Pelayanan Kehamilan dan Persalinan di Puskesmas dan Jaringannya di Kota Tangerang Tahun 2008*, [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Sukarjo, Y., Mukti, A.G. & Qomarudin. 2000, 'Perilaku penggunaan kartu sehat program JPS-BK di wilayah kerja Puskesmas Bayat Kabupaten Klaten' , *Jurnal Kedokteran YARSI*, vol. 9, no. 3, tahun 2000., hal. 38-46
- Susanti, L. 2007, *Diskrepansi Akses Terhadap Rawat Jalan antara Wilayah Utara dan Selatan Propinsi Banten* , Analisis Data Susenas 2006, [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Susilawati, L.A. & Thabrany, H. 2005, Berbagai Faktor yang Berhubungan dengan Beban Biaya Obat Pasien Rawat Inap Program Askeskin, di Cirebon tahun 2005, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, vol.1,no.3, Desember 2006, hal 122-126
- Suwandono, A. 1999, 'Hasil Studi Longitudinal Multitester JPS-BK', *Medika edisi Khusus*. Jakarta ,hal 8-13
- Suyono, H. 1996, *Poverty Alleviation through the Development of the Prosperious Family Non IDT Villages*, Jakarta: State Ministry for Population/ National Family Planning Coordination Board.
- Thabrany, H.(editor), 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Tim Litbang Kompas. 2003, Profil Daerah Kabupaten dan Kota Jilid 3. Penerbit Buku Kompas, Jakarta, September, hal 138-145
- Trihono. 2007, *Pengaruh Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, [Disertasi]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Universitas Indonesia. Fakultas kesehatan Masyarakat. 2007, *Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*. FKM UI, Depok
- Usman, 1997, *Faktor-Faktor pada Ibu Bersalin yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Persalinan di Propinsi Jawa Barat Tahun 1994*, [Tesis] Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Walgito, B. 2004, *Pengantar Psikologi Umum*, Penerbit Andi, Yogyakarta

- Wibowo, A. 1992, *Pemantauan Layanan Antenatal : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi dalam hubungannya dengan BBLR*, [Disertasi] Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Widyawati, (1998), *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di PKM Balaraja Curug dan Mauk Kabupaten Tangerang tahun 1997-1998*. [Tesis] Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Yunus, Nurmisih, 2002, *Hubungan Antara Akses Pelayanan dan Pemanfaatan Layanan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Sorolangon Propinsi Jambi Tahun 2002*. [Tesis] Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Depok



KUESIONER PENELITIAN

"Faktor – faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan Puskesmas Warung Jambu oleh peserta Jamkesmas di Kecamatan Bogor Utara tahun 2008 "

A. IDENTITAS KORESPONDEN

1. Nama :
2. Alamat :
RT.....RWKelurahan.....
3. Tanggal Lahir :(.....tahun)
4. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan
5. Pendidikan : 1. Tidak sekolah
2. SD s/d kelas.....
3. SLTP s/d kelas....
4. SLTA s/d kelas.....
5. PT s/d tingkat.....
6. Pekerjaan : 1. Tidak bekerja
2. Pedagang
3. Buruh (.....)
4. Pegawai Negeri
5. Petani (.....)
6. Pegawai Swasta
7. Lain-lain, sebutkan

7. Daftar anggota keluarga yang mempunyai kartu Jamkesmas :

No	Nama	L / P	Tgl Lahir	Keterangan

B. PENGGUNAAN PELAYANAN KESEHATAN

1. Dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, apakah bapak/ibu pernah ke Puskesmas ?
1. Pernah 2. Tidak pernah
Jika jawaban tidak pernah, apakah sebelumnya pernah ke Puskesmas ?
1. Pernah 2. Tidak pernah(STOP WAWANCARA)
2. Untuk keperluan apa bapak/ibu pergi ke Puskesmas ?
1. Imunisasi 3. Pengobatan
2. Pemeriksaan Kehamilan 4. Persalinan
5. Pemeriksaan Laboratorium 6. Lain-lain, sebutkan
3. Dengan menggunakan apa pelayanan kesehatan tersebut dibayar ?
1. Askes 3. Tunai (bayar sendiri)
2. Kartu Jamkesmas 4. Lain-lain,sebutkan

C. PENGETAHUAN RESPONDEN

4. Kartu Jamkesmas diperoleh dari :
1. Kelurahan (aparap kelurahan)
 2. Puskesmas
 3. Petugas Kesehatan
 4. Kader posyandu
 5. Lain-lain,sebutkan
5. Kartu Jamkesmas dapat digunakan di :
1. Puskesmas
 2. Balai pengobatan
 3. Klinik
 4. Rumah Sakit
 5. Puskesmas Pembantu
6. Kartu Jamkesmas dapat digunakan untuk pelayanan rawat inap untuk kelas ?
1. Kelas II di Rumah Sakit
 2. Kelas II di Puskesmas
 3. Kelas III di Rumah Sakit
 4. Kelas III di Puskesmas
7. Kartu Jamkesmas diberikan kepada :
1. Keluarga miskin
 2. Keluarga sejahtera 2
 3. Keluarga sejahtera 1
 4. Keluarga pra sejahtera
8. Kartu Jamkesmas dapat dipinjamkan kepada orang lain
1. Dapat
 2. Tidak tahu
 3. Tidak dapat
9. Kartu Jamkesmas dapat digunakan di rumah sakit bila :
1. Ada surat keterangan dari kelurahan
 2. Ada rujukan dari klinik
 3. Ada rujukan dari puskesmas
 4. Ada surat keterangan dari RT/RW
10. Apakah kartu Jamkesmas dalam penggunaannya :
1. Dipermudah
 2. Dipersulit
 3. Diperlambat
 4. Dipercepat
11. Pemegang kartu Jamkesmas mendapat layanan kesehatan :
1. Berbeda dengan pasien lain
 2. Sama dengan pasien lain
 3. Didahulukan

D. SIKAP RESPONDEN

NO	PERNYATAAN SIKAP	STS	TS	S	SS
12	Menurut Bapak/ibu, kartu Jamkesmas membantu orang miskin dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas				
13	Bila memiliki kartu Jamkesmas maka berhak mendapatkan Pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas				
14	Pemegang kartu Jamkesmas seharusnya tidak boleh ditarik biaya lagi.				
15	Menurut Bapak/ibu, seharusnya pelayanan yang diberikan kepada pemegang kartu Jamkesmas tidak dibedakan dengan pasien lain.				
16	Kartu Jamkesmas memberikan banyak manfaat bagi bapak/ibu dalam memperoleh layanan kesehatan.				
17	Kartu Jamkesmas mudah didapat dan tidak sulit mengurusnya				
18	Apakah bapak/ibu berhak mendapat kartu jamkesmas				

E. PERSEPSI

19. Menurut bapak/ibu apakah layanan yang didapat dengan menggunakan kartu Jamkesmas:
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Terbatas hanya pada puskesmas | 3. Tidak terbatas pada puskesmas |
| 2. Terbatas hanya pada rumah sakit | 4. Tidak terbatas pada rumah sakit |
20. Apakah kartu jamkesmas bagi bapak/ibu saat ini :
- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. Dibutuhkan | 2. Tidak dibutuhkan |
| 3. Belum dibutuhkan | 4. Sangat dibutuhkan |
21. Dalam keadaan apa, bapak/ibu menggunakan kartu Jamkesmas :
- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| 1. Pembayaran pelayanan kesehatan | 2. Pemeriksaan rutin |
| 3. Lain-lain, sebutkan | 4. Untuk pengobatan |

F. KETERSEDIAAN PELAYANAN

22. Apakah kartu Jamkesmasdalam memperoleh layanan kesehatan ?
- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. Membantu | 2. Sangat Membantu |
| 3. Tidak membantu | 4. Kurang membantu |
23. Jam berapakah Puskesmas melayani :
- | | |
|---------------|--------------|
| 1. Jam 8 – 12 | 2. Jam 8 – 1 |
| 3. Jam 8 – 2 | 3. Jam 8 -11 |

G. JARAK DAN WAKTU

24. Berapakah jarak tempat tinggal bapak/ibu dengan PuskesmasKm
25. Berapakah waktu yang dibutuhkan bapak/ibu untuk mencapai Puskesmasmenit

H. SARANA DAN BIAYA TRANSPORTASI

26. Bapak/ibu pergi ke Puskesmas dengan cara ?
- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. Berjalan kaki | 2. Naik kendaraan umum |
| 3. Naik kendaraan pribadi | 4. Lain-lain, sebutkan |
27. Apakah ada kendaraan umum yang menuju ke Puskesmas dari tempat tinggal bapak/ibu :
- | | |
|--------|--------------|
| 1. Ada | 2. Tidak ada |
|--------|--------------|
28. Biaya yang dikeluarkan untuk transportasi sebesar Rp.....
(bila menggunakan kendaraan sendiri, maka tulis biaya bensin dan parkir)

I. WAKTU TUNGGU LAYANAN

29. Berapa lama waktu tunggu bapak/ibu hingga mendapat layanan ?
- | | |
|---------------|------------------|
| 1. < 15 menit | 2. 15 – 30 menit |
| 3. > 30 menit | |

J. DUKUNGAN PETUGAS

31. Apakah bapak/ibu pernah mendapat informasi tentang kartu Jamkesmas oleh petugas kesehatan / kelurahan (RT/RW)

1. Pernah (lanjutkan ke no 32)
2. Tidak pernah
3. Tidak tahu

32. Informasi yang diberikan

1. Kartu Jamkesmas dapat digunakan di Puskesmas
2. Kartu Jamkesmas dapat digunakan di Rumah sakit
3. Bila menggunakan kartu Jamkesmas tidak ditarik biaya
4. Dapat memperoleh layanan Persalinan
5. Lain-lain, sebutkan

Disebutkan

Tdk disebut

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

33. Apakah ada petugas kesehatan/kelurahan (RT/RW) yang membantu anda guna mendapat kartu Jamkesmas ?

1. Ya
2. Tidak
3. Tidak tahu

K. DUKUNGAN KELUARGA

34. Di dalam keluarga yang tinggal serumah, adakah yang selalu menyarankan untuk menggunakan kartu Jamkesmas ?

1. Ada
2. Tidak

35. Siapakah anggota keluarga yang menyarankan untuk selalu menggunakan kartu Jamkesmas ?

1. Suami/Istri
2. Orang tua
3. Anak
4. Saudara
5. Lain-lain, sebutkan

Frequency Table

Utilitas pelayanan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Menggunakan	51	43,2	43,2	43,2
	Menggunakan	67	56,8	56,8	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	103	87,3	87,3	87,3
	Tinggi	15	12,7	12,7	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	29	24,6	24,6	24,6
	Tinggi	89	75,4	75,4	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk baik	12	10,2	10,2	10,2
	Baik	106	89,8	89,8	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Persepsi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif	52	44,1	44,1	44,1
	positif	66	55,9	55,9	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Ketersediaan layanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	84	71,2	71,2	71,2
	Baik	34	28,8	28,8	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Transportasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Terjangkau	44	37,3	37,3	37,3
	Terjangkau	74	62,7	62,7	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

waktu tunggu layanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	58	49,2	49,2	49,2
	Baik	60	50,8	50,8	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Dukungan petugas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk mendukung	36	30,5	30,5	30,5
	Mendukung	82	69,5	69,5	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Dukungan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk mendukung	30	25,4	25,4	25,4
	Mendukung	88	74,6	74,6	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Sikap * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Sikap	Tdk baik	Count	7	5	12
		% within Sikap	58,3%	41,7%	100,0%
	Baik	Count	44	62	106
		% within Sikap	41,5%	58,5%	100,0%
Total		Count	51	67	118
		% within Sikap	43,2%	56,8%	100,0%

Pengetahuan * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Pengetahuan	Rendah	Count	17	12	29
		% within Pengetahuan	58,6%	41,4%	100,0%
	Tinggi	Count	34	55	89
		% within Pengetahuan	38,2%	61,8%	100,0%
Total		Count	51	67	118
		% within Pengetahuan	43,2%	56,8%	100,0%

Persepsi * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Persepsi	negatif	Count	23	29	52
		% within Persepsi	44,2%	55,8%	100,0%
	positif	Count	28	38	66
		% within Persepsi	42,4%	57,6%	100,0%
Total		Count	51	67	118
		% within Persepsi	43,2%	56,8%	100,0%

Ketersediaan layanan * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Ketersediaan layanan	Kurang	Count % within Ketersediaan layanan	36 42,9%	48 57,1%	84 100,0%
	Baik	Count % within Ketersediaan layanan	15 44,1%	19 55,9%	34 100,0%
Total		Count % within Ketersediaan layanan	51 43,2%	67 56,8%	118 100,0%

Transportasi * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Transportasi	Tdk Terjangkau	Count % within Transportasi	20 45,5%	24 54,5%	44 100,0%
	Terjangkau	Count % within Transportasi	31 41,9%	43 58,1%	74 100,0%
Total		Count % within Transportasi	51 43,2%	67 56,8%	118 100,0%

waktu tunggu layanan * Utilitas Pelayanan Kesehatan Crosstabulation

			Utilitas Pelayanan Kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
waktu tunggu layanan	Kurang	Count % within waktu tunggu layanan	31 53,4%	27 46,6%	58 100,0%
	Baik	Count % within waktu tunggu layanan	20 33,3%	40 66,7%	60 100,0%
Total		Count % within waktu tunggu layanan	51 43,2%	67 56,8%	118 100,0%

Dukungan keluarga * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Dukungan keluarga	Tdk mendukung	Count % within Dukungan keluarga	16 53,3%	14 46,7%	30 100,0%
	Mendukung	Count % within Dukungan keluarga	35 39,8%	53 60,2%	88 100,0%
Total		Count % within Dukungan keluarga	51 43,2%	67 56,8%	118 100,0%

Pendidikan * Utilitas pelayanan kesehatan Crosstabulation

			Utilitas pelayanan kesehatan		Total
			Tdk Menggunakan	Menggunakan	
Pendidikan	Rendah	Count % within Pendidikan	45 43,7%	58 56,3%	103 100,0%
	Tinggi	Count % within Pendidikan	6 40,0%	9 60,0%	15 100,0%
Total		Count % within Pendidikan	51 43,2%	67 56,8%	118 100,0%

Uji regresi logistic sederhana antara variabel bebas dengan variabel terikat

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	118	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	118	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		118	100,0

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

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	1,230	1	,267
Block	1,230	1	,267
Model	1,230	1	,267

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 sikap	,679	,618	1,209	1	,271	1,973	,588	6,622
Constant	-,336	,586	,330	1	,566	,714		

a. Variable(s) entered on step 1: sikap.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	3,692	1	,055
Block	3,692	1	,055
Model	3,692	1	,055

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step tahu	,829	,436	3,624	1	,057	2,292	,976	5,382
1 Constant	-,348	,377	,853	1	,356	,706		

a. Variable(s) entered on step 1: tahu.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,039	1	,844
	Block	,039	1	,844
	Model	,039	1	,844

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step persepsi	,074	,374	,039	1	,844	1,076	,517	2,241
1 Constant	,232	,279	,689	1	,406	1,261		

a. Variable(s) entered on step 1: persepsi.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,016	1	,900
	Block	,016	1	,900
	Model	,016	1	,900

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 layanan	-,051	,410	,016	1	,900	,950	,426	2,121
Constant	,288	,220	1,703	1	,192	1,333		

a. Variable(s) entered on step 1: layanan.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,143	1	,706
	Block	,143	1	,706
	Model	,143	1	,706

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 jarak	,145	,384	,143	1	,706	1,156	,545	2,452
Constant	,182	,303	,363	1	,547	1,200		

a. Variable(s) entered on step 1: jarak.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4,896	1	,027
	Block	4,896	1	,027
	Model	4,896	1	,027

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step mutu	1,062	,386	7,579	1	,006	2,891	1,358	6,156
1 Constant	-,238	,262	,827	1	,363	,788		

a. Variable(s) entered on step 1: mutu.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1,919	1	,166
	Block	1,919	1	,166
	Model	1,919	1	,166

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step petugas	,558	,403	1,910	1	,167	1,746	,792	3,850
1 Constant	-,111	,334	,111	1	,739	,895		

a. Variable(s) entered on step 1: petugas.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1,665	1	,197
	Block	1,665	1	,197
	Model	1,665	1	,197

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 kg	,548	,426	1,659	1	,198	1,731	,751	3,988
Constant	-,134	,366	,133	1	,715	,875		

a. Variable(s) entered on step 1: kg.

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	,073	1	,787
Block	,073	1	,787
Model	,073	1	,787

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 didik	,152	,563	,073	1	,788	1,164	,386	3,510
Constant	,254	,199	1,632	1	,201	1,289		

a. Variable(s) entered on step 1: didik.

**Uji regresi logistic ganda antara pengetahuan, layanan,
dukungan petugas dan dukungan keluarga dengan utilisasi
pelayanan kesehatan**

Tahap I

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	118	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	118	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		118	100,0

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

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	9,190	4	,057
Block	9,190	4	,057
Model	9,190	4	,057

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 tahu	,558	,477	1,365	1	,243	1,747	,685	4,453
waktutunggu	,801	,396	4,098	1	,043	2,227	1,026	4,835
petugas	,430	,449	,920	1	,337	1,538	,638	3,704
klg	,242	,454	,285	1	,593	1,274	,524	3,101
Constant	-1,018	,530	3,692	1	,055	,361		

a. Variable(s) entered on step 1: tahu, waktutunggu, petugas, klg.

Tahap II

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	8,906	3	,031
	Block	8,906	3	,031
	Model	8,906	3	,031

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 tahu	,592	,473	1,563	1	,211	1,807	,715	4,571
waktutunggu	,831	,391	4,514	1	,034	2,296	1,067	4,944
petugas	,455	,446	1,042	1	,307	1,577	,658	3,778
Constant	-,896	,474	3,573	1	,059	,408		

a. Variable(s) entered on step 1: tahu, waktutunggu, petugas.

Tahap III

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	7,865	2	,020
	Block	7,865	2	,020
	Model	7,865	2	,020

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 tahu	,760	,444	2,930	1	,087	2,138	,896	5,106
waktutunggu	,780	,385	4,105	1	,043	2,182	1,026	4,643
Constant	-,683	,420	2,643	1	,104	,505		

a. Variable(s) entered on step 1: tahu, waktutunggu.

Reliability

PENGETAHUAN

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,490	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b4	5,5763	1,785	,199	,517
b5	5,5000	1,893	-,283	,511
b6	5,8136	1,247	,390	,370
b7	5,5593	1,719	,323	,482
b8	5,5254	1,824	,240	,502
b9	5,8051	1,269	,371	,381
b10	5,8136	1,281	,353	,391
b11	5,8475	1,310	,304	,418

SIKAP

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,825	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b12	19,9746	6,640	,669	,785
b13	19,8983	6,930	,613	,795
b14	20,0593	7,304	,440	,822
b15	19,8983	6,913	,598	,797
b16	20,1441	6,552	,602	,796
b17	20,3136	6,918	,433	,829
b18	19,9492	6,767	,683	,785

r table = 0,182