

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGUNAAN KARTU PELAYANAN KESEHATAN OLEH PESERTA JPKM-KOPERASI KUD SARI-MULYO DI PUSKESMAS NANGGULAN

*FACTORS THAT INFLUENCE THE USE OF JPKM HEALTH SERVICE CARD  
IN NANGGULAN HEALTH CENTRE BY KUD SARIMULYO MEMBERS.*

Y. Sugeng Sudjarwo.Hs.<sup>1</sup>, Laksono Trisnantoro<sup>2</sup> dan Doeljachman.Mh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan, Kabupaten Kulonprogo

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada

### ABSTRACT

One of the strategies to solve the problem of health financing in Indonesia is the development of community health financing scheme (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat or DUKM) which is operationalized as Community Health Insurance Scheme (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat or JPKM). In rural areas Village Cooperative (Koperasi Unit Desa or KUD) is mechanism to implement JPKM program. The purpose of this research was find out factors that influence the use of JPKM Health Service Card in Nanggulan Health Centre by KUD SARIMULYO members. This research was implemented in the Sub-district of Nanggulan, Kulon Progo regency, Yogyakarta. There were several variables in this research that presumably have influenced the use of JPKM Health Service Card in Nanggulan Health Centre by KUD SARIMULYO members, as follows: age, education, family income, numbers of family members, knowledge of JPKM, the distance of the home from Nanggulan Health Centre, Task-Force (Satuan Tugas) for mass- education, the self medicated and traditional Health Workers (Dukun or Pengobat Tradisional). This research also aim to describe organizational pattern or procedure, man power services to JPKM members and the opinions of community toward health services concepts of JPKM. This research used case control design. The sample respondents were 299, who were selected by a proportional random sampling method. Data this research were primary and secondary. The data were obtained by administering questionnaire and recording the documents from KUD SARIMULYO or Nanggulan Health Centre. The data analysis used The Product-Moment Correlations technique and Chi-Square technique. It can be concluded that influential factors in the use of JPKM Health Service Card in Nanggulan Health centre are (1) family income and (2) knowledge of JPKM by JPKM members. The other factors namely; age, educations, numbers of family members, knowledge of JPKM by task force, distance JPKM members home from Nanggulan Health Centre, Task-force (Satuan Tugas) visits, the self medicated and traditional Health Workers (Dukun or Pengobat Tradisional) are not significant factors for the use of JPKM health service card in Nanggulan Health Centre.

*Key words:* Health Insurance, JPKM, Village Cooperative Institutions.

### PENGANTAR

Masalah kesehatan yang dihadapi pemerintah khususnya dalam pemberian pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua yaitu masalah sistem pelayanan kesehatan dan sistem pembiayaan kesehatan. Masalah utama dalam sistem pembiayaan adalah terbatasnya dana pemerintah serta kurangnya

efisiensi dalam penggunaannya sehingga ada kecenderungan kenaikan biaya yang tidak terkendali dan tidak terjangkau oleh masyarakat<sup>1</sup>.

Pembiayaan kesehatan di Indonesia secara garis besar dikelompokkan menjadi dua sumber yaitu pemerintah dan masyarakat atau swasta. Analisis pembiayaan kesehatan menunjukkan bahwa peran-

an masyarakat dan swasta adalah dominan yaitu 70 persen dari total pembiayaan, sisanya sebesar 30 persen berasal dari pemerintah.

Sesuai dengan arah kebijaksanaan pembangunan maka perlu dimobilisasi dana untuk pembiayaan kesehatan dan dikembangkan upaya pemeliharaan kesehatan dengan cara penyelenggaraan berdasarkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)<sup>1</sup>.

Undang Undang Nomer 23/1992 tentang Kesehatan pada pasal 66 menyebutkan bahwa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas kekeluargaan, berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.

Menurut Soetopo<sup>2</sup> penyelenggaraan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat mempunyai ciri-ciri: (1) ada masyarakat sasaran tertentu yang mengorganisasikan diri dan terdaftar sebagai peserta; (2) ada suatu jaringan pelayanan kesehatan yang terkoordinasikan dan terorganisir yang dapat memberikan pelayanan kesehatan secara efisien dan efektif; (3) ada lembaga/Badan tertentu yang bertanggung-jawab atas penyelenggaraan program JPKM.

Dengan telah dicanangkan Program JPKM oleh Pemerintah beberapa langkah operasional telah dikembangkan antara lain adanya pengembangan program JPKM dalam wadah kegiatan koperasi. Di dalam penyelenggaraan Program JPKM-Koperasi diatur bahwa setiap peserta yang membutuhkan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan menunjukkan kartu peserta, dan peserta tersebut berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap rendahnya penggunaan kartu pelayanan kesehatan maka pada hakekatnya menyangkut masalah perubahan perilaku manusia.

Yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan<sup>3</sup>.

Menurut Rogers dan Shoemaker, perubahan perilaku manusia melalui beberapa tahap dan perubahannya merupakan suatu proses kejiwaan yang dialami individu tersebut sejak pertama memperoleh informasi atau pengetahuan mengenai sesuatu hal yang baru sampai pada saat ia memutuskan ia menerima atau menolak hal baru tersebut<sup>4</sup>.

Proses tersebut dikenal dengan "*adoption process*" yang oleh Rogers dibagi dalam lima tahapan yaitu: (a) Kesadaran (*awareness*), (b) Perhatian (*interest*), (c) penilaian (*evaluation*), (d) Percobaan (*trial*) dan (e) Adopsi (*adoption*).

Green menyebutkan bahwa kesehatan itu dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku, dijelaskan pula bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku yaitu: (a) faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang mencakup: sikap, nilai, kepercayaan, pengetahuan, norma sosial, kebudayaan, tabu/pantangan, faktor demografi seperti umur, status ekonomi, jumlah keluarga dan sebagainya; (b) faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu tersedianya sarana/sumber khususnya yang diperlukan dalam mendukung perilaku tersebut, serta terjangkainya sumber tersebut oleh sasaran; (c) faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu petugas kesehatan dan atau petugas lain yang mempunyai tanggung jawab terhadap perubahan perilaku masyarakat<sup>5</sup>.

Dalam teori ekonomi konsep *demand* (permintaan) memberikan suatu kerangka berpikir yang sistematis untuk menerangkan perilaku konsumen dan dari pandangan ekonomi *demand* dapat didefinisikan sebagai jumlah atau pelayanan tertentu yang mau dan mampu dibeli oleh konsumen pada suatu harga tertentu selama periode waktu tertentu pula<sup>6</sup>.

*Demand* terhadap pelayanan kesehatan pada umumnya didefinisikan sebagai jumlah pelayanan yang benar benar dipergunakan sebagai individu dalam masyarakat, meskipun pelayanan kesehatan dapat dipandang sebagai suatu komoditi ekonomi, akan tetapi terdapat perbedaan antara pelayanan kesehatan dengan komoditi lain yaitu : (1) *demand* terhadap pelayanan kesehatan muncul karena adanya *demand* terhadap kesehatan; (2) *demand* terhadap pelayanan kesehatan mempunyai banyak

faktor exogen; (3) Adanya pengaruh dari faktor faktor penyediaan seperti tingkat dan tenaga kesehatan yang tersedia, ini disebabkan oleh karena adanya peranan ganda dari penyedia pelayanan kesehatan.

Menurut Dunlop dan Zubkoff yang dikutip oleh Trisnantoro menyebutkan faktor faktor yang mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan kesehatan dapat dibagi menjadi 4 bagian besar: (1) kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis; (2) penilaian pribadi akan status kesehatannya; (3) variabel ekonomi seperti: tarif, ada tidaknya sistem asuransi dan penghasilan; (4) variabel demografis dan organisasi. Di samping faktor tersebut masih ada faktor lain misalnya: pengiklanan, jumlah tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan inflasi<sup>7</sup>.

Menurut Grover C. Wirick yang dikutip oleh Sorkin (telah) diidentifikasi lima faktor dasar yang mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan kesehatan yaitu (1) kebutuhan akan pelayanan kesehatan; (2) kesadaran akan adanya kebutuhan; (3) tersedianya sumber keuangan; (4) motivasi untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan; (5) tersedianya pelayanan<sup>8</sup>.

Pelaksanaan JPKM-Koperasi di Kecamatan Nanggulan dengan KUD SARIMULYO selaku Pengelola dan Pengumpul Dana (PPD) dan Puskesmas Nanggulan sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK) telah berlangsung ternyata hasilnya tidak berbeda dengan rata-rata di Kabupaten Kulon Progo.

Premi yang masuk terserap untuk klaim 10,41 persen, untuk administrasi pengembangan 12,45 persen dan berupa saldo plus 77,14 persen. Tagihan klaim sebesar 10,41 persen ini dirasakan rendah demikian juga dari data Susenas 1986 dan perbandingan antara kunjungan pasien umum, pasien PT (Persero) Askes Indonesia .

Masih rendahnya penggunaan kartu pemeliharaan kesehatan oleh peserta JPKM-Koperasi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK), dari Pengelola dan Pengumpul Dana (PPD), faktor peserta JPKM-Koperasi dan faktor lingkungan serta faktor lainnya.

Secara khusus penelitian ini bertujuan memperoleh gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya penggunaan Kartu Peserta JPKM-Koperasi KUD SARIMULYO dan diharapkan hasilnya nanti dapat bermanfaat bagi Bakor dan Satgas JPKM-Terpadu dalam menentukan kebijaksanaan pembangunan kesehatan. Sampai dengan akhir Bulan Pebruari 1995 jumlah anggota KUD SARIMULYO 3.168 dan telah menjadi Peserta JPKM-Koperasi sejumlah 1.070 atau 33,77 persen.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Nanggulan Kabupaten Kulon Progo. Jenis penelitian ini termasuk penelitian non-eksperimental, jika dilihat dari kegunaannya maka penelitian ini termasuk penelitian terapan dari sudut waktu maka penelitian ini dikatakan reprospektif dengan pendekatan belah melintang.

Sebagai variabel terpengaruh atau variabel terikat adalah digunakan atau tidaknya kartu pelayanan kesehatan untuk pemeliharaan kesehatan peserta dan keluarganya.

Variabel pengaruh atau yang diduga memberikan pengaruh terhadap penggunaan Kartu pelayanan Kesehatan atau disebut variabel bebas yaitu: (1) umur peserta; (2) pendidikan peserta; (3) penghasilan peserta; (4) jumlah anggota keluarga pengetahuan peserta tentang JPKM-Koperasi; (6) jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan; (7) pencarian pengobatan alternatif ke pengobat tradisional/dukun; (8) perilaku pengobatan dari peserta pada saat peserta atau keluarganya sakit; (9) ada tidaknya pembinaan dari Satuan Tugas JPKM-terpadu kecamatan; (10) frekuensi pembinaan yang dilakukan Satuan Tugas JPKM terpadu terhadap peserta; (11) sistem/pola pelayanan yang diterapkan oleh PPK; (12) perlakuan petugas pelayanan kesehatan terhadap peserta; (13) jenis atau macam tenaga kesehatan yang memberi pelayanan kesehatan.

Populasi dalam penelitian ini adalah anggota KUD SARI MULYO dan telah tercatat sebagai peserta Program JPKM-Koperasi. Sampel terdiri dari kasus (mereka yang memiliki kartu pelayanan

kesehatan tetapi tidak mempergunakan) dan kontrol (mereka yang memiliki kartu pelayanan kesehatan dan mempergunakan kartu). Besarnya sampel yang diambil sebanyak 299 dengan rincian 97 kontrol dan 212 kasus (108,7% dari sampel minimal).

Pengumpulan data dengan wawancara kepada responden dibantu daftar pertanyaan. Setelah diolah data disajikan dalam bentuk tabel silang menggambarkan hubungan distribusi dari dua variabel. Uji *chi-Square* digunakan untuk melihat hubungan dari masing-masing variabel yang dikategorikan dalam tabel silang dan untuk melihat arah dan kuatnya hubungan dari masing-masing variabel digunakan uji Korelasi *Product Moment Pearson's*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Umur.

Rata rata umur pengguna 46 tahun dengan umur terendah 30 tahun dan tertinggi 73 tahun dengan simpangan baku 11 tahun. Responden bukan pengguna umur rata-rata 49 tahun dengan umur terendah 23 tahun dan umur tertinggi 75 tahun.

Menurut perhitungan dengan *chi-Square* ( $db=1$ ,  $X^2= 0,585$ ,  $r= 0,0176$  ;  $p > 0,05$ ) hasil perhitungan  $x^2$  tersebut tidak signifikan atau dapat dikatakan antara variabel penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan dengan umur tidak ada pengaruhnya. Temuan penelitian menjelaskan bahwa semakin tua umur responden semakin banyak mempergunakan kartu pelayanan kesehatan, hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Dunlop dan Zubkoff yang dikutip Trisnantoro<sup>7</sup> bahwa semakin tua usia seseorang lebih meningkat *demandnya* terhadap pelayanan kuratif dan diikuti pula dengan menurunnya *demand* terhadap pelayanan preventif.

Hubungan umur dengan penggunaan pelayanan walaupun menunjukkan kecenderungan positif dalam arti semakin tua seseorang semakin meningkat *demandnya* untuk pelayanan kesehatan walaupun bukan merupakan hubungan linier. Hasil ini juga tidak berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Bakker dan Pearlman di Taiwan<sup>11</sup>.

### Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Pendidikan

Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi 3 tingkatan yaitu: (1) kurang dari 6 tahun (tidak tamat SD atau tidak sekolah); (2) antara 6-9 tahun (tamat SD & SLTP) serta (3) lebih 10 tahun (tamat SLTA ke-atas). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden masih membentuk kurva U sehingga prosentase yang berpendidikan tinggi dengan yang berpendidikan rendah hampir sama (13-16%) dan sisanya 70% dari responden berpendidikan sedang yaitu tamat SD dan SLTP.

Hal yang cukup menarik adalah terdapat 17,92% responden yang berpendidikan tinggi tidak pernah menggunakan Kartu Pelayanan yang seharusnya kelompok mereka yang sering memanfaatkannya, setelah ditelusuri lebih lanjut ternyata umumnya mereka pegawai negeri yang telah memiliki Kartu Askes untuk berobat kalau sakit.

Dengan perhitungan statistik *Chi-Square* ( $db=2$ ,  $X^2= 1,868$ ,  $r= 0,0027$ ,  $p > 0,05$ ) tersebut tidak signifikan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan pendidikan responden.

Sehubungan dengan ditemukannya tidak ada hubungan antara pendidikan dengan penggunaan kartu pelayanan kesehatan maka temuan ini sama dan mendukung dengan penelitian Daryono<sup>12</sup> dan Andres<sup>13</sup> bahwa pendidikan kepala keluarga tidak berpengaruh terhadap penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Menurut Feldstein berpengaruh positif terhadap *demand* akan pelayanan kesehatan, keluarga dengan pendidikan tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengenal lebih awal gejala penyakit yang diderita dan mempunyai keinginan yang lebih besar untuk mencari pengobatan sedini mungkin kaitannya dengan hasil penelitian ini dapat disebutkan bahwa dengan tingkat pendidikan yang umumnya masih dalam taraf sedang perlu suatu upaya khusus untuk meningkatkan *demand* mereka dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan<sup>10</sup>.

### Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga untuk kelompok pengguna dan bukan pengguna rata-rata antara 4 - 5 orang sesuai norma keluarga kecil dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu : (1) anggota keluarga 1- 4 orang dan (2) anggota keluarga lebih dari 4 orang. Hasil perhitungan dengan *Chi-Square* ( $df=2$ ,  $X^2= 1,868$ ,  $r= 0.0408$ ,  $p>0,05$ ) sehingga dapat dikatakan bahwa penggunaan kartu pelayanan kesehatan tidak dipengaruhi oleh banyak sedikitnya anggota keluarga peserta JPKM-Koperasi.

Penelitian lain yang hasilnya dapat memperkuat hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilaksanakan oleh Herawati di Poliklinik Departemen Keuangan RI. Temuan menyebutkan bahwa pemanfaatan poliklinik Departemen Keuangan RI tidak dapat dibuktikan berhubungan dengan jumlah anak yang dimiliki oleh pasien yang berkunjung<sup>14</sup>.

### Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Penghasilan Keluarga

Hasil perhitungan penghasilan keluarga dibuat klasifikasi menjadi 4 tingkatan yaitu : (1) penghasilan kecil (di bawah Rp.100.000,-), (2) penghasilan sedang (Rp.100.000,- s/d Rp.200.000,-), (3) penghasilan cukup (antara Rp.200.000,- s/d Rp.300.000,-) dan (4) penghasilan besar (lebih dari Rp.300.000,- perbulan).

Hasil penelitian menunjukkan hanya 12 persen responden yang mempunyai penghasilan dibawah Rp.100.000,- dan sisanya 88 persen berpenghasilan sedang dan cukup. Perhitungan Statistik dengan uji *Chi-Square* ( $df=2$ , diperoleh  $X^2= 8,432$ ,  $r= 0,117$ ,  $p<0,05$ ) didapatkannya hubungan yang bermakna ini mungkin dengan keadaan sosial ekonomi yang cukup keluarga lebih peka dan lebih dini untuk memecahkan masalah kesehatan yang ada didalam keluarga dan didukung dengan tersedianya waktu yang memungkinkan keluarga tersebut untuk memeriksakan kesehatannya ke puskesmas.

### Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Jarak-Tempat Tinggal Responden dari Puskesmas.

Jarak tempat tinggal responden dengan Puskes-

mas diperhitungkan dengan satuan kilometer, selain jarak dari daftar pertanyaan juga diteliti tentang kemudahan lokasi tempat tinggal untuk ditempuh sampai Puskesmas.

Hasil perhitungan statistik uji *Chi-Square* ( $df=2$ ,  $X^2= 3,328$ ,  $r= 0,1014$ ,  $p>0,05$ ) menunjukkan hubungan yang tidak bermakna atau antara variabel penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan penggunaan kartu pelayanan kesehatan tidak dipengaruhi oleh jarak tempat tinggal responden dari puskesmas.

Tidak ada hubungan antara jarak tempat tinggal responden dari Puskesmas dengan digunakan atau tidaknya kartu pelayanan kesehatan bisa dimengerti karena keberadaan Puskesmas yang terletak di jantung kecamatan serta adanya upaya untuk mende-katkan jarak pelayanan kepada peserta JPKM-Koperasi melalui Puskesmas Pembantu yang dibangun di beberapa desa. Di samping itu untuk menjangkau daerah yang agar terpencil diatasi dengan Puskesmas Keliling.

### Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Pencarian Pengobatan ke Batra atau Dukun

Hasil penelitian terlihat bahwa hanya lebih kurang 10 persen mencari pengobatan alternatif ke dukun atau pengobat tradisional jika mereka mengalami sakit. Angka ini cukup tinggi bila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gani di Kabupaten Karanganyar Jawa Tengah dengan hasil 2,9 persen.

Perhitungan statistik dengan uji *Chi-Square* ( $df=1$ ,  $X^2= 0,139$ ,  $r= 0,0216$ ,  $p > 0,06$ ) mendapatkan  $x^2$  tidak signifikan atau dapatlah dikatakan bahwa antara variabel penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan pencarian pengobatan alternatif ke dukun atau pengobat tradisional tidak ada pengaruhnya.

Meskipun peranan pengobat tradisional /dukun di Kecamatan Nanggulan masih dirasa tinggi bila dibanding dengan prosentase tingkat nasional namun peranan dominan yang lebih menonjol dari para pengobat tradisional bukan sebagai penyembuh melainkan sebagai pelengkap pelayanan kesehatan

yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan formal dan berdasarkan wawancara yang mendalam diperoleh gambaran salah satu peran yang dapat dilakukan oleh para pengobat tradisional adalah sebagai penasehat kehidupan.

Alasan lain yang sering dikemukakan oleh responden dalam pencarian pengobatan alternatif ke pengobat tradisional adalah mudah dicapai, lebih bebas komunikasinya dan merasa ada hubungan batin yang lebih kuat. Di samping itu beberapa responden mengemukakan bahwa sistem pembayaran jasa pelayanan tidak ditentukan sepihak tetapi lebih banyak ditentukan oleh penerima jasa.

### **Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Kebiasaan Mengobati Sendiri Jika Mengalami Sakit.**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok pengguna, meskipun responden telah memanfaatkan kartu pelayanan kesehatan sewaktu sakit namun masih banyak (47%) yang masing-masing sering melakukan pengobatan sendiri dengan berpedoman pada brosur atau iklan /media massa bahkan masih 35% yang suka melakukan pengobatan sendiri sampai merasa sembuh.

Hasil tersebut tidak jauh berbeda pada kelompok bukan pengguna tercatat 37,26% melakukan pengobatan sendiri dan 34,41% mengobati sendiri sampai sembuh.

Dilakukan perhitungan statistik uji *Chi-Square* menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan tindakan pengobatan sendiri yang dilakukan oleh responden ( $df=3$ ,  $X^2=6,977$ ;  $r=0,0683$ ;  $p>0,05$ ).

### **Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Pengetahuan Responden tentang JPKM.**

Berdasarkan hasil wawancara maka dari data yang ada dilakukan penilaian dengan memeriksa jawaban satu persatu kemudian secara garis besar dari olahan data pengetahuan tersebut diklasifikasikan menjadi tiga kelompok besar yaitu kategori (1) pengetahuan kurang; (2) pengetahuan cukup dan (3) pengetahuan baik.

Dari hasil penelitian terlihat untuk kelompok yang pernah memanfaatkan jasa JPKM Koperasi hanya 22,99 persen memiliki pengetahuan masih kurang sisanya mempunyai pengetahuan yang cukup dan baik mengenai JPKM Koperasi.

Dari kelompok yang belum pernah memanfaatkan jasa JPKM-koperasi terdapat 11,32 persen yang sudah mempunyai pengetahuan yang baik tentang JPKM Koperasi, 85 persen dari mereka adalah pegawai negeri yang juga ikut sebagai peserta JPKM Koperasi, dari kelompok bukan pengguna hanya 37,74 persen yang pengetahuan tentang JPKM-Koperasi dipandang cukup dan sisanya 50,94 persen pengetahuannya tentang JPKM masih kurang.

Perhitungan statistik menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan yang sangat bermakna antara penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan pengetahuan JPKM responden ( $df=2$ ,  $X^2= 32,711$ ,  $p < 0,01$  ). Dengan ditemukannya hubungan yang bermakna antara pengetahuan peserta dengan penggunaan kartu pelayanan kesehatan maka perlu dikaji lebih lanjut proses pengalihan informasi dari komponen yang terkait (Bakor dan Satgas) kepada sasaran peserta JPKM Koperasi.

### **Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan dengan Pembinaan Satuan-Tugas JPKM Koperasi.**

Dari 299 responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini 60 persen memberikan informasi pernah mendapatkan pembinaan dari Satuan Tugas Kecamatan. Bentuk Pembinaan biasanya dilaksanakan dalam pertemuan di desa atau di dusun ada beberapa responden yang pernah dikunjungi oleh anggota Satuan Tugas untuk memberikan pembinaan atau penyuluhan.

Perhitungan Statistik uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan pembinaan dari satuan tugas JPKM Koperasi ( $df=2$ ,  $X^2= 0,889$ ,  $p > 0,05$ )

Hal menarik untuk dikaji lebih lanjut adalah walaupun sudah mendapatkan pembinaan dari Satuan Tugas JPKM-terpadu namun masih 58,49%

dari mereka belum pernah memanfaatkan kartu pelayanan kesehatan dan walaupun belum pernah mendapatkan pembinaan dari Satuan Tugas JPKM-Terpadu Kecamatan telah 35,63% yang memanfaatkan Kartu Pelayanan Kesehatan.

#### **Penggunaan Kartu pelayanan Kesehatan dengan Frekuensi Pembinaan Satuan Tugas**

Dari 180 responden yang menjawab mendapatkan pembinaan dari Satuan Tugas JPKM-Terpadu kecamatan diperoleh gambaran untuk kelompok pengguna 33,93 persen menjawab mendapatkan pembinaan satu kali, 42 persen menjawab dua kali dan selebihnya 23 persen menjawab mendapatkan pembinaan lebih dari dua kali. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel penggunaan kartu pelayanan kesehatan dengan frekuensi pembinaan satuan tugas JPKM Terpadu ( $df= 2, X^2= 0,139, p>0,05$ ).

#### **Prosedur Pelayanan**

Hampir separo (46,28%) responden yang telah memanfaatkan jasa JPKM-Koperasi menjawab mereka merasakan ada perbedaan tata-cara atau prosedur sebagai peserta JPKM-Koperasi dibanding yang pasien umum, karena responden tidak dipungut biaya pada saat periksa sehingga mereka merasakan lebih cepat karena tidak perlu antri di loket pembayaran sedangkan sisanya (51,72%) menjawab tidak ada perbedaan yang berarti prosedur yang mereka alami sewaktu memeriksakan sebagai pasien peserta JPKM-Koperasi kecuali hanya pada saat periksa tidak dikenakan biaya.

#### **Pelayanan Kesehatan oleh Petugas Puskesmas**

Berdasarkan wawancara dengan responden yang telah memanfaatkan Kartu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Nanggung diperoleh jawaban 22,99 persen menjawab diperiksa langsung oleh dokter puskesmas, 59,77persen diperiksa oleh perawat dan 8,05 persen tidak tahu kualitas tenaga kesehatan yang memeriksa.

#### **Sikap dan Keramahan Petugas**

Berdasarkan jawaban dari responden tidak ada satupun yang menjawab mendapat perlakuan men-

jengkelkan atau membuat kecewa dan dari 87 responden yang menjawab biasa-biasa saja atau tidak ada perbedaan sikap terdapat 68 orang (78,16%) dan sisanya 19 orang (21.84%) merasakan lebih ramah.

#### **KESIMPULAN**

Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan oleh peserta JPKM Koperasi di Lokasi penelitian tidak dipengaruhi oleh oleh karakteristik peserta seperti umur peserta, pendidikan peserta, jarak tempat tinggal peserta dengan Puskesmas, jumlah anggota keluarga, kebiasaan berobat kepada dukun/pengobat tradisional ataupun kebiasaan melakukan pengobatan sendiri yang dilakukan oleh responden.

Penggunaan Kartu pelayanan Kesehatan oleh peserta JPKM-Koperasi juga tidak dipengaruhi oleh ada tidaknya pembinaan serta frekuensi pembinaan yang dilakukan oleh Satuan Tugas JPKM-Terpadu kecamatan.

Penggunaan Kartu pelayanan kesehatan oleh peserta JPKM-Koperasi dipengaruhi secara kuat oleh pengetahuan peserta mengenai JPKM Koperasi serta dipengaruhi pula oleh penghasilan yang diperoleh keluarga.

#### **KEPUSTAKAAN**

1. Departemen Kesehatan RI. Strategi Pengembangan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Program, JPKM), Jakarta, 1990.
2. Soetopo, W. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sebagai Bentuk Operasional Pokok - Pemikiran Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM), Departemen Kesehatan RI., Jakarta, 1990.
3. Sarwono, S. Sosiologi Kesehatan, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1993.
4. Rogers, E.M. and Shoemaker, F. Communication of Innovation, The Free Press a Division of Mac. Millan Pub. Co, New York, 1981.
5. Green, L. Health Education Planning, Mayfield Publishing Company Palo Alto, California, 1980.
6. Gani, A. Demand for Health Services in Rural Area of Karanganyar Regency, Central Java, Indonesia., Thesis for Doctor of Public Health, John Hopkins University, Baltimore. Md Maryland, 1981.

7. Trisnantoro, L. Analisa Demand, Modul Pelatihan Ekonomi Manajerial untuk Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1994.
8. Sorkin, A.S. Health Economic in Developing Country, Lexiton Books. D.C. Health and Company, Lexiton, 1976.
9. Pratiknya, A.W. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, Penerbit Rajawali, Jakarta, 1986.
10. Feldstein, P.J. Health Care Economic, A. Willey Medical Publication, John Wiley & Sons, New York, 1983.
11. Bakker, T. and Pearlman, M. Health Manpower in Developing, The Johns Hopkins Press, Baltimore, Maryland, 1967.
12. Daryanto, C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Masyarakat dalam Membayar Premi DUKM, [Thesis], Fakultas Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1992.
13. Andres, M..L. Demand terhadap Pelayanan Kesehatan dari Karyawan Perusahaan X di DKI Jakarta, Thesis Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta, 1986.
14. Herawati, R. Karakteristik Pemakai dan Pemanfaatan Poliklinik Departemen Keuangan Republik Indonesia., [Thesis] Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta, 1989.