

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB KEGAGALAN JPKM BERDASARKAN SIKAP PESERTA DAN MANTAN PESERTA: STUDI KASUS DI KABUPATEN SLEMAN

ANALYSIS OF FACTORS FOR MANAGED CARE FAILURE BASED ON THE PARTICIPANTS AND EX-PARTICIPANTS ATTITUDES: CASE STUDY IN SLEMAN REGENCY

Tuntas Bagyono¹, Ali Ghufroon Mukti², Julita Hendrartini³

¹ Akademi Kesehatan Lingkungan Depkes, Yogyakarta.

^{2,3} Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

ABSTRACT

Background: Managed care should be one of the basic components of every health system and the healthy vision/paradigm. Managed care is getting more important in the globalization era that demands public reliance. Nevertheless, the coverage of managed care in Indonesia is very low. In Sleman regency, the coverage was under 10.2 % in 1998, 3.49 % in 1999, which suggests that it dropped 65.78 %, and it was 1.3 % in 2000 (dropped 63.71 %).

Objective: This study was aimed to explore society's attitude toward managed care components in order to find out weaknesses and influencing factors and their contribution toward failure of managed care.

Method: The method of the study was cross sectional survey. The sample of the study was 259 people (48 of them were participants of managed care, 48 of them were ex-participants, and 163 of them were participants of social safety net of health/SSNH) that were collected by multi-stage proportionate random sampling.

Result: Alpha reliability coefficient of questionnaire was 0.9633. Validity testing showed that 83.72 % of items were very valid, 5.8 % were valid and 10.5 % were not valid ($p > 0.05$). The average score of participants, ex-participants and SSNH participants attitude toward prepaid payment system (PPS) were 3.45, 3.08 and 2.68 respectively ($p = 0.00$); participants and ex-participants toward Health Fund Group (HFG) management were 3.41 and 2.65 respectively ($p = 0.00$); participants, ex-participants and SSNH participants toward Executive Board (EB) management were 3.24, 2.25 and 1.76 respectively ($p = 0.00$); while the score of participants, ex-participants and SSNH participants toward health service provider (HSP) were 3.47, 2.58 and 2.76 respectively. The score difference between participants, ex-participants and SSNH participants toward HSP was very significant ($p = 0.00$) but between ex-participants and SSNH participants was not significant ($p = 0.388$). The effective contribution of PPS, HFG, EB and HSP components toward the failure of managed care program were 8.01 %, 25.64 %, 24.99 % and 28.25 % respectively (totally were 86.89 %).

Conclusion: The study concluded that the attitude of managed care participants was positive, while the attitude of ex-participants of managed care and SSNH participants was negative, therefore it influenced the failure of managed care program.

Keywords: attitude, participant, component, failure.

PENGANTAR

Undang-undang 23/1992 mengisyaratkan agar JPKM dijadikan cara yang melandasi setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan.¹ Oleh Menteri Kesehatan, JPKM dijadikan strategi/pilar pokok dalam mencapai visi (paradigma sehat) "Pembangunan Berwawasan Kesehatan Berbasis Wilayah Pada Tahun 2010", yang masih sangat memprihatinkan. JPKM merupakan kebijakan umum pemerintah yang perlu dikembangkan, dan semakin penting dalam globalisasi yang menuntut kemandirian masyarakat.²

Dalam UU 23/1992 dijelaskan bahwa JPKM merupakan cara pengelolaan terpadu antara pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaannya, agar dapat dijamin keparipurnaan, kesinambungan dan mutu pelayanan kesehatannya.¹ Menurut Permenkes 571/1993, JPKM adalah cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan secara praupaya.³ Permenkes 568/1996 mengatur peran dan fungsi 4 komponen JPKM yaitu masyarakat/peserta, pemberi pelayanan

kesehatan (PPK), badan penyelenggara JPKM dan badan pembina JPKM sebagai berikut⁴:

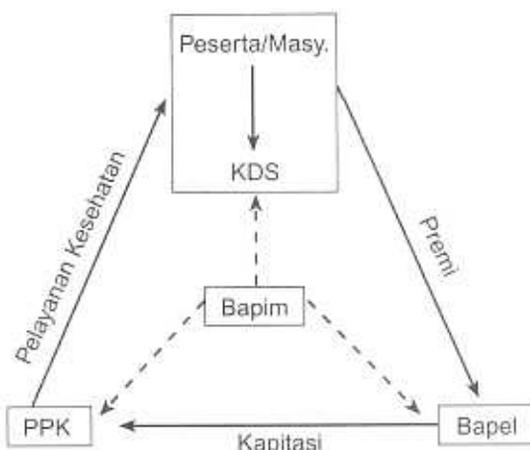
Hadiyono, dkk⁶ menyarankan para petugas kesehatan untuk mencari masukan tentang apa dan bagaimana keinginan masyarakat agar dapat melakukan pelayanan kesehatan dengan tepat karena perilaku manusia termotivasi bukan oleh perkiraan kita tentang apa yang mereka butuhkan, melainkan oleh keinginan-keinginan mereka sendiri.⁷

Tingkat ekonomi yang rendah merupakan kendala bagi JPKM.^{8,9,10} Budaya bathin dan gotong-royong, khususnya dalam jaminan terhadap risiko sakit, kematian, dan lain-lain mereka sandarkan kepada sanak-saudara dan tetangga secara bergantian (semacam arisan), menyebabkan kesadaran, minat dan motivasi terhadap JPKM rendah. Kendala lain belum dipahaminya konsep JPKM-JPSBK oleh sebagian besar masyarakat dan petugas kesehatan.¹¹

Tanpa memahami sikap individu, tidak akan dapat mempengaruhi orang lain.¹² Sikap merupakan konstruk multidimensional terdiri dari kognisi, afeksi dan konasi.^{12,13} Lebih lanjut dijelaskan bahwa sikap merupakan predisposisi yang mendasari, mengarahkan, memimpin dan mewarnai perilaku seseorang.^{13,14,15}

Sikap memiliki beberapa dimensi yang dapat diukur, yaitu arah, intensitas, keluasan, konsistensi dan spontanitas. Cara mengukur sikap: observasi perilaku, penanyaan langsung, pengungkapan langsung, skala sikap dan pengukuran terselubung.^{12,14} Alat ukur yang sangat baik dan banyak digunakan adalah skala sikap (*rating-scale questionnaire*).^{12,13}

Sampai 1998/1999, program JPKM di Kabupaten Sleman menjangkau 87,2 % desa (Laporan Dinkes. Kab. Sleman)¹⁶, terjadi penurunan/*drop out*/DO sebesar 12,8%. Adapun kemampuan membayar premi peserta dana sehat/DS -JPKM adalah sebagai berikut:

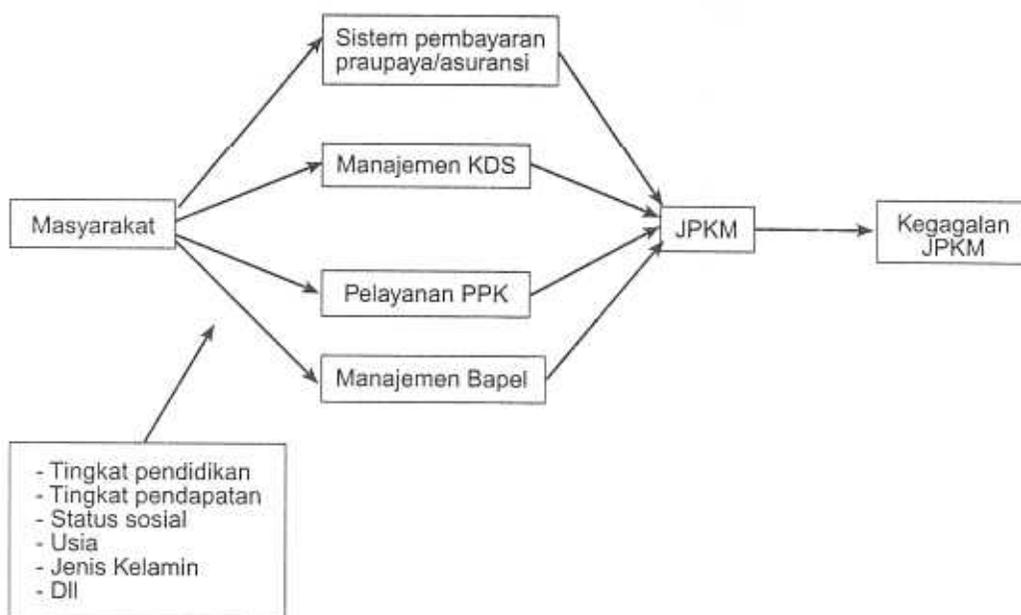


Gambar 1. Pola Hubungan Antar Komponen JPKM⁵

50,7% kurang membayar dari Rp150,- dan hanya 1,3% yang membayar Rp500 - 800,-/kapita/bln. Cakupan penduduk mencapai 10,2%.

Menurut laporan 1999, jumlah peserta JPKM (Mandiri) sebanyak 28.743 orang, JPSBK (Gakin) sebesar 97.480 orang dan total peserta = 126.223 orang (15,31% penduduk).¹⁷ Dibanding tahun 1998, cakupan JPKM pada saat itu hanya 3,49% penduduk dengan tingkat DO 65,78%. Untuk JPSBK, tidak ada yang DO karena preminya disubsidi Pemerintah. Berdasarkan laporan tahun 2000, cakupan JPKM 1,30% menurun menjadi 63,71%.¹⁸

Penelitian ini berusaha mengungkap fenomena *drop out* peserta JPKM dari aspek sikapnya. Tujuan penelitian ini adalah mengukur sikap peserta dan mantan peserta JPKM terhadap sistem pembayaran praupaya, manajemen Kelompok Dana Sehat (KDS), manajemen Bapel dan pelayanan PPK, serta pengaruh masing-masing terhadap kegagalan JPKM. Adapun kerangka konsep penelitian ini disusun seperti berikut:



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian survei dengan pendekatan *cross sectional*. Analisis dengan membandingkan peserta vs mantan peserta JPKM, dan JPSBK. Populasi: peserta, mantan peserta JPKM dan JPSBK di Kab. Sleman, berusia >16 tahun, kepesertaannya >3 bulan. Besar populasi 154.966 jiwa (peserta 28.743 jiwa, mantan peserta 28.743 jiwa dan peserta JPSBK 97.480 jiwa).

Penarikan sampel menggunakan metode *multistage proportionate random sampling*, Besar sampel 259 orang (peserta 48, mantan peserta 48 dan JPSBK 163). Sampel survei ditambah 10 % menjadi 285 orang. Dilakukan pula wawancara dengan pengurus KDS, Bapel, PPK dan Bapim sebagai *cross check*.

Variabel penelitian adalah sikap masyarakat terhadap (1) Sistem pembayaran praupaya, (2) Manajemen KDS, (3) Manajemen Bapel dan (4) Pelayanan PPK. Data dikumpulkan menggunakan *rating-scale questionnaire* dengan skala 1-5, dimana 1 = sikap yang sangat negatif/lemah dan 5 = sangat positif/kuat.^{19,20} Aitem tertentu disediakan pilihan 0 (tidak tahu). Untuk cek silang, dikumpulkan pula data : tanggal menjadi

peserta dan DO, besar premi, nama dan alamat PPK, frekuensi penggunaannya, penghasilan, dan pengalaman tidak berobat karena kekurangan biaya.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden. Semua responden telah menjadi anggota sebelum tahun 2000, kecuali 20% peserta JPSBK pada awal tahun 2000 dan berusia >21 tahun. Peserta JPKM lebih banyak pria, sedangkan mantan peserta dan peserta JPSBK lebih banyak wanitanya. Sebagian besar responden berpenghasilan < Rp 500.000,-/KK/bl, dengan pekerjaan sebagai petani dan buruh/ibu rumah tangga, dan sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan SLTP ke bawah (>90%).

Skor sikap responden disajikan dalam tabel-tabel berikut ini.

Dari Tabel 1 diketahui bahwa rata-rata skor sikap peserta lebih baik dari mantan peserta dan peserta JPSBK. Uji statistik (Tabel 2) menunjukkan antara sikap peserta vs mantan peserta, peserta vs JPSBK dan mantan peserta JPSBK berbeda sangat signifikan ($p = 0,00$). Nilai skor item terendah dari peserta 2,94 tentang perlu-tidaknya premi dinaikkan, dan skor tertinggi 3,77 tentang kemanfaatan dan rasa senang menjadi peserta JPKM. Bagi mantan peserta, skor terendah 2,19 tentang lebih baik atau tidaknya bergotong royong membiayai berobat dibanding mengikuti JPKM, dan skor tertinggi 3,48 tentang perlu tidaknya menjadi peserta JPKM. Pada peserta JPSBK,

Tabel 1. Rekapitulasi Skor Sikap Responden Terhadap Komponen JPKM

Variabel sikap/ Komponen JPKM.	Statistik	Kelompok Responden		
		Peserta (n = 48)	Mantan Peserta (n = 48)	Peserta JPSBK (n = 163)
Sistem pemba- yaran praupaya.	Mean ± SD	3,454 ± 0,49	3,079 ± 0,35	2,684 ± 0,73
	Range	2,60 – 4,50.	2,50 – 3,90.	1,00 – 4,33.
Manajemen KDS.	Mean ± SD	3,41 ± 0,85	2,65 ± 0,63	-
	Range	0,38 – 4,75.	1,33 – 3,63.	-
Manajemen Bapel.	Mean ± SD	3,24 ± 0,76	2,25 ± 0,58	1,76 ± 1,26
	Range	1,58 – 4,54.	1,38 – 3,58.	0,28 – 4,67.
Pelayanan PPK.	Mean ± SD	3,47 ± 0,57	2,58 ± 0,76	2,76 ± 1,00
	Range	1,92 – 4,65.	1,04 – 3,96.	0,08 – 4,73.
JPKM (seluruh komponen)	Mean ± SD	3,43 ± 0,55	2,54 ± 0,45	2,49 ± 0,83
	Range	2,29 – 4,47.	1,05 – 3,49.	0,80 – 4,58.

Sumber: Data primer yang diolah.

Hasil uji statistik terhadap perbedaan skor sikap tersebut disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Daftar Hasil Uji Statistik Tentang Perbedaan Sikap

No	Variabel	Kelompok Uji	t	p
1.	Sikap terhadap sistem pembayaran praupaya	- Peserta vs Mantan peserta	4,315	0,00
		- Peserta vs JPKM-JPSBK.	8,517	0,00
		- Mantan peserta vs JPKM-JPSBK.	5,174	0,00
2.	Sikap terhadap manajemen KDS.	Peserta vs Mantan peserta.	4,976	0,00
3.	Sikap terhadap manajemen Bapel.	- Peserta vs Mantan peserta.	7,123	0,00
		- Peserta vs JPKM-JPSBK.	10,021	0,00
		- Mantan peserta vs JPKM-JPSBK.	3,793	0,00
4.	Sikap terhadap pelayanan PPK.	- Peserta vs Mantan peserta.	6,524	0,00
		- Peserta vs JPKM-JPSBK.	6,685	0,00
		- Mantan peserta vs JPKM-JPSBK.	-0,865	0,388
5.	Sikap terhadap JPKM.	- Peserta vs Mantan peserta.	8,802	0,00
		- Peserta vs JPKM-JPSBK.	9,749	0,00
		- Mantan peserta vs JPKM-JPSBK.	1,080	0,282

Sumber: Data primer yang diolah.

skor terendah 1,52 tentang keterbukaan keuangan JPSBK, dan skor tertinggi 3,66 tentang rasa senang menjadi peserta JPSBK.

Terhadap manajemen KDS, sikap peserta lebih baik/positif dari pada sikap mantan peserta yang negatif. Uji statistik antara sikap peserta mantan peserta menunjukkan perbedaan yang sangat bermakna ($p = 0,00$). Skor aitem terendah dari peserta 2,89 tentang pelaporan keuangan JPKM dan tertinggi 3,88 tentang dapat dipercaya/jujur-tidaknya pengurus KDS. Bagi mantan peserta, 19 buah aitem (79,17 %) mendapat skor < 3 dan 2 buah di antaranya < 2, skor terendah 1,48 tentang kenal-tidaknya peserta dengan pengurus KDS dan tertinggi 4,10 tentang status responden dalam kepengurusan KDS, yang berarti sebagian besar responden bukan pengurus KDS.

Terhadap manajemen Bapel, sikap peserta positif, mantan peserta negatif dan peserta JPSBK sangat negatif. Perbedaan

tersebut sangat signifikan. Skor aitem terendah dari peserta 2,15 tentang pernah-tidaknya Bapel memberikan sanksi dan skor tertinggi 3,96 tentang hubungan famili pengurus Bapel dengan responden. Bagi mantan peserta, skor terendah 1,10 tentang kesigapan pengurus Bapel menangani keluhan anggota, skor tertinggi 3,83 tentang hubungan famili pengurus Bapel dengan responden. Pada peserta JPSBK, kebanyakan responden memberi skor 0 (tidak mengetahui tentang seluk-beluk Bapelnya) dengan skor terendah 1,29 tentang boleh/dapat-tidaknya peserta memilih RS dan skor tertinggi 2,44.

Terhadap PPK, sikap peserta positif, mantan peserta dan JPSBK negatif namun sikap JPSBK lebih baik dari pada mantan peserta. Perbedaan antara peserta vs mantan dan JPSBK sangat signifikan, sedangkan antara mantan peserta vs JPSBK tidak bermakna ($p = 0,388$). Skor aitem terendah dari peserta 2,42 tentang pernah-tidaknya peserta

dimintai tambahan biaya perawatan di RS dan tertinggi 4,04. Bagi mantan peserta, skor terendah 0,63 tentang kemudahan prosedur keuangan di RS, dan tertinggi 3,67 tentang pemberian obat yang langsung di PPK.

Sumbangan Efektif (SE) komponen: sistem pembayaran praupaya terhadap kegagalan JPKM sebesar 8,01 % ($p = 0,035$), manajemen KDS 25,64 % ($p = 0,00$), manajemen Bapel 24,99 % ($p = 0,00$) dan pelayanan PPK 28,25 % ($p = 0,00$) atau total kontribusinya 86,89 %, yang berarti masih ada faktor lain yang ikut berpengaruh.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Sikap terhadap Sistem Pembayaran Praupaya dan Pengaruhnya terhadap Kegagalan JPKM.

Skor sikap peserta JPKM lebih besar dari mantan peserta, dan perbedaan tersebut sangat bermakna. Hal ini menunjukkan bahwa sikap terhadap sistem pembayaran praupaya berpengaruh secara signifikan terhadap kegagalan JPKM.

Kenyataan ini sesuai teori tindakan beralasan (*reasoned action*) dari Fishbein dan Ajzen¹⁹, yang mengandung pengertian bahwa tindakan yang mantap adalah tindakan yang disadari sepenuhnya oleh si pelaku. Kaitannya dengan kegagalan JPKM, kepesertaan JPKM yang dipaksa, *anut grubyug*, dan lain-lain, setelah menjadi peserta akan melakukan evaluasi. Karena masih banyak kelemahan pada JPKM dan kurangnya penyuluh-an/pembinaan, menyebabkan mereka bersikap negatif dan keluar (DO). Sebenarnya cara paksaan dan budaya *anut grubyug* dapat menumbuhkan sikap positif (menguntungkan) jika komponen-komponennya termasuk supra sistemnya dapat dijalankan dengan baik.

Sikap peserta lebih baik dari mantan peserta dan JPSBK. Hal ini dimungkinkan oleh pengetahuan peserta lebih besar dari pada mantan peserta. Adapun sikap mantan peserta yang lebih baik dari peserta JPSBK meskipun

DO, kemungkinan karena kepesertaan JPSBK tanpa disertai penjelasan, sehingga sikapnya lebih rendah. Hal ini sesuai penjelasan petugas Dinas Kesehatan, pengelola JPSBK RSUD maupun puskesmas bahwa kegiatan penyuluhan JPKM sangat kurang dan penunjukan GAKIN yang sesaat/tidak terprogram. Juga senada dengan pernyataan Susilowati dan Setyawan.¹¹ Namun masih ada peluang baik, yakni item tertinggi pada peserta, mantan peserta maupun JPSBK tentang kemanfaatan, rasa senang dan perlunya menjadi peserta JPKM, yang berarti mereka mengharapkan adanya JPKM.

Meskipun sikap peserta positif, namun mendekati skor 3 (netral). Hal ini merupakan peringatan bagi pihak yang terkait, bahwa para peserta JPKM (yang belum DO) masih sangat mudah berubah negatif dan DO jika tidak segera dibina. Menurut Muchlas⁷, seseorang yang pernah dikecewakan, lebih sulit mengikuti kembali perihal yang bersangkutan, seperti laporan Satgas JPKM bahwa akibat kegagalan JPKM yang lalu, menyulitkan memotivasi masyarakat untuk menjadi peserta.

Kontribusi komponen ini hanya 8,01% dan bermakna. Faktor yang menyebabkan rendahnya sikap masyarakat terhadap sistem pembayaran praupaya/asuransi antara lain budaya gotong royong dengan sanak saudara dan tetangga untuk membiayai berobat (skor item ini rendah), senada dengan Nugroho⁹ tentang kuatnya budaya bati/kekerabatan, dan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat (> 90 % responden berpendidikan SLTP ke bawah). Selain itu, terdapat 3 aitem yang berkaitan dengan tingkat ekonomi mendapat skor rendah, pendapatan responden yang rata-rata hanya Rp 375.000,-/KK/bl., dan hasil studi kelayakan di Kab. Sleman yang menyimpulkan kemampuan masyarakat untuk membayar premi hanya Rp 1.500,-/KK/bl sedangkan kebutuhan riilnya Rp 10.000,-/kap/bl.

2. Sikap terhadap Manajemen KDS dan Pengaruhnya terhadap Kegagalan JPKM.

Sikap peserta positif (>3) dan mantan peserta negatif (<3), dimana perbedaan tersebut sangat bermakna. Kebermaknaan ini menunjukkan bahwa sikap ini berpengaruh secara signifikan terhadap kegagalan program JPKM.

Seseorang menjadi anggota organisasi dilandasi oleh motif-motif tertentu.^{7,22} Jika motif tersebut terpuaskan/terpenuhi, ia bertahan menjadi anggota, dan sebaliknya. Selain motif, juga faktor-faktor lain, seperti penghargaan/pengakuan, keterbukaan, komunikasi, dsb. Kaitannya dengan kegagalan JPKM, terlihat banyaknya masalah KDS yang dirasakan para mantan peserta (19 item negatif bahkan 2 aitem < 2), yakni tentang keterbukaan, perhatian dan keberpihakan kepada anggota, keakraban, kecocokan pengurus dan perilakunya, ketertiban pembukuan, keikutsertaan anggota, ketertiban penarikan premi, kesopanan dan keramahan, kemudahan dan kecepatan prosedur, keadilan dan sportifitas, dan kejelasan hak dan kewajiban anggota, sehingga menyebabkan DO. Masalah-masalah sejenis juga dirasakan peserta JPSBK.

Banyaknya masalah KDS tersebut kemungkinan disebabkan pengetahuan, kemampuan dan kemauan/motivasi pengurus yang rendah. Pelatihan sangat diperlukan untuk hal-hal/inovasi baru, dan seseorang dapat mengadopsi sesuatu jika telah mendengarnya minimal 8 kali melalui cara atau media yang berbeda.²³ Melalui pelatihan dan pembelajaran, akan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, kepercayaan diri dan motivasi, yang merupakan investasi bagi organisasinya.²⁴ Karena itu, perlu pelatihan dan pembelajaran pengurus KDS, yang diadakan oleh pemerintah dan Bapel, sebab KDS merupakan aset mereka yang tidak memiliki cukup sumber daya. Pengurus KDS juga perlu

proaktif memberikan penyuluhan kepada anggota dan masyarakat, sebab masih banyak yang tidak mengenal KDS dan JPKM.

Sikap peserta yang positif dibanding mantan peserta yang negatif dimungkinkan oleh perbedaan pengetahuan dan pengalaman selama menjadi peserta. Peserta yang aktif, lebih banyak menerima informasi atau pengetahuan dan akrab dengan pengurus.

Kontribusi komponen KDS > komponen sistem pembayaran praupaya dan sangat bermakna, menunjukkan bahwa masyarakat Sleman, meskipun merasa senang dan perlu menjadi peserta, namun jika pengelolannya tidak baik, mereka akan memilih tidak mengikutinya (DO). Selain itu, KDS ada di dalam dan langsung berhadapan dengan masyarakat/peserta, sehingga kondisinya lebih mudah diketahui (yang kenyataannya masih sangat lemah). Akibatnya, kontribusinya terhadap kegagalan JPKM menjadi besar.

3. Sikap terhadap Manajemen Bapel dan Pengaruhnya terhadap Kegagalan JPKM.

Sikap peserta positif, mantan peserta negatif dan JPSBK sangat negatif serta sangat signifikan. Kebermaknaan ini menunjukkan bahwa sikap ini berpengaruh secara signifikan terhadap kegagalan program JPKM.

Bapel merupakan unsur baru bagi masyarakat dibanding KDS dan askes, sehingga banyak yang belum mengetahuinya secara mendetil, tergantung banyaknya informasi yang diterima dan pengalamannya berhubungan dengan Bapel. Informasi ini lebih banyak diterima melalui penyuluhan langsung petugas kesehatan dan *stakeholders*. Akibatnya, peserta JPKM yang aktif lebih banyak menerima dan berhubungan dengan Bapel. Bagi peserta JPSBK makin sedikit, sebab organisasi dan kegiatannya lebih terbatas. Karena itulah terjadi perbedaan sikap di atas.

Kaitannya dengan kegagalan JPKM, hasil kuesioner terlihat banyaknya masalah manajemen Bapel yang dirasakan mantan peserta (88,5 % aitem negatif bahkan <2), sehingga mereka bersikap negatif dan DO. Pada peserta JPSBK lebih inten lagi, yakni semua aitem mendapat skor <3, dan 13 aitem (72,2 %) di antaranya mendapat skor <2.

Banyaknya masalah Bapel ini, kemungkinan penyebabnya hampir sama dengan KDS, sehingga diperlukan pendekatan pemecahan serupa, yakni pelatihan dan pembelajaran staf, serta penyuluhan-penyuluhan kepada KDS, peserta dan masyarakat melalui berbagai media dan cara.

Mengenai skor sikap peserta yang meskipun positif namun masih mendekati 3, kemungkinan disebabkan oleh beberapa hal, yakni terbatasnya informasi yang mereka terima (banyak responden yang tidak mengetahui seluk-beluk Bapel), hubungan dengan Bapel yang masih sangat terbatas (dari 6 buah Pra Bapel, tinggal 1 buah yang menjalankan aktifitas), dan pengalaman tentang manajemen Bapel yang kurang memuaskan.

Kontribusi komponen Bapel sangat bermakna dan lebih besar dari komponen sistem asuransi, adalah karena fungsi dan perannya mengenai keuangan. Adapun sumbangannya lebih kecil dari komponen KDS, kemungkinan karena Bapel tidak langsung berhadapan dengan masyarakat/peserta, sehingga tingkat keterlibatannya lebih longgar.

4. Sikap terhadap Pelayanan PPK dan Pengaruhnya terhadap Kegagalan JPKM.

Sikap peserta positif, mantan peserta maupun JPSBK negatif, dan antara peserta vs mantan peserta maupun vs JPSBK sangat bermakna, namun antara mantan peserta vs JPSBK tidak signifikan. Kebermaknaan

perbedaan antara peserta vs mantan peserta ini menunjukkan bahwa sikap ini berpengaruh secara signifikan terhadap kegagalan program JPKM.

Perbedaan sikap tersebut disebabkan ketidak-tahuan pelayanan kesehatan yang dapat mereka terima di Puskesmas dan RS (peserta yang tidak tahu 14,6% dan 47,9%, mantan peserta 43,8% dan 77,1%, peserta JPSBK 22,7% dan 46,7%) dan pengalaman kekurangan biaya berobat (peserta yang mengalami 35,5%, mantan peserta 29,3% dan JPSBK 46,0%). Pelayanan kesehatan merupakan tujuan dan hak utama peserta JPKM sebagai imbalan atas premi yang mereka bayar, sehingga ketidak-tahuan tentang hal tersebut membuat mereka kecewa dan berpikir bahwa premi yang mereka bayar tidak efisien. Pengalaman kekurangan biaya berobat mendorong mereka merasakan pentingnya upaya pengobatan dan penyisihan dana kesehatan, sehingga menimbulkan sikap positif terhadap PPK.

Mengenai skor sikap peserta yang positif namun mendekati 3, kemungkinan disebabkan terbatasnya informasi (penyuluhan sangat terbatas), banyak peserta yang belum pernah memanfaatkan PPK (39,6%) dan pengalaman pelayanan PPK yang kurang memuaskan. Adapun skor sikap mantan peserta < JPSBK, kemungkinan karena peserta JPSBK tidak membayar premi, sehingga relatif dapat menerima/mentolerir kondisi pelayanan PPK yang kurang baik dari pada mantan peserta JPKM yang telah mengeluarkan dana/premi.

Kontribusi komponen ini paling besar dan sangat bermakna, dikarenakan pelayanan kesehatan merupakan tujuan pokok dari program JPKM yang mereka ikuti, sedangkan sistem pembayaran praupaya hanya salah satu cara pembayaran yang dapat ditempuh, dan KDS maupun Bapel hanya sarana yang membantu pengurusan dan/pengelolaannya.

Berkaitan dengan pendapatan masyarakat yang rendah dan pengalaman terpaksa tidak berobat karena kekurangan biaya, penulis menganalisis data realisasi subsidi Pemda Kab Sleman bagi GAKIN/JPSBK untuk rawat inap di RSUD tahun 1999/2000, yang ternyata jumlah pasiennya hanya $\pm 0,3\%$ penduduk, dengan biaya rata-rata $\pm \text{Rp}215.000,-/\text{pasien}$. Jika dibandingkan dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD), hanya diperlukan $\pm 0,43\%$. Dengan demikian, kemungkinan penerapan mekanisme pasar akan mendukung program JPKM, dengan meningkatkan subsidi bagi GAKIN hingga $\pm 1\%$ PAD (sekaligus untuk meningkatkan citra Pemerintah) dan dengan pembebanan bagi pasien GAKIN tersebut sebesar $\pm 25\%$ agar mereka terdorong untuk mandiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Sikap peserta positif, mantan peserta dan peserta JPSBK negatif. Sikap ini mempengaruhi kegagalan JPKM secara signifikan dengan SE 86,89%.
2. Masyarakat Kab Sleman mengharapkan adanya JPKM (bersikap positif), namun manajemen pelaksanaannya termasuk manajemen informasi di semua komponennya masih lemah.

Saran

1. Untuk Pengurus KDS
Aktif mencari informasi dan memberikan penyuluhan, meningkatkan manajemen pelayanan dan pembukuan.
2. Untuk Pengurus Bapel
Meningkatkan pelatihan, penyuluhan dan manajemen pelayanan, mendahulukan kuratif-rehabilitatif sambil mengembangkan promotif-preventif, memilih segmen pasar tertentu.
3. Untuk PPK (Puskesmas dan RS)
Mengusahakan pelatihan, meningkatkan

penyuluhan dan manajemen pelayanan, mengembangkan Pedoman Praktis dan Standar Emas lokal.

4. Untuk Pemerintah (Pemda, Dinas Kesehatan, Satgas)
Menyelenggarakan pelatihan bagi aparat, PPK, Bapel dan KDS secara berjenjang, meningkatkan supervisi dan pengawasan, serta subsidi bagi GAKIN.
5. Untuk Peneliti Lain
Meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan dan kemauan membayar premi, pengorganisasian KDS, peningkatan mutu PPK, dan penerapan mekanisme pasar.

KEPUSTAKAAN

1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. 1992.
2. Rachmat, R.H.H., *Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan: Filsafat dan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Sebagai Landasan Reformasi Bidang Kesehatan Menjelang dan Pada Abad ke-21*, Pidato Penerimaan Gelar Doctor Honoris Causa Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dari U.G.M., Yogyakarta. 1999.
3. Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 571/Menkes/Per/VII-1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. 1993.
4. Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 568/Menkes/Per/VI/1996 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 571/Menkes/Per/VII/1993 Tentang Penyelenggaraan Program JPKM. 1996.
5. Adyas, A., Bastaman, Suryaningsih, G., Noor, R., Hadjerat, R., Maksum, T., Trihono, Moko-ginta, T., Wibisana, W., *Pedoman Penyelenggaraan Dana Sehat, Pegangan Bagi Pengelola Dana Sehat, Edisi 2*, Depkes RI, Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, Jakarta. 1995.

6. Hadiyono, J.E.P., Suryawati, S., Danu, S.S., Sunarto and Santoso, B., Interactional Group Discussion: Result of a Controlled Trial Using a Behavioral Intervention to Reduce the Use of Injection in Public Health Facilities, *Soc. Sci. Med.*, 1996;42(8):1177-1183.
7. Muchlas, M., Perilaku Organisasi I (Organizational Behavior) Dengan Studi Kasus Perumhaskitan, Program Pendidikan Pasca Sarjana Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta.1997.
8. Nugroho, H., Ekspansi Pasar Sebagai Tantangan PT Askes Indonesia: Sebuah Pendekatan Sosial-Budaya, Makalah dalam Pelatihan Strategi Pengembangan Program PT Asuransi Kesehatan Indonesia, MMR UGM, Yogyakarta, 12-15 Nopember. 1996.
9. Long, S.H. and Marquis, M.S., Geographic Variation in Physician Visits for Uninsured Children, the Role of the Safety Net, *JAMA*, 1999;281(21):2035.
10. Nyman, J.A., The Value of Health Insurance: The Access Motive, *Journal of Health Economic*, 1999;18:141-152.
11. Susilowati dan Setyawan, A., Tantangan Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan di RS, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1999;02(02):57-62.
12. Azwar, S., Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya, Edisi ke 2, Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 1998.
13. Robbins, S.P., *Organizational Behavior*, Sixth Edition, Prentice Hall International, Inc., New Jersey. elajar, Yogyakarta.1993.
14. Gerungan, W.A., *Psikologi Sosial*, Cetakan ke VIII, P.T. Eresco, Jakarta-Bandung.1983.
15. Cooper, C.L. and Makin, P., *Psikologi Untuk Manajer*, Cetakan I, Penerbit Arcan, Jakarta.1995.
16. Dinas Kesehatan Kab. Sleman, Laporan Kegiatan Seksi Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Tahun 1998/1999, Dinas Kesehatan Kab. Sleman.1999.
17. Satgas JPKM Kab. Sleman, Laporan Pelaksanaan JPKM-JPSBK Sampai Dengan April 1999, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.1999.
18. Satgas JPKM Kab. Sleman, Laporan Pelaksanaan JPKM Kab. Sleman Tahun 2000, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.2000.
19. Fishbein, M. and Ajzen, I., *Belief, Attitude, Intention and Behavior, An Introduction to Theory and Research*, Addison-Wesley Publishing Company, California-London-Amsterdam-Ontario-Sydney.1975.
20. Kerlinger, F.N., *Azaz-azaz Penelitian Behavioral*, Edisi ketiga, Penerjemah: Landung R. Simatupang, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.1990.
21. Azwar, S., *Penyusunan Skala Psikologi*, Edisi ke 1, Cetakan I, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.1999.
22. Suryabrata, S., *Psikologi Pendidikan*, Cetakan keempat, CV Rajawali, Jakarta.1989.
23. James, G., *Making Managed Care Work, Strategies for Local Market Dominance*, Irwin Professional Publishing, Chicago-London-Singapore.1997.
24. Horwath, J. and Morrison, T., *Effective Staff Training in Social Care*, Routledge, London and New York.1999.