

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
INTENSITAS PENGGUNAAN JAMINAN PEMELIHARAAN
KESEHATAN OLEH RUMAH TANGGA PESERTA JAMSOSTEK
DI KOTA SEMARANG**

(Studi Kasus pada Perusahaan Bitratex, Perusahaan Sandratex dan Perusahaan Sinar Pantja Djaja)



TESIS

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2

Program Studi
Magister Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan

Oleh
Emy Poerbandari
C4B001123

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

TESIS

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI INTENSITAS PENGUNAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN OLEH RUMAH TANGGA PESERTA JAMSOSTEK DI KOTA SEMARANG

(Studi Kasus pada Perusahaan Bitratex, Perusahaan Sandratex dan Perusahaan Sinar Pantja Djaja)


disusun oleh

Emy Poerbandari
C4B001123

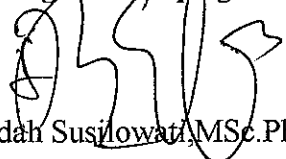
telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal : 18 Nopember 2003
dan dinyatakan telah lulus memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama

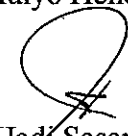

(Drs. Y. Bagio Mudakir, MT)


Pembimbing Pendamping


(Dra. Indah Susilowati, MSc.Ph.D)

Anggota Penguji


(Drs. R. Mulyo Hendarto, MSP)



(Drs. Hadi Sasana, Msi)

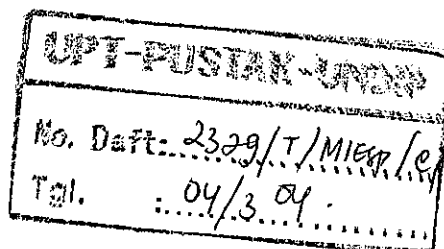

(Dr. Syafrudin Budiningharto)

Semarang, Desember 2003

Ketua Program Studi
Ekonomi dan Studi Pembangunan




(Syafrudin Budiningharto)





Pernyataan

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum / tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Nopember 2003


(Emy Poerbandari)

***Karya ini dipersembahkan kepada :
semua orang tua dan guru,
suami dan anak-anakku tercinta
dimana pun mereka berada.***

ABSTRACT

The case study on intensity of health insurance in Jamsostek had been carried out in textile companies of Bitratex, Sandratex and Sinar Pantja Djaja. The study aimed to explore the factors influence to utilize the health insurance.

Descriptive statistics and Tobit model have been invoked to analyze the data. The primary data were withdrawn from 150 respondents using standardized questionnaires. The regression model using Tobit as the estimation technique was used to prove the hypothesis posed by the study. The dependent variable of utilization of health insurance intensity (INTENS) will be affected by education (EDUC), number of households (HH), number of school year child (CHILD), income (INC), cost (COST), service quality (QUALITY) and work environment (LINGKUNG).

The results showed that variables of HH, CHILD and QUALITY were statistically significant to influence the dependent variable (INTENS) with probability of significance within $\alpha = 1\%$ to $\alpha = 10\%$.

The users of Jamsostek insurance have not utilize the facility of health insurance optimally. In order to maximalize the use of Jamsostek facility, it is recommended that, the service quality of this health insurance showed be improved properly and conveniences (such as : strategic location of clinic, quality of medical personnels, functionated time table of service, and quality of medicine supplied) should be deserved to the users widely.

Furthermore, PT Jamsostek should has its own hospital to serve the subscribers which cover about 7,97% of Semarang people.

ABSTRAKSI

Penelitian ini merupakan studi kasus dengan mengambil lokasi penelitian pada perusahaan tekstil yang ada di Kota Semarang, yaitu perusahaan Bitratex, perusahaan Sandratex dan perusahaan Sinar Pantja Djaja, bertujuan untuk menganalisis intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan JPK.

Untuk mencapai tujuan tersebut digunakan teknik analisis statistik deskriptif dan analisis regresi model Tobit dengan data primer dari sampel sebanyak 150. Data primer diperoleh dengan wawancara terhadap responden melalui daftar pertanyaan sedangkan data skunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, PT. Jamsostek Cabang Kota Semarang, perusahaan Bitratex, perusahaan Sandratex dan perusahaan Sinar Pantja Djaja. Model regresi Tobit dengan variabel independen tingkat pendidikan (EDUC), jumlah anggota keluarga inti (HH), jumlah anak usia rawan sakit (CHILD), pendapatan (INC), biaya (COST), kualitas pelayanan (QUALITY), dan lingkungan kerja (LINGKUNG) dipakai untuk menduga variabel dependen intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan (INTENS).

Hasil analisis menunjukkan bahwa penggunaan fasilitas lain selain JPK masih sangat dibutuhkan oleh para tenaga kerja perusahaan tekstil untuk upaya pemeliharaan kesehatan, seperti : puskesmas, dokter praktek swasta, RS. pemerintah/swasta tanpa rujukan, penggunaan obat tradisional dan pembelian obat secara langsung. Variabel jumlah anggota keluarga inti, jumlah anak usia rawan sakit dan kualitas pelayanan ditemukan secara statistik berpengaruh positif dan signifikan dalam menentukan intensitas penggunaan JPK di daerah penelitian pada taraf nyata sekitar $\alpha = 1\%$ sampai dengan $\alpha = 10\%$.

Penelitian ini memberikan implikasi dalam rangka meningkatkan intensitas penggunaan JPK diperlukan upaya-upaya yang lebih mengarah kepada peningkatan kualitas pelayanan baik dari lokasi praktek, sikap dan reputasi dokter, jadwal praktek dan peningkatan mutu obat khususnya obat untuk anak-anak. Dokter yang bekerjasama dan menangani program JPK diharapkan telah mengikuti program pelatihan higiene perusahaan dan kesehatan kerja (hiperkes). Disamping itu PT. Jamsostek sebagai pelaksana tinggal program JPK sebaiknya memiliki rumah sakit sendiri mengingat jumlah pesertanya cukup besar sekitar 7,97% dari jumlah penduduk Kota Semarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat dan karunianya melalui usaha keras akhirnya penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini dengan judul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Intensitas Penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan oleh Rumah Tangga Peserta Jamsostek di Kota Semarang (Studi Kasus pada Perusahaan Bitratex, Perusahaan Sandratex dan Perusahaan Sinar Pantja Djaja)”.

Tesis ini disusun guna memenuhi sebagian persyaratan untuk mencapai derajat Sarjana S-2 pada Program Studi Magister Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Universitas Diponegoro Semarang.

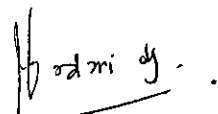
Keberhasilan dalam menyelesaikan penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan, dorongan, bimbingan dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini dengan tulus perkenankan kami menyampaikan ucapan terima kasih khususnya kepada :

1. Bapak H. Mardiyanto selaku Gubernur Jawa Tengah, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh tugas belajar pada program studi Magister Ilmu Ekonomi Studi Pembangunan Universitas Diponegoro Semarang.
2. Bapak Dr. Syafrudin Budiningharto, Ketua Program Studi Magister Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Universitas Diponegoro, yang telah memberikan banyak dorongan dan motivasi serta memperluas wawasan yang sangat bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini.

3. Bapak Drs. Y. Bagio Mudakir, MT, selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah banyak sekali memberikan bimbingan, koreksi, arahan serta masukan-masukan yang sangat bermanfaat dalam penyelesaian penulisan tesis ini.
4. Ibu Dra. Indah Susilowati, Ph.D, selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang dengan penuh kesabaran, keikhlasan selalu memberikan motivasi, bimbingan, koreksi, arahan dan masukan-masukan yang sangat membantu dalam rangka menyelesaikan tugas penyusunan tesis ini.
5. Kepala Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi beserta jajarannya yang telah banyak memberikan bantuan berupa data dan informasi-informasi lain yang sangat berguna dalam penyelesaian tesis ini.
6. Kepala PT. Jamsostek Cabang Kota Semarang beserta jajarannya yang telah banyak memberikan data dan informasi lain yang sangat berguna dalam penyusunan tesis.
7. Pimpinan Perusahaan Bitratex, Sandratex dan Sinar Pantja Djaja yang telah mengizinkan dan membantu dalam pengumpulan data responden.
8. Para Dosen Pengampu dan rekan-rekan mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Universitas Diponegoro Semarang melalui diskusi-diskusi formal maupun non formal telah banyak memberikan masukan dan memperluas wawasan, serta Bagian Admisi yang telah berkontribusi membantu kelancaran studi penulis.
9. Suami dan anak-anakku yang telah banyak memberikan dorongan, motivasi dan dukungan doa dalam penyelesaian tesis ;

Penulis sangat berharap hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat baik bagi penulis sendiri, bagi PT Jamsostek Cabang Kota Semarang dan bagi peneliti yang berminat dalam bidang sejenis. Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa memberikan kekuatan kepada kita sekalian untuk mampu berbuat yang terbaik. Amin.

Semarang, Nopember 2003


Emy Poerbandari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
PERSEMBAHAN	iv
ABSTRACT	v
ABSTRAKSI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	10
1.3. Tujuan dan Manfaat Hasil Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN TEORITIS	12
2.1. Tinjauan Pustaka dan Penelitian Terdahulu	12
2.2. Kerangka Pemikiran Teoritis	31
2.3. Hipotesis	32
BAB III METODE PENELITIAN	33
3.1. Jenis dan Sumber Data	33
3.2. Populasi dan Sampel	33
3.3. Metode Pengambilan data	35
3.4. Teknik Analisis	35
3.5. Definisi Operasional Variabel	36
3.6. Justifikasi Statistik	38
BAB IV GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN	39
4.1. Gambaran Umum JPK PT. Jamsostek	39
4.2. Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian	42
4.3. Profil Responden	48
BAB V PEMBAHASAN	55
5.1. Analisis Deskriptif	55
5.2. Analisis model Tobit	61

BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	77
	6.1. Kesimpulan	77
	6.2. Saran	78

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Jumlah Peserta Asuransi Kesehatan dan Besarnya Premi di Kota Semarang, Tahun 2003	8
Tabel 3.1. Distribusi Sampel	34
Tabel 3.2. Definisi Operasional Variabel	37
Tabel 4.1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan PT. Jamsostek	40
Tabel 4.2. Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian menurut Status Permodalan dan Jenis Produksi	42
Tabel 4.3. Jumlah Tenaga Kerja Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian	43
Tabel 4.4. Waktu Kerja Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian	44
Tabel 4.5. Upah Kerja Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian	45
Tabel 4.6. Anggaran Program JPK Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian	47
Tabel 4.7. Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	48
Tabel 4.8. Jumlah responden Menurut Kelompok Umur	49
Tabel 4.9. Jumlah Responden Menurut Pendidikan	50
Tabel 4.10. Jumlah Responden Menurut Jumlah Anggota Keluarga Inti	50
Tabel 4.11. Jumlah Responden Menurut Jumlah Anak Usia Rawan Sakit	51
Tabel 4.12. Jumlah Responden Menurut Pendapatan	52
Tabel 4.13. Jumlah Responden Menurut Jarak ke Tempat Kerja	53
Tabel 4.14. Jumlah Respoden Menurut Lingkungan Tempat Kerja	54

Tabel 5.1.	Perilaku Responden Dalam Menggunakan JPK	55
Tabel 5.2.	Frekuensi Penggunaan JPK selama 1 Tahun	56
Tabel 5.3.	Biaya untuk Penggunaan JPK	57
Tabel 5.4.	Penggunaan Fasilitas Kesehatan selain Fasilitas JPK	58
Tabel 5.5.	Saran Terhadap Pelayanan JPK	60
Tabel 5.6.	Estimasi Tobit Penggunaan JPK oleh Rumah Tangga Peserta Jamsostek	62
Tabel 5.7.	Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis	75

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow	13
Gambar 2.2. Kurva Permintaan Kebutuhan Kesehatan dengan Analisis Kepuasan Sama	15
Gambar 2.3. Kurva Permintaan Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Perlindungan Asuransi	16
Gambar 2.4.. Kerangka Pemikiran Teoritis	31

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Data Mentah.
- Lampiran 2. Print-out Tobit (Shazam Versi 7.0)
- Lampiran 3. Daftar Pertanyaan / Kuesioner.
- Lampiran 4. Bio Data Penulis.

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Peran asuransi semakin penting dalam sistem pemeliharaan kesehatan masyarakat. Biaya kesehatan makin melambung, tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin besar. Sementara itu, pendapatan pemerintah dari sumber-sumber konvensional seperti pajak, minyak bumi, dan sebagainya tidak meningkat dengan signifikan. Akibatnya, kebijakan pemerintah tidak dapat lagi memandang pelayanan kesehatan sebagai *public goods*, dengan memandang pelayanan kesehatan sebagai barang yang tak terbatas jumlahnya dan dinikmati setiap orang tanpa khawatir akan habis. Penyediaan pelayanan kesehatan tidak dapat lagi didekati dengan pendekatan sosialistik, yang semata-mata mengandalkan anggaran negara. (Bhisma, 2000).

Pemerintah di banyak negara berkembang kini mencari sumber-sumber pembiayaan alternatif bagi pelayanan kesehatan masyarakat. Sumber-sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari mekanisme swasta, penggalangan dana publik secara tradisional (misalnya dana sehat), asuransi kesehatan sukarela (swasta) dan asuransi kesehatan sosial (wajib), misi keagamaan, kedermawanan dan bantuan asing.

Asuransi kesehatan menjadi menarik tidak saja karena merupakan sumber dana potensial yang dapat digalang untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat, tetapi juga mampu mengalihkan peristiwa penyakit dan implikasi biaya yang tidak dapat diprediksi dan tidak teratur menjadi dapat direncanakan dengan teratur.

Lebih penting lagi, asuransi mereduksi resiko kerugian besar perorangan karena sakit menjadi resiko kerugian yang lebih kecil dan pasti setelah risiko-risiko perorangan dirangkum (*pooling*) secara agregat. (Bhisma, 2000).

Dalam Sistem Kesehatan Nasional dinyatakan bahwa untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan diperlukan dana baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat. Kecenderungan dewasa ini menunjukkan makin tingginya biaya kesehatan sehingga merupakan beban yang bertambah berat bagi pemerintah. Oleh sebab itu, salah satu aspek dalam pembiayaan upaya kesehatan yang perlu dikembangkan adalah penerahan kemampuan masyarakat dalam memecahkan masalah pembiayaan kesehatan, baik dengan upaya masyarakat sendiri seperti daya upaya kesehatan maupun melalui usaha swasta. (Ascobat, 1986)

Secara garis besar, sumber pembiayaan untuk upaya kesehatan dapat digolongkan kedalam dua sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah dan sumber non pemerintah (masyarakat, swasta). Sumber pemerintah dapat berasal dari hasil pengumpulan pajak, pinjaman (baik pinjaman-pinjaman dalam negeri maupun luar negeri), asuransi sosial atau sistem pradana dan pendapatan negara lainnya. Bagaimanapun sumber-sumber ini tidak akan mencukupi untuk menyediakan pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk. Oleh karenanya seperti terjadi di negara-negara berkembang lainnya sumber dana untuk upaya kesehatan juga harus diandalkan pada sumber yang berasal dari masyarakat/swasta. Ada lima sumber dana yang berasal dari masyarakat, yaitu : dana yang berasal dari perusahaan untuk pemeliharaan karyawannya, asuransi kesehatan swasta, sumbangan kemanusiaan, dana sehat sebagai kegiatan gotong royong masyarakat dan yang biasanya paling

besar adalah pembayaran langsung oleh rumah tangga kepada sumber pelayanan kesehatan. (Ascobat, 1986)

Seperti terjadi di banyak negara lain, Indonesia menghadapi masalah yang cukup pelik dalam mengatasi biaya pelayanan kesehatan. Biaya ini meningkat dengan tajam dari waktu ke waktu. Pada tahun 1984/1985 total biaya kesehatan diperkirakan baru sekitar Rp. 1,89 triliun, tahun 1988/1989 meningkat menjadi sekitar Rp. 2,80 triliun dan pada tahun 1994/1995 naik lagi menjadi 7,03 triliun (Malik R, et al, 1997)

Terlihat dalam kurun waktu 10 tahun sebelum krisis ekonomi biaya kesehatan di Indonesia meningkat hampir empat kali lipat, tentunya pada saat krisis ekonomi ini biaya kesehatan di Indonesia meningkat lebih tinggi lagi (Depkes, 2000). Dalam rangka mengendalikan biaya, meningkatkan akses pelayanan dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia berbagai upaya telah dilakukan.

Upaya ini bisa dilihat sejak tahun 1968 dengan berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 telah dibentuk suatu badan dengan nama Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri, penerima pensiun beserta keluarganya dengan kepesertaannya yang bersifat wajib. Pada tahun 1992 Badan ini berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (Sonya, 1995). Dengan pembayaran premi adalah 2% dari gaji pokok untuk pembayaran bagi peserta dengan anggota keluarga satu orang (istri/suami) dan

maksimal 3 orang anak. Apabila keduanya PNS maka salah satu dianggap lajang dengan tetap membayar premi 2% dari gaji pokoknya.

Pada awal tahun 1990-an, pemerintah dan DPR meluncurkan sejumlah undang-undang yang mengatur sistem pembiayaan kesehatan melalui mekanisme asuransi, yakni Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Asuransi, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dengan adanya undang-undang itu, perusahaan asuransi kesehatan swasta dan pemerintah di Indonesia diharapkan dapat berkembang dengan lebih pesat. (Bhisma , 2000, Ghufro M, 2000).

Sumber pembiayaan kesehatan non pemerintah sebagian besar 75% berasal dari masyarakat dalam bentuk pembiayaan langsung. Adapun 25% sisanya, 19% berasal dari perusahaan swasta yang ditujukan untuk para pegawainya dan 6% berasal dari masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan. Dicitakan untuk masa yang akan datang peran asuransi dapat ditingkatkan mencakup kira-kira 70% dari pembiayaan kesehatan dari swasta atau masyarakat (Budioro, 1996, Bhisma, 2000).

Pada tahun 1997 diperkirakan hanya sekitar 18 juta penduduk (9%) yang dicakup sistem pembiayaan kesehatan secara pra-upaya. Dari jumlah ini sebagian besar yaitu 13.060.934 adalah peserta PT Askes wajib, 700.000 peserta Askes sukarela, 2.5000.000 peserta PT Jamsostek dan hanya sekitar 800.000 peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. (Djauhari & Priyono, 1995).

Dalam tahun 2002 ini penduduk Indonesia yang telah terlindungi asuransi kesehatan baru mencapai 16-17%, dan sekitar 3 juta peserta adalah program jaminan pemeliharaan kesehatan PT Jamsostek. Kondisi ini sangat jauh berbeda dengan Amerika Serikat diperkirakan sekitar 80% dari masyarakatnya adalah peserta dari salah satu bentuk asuransi kesehatan (Azrul, 1996), bahkan negara Thailand dan Vietnam yang mengadopsi program asuransi kesehatan di Indonesia, kini separo dari penduduknya telah menjadi peserta askes (Hasbullah, 2002).

Melihat fenomena yang ada di Indonesia, apabila dilihat dari sisi politik pendanaan kesehatan Indonesia masih termasuk ke dalam komitmen mendukung sistem kesehatan yang rendah dan masih dibawah standar cukup bilamana dibandingkan dengan berbagai negara yang setara dengan Indonesia, dimana proporsi PDB yang dialokasikan kepada sub sektor kesehatan berkisar 2%, yang diikuti oleh Pilipina. Pada negara-negara Asia Selatan komitmen tersebut ternyata relatif lebih tinggi berkisar 3-4%, rekomendasi dari WHO, Indonesia seharusnya menghabiskan 5-6% dari PDB untuk pembiayaan kesehatan (Elfindri, 2001, Ascobat, 1990, Bhisma, 2000)

Implikasi dari rendahnya kemampuan masyarakat dan pemerintah Indonesia dalam membiayai pelayanan kesehatan ini, membawa dampak pada rendahnya usia harapan hidup penduduk Indonesia dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Usia harapan hidup penduduk Indonesia saat ini 65 tahun, Brunei 76 tahun, Singapura 77 tahun, Malaysia dan Thailand 72 tahun, Filipina 69 tahun dan Vietnam 68 tahun. Menurut Azrul (2002), ketidak mampuan sebagian besar

masyarakat Indonesia membiayai pelayanan kesehatan karena belum diberlakukan wajib mengikuti jaminan kesehatan nasional bagi setiap penduduk oleh pemerintah.

Untuk mengatasi problem pembiayaan kesehatan yang dirasakan berat oleh sebagian besar masyarakat dapat dilakukan dengan mengamalkan prinsip sedia payung sebelum hujan, yaitu menabung. Akan tetapi jika dana yang ditabung belumlah mencukupi maka alternatif yang terbaik melalui asuransi kesehatan, mengingat penyakit merupakan resiko bagi setiap orang yang tidak mungkin dihindarkan lagi pula tidak diketahui lebih dulu kapan seseorang akan diserang oleh penyakit, maka resiko sakit dapat diasuransikan (Radiks, 1995)

Asuransi merupakan bentuk alternatif terhadap pengendalian pembiayaan kesehatan yang kian tahun kian meningkat, karena hidup di negara yang biaya pelayanan kesehatannya mencekik leher, tanpa perlindungan asuransi kesehatan adalah bak hidup diujung tanduk (Setiadi, 1993). Dan sepertinya masyarakat umumpun juga sudah menyadari bahwa pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu hanya dapat diperoleh dengan harga yang tidak murah bahkan upaya pelayanan kesehatan dewasa ini memang sudah dapat dianggap sebagai salah satu komoditi kebutuhan hidup (Budioro, 1996). Namun dalam kenyataannya, *demand* terhadap asuransi kesehatan biasanya rendah pada masyarakat berpendapatan rendah dan tinggi pada golongan ekonomi menengah keatas. Secara teoritis pasaran asuransi kesehatan ditentukan oleh dua hal, yaitu tingkat pendidikan penduduk dan persepsi penduduk terhadap resiko yang dihadapinya (Ascobat, 1990).

Salah satu upaya yang telah ditempuh pemerintah dalam melindungi tenaga kerja swata, adalah dengan dikeluarkannya undang-undang Nomor 3 Tahun 1992

tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Mengingat bahwa setiap pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya dibidang apapun selalu menghadapi resiko. Dengan semakin berkembangnya dunia usaha, peranan tenaga kerja semakin meningkat. Mereka menempati berbagai sektor kehidupan seperti pertanian, perdagangan, perindustrian. Berkembangnya dunia usaha juga diiringi dengan meningkatnya penggunaan teknologi diberbagai sektor kegiatan usaha, yang mengakibatkan semakin tinggi risiko yang mengancam keselamatan, kesehatan, dan kesejahteraan tenaga kerja (Supriyatin, 1999)

Salah satu bentuk program Jamsostek adalah program jaminan berupa pelayanan yaitu program jaminan pemeliharaan kesehatan, disamping itu terdapat juga program jaminan yang berupa uang meliputi program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian dan jaminan hari tua. Sampai tahun 2002 telah tercatat lebih dari 85.000 perusahaan di Indonesia yang mengikut sertakan tenaganya pada program Jamsostek.

Jumlah penduduk di Kota Semarang dalam tahun 2003 ini berjumlah 1.344.015 jiwa, dan baru sekitar 21,29% yang telah terlindungi asuransi kesehatan baik sosial maupun sukarela, secara rinci terlihat pada tabel berikut :

Tabel 1.1.
Jumlah Peserta Asuransi Kesehatan dan Besarnya Premi
Di Kota Semarang, Tahun 2003

No	Asuransi Kesehatan	Premi/Bulan	Jumlah Peserta	%
1.	ASKES Sosial	2% dari gaji pokok	157.044	54,89
2.	ASKES Sukarela	Rp. 22.000 s/d Rp. 86.5000,-	14.079	4,92
3.	JPK Jamsostek	3% dan 6% dari gaji.	107.131	37,45
4.	JPKM	Rp. 8.000 s/d Rp. 35.000,-	7.833	2,74
	Jumlah		286.087	100,00

Sumber : Kantor Dinas Kesehatan Kota Semarang, Maret 2003

Cakupan asuransi kesehatan yang ada di Kota Semarang sepertinya masih sangat terbatas dan masih didominasi oleh peserta asuransi kesehatan sosial yang meliputi asuransi kesehatan wajib oleh PT Askes dan program jaminan pelayanan kesehatan oleh PT Jamsostek. Pada tahun 2003 ini telah tercatat 490 perusahaan yang telah mengikut sertakan tenaga kerjanya dalam program asuransi kesehatan jaminan pemeliharaan kesehatan PT Jamsostek yang merupakan program asuransi sosial yang preminya dibebankan pada perusahaan. Sementara itu untuk perusahaan-perusahaan besar juga banyak yang telah melakukan pelayanan kesehatan sendiri untuk melindungi tenaga kerjanya, seperti Pertamina, Telkom dan perusahaan-perusahaan besar lainnya yang telah mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada tenaga kerjanya.

Sebagai upaya untuk memudahkan pelayanan bagi tenaga kerja dan keluarganya yang membutuhkan pelayanan kesehatan PT. Jamsostek mengadakan kerjasama dengan petugas pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan sistem pembayaran secara kapitasi yaitu sistem pemberian imbalan jasa berdasarkan

jumlah tetap yang tergantung dari jumlah jiwa yang ditanggung. Apabila diperlukan pengobatan lebih lanjut/rujukan pembayaran oleh Jamsostek secara *fee for service*, kepada rumah sakit yang telah ditunjuk.

Dengan adanya asuransi kesehatan JPK tersebut diharapkan para pekerja dan keluarganya tidak mengalami kesulitan dalam masalah pembiayaan kesehatan serta dapat memanfaatkan fasilitas penyelenggaraan kesehatan yang ada tanpa harus mengeluarkan biaya secara langsung untuk mendapat fasilitas kesehatan tersebut, walaupun harus mengeluarkan hanya sebagian dari total biaya ataupun untuk pembayaran pelayanan dan obat yang melebihi batasan asuransi. Namun kenyataannya belum semua tenaga kerja yang menderita sakit telah memanfaatkan (menggunakan) JPK tersebut dan kadang-kadang mereka mengeluarkan uang dari sakunya untuk biaya pengobatan pada petugas pelayanan kesehatan tanpa memanfaatkan JPK yang telah menjadi haknya.

Penelitian ini merupakan studi kasus pada perusahaan-perusahaan tekstil dengan pertimbangan bahwa peserta yang ada jumlahnya banyak sehingga intensitas penggunaannya juga lebih banyak. Resiko lingkungan kerja terhadap kesehatan sama karena bahan dasar yang digunakan dalam proses produksi adalah kapas yang sangat berpotensi terhadap penyakit paru.

Sehubungan dengan hal tersebut penelitian ini mengambil judul "Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Intensitas Penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Oleh Rumah Tangga Peserta Jamsostek di Kota Semarang (Studi Kasus pada Perusahaan Bitratex, Perusahaan Sandratex dan Perusahaan Sinar Pantja Djaja)".

1.2. Rumusan Masalah

Meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan akan sangat berpengaruh terhadap masyarakat berpendapatan rendah apalagi dalam kondisi krisis ekonomi saat ini. Salah satu alternatif pengendalian biaya kesehatan adalah melalui asuransi kesehatan seperti program jaminan pemeliharaan kesehatan PT Jamsostek untuk para pekerja swasta dan keluarganya. Namun dalam kenyataannya belum semua peserta JPK Jamsostek telah menggunakan asuransi kesehatan tersebut, baru sekitar (30%) * yang telah menggunakannya.

Sehingga hal ini muncul beberapa pertanyaan yang perlu dijawab dalam penelitian ini, antara lain :

- 1). Bagaimanakah intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan PT. Jamsostek oleh para tenaga kerja dan keluarganya ?
- 2). Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan PT. Jamsostek ?

1.3. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.3.1. Tujuan.

Tujuan dalam penelitian ini adalah :

- 1). Untuk menganalisis intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek..
- 2). Untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang

* Berdasar hasil wawancara dengan Sdr. Harnam, Bagian Data PT. Jamsostek Cabang Kota Semarang, tanggal 13 April 2003.

1.3.2. M a n f a a t

Manfaat dalam penelitian ini adalah :

- 1). Memberikan masukan kepada PT. Jamsostek Kota Semarang mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga, sehingga dapat digunakan sebagai bahan dalam merumuskan kebijakan-kebijakan dimasa yang akan datang ;
- 2). Memberikan sumbangan informasi yang dapat dijadikan gambaran bagi para peneliti yang berminat terhadap berbagai permasalahan yang ada pada pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) PT Jamsostek di Kota Semarang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN TEORITIS

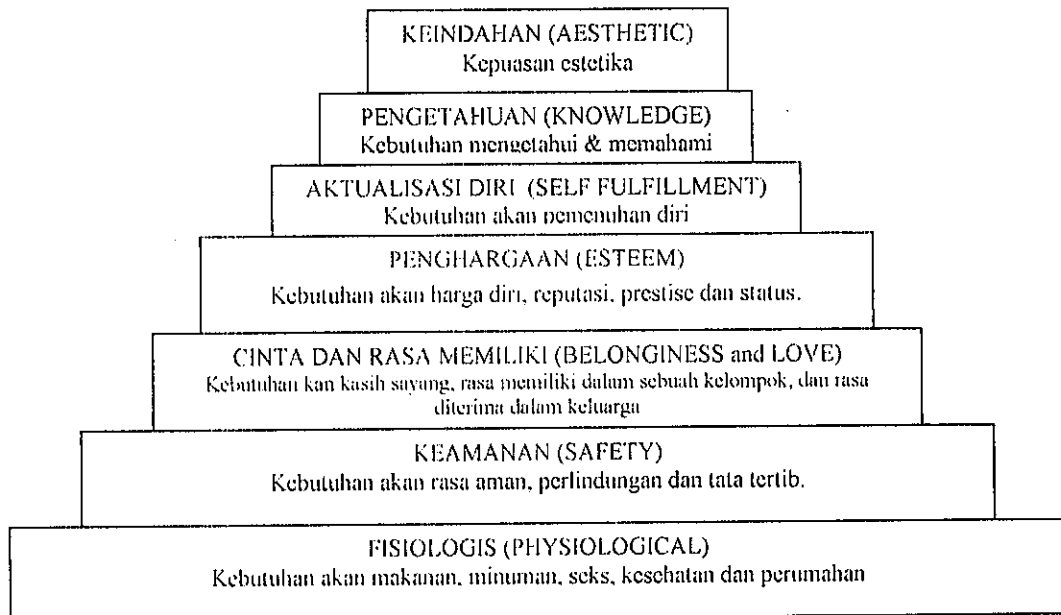
2.1. Tinjauan Pustaka dan Penelitian Terdahulu

2.1.1. Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan manusia sangatlah beragam dari kebutuhan yang paling mendasar (fisiologis) yang lebih diarahkan pada upaya mempertahankan kelangsungan hidup sampai dengan kebutuhan manusia akan keindahan. Pengertian kebutuhan menurut Engel, et.al (1994) didefinisikan sebagai perbedaan yang disadari antara keadaan ideal dan keadaan sebenarnya yang memadai untuk mengaktifkan perilaku.

Upaya pengklasifikasian kebutuhan manusia telah banyak dilakukan oleh para psikolog, antara lain oleh Abraham Maslow pada tahun 1970 dengan hipotesisnya bahwa kebutuhan diorganisir sedemikian rupa untuk menetapkan prioritas dan hierarki kepentingan. Menurut Maslow terdapat lima tingkatan kebutuhan yang berjajar dalam prioritas dari urutan yang terendah hingga urutan yang tertinggi. Tingkatan-tingkatan ini masuk ke dalam tiga kategori dasar, yaitu (1) kelangsungan hidup dan keamanan, (2) interaksi manusia, cinta dan afiliasi, (3) aktualisasi diri (kompetensi, ekspresi diri dan pengertian). Menurut Maslow setiap kebutuhan dari urutan yang lebih tinggi kebanyakan masih tidur sebelum kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah terpenuhi. (Engel, et.al, 1994). Gambaran hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow secara jelas terlihat pada gambar 2.1. di bawah ini.

Gambar 2.1.
Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow



Sumber : Stanton (1993)

Maslow mengidentifikasi hirarki lima tingkat kebutuhan yang disusun berjenjang sesuai dengan urutan kebutuhan manusia. Orang akan tetap berada dalam sebuah tingkat kebutuhan sampai semua kebutuhannya dalam tingkat itu terpuaskan. Kemudian kebutuhan yang baru muncul pada tingkat yang lebih tinggi. Untuk kebutuhan pengetahuan dan keindahan diidentifikasi Maslow sebagai tambahan kebutuhan kognitif bagi sejumlah orang yang dapat memenuhi kebutuhan aktualisasi diri.

Dalam konteks teori kebutuhan Maslow, kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar disamping kebutuhan fisiologis lainnya seperti makan, minum dan perumahan. Menurut Mills dan Gilson (1990) kesehatan merupakan suatu kebutuhan (*need*) yang dapat diartikan secara umum yang merupakan perbandingan antara situasi nyata dan standar teknis tertentu

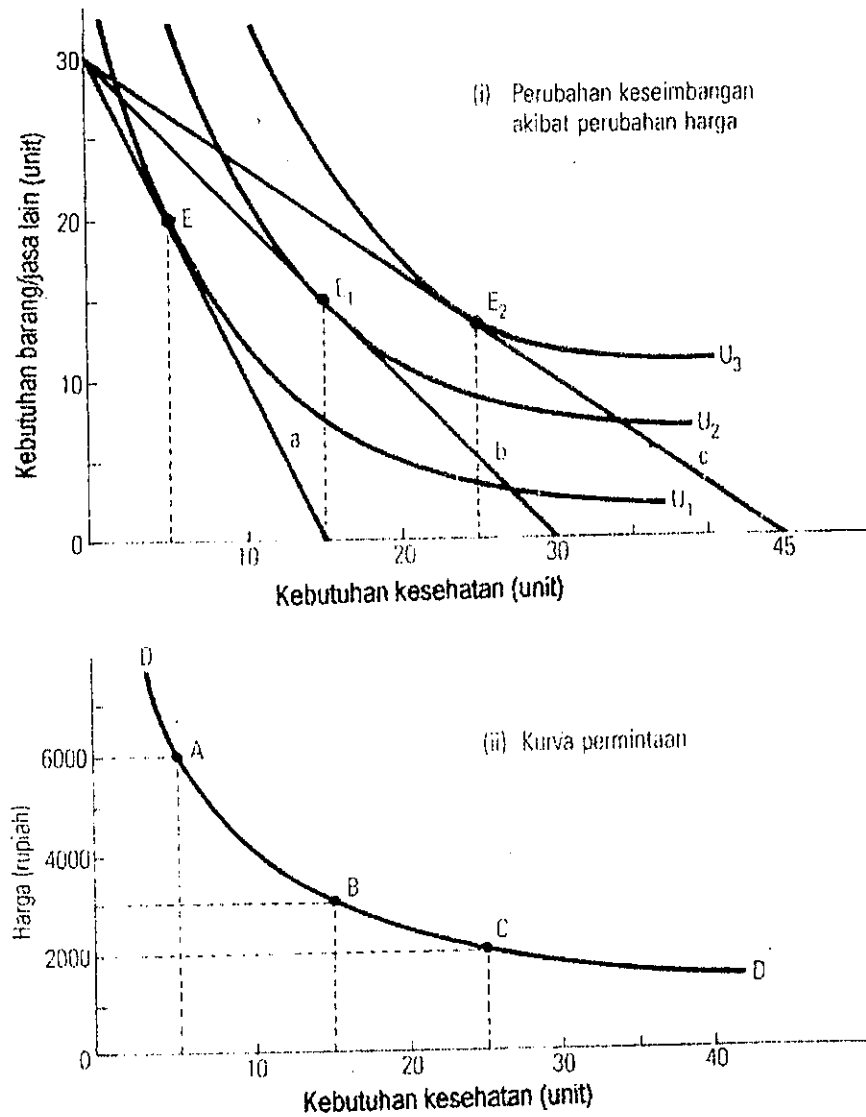
yang telah dsepakati. Selain itu juga merupakan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*) yaitu kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh individu. Sehingga keputusan untuk memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan merupakan pencerminan kombinasi kebutuhan normatif dan kebutuhan yang dirasakan.

2.1.2. Permintaan

Seseorang dalam usaha memenuhi kebutuhannya, pertama kali yang akan dilakukan adalah pemilihan atas berbagai barang atau jasa yang dibutuhkan. Selain itu juga dilihat apakah harganya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Jika harganya tidak sesuai, maka ia akan memilih barang atau jasa yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Perilaku tersebut sesuai dengan hukum permintaan (Samuelson & Nordhaus, 1992), yang mengatakan bahwa bila harga suatu barang atau jasa naik maka *ceteris paribus* jumlah barang atau jasa yang diminta konsumen akan mengalami penurunan. Dan sebaliknya bila harga dari suatu barang atau jasa turun, maka *ceteris paribus* jumlah barang atau jasa yang diminta konsumen akan mengalami kenaikan.

Sifat permintaan (perilaku) konsumen akan suatu kebutuhan hidup, yaitu kalau harga turun – *ceteris paribus* – permintaan akan bertambah dan kalau harga naik permintaan akan berkurang. Ilustrasi kurva permintaan kebutuhan kesehatan dengan bantuan analisis kepuasan sama dapat dijelaskan melalui Gambar 2.2. di bawah ini :

Gambar 2.2.
Kurva Permintaan Kesehatan dengan Analisis Kepuasan Sama



Sumber : Modifikasi dari Sadono Sukirno (2000)

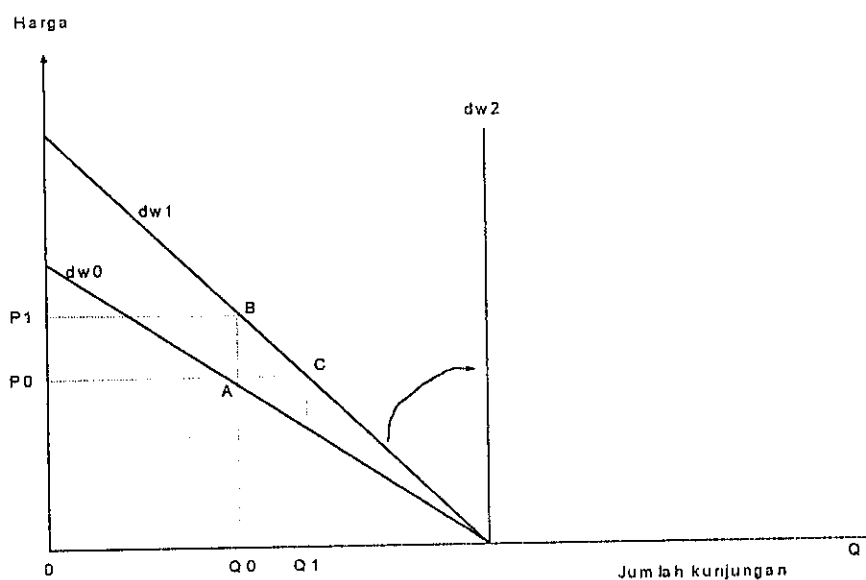
Pada gambar 2.2. (i) terlihat bahwa garis (a) menggambarkan garis anggaran pengeluaran konsumen, garis ini menyinggung kurva kepuasan sama U_1 di titik E. Apabila terjadi penurunan harga kebutuhan kesehatan, sementara pendapatan dan harga kebutuhan jasa lainnya tetap maka garis anggaran pengeluaran akan

bergeser ke garis (b) dan kurva kepuasan sama U_2 di titik E_1 , maka jumlah konsumsi kesehatan bertambah.

Pada gambar (ii) mengilustrasikan gambar kurva permintaan kesehatan. Titik A menunjukkan kedudukan konsumen ketika belum berlaku perubahan harga dan ketika harga kesehatan turun jumlah yang diminta akan bertambah terlihat pada titik B. Sehingga kurva DD diatas merupakan kurva permintaan kebutuhan kesehatan.

Dalam pelayanan kesehatan yang menggunakan fasilitas pembiayaan asuransi kesehatan secara penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 0%, variabel harga tidak akan mempengaruhi jumlah kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Ilustrasi kurva permintaan dengan tingkat ko-asuransi dapat dijelaskan melalui gambar 2.3. di bawah ini.

Gambar 2.3.
Kurva permintaan Pelayanan Kesehatan
dengan Tingkat Perlindungan Asuransi



Sumber : Santere & Neun (2000)

Berdasarkan gambar 2.3. kurva permintaan dw_0 menunjukkan kurve permintaan konsumen akan pelayanan kesehatan pada tingkat pembiayaan penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 100% bahwa pada tingkat harga P_0 besarnya pelayanan yang optimal adalah Q_0 . Dan pada saat konsumen membayar sebagian dari biaya pelayanan kesehatan kurva permintaan akan mengalami eksorotasi dan kurva permintaan akan menjadi semakin in-elastis (terlihat pada kurva dw_1). Pada tingkat harga P_0 jumlah yang diminta menjadi Q_1 sehingga pelayanan yang diberikan akan bertambah menjadi OP_0CQ_1 . Kurva permintaan ini akan terus mengalami eksorotasi sampai menjadi kurva permintaan inelastis sempurna pada tingkat perlindungan asuransi terhadap pembiayaan kesehatan penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 0% (dw_2). Dalam situasi seperti ini wajah dari pelayanan kesehatan akan menjadi barang bebas dan konsumen tidak perlu melakukan pengorbanan untuk mendapatkan.

Namun dalam kenyataan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tidaklah demikian bebasnya seperti barang publik murni, karena dalam hal ini seorang konsumen tetap mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Menurut Bhisma (2000) biaya disini termasuk biaya perjalanan, biaya parkir dan biaya-biaya lainnya.

Pelayanan kesehatan yang baik yang dapat meningkatkan jumlah (kuantitas) pelayanan kesehatan menurut Azrul (1996), harus memenuhi persyaratan-persyaratan pokok, yaitu :

- Tersedia dan berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit ditemukan setiap saat dibutuhkan.
- Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan adat istiadat dan kepercayaan masyarakat.
- Mudah dicapai, dari sudut lokasi mudah dicapai oleh masyarakat.
- Mudah dijangkau, biaya kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat;
- Bermutu, menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan dan memuaskan konsumen.

Menurut Bhisma (2000) kuantitas kunjungan konsumen untuk permintaan pelayanan kesehatan secara matematis dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$Q_d = f(P, P_o, Y, I, Z)$$

Dimana

Q_d : kuantitas permintaan pelayanan kesehatan.

P : harga pelayanan kesehatan.

P_o : harga barang dan pelayanan substitusi, atau komplementer

I : asuransi.

Z : faktor selera.

Menurut Santerre & Neun (2000) ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap jumlah permintaan pemeliharaan kesehatan (*quantity demanded*), yaitu :

- Harga pembayaran secara langsung oleh rumah tangga;
- Pendapatan bersih (*real income*) ;

- Biaya waktu (*time cost*), termasuk didalamnya adalah biaya (uang) untuk perjalanan termasuk muatan bis atau bensin ditambah biaya pengganti untuk waktu.
- Harga barang substitusi dan komplementer ;
- Selera dan preferensi, termasuk di dalamnya status pernikahan, pendidikan dan gaya hidup.
- Fisik dan mental individu ;
- Status kesehatan (*state of health*) ;
- Kualitas pelayanan (*quality of care*) ;

Menurut Bhisma (2000), permintaan seseorang akan asuransi kesehatan mengikuti teori permintaan barang atau pelayanan pada umumnya. Namun secara khusus terdapat sejumlah variabel independen yang membedakan asuransi dari produk-produk lainnya, sehingga fungsi permintaan asuransi kesehatan sebagai berikut :

$$Q_d = f (P, P_r, L, Y, B)$$

dimana

- Q_d : kuantitas permintaan asuransi kesehatan.
- P : harga asuransi, yakni premi yang harus dibayar.
- P_r : penilaian individu tersebut tentang probabilitasnya untuk sakit dan mengalami kerugian finansial.
- L : besarnya kerugian finansial akibat sakit.
- Y : tingkat pendapatan.
- B : derajat perilaku penghindar resiko.

Menurut Mills & Gilson (1990) hubungan antara teori permintaan dengan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor :

- Pendapatan, ada hubungan (asosiasi) antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern ;
- Harga berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. Meningkatnya harga mungkin akan lebih mengurangi permintaan dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan kelompok yang berpendapatan tinggi.
- Sulitnya pelayanan kesehatan dicapai secara fisik (sehingga banyak menuntut pengorbanan waktu), akan menurunkan permintaan.
- Kemanjuran dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk meminta pelayanan dari pemberi jasa tertentu.

2.1.3 Asuransi dan Asuransi Kesehatan

2.1.3.1. Asuransi

Pengertian asuransi (*insurance*) menurut Breider dan Breadles dalam Azrul (1996) adalah suatu upaya untuk memberikan perlindungan terhadap kemungkinan-kemungkinan yang dapat mengakibatkan kerugian ekonomi.

Menurut Abbas (1989) asuransi ialah suatu kemauan untuk menetapkan kerugian-kerugian kecil (sedikit) yang sudah pasti sebagai pengganti (substitusi) kerugian – kerugian besar yang belum pasti. Sehingga orang bersedia membayar

kerugian yang sedikit untuk masa sekarang, agar bisa menghadapi kerugian-kerugian besar yang mungkin terjadi pada waktu mendatang.

Menurut Kitab Undang-Undang Hukum Dagang Tahun 1987, asuransi diartikan sebagai suatu perjanjian dimana si penanggung dengan menerima suatu premi mengikatkan dirinya untuk memberi ganti rugi kepada tertanggung yang mungkin diderita karena terjadinya suatu peristiwa dan yang akan mengakibatkan kehilangan, kerugian atau kehilangan suatu keuntungan.

Usaha asuransi menurut Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992, diartikan sebagai usaha jasa keuangan yang dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi, memberikan perlindungan kepada para pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang.

Pada saat ini kegiatan asuransi telah berkembang dengan amat pesat sekali, Malah dibanyak negara, telah merupakan industri tersendiri dengan jenis yang makin bervariasi. Mula-mula lebih terarah pada barang, kemudian pada jasa, untuk selanjutnya ketika hidup dan kehidupan mulai dapat dinilai dalam bentuk rupiah (*concept of human value*), berkembanglah asuransi jiwa (*life insurance*) serta asuransi kesehatan (*health insurance*). (Azrul, 1996).

2.1.3.2 Asuransi Kesehatan

Menurut Radiks (1995), asuransi kesehatan merupakan pelimpahan risiko (*risk shifting*) oleh tertanggung kepada penanggung agar kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung karena serangan penyakit, dijamin oleh penanggung. Risiko yang dilimpahkan oleh tertanggung kepada penanggung bukanlah

hilangnya / merosotnya kemampuan karena sakit, juga bukan hilangnya jiwa yang direnggut oleh penyakit, tetapi kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung yang ditimbulkan oleh penyakit yang menyerangnya.

Asuransi kesehatan tidak menanggung berkurangnya atau hilangnya nilai ekonomi seorang tertanggung karena diserang oleh penyakit. Asuransi kerugian hanya menanggung kerugian finansial yang ditimbulkan oleh serangan penyakit, yaitu untuk mengganti biaya pengobatan dan perawatan dan biaya-biaya lainnya dalam rangka menyembuhkan penyakitnya, sekalipun tertanggung tidak jadi sembuh (meninggal).

Jadi pada hakekatnya asuransi kesehatan memberikan santunan kesehatan kepada seseorang (tertanggung) berupa sejumlah uang untuk biaya pengobatan dan perawatan, apabila diluar kehendaknya ia diserang oleh penyakit. Sebagai imbalan atas santunan kesehatan itu, tertanggung membayar premi kepada penanggung secara berkala seumur hidupnya atau selama jangka waktu tertentu sebagaimana ditutup asuransinya (Radiks, 1995).

Menurut laporan Bank Dunia tahun 1993 asuransi kesehatan dapat dikelompokkan dalam tiga bentuk yaitu :

1. Sosial.

Aasuransi kesehatan sosial merupakan prinsip asuransi yang paling banyak dianut diberbagai negara, dengan prinsip :

- Kepesertaan bersifat wajib ;
- Iuran (premium) berdasar persentase pendapatan gaji ;

- Iuran (premium) ditanggung bersama oleh tempat kerja (perusahaan) dan tenaga kerja.
- Tenaga kerja (peserta) dan keluarganya memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan (*comprehensive*) ;
- Peranan pemerintah besar.

Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi yang diselenggarakan atau diatur oleh pemerintah untuk menjamin pemeliharaan kesehatan secara merata dan adil serta melindungi golongan ekonomi lemah. Dalam penyelenggaraannya, asuransi sosial berciri kepesertaan bersifat wajib bagi sekelompok atau seluruh penduduk, besaran premi ditetapkan dengan undang-undang, umumnya proporsional terhadap pendapatan, pakatnya sama untuk semua golongan pendapatan dan sesuai kebutuhan medis (Kompas, 2000)

Dalam sistem asuransi kesehatan sosial merupakan konsep asuransi dimana prinsip kesehatan sebagai suatu pelayanan sosial masih dijunjung tinggi. Adanya suatu prinsip bahwa pelayanan kesehatan tidak boleh semata-mata berdasar status sosial sehingga masyarakat lapisan bawah terhambat untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Sulastomo, 2000).

Di Indonesia implikasi dari asuransi kesehatan ini adalah program asuransi kesehatan wajib dan jaminan pemeliharaan kesehatan PT. Jamsostek.

2. Komersial.

Asuransi kesehatan komersial memiliki prinsip-prinsip :

- Kepesertaan bersifat sukarela ;

- Iuran (premium) berdasar angka absolut, sesuai dengan perjanjian (kontrak).
- Tenaga kerja (peserta) dan keluarganya memperoleh santunan biaya pelayanan kesehatan sesuai kontrak (tidak comprehensive).
- Peranan pemerintah relatif kecil.

Dalam asuransi kesehatan komersial prinsipnya murni berdasar resiko sakit perorangan, sehingga kelompok yang mempunyai resiko sakit tinggi sangat berkepentingan untuk mengikuti program asuransi kesehatan sebaliknya kelompok yang sehat tidak mau mengikuti program asuransi kesehatan. Risiko dari keadaan ini perusahaan asuransi kesehatan dengan sendirinya lebih besar, sehingga kenaikan premium lebih tinggi, sehingga hanya akan terjangkau oleh masyarakat kelas menengah ke atas.

3. Swasta dengan Regulasi

Asuransi kesehatan swasta dengan regulasi adalah suatu asuransi kesehatan yang merupakan suatu alternatif bagi asuransi kesehatan komersial, yang oleh Bank Dunia disarankan untuk menampung keinginan yang berlebih disamping yang telah diselenggarakan oleh asuransi kesehatan sosial, dengan prinsip-prinsip :

- Kepesertaan bersifat sukarela, iuran (premium) berdasar angka absolut (nilai nominal) ;
- Peserta memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kontrak.
- Peranan pemerintah relatif besar.

Dalam asuransi ini penetapan premium pesertanya berdasar risiko yang terjadi di masyarakat (*community rating*), dengan konsumen biasanya dari kelompok menengah ke atas. Di Indonesia model asuransi yang mendekati bentuk ini adalah program asuransi kesehatan PT. Askes sukarela dan program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Hanya untuk JPKM sasarannya adalah kelompok menengah ke bawah.

Dari ketiga bentuk asuransi kesehatan yang ada, Bank Dunia merekomendasikan pilihan asuransi kesehatan yang paling baik adalah model asuransi kesehatan sosial karena disini menunjukkan prinsip kegotong royongan secara menyeluruh antara kaya miskin, sehat-sakit, tua-muda dengan kepesertaan wajib.

Disamping itu alasan rekomendasi Bank Dunia terhadap program asuransi kesehatan sosial, adalah peserta cepat tumbuh dalam jumlah yang besar, sehingga hukum *the law of large number*, yang menjadi landasan mekanisme asuransi dapat cepat tercapai disamping itu dapat juga mengendalikan kenaikan biaya kesehatan.

Sementara untuk menampung keinginan-keinginan masyarakat yang sifatnya perorangan yang belum bisa terpenuhi dengan asuransi kesehatan sosial, Bank Dunia merekomendasikan program asuransi kesehatan swasta yang tetap mampu mengendalikan biaya yaitu asuransi kesehatan swasta dengan regulasi sebagai pelengkap asuransi kesehatan sosial.

2.1.4 Penelitian terdahulu.

Deolaikar (1992), melakukan penelitian terhadap anak usia rawan sakit di Indonesia berusia 9 tahun kebawah. Menurutnya ada beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan pada anak-anak, yaitu : faktor umur; pendidikan orang tua (ayah dan ibu); urutan anak dalam keluarga; ada tidaknya akte kelahiran; jumlah anggota keluarga; jumlah anak usia rawan sakit dalam keluarga ; dummy terhadap urban area; akses ke desa; keberadaan fasilitas kesehatan modern; kondisi fisik; keberadaan jalan raya yang baik; jarak ke kota dan pendapatan keluarga.

Santerre & Neun tahun 1995 (dalam Santerre & Neun,2000) telah melakukan penelitian terhadap kuantitas (jumlah) permintaan pemeliharaan kesehatan pada seluruh counties di wilayah timur dan utara Amerika, dengan menggunakan alat analisis regresi OLS. Bentuk yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

$$Y = \beta_1 + \beta_2 \text{Price} + \beta_3 \text{Income} + \mu$$

Dimana :

Y = jumlah rata-rata kunjungan oleh rumah tangga per tahun.

Price = Harga rata-rata yang dibayar oleh rumah tangga untuk kunjungan.

Income = Pendapatan rata-rata keluarga dalam ribuan dollar pertahun.

Hasilnya bahwa variabel kuantitas permintaan pemeliharaan kesehatan dipengaruhi oleh harga dan pendapatan.

Nelson, et.al (2000), melakukan penelitian lewat telepon terhadap 351 orang dewasa secara random di tiga region dalam wilayah Wisconsin, Amerika Serikat, dengan tujuan untuk mengetahui apakah masyarakat benar-benar mengetahui tentang asuransi kesehatan mereka. Hasilnya bahwa sekitar 97% dari responden adalah peserta asuransi dengan batasan usia antara 18-64 tahun. 93% dilindungi oleh asuransi kesehatan sukarela dan hanya sekitar 6,7% yang dilindungi oleh asuransi sosial.. Hasil secara keseluruhan menunjukkan bahwa masyarakat belum mengetahui fungsi dari asuransi kesehatan sesungguhnya karena 88,2% pembiayaan kesehatannya masih dilakukan secara langsung meskipun mereka adalah salah satu dari peserta asuransi kesehatan (sukarela/sosial).

Penelitian yang dilakukan oleh Bobby Irwanprasetya (2001) dengan melakukan analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi pembelian polis asuransi pada PT Asuransi Takaful Umum Cabang Semarang. Pembelian terhadap pembelian polis asuransi dipengaruhi oleh faktor persepsi terhadap harga premi, image perusahaan, persepsi terhadap promosi, persepsi terhadap produk dan persepsi terhadap kualitas pelayanan. Dengan menggunakan alat analisis regresi diperoleh kesimpulan bahwa kelima variabel bebas berpengaruh secara signifikan dan berpengaruh positif terhadap pembelian polis asuransi. Dari kelima variabel bebas tersebut variabel promosi mempunyai pengaruh terbesar.

Abraham et.al (2002), dengan menggunakan data *Medical Expenditure Panel Survey* tahun 1996 melakukan penelitian permintaan rumah tangga akan penggunaan asuransi kesehatan yang ditawarkan oleh perusahaan tempat kerja. Dari hasil penelitiannya diketahui bahwa jumlah penggunaan asuransi kesehatan

dipengaruhi oleh faktor-faktor : ukuran status kesehatan, penerimaan rumah tangga (*income*), kekayaan, besarnya keluarga, dan tempat bekerja. Variabel-variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap penggunaan asuransi kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Collier et.al (2002) menunjukkan bahwa penggunaan fasilitas kesehatan yang ada di Ethiopia adalah terendah di dunia dan lebih dari 60% masyarakat menggunakan (memanfaatkan) fasilitas kesehatan milik pemerintah. Penyebab masalah yang prinsip adalah kurangnya fasilitas kesehatan, namun dari data rumah tangga menunjukkan bahwa penggunaan fasilitas kesehatan dipengaruhi tidak hanya faktor jarak terdekat dengan fasilitas kesehatan tetapi juga dipengaruhi oleh kualitas penyedia pelayanan kesehatan. Dengan menggunakan alat analisis regresi probit diketahui bahwa penggunaan fasilitas kesehatan ketika sakit dipengaruhi oleh variabel umur, jenis kelamin, pendidikan ibu, ukuran keluarga, pendapatan perkapita di provinsi dengan pengeluaran perkapita, jarak terdekat dengan fasilitas kesehatan pemerintah, kualitas pelayanan kesehatan pemerintah, jarak terdekat fasilitas kesehatan swasta, kualitas kesehatan swasta, dummy publik farmasi. Hasilnya bahwa semua variabel tersebut signifikan kecuali variabel jarak fasilitas pelayanan kesehatan swasta tidak signifikan terhadap penggunaan fasilitas kesehatan.

Kenkel (1990) dalam penelitiannya menemukan bahwa pengetahuan medis konsumen mempunyai hubungan positif terhadap probabilitas jumlah kunjungan untuk mendapat pelayanan kesehatan.

Jensen, et.al (1999), melakukan penelitian terhadap asuransi kesehatan penduduk Amerika yang berusia 51 tahun sampai dengan 63 tahun. Dengan menggunakan analisa tabulasi yang berdasarkan data Health and Retirement Study (HRS) menurut variabel demografi dan ekonomi terhadap perubahan pilihan jenis asuransi kesehatan. Dari penelitiannya dapat disimpulkan bahwa asuransi kesehatan tenaga kerja merupakan harapan utama bagi usia lanjut yang pensiun untuk memiliki asuransi kesehatan. Namun kenyataannya hampir 9% dari pekerja yang berusia tua kehilangan asuransi tersebut saat mereka pensiun dan terjadi peningkatan kebutuhan akan pelayanan kesehatan pada usia lanjut yang tidak memiliki asuransi kesehatan sama sekali. Usia lanjut yang tidak memiliki asuransi justru mengalami banyak gangguan kesehatan daripada yang terasuransi.

2.2 Kerangka Pemikiran Teoritis

Intensitas sakit untuk setiap orang berbeda, dengan adanya jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh PT Jamsostek merupakan suatu alternatif pengalihan pembiayaan kesehatan yang dulunya ditanggung oleh para pekerja dialihkan kepada perusahaan. Kebijakan ini sangat tepat mengingat jasa pelayanan kesehatan makin lama makin mahal, jika menggunakan sistem pembayaran secara langsung oleh rumah tangga akan sangat sulit terjangkau.

Menurut Odang dalam Kompas (2002) mengilustrasikan tingginya biaya kesehatan terlihat pada biaya rawat inap selama lima hari di DKI Jakarta pada tahun 1995 dapat menghabiskan 1,4 kali rata-rata pendapatan sebulan dan pada tahun 1998 melonjak menjadi 2,7 kali. Tanpa adanya sistem yang menjamin

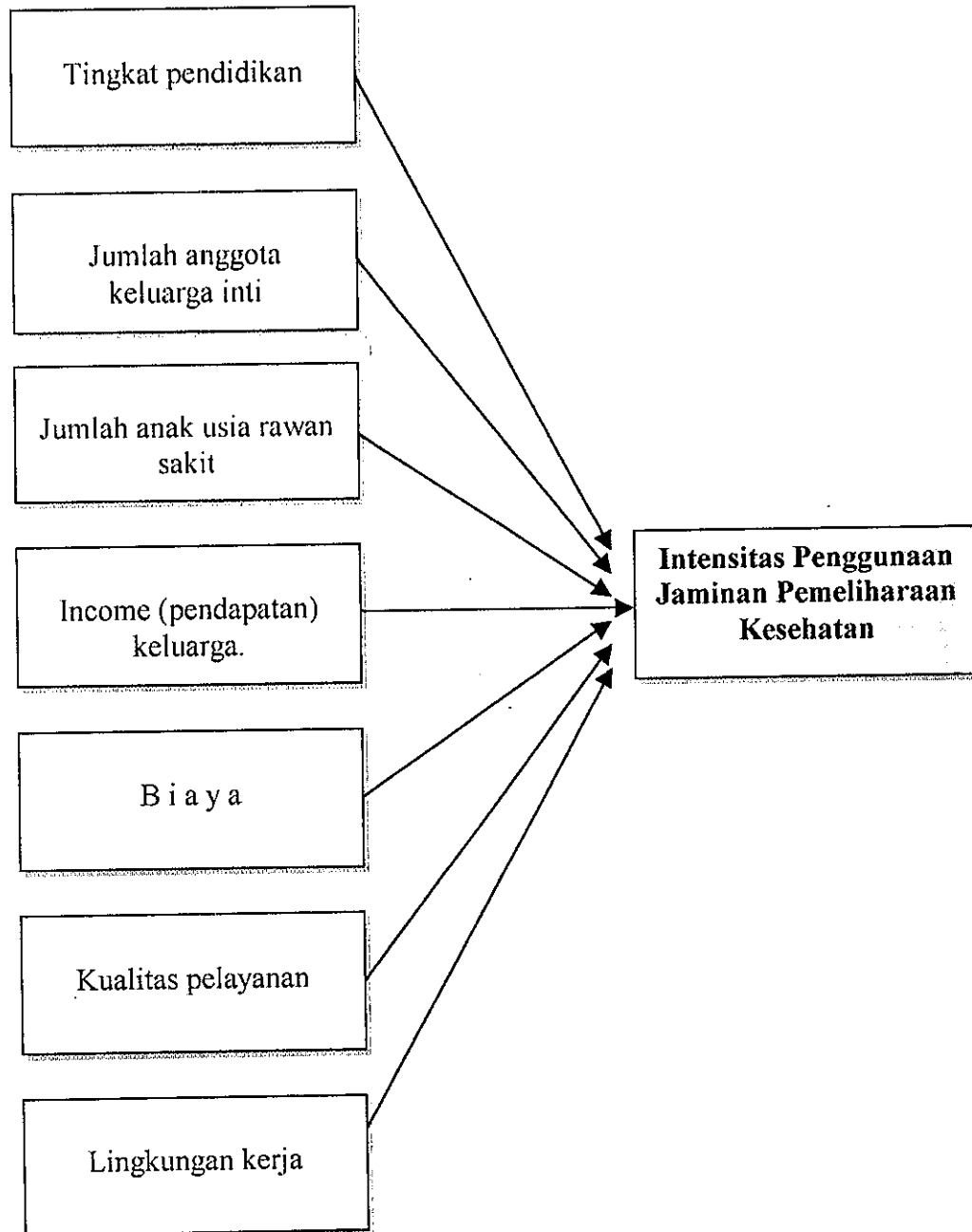
pembiayaan kesehatan akan banyak masyarakat yang tidak mampu memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Berdasarkan pada telaah pustaka dan penelitian terdahulu maka faktor yang berpengaruh terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan adalah sebagai berikut :

- X_1 = Tingkat pendidikan.
- X_2 = Jumlah anggota keluarga inti..
- X_3 = Jumlah anak usia rawan sakit
- X_4 = Income (pendapatan) keluarga.
- X_5 = Biaya.
- X_6 = Kualitas pelayanan.
- X_7 = Lingkungan kerja

Hubungan variabel-variabel yang berpengaruh terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan dapat digambarkan dalam kerangka pemikiran teoritis sebagai berikut :

Gambar 2.4.
Kerangka Pemikiran Teoritis



Keterangan :

Secara spesifik model ini merupakan adaptasi dari teori yang dikemukakan oleh Santere & Neun (2000), dan penelitian Abraham et,al (2002), Deolalikar (1992), Collier, et.al (2002) dengan modifikasi seperlunya.

2.3 Hipotesis

Penelitian ini akan menguji faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang. Hipotesis alternatif (HA) yang akan diuji kebenarannya secara empiris adalah sebagai berikut :

- 1). Tingkat pendidikan berpengaruh positif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.
- 2) Jumlah anggota keluarga inti berpengaruh positif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan
- 3) Jumlah anak usia rawan sakit berpengaruh positif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.
- 4) Income (pendapatan keluarga) berpengaruh positif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan
- 5) Biaya berpengaruh negatif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.
- 6) Kualitas pelayanan berpengaruh positif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.
- 7) Lingkungan kerja berpengaruh positif terhadap intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data skunder. Data primer bersumber dari peserta pengguna jasa asuransi kesehatan JPK PT Jamsostek yang pembayaran pembiayaan kesehatannya telah dilindungi oleh asuransi kesehatan PT. Jamsostek yang diperoleh langsung di lapangan melalui wawancara dengan menggunakan daftar pertanyaan (kuesioner) yang telah dipersiapkan. Disamping itu didukung pula oleh data-data skunder yang berasal dari instansi Dinas Kesehatan Kota, PT Asuransi Kesehatan, PT Jamsostek, maupun instansi lain yang terkait berupa kajian-kajian literatur, publikasi, laporan-laporan dan lain-lain yang relevan dengan penelitian ini.

3.2. Populasi dan Sampel

Populasi atau universe adalah jumlah keseluruhan dari unit analisa yang ciri-cirinya akan diduga (Singarimbun & Efendi, 1981). Sedangkan menurut Lukas (1997) populasi memiliki arti kumpulan dari obyek yang diteliti dan sampel adalah sebagian dari populasi.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua peserta JPK yang telah berkeluarga pada tiga perusahaan tekstil di Kota Semarang dengan jumlah populasi sebanyak 2.489 orang dengan distribusi sebagai berikut : perusahaan Bitratex (1.010 orang), perusahaan Sandratex (286 orang) dan perusahaan Suinar Pantja Djaja (1.193 orang).

Menurut perhitungan Rao, sampel ditentukan dengan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N \times moe^2}$$

$$n = \frac{2.489}{1 + 2.489 \times (0,05)^2} = 344$$

dimana :

N = jumlah populasi.

n = jumlah sampel.

moe = margin of error (α) dalam hal ini 5%.

Menurut Gujarati (1995) distribusi kurva normal dapat dicapai apabila jumlah sampel penelitian mendekati 100. Menurut Sekaran (1992) ukuran sampel pada umumnya sampel antara 30 sampai dengan 500. Jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini dikuota menjadi sebanyak 150, untuk memastikan bahwa jumlah sampel telah mendekati distribusi normal sudah terpenuhi.

Pengambilan sampel dilakukan secara acak distratifikasi (stratified sampling) secara terkuota. Sehingga jumlah sampel masing-masing perusahaan berbeda, untuk perusahaan Bitratex 61 responden, perusahaan Sandratex 17 responden dan perusahaan Sinar Pantja Djaja 72 responden. Adapun distribusi sampel secara rinci dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 3.1.
Distribusi Sampel

No.	Perusahaan	Populasi	%	Sampel
1.	Bitratex	1.010	40,57	61
2.	Sandratex	286	11,50	17
3.	Sinar Pantja Djaja	1.193	47,93	72
	Jumlah	2.489	100,00	150

3.3. Metode Pengambilan Data

Metode pengumpulan data yang dipakai dalam penelitian ini adalah , sebagai berikut :

- 1). Wawancara, yaitu wawancara langsung dengan peserta jaminan pemeliharaan kesehatan PT Jamsostek yang diambil sebagai responden dengan panduan kuesioner yang telah distandarisasi.
- 2). Dokumentasi dari berbagai publikasi, laporan, buku literatur, majalah, jurnal dan makalah yang mendukung penelitian.

3.4. Teknik Analisis

Pada dasarnya analisis regresi diinterpretasikan sebagai suatu analisis yang berkaitan dengan studi ketergantungan (hubungan kausal) dari satu variabel dependen dengan satu atau lebih variabel-variabel independen dengan maksud untuk menduga atau memperkirakan nilai rata-rata variabel dependen berdasarkan nilai-nilai tertentu dari variabel independen (Gujarati, 1995).

Penentuan model matematis yang akan digunakan dalam menganalisis data yang terkumpul dari hasil penelitian ini didasarkan atas scatter diagram yang tersedia dari hasil perolehan data di lapangan. Dari hasil tersebut kemudian dengan menggunakan alat analisis regresi tobit seperti yang didefinisikan oleh Gujarati (1995) dan yang telah digunakan oleh Susilowati (2003) dengan modifikasi seperlunya pada variabel operasional beserta definisi dan pengukurannya untuk menganalisis intensitas penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

Dalam penelitian ini, karena jumlah variabel yang diduga mempengaruhi intensitas penggunaan JPK oleh rumah tangga peserta Jamsostek sebanyak 7 (tujuh) variabel, maka model yang akan diestimasi adalah sebagai berikut :

$$\text{INTENS} = \beta_0 + \beta_1 \text{EDUC} + \beta_2 \text{HH} + \beta_3 \text{CHILD} + \beta_4 \text{INC} + \beta_5 \text{COST} + \beta_6 \text{QUALITY} + \beta_7 \text{LINGKUNG} + \mu$$

Dimana :

INTENS = Intensitas penggunaan JPK (jaminan pemeliharaan kesehatan).

EDUC = Tingkat pendidikan.

HH = Jumlah anggota keluarga.

CHILD = Jumlah anak usia rawan sakit

INC = Income (pendapatan) keluarga.

COST = Biaya

QUALITY = Kualitas pelayanan.

LINGKUNG = Lingkungan kerja

3.5. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel yang digunakan dalam analisis disajikan dalam Tabel 3.2. sebagai berikut :

Tabel 3.2.
Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional
A	Variabel Dependen	
	Intensitas Penggunaan JPK	Frekuensi kunjungan peserta JPK dengan keluarganya pada petugas pelayanan kesehatan PT. Jamsostek dalam kurun waktu 1 tahun terakhir. Diukur dengan skala rasio (dalam kali).
B.	Variabel Independen	
1.	Tingkat Pendidikan	Latar belakang pendidikan responden. Variabel ini akan diukur dengan skala rasio, yaitu lama sekolah (tahun).
2.	Jumlah anggota keluarga	Jumlah anggota keluarga inti yang berada dalam satu rumah tangga atau satu atap. Diukur dengan skala rasio (jiwa atau orang).
3.	Jumlah anak usia rawan sakit.	Jumlah anak sampai dengan usia 9 tahun. Variabel ini digunakan oleh Deolalikar (1992). Diukur dengan skala rasio (jiwa atau orang).
4.	Pendapatan (<i>income</i>)	Total pendapatan per bulan rumah tangga. Diukur dengan skala kontinyus (Rupiah).
5.	Biaya (<i>cost</i>)	Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan JPK. Diukur dengan skala kontinyus (Rupiah.)
6.	Kualitas pelayanan	Persepsi (pendapat) responden terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas pelayanan kesehatan PT. Jamsostek, meliputi butir : lokasi pelayanan kesehatan, sikap dokter, jadwal praktek, reputasi dokter dan kemudahan pelayanan rujukan. Variabel ini diukur dengan skala likert (Σ jumlah item).
7.	Lingkungan kerja	Risiko keselamatan dan kesehatan kerja yang dihadapi responden dilihat dari kondisi tempat kerjanya. Diukur dengan skala likert (Σ jumlah beberapa item).

3.6. Justifikasi Statistik.

Model tobit merupakan model regresi yang sudah mengalami modifikasi sehingga karakternya sudah tidak sama dengan regresi biasa, kesesuaian modelnya (*goodness of fit*) dapat dilihat dari R^2 ataupun nilai F_{tes} . Untuk model tobit indikator ini tidak berlaku lagi (*invalid*). Sehingga justifikasi dari model tersebut hanya dapat dilihat dari uji t nya.

Uji t merupakan uji statistik untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen dengan uji taraf nyata $\alpha=5\%$. Apabila nilai t hitung $>$ t tabel maka koefisien tersebut cukup berarti (signifikan) (Gujarati,1995, Susilowati, et.al,2000). Selain itu kesesuaian tanda antara parameter hasil estimasi empiris dengan teori yang relevan perlu dilihat untuk mengetahui ada/tidaknya konsistensi teori dalam aplikasi empirisnya.

BAB IV

GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek

Jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) merupakan salah satu program dari Departemen Tenaga Kerja melalui PT. Jamsostek sebagai badan pelaksana/penyelenggara tunggal, dengan berdasar pada Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 1995, tentang Penunjukkan PT. Jamsostek sebagai Badan Penyelenggara. Disamping tentunya ketiga program wajib lainnya yaitu : jaminan kecelakaan kerja (JKK), jaminan kematian (JK) dan jaminan hari tua (JHT) yang wajib diikuti oleh pengusaha untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kerjanya dengan pertimbangan bahwa tidak setiap tenaga kerja mampu menanggulangi risiko yang dihadapi dan tidak setiap perusahaan mampu menyelenggarakan program Jamsostek.

Namun untuk program JPK sifatnya lebih fleksibel dimana pihak perusahaan/badan usaha dapat tidak mengikut sertakan tenaga kerjanya pada program ini bilamana perusahaan mampu dan bisa menyediakan fasilitas kesehatan maupun perlindungan kesehatan (asuransi kesehatan) yang sifatnya jauh lebih berkualitas daripada program JPK.

Tujuan utama diselenggarakannya JPK secara umum adalah untuk memberikan perlindungan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan bagi tenaga kerja dan keluarganya, tujuan secara khusus adalah memberikan perlindungan kesehatan bagi tenaga kerja guna meningkatkan produktivitas baik kualitas maupun kuantitasnya.

Jaminan pemeliharaan kesehatan diselenggarakan secara terstruktur dan paripurna. Jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat paripurna (komprehensif) meliputi pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), serta pemulihan kesehatan (rehabilitasi).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan PT. Jamsostek menganut prinsip-prinsip yang mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dalam menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan, yaitu : prinsip kapitasi, prinsip dokter keluarga, prinsip rujukan, prinsip wilayah, prinsip penilaian pemanfaatan pelaksana pelayanan kesehatan, prinsip penjagaan mutu, dan prinsip paket biaya.

Fasilitas yang diberikan kepada tenaga kerja dan keluarganya yang membutuhkan pelayanan kesehatan mulai dari rawat jalan sampai pada pelayanan rehabilitasi, cakupan fasilitas pelayanan kesehatan secara rinci terlihat pada tabel 4.1 berikut :

Tabel 4.1.
Fasilitas Pelayanan Kesehatan PT Jamsostek

No.	Fasilitas	Keterangan
1	2	3
1.	Rawat Jalan Tingkat Pertama	Pelayanan kesehatan dengan fasilitas dokter umum, dokter gigi, balai pengobatan Jamsostek.
2.	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan	Pelayanan kesehatan dengan fasilitas dokter spesialis dan rumah sakit yang ditunjuk.
3.	Rawat Inap	Pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah yang ditunjuk. Lamanya rawat inap maksimal 60 hari/kasus/tahun termasuk 20 hari di ICU.

1	2	3
4.	Pemeriksaan Kehamilan dan Pertolongan Persalinan	Pelayanan pemeriksaan kehamilan istri tenaga kerja dan pertolongan persalinan anak kesatu dan kedua yang dlahirkan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk.
5.	Penunjang Diagnostik	Pelayanan pada bagian diagnostik rumah sakit atau fasilitas khusus untuk itu seperti laboratorium dan rontgen..
6.	Pelayanan Khusus	Pemeliharaan kesehatan yang memerlukan perawatan khusus bagi penyakit tertentu.
7.	Pelayanan Gawat Darurat	Pelayanan yang memerlukan pemeriksaan medis segera, seperti kecelakaan, serangan jantung, serangan asthma berat, kejang demam (min 39 ⁰ C, pendarahan berat, dehidrasi, kehilangan kesadaran termasuk epilepsi atau ayam, persalinan dengan kelahiran mendadak (pendarahan, ketuban pecah dini).
8.	Pelayanan Rehabilitasi	Pelayanan yang memerlukan alat-alat ganti organ tubuh agar dapat berfungsi seperti sedia kala, seperti : kaca mata, mata palsu, gigi palsu, alat ganti kaki atau tangan dan alat bantu dengar.

Sumber : PT. Jamsostek Kota Semarang, Juli, 2003

Jumlah dokter Jamsostek yang ada di Kota Semarang pada tahun 2003 ini berjumlah 25 dokter umum dan 9 dokter gigi dengan jumlah peserta jaminan pemeliharaan kesehatan 107.131 orang. Dilihat dari perbandingan antara jumlah dokter umum dengan peserta adalah 1 : 4.285, berarti satu orang dokter umum berkewajiban menangani 4.285 orang. Perbandingan antara dokter gigi dengan peserta JPK adalah 1 : 11.903, artinya bahwa satu orang dokter gigi berkewajiban menangani 11.903 orang.

Dilihat dari rasio antara jumlah dokter dengan jumlah peserta memang sangat tidak seimbang apalagi kalau dilihat dari jadwal praktek yang pada umumnya

hanya dua jam sehari (antara jam 17.00 sampai 19.00 WIB) sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas pelayanan yang tidak paripurna.

4.2. Perusahaan Tekstil yang dijadikan Obyek Penelitian

Perusahaan tekstil yang dijadikan obyek penelitian adalah perusahaan tekstil dimana para pekerjanya mendapat perlindungan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) yang diselenggarakan oleh PT. Jamsostek Cabang Kota Semarang. Gambaran secara umum perusahaan-perusahaan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.2.
Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian
menurut Status Permodalan dan Jumlah Tenaga Kerja

No	Nama Perusahaan	Status	Tahun Berdiri	Jenis Produksi
1.	Perusahaan Bitratex	PMA	1982	Pemintalan
2.	Perusahaan Sandratex	PMDN	1961	Pertenunan
3.	Perusahaan Sinar Pantja Djaja	PMDN	1972	Pertenunan dan Pemintalan

Sumber : Bagian Kepegawaian Perusahaan Bitratex, Sandratex, Sinar Pantja Djaja, Agustus, 2003.

4.2.1. Ketenaga Kerjaan

Perusahaan tekstil pada umumnya cenderung lebih banyak mempekerjakan tenaga kerja wanita dibandingkan dengan tenaga kerja pria, dengan pertimbangan bahwa tenaga kerja wanita dinilai lebih trampil, teliti dan telaten didalam melakukan pekerjaan yang sifatnya membutuhkan keahlian khusus dibandingkan dengan tenaga kerja pria. Demikian juga dengan ketiga perusahaan tekstil yang dijadikan sebagai lokasi penelitian

komposisi tenaga kerja wanitanya lebih banyak dibandingkan tenaga kerja prianya. Secara rinci terlihat pada tabel berikut :

Tabel 4.3.
Jumlah Tenaga Kerja Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian
Tahun 2003

No.	Nama Perusahaan	Tenaga Kerja				Jumlah
		Pria	%	Wanita	%	
1.	Bitratex	932	46,12	1.089	53,88	2.021
2.	Sandratex	149	44,35	187	55,65	336
3.	Sinar Pantja Djaja	1.055	44,11	1.337	55,89	2.392
	Total	2.136	44,98	2.613	55,02	4.749

Sumber : Bagian Kepegawaian Perusahaan Bitratex, Sandratex, Sinar Pantja Djaja, Agustus, 2003

Berdasarkan tabel diatas, bahwa tenaga kerja wanita secara keseluruhan jumlahnya lebih banyak dengan komposisi 55,02% dibandingkan dengan tenaga kerja pria hanya 44,98%. Untuk perusahaan Sinar Pantja Djaja tenaga kerja wanita sebesar 55,89% tenaga kerja pria sebesar 44,11%, perusahaan Sandratex komposisi tenaga kerja wanitanya 55,65% dan tenaga kerja prianya 44,35%. Untuk perusahaan Bitratex tenaga kerja wanita sebesar 53,88%, tenaga kerja pria 46,12%.

4.2.2. Waktu Kerja

Rata-rata jam bekerja para tenaga kerja antara 7 sampai 8 jam tiap hari tergantung dari jumlah hari kerja dalam tiap minggunya. Gambaran waktu kerja perusahaan dapat dilihat pada tabel 4.4. berikut ini :

Tabel 4.4.
Waktu Kerja Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian
Tahun 2003

No.	Nama Perusahaan	Waktu Kerja			Waktu Istirahat
		Per-hari	Per-minggu	Hari/minggu	
1.	Bitratex	8 jam	40 jam	5 hari	60 menit
2.	Sandratex	8 jam	40 jam	5 hari	30 menit
3.	Sinar Pantja Djaja	7 jam	40 jam	6 hari	60 menit

Sumber: Bagian Kepegawaian Perusahaan Bitratex, Sandratex, Sinar Pantja Djaja, Agustus, 2003

Rata-rata jam kerja tiap harinya tergantung dari jumlah hari kerja dalam satu minggu. Perusahaan Bitratex dan Sandratex jumlah hari kerja dalam satu minggu adalah lima hari, dengan waktu kerja tiap harinya rata-rata 8 jam/hari. Perusahaan Sinar Pantja Djaja menerapkan 6 hari kerja sehingga jam kerja tiap harinya rata-rata tujuh jam/hari. Sehingga rata-rata jam kerja tiap minggu adalah tetap sama yaitu 40 jam/hari. Untuk waktu istirahat tergantung dari kebijakan perusahaan, untuk perusahaan Bitratex dan Sinar Pantja Djaja menerapkan waktu istirahat 60 menit/hari, sedangkan perusahaan Sandratex waktu istirahat hanya 30 menit/hari, karena bagi karyawan makan siang sudah disediakan oleh pihak perusahaan.

Disamping itu perusahaan juga memberikan cuti bagi karyawan, seperti cuti tahunan, cuti sakit maupun cuti melahirkan. Dan pada saat karyawan mengambil cuti karena suatu alasan seperti sakit tidak ada pemotongan gaji/upah.

4.2.3. Upah kerja

Besarnya upah/gaji yang diberikan kepada para karyawan sudah sesuai dengan standar ataupun ketentuan upah minimum yang ditetapkan oleh pemerintah Kota Semarang yaitu Rp.400.000/bulan disamping itu juga ditambah dengan komponen pendapatan lainnya, secara jelas dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5.
Upah Kerja Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian
Tahun 2003

No	Nama Perusahaan	Upah Minimum	Komponen Upah Lain	Sistem pembayaran
1.	Bitratex	Rp.400.000,-	Uang transport, uang makan, insentif hadir, insentif malam.	Mingguan
2.	Sandratex	Rp.400.000,-	Tunjangan tetap, tunjangan tidak tetap	Bulanan dan mingguan
3.	Sinar Pantja Jaya	Rp.400.000,-	Tunjangan jabatan, tunjangan skill	Bulanan

Sumber : Bagian Kepegawaian Perusahaan Bitratex, Sandratex, Sinar Pantja Djaja, Agustus, 2003

Sistem pembayaran tiap perusahaan berbeda-beda, perusahaan Bitratex menerapkan sistem pembayaran mingguan, Sandratex dengan sistem pembayaran campuran yaitu bulanan untuk tunjangan dan mingguan untuk gaji/upah tetap. Perusahaan Sinar Pantja Djaja dengan sistem

pembayaran sekaligus yaitu bulanan baik untuk gaji maupun tunjangan lainnya.

4.2.4. Perlindungan Kesehatan

Upaya perusahaan untuk memberikan perlindungan tenaga kerja yang melakukan pekerjaan baik dalam hubungan kerja maupun di luar hubungan kerja, salah satunya adalah melalui program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh PT. Jamsostek. Dengan tujuan untuk memberikan ketenangan kerja dan juga mempunyai dampak yang positif terhadap usaha-usaha peningkatan dan produktifitas tenaga kerja.

Jaminan pemeliharaan kesehatan dimaksudkan untuk meningkatkan produktifitas tenaga kerja sehingga dapat melaksanakan tugas sebaik-baiknya dan merupakan upaya kesehatan dibidang penyembuhan (kuratif). Oleh karena, upaya penyembuhan memerlukan dana yang tidak sedikit dan memberatkan jika dibebankan kepada perorangan, maka sudah selayaknya diupayakan penanggulangan kemampuan masyarakat melalui program jaminan pemeliharaan kesehatan jamsostek dengan premi yang ditanggung sepenuhnya oleh pihak perusahaan.

Bagi pihak perusahaan program jaminan pemeliharaan kesehatan ini cukup menguntungkan dari sisi finansial perusahaan dengan berbagai alasan dan pertimbangan antara lain : alokasi dana dari perusahaan untuk kesehatan karyawan dan keluarganya jelas dan pasti untuk setiap bulannya, dengan dana yang standar bisa meberikan kesejahteraan keluarga dan pekerja khususnya dalam segi kesehatan. Ditinjau dari sisi pelayanan, perusahaan

masih mengeluhkan kualitas pelayanan yang ada saat ini, baik dari fasilitas, personal, obat maupun sistem rujukan yang menjadikan masalah bagi pasien karena harus melalui prosedur yang panjang untuk mendapatkan pelayanan yang lebih prima.

Adapun jumlah alokasi anggaran perusahaan untuk program jaminan pemeliharaan kesehatan setiap bulannya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.6.
Anggaran Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
Perusahaan Tekstil Obyek Penelitian

No	Nama Perusahaan	Anggaran Program Jamsostek	Program JPK	
			Anggaran perbulan	%
1.	Bitratex	Rp. 116.106.000,-	Rp. 42.460.000,-	36,57
2.	Sandratex	Rp. 16.342.400,-	Rp. 6.972.600,-	42,66
3.	Sinar Pantja Jaya	Rp. 116.520.371,-	Rp. 45.395.745,-	38,96
	Total	Rp. 248.968.771,-	Rp. 94.828.345,-	38,08

Sumber : Bagian Kepegawaian Perusahaan Bitratex, Sandratex, Sinar Pantja Djaja, Agustus, 2003

Berdasar tabel diatas, terlihat bahwa pengeluaran perusahaan untuk jaminan pemeliharaan kesehatan tiap perusahaan berbeda tergantung dari jumlah kepesertaan. Perusahaan Sinar Pantja Djaja tidak mengikut sertakan seluruh karyawannya pada program JPK, untuk tingkat manajer ke atas biaya kesehatan ditanggung sepenuhnya oleh kantor pusat di Bandung dengan kebebasan untuk memilih fasilitas kesehatan yang tentunya kualitas pelayanannya lebih baik. Pengeluaran perusahaan Sinar Pantja Djaja tiap bulannya untuk program JPK Rp. 45.395.745,- atau sekitar 38,96% dari total pengeluaran untuk program Jamsostek.

Perusahaan Bitratex pengeluaran JPK tiap bulannya sekitar 36,57% dari total pengeluaran untuk program Jamsostek, yaitu sekitar Rp. 42.460.000,- Untuk perusahaan Sandratex dibutuhkan dana tiap bulan sekitar Rp. 6.972.600,- atau 42,66% dari total anggaran untuk program Jamsostek.

4.3. Profile Responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data dengan mengambil responden sebanyak 150 pekerja perusahaan tekstil yang mendapat perlindungan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) yang dikelola oleh PT. Jamsostek, dari hasil ungkapan jawaban responden hanya 123 kusioner yang baik untuk diolah dalam meneliti intensitas penggunaan JPK, yang tersaji dalam profil responden.

4.3.1. Jenis Kelamin Responden

Profile responden dilihat dari jenis kelamin, terlihat pada tabel 4.7. berikut :

Tabel 4.7.
Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah Responden	Prosentase
1.	Laki-laki	48	39,02
2.	Perempuan	75	60,98
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer diolah, Agustus, 2003.

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa dari 123 responden, berjenis kelamin laki-laki adalah 48 orang (39,02%) dan yang berjenis kelamin perempuan 75 orang (60,98%).

4.3.2. Umur Responden

Responden dari aspek umur dapat dilihat pada tabel 4.8, sebagai berikut :

Tabel 4.8.
Jumlah Responden Menurut Kelompok Umur

No.	Umur	Jumlah Responden	Prosentase
1.	Kurang dari 25 tahun	6	4,88
2.	25 tahun s/d < 31 tahun	27	21,95
3.	31 tahun s/d < 36 tahun	35	28,45
4.	36 tahun s/d < 41 tahun	33	26,83
5.	41 tahun s/d < 46 tahun	15	12,20
6.	46 tahun s/d < 51 tahun	6	4,88
7.	Lebih dari 51 tahun	1	0.81
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah., Agustus, 2003.

Responden menurut umur diperoleh gambaran bahwa rata-rata umur responden 34,2 tahun dengan umur terendah 22 tahun dan umur tertinggi 52 tahun. Responden terbanyak berada pada kelompok umur antara 31 tahun sampai dengan kurang dari 36 tahun, yaitu sebesar 28,45. Selanjutnya responden paling sedikit berada pada kelompok umur lebih dari 51 tahun sebesar 0,81%.

4.3.3. Tingkat Pendidikan Responden

Profil responden dilihat dari jenjang pendidikan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.9.
Jumlah Responden Menurut Pendidikan

No.	Pendidikan	Jumlah Responden	Prosentase
1.	SD	12	9,76
2.	SLTP	55	44,71
3.	SLTA	55	44,71
4.	Perguruan Tinggi	1	0,82
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah, Agustus, 2003.

Responden dari aspek jenjang pendidikan formal yang diperoleh sebagaimana tersaji pada tabel 4.9. diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan SLTP dan SLTA yaitu masing-masing sebesar 44,71%, kemudian responden yang berpendidikan SD sebesar 9,76 %. Selanjutnya yang berpendidikan Akademi hanya 0,82%.

4.3.4. Jumlah Anggota Keluarga Inti

Profil responden dilihat dari jumlah anggota keluarga inti (ayah, ibu dan anak), tersaji pada tabel berikut :

Tabel 4.10.
Jumlah Responden Menurut Jumlah Anggota Keluarga Inti

No.	Jumlah Anggota Keluarga Inti	Jumlah Responden	Prosentase
1.	2 sampai dengan 3 jiwa	58	47,15
2.	4 sampai dengan 5 jiwa	64	52,03
3.	> 5 jiwa	1	0,82
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah, Agustus, 2003.

Dari tabel 4.10. terlihat bahwa jumlah anggota keluarga inti paling sedikit adalah 2 orang dan jumlah terbanyak adalah 6 orang. Jumlah

anggota keluarga antara 4 sampai 5 jiwa sebesar 52,03%, kemudian 2 sampai 3 jiwa 47,15 jiwa dan lebih dari 5 jiwa 0,82%, Rata-rata jumlah anggota keluarga adalah 4 orang per keluarga.

4.3.5. Jumlah Anak Usia Rawan Sakit.

Tidak semua keluarga mempunyai anak usia rawan sakit yaitu usia 9 tahun ke bawah, profil responden dilihat dari usia anak rawan sakit dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.11.
Jumlah Responden Menurut Jumlah Anak Usia Rawan Sakit

No.	Jumlah Anak Usia Rawan Sakit	Jumlah Responden	Prosentase
1.	0 (tanpa anak usia dibawah 9 tahun)	13	10,57
2.	1 jiwa	71	57,72
3.	2 jiwa	34	27,64
4.	3 jiwa	5	4,07
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah, Agustus, 2003.

Jumlah keluarga yang mempunyai anak usia 9 tahun kebawah, mempunyai 1 (satu) anak sebanyak 57,72% kemudian mempunyai 2 (dua) anak sebesar 27,64% dan tidak mempunyai anak usia dibawah 9 tahun sebesar 10,57%. Dan yang mempunyai anak usia rawan sakit 3 (tiga) anak sebesar 4,07%. Rata-rata tiap keluarga mempunyai anak usia rawan sakit 1 (satu) jiwa per keluarga.

4.3.6. Pendapatan Responden

Profil responden menurut pendapatan yang diterima tiap bulan dari upah/gaji, pendapatan suami/isteri dan pendapatan sampingan lainnya, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.12.
Jumlah Responden Menurut Pendapatan

No.	Pendapatan Bersih Per-bulan	Jumlah Responden	Prosentase
1.	Rp. 600.000,- s/d < Rp. 800.000,-	12	9,76
2.	Rp. 800.000,- s/d < Rp. 1.000.000,-	74	60,16
3.	Rp. 1.000.000,- s/d < Rp. 1.200.000,-	31	25,20
4.	Rp. 1.200.000,- s/d < Rp. 1.400.000,-	5	4,06
5.	Lebih dari Rp. 1.400.000,-	1	0,82
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah, Agustus, 2003.

Berdasarkan pada tabel 4.12. diketahui bahwa jumlah responden terbesar berpendapatan antara Rp. 800.000,- s/d < Rp. 1.000.000,- yaitu sebesar 60,16%. Selanjutnya responden yang berpendapatan antara Rp. 1.000.000,- s/d < Rp. 1.200.000,- sebesar 25,20%, responden yang berpendapatan antara Rp. 600.000,- s/d < Rp. 800.000,- sebesar 9,76%. Dan responden yang berpendapatan antara Rp. 1.200.000,- s/d < Rp. 1.400.000,- sebesar 4,06%, responden yang berpendapatan lebih dari Rp. 1.400.000,- sebesar 0,82%. Adapaun rata-rata pendapatan responden tiap bulannya adalah Rp. 933.520,-, dengan penghasilan tertinggi responden Rp. 1.475.000,- dan pendapatan terendah responden Rp. 600.000,-

4.3.7. Jarak ke Tempat Kerja

Jarak dari rumah responden ke tempat kerja, dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.13.
Jumlah Responden Menurut Jarak ke Tempat Kerja

No.	Jarak ke Tempat Kerja	Jumlah Responden	Prosentase
1.	Kurang dari 1 km	13	10,57
2.	1 km s/d < 5 km	79	64,23
3.	5 km s/d < 9 km	19	15,44
4.	9 km s/d < 13 km	4	3,25
5.	13 km s/d < 17 km	4	3,25
6.	17 km s/d < 21 km	2	1,63
7.	≥ 21 km	2	1,63
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah, Agustus, 2003.

Mayoritas jarak dari rumah ke tempat kerja responden berada pada radius 1 km s/d < 5 km sebanyak 79 orang (64,23%), antara 5 km s/d < 9 km sebanyak 19 orang (15,44%). Berada pada radius kurang dari 1 km sebanyak 13 orang (10,57%). Kemudian berada pada radius 9 km s/d < 13 km dan radius 13 km s/d < 17 km masing-masing sebanyak 4 orang (3,25%). Masing-masing 2 orang (1,63%) pada jarak 17 km s/d < 21 km dan jarak ≥ 21 km. Jarak terjauh responden adalah pada radius 27 km dan jarak terdekat pada radius 0,3 km. Jarak rata-rata responden ke tempat kerja 3,79 km.

4.3.8. Lingkungan Kerja.

Lingkungan tempat kerja responden sesuai dengan divisinya, dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.14.
Jumlah Responden Menurut Lingkungan Tempat Kerja

No.	Lingkungan Kerja	Jumlah Responden	Prosentase
1.	Administrasi	27	21,95
2.	Kebersihan (general affair)	12	9,76
3.	Pergudangan (logistik)	9	7,32
4.	Pemeliharaan gedung	11	8,94
5.	Listrik	18	14,64
6.	Produksi (termasuk operator mesin)	46	37,39
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer, diolah, Agustus, 2003.

Berdasarkan tabel 4.14. diketahui bahwa jumlah responden terbesar bekerja pada divisi produksi (termasuk operator mesin) sebesar 37,39%. Selanjutnya untuk divisi administrasi sebesar 21,95%, divisi listrik sebesar 14,64%, divisi kebersihan sebesar 9,76%. Divisi pemeliharaan gedung 8,94% dan untuk divisi pergudangan (logistik) hanya sebesar 7,32%.

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Analisis Deskriptif.

Untuk mengetahui intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek dilakukan analisis deskriptif, yaitu dengan menghitung distribusi frekuensi sampel.

Dilihat dari intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan hanya ada 123 responden yang ternyata menggunakan atau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan JPK, karena dalam kurun waktu satu tahun ada 27 responden termasuk anggota keluarganya yang tidak pernah memanfaatkan sama sekali fasilitas pelayanan kesehatan JPK. Sehingga berdasarkan intensitasnya hanya ada 123 data responden yang baik untuk dianalisis lebih lanjut.

Dilihat dari perilaku responden dalam menggunakan JPK tersaji pada tabel berikut :

Tabel 5.1
Perilaku Responden Dalam Menggunakan JPK

No.	Perilaku Penggunaan JPK	Jumlah responden	Prosentase
1.	Kadang-kadang menggunakan	57	46,34
2.	Sering menggunakan	47	38,21
3.	Selalu menggunakan	19	15,45
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer diolah, Agustus, 2003.

Dari gambaran tersebut di atas, terlihat bahwa dari 123 responden yang ada 46,34% kadang-kadang menggunakan dan 38,21% sering menggunakan. Selanjutnya 15,45% selalu menggunakan.

Penggunaanan JPK dilihat dari frekuensi kunjungan dalam kurun waktu 1 tahun, terlihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2
Frekuensi Penggunaan JPK selama 1 tahun

No.	Frekuensi kunjungan	Jumlah responden	Prosentase
1.	1 kali s/d 3 kali	23	18,70
2.	4 kali s/d 6 kali	60	48,78
3.	7 kali s/d 9 kali	29	23,58
4.	10 kali s/d 12 kali	10	8,13
5.	≥ 13 kali	1	0,81
	Total	150	100,00

Sumber : Data primer diolah, Agustus, 2003.

Dilihat dari frekuensi kunjungan ada 60 orang (48,78%) yang menggunakan JPK 4 sampai 6 kali dalam kurun waktu 1 tahun, kemudian sebanyak 29 orang (23,58%) menggunakan JPK 7 kali sampai 9 kali. Antara 1 sampai 3 kali kunjungan sebanyak 23 orang (18,70%). Kemudian antara 10 sampai 12 kali kunjungan sebanyak 10 orang (8,13%), lebih dari 13 kali kunjungan hanya 1 orang (0,81%). Dilihat dari rata-ratanya kunjungan tiap rumah tangga dalam 1 tahun 5 kali kunjungan. Kunjungan paling sedikit 1 (satu) kali dan terbanyak adalah 15 kali kunjungan dalam 1 tahun.

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan fasilitas JPK diperlukan biaya (*cost*) antara Rp.1.000,- sampai dengan Rp. 20.000,- antara lain digunakan untuk biaya transport, biaya parkir, biaya penitipan anak (uang jajan anak) dan biaya

lain-lain seperti biaya makan di perjalanan. Gambaran secara jelas biaya yang dikeluarkan rumah tangga setiap kali kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program JPK terlihat pada tabel 5.3 berikut :

Tabel 5.3
Biaya untuk Penggunaan JPK

No.	Biaya kunjungan	Jumlah responden	Prosentase
1.	Rp. 1.000,- s/d < Rp. 5.000,-	69	56,10
2.	Rp. 5.000,- s/d < Rp. 9.000,-	41	33,33
3.	Rp. 9.000,- s/d < Rp. 13.000,-	10	8,13
4.	Rp. 13.000,- s/d < Rp. 17.000,-	2	1,62
5.	Rp. 17.000,- s/d < Rp. 20.000,-	0	0,00
6.	≥ Rp. 20.000,-	1	0,82
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer dolah, Agustus, 2003.

Setiap kali kunjungan ke petugas pelayanan kesehatan JPK diperlukan biaya, biaya terendah Rp. 1.000,- dan yang tertinggi Rp. 20.000,- Sekitar 56,10% mengeluarkan biaya Rp. 1.000,- s/d < Rp. 5.000,- dan 33,33% mengeluarkan biaya Rp. 5.000,- s/d < Rp. 9.000,-. Kemudian 8,13% membutuhkan biaya Rp. 9.000,- s/d < Rp. 17.000,- selanjutnya 0,82% mengeluarkan biaya ≥ Rp. 20.000,- Rata-rata biaya yang dibutuhkan tiap rumah tangga untuk satu kali kunjungan adalah Rp. 5.951,-

Dilihat dari sisi kemauan penggunaan JPK dan intensitas penggunaannya menunjukkan bahwa JPK bukan satu-satunya fasilitas pelayanan kesehatan yang benar – benar dapat diharapkan bisa melindungi tenaga kerja dan keluarganya terhadap penyakit yang timbul baik sebagai akibat hubungan kerja maupun bukan karena hubungan kerja. Banyak hal yang menyebabkan kecenderungan untuk tidak

selalu menggunakan fasilitas JPK dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang lain. Hal ini disebabkan karena banyak faktor yang terpaksa mereka harus mencari alternatif pengobatan yang lain, antara lain : (1) mutu obat dirasa kurang baik dan hanya terbatas pada obat generik, (2) dokter yang menangani masih junior, pemeriksaan hanya terbatas tanya jawab / asal-asalan sehingga tidak sembuh-sembuh (3). Jam praktek sangat singkat pada jam tertentu saja, sehingga untuk periksa butuh waktu antri 2 sampai 3 jam (4) Pelayanan yang tidak memuaskan baik dari sisi fasilitas, kedisiplinan dokter maupun petugas apotekernya (5) lokasi yang dirasakan jauh, (6) Fasilitas JPK tidak buka 24 jam bahkan pada hari Sabtu dan Minggu tutup.

Berbagai faktor tersebut menimbulkan perilaku untuk mencari pengobatan lain seperti, minum obat tradisional (jamu) atau membeli obat secara langsung di apotik apabila sakitnya dirasa ringan dan adanya kecenderungan berobat ke dokter praktek swasta ketika sakitnya dirasakan berat. Perilaku penggunaan fasilitas kesehatan selain JPK terlihat pada tabel 5.4 berikut :

Tabel 5.4
Penggunaan Fasilitas Kesehatan selain Fasilitas JPK

No.	Fasilitas Kesehatan	Jumlah responden	Prosentase
1.	Obat tradisional/jamu	21	17,08
2.	Beli obat secara langsung (apotik/toko obat)	33	26,83
3.	Puskesmas	35	28,45
4.	Dokter praktek swasta	28	22,76
5.	RS pemerintah/swasta tanpa rujukan	6	4,88
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer diolah, Agustus, 2003.

Berdasarkan tabel 5.4. diatas, terlihat bahwa disamping fasilitas pelayanan kesehatan JPK juga dibutuhkan fasilitas kesehatan lain, 35 orang (28,45%) memilih jasa pelayanan kesehatan puskesmas, 33 orang (26,83) memilih pembelian obat secara langsung ke apotik/toko obat, kemudian 28 orang (22,76%) memilih pergi ke dokter praktek swasta. Disamping pengobatan medis masih ada 21 orang (17,08%) yang menggunakan pengobatan tradisional/jamu dan sekitar 6 orang (4,88%) berobat ke rumah sakit swasta/pemerintah tanpa rujukan.

Jaminan pemeliharaan kesehatan yang merupakan salah satu program PT. Jamsostek tentunya sangat diharapkan oleh para tenaga kerja beserta keluarganya maupun oleh pihak perusahaan sendiri sebagai suatu perlindungan terhadap berbagai penyakit yang mungkin timbul yang akan berdampak pada kesejahteraan. Sehingga perlu dilakukan upaya pembenahan terhadap peningkatan kualitas maupun kuantitas pelayanan, hal ini tercermin dalam saran-saran yang disampaikan oleh para responden terhadap pelayanan JPK PT. Jamsostek pada tabel berikut :

Tabel 5.5
Saran Terhadap Pelayanan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Saran	Keterangan	Jumlah Responden	%
Obat 20,33%	Obat yang diberikan tidak hanya terbatas pada obat generik, karena dirasa kualitasnya kurang bagus dan lama sembuhnya.	25	20,33
Pelayanan 46,33%	• Para medis (dokter dan perawat) yang menangani harus sabar, disiplin dan teliti mengingat resiko kerja yang dihadapi berdampak pada penyakit paru.	20	16,26
	• Jam praktek untuk diperpanjang bila memungkinkan ada poli Jamsostek yang buka 24 jam.	16	13,00
	• Peralatan medis yang digunakan diharapkan dapat memuaskan pasien	5	4,06
	• Untuk mengurangi antrian pemeriksaan perlu ditambah dokter JPK yang profesional.	6	4,88
	• Lokasi JPK diharapkan strategis dengan fasilitas ruang tunggu, kamar mandi dan WC yang memadai.	10	8,13
Jaminan 16,26%	• Semua jenis penyakit bisa terlindungi oleh program JPK	4	3,25
	• Jaminan terhadap rawat inap untuk ditingkatkan nilainya.	14	11,38
	• Untuk pelayanan KB dan imunisasi anak agar biayanya bisa ditanggung oleh JPK	2	1,63
Rujukan 17,07%	• Untuk mendapatkan rujukan ke dokter spesialis jangan dipersulit, karena untuk mempercepat proses penyembuhan	10	8,13
	• Perlu koordinasi antara PT Jamsostek dengan RS rujukan untuk peningkatan kualitas pelayanan.	5	4,06
	• Proses rujukan tidak hanya terbatas pada RS pemerintah tetapi juga pada RS swasta	6	4,88
	Total	123	100,00

Sumber : Data primer diolah, Agustus, 2003.

Dari tabel 5.5. terlihat bahwa 46,33% menyarankan perbaikan dari sisi pelayanan, kemudian 20,33% menyarankan peningkatan kualitas obat. Dari segi rujukan ada 17,07% responden yang menyarankan, dan 16,26% menyarankan peningkatan nilai jaminan. Saran dan masukan dari responden ini diharapkan dapat mewakili aspirasi dari para peserta jaminan pemeliharaan kesehatan, sehingga seharusnya disikapi oleh PT Jamsostek selaku pelaksana tunggal program JPK.

5.2. Analisis Model Tobit.

Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) oleh rumah tangga peserta Jamsostek, digunakan regresi tobit , dengan model sebagai berikut :

$$\text{INTENS} = \beta_0 + \beta_1 \text{EDUC} + \beta_2 \text{HH} + \beta_3 \text{CHILD} + \beta_4 \text{INC} + \beta_5 \text{COST} + \beta_6 \text{QUALITY} + \beta_7 \text{LINGK} + \mu$$

Dimana :

- INTENS : Frekuensi penggunaan JPK dalam 1 tahun (kali)
- EDUC : Tingkat pendidikan (lamanya sekolah).
- HH : Jumlah keluarga inti (orang atau jiwa).
- CHILD : Jumlah anak usia rawan sakit (orang atau jiwa).
- INC : Pendapatan keluarga (Rupiah).
- COST : Biaya (Rupiah).
- QUALITY : Kualitas pelayanan (Σ beberapa item).
- LINGK : Risiko lingkungan kerja (Σ beberapa item).

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan menggunakan program paket shazam versi 7.0 untuk mengestimasi intensitas penggunaan JPK diperoleh hasil bahwa dari tujuh variabel independen yang mempengaruhi intensitas penggunaan JPK ada 4 (empat) variabel yang tidak signifikan, yaitu variabel pendapatan, variabel

pendidikan, variabel biaya dan variabel lingkungan kerja. Tiga variabel yang signifikan yaitu variabel jumlah keluarga inti, variabel jumlah anak usia rawan sakit dan variabel kualitas pelayanan. Hasil estimasi tobit untuk intensitas penggunaan JPK tersaji pada tabel 5.6. berikut :

Tabel 5.6
Estimasi Tobit Penggunaan JPK oleh Rumah Tangga Peserta Jamsostek
 $INTENS = f(EDUC, HH, CHILD, INC, COST, QUALITY, LINGKUNG)$

Variabel	Koefisien	t-ratio
EDUC (pendidikan)	0,15891	0,83491
HH (anggota keluarga inti)	0,73753	1,8973*
CHILD (anak usia rawan sakit)	2,0586	4,4317**
INC (pendapatan)	0,15720E-05	0,56952
COST (biaya)	-0,52706E-04	-0,62363
QUALITY (kualitas pelayanan)	0,32820	4,1948**
LINGKUNG (Lingkungan kerja)	0,58366E-02	0,13924
Konstanta	-8,5842	-3,0849
Log likelihood function	-332,92509	
N	122	

Keterangan

Variabel dependen = Frekuens

** : signifikan pada tingkat 1%.

* : signifikan pada tingkat 10%

Dilihat dari hasil estimasi tersebut, intensitas penggunaan JPK sebagian terbesar faktor yang menentukan adalah variabel kualitas pelayanan (QUALITY) secara statistik signifikan pada $\alpha = 1\%$, variabel jumlah anak usia rawan sakit (CHILD) signifikan pada $\alpha = 1\%$ dan variabel jumlah anggota keluarga (HH) signifikan pada $\alpha = 10\%$. Hal ini berarti bahwa secara keseluruhan

variabel kualitas pelayanan (QUALITY), variabel jumlah anak usia rawan sakit (CHILD) dan variabel jumlah anggota keluarga (HH) mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap intensitas penggunaan JPK. Sedangkan variabel penjelas lainnya menunjukkan keadaan tidak signifikan.

5.2.1. Uji Statistik.

Uji statistik pada model persamaan regresi Tobit dalam penelitian adalah uji t yang merupakan pengujian secara individual (parsial) sedang untuk uji F dan uji R^2 adalah invalid (White, J.K., et.al, 1988) dalam Susilowati (1998). Pengujian ini dimaksudkan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel penjelas secara individual akan mempengaruhi variabel yang dijelaskan. Uji t ini dilakukan dengan membandingkan nilai t-hitung dengan nilai t-tabel. Pada data penelitian ini ternyata responden yang menggunakan jaminan pemeliharaan kesehatan yang valid dianalisis dengan regresi tobit 122 sampel. Kemudian derajat kebebasan 95% atau dengan kata lain tingkat keyakinan (α) ditetapkan sebesar 0,05 dan degree of freedom (DF) dengan rumus $n-k$ sebesar = 114 sehingga dapat dilihat pada tabel uji t, nilai t tabel sebesar 1,980, sedang untuk tingkat keyakinan (α) ditetapkan sebesar 0,10 nilai t tabel sebesar 1,658.

Dari hasil kesesuaian tanda pada model intensitas penggunaan JPK, terbukti bahwa semua variabel yang dimasukkan dalam model ini sesuai dengan hasil regresinya.

a. Pengaruh tingkat pendidikan terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dari hasil pengujian diperoleh nilai t-hitung untuk tingkat pendidikan (EDUC) terhadap intensitas penggunaan JPK sebesar 0,83491. Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung ($0,83491 < t$ tabel (1,980)), yang berarti tidak ada variabel penjelas secara parsial tingkat pendidikan (EDUC) terhadap variabel intensitas penggunaan JPK (tidak signifikan). Ini membawa implikasi bahwa frekuensi kunjungan ke JPK Jamsostek tidak ditentukan oleh variabel tingkat pendidikan tetapi mungkin bisa dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti status kesehatan seseorang.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Collier et.al (2002) yang memperoleh kesimpulan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap kuantitas (jumlah) kunjungan permintaan pelayanan kesehatan ketika sakit. Dalam penelitian intensitas penggunaan JPK variabel tingkat pendidikan tidak signifikan, dikarenakan kesehatan adalah merupakan suatu kebutuhan yang mendasar yang harus dipenuhi oleh setiap orang tanpa memandang tingkat pendidikan. Apalagi dalam penggunaan JPK pada tingkat pertama tidak ada batasan penggunaan karena semua peserta mendapat fasilitas, kelas dan nilai pelayanan yang sama tanpa ada perbedaan tingkat pendidikan.

Tanda positif pada variabel tingkat pendidikan berarti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang ada kecenderungan semakin tinggi intensitas terhadap penggunaan JPK. Karena semakin tinggi pendidikan seseorang semakin paham dan tahu tentang pengetahuan kesehatan yang

berdampak pada permintaan pelayanan kesehatan yang bisa diterima secara akal sehat yang bukan berdasarkan pada pengobatan yang bersifat irasional.

b. Pengaruh jumlah anggota keluarga terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung (1,8973) > t tabel (1,658), yang berarti ada variabel penjelas secara parsial jumlah anggota keluarga (HH) terhadap variabel intensitas penggunaan JPK. Dari hasil uji statistik bahwa jumlah anggota keluarga signifikan pada taraf alpha 10% terhadap intensitas penggunaan JPK. Artinya bahwa frekuensi kunjungan ke petugas JPK Jamsostek ditentukan oleh banyaknya jumlah anggota keluarga. Karena semakin banyak jumlah anggota keluarga maka semakin banyak keluarga tersebut menjadi peserta JPK. Sehingga intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatannya pun akan meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah anggota keluarga.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Collier et.al, (2002) dan Abraham et.al, (2002) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa ukuran (besarnya) keluarga sebagai salah satu faktor berpengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan fasilitas kesehatan ketika sakit. Hal ini dapat dimengerti karena pada dasarnya buruh atau pekerja pabrik tekstil juga menyadari bahwa biaya kesehatan mahal dengan jumlah anggota keluarga yang besar berarti pengeluaran untuk pembiayaan kesehatan juga semakin besar sehingga mereka telah bertindak secara rasional untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan JPK.

Untuk variabel jumlah anggota keluarga yang memiliki tanda positif mempunyai arti bahwa semakin banyak jumlah anggota keluarga ada kecenderungan semakin tinggi intensitas penggunaan JPK. Karena dengan jumlah keluarga yang lebih besar semakin besar risiko sakit yang dihadapi sebagai akibat pengaruh dari penyakit yang disebabkan oleh virus atau bakteri yang lebih cepat menyebar karena adanya kontak atau komunikasi dengan anggota keluarga.

c. Pengaruh jumlah anak usia rawan sakit terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung (4,4317) > t tabel (1,980), yang berarti ada variabel penjelas secara parsial jumlah anak usia rawan sakit (CHILD) terhadap variabel intensitas penggunaan JPK

Dari hasil uji statistik bahwa jumlah anak usia rawan sakit signifikan pada taraf $\alpha = 1\%$ terhadap intensitas penggunaan JPK. Artinya bahwa frekuensi kunjungan ke JPK Jamsostek ditentukan oleh jumlah anak usia rawan sakit. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Deolalikar (1992) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa jumlah anak usia rawan sakit dalam keluarga sebagai salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan. Karena pada anak usia di bawah 9 tahun pada umumnya tingkat kekebalannya terhadap penyakit masih kurang dan masih banyak membutuhkan daya kekebalan (imunisasi) disamping itu penyakit-penyakit yang dialami pada umumnya masalah penyakit ringan seperti batuk, pilek,

panas yang biasanya cukup dengan mendapatkan obat generik atau DOEN plus yang direkomendasikan oleh PT. Jamsostek. Namun biasanya orang tua tidak berani spekulasi untuk membeli obat secara langsung pada apotik atau toko obat untuk pengobatan anak-anak apalagi pada usia kurang dari 1 tahun.

Untuk variabel jumlah anak usia rawan sakit yang memiliki tanda positif mempunyai arti bahwa semakin banyak jumlah anak usia dibawah 9 tahun dalam suatu keluarga ada kecenderungan meningkatnya intensitas penggunaan JPK. Dalam usia anak rawan sakit maka risiko kesehatan yang dihadapi semakin besar, karena pada usia-usia tersebut kekebalan tubuhnya belum terbentuk secara maksimal sehingga mereka masih membutuhkan daya kekebalan melalui imunisasi, vitamin-vitamin yang dibutuhkan untuk ketahanan tubuhnya. Apalagi pada usia-usia tersebut merupakan saat masa bermain yang kadang tidak memperhatikan cuaca, lingkungan kesehatan dan adanya kontak (komunikasi) dengan teman-teman yang sebenarnya berpotensi terhadap timbulnya suatu jenis penyakit. Sehingga intensitas penggunaan jamian pemeliharaan kesehatannyapun akan meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah anak usia rawan sakit.

d. Pengaruh pendapatan terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung (0,56952) < t tabel (1,980), yang berarti tidak ada variabel penjelas secara parsial tingkat pendapatan (INC) terhadap variabel intensitas penggunaan JPK. Dari hasil uji statistik bahwa pendapatan keluarga tidak signifikan terhadap intensitas penggunaan JPK, hal ini berarti bahwa tingkat pendapatan tidak mempunyai

pengaruh terhadap intensitas penggunaan JPK. Dengan demikian tingkat pendapatan bukan merupakan faktor penentu terhadap intensitas penggunaan JPK, tetapi mungkin bisa dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti kemauan menggunakan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santere & Neun (1995) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa pendapatan rumah tangga merupakan salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap kuantitas (jumlah) kunjungan permintaan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dimengerti karena pelayanan kesehatan JPK pada prinsipnya adalah merupakan pelayanan kesehatan dasar yang bukan pelayanan kesehatan modern yang sangat dipengaruhi oleh variabel pendapatan. Dan untuk menggunakan JPK tersebut tidak memerlukan pembayaran secara langsung (*pay of pocket*) seperti untuk biaya jasa medis maupun biaya obat yang tentunya dipengaruhi oleh variabel pendapatan. Karena semua pengeluaran untuk pelayanan kesehatan ini sepenuhnya sudah ditanggung oleh pihak perusahaan sehingga pendapatan tidak signifikan terhadap intensitas penggunaan JPK.

Untuk variabel pendapatan (*INC*) yang memiliki tanda positif mempunyai arti bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan seseorang ada kecenderungan semakin meningkat intensitas penggunaan JPK, karena dengan pendapatan yang semakin tinggi seseorang akan mempunyai kemampuan yang lebih untuk mendapatkan pengobatan (pelayanan kesehatan yang optimal) yang bisa ditentukan oleh tingkat pendapatannya.

e. Pengaruh biaya terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung $(-0,62863) < t$ tabel sebesar $-1,980$ (kurva normal sisi sebelah kiri), yang berarti tidak ada variabel penjelas secara parsial biaya (*COST*) terhadap variabel intensitas penggunaan JPK

Dari hasil uji statistik bahwa biaya tidak signifikan terhadap intensitas penggunaan JPK, hal ini berarti bahwa biaya (*cost*) tidak mempunyai pengaruh terhadap intensitas penggunaan JPK. Dengan demikian biaya bukan merupakan faktor penentu terhadap intensitas penggunaan JPK, tetapi mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti : status kesehatan, kemauan menggunakan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Santere & Neun (1995) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa harga yang dibayar untuk kunjungan pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap kuantitas (jumlah) kunjungan permintaan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dimengerti karena pada dasarnya dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan JPK tingkat pertama para buruh (pekerja tekstil) tidak membutuhkan pembayaran langsung untuk jasa medis maupun obat semuanya sudah ditanggung asuransi secara penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 0%.

Dan untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan JPK tersebut para buruh hanya mengeluarkan biaya untuk ongkos transport, biaya parkir, biaya penitipan anak dan biaya lain-lain yang berkisar antara Rp.1.000 sampai

Rp.20.000,- dan biaya rata-rata yang harus dikeluarkan Rp.4.951 tiap kali kunjungan. Mereka biasanya memilih tempat pelayanan kesehatan JPK tersebut yang paling dekat dengan tempat tinggalnya sehingga biaya (*cost*) yang dikeluarkan tidak signifikan terhadap intensitas penggunaan JPK.

Untuk variabel biaya (*cost*), yang memiliki tanda negatif mempunyai arti bahwa apabila biaya untuk dapat mengakses JPK naik maka ada kecenderungan akan menurunkan intensitas penggunaan JPK. Sehingga para buruh pekerja tekstil ini akan berupaya untuk mendapatkan akses kesehatan lain dengan perhitungan biaya yang lebih murah, seperti : pengobatan tradisional (jamu), pembelian obat secara langsung ke apotik ataupun toko obat terdekat, atau bahkan mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas yang hanya membutuhkan biaya sekitar Rp. 3.000,- dan mereka sudah mendapatkan pelayanan medis beserta obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar.

f. Pengaruh kualitas pelayanan terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung (4,1948) > t tabel (1,980), yang berarti ada variabel penjelas secara parsial kualitas pelayanan (QUALITY) terhadap variabel intensitas penggunaan JPK. Dari hasil uji statistik bahwa kualitas pelayanan signifikan pada $\alpha = 1\%$ terhadap intensitas penggunaan JPK. Artinya bahwa kualitas pelayanan mempunyai pengaruh terhadap intensitas penggunaan JPK dengan demikian kualitas pelayanan merupakan faktor penentu terhadap intensitas penggunaan JPK.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Collier, et.al. (2002) yang juga memperoleh kesimpulan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan fasilitas kesehatan ketika sakit. Hal ini dapat dimengerti karena buruh pekerja tekstilpun telah berpikir dan bertindak rasional dalam memilih suatu pelayanan jasa kesehatan. Perilaku ini tercermin dalam penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak semata-mata hanya mengandalkan fasilitas pelayanan kesehatan JPK.

Semakin berkualitas pelayanan kesehatan dilihat dari lokasi praktek dokter, sikap dokter, waktu praktek, reputasi dokter dan kemudahan untuk mendapat rujukan semakin banyak keluarga yang memanfaatkan fasilitas JPK. Karena mutu (kualitas) pelayanan kesehatan yang baik akan memberikan kepuasan kepada pasien. Dan pasien yang puas terhadap kualitas pelayanan akan mempengaruhi intensitas datang berobat lagi pada tempat pelayanan kesehatan tersebut. Sehingga intensitas penggunaan jamian pemeliharaan kesehatannyapun akan meningkat seiring dengan meningkatnya kualitas pelayanan dan sebaliknya apabila kualitasnya menurun pasien akan mencari tempat pelayanan kesehatan lain sehingga intensitas penggunaan JPK pun akan menurun,

Untuk variabel kualitas pelayanan yang mempunyai tanda positif mempunyai arti bahwa semakin berkualitas pelayanan kesehatan dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan dan dari sisi tingkat kepuasan konsumen terhadap pelayanan yang diberikan akan meningkatkan intensitas untuk datang

berobat lagi dan apabila kualitas pelayanannya kurang bagus pengguna sedikit demi sedikit akan meninggalkan fasilitas pelayanan JPK dan apabila semakin menurun kualitasnya akhirnya akan ditinggalkan. Apalagi program JPK ini merupakan program wajib bagi perusahaan yang “tidak harus” dalam artian bahwa perusahaan bisa tidak mengikutkan karyawannya pada program JPK ini, apabila perusahaan dapat menyediakan fasilitas kesehatan yang lebih baik dari segi kualitas maupun kuantitas pelayanan.

Bahkan saat ini telah banyak badan usaha yang mengikuti program asuransi kesehatan sukarela PT. Askcs yang khusus diprogram untuk perusahaan-perusahaan, tentunya dengan fasilitas pelayanan yang lebih baik dan yang lebih menjanjikan. Konsumen tidak terbelenggu dengan sistem dokter keluarga, mereka bisa mengakses pelayanan kesehatan pada RS. Swasta yang telah ditunjuk tanpa melalui sistem rujukan yang selama ini dirasa sangat birokratik dan membelenggu.

g. Pengaruh lingkungan kerja terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung (0,13924) < t tabel (1,980), yang berarti tidak ada variabel penjelas secara parsial lingkungan kerja (LINGKUNG) terhadap intensitas penggunaan JPK.

Dari hasil uji statistik bahwa lingkungan kerja tidak signifikan terhadap intensitas penggunaan JPK. Hal ini berarti bahwa lingkungan kerja tidak mempunyai pengaruh terhadap intensitas penggunaan JPK. Dengan demikian lingkungan kerja bukan merupakan faktor penentu terhadap penggunaan JPK.

tetapi mungkin bisa dipengaruhi oleh faktor lain seperti status kesehatan, kemauan menggunakan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Abraham et.al (2002) yang memperoleh kesimpulan bahwa tempat bekerja sebagai salah satu faktor berpengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan asuransi kesehatan. Hal ini dapat dimengerti karena risiko lingkungan kerja yang dihadapi para buruh pabrik tekstil ini telah diupayakan antisipasi sesuai dengan norma kesehatan dan keselamatan kerja yang diterapkan oleh Departemen Tenaga Kerja. Sesuai dengan divisinya masing-masing, mereka telah menggunakan alat pelindung diri dalam melaksanakan pekerjaannya yang dinilai cukup berisiko terhadap kesehatan, seperti alat pengaman untuk kepala, mata, telinga, hidung dan mulut (pernapasan), sarung tangan yang tergantung dari sifat pekerjaannya.

Disamping itu dilihat dari peralatan produksinya khususnya pada mesin-mesin, peasawat, alat kerja serta peralatan lainnya yang berisiko terhadap keselamatan dan kesehatan kerja telah dilengkapi dengan alat pengaman dan perlindungan sehingga lingkungan kerja yang ada cukup kondusif terhadap kesehatan dan keselamatan kerja.

Untuk variabel lingkungan kerja yang memiliki tanda positif mempunyai arti bahwa semakin tinggi risiko lingkungan kerja yang dihadapi akan ada kecenderungan meningkatnya intensitas penggunaan JPK, karena para tenaga kerja perusahaan tekstil sudah berpikir secara rasional dan menyadari tentang pentingnya kesehatan sebagai akibat hubungan kerja.

Pada divisi-divisi yang berisiko, dengan tingkat kebisingan yang tinggi, temperatur (suhu) ruangan yang melebihi nilai ambang batas baik untuk suhu kering maupun suhu basah, radiasi (sinar elektromagnetik) yang melebihi batas, getaran yang kuat sebagai akibat dari beroperasinya mesin-mesin, ventilasi udara yang kurang, serta lampu penerangan yang tidak mencukupi dalam jangka panjang dapat menurunkan tingkat kesehatan tenaga kerja. Seperti terganggunya kesehatan mata (penglihatan), telinga (pendengaran), dan penyakit dalam (termasuk jantung, paru-paru, pernapasan). Semakin berisiko lingkungan kerja yang dihadapi akan meningkatkan intensitas penggunaan JPK.

5.2.2. Rekapitulasi Hasil Pengujian hipotesis.

Setelah dilakukan uji t dan kesesuaian tanda pada persamaan regresi Tobit maka rekapitulasi hasil pengujian hipotesis faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang, terlihat pada tabel 5.7. berikut :

Tabel 5.7.
Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis

Variabel	Kesesuaian Tanda	Signifikansi	Konfirmasi Pengujian	Keterangan
1. Tk. Pendidikan (EDUC)	(+) EDUC ↑ intensitas penggunaan ↑ Lebih paham dan tahu tentang pengetahuan kesehatan, mengarah pada pengobatan yang rasional.	Tidak signifikan, $t_{hit} < t_{tabel}$. (0,83491 < 1,980) Kesehatan merupakan kebutuhan dasar, JPK tingkat I tidak ada batasan penggunaan, fasilitas sama.	HA ditolak	Berbeda dengan penelitian Collier, et al (2002), hasilnya positif dan signifikan.
2. Jumlah Anggota Keluarga Inti (HH)	(+), HH ↑ intensitas penggunaan ↑ Semakin besar HH semakin besar resiko sakit akibat virus/bakteri yang menyebar karena kontak dan komunikasi	Signifikan alpha 10%, $t_{hit} > t_{tabel}$. (1,8973 < 1,658) Jumlah peserta(anggota) JPK dalam keluarga semakin banyak.	HA diterima	Sejalan dengan penelitian Collier et.al, dan Abraham et.al. (2002), hasilnya positif dan signifikan.
3. Jumlah Anak Usia Rawan Sakit (CHILD)	(+), CHILD ↑ intensitas penggunaan ↑ Kekebalan tubuh belum terbentuk secara maksimal, saat usia masa bermain.	Signifikan alpha 1%, $t_{hit} > t_{tabel}$. (4,4317 < 1,980) Proses pembentukan kekebalan tubuh (imunisasi), vitamin, kekhawatiran ortu, tidak berani spekulasi.	HA diterima	Sejalan dengan penelitian Deolalikar (1992), hasilnya positif dan signifikan.
4. Pendapatan (INC)	(+), INC ↑ intensitas penggunaan ↑ Pendapatan yang lebih besar mempunyai kemampuan yang lebih untuk pengobatan yang optimal.	Tidak signifikan, $t_{hit} < t_{tabel}$. (0,56952 < 1,980) JPK merupakan pelayanan kesehatan dasar bukan pelayanan kesehatan modern. Tidak ada pembayaran secara langsung untuk jasa medis dan obat..	HA ditolak	Berbeda dengan penelitian Santere & Neum (1995), hasilnya positif dan signifikan.
5. Biaya (COST)	(-), COST ↑ intensitas penggunaan ↓ Biaya diperhitungkan untuk mengakses pelayanan kesehatan, upaya mencari yang lebih murah.	Tidak signifikan, $t_{hit} < t_{tabel}$. (-0,62863 < -1,980) Hanya untuk ongkos transport, parkir, dan lain –lain yang berkisar antara Rp.1.000,- sd Rp.20.000.	HA ditolak	Berbeda dengan penelitian Santere & Neum (1995), hasilnya positif dan signifikan dengan memakai variabel harga.

Variabel	Kesesuaian Tanda	Signifikansi	Konfirmasi Pengujian	Keterangan
6. Kualitas Pelayanan (QUALITY)	(+), QUALITY ↑ intensitas penggunaan ↑ Kualitas yang baik akan meningkatkan minat untuk datang berobat lagi karena menimbulkan kepuasan konsumen.	Signifikan alpha 1%, t hit > t tabel. (4,1948 > 1,980) Pekerja telah berpikir dan bertindak rasional dalam memilih pelayanan kesehatan.	HA diterima	Sejalan dengan penelitian Collier et.al, hasilnya positif dan signifikan
7. Lingkungan Kerja (LINGKUNG).	(+), LINGKUNG ↑ intensitas penggunaan ↑ Divisi yang berisiko lebih sering terjadi kecelakaan kerja	Tidak signifikan, t hit < t tabel. (0,13924 < 1,980) Upayaantisipasi sesuai norma K3 Alat pelindung diri dan alat produksi dilengkapi dengan pengamanan.	HA ditolak	Berbeda dengan penelitian Collier et.al, (2002), hasilnya positif dan signifikan
N	: 122			
Log likelihood function	: -332,92509			
Σ var.indep. signifikan	: 3 dari 7 variabel independen.			

Keterangan : Penerimaan HA berdasarkan pada taraf nyata $\alpha = 5\%$ dan $\alpha = 10\%$

↑ : meningkat

↓ : menurun

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Dari hasil analisis data mengenai intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK), maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- 1). Dilihat dari sisi kemauan dan intensitas penggunaannya JPK bukan satu-satunya fasilitas pelayanan kesehatan yang benar-benar dapat diharapkan bisa melindungi tenaga kerja dan keluarganya terhadap penyakit yang timbul baik sebagai akibat hubungan kerja maupun bukan karena hubungan kerja.
- 2). Selain fasilitas JPK untuk pemeliharaan kesehatan masih dibutuhkan fasilitas pelayanan kesehatan lain seperti : puskesmas, dokter praktek swasta, RS pemerintah/swasta tanpa rujukan. Penggunaan obat tradisional (jamu), dan melakukan pembelian obat secara langsung.
- 3). Intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta jamsostek di Kota Semarang dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga inti, jumlah anak usia rawan sakit dan kualitas pelayanan yang secara keseluruhan mempunyai hubungan secara positif.
- 4). Jumlah anggota keluarga inti mempunyai pengaruh positif terhadap intensitas penggunaan JPK dan signifikan pada taraf alpha 10% (t ratio = 1,8973) , yang berarti semakin besar jumlah anggota keluarga semakin besar risiko sakit yang disebabkan oleh virus maupun bakteri yang menyebar.

- 5). Jumlah anak usia rawan sakit mempunyai pengaruh positif terhadap intensitas penggunaan JPK dan signifikan pada taraf alpha 1% (t ratio = 4,4317), karena pada usia anak 9 tahun ke bawah kekebalan tubuh belum terbentuk secara maksimal, masa usia bermain, adanya kekhawatiran orang tua yang tidak berani melakukan pengobatan tanpa sepengetahuan dokter (tenaga medis).
- 6). Kualitas pelayanan mempunyai pengaruh positif terhadap intensitas penggunaan JPK dan signifikan pada taraf alpha 1% (t ratio = 4,1948), artinya dengan kualitas pelayanan yang baik akan meningkatkan minat untuk datang berobat lagi dan sebaliknya apabila kualitas pelayanan kurang baik pengguna sedikit demi sedikit tidak akan memanfaatkan fasilitas JPK, karena para pekerja telah berpikir dan bertindak secara rasional dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan.

6.2. Saran.

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian, implikasi kebijakan yang dapat diterapkan antara lain :

- 1). Untuk meningkatkan intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan diperlukan upaya-upaya terutama yang lebih mengarah pada perbaikan kualitas pelayanan baik dari lokasi praktek, sikap dokter, jadwal praktek, reputasi dokter, kemudahan rujukan dan peningkatan mutu obat yang tidak hanya terbatas pada obat generik.
- 2). Perlu adanya kerjasama dengan dokter spesialis anak mengingat bahwa intensitas kunjungan dipengaruhi oleh jumlah anak usia rawan sakit dan perlu perbaikan mutu obat secara umum dan khususnya obat untuk anak-anak.

- 3). Dokter yang tergabung dan bekerja sama dengan Jamsostek diharapkan telah mengikuti program pelatihan Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes) sehingga paham benardampak kesehatan yang mungkin timbul sebagai akibat hubungan kerja pada suatu perusahaan.
- 4). PT. Jamsostek sebagai pelaksana tunggal program jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan kesehatan sendiri (rumah sakit), sehingga akan lebih mempermudah para pengguna JPK.

DAFTAR PUSTAKA

- Abas Salim, 1989, *Dasar-Dasar Asuransi (Principles of Insurance)*, Rajawali Pers, Jakarta.
- Abraham Jean Marie, Vogt William B, Gaynor Martin S, (2002), *Household Demand for Employer-Based Health Insurance*, working paper 9144, <http://www.nber.org/papers/w9144>
- Ali Ghufron Mukti, 2000, Berbagai Model Alternatif Sistem Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan di Indonesia, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 3, No. 01,
- Ascobat Gani 1986, *Tinjauan Ekonomi tentang Peran Serta Masyarakat dalam Pembiayaan Upaya Kesehatan*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- 1990, Mobilisasi Dana Kesehatan, *Prisma*, Nomor 6 Tahun 1990, LP3ES, Jakarta.
- Azrul Azwar, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, Bina Rupa Aksara.
- Bhisma Murti, 2000, *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*, Yogyakarta, Kanisius
- Budioro B, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Semarang, Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Collier Paul, Dercon Stefan, Mackinnon John, 2002, Density versus Quality in Health Care Provision : Using Household Data to Make Budgetary Choice in Ethiopia, *The World Bank Review*, Vol.16 No.3, 425-448.
- Deolalikar, A.B., 1992, Intrahousehold Allocation of Health Inputs and Distribution of Health Outcomes among Indonesian Children, in RS. McNamara Fellowship Program : Tenth Anniversary Publication, *Economic Development Institute of The World Bank*.
- Departemen Kesehatan, 2000, *Naskah Akademik Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, Departemen Kesehatan.
- Elfindri, 2001, Kesehatan di Indonesia Krisis dan Isue-Isue Jangka Panjang, *Jurnal Ekonomi dan Manajemen*, FE Universitas Andalas, Nomor IX.
- Engel James F, Blackwell Roger D, Miniard Paul W, Alih Bahasa, FX. Budiyanto, 1994, *Perilaku Konsumen*, Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Gujarati Damodar N, 1995, *Basic Econometrics*, Mc Graw Hill, International Edition

Hasbullah Tabrany, 2002, *Suara Merdeka*, Program Asuransi Kesehatan Indonesia Jauh Tertinggal, , 16 Januari, Semarang.

Indah Susilowati, Mudji Rahardjo, Waridin, 2000, Analisis Masalah Sosial, Politik dan Ekonomi pada Migrasi Tenaga Kerja Indonesia ke Luar Negeri, *Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi-Departemen Pendidikan Nasional*.

Indah Susilowati, 1998, Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Niat Tenaga Kerja Indonesia (TKI) Bermigrasi ke Malaysia, Studi Kasus di Kawasan Selangor, Malaysia, *Majalah Penelitian*, Tahun X, Nomor 40.

-----, 2003, An Assessment on Fishers' Compliance Behavior in Pemalang Regency, Central Java-Indonesia, *Jurnal of Coastal Development*, Vol.6, Number 2.

Jansen Gail A, Weycker Derek A, Gabel Jon R, 1999, *Order Adults and Their Health Insurance*, www.aarp.org.

Jeffers, James R , 1990, Pengaruh Faktor-Faktor Penawaran, Permintaan dan Ekonomi Sosial terhadap Pembuatan Kebijakan di Bidang Kesehatan, *Prisma*, Nomor 6 Tahun 1990, LP3ES, Jakarta.

Kenkel Don, 1990, Consumer Health Information and the Demand for Medical Care, *Review of Economics and Statistics*.

Lukas Setia Atmaja, 1997, *Memahami Statistik Bisnis-Buku I*, Penerbit Andi, Yogyakarta.

Malik, R. Trihandoyo, B. Syaiful, R. Handayani, D. dan Vianti, D, 1997, *Pengamatan Sepuluh Tahun 1985-1995, Pendanaan dan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*, Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan.

Masri Singarimbun, Sofian Efendi (1989), *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta

Maslow A , 1970, *Motivation and Personality*, ed.2, New York, Harper & Row.

M. Djuhari Wirakartakusumah dan Edy Priyono, 1995, Pembiayaan Kesehatan di Indonesia (Prospek Pengembangan Asuransi Kesehatan), *Jurnal Keuangan dan Moneter*, Vol 2, No. 3.

Mills Anne, Gilson Lucy, 1990, *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*, Dian Rakyat, Jakarta.

Nelson David E, Thompson Betsy L, Davenport Nancy J, 2000, What People Really Know About Their Health Insurance; A Comparison of Information Obtained From Individuals and Their Insurers, *American Public Health Association*.

Odang Muchtar, 2002, *Kompas*, Asuransi Kesehatan Diperlukan, Jakarta.

- Radiks Purba, 1995, *Memahami Asuransi di Indonesia*, Cetakan II, CV Taruna Grafica, Jakarta.
- Sadono Sukirno, 2000, *Pengantar Teori Mikroekonomi*, Edisi II, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Samuelson, Paul A & William D. Nordhaus, 1992, Microeconomics, Fourteenth Edition, McGraw Hill Inc.
- Santere Rexford E & Neun Stephen P, 2000, *Health Economics (Theories, Insight, and Industry Studies)*, Revised Edition, Harcourt College Publishers, United States of America.
- Sekaran Uma, 1992, *Research Methods For Business A Skill Building Approach*, Second Edition, New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Setiadi Gunawan, 1993, *Kompas*, Agenda Reformasi Pelayanan Kesehatan bagi Hillary Clinton, Jakarta.
- Sigit Riyarto, 2000, Berbagai Kiat RS untuk Meningkatkan Pendapatan : Potensi Kerugian Kepentingan Publik dan Antisipasinya, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol.03/No.03, UGM.
- Sonya Roesma, 1995, *Penerapan Asuransi Kesehatan dalam Praktek Dokter Keluarga*, Jakarta, FKUI.
- Sritua Arief, 1996, *Teori Ekonomi Mikro dan Makro Lanjutan*, Raja Grafindo Perkasa, Jakarta.
- Stanon William J, Y Lamarto, 1993, *Prinsip Pemasaran*, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Sulastomo, 2000, *Manajemen Kesehatan*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Supriyatin, 1999, Peranan Jamsostek Dalam Rangka Melindungi dan Meningkatkan Kesejahteraan Tenaga Kerja, *Jurnal Ekuitas*, Vol.3 No.3.
- Todaro, Michael P, 2000, *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*, Alih Bahasa Haris Munandar, Penerbit Erlangga, Ciracas, Jakarta.
- Winardi, 1990, *Pengantar Ekonomi Mikro (Teori Harga)*, Mandar Maju, Bandung.
- Anonim , Undang-Undang Nomor 2 tahun 1992, tentang Asuransi.
- , Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992, tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja.
- , Undang -Undang Nomor 23 Tahun 1992, tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.