

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat

Asep Setya Rini

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Setiap individu berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab untuk mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya, termasuk bagi masyarakat miskin yang tidak mampu. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan program pelayanan kesehatan nasional bagi masyarakat miskin. Peserta Jamkesmas merupakan warga miskin, gelandangan, penghuni lembaga permasyarakatan, serta bayi baru lahir yang orangtuanya merupakan peserta Jamkesmas. Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan hasil proses pencarian individu atau keluarga yang mengalami gangguan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga masalah kesehatan dapat teratasi. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang dibagi menjadi empat model utama, yakni model Andersen, model Zschock, model Andersen dan Anderson, serta model Green. Faktor tersebut mempengaruhi peserta Jamkesmas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia. [J Agromed Unila 2015; 2(2):128-134]

Kata kunci: jaminan kesehatan, jamkesmas, pemanfaatan pelayanan kesehatan

Health Service Utilization in Membership of Community Health Insurance

abstract

Every individual have the right to get the protection of health, and the state is responsible for managing the fulfillment of the right of a healthy life for its residents, including for poor people. Community Health Insurance is a national health care program for poor people. Participants of Jamkesmas are not afford, homeless, residents on prison, as well as newborns baby whose parents were participants of Jamkesmas. Utilization of health services is the result of the search process individuals or families experiencing health problems to get health care, so that health problems can be resolved. Utilization of health services is influenced by various factors, which are divided into four main models, there are Andersen, Zschock, Andersen and Anderson, and Green models. These factors affect the participants of Jamkesmas to utilize available health services. [J Agromed Unila 2015; 2(2):128-134]

Keywords: health insurance, jamkesmas, utilize health services

Korespondensi: Asep Setya Rini | Jl. Pangeran Antasari No 55 | HP 085369808882
e-mail: asepsetyarini@gmail.com

Pendahuluan

Pembangunan dalam bidang kesehatan yang melibatkan seluruh masyarakat Indonesia merupakan kunci sukses dari pembangunan nasional di Indonesia. Kesehatan merupakan kebutuhan utama dalam menunjang kehidupan manusia. Berdasarkan pasal 1 butir 1 Undang-Undang No 36 tahun 2009, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara social dan ekonomis. Oleh karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggungjawab mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin

dan tidak mampu. Kesehatan merupakan salah satu indikator dalam tingkat kesejahteraan seseorang pada khususnya, dan taraf hidup masyarakat pada umumnya. Sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan mengakibatkan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia menjadi rendah.^{1,2,3}

Agar dapat memenuhi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, diperlukan sistem jaminan kesehatan yang dapat memberikan jaminan perlindungan sosial. Berdasarkan konstitusi dan Undang-Undang, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial. Diawali dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) atau lebih dikenal dengan

program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan 2013. Pelaksanaan program Jamkesmas tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Keberadaan Jamkesmas diharapkan dapat membantu masyarakat miskin untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.⁴

Data peserta Jamkesmas yang bersumber dari basis data terpadu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), terdapat peserta yang mempunyai kartu dan peserta yang tidak memiliki kartu. Pada tahun 2010, penduduk Indonesia yang telah terlindungi jaminan kesehatan sosial sebesar 59,07%, sedangkan penduduk yang belum terlindungi sebesar 40,93%. Mayoritas penduduk yang telah terlindungi jaminan kesehatan sosial merupakan peserta program Jamkesmas (32,37%), disusul program Jamkesda (13,37%), Askes PNS dan TNI POLRI (7,32%), Jamsostek (2,08%), Jamkes oleh perusahaan (2,72%) dan asuransi swasta lainnya (1,21%). Pada tahun 2013, terdapat peningkatan jumlah penduduk di Indonesia sehingga penduduk yang belum terlindungi jaminan kesehatan meningkat menjadi 50,5%. Mayoritas penduduk yang telah terlindungi jaminan kesehatan sosial merupakan peserta program Jamkesmas (28,9%), Jamkesda (9,6%), Askes/ASABRI (6%), Jamsostek (4,4%), asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing (1,7%). Dari data tersebut menyiratkan adanya kepemilikan lebih dari satu jenis jaminan kesehatan untuk individu yang sama.^{5,6}

Isi

Jamkesmas merupakan program nasional yang memberikan kemudahan biaya perawatan kesehatan bagi masyarakat miskin dan yang hampir miskin di Indonesia. Program ini diperkenalkan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 2007 untuk menanggapi mandat Konstitusi dalam menyediakan sistem jaminan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia sebagaimana tercantum pada UUD RI 1945 pasal 34 ayat 2. Jamkesmas menggantikan Program Askeskin yang dikelola oleh PT ASKES.⁷

Tujuan keseluruhan dari Jamkesmas adalah untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan seluruh penerima Jamkesmas untuk menjamin bahwa kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien dapat dicapai. Tujuan khusus dari program ini adalah untuk menyediakan kemudahan akses terhadap jaringan penyedia layanan kesehatan Jamkesmas, untuk mempromosikan perawatan kesehatan standar pada semua anggota untuk mencegah layanan yang berlebihan yang dapat membuat tambahan beban biaya, dan untuk melaksanakan manajemen keuangan Jamkesmas yang transparan.⁸

Sasaran para penerima program Jamkesmas adalah populasi masyarakat miskin dan yang hampir miskin di Indonesia, yaitu penduduk yang tidak bertanggung dalam program jaminan kesehatan lainnya. Berdasarkan database kepesertaan yang bersumber dari TNP2K, terdapat 7 kategori peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas, yaitu :^{8,9}

- a) Masyarakat miskin dan tidak mampu sesuai dengan *database* kepesertaan yang bersumber dari TNP2K.
- b) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar.
- c) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
- d) Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara.
- e) Ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir termasuk Keluarga Berencana (KB) pasca melahirkan, yang tidak memiliki jaminan persalinan.
- f) Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
- g) Seluruh penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) yang timbul akibat pelaksanaan imunisasi Program pemerintah. Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu diluar data yang bersumber dari TNP2K maka jaminan

kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat.⁹

Peserta Jamkesmas ada yang diberi kartu sebagai identitas peserta dan ada yang tidak diberi kartu. Peserta yang diberi kartu adalah peserta sesuai dengan *database* yang bersumber dari TNP2K. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari 8 kategori, yaitu:

- a) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta masyarakat miskin penghuni panti sosial.
- b) Masyarakat miskin penghuni lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan.
- c) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH).
- d) Bayi dan anak yang lahir dari kedua orang tua atau salah satu orang tuanya peserta Jamkesmas, maka otomatis menjadi peserta jamkesmas dan berhak mendapatkan hak kepesertaan.
- e) Korban bencana pasca tanggap darurat.
- f) Sasaran yang dijamin oleh Jaminan Persalinan yaitu, ibu hamil, ibu bersalin/ibu nifas dan bayi baru lahir.
- g) Penderita Thalassaemia Mayor.
- h) Penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI).⁹

Setiap peserta jamkesmas mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan, yaitu:

- a) Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP). Pelayanan kesehatan dasar (RJTP dan RITP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya, yang diatur secara rinci dalam Juknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas.
- b) Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) kelas III. Pelayanan tingkat lanjut (RJTL dan RITL) diberikan di fasilitas kesehatan lanjutan jaringan Jamkesmas (Balkesmas, klinik swasta termasuk klinik hemodialisa, rumah sakit pemerintah termasuk rumah sakit khusus, rumah sakit TNI/Polri dan rumah sakit swasta) berdasarkan rujukan. Pelayanan Balkesmas merupakan fasilitas kesehatan untuk layanan RJTL dengan pemberian layanan dalam gedung.
- c) Pelayanan gawat darurat. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*), seluruh fasilitas kesehatan baik jaringan Jamkesmas atau bukan, wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta Jamkesmas. Bagi fasilitas kesehatan yang

bukan jaringan Jamkesmas pelayanan tersebut merupakan bagian dari fungsi sosial fasilitas kesehatan, selanjutnya fasilitas kesehatan tersebut dapat merujuk ke fasilitas kesehatan jaringan fasilitas kesehatan Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut.⁴

Berdasarkan UU RI Tahun 1992 tentang kesehatan pasal 1 ayat 2, pengertian upaya atau pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara atau meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Kesehatan individu dan status sosial ekonomi adalah determinan utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seseorang dengan status kesehatan yang buruk akan meningkatkan pemanfaatannya ke pelayanan kesehatan. Pengetahuan tentang faktor yang mendorong individu menggunakan pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan.^{10,11,12}

Terdapat 4 teori pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu : model Andersen, model Zschock, model Andersen dan Anderson, model Green. Menurut teori Andersen, pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komponen predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan seseorang akan pelayanan kesehatan. Andersen menguraikan komponen predisposisi tersebut dalam tiga faktor, yaitu:

- a) Faktor demografi (terdiri dari usia, jenis kelamin dan status perkawinan), struktur social (terdiri dari tingkat pendidikan, pekerjaan dan ras), kepercayaan (terdiri dari keyakinan, sikap atau pandangan terhadap pelayanan kesehatan , dan pengetahuan).
- b) Faktor pemungkin terdiri dari sumber daya keluarga (pendapatan, cakupan asuransi), kualitas pelayanan dan jarak.
- c) Faktor kebutuhan terdiri dari tarif, fasilitas, pelayanan personil, lokasi, kecepatan pelayanan, dan informasi.¹³

Menurut Andersen terdapat faktor – faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

- a) Karakteristik pemungkin (*Predisposing Characteristics*), yang menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda yang digolongkan atas, ciri demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga), struktur sosial (seperti tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan, sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan).
- b) Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*), yang menjelaskan bahwa meskipun individu mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tidak akan bertindak menggunakannya kecuali mampu memperolehnya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar. Yang termasuk karakteristik ini adalah sumber keluarga (*family resources*) (meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak – pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan), sumber daya masyarakat (*community resources*) (meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan dan sumber – sumber yang ada didalam masyarakat).
- c) Karakteristik kebutuhan (*need*). Faktor predisposisi dan faktor pendukung dapat terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan, apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan meliputi kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) atau keadaan kesehatan yang dirasakan, *Evaluate / clinical* diagnosis yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.¹²

Model Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu:

- a) Status kesehatan (makin tinggi status kesehatan, makin sering memanfaatkan pelayanan kesehatan), pendapatan (pendapatan yang kurang akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan), dan pendidikan (pendidikan yang tinggi akan

lebih mudah mendapat informasi pelayanan kesehatan).

- b) Faktor konsumen dan PPK provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan provider melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien. Pada beberapa daerah yang sudah maju dan sarana pelayanan kesehatannya banyak, masyarakat dapat menentukan pilihan terhadap provider yang sesuai dengan keinginan konsumen/pasien. Tetapi bagi masyarakat dengan sarana dan fasilitas kesehatan terbatas maka tidak ada pilihan lain kecuali menyerahkan semua keputusan tersebut kepada provider yang ada.
- c) Kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan. Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan tertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan.
- d) Resiko sakit dan lingkungan. Faktor resiko dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Resiko sakit tidak sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing-masing individu. Disamping itu, faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.¹²

Model Andersen dan Anderson, menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

- a) Model Demografi (*Demographic Model*). Variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai

- ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.
- b) Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*). Variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.
 - c) Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*). Variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.
 - d) Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Model*). Variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.
 - e) Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Model*). Variabel yang dipakai adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.
 - f) Model Organisasi (*Organization Model*). Variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan, meliputi aya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok), sifat alamiah (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak), lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik), petugas kesehatan yang pertama kali kontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya).
 - g) Model Sistem Kesehatan. Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh didalamnya.¹²
- Model Green menjelaskan bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor.
- a) Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang membangkitkan motivasi seseorang untuk bertindak.
 - b) Faktor Pendukung (*Enabling Factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, keterampilan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung perilaku kesehatan seseorang seperti fasilitas kesehatan, personalia, keterjangkauan biaya, jarak dan fasilitas transportasi.
 - c) Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*), merupakan faktor yang menentukan apakah tindakan seseorang memperoleh dukungan atau tidak. Misalnya dukungan dari pemimpin, tokoh masyarakat, keluarga dan orang tua.¹²
- Berdasarkan penelitian Permatasari dan Rochmah pada tahun 2013, responden dengan kelompok status pembayaran Jamkesmas/Jamkesda di wilayah kerja Puskesmas Dupak kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan dikarenakan mereka takut untuk berobat ke pelayanan kesehatan meskipun mereka telah memiliki kartu asuransi. Sejalan dengan penelitian Littik pada tahun 2008, meskipun telah memiliki asuransi, masyarakat lebih memilih untuk mengabaikan keluhan kesehatan yang ada ataupun mencari pengobatan sendiri dibanding mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan. Hal tersebut terjadi dikarenakan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kegunaan pelayanan kesehatan, pengobatan, dan informasi mengenai akibat dari penyakit mereka apabila tidak segera berobat. Alasan lainnya adalah responden belum sempat untuk pergi berobat ke pelayanan kesehatan dikarenakan mereka harus bekerja dan apabila mereka meninggalkan pekerjaannya maka mereka tidak mendapat penghasilan untuk menghidupi keluarga.^{11,14}

Berdasarkan penelitian Pratiwi pada tahun 2012, faktor akses pelayanan, persepsi mutu layanan, dan persepsi manfaat program tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor sosialisasi program yang belum optimal, sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang belum memadai memiliki pengaruh terhadap masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.¹⁵

Ringkasan

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan program nasional yang memberikan kemudahan biaya perawatan kesehatan bagi masyarakat miskin dan yang hampir miskin di Indonesia.

Terdapat 7 kategori peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas, yaitu :

- a) Masyarakat miskin dan tidak mampu sesuai dengan *database* kepesertaan yang bersumber dari TNP2K.
- b) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar.
- c) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
- d) Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan Negara.
- e) Ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir termasuk Keluarga Berencana (KB) pasca melahirkan, yang tidak memiliki jaminan persalinan.
- f) Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.
- g) Seluruh penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) yang timbul akibat pelaksanaan imunisasi Program pemerintah. Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu diluar data yang bersumber dari TNP2K maka jaminan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat.
- h) Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan

kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Terdapat 4 teori pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu : model Andersen, model Zschock, model Andersen dan Anderson, serta model Green.

Simpulan

Berdasarkan teori yang telah dijelaskan diatas dapat diketahui bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta Jamkesmas belum optimal. Hal tersebut ditandai dengan adanya faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk tidak pergi ke pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Lubis SC. Persepsi pengguna jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) terhadap pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Haji Medan [skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2009.
2. Hamdani PD. Implementasi program pelayanan jaminan kesehatan masyarakat berdasarkan peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/Menkes/Per/V/2011 [skripsi]. Malang: Universitas Brawijaya; 2013.
3. Thalib J, Nurhayani, Indar. Studi pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton. Makassar: Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM Universitas Hasanuddin; 2009.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes RI No. 903/Menkes/Per/2011 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2013.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Cakupan nasional jaminan kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2010.
7. Dwicaksono A, Nurman A, Prasetya PY. Jamkesmas dan program jaminan kesehatan daerah. Bandung: Perkumpulan INISIATIF; 2012.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.

9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan No 40 tahun 2012 tentang jaminan kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2012.
10. Saputra RF. Studi tentang pelaksanaan program jaminan kesehatan daerah (jamkesda) di Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Samarinda Ilir Kota Samarinda. *eJournal Administrasi Negara*. 2013; 1(1):41–55.
11. Permatasari NT, Rochmah TN. Analisis vertical equity pada pemanfaatan pelayanan kesehatan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2013; 1(1):83–90.
12. Kurniawati IT. Gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2008.
13. Sugiono EF, Alimin MM, Irwandy. Faktor yang berhubungan dengan minat pemanfaatan kembali pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2013 [skripsi]. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar; 2013.
14. Littik S. Hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di Nusa Tenggara Timur [tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2008.
15. Pratiwi AE. Minat pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi peserta program jaminan kesehatan bali mandara studi di Kabupaten Karangasem dan Kabupaten Badung [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2012.