

ANALISIS INTENSITAS PENGGUNAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN (JPK) OLEH PARA PESERTA JAMSOSTEK DI KOTA SEMARANG (Studi Kasus pada Perusahaan Bitratex, Sandratex dan Sinar Pantja Djaja)

Indah Susilowati

Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro

Emy Poerbandari

Staf Biro Pemerintahan Setda Propinsi Jawa Tengah

Abstract

This study aims to analyze the factors influence toward the intencity of utilization of health insurance (JPK) in textile industries observed. The data was collected by interviewing 150 respondents. Estimating technique of Tobit regression model was invoked to determine the use of JPK utilization (INTENS) which hypotesize to be affected by education level (EDUC), household numbers (HH), number of schooling years child (CHILD), Income (INC), costs (COST), service quality (QUALITY) and work environment (LINGKUNG).

The results indicated that HH, CHILD, and QUALITY were positively influence and statistically significant in determining the use of JPK (INTENS) at $\alpha = 1\%$ to $\alpha = 10\%$. In general, JPK has not optimally utilized by the users since many respondents are utilizing other facilities for their health maintenance such as village health center, private doctors and hospital, and traditional medicines.

This study recommends that improvement on: service quality, conveniencies to use JPK facilities (e.g. strategic location of JPK clinic), attitude and reputation of doctor and other paramedic, punctuated timetable of the clinic services, and quality of medicine supplied to users. Moreover, JPK should has its own hospital in short since the potential users of JPK is about 7.97% of Semarang Municipality population.

Keywords : *Intencity, User, Health Insurance, Jamsostek*

1. 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).

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, Ali Ghufon, 2000).

Salah satu upaya yang telah ditempuh pemerintah dalam melindungi tenaga kerja swasta, 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)

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

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.

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%)¹ 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 ?

1.1. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Tujuan dalam penelitian ini adalah :

- 1). Untuk menganalisis intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) oleh peserta Jamsostek yang diamati;
- 2). Untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) oleh peserta Jamsostek di Kota Semarang.

Manfaat dalam penelitian ini adalah :

- 1). Memberikan masukan kepada PT. Jamsostek Kota Semarang mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh responden, 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.

(Footnotes)

¹ Berdasar hasil wawancara dengan Sdr. Hamam, Bagian Data PT. Jamsostek, Cabang Kota Semarang, tanggal 13 April 2003.

2. Telaah Pustaka dan Kerangka Pemikiran Teoritis

2.1. Telaah Pustaka

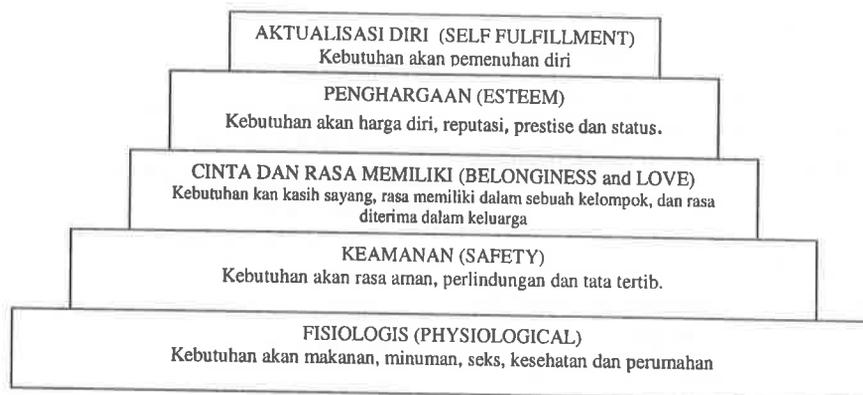
▪ Teori Maslow

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 berjarak 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).

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 disepakati. 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.

▪ 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).

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). 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.

- Penelitian Terdahulu

Pelayanan kesehatan yang baik yang dapat meningkatkan jumlah (kuantitas) pelayanan kesehatan menurut Azrul (1996), harus memenuhi persyaratan-persyaratan pokok, yaitu: (1) Tersedia dan berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit ditemukan setiap saat dibutuhkan; (2) Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan adat istiadat dan kepercayaan masyarakat; (3) Mudah dicapai, dari sudut lokasi mudah dicapai oleh masyarakat; (4) Mudah dijangkau, biaya kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat; (5) 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: (1) Harga pembayaran secara langsung oleh rumah tangga; (2) Pendapatan bersih (*real income*); (3) Biaya waktu (*time cost*), termasuk didalamnya adalah biaya (uang) untuk perjalanan termasuk muatan bis atau bensin ditambah biaya pengganti untuk waktu; (4) Harga barang substitusi dan komplementer; (5) Selera dan preferensi, termasuk di dalamnya status pernikahan, pendidikan dan gaya hidup; (6) Fisik dan mental Individu; (7) Status kesehatan (*state of health*); (8) 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 :

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

dimana

- Q_a : 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.

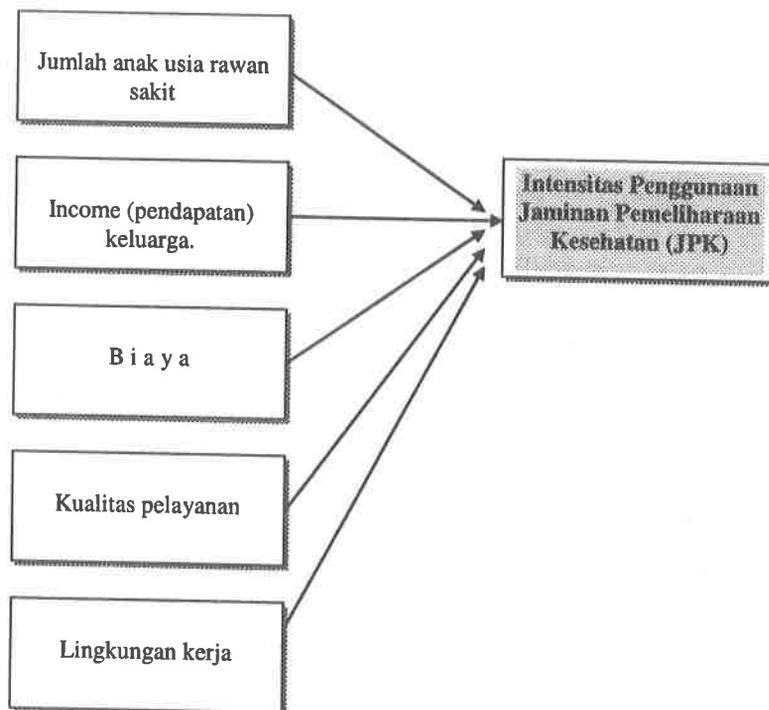
2.2. Kerangka Pemikiran Teoritis

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 kerangka pemikiran teoritis dari penelitian ini dapat divisualkan sebagai berikut :

Gambar 2.1.
Kerangka Pemikiran Teoritis



Keterangan :

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

- Hipotesis

Penelitian ini akan menguji faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh 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

- 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.

3. Metodologi

3.1. Sampel

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

3.2. 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.

3.3. Teknik Analisis

Analisis regresi Tobit seperti yang didefinisikan oleh Gujarati (2003) dan yang telah digunakan oleh Susilowati (2003) telah diaplikasikan pada penelitian ini dengan modifikasi seperlunya. Model regresi Tobit pada penelitian ini dapat ditulis sebagai berikut :

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

- 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

3.2. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel yang digunakan dalam penelitian ini dapat ditulis sebagai berikut :

Tabel 3.2.
Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional
A	Variabel Dependen	
	Intensitas Penggunaan JPK (<i>Intens</i>)	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 (<i>Educ</i>)	Latar belakang pendidikan responden. Variabel ini akan diukur dengan skala rasio, yaitu lama sekolah (tahun).
2.	Jumlah anggota keluarga (<i>HH</i>)	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, anak usia sekolah (<i>Child</i>).	Jumlah anak sampai dengan usia 9 tahun. Variabel ini digunakan oleh Deolaliker (1992). Diukur dengan skala rasio (jiwa atau orang).
4.	Pendapatan (<i>income</i>)	Total pendapatan per bulan rumah tangga. Diukur dengan skala rasio (Rupiah).
5.	Biaya (<i>cost</i>)	Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan JPK. Diukur dengan skala rasio (Rupiah.)
6.	Kualitas pelayanan (<i>Quality</i>)	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 (<i>Lingkung</i>)	Risiko keselamatan dan kesehatan kerja yang dihadapi responden dilihat dari kondisi tempat kerjanya. Diukur dengan skala likert (Σ jumlah beberapa item).

4. Hasil dan Pembahasan

4.1. Analisis Deskriptif.

Untuk mengetahui intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga

peserta Jamsostek dilakukan analisis deskriptif. Adapun hasil analisis statistik deskriptif dapat diringkas sebagai berikut :

Tabel 4.1
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

No.	Frekuensi kunjungan Selama 1 tahun	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

No.	Biaya penggunaan JPK	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

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 dolah, Agustus, 2003.

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. 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 4.2.
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 periksa 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.

4.1. Analisis Model Tobit.

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

Tabel 4.3.
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 penjas lainnya menunjukkan keadaan tidak signifikan.

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, 1993) dalam Susilowati (1998). Pengujian ini dimaksudkan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel penjas 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 (μ) 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 (μ) ditetapkan sebesar 0,10 nilai t tabel sebesar 1,658.

Dari hasil pengujian diperoleh nilai t-hitung untuk tingkat pendidikan (EDUC) terhadap intensitas penggunaan JPK sebesar 0,83491. Dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa variabel EDUC adalah tidak signifikan karena nilai t hitung ($0,83491 < t$ tabel (1,980)). 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. Tanda positif pada variabel tingkat pendidikan berarti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang ada kecenderungan semakin tinggi intensitas terhadap penggunaan JPK karena mereka semakin paham dan tahu tentang pengetahuan

kesehatan.

Jumlah anggota keluarga inti (HH) 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. Sedangkan jumlah anak usia rawan sakit (CHILD) 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).

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan nilai t hitung ($0,56952 < t$ tabel (1,980)), yang berarti tidak ada variabel penjas 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. 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.

Dari hasil uji statistik bahwa biaya (COST) tidak signifikan (nilai t hitung: $-0,62863$) 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.

Kualitas pelayanan (QUALITY) 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.

Rekapitulasi hasil pengujian hipotesis dari penelitian ini dapat diringkas dalam tabel berikut.

Tabel 4.4.
Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis

Variabel	Keterangan Teori	Pengujian	Konfirmasi Pengujian	Keterangan
1. Tk. Pendidikan (EDUC)	(+) EDUC ↑ intensitas penggunaan ↑ Lebih paham dan tahu tentang pengetahuan kesehatan, mengarah pada pengobatan yang rasional.	Tidak signifikan, $t_{hit} < t_{tabel}$ (0,8349) < 1,980 Kesehatan merupakan kebutuhan dasar, JPK tingkat I tidak ada formula 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 & Neun (1995), hasilnya positif dan signifikan.
5. Biaya (COST)	(-) COST ↑ intensitas penggunaan ↓ Biaya diperhitungkan untuk mengakses pelayanan kesehatan, upaya mencari yang lebih murah.	Tidak signifikan, $t_{hit} < t_{tabel}$ (-0,62667 < -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 & Neun (1995), hasilnya positif dan signifikan dengan memakai variabel harga.
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) Upaya antisipasi sesuai norma K3 Alat pelindung diri dan alat produksi dilengkapi dengan pengaman.	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			

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

4. Penutup

Semua variabel yang ada dalam model regresi Tobit mempunyai tanda yang telah sesuai dengan ekspektasi teoritisnya, meskipun tidak semua variabel operasional ini secara statistik adalah signifikan dengan taraf nyata $\alpha = 5\%$. Variabel jumlah anggota keluarga inti (HH), jumlah anak usia rawan sakit (CHILD) dan kualitas pelayanan (QUALITY) ditemukan secara statistik berpengaruh positif dan signifikan dalam menentukan intensitas penggunaan JPK di daerah penelitian pada taraf nyata sekitar $\alpha = 1\%$ sampai dengan $\alpha = 10\%$.

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. 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.

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.

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.

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.

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. Diharapkan 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

- 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,
- Azrul Azwar 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta, Bina Rupa Aksara.
- Bhisma Murti, 2000, *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*, Yogyakarta, Kanisius
- 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.
- Departemen Kesehatan, 2000, *Naskah Akademik Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, Departemen Kesehatan.
- Engel James F, Blackwell Roger D, Miniard Paul W, Alih Bahasa, FX. Budiyanto, 1994, *Perilaku Konsumen*, Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Gujarati Damodar N, 2003, *Basic Econometrics*, Mc Graw Hill, International Edition
- 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, *journal of Coastal Development*, Vol.6, Number 2.
- Maslow A , 1970, *Motivation and Personality*, ed.2, New York, Harper & Row.
- 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.
- Santere Rexford E & Neun Stephen P, 2000, *Health Economics (Theories, Insight, and Industry Studies)*, Revised Edition, Harcourt College Publishers, United States of America.
- 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.
- 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.
- White, Kenneth J and S.A. Haun, N.G. Horsman, and S.D. Wong (1993). "Shazam User's Reference Manual Version 7.0". McGraw Hill Book Company. Canada.