

## **Keikutsertaan Pekerja Informal dalam JPKM Sebagai Upaya Promosi Kesehatan di Kecamatan Kejobong Kabupaten Purbalingga**

**Indiyah Widiastuti\*) Antono Suryoputro \*\*) Syamsulhuda BM\*\*)**

\*) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

Email : indiyahwidiastuti@yahoo.co.id

\*\*) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang

### **ABSTRAK**

*Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dikembangkan sejak tahun 1992 dan ini merupakan embrio dari Sistem Jaminan Sosial Nasional Seiring berdasarkan UU No.40 tahun 2004. Kabupaten Purbalingga mengembangkan JPKM sejak tahun 2002 dan berkomitmen untuk dapat mencapai seluruh masyarakat pada tahun 2012. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis beberapa factor yang mempengaruhi partisipasi pekerja informal dalam JPKM di Kecamatan Kejobong Purbalingga. Penelitian ini menggunakan pendekatan belah-lintang. Sampel berjumlah 100 responden dengan teknik acak proporsional. Data diolah secara univariat, bivariat dengan chi square dan multivariat dengan regresi logistic. Hasil penelitian menunjukkan bahwa JPKM hanya diikuti 43% pekerja informal dan hanya 57% yang menjadi anggota. Alasan tidak menjadi anggota karena ketidakmampuan (42,1%), pengetahuan (21,1%), pelayanan kesehatan yang kurang (22,8%) dan lain-lain (14%). Faktor-faktor yang berpengaruh adalah jumlah anggota keluarga, pengetahuan, sikap dan peran kader.*

**Kata kunci :** Asuransi kesehatan, pekerja informal, kader.

### **ABSTRACT**

**The informal workers participation on JPKM as health promotion action;** *Community Health Care Insurance (JPKM) has been developed since 1992 and it is the embryo of National Social Security System based on Acts No.40 year 2004. Purbalingga is a district in Indonesia has developed JPKM since 2002 and has commitment to reach universal coverage by the year 2012. This research aims to analyze several factors that influence the informal community participation on JPKM Kejobong, Purbalingga. Survey method used cross sectional approach. Sample making through random proportional technique with amount 100 respondents. Data processing attained through quantitative univariat, bivariat and multivariat method. While data analyze used logistic regression with chi square test. The research results show that JPKM coverage among informal community in Kejobong still low (43%) and 57% respondents not enrolled. The reasons not enrolled respondents are inability (42.1%), knowledge (21.1%), poor public health service (22.8%) and others (14%). Factors proved influence are amount of family, knowledge, attitude and cadre role.*

**Key words :** Health Insurance, Informal Workers, cadre.

## **PENDAHULUAN**

Jaminan kesehatan merupakan salah satu bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mencakup 5 jaminan yaitu jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, jaminan kematian serta jaminan kesehatan. Sistem Jaminan Sosial Nasional (*national social security system*) adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia (Anonim, 2006).

Penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat memiliki peranan penting dalam memberikan manfaat pelayanan kesehatan yang komprehensif, mulai dari pelayanan preventif hingga pelayanan rehabilitatif. Dengan menyediakan jaminan pembiayaan kesehatan kepada masyarakat terbukti dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat serta mencegah terjadinya kemiskinan pada masyarakat, akibat pengeluaran pembiayaan kesehatan yang tidak terduga (Mukti, 1997). Penyelenggaraan JPKM telah dikembangkan sejak tahun 1992 yang merupakan jaminan kesehatan sukarela dengan berlandaskan UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Seiring dengan diundangkannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu UU No.40 th.2004 yang merupakan jaminan kesehatan yang bersifat wajib maka pengembangan JPKM selama ini merupakan langkah awal / embrio dari program jaminan

kesehatan di masa depan (Anonim, 2006).

Penyelenggaraan skema JPKM adalah suatu sistem jaminan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat umum dan diselenggarakan pada tingkat Kabupaten dan Kota. Skema JPKM ini sangat tepat sasaran untuk menjamin biaya pemeliharaan kesehatan bagi kelompok masyarakat pekerja informal. Hal ini dikarenakan untuk kelompok masyarakat lain telah mempunyai badan penyelenggaraan jaminan pembiayaan kesehatan khusus, seperti Pegawai Negeri oleh Askes, pekerja formal oleh Jamsostek, ABRI oleh Asabri. Namun kepersertaan pekerja informal dalam skema JPKM ini masih sangat terbatas.

Kabupaten Purbalingga merupakan salah satu Kabupaten di Indonesia yang telah menyelenggarakan skema JPKM sejak tahun 2002 dan mempunyai komitmen mencapai *universal coverage* pada tahun 2012. Kab. Purbalingga terdiri dari 22 Kecamatan dimana sampai dengan tahun 2007 peserta yang terdaftar dalam skema ini sebanyak kurang lebih 43 ribu Kepala Keluarga atau sekitar 173 ribu orang. Cakupan penduduk yang telah terjamin biaya pemeliharaan kesehatannya termasuk peserta dari penyelenggara asuransi kesehatan lainnya (Askes, Askeskin/Jamkesmas, Jamsostek dan Asabri) sebanyak 70% dari jumlah penduduk. Sedangkan sisanya sebanyak 30% belum terjamin oleh salah satu bentuk jaminan kesehatan (Anonim, 2007).

Untuk mencapai *universal coverage* dan sekaligus memberikan jaminan pembiayaan kesehatan bagi semua kelompok masyarakat di

Kab. Purbalingga, maka tujuana dari penelitian ini adalah mengkaji faktor –faktor yang mempengaruhi keikutsertaan pekerja sektor informal dalam JPKM di Kec. Kejobong Kab. Purbalingga.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keikutsertaan pekerja sektor informal dalam JPKM tersebut meliputi jumlah keluarga, jumlah penghasilan, pendidikan, jenis pekerjaan, pengetahuan tentang JPKM, sikap, kualitas pelayanan kesehatan, peran kader, dukungan tokoh masyarakat, dukungan petugas kesehatan.

## **METODE PENELITIAN**

Design penelitian ini merupakan penelitian penjelasan (*explanatory*) dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terhadap kepala keluarga atau ibu rumah tangga yang bersangkutan.

Populasi pada penelitian ini adalah para pekerja informal di Kec. Kejobong Kab. Purbalingga yang tersebar di 13 desa sebanyak 3.754 KK. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik proporsional *random sampling*, yaitu diambil pekerja informal dimasing-masing desa secara proporsional dengan jumlah sampel sebanyak 100 KK. Data di analisis secara univariat, bivariat dan multivariat dengan menggunakan komputer.

## **HASIL PENELITIAN**

### **Karakteristik Responden**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keikutsertaan masyarakat pekerja informal

dalam JPKM sebanyak 43%. Dari hasil wawancara kepada 57 % responden yang tidak menjadi peserta JPKM, mempunyai alasan yang beragam, seperti yaitu tidak mampu, tidak tahu manfaat, dan pelayanan PPK jelek. Karakteristik responden meliputi jenis pekerjaan paling banyak adalah pedagang (30%), tingkat pendidikan seimbang antara SD (31%), SLP (33%) dan SLA (31%), penghasilan responden paling banyak berkisar antara Rp.500.000 s/d Rp. 1.000.000,- sebanyak 51%, dan jumlah anggota keluarga sebagian besar adalah keluarga kecil (84%).

### **Pengetahuan dan Sikap Responden.**

Pengetahuan serta sikap tentang JPKM secara keseluruhan dikelompokkan menjadi dua yaitu kategori kurang dan baik. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden (53%) memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang JPKM. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,000$  berarti nilai  $p < 0,05$  artinya ada hubungan antara pengetahuan responden dengan Keikutsertaan dalam JPKM.

Sikap responden terhadap JPKM sebagian besar (66%) memiliki sikap yang kurang mendukung terhadap JPKM. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,007$  berarti  $p < 0,05$  artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan Keikutsertaan dalam JPKM.

### **Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Variabel kualitas pelayanan kesehatan menurut jawaban responden dikelompokkan menjadi dua yaitu kategori kualitas rendah dan kualitas baik untuk masing-masing tempat pelayanan yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit.

Kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit meliputi antara lain Keramahan petugas, kebersihan, kualitas obat, dan kecepatan pelayanan. Distribusi pendapat responden tentang kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas sebagian besar menyatakan kualitasnya rendah yaitu sebanyak 88%, sedangkan yang menyatakan kualitas baik hanya 12%. Hasil uji chi square didapatkan nilai  $p = 0,070$  berarti nilai  $p > 0,05$  artinya  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Maka, tidak ada hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan Keikutsertaan dalam JPKM Sedangkan dsitribusi pendapat responden tentang kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan di RS sebagian besar menyatakan kualitasnya rendah yaitu sebanyak 63%, sedangkan yang menyatakan kualitas baik hanya 37%. Hasil uji chi square didapatkan nilai  $p = 0,382$  berarti nilai  $p > 0,05$  artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan RS dengan Keikutsertaan dalam JPKM.

#### **Peran kader**

Variabel peran kader dikelompokkan menjadi dua yaitu kategori kurang dan baik. Distribusi pendapat responden tentang peran kader sebagian besar menyatakan kader mempunyai peran yang baik yaitu sebanyak 64%, kemudian yang menyatakan peran kader rendah sebanyak 36%. Peran kader meliputi peran dalam mencari peserta JPKM yaitu memberi informasi dan penjelasan tentang JPKM baik secara kelompok maupun perorangan yaitu dengan datang ke rumah -

rumah calon peserta JPKM serta peran dalam menarik pembayaran premi. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,006$  berarti nilai  $p < 0,05$ . artinya ada hubungan antara peran kader dengan Keikutsertaan dalam JPKM.

#### **Dukungan Tokoh masyarakat**

Variabel dukungan tokoh masyarakat dikelompokkan menjadi dua yaitu kategori rendah dan baik. Distribusi dukungan tokoh masyarakat sebagian besar menyatakan tokoh masyarakat mempunyai dukungan yang kurang yaitu sebanyak 59%, kemudian yang menyatakan dukungan baik hanya sebanyak 41%. Hasil uji chi square didapatkan nilai  $p = 0,280$  berarti nilai  $p > 0,05$  artinya tidak ada hubungan signifikan antara dukungan tokoh masyarakat dengan Keikutsertaan dalam JPKM.

#### **Dukungan petugas Kesehatan**

Variabel dukungan petugas kesehatan dikelompokkan menjadi dua yaitu kategori kurang dan baik. Distribusi pendapat responden tentang dukungan petugas kesehatan sebagian besar menyatakan petugas mempunyai dukungan yang kurang yaitu sebanyak 65%, sedangkan yang menyatakan dukungan petugas kesehatan baik hanya 35%. Hasil uji chi square didapatkan nilai  $p = 0,409$  berarti nilai  $p > 0,05$  artinya tidak ada hubungan dukungan petugas kesehatan dengan Keikutsertaan dalam JPKM.

### **PEMBAHASAN**

Faktor-faktor yang terbukti berpengaruh terhadap keikutsertaan dalam JPKM yaitu : jumlah anggota keluarga tingkat pengetahuan, sikap dan peran kader.

### **Jumlah Anggota Keluarga**

Jumlah anggota keluarga yang ditanggung oleh JPKM di Kab. Purbalingga adalah semua anggota keluarga inti yaitu bapak, ibu dan anak tanpa pembatasan jumlah anak. Dengan jumlah anggota keluarga yang banyak, maka beban pengeluaran biaya pemeliharaan kesehatan atau pengobatan relatif akan lebih banyak, dibanding dengan keluarga kecil. Semakin besar jumlah anggota keluarga, semakin besar pula *probabilitas* dari banyaknya anggota keluarga yang sakit dalam suatu periode waktu tertentu, sehingga semakin besar pula kebutuhan biaya yang harus ditanggung untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diperlukan. Oleh karena itu bagi keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang besar akan merasa diuntungkan apabila ikut serta dalam program JPKM.

Dari penelitian yang dilakukan, 84% responden memiliki anggota keluarga sebanyak 4 jiwa atau kurang, sedangkan 16% responden memiliki jumlah anggota keluarga >4. Dengan struktur keluarga seperti diatas maka dapat dipahami apabila masyarakat yang ikut serta dalam JPKM lebih sedikit dibandingkan yang tidak ikut JPKM.

### **Pengetahuan**

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang manfaat menjadi peserta JPKM sebagian besar (53%) dalam kategori kurang. Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar masyarakat belum mengetahui dengan baik manfaat menjadi peserta JPKM yaitu untuk melindungi kesehatan pekerja informal beserta keluarga dari pengeluaran

pembiayaan kesehatan yang tidak terduga. Dari jawaban responden diketahui bahwa proporsi yang cukup besar pada responden kurang memahami manfaat menjadi peserta JPKM yaitu sebesar 59%, 63% responden menganggap bahwa masyarakat pekerja informal tidak bisa menjadi peserta JPKM serta sebesar 53% menyatakan bahwa peserta JPKM hanya dapat dilayani di Puskesmas saja. Keadaan yang demikian dapat merugikan pengembangan program JPKM di Kabupaten Purbalingga. Tanpa meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang manfaat menjadi peserta JPKM akan mempersulit upaya peningkatan kepesertaan masyarakat dalam JPKM. Sedangkan ketidak tahuan masyarakat tentang tempat pelayanan kesehatan dapat menimbulkan kekecewaan masyarakat yang karena kesalahan dalam memilih tempat pelayanan kesehatan, masyarakat mendapatkan perlakuan yang tidak menyenangkan berupa penolakan dari pihak tempat pelayanan kesehatan yang tidak sesuai ketentuan prosedur yang ada.

Pengetahuan yang baik tentang kesehatan akan sangat membantu masyarakat untuk merubah perilaku kesehatan (Notoatmodjo,2003). Demikian halnya apabila pengetahuan masyarakat terhadap JPKM baik, maka diharapkan akan merubah perilakunya untuk menjadi peserta JPKM. Dari analisis multivariat menunjukan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap keikutsertaan dalam JPKM dengan nilai OR 3.766 ( 1.935 – 7.330; p=0.000). Hal ini berarti bahwa responden dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang JPKM mempunyai kemungkinan untuk menjadi peserta JPKM 3.7

kali lebih besar dibanding dengan yang pengetahuannya kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nafan, yaitu pengetahuan mempengaruhi keikutsertaan dalam JPKM (Nafan, 2000). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku atau tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Menurut Green bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang akan mempengaruhi perilaku seseorang. Dalam arti umum dapat dikatakan bahwa faktor predisposisi sebagai preferensi pribadi yang dibawa oleh seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat. Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara keduanya sudah banyak terbukti. Menurut Green dan Marshall pendidikan kesehatan mempunyai peranan sangat penting dalam mengubah dan menguatkan faktor predisposisi, agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari individu atau masyarakat terhadap program kesehatan (Green, 2007).

### **Sikap**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden (66%) mempunyai sikap yang kurang mendukung terhadap keikutsertaan dalam JPKM. Hanya sebagian kecil (34%) yang mempunyai sikap yang baik. Kondisi sikap yang kurang mendukung, berpengaruh terhadap perilaku untuk menjadi peserta JPKM, yaitu responden belum merubah perilakunya untuk menjadi peserta JPKM. Hal ini sesuai dengan teori Lawrence Green (1980), bahwa pengetahuan dan sikap yang baik akan menjadi faktor pendukung (predisposing) dalam rangka merubah perilaku kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003). Sikap dari responden yang kurang mendukung terhadap JPKM dapat dilihat pada jawaban responden yang masih menganggap bahwa lebih baik berobat ke puskesmas dengan cara langsung membayar uang tunai, membawa kartu JPKM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan menyulitkan bagi peserta JPKM, serta menganggap bahwa bila tidak sering sakit maka tidak perlu menjadi peserta JPKM. Sikap mendukung yang menonjol dari proporsi jawaban responden adalah pada item sebaiknya menjadi peserta JPKM bila mampu membayar premi. Kemampuan membayar premi sangat berkaitan dengan jumlah penghasilan keluarga, dimana penghasilan responden sebagian besar ada pada kisaran upah minimum. Pada penelitian ini menunjukkan pengetahuan responden tentang manfaat JPKM termasuk kategori kurang, demikian juga sikap responden berkategori kurang. Hal ini dapat dijelaskan bahwa pengetahuan yang kurang terhadap JPKM, akan membentuk sikap negatif terhadap JPKM yaitu belum mendukung serta



menjadi peserta JPKM. Dari analisis multivariat menunjukkan bahwa sikap berpengaruh terhadap keikutsertaan dalam JPKM dengan nilai OR 2.361 (CI;1.123–4.963; p=0.023). Hal ini berarti bahwa dengan sikap yang mendukung terhadap JPKM mempunyai kemungkinan untuk menjadi peserta JPKM 2.3 kali lebih besar dibanding dengan sikap yang kurang mendukung terhadap JPKM. Menurut Skinner, sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk yang masih terselubung atau tertutup, sehingga belum bisa diamati secara jelas oleh orang lain (Notoatmodjo, 2003). Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu serta merupakan respon evaluatif terhadap pengalaman kognitif, reaksi afeksi kehendak dan perilaku dimasa lalu. Sikap akan mempengaruhi proses berfikir, respon afeksi, kehendak dan perilaku berikutnya. Jadi sikap merupakan respon evaluatif didasarkan pada proses evaluasi diri, yang disimpulkan berupa penilaian positif atau negatif yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek. Sikap terhadap perilaku adalah komponen sikap yang berbentuk, apakah sikap yang positif atau sikap negatif tergantung dari segi manfaat atau tidaknya komponen pengetahuan. Makin banyak manfaat yang diketahui semakin positif pula sikap yang terbentuk. Dari hasil penelitian, alasan responden tidak menjadi peserta JPKM antara lain adalah karena tidak tahu manfaat menjadi peserta JPKM (36,8%). Sesuai dengan teori dari Fiesben Ajzen tersebut, responden tidak berperilaku menjadi peserta JPKM karena sikap yang terbentuk adalah sikap negatif dikarenakan ketidak tahuan responden tentang manfaat menjadi

peserta JPKM. Bila dilihat, hasil pengetahuan responden secara umum juga lebih banyak dalam katagori kurang (53%).

### **Peran Kader**

Dari hasil penelitian, pendapat responden tentang peran kader sebagian besar menyatakan bahwa peran kader adalah baik (64%). Hal ini menunjukkan, dalam mendorong masyarakat untuk ikut serta dalam program JPKM, kader telah bekerja dengan baik. Oleh karena itu, pemanfaatan kader dalam pengembangan program JPKM sangatlah tepat. Tanpa dukungan para kader yang tersebar di semua desa, program JPKM di Kabupaten Purbalingga tidak akan dapat berkembang seperti saat ini. Kelebihan kader dalam melaksanakan program pemerintah yang memerlukan peranserta aktif masyarakat adalah tempat tinggalnya dekat dengan masyarakat sasaran karena kader dipilih dari masyarakat setempat. Dengan dekatnya tempat tinggal kader dengan masyarakat sasaran, komunikasi antara kader dengan masyarakat dapat berlangsung lebih intensif sehingga penyampaian pesan dapat berlangsung secara efektif. Oleh karena itu dapat dipahami bila 64% responden memberikan penilaian baik terhadap peran kader dalam kepesertaan JPKM. Secara umum istilah kader yaitu orang yang dipilih oleh masyarakat menjadi penyelenggara atau pelaksana kegiatan khususnya dibidang kesehatan (Posyandu). Banyak para ahli mengemukakan mengenai pengertian tentang kader kesehatan antara lain, Gunawan memberikan batasan tentang kader kesehatan bahwa kader kesehatan dinamakan juga

promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dari masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat. Direktorat bina peran serta masyarakat Depkes RI memberikan batasan kader kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Keikutsertaan masyarakat dalam meningkatkan efisiensi pelayanan adalah atas dasar terbatasnya sumber daya dalam operasional pelayanan kesehatan masyarakat sehingga harus memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat seoptimal mungkin. Menurut Santoso Karo-Karo, kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat dasar di desa ternyata mampu melaksanakan beberapa hal yang sederhana, akan tetapi berguna bagi masyarakat sekelompoknya. Anggota PKK yang umumnya juga merupakan kader memainkan peran besar dalam sosialisasi dan pemasaran JPKM. Kader-kader yang umumnya terdiri atas istri ketua RT atau istri dari pemuka atau tokoh masyarakat seperti guru, ulama atau PNS. Para kader bekerja dengan masyarakat arus bawah dan setidaknya terdapat satu kader di setiap RT. Mereka dilibatkan dalam upaya-upaya sosialisasi beragam program pemerintah mulai dari imunisasi anak (posyandu) hingga metode menanam. Karena para kader tinggal di antara komunitas masyarakat, mereka tentu saja mengenal para anggota masyarakat yang tinggal dekat dengan tempat tinggalnya. Dengan demikian, hal ini memudahkan pendekatan dan penyebarluasan program pemerintah kepada anggota masyarakat. Pada saat yang sama, para

anggota masyarakat lebih menganggap penting informasi yang didapat dari para kader dibandingkan dari para aparat pemerintah yang tidak dikenal dan berada jauh dari tempat tinggal mereka. Para kader merupakan wahana yang paling efektif untuk memasarkan skema JPKM, mengingat bahwa mereka telah mengenal lingkungan sekitar dan dianggap menjadi sumber informasi yang dapat diandalkan dibandingkan dengan birokrasi resmi pemerintah. Akibatnya, kesuksesan JPKM sebagian besar bergantung pada metode pemasaran para kader dan keahliannya mempromosikan dan memasarkannya. Kader yang menjelaskan kepada masyarakat mengenai apa itu skema JPKM dan mengapa masyarakat perlu bergabung dengannya dan juga merekrut anggota JPKM di tempat tinggal atau tempat kerjanya. Kegiatan ini dilakukan melalui anggota komunitas formal dan komunikasi informal dengan anggota masyarakat yang dikenalnya ketika melakukan kegiatan hariannya. Para kader biasanya mengerjakan pekerjaan ini dengan sukarela. Mereka hanya menerima bayaran insentif yang jumlahnya minim (sekitar Rp1.000 per orang yang mendaftar) sebagai imbalan atas usaha-usaha pemasaran dan sosialisasi program. Dengan demikian, biaya finansial memanfaatkan sistem kader dalam memasarkan program cukup minim. Rekrutmen dan validasi anggota JPKM dilakukan sekali setahun, antara Juni dan Juli. Hal ini lebih bertujuan untuk mengidentifikasi keluarga-keluarga yang mengalami peningkatan kesejahteraannya dan telah beralih dari Strata I ke Strata II (Arifianto, 2005).



## **SIMPULAN**

Peran kader dalam JPKM sebagian besar baik walaupun dengan dukungan tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan yang kurang. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keikutsertaan dalam JPKM yaitu jumlah anggota keluarga, tingkat pengetahuan, sikap, dan peran kader. Untuk meningkatkan cakupan kepesertaan JPKM pada pekerja informal dan tercapainya total *coverage* kepesertaan JPKM, maka upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat pekerja informal tentang manfaat menjadi peserta JPKM perlu terus ditingkatkan. Peningkatan pengetahuan dilakukan di kelompok-kelompok pekerja informal yang ada seperti Pos Upaya Kesehatan Kerja, kelompok tani, pengrajin dan kelompok kerja lainnya. Dengan sasaran utama adalah ketua kelompok pekerja informal.

## **KEPUSTAKAAN**

Anonim. 2006. Laporan Rakernas SJSN & Program JKS dalam Rangka Mewujudkan Kesejahteraan Rakyat. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI.

Anonim. 2007. Dinas Kesehatan Kab. Purbalingga. Profil Kesehatan Kab. Purbalingga.

Anonim.2006. Menko Kesra. Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia. Jakarta.

Arifianto, Alex dkk. 2005 . Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Purbalingga. Jawa Tengah . Lembaga Penelitian SMERU Ellen Tan World Bank Indonesia.. [www.smeru.or.id](http://www.smeru.or.id)

Green, Lawrence W and Kreuter Marshall W. 2000. Health Promotion Planning an Education and Enviromental Approach. Second edition. Mayfield Publising Company.

Mukti, Ali Gufron. & Moertjahjo .1997. Sistem Jaminan Kesehatan : Konsep Desentralisasi Terintegrasi. magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Jaminan Kesehatan. FK-UGM. Yogyakarta.

Nafan AK. 2000. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keikutsertan Masyarakat Dalam Penyelenggaraan JPKM. Karya Tulis Ilmiah. FK-UNDIP.

Notoatmodjo, S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta