

MODEL PERILAKU KESEHATAN KELUARGA PENERIMA JAMKESMAS

SANDU SIYOTO

STIKes SURYA MITRA HUSADA KEDIRI

ABSTRACT

To prevent the worse health condition especially for poor society because of monetary crises since 1997, the government launched Public Health Assurance or Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). This program gave health service freely to the poor society at the choosen health service places. However, the advantages of this program were still low. It was around 39.8% (Public Health Department, 2011). Beside, based on monitoring, poor society behavior didn't support this program also. They showed unhealthy behavior. The goal of this research was to develop health behavior model of Jamkesmas recipients in Kediri City East Java, also the factors which influenced them.

This research was Observation Research with crosssectional design. There were 270 respondents taken by using two stage cluster sampling technique. The data were gathered by valid and reliable questionnaire. After that, the data were analyzed descriptively by using binnary logistic regression statistic analysis to test model feasibility and regression coefficient.

The results of research showed that ost of Jamkesmas recipients had unhealthy behavior, many sick complaints and worries, ut they didn't go to the health services which were refered. This research also found that ck complaint level (need) was influenced by dwelling ownership status, family status, he th value and knowledge about disease and Jamkesmas at predisposing factors, also sp ding money for food at enabling factor, and health behavior practice.

Health behavior practice of Jamkesi s recipients and their family were influenced by education level, health value at predispo ng factor and spending money for cigarette and perception toward health service at abling factor. As well as health service utilization was influenced by worry level of t e sickness that they felt and spending money for food.

Key words : Health behavior, health ne , health service utilization, poor family, Jamkesmas.

PENDAHULUAN

Krisis multidimensi yang melanda Indonesia, ternyata memiliki risiko yang sangat besar terhadap kelangsungan bangsa. Krisis yang terjadi sekitar tahun 1997 tersebut telah meningkatkan jumlah masyarakat kurang mampu. Berdasarkan data, pada tahun 1998 atau setahun setelah

dimulainya krisis, jumlah masyarakat miskin naik secara drastic menjadi 49,5 juta jiwa atau 24,5% penduduk (SNPK, 2002).

Kondisi ini tentu semakin memperbesar disparitas status kesehatan penduduk mampu dan penduduk kurang mampu. Berbagai data menunjukkan bahwa status kesehatan penduduk kurang

mampu lebih rendah jika dibandingkan dengan penduduk kaya. Hal ini antara lain dapat dilihat dari tingginya angka kematian bayi dan angka kematian balita pada kelompok penduduk kurang mampu.

Menurut Asnani dalam Thabrany (2005) dampak krisis ekonomi terhadap bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Menurunnya status gizi masyarakat
- b. Menurunnya akses terhadap fasilitas pelayanan
- c. Menurunnya perhatian terhadap lingkungan.
- d. Menurunnya partisipasi masyarakat dalam berbagai kegiatan yang mendukung kesehatan
- e. Mengabaikan perilaku sehat

Akibat dari kondisi tersebut di atas, maka terjadi penurunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang ditandai dengan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) yakni yang 304 per 100.000 kelahiran hidup, dan kenaikan untuk Angka Kematian Bayi, Angka Kematian, dan Angka Kematian Balita (AKB).

Bahkan, tingkat kematian bayi dan balita di Indonesia ini masih yang tertinggi di antara negara-negara anggota Association of South-East Asian Nations (ASEAN). Masalah lain timbul dari besarnya variasi antar propinsi, serta relatif besarnya perbedaan tingkat kematian antara daerah perkotaan dan pedesaan.

Sedangkan status gizi juga mengalami keterpurukan, yakni ditandai dengan tingginya prevalensi Balita dengan gizi buruk atau gizi kurang, yakni sebesar 31% (Depkes, 2002). Akibat dari sektor kesehatan yang terpuruk, maka Indeks Pembangunan Manusia (Human Development Index) Indonesia juga ikut terpuruk, yang berdasarkan publikasi UNDP tahun 2003, Indonesia berada pada ranking 112 dari 175 negara.

Untuk mencegah semakin terpuruknya kondisi derajat kesehatan sebagai akibat krisis ekonomi, maka sejak

tahun 1999 hingga kini Pemerintah membuat kebijakan strategis, khususnya untuk melindungi kesehatan masyarakat kurang mampu, melalui program Jaring Pengaman Social Bidang Kesehatan (JPS-BK), yang dalam perkembangannya berevolusi menjadi Jaminan Pen-teliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM), Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (keskin), dan kemudian menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Mukti, 2007).

Dengan adanya program ini, maka pemerintah menjamin biaya pelayanan kesehatan masyarakat kurang mampu secara cuma-cuma baik pada Pemberi Pelayanan Kesehatan I (PPK 1), maupun rujukan pelayanan pada jenjang yang lebih tinggi (PPK II, III), yang pelaksanaannya menggunakan prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan. Adapun sasaran dari program ini adalah semua penduduk berkategori Masyarakat Miskin (Miskin) yang penetapannya didasarkan pada kriteria-kriteria yang telah ditentukan, yang berdasarkan data Depkes (2009) terdapat 76.400.000 jiwa dan pembiayaannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat melalui APBN (quota miskin) serta masyarakat kurang mampu yang diluar quota yang pembiayaannya menjadi tanggung jawab Pemerintahan Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Namun, masyarakat penerima Jamkesmas yang mendapatkan berbagai fasilitas jaminan sosial dari pemerintah, menurut Nirwanto, dkk (2000), justru semakin menunjukkan ketidakberdayaannya, baik secara ekonomi, sosial maupun lingkungannya (tridaya). Adanya program Jamkesmas bagi masyarakat penerima Jamkesmas berupa pemberian pelayanan kesehatan gratis, ternyata belum diikuti oleh perilaku kesehatan masyarakat (Trisnantoro, 2004), seperti masih rendahnya kunjungan (utilisasi) masyarakat kurang mampu ke

pelayanan kesehatan dasar dan perilaku tidak sehat yang ditunjukkan oleh masyarakat kurang mampu, berupa merokok, mengkonsumsi minuman keras, buang sampah sembarangan, perilaku buang air kotor yang sembarangan dan semakin menurunnya kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan di wilayahnya, sebagaimana pengamatan sementara yang dilakukan oleh peneliti.

Data Susenas Tahun 2000 menunjukkan bahwa di antara penduduk yang mempunyai keluhan sakit hanya 36,6 persen yang berobat jalan ke sarana pelayanan kesehatan, sebesar 27,8 persen berobat ke Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, 30,55 persen ke dokter praktek, 14,54 persen ke rumah sakit, 14,37 persen ke petugas kesehatan lain, serta 3,5 persen ke dukun/tabib/sinshe. Hasil Susenas 2001 menunjukkan bahwa dari penduduk yang mengeluh sakit dalam 1 bulan terakhir ada sekitar 56,3 persen yang mengobati sendiri. Kondisi ini lebih rendah dari Susenas 1998 yang mencapai 62,2 persen. Di antara yang mengobati sendiri sekitar 85,2 persen menggunakan obat modern, 28,7 persen menggunakan obat tradisional, dan 8,5 persen menggunakan cara lainnya. Penggunaan obat tradisional meningkat hampir 2 kali lipat, di mana pada tahun 1998 hanya mencapai 15 persen.

Menurut Budiharto (2009), tingkat kunjungan/ pemanfaatan (utilisasi) pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin masih cukup rendah yakni sekitar 2,76-7,6 %. Pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin juga disampaikan oleh Departemen Kesehatan (2011). Bahkan secara khusus pemanfaatan Jamkesmas secara nasional oleh ibu hamil juga belum optimal.

Untuk di Jawa Timur, jumlah penduduk miskin di Jawa Timur adalah sebanyak 11.634.718 jiwa dan yang telah mendapat jaminan kesehatan melalui

Jamkesmas dari pemerintah sebanyak 11.587.474 (99,59%) yang artinya hampir seluruh masyarakat penerima Jamkesmas telah ditanggung biaya kesehatannya oleh pemerintah. Adapun tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmas di Puskesmas pada tahun 2010 tercatat sebanyak 5.403.249 terdiri dari 45,38% (kurang lebih 3,9% / bln) untuk pelayanan rawat jalan dan 1,06% untuk pelayanan rawat inap, sedangkan yang memanfaatkan rumah sakit sebanyak 1.074.844 terdiri dari 7,32% untuk pelayanan rawat jalan dan 1,92% untuk pelayanan rawat inap (Dinkes Prop.Jatim, 2011)

Kota Kediri dengan penduduknya pada Tahun 2010 berjumlah 297.961 jiwa yang tersebar di 3 (tiga) wilayah kecamatan dan dilayani 9 Puskesmas induk, terdapat masyarakat kurang mampu sebanyak 37.216 jiwa yang masuk Jamkesmas (biaya ditanggung APBN/pemerintah pusat) dan 36.923 jiwa masyarakat kurang mampu yang ditanggung Jamkesda (anggaran ditanggung daerah/APBD Kota Kediri). Artinya, seluruh masyarakat kurang mampu di Kota Kediri telah tercakup dalam asuransi kesehatan, baik yang masuk dalam Jamkesmas maupun Jamkesda.

Profil Kesehatan Kota Kediri Tahun 2010 menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jamkesmas maupun Jamkesda ternyata belum optimal, yakni pada kisaran 37% per tahun atau rata-rata 3% per bulan.

Data tersebut menjadi menarik kemudian karena eksistensi pelaksanaan program Jamkesmas kepada masyarakat kurang mampu di Kota Kediri berupa pemberian pelayanan kesehatan gratis ternyata belum diikuti oleh penerapan perilaku kesehatan masyarakat maupun pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kota Kediri. Sehingga, perhatian utama penelitian ini akan difokuskan pada

permasalahan belum optimalnya penerapan perilaku kesehatan masyarakat penerima Jamkesmas maupun pemanfaatan pelayanan kesehatan (*use health service*) masyarakat penerima Jamkesmas di Kota Kediri.

Rumusan Masalah

1. Adakah pengaruh faktor predisposing dan faktor enabling terhadap kejadian sakit (Need dan Non Need) pada keluarga penerima Jamkesmas?
2. Adakah pengaruh faktor predisposing dan faktor enabling terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga pada penerima Jamkesmas?
3. Adakah pengaruh faktor predisposing, faktor enabling dan *perceived severity need* terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas?
4. Apakah penerapan perilaku kesehatan berpengaruh terhadap kejadian sakit (Need dan Non Need) pada keluarga penerima Jamkesmas?
5. Apakah persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas?

Tujuan penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengembangkan model perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.

Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis pengaruh faktor predisposing (umur, pendidikan, besar keluarga, status keluarga, status rumah, pekerjaan, interaksi sosial, nilai tentang kesehatan, sikap tentang pelayanan kesehatan, serta pengetahuan tentang sehat dan Jamkesmas) terhadap kejadian sakit

(*perceived need*) pada keluarga penerima Jamkesmas.

2. Menganalisis pengaruh faktor predisposing terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.
3. Menganalisis pengaruh faktor predisposing terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas.
4. Menganalisis pengaruh faktor enabling jumlah pengeluaran keluarga untuk kebutuhan makan dan rokok, jarak ke pelayanan kesehatan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan) terhadap kejadian sakit (Need dan Non Need) pada keluarga penerima Jamkesmas.
5. Menganalisis pengaruh faktor enabling terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.
6. Menganalisis pengaruh faktor enabling terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas.
7. Menganalisis pengaruh penerapan perilaku kesehatan terhadap kejadian sakit (Need dan Non Need).
8. Menganalisis pengaruh penerapan perilaku kesehatan terhadap kejadian sakit (*perceived need*). Menganalisis pengaruh persepsi tentang keparahan sakit (*perceived severity need*) yang dirasakan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas.

Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan dan kerangka konseptual serta kerangka analisis penelitian ini, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hipotesis 1. Ada pengaruh faktor predisposing terhadap kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (*need*) pada keluarga penerima Jamkesmas.

2. Hipotesis 2. Ada pengaruh faktor enabling terhadap kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need) pada keluarga penerima Jamkesmas.
3. Hipotesis 3. Ada pengaruh faktor predisposing terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.
4. Hipotesis 4. Ada pengaruh faktor enabling terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.
5. Hipotesis 5. Ada pengaruh penerapan perilaku kesehatan keluarga terhadap kejadian sakit (need) keluarga penerima Jamkesmas.
6. Hipotesis 6. Ada pengaruh faktor predisposing dan faktor enabling terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas.
7. Hipotesis 7. Ada pengaruh persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga penerima Jamkesmas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey atau observasional. Sedangkan ditinjau dari segi waktu penelitian ini menggunakan desain cross-sectional (potong melintang) dengan pendekatan kuantitatif.

Sampel penelitian adalah seluruh rumah tangga penerima Jamkesmas di wilayah Rukun Tetangga (RT) terpilih dari hasil tehnik pengambilan sampel two stage cluster random sampling dari Populasi seluruh rumah tangga penerima Jamkesmas yang tersebar di 1.200 Rukun Tetangga (RT = N) di Kota Kediri. Besar sampel dalam penelitian ini didapatkan sejumlah 270 KK.

Instrumen yang digunakan di dalam penelitian ini adalah kuesioner yang

menggunakan skala Likert untuk pertanyaan yang berkaitan dengan sikap, nilai dan persepsi, dan menggunakan jawaban dikotomi (Benar — Salah) untuk pertanyaan yang berhubungan dengan pengetahuan, serta untuk pertanyaan kuesioner lainnya, telah tersedia daftar pilihan jawaban yang relevan. Sebelum digunakan untuk mengambil data, kuesioner telah diuji coba dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara survei yang dilakukan di wilayah Kota Kediri Jawa Timur dan waktu pelaksanaannya antara bulan April sampai dengan Juli 2012.

Setelah data dari kuesioner terkumpul, selanjutnya dilakukan pengecekan, pengkodean (coding), dan pengolahan dengan menggunakan program SPSS versi 18, baik untuk analisis deskriptif maupun analitik. Analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan frekuensi, persentasi, rerata (mean), dan tabulasi silang antar variabel yang relevan. Sedangkan analisis analitik dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik, untuk menguji adanya pengaruh antara variabel sebagaimana hipotesis yang telah ditetapkan, mengukur kekuatan pengaruh dan odd ratio variabel serta kelayakan model.

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Berdasarkan hasil uji statistik regresi logistik tahap pertama dengan metode backward pada variabel-variabel yang tergabung dalam faktor predisposing dan faktor enabling yang berpengaruh terhadap kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need) dan penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas, dan juga hasil uji statistik regresi logistik tahap kedua dengan metode backward pada variabel-variabel yang tergabung dalam faktor predisposing dan faktor enabling, serta persepsi tentang

keparahan sakit yang dirasakan yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas, maka disusun model perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas yang bermakna:

1. Kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need) keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri dipengaruhi oleh status tempat tinggal, jumlah pengeluaran keluarga setiap bulan untuk kebutuhan makan, pengetahuan tentang sakit dan status keluarga (inti atau extended), nilai tentang kesehatan, dan penerapan perilaku kesehatan keluarga.
2. Penerapan perilaku kesehatan kepala keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri dipengaruhi secara signifikan oleh pendidikan kepala keluarga, jumlah pengeluaran keluarga kebutuhan rokok, persepsi tentang pelayanan kesehatan, dan nilai tentang kesehatan.
3. Nilai tentang kesehatan adalah satu-satunya variabel yang selain berpengaruh pada kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need), juga berpengaruh pada penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.
4. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas dipengaruhi secara signifikan oleh persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan dan jumlah pengeluaran keluarga untuk kebutuhan makan.

PEMBAHASAN

1. Faktor Predisposing Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri

1.1. Karakteristik Demografi Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012

Hasil penelitian karakteristik demografi dari faktor predisposing dari keluarga penerima Jamkesmas di

Kota menunjukkan bahwa rata-rata umur kepala keluarga adalah 49,80 tahun, mayoritas merupakan keluarga inti dengan rata-rata besar keluarga 4 orang, serta sudah memiliki rumah sendiri. Data ini menunjukkan bahwasanya karakteristik dari keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri adalah produktif (masih mampu bekerja dan menghasilkan sesuatu), 1.3 beban tanggungan keluarga tidak terlalu besar serta telah memiliki kepastian kepemilikan tanah dan rumah. Hal ini juga bisa dimaklumi, mengingat lokasi penelitian merupakan daerah perkotaan, dengan tingkat pertumbuhan ekonomi dan sosiologi yang cukup baik, sehingga karakteristik demografi dari keluarga penerima Jamkesmas yang pada hakekatnya dikhususkan untuk masyarakat miskin ini tentu sedikit berbeda dengan indikator kemiskinan menurut Bappenas (2006), BPS (2005) maupun BKKBN (2006), yang salah satunya ditandai dengan adanya ketidakmampuan baik secara fisik maupun kepemilikan aset.

1.2 Struktur Sosial Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012

Hasil penelitian karakteristik struktur sosial dari faktor predisposing penerima Jamkesmas di Kota Kediri, yang terdiri atas pendidikan kepala keluarga, pekerjaan, interaksi sosial menunjukkan bahwasanya kepala keluarga mayoritas berpendidikan SMP dan SMA, namun bekerja tidak tetap sebagai modus terbanyak, kemudian disusul sebagai buruh tani dan buruh bangunan, serta keaktifan kegiatan RT di lingkungan tempat tinggalnya dikategorikan cukup.

Data penerima Jamkesmas yang pada hakekatnya sebagai kategori masyarakat miskin ini sedikit berbeda dengan indikator kemiskinan menurut BPS (2005) dan Bappenas (2006)) yang salah satunya ditandai dengan rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya apresiasi terhadap lingkungan serta keterbatasan akses dalam lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan. Fakta penelitian ini terjadi mengingat lokasi penelitian adalah di Kota Kediri.

1.3 Keyakinan Kesehatan Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012

Hasil penelitian tentang keyakinan kesehatan pada variabel keyakinan faktor predisposing yang terdiri atas subvariabel pengetahuan sehat-sakit dan Jamkesmas, nilai pentingnya kesehatan serta sikap terhadap pelayanan Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Pengetahuan keluarga penerima Jamkesmas tentang sehat dan sakit menunjukkan bahwa mayoritas penerima Jamkesmas kurang memiliki pengetahuan yang benar tentang sehat-sakit, namun baik untuk manfaat dan penggunaan Jamkesmas.
2. Sikap keluarga penerima Jamkesmas terhadap mutu layanan Puskesmas menunjukkan bahwa mayoritas responder menyatakan sangat setuju dan setuju dalam kategori cukup.
3. Nilai keluarga yang berhubungan dengan kesehatan menunjukkan bahwa berdasarkan temuan hasil penelitian memperlihatkan bahwa mayoritas penerima Jamkesmas memiliki karakteristik nilai tentang kesehatan yang masuk

kategori penting dan sangat penting (lebih dari 80%), artinya nilai pentingnya kesehatan bagi keluarga dalam tinggi.

Data penelitian juga menunjukkan bahwa meskipun berstatus masyarakat miskin, namun untuk hal-hal menyangkut aspek kesehatan, ternyata sudah dipahami dengan baik. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan tingkat pendidikan, interaksi sosial maupun tempat tinggal yang berada di Kota Kediri, sehingga berbagai informasi dan akses begitu mudah didapatkan, sehingga menambah wawasan, pendapat dan persepsi atas hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan. Fakta ini tentu saja berbeda dengan indikator kemiskinan menurut BPS (2005), bahwa salah satu tanda kemiskinan adalah terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan.

2. Faktor Enabling Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012

Hasil penelitian dari faktor enabling keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri yang terdiri atas pendapatan yang diukur dari pengeluaran keluarga tiap bulan, jarak dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar penerima Jamkesmas rata-rata pengeluaran per bulannya diatas Upah Minimum Regional (UMR) Kota Kediri, dengan prosentase pengeluaran terbesar setiap bulan untuk memenuhi kebutuhan makan dan tembakau (rokok).

Sedangkan untuk jarak tempat tinggal dan persepsi dengan pelayanan kesehatan, mayoritas menyatakan dekat dan cukup dekat, serta hanya minim yang mempunyai

persepsi tidak baik terhadap pelayanan kesehatan yang ditetapkan bagi keluarga penerima Jamkesmas. Hasil penelitian dapat dimaklumi, mengingat lokasi tempat tinggal adalah di perkotaan, dimana fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Kediri cukup banyak, tersebar merata, dan mudah dijangkau.

Fakta penelitian ini tentu saja sangat bertentangan dengan parameter-parameter keuangan, yang biasanya menggunakan ukuran uang dan keterbatasan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, sebagaimana parameter kemiskinan menurut BPS (2011), Bappenas (2006) dan BKKBN (2000).

Faktor Need Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012 Hasil penelitian tentang kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need) pada keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri menunjukkan bahwasanya keluarga penerima Jamkesmas yang mengalami kejadian sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan (need) cukup tinggi, yakni 143 keluarga atau $143/270=52,9\%$. Frekuensi kejadian sakit dalam keluarga adalah $513/143=1,8$ kali. Hal ini menggambarkan bahwa keluarga penerima Jamkesmas dan Jamkesda memiliki risiko kejadian sakit dan jumlah kejadian dalam keluarga relatif besar, hampir dua kali selama tiga bulan.

Adapun untuk tingkat keparahan atas sakit (need) yang dirasakan, 100% menyatakan sangat khawatir. Temuan penelitian ini juga tidak jauh berbeda dengan hasil kajian yang dilakukan Sarwono (2007) dan Dimateo (1991) serta Biro Pusat Statistik (2005) sebelumnya. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwasanya kejadian sakit (need)

keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri ternyata dipengaruhi oleh status rumah tempat tinggal yang milik sendiri dan status keluarga inti (karakteristik demografi pada faktor predisposing), nilai tentang kesehatan yang berkategori tidak penting dan biasa, pengetahuan tentang penyakit dan Jamkesmas yang buruk (karakteristik keyakinan kesehatan pada faktor predisposing), jumlah pengeluaran untuk makan setiap bulan (faktor enabling), dan penerapan perilaku kesehatan keluarga. Hasil penelitian ini tentu saja sedikit berbeda dengan model Perilaku Kesehatan dari Andersen dan Newman (1995), bahwasanya seluruh karakteristik pada faktor predisposing dan enabling berpengaruh terhadap tingkat kesakitan.

4. Penerapan Perilaku Kesehatan Keluarga Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepala keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri mayoritas menerapkan perilaku kesehatan yang tidak sehat, yakni merokok dan atau minum minuman beralkohol, sedangkan istri dari kepala keluarga penerima Jamkesmas mayoritas sudah melakukan penerapan perilaku kesehatan yang sehat. Secara khusus angka penerapan perilaku merokok kepala keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri pada tahun 2012 ini di atas rata-rata data Susenas (2001). Temuan ini tentu saja tidak sesuai dengan tujuan program Jamkesmas yang telah ditetapkan, yakni agar derajat kesehatan masyarakat kurang mampu dapat meningkat optimal 5. secara efektif dan efisien (Depkes, 2009), mengingat perilaku yang tidak sehat akan berpotensi untuk

menurunkan derajat kesehatan, baik secara individu, keluarga serta masyarakat. Temuan penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian Trisnantoro (2000), bahwa penerima Jamkesmas yang mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, ternyata tidak diikuti dengan perilaku sehat.

Penerapan perilaku kesehatan pada keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri ini, berdasarkan hasil penelitian ternyata tidak dipengaruhi oleh seluruh karakteristik pada faktor prediposing dan enabling sebagaimana dinyatakan oleh Andersen dan Newman (1995) serta Green (1980), namun hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan kepala keluarga, khususnya yang tidak tamat Sekolah Dasar (SD), penilaian keluarga tentang kesehatan yang berkategori biasa dan penting (faktor predisposing), dan persepsi yang tidak baik tentang pelayanan kesehatan yang ditetapkan dalam program Jamkesmas sertajumlah pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan rokok setiap bulan (faktor enabling).

Analisis lanjut dari hasil tabulasi silang menunjukkan bahwasanya keluarga penerima Jamkesmas yang melakukan penerapan perilaku tidak sehat, mayoritas pendidikan dasar dan menengah (SD-SMA), tidak bekerja, rata-rata pengeluaran untuk tembakau/rokok lebih dari 80 % dari total pengeluaran tiap bulan, dan tetap menempatkan aspek kesehatan menjadi nilai yang penting dalam kehidupan sehari-hari. Hasil ini berakna bahwa perilaku tidak sehat pada keluarga penerima Jamkesmas tidak hanya didominasi oleh keluarga yang berpendidikan rendah saja ataupun yang menempatkan kesehatan

sebagai sesuatu yang tidak penting bagi diri dan keluarganya.

5. Pola Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Penerima Jamkesmas di Kota Kediri Tahun 2012

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri pada saat terjadi sakit baik yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need) maupun yang tidak membutuhkan pelayanan kesehatan, mayoritas ternyata tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan yakni Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, meskipun tidak dikenakan biaya sama sekali (gratis) serta ada rasa sangat khawatir atas sakit yang dirasakan. Adapun fasilitas pelayanan kesehatan lain yang dipilih saat kepala keluarga dan anggota keluarga sakit adalah dokter praktek swasta, diobati sendiri dengan beli obat di apotik dan toko obat serta Bidan/mantri Praktek Swasta. Hasil penelitian ini kemungkinan besar 6 disebabkan karena karakteristik dari penerima Jamkesmas di Kota Kediri bukan merupakan keluarga yang benar-benar miskin, sebagaimana parameter dan indikator kemiskinan yang ditetapkan, sehingga mereka memiliki kemampuan untuk membayar dan atau memilih tempat pelayanan kesehatan lain, meskipun harus mengeluarkan biaya.

Temuan ini tentu saja berbeda dengan tujuan adanya program Jamkesmas (Depkes, 2009), yakni meningkatkan cakupan masyarakat kurang mampu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma di puskesmas dan jaringannya. Hasil ini juga tidak jauh berbeda dengan penelitian Depkes (2011) dan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

(2011), bahwasanya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu masih belum optimal. Penelitian ini juga menemukan bahwasanya tidak ada satupun karakteristik pada faktor predisposing keluarga penerima Jamkesmas yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kota Kediri. Adapun variabel yang berpengaruh adalah jumlah pengeluaran keluarga setiap bulan untuk memenuhi kebutuhan makan (faktor enabling) dan persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan oleh keluarga penerima Jamkesmas, khususnya yang berkategori sangat khawatir. Temuan ini tentu saja berbeda dengan Teori Andersen dan Newman (1995), hasil penelitian Lukiono W (2011) dan hasil penelitian Widyastuti (2009), bahwasanya pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi karakteristik demografi, struktur sosial, dan kepercayaan kesehatan (faktor predisposing) serta faktor enabling baik secara partial dan atau secara bersama sama.

6. Uji Hipotesis

Hasil analisis jalur seperti pada Gambar 2 digunakan untuk membuktikan dan menjelaskan hipotesis penelitian.

1. Hipotesis 1. Ada pengaruh faktor predisposing terhadap kejadian sakit (need).

Faktor yang mempengaruhi Kejadian sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan (need) keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri, dari faktor demografi adalah status kepemilikan rumah ($\beta = -1,919$; $P=0,023$) dan status keluarga inti ($\beta = 0,948$, $P=0,014$), pengetahuan tentang

sehat-sakit ($\beta = 0,657$, $P=0,019$) serta nilai pentingnya kesehatan bagi keluarga ($\beta = -1,355$, $P < 0,001$). Jadi hipotesis 1. Terbukti

2. Hipotesis 2. Ada pengaruh faktor enabling terhadap need

Pengaruh faktor enabling yang berpengaruh pada Need adalah tingkat ekonomi keluarga, yang diwakili oleh besar alokasi pengeluaran untuk makan ($\beta = 0,516$, $P=0,004$), artinya makin rendah tingkat ekonomi keluarga lebih berisiko mengalami need Hipotesis 2. terbukti

Temuan ini tentu tidak berbeda dengan Model Perilaku Kesehatan dari Andersen dan Newman (1995), bahwasanya kejadian sakit (need) itu dipengaruhi secara bersama-sama oleh karakteristik keluarga untuk faktor predisposing dan enabling.

3. Hipotesis 3. Ada pengaruh faktor predisposing terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas.

Variabel pendidikan kepala keluarga ($P=4,311$, $P=0,034$), besar pengeluaran keluarga untuk rokok ($\beta = 0,963$, $P < 0,001$) dan Nilai pentingnya kesehatan bagi keluarga ($\beta = -1,825$, $P=0,002$),.

4. Hipotesis 4. Ada pengaruh faktor enabling terhadap penerapan perilaku kesehatan keluarga penerima Jamkesmas

Faktor enabling untuk persepsi tentang pelayanan kesehatan ($\beta = -1,395$, $P=0,041$), artinya keluarga yang memiliki persepsi positif tentang pelayanan Puskesmas (secara umum), cenderung berperilaku tidak menerapkan perilaku kesehatan keluarga yang positif juga. Salah

situ kemungkinan untuk jawaban ini, bila sakit pasti dilayani dan bebas biaya bila berobat ke Puskesmas. Menurut Andersen dan Newman (1995), penerapan perilaku kesehatan dipengaruhi secara bersama-sama oleh faktor demografi, struktur sosial dan keyakinan pada faktor predisposing, faktor enabling serta faktor need. Hal serupa diperkuat oleh Green (1980) dan Fishbein dalam Glanz (2008), bahwasanya Perilaku Kesehatan itu dipengaruhi oleh variabel demografis, yang terdiri atas pengetahuan, pendidikan, sikap, tradisi, kepercayaan, sosial, ekonomi, dll.

5. Hipotesis 5. Ada pengaruh penerapan perilaku kesehatan keluarga terhadap kejadian sakit (need). ($t=0,0641$, $P=0,029$), artinya penerapan perilaku kesehatan yang negatif cenderung terjadi risiko sakit dalam keluarga. Hipotesis 5. terbukti

6. Hipotesis 6. Ada pengaruh faktor predisposing dan faktor enabling terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Faktor enabling yang memiliki pengaruh terhadap pemanfaatan Puskesmas yakni variabel tingkat pengeluaran keluarga untuk makan ($t=0,843$, $P=0,034$), artinya mereka yang tingkat pengeluaran tinggi atau makin miskin cenderung lebih memanfaatkan Puskesmas bila sakit.

Hipotesis 6 hanya untuk faktor enabling terbukti, sedangkan untuk faktor predisposisi tidak terbukti.

7. Hipotesis 7. Ada pengaruh persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga penerima Jamkesmas.

Hasil penelitian pengaruh tingkat keparahan penyakit terhadap

pemanfaat pelayanan Puskesmas adalah ($t=-6,665$, $P<0,001$), artinya semakin mempersepsikan keparahan sakit bila sakit, orang akan cenderung memanfaatkan Puskesmas. Hipotesis 7. Terbukti.

Dari uji hipotesis tersebut, hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Lukiono (2011) bahwasanya pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas pada masyarakat miskin dipengaruhi oleh persepsi atas mutu pelayanan kesehatan yang meliputi fasilitas, sikap petugas, dan kesulitan akses. Sedangkan Widiastuti (2009) menyampaikan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas oleh masyarakat miskin berhubungan dengan transaction convenience, benefit convenience dan postbenefit convenience.

Menurut Andersen dan Newman (1995), pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi secara bersama-sama oleh karakteristik demografi, struktur sosial dan keyakinan pada faktor predisposing, dan faktor enabling serta dan faktor need. Pendapat tersebut sama dengan model Zschock (1979) dan Model Andersen dan Anderson (1979) dalam Ilyas (2003). Hal serupa diperkuat oleh Notoadmojo (2003) terkait faktor yang berhubungan perilaku pencarian pengobatan (health seeking behaviour).

Meskipun teorinya demikian, namun hasil uji hipotesis menemukan bahwa ternyata hanya jumlah pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan makan dan tingkat keparahan atas keluhan sakit yang dirasakan yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga penerima

Jamkesmas di Kota Kediri. Sedangkan faktor enabling yang meliputi karakteristik demografi yang terdiri atas umur, besar keluarga, status keluarga, status tempat tinggal, karakteristik struktur sosial yang terdiri atas pendidikan, pekerjaan, interaksi sosial, karakteristik keyakinan kesehatan yang terdiri atas pengetahuan tentang penyakit dan Jamkesmas, nilai tentang kesehatan dan sikap terhadap pelayanan kesehatan, serta faktor enabling yang terdiri atas pengeluaran untuk rokok, jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan, semuanya tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ditetapkan bagi penerima Jamkesmas di Kota Kediri.

Temuan ini menarik mengingat sebagai penerima Jamkesmas yang pada hakekatnya masyarakat miskin, yang berdomisili di perkotaan, yang jarak tempat tinggal dengan fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas dan jaringannya cukup dekat, tidak ada dipungut biaya pelayanan pada tempat yang ditentukan, namun ternyata karakteristik dan fasilitas yang didapatkan oleh masyarakat penerima Jamkesmas tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan pada saat kepala keluarga dan anggota keluarganya sakit. Bahkan beberapa keluarga penerima Jamkesmas lebih suka memilih dokter praktek swasta, diobati sendiri dengan membeli obat di apotek dan toko obat, bidan dan mantri praktek swasta, sebagai tempat pelayanan kesehatan, yang tentu saja memerlukan biaya dan dana.

Temuan lain pada variabel yang tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah sikap dan persepsi keluargapenerima Jamkesmas terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas dan jaringannya. Meskipun mayoritas kepala keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri menyatakan sikapnya setuju dan sangat setuju, serta persepsinya tentang mutu pelayanan kesehatan baik dari sumber daya manusia, fasilitas dan akses, yang cukup baik dan sangat baik, namun fakta ini tidak cukup mempengaruhi penerima Jamkesmas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ini pada saat keluarga dan anggotanya mengalami sakit, ternyata hanya dipengaruhi oleh prioritas pengeluaran untuk makan ditingkat keparahan atas sakit yang dirasakan. Adapun kekuatan pengaruh jumlah pengeluaran keluarga untuk makan dan tingkat keparahan atas keluhan sakit yang dirasakan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, berclasarkan hasil uji didapatkan nilai sebesar 0,843 dan -6,665 serta dengan an odd ratio yang 2,323 dan 0,001. Temuan ini menunjukkan betapa jumlah pengeluaran untuk makan dan persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan keluarga penerima Jamkesmas menjadi faktor dominan atas tindakan yang diambil oleh keluarga penerima Jamkesmas dalam rangka pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ditetapkan.

7. Temuan Teoritis Penelitian

Penelitian ini juga menemukan determinan baru pada faktor predisposisi keluarga penerima

Jamkesmas yang mempengaruhi kejadian sakit (need), yaitu status kepemilikan rumah tempat tinggal (rumah milik sendiri lebih berisiko sakit dibanding rumah sewaan dan kost keluarga) dan status besar keluarga yang mana keluarga inti (orangtua dan anak berisiko sakit dibanding dengan keberaclaan anggota lain orang tua, saudara). Kedua variabel tersebut tidak ada dalam faktor predisposisi menurut Andersen dan Newman (1995).

Temuan lain yang juga berbeda dengan Andersen dan Newman (1995), adalah bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga penerima Jamkesmas selain bisa dipengaruhi secara langsung oleh variabel pada faktor enabling (yakni jumlah pengeluaran keluarga untuk makan setiap bulan atau tingkat kemiskinan), juga keparahan dari need dan non need yang dirasakan keluarga.

8. Temuan Praktis Penelitian

Penelitian ini menemukan bahwasanya ada beberapa karakteristik dari keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri yang berbeda dengan kriteria kemiskinan yang ditetapkan yang merupakan prasarat dari keluarga penerima Jamkesmas. Karakteristik 2. tersebut diantaranya adalah : (1) mayoritas keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri masih berumur produktif; (2) beberapa keluarga penerima Jamkesmas memiliki penclapatan yang diukur dari pengeluaran rata-rata setiap bulannya melebihi Upah Minimum Regional, dengan pengeluaran terbesar pertama dan kedua dari total pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan rokok ; (3) mayoritas sudah memiliki rumah sendiri sebagai tempat tinggal; (4)

terdapat kepala keluarga penerima Jamkesmas yang berpendidikan tinggi yakni sarjana, meskipun sedikit; (5) mayoritas kepala keluarga penerima Jamkesmas di Kota Kediri tidak menerapkan perilaku kesehatan yang sehat, yakni merokok dan minum-minuman beralkohol, dan (6) mayoritas penerima Jamkesmas di Kota Kediri tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan gratis Puskesmas sebagaimana tempat yang ditetapkan pada saat terjadi sakit, namun justru memanfaatkan pelayanan kesehatan yang harus membayar tunai.

Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah bahwa responder dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki kartu Jamkesmas, tanpa melihat kebenaran dan ketepatan parameter dan kriteria kemiskinan sebagaimana prasyarat penerima Jamkesmas yang telah ditetapkan, sehingga berpeluang adanya responder yang sebenarnya tidak masuk kategori keluarga miskin namun memiliki kartu Jamkesmas.

KESIMPULAN

1. Pola pencarian pelayanan kesehatan penerima Jamkesmas di Kota Kediri, baik yang menjadi kebiasaan dan saat penelitian sebagian besar memanfaatkan pelayanan di luar Puskesmas.
2. Karakteristik demografi sebagai faktor predisposing pada keluarga penerima Jamkesmas menunjukkan bahwa mayoritas (94,1%) memiliki jumlah sendiri, berusia produktif, memiliki keluarga inti (84,1%) dengan jumlah 4 jiwa.
3. Karakteristik struktur sosial sebagai faktor predisposing pada keluarga penerima Jamkesmas menunjukkan pendidikan kepala keluarga sebagian

- besar SLTP ke bawah, pekerjaan kepala keluarga modus terbanyak tidak tetap, kemudian disusul buruh., dan interaksi sosial mayoritas masih aktif dalam kegiatan sosial (RT).
4. Karakteristik keyakinan kesehatan pada faktor predisposing pada keluarga penerima Jamkesmas menunjukkan mayoritas keluarga telah memiliki pengetahuan sehat sakit yang kurang dan memiliki pengetahuan tentang Jamkesmas yang baik dan menempatkan pentingnya nilai kesehatan dalam- kehidupan sehari-hari dalam kategori cukup baik.
 5. Faktor enabling keluarga penerima Jamkesmas menunjukkan pengeluaran keluarga per bulan di atas Upah Minimum Regional (UMR) yang berlaku, dengan alokasi jumlah pengeluaran terbesar untuk memenuhi kebutuhan makan (urutan pertama = 66 % dan urutan kedua=29%). Keterjangkauan atau akses ke tempat pelayanan kesehatan sangat dekat dan mudah.
 6. Kejadian sakit (need) pada keluarga penerima Jamkesmas menunjukkan Prevalensi kejadian sakit dalam tiga bulan relatif tinggi, yakni 52,9% keluarga dari seluruh total sampel dalam tiga bulan dengan frekuensi kejadian 1,8 kali.
 7. Penerapan perilaku kesehatan didominasi perilaku ayah yang tidak sehat, yang mana mayoritas ayah berperilaku merokok dan minum minuman ber-alkohol.
 8. Hasil Analisis Jalur adalah sebagai berikut:
 - 8.1 Faktor predisposing berpengaruh terhadap Need; adalah status tempat tinggal (milik sendiri), status keluarga (keluarga inti), pengetahuan sehat sakit (kurang) nilai tentang kesehatan (kurang), semua memiliki pengaruh negatif terhadap risiko kejadian sakit keluarga. Hipotesis 1. Terbukti.
 - 8.2 Faktor enabling terhadap need: adalah jumlah pengeluaran keluarga untuk kebutuhan makan atau tingkat kemiskinan berpengaruh pada need, artinya makin miskin keluarga risiko need tinggi. Hipotesis 2 terbukti.
 - 8.3 Faktor predisposing keluarga penerima Jamkesmas yang berpengaruh terhadap penerapan perilaku kesehatan adalah tingkat pendidikan kepala keluarga (variabel struktur sosial), nilai tentang kesehatan (variabel keyakinan kesehatan). Hipotesis 3 Terbukti.
 - 8.4 Faktor enabling yang berpengaruh adalah jumlah pengeluaran keluarga untuk tembakau/rokok (meningkat) dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan (memburuk), maka penerapan perilaku kesehatan dalam keluarga makin jelek. Hipotesis 4 terbukti.
 - 8.5 Ada pengaruh antara penerapan perilaku kesehatan keluarga terhadap kejadian sakit (need). Perilaku kesehatan yang cenderung tidak sehat berisiko kejadian sakit meningkat. Hipotesis 5 terbukti.
 - 8.6 Faktor predisposing tidak berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan Puskesmas dan faktor enabling (pengeluaran untuk makan) ada pengaruh positif terhadap pemanfaatan pelayanan Puskesmas. Keluarga yang cenderung miskin, berisiko kuat terhadap kejadian sakit meningkat. Hipotesis 6 Sebagian terbukti.
 - 8.7 Persepsi tentang keparahan sakit yang dirasakan keluarga berpengaruh positif

terhadap pemanfaatan pelayanan Puskesmas. Hipotesis 7 terbukti.

DAFTAR PUSTAKA

- Andreasen R.A. 1995. Marketing Social Change. Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. Jossey-Bass., Washington
- Andersen R., 1995, Revisiting the Behavioral Model and Acces to Medical Care : Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior vol 36, Universitas of California at Los Angeles.
- Andersen R. and J.F. Newman, 2005, Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilizationin the United State, The Milbank Quarterly, Vol. 83No. 4.
- Amin, Ruhul, Sifiq A.Chowdhury, G.M.Kamal, J.Chowdhury, 1978, "Community Health Services and Health Care Utilization in Rural Bangladesh", Social Science and Medicine (12) 1343-1349
- Azwar A, 1996, Reformasi Pelayanan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Bappeda dan BPS Kota Kediri, 2011, Kota Kediri Dalam Angka, Kediri.
- Benyoussef, A and Wessen, A.F, 1974, "Utilization of Health Services in Developing Countries – Tunisia", Social Science and Medicine (5) : 287-304
- BPS, 2005, Tingkat Kemiskinan di Indonesia, Jakarta
- Bappenas, 2009, Strategi Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia, Jakarta.
- Budiarto, Wasis, 2010, Model Pemenuhan Kebutuhan Dasar Kesehatan bagi Masyarakat Miskin oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dalam Rangka Implemetasi Sistem Jaminan Sosial Nasional, Kerjasama antara Kementerian Riset dan Teknologi dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Corner, Lorraine and Yulfita Rahardjo, 1993, Indonesia Health Policy into The Twenty-first Century: the Role of Demand, Canberra: Research School of Australia
- Departemen Kesehatan RI, 2001, Pedoman Kerja Badan Pembina JPKM, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2009, Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas 2009), Jakarta
- Dunlap, L (2006), berjudul "The Relationship Between Health Insurance Characteristics And The Use Of Behavioral Health Treatment Service Australian Health Riview, Sydney
- Ghufron, Ali Mukti dan Moertjahjo, 2008, Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi. PT KHM, Yogyakarta
- Gonzales, Kristin A, 2005, The Effect of Health Insurance on Health Care Utilization in Mexico, The University of North Carolina at Chapel Hill
- Glanz K., Rimer K., Viswanath K., 2008, Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4 Edition, Jossey-Bass Wiley Imprint, San Francisco
- Ilyas, Y, 2003 Asuransi Kesehatan, Review Utilisasi, Manajemen Klaim Dan
- Fraud, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Jakarta
- Laura, Dunlap, 2006, The Relationship Between Health Insurance Characteristics and The Use of Behavioral Health Treatment

- Service, The University of North Carolina at Chapel Hill
- Lasser EK, Himmelstein D, Woolhandler, 2006, Acces to Care, Health Status, and Health Disparitas in the United State and Canada. Results of A Cross National Population – Base Survey, American Journal of Public Health, Washington.
- Lukiono, Wahyu Tri, 2011, Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Terhadap Pemanfaatan Jaminan Kesehatan pada Ibu Hamil Miskin di Kota Blitar, Laporan Penelitian, Blitar
- Nasikun, 2005, Problematika Kemiskinan Perkotaan Dunia III, Jakarta
- Notoadmodjo, Soekidjo, 1997, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoadmodjo, Soekidjo, 1997, Sosiologi Untuk Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoadmodjo, Soekidjo, 2003, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta
- Marmot, M dan Wilkinson, R, 2006, Social Determinants of Health, Oxford University press.
- Meessen B, Van Dame W, Tasyoby, CK, 2007, Poverty and User Fees for Public Health Care in Low Income Countries: Lesson from Uganda and Cambodia, The Lancet, London.
- Mooney, Gavin, 2003, Economic, Medecine and Health Care, Third Edition, Prentice Hall, England.
- Park JM, Metraux, Culhane D (2010), berjudul "Behavioral Health Service Use among Heads of Homeless and Housed Poor Family". Australian Health Review, Sydney
- Purwanto, EA dan Sulistyastuti, DR, 2007, Metode Penelitian Kuantitatif Untuk Administrasi Publik dan Masalah-masalah Sosial, Gava Media, Yogyakarta.
- Rebhan, David P, 2008, Health Care Utilization: Understanding and Applying Theories and Models of Health Care Seeking Behavior, Case Western Reserve University.
- Retnowati, 2008, "Pelayanan Kesehatan Miskin, Persepsi Stakeholder di Kota Kupang", Laporan Penelitian, Kupang.
- Sasongko, Argo Baskoro dan Sri Suwitri, 2006, Implementasi Keb~akan Program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang, Laporan Penelitian Universitas Diponegoro, Semarang.
- Surpiyanto S., Ernawati, 2009, Strategi Pemasaran Jasa Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas " Airlangga, Surabaya
- Supriyanto S., Ernawati, 2010, Pemasaran Industri Jasa Kesehatan, PT. Andi Offset, Yogyakarta.
- Sulastomo, 2003, Manajemen Kesehatan, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Struckler D, Basu S, Suhecke M, Coultts A, Me Kee M, 2009, The Public Health Effect Of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe : an Emperical Analysis, the Lancet London.
- Tataw, David and Hejazi, BS, 2010, Impact of the Health Services Utilization and Improvment Model (HUIM) On Self Efficacy And Satisfaction Among A Head Start Population, American Journal of Health Studies.
- Thabrany, Hasbullah, 2005, Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Walker A, Percival R, Turect L and Peares J, 2007, Public Policy and Private Health Insurance Distributional Impact on Public and Private

- Hospital Usage, Australian Health Review, Sidney.
- Wardhani, Reny Kusuma, 2009, "Polo Pelayanan Kesehatan Bagi Pengguna Kartu Askeskin, Studi Deskriptif mengenai Akses Pengguna Kartu Askeskin terhadap Pelayanan Kesehatan di Kec. Semampir Wonokusumo Surabaya", Surabaya.
- Widhiasthuti, 2006, "Analysis Faktor yang Mempengaruhi Angka Utilisasi Puskesmas yang Rendah oleh Masyarakat Miskin Kota Surabaya Berdasarkan Service Convenience: Studi Kasus di Puskesmas Sidotopo Surabaya", Surabaya
- Wijono, Djoko, 1999, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Airlangga University Press, Surabaya.