

## ANALISIS PENURUNAN PESERTA DANA SEHAT DI KECAMATAN WONOGIRI

### THE ANALYSIS OF DANA SEHAT PARTICIPANTS DECLINING AT SUB DISTRICT OF WONOGIRI

Sukeksi<sup>1</sup> dan Heru Nugroho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Puskesmas Wonogiri I, Wonogiri

<sup>2</sup> Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada

#### ABSTRACT

The research analyzed the decline of Dana Sehat participants by evaluating the management system of Dana Sehat at Sub District of Wonogiri. This research was an observational one by using cross-sectional approach. Research subjects were current and former Dana Sehat participants at sub District of Wonogiri, being in total 185 samples and respondents. Former Dana Sehat participants included 148 respondents, while current participants were 37 people; all were selected randomly. There were 5 variables that affected the current Dana Sehat participants which related to respondent's characteristic such as: education, family income, the knowledge of Dana Sehat, medical habits and habitual changing; 2 other variables were connected with the existence of Dana Sehat Management Team and the Health Service Workers who continuously guide Dana Sehat Management Team and their attitude. The hypothesis was formulated in sentences implying the relationship between the independent variable and dependent variable (the current and the former Dana Sehat participants). The conclusion that could be drawn from this research is that the improvement level of Dana Sehat at the sub-district of Wonogiri was still at the phase of Dana Sehat Pratama, while its functional management had not reflected JPKM; the community tended to participate in Dana Sehat with insurance premium at Rp. 3,500,- each family per year; the continuity of Dana Sehat participants is not influenced by: education, medical habits, family income, attitude of health workers, and the knowledge about Dana Sehat itself.

*Key words:* declining analysis, Dana Sehat Participants, Dana Sehat Organization

#### PENGANTAR

Undang-Undang Kesehatan No. 23/1992 Pasal 5, Pasal 65, dan Pasal 71 menyatakan bahwa setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungannya. Pembiayaan penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat. Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya.

GBHN 1993 menyatakan semua usaha untuk mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat perlu dikembangkan dengan upaya mema-

nyarakan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat berdasarkan prinsip gotong royong.

Dana Sehat merupakan suatu upaya pemeliharaan kesehatan dari, oleh dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan dengan pembiayaan secara pra-upaya dan bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat<sup>1</sup>. Ciri khas dari Dana Sehat adalah dari, oleh dan untuk masyarakat karena mencerminkan tingkat peran serta masyarakat yang tinggi dalam upaya pemeliharaan kesehatan. Di Indonesia, Dana Sehat telah berkembang di 27 provinsi, 290 kabupaten dan sekitar 15.000 desa mencakup sekitar 7 juta jiwa (5% penduduk). Beberapa

daerah meningkatkan kepesertaan Dana Sehat sampai mencakup hampir 100% penduduk kabupaten yaitu: Wonogiri, Magetan, Tulungagung dan Minahasa, bahkan NTT mencapai kepesertaan hampir seluruh penduduk propinsi<sup>2</sup>.

Kabupaten Wonogiri mulai melaksanakan Dana Sehat pada tahun 1991/1992 dengan terlebih dahulu mengadakan persiapan berupa pertemuan lintas sektoral se-Kabupaten Dati II Wonogiri yang membahas petunjuk Penyelenggaraan Dana Sehat di Kabupaten Dati II Wonogiri. Diputuskan bahwa masing-masing kecamatan diharuskan melaksanakan Dana Sehat berprinsip JPKM dengan mengacu pada Petunjuk Penyelenggaraan Dana Sehat di kabupaten Dati II Wonogiri dan pada tahun 1993/1994 seluruh kecamatan yang berada di Kabupaten Wonogiri telah melaksanakan Dana Sehat.

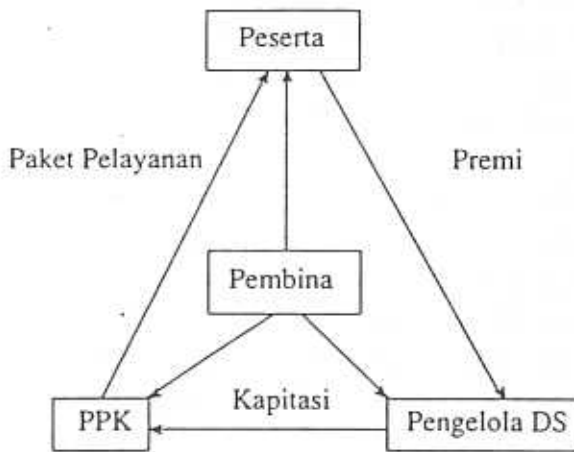
Kecamatan Wonogiri mulai melaksanakan Dana Sehat sejak tahun 1993/1994 dengan mengacu SK Bupati KDH Wonogiri tentang Pembentukan Badan pengelola Dana Sehat berprinsip JPKM dan Petunjuk Penyelenggaraan Dana Sehat di Kabupaten Dati II Wonogiri. Besarnya premi tahun 1993/1994 Rp. 2500/KK/tahun, tahun 1994/1995 dan tahun 1995/1996 besarnya premi Rp. 3.500/KK/tahun dan tahun 1996/1997 besarnya premi Rp. 1.000/jiwa/tahun. Adapun pemeliharaan kesehatan yang diperoleh oleh peserta adalah: pengobatan rawat jalan, KIA, KB, Gigi di Puskesmas wilayah Kecamatan Wonogiri, dan bila ada pasien yang opname mendapat bantuan Rp. 10.000,-. Walaupun Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri telah berlangsung lebih dari 3 tahun namun Badan Pengelola Dana Sehat tingkat Kecamatan Wonogiri belum berfungsi dengan baik, karena kepengurusan Dana Sehat semuanya dijabat oleh dinas-dinas yang ada di Kecamatan Wonogiri dan staf Kecamatan Wonogiri yang semuanya mempunyai tugas dan kesibukan. Rapat pengurus lengkap biasanya hanya diadakan 1 tahun 1 kali yang membahas rencana penyuluhan (penyuluhan ke desa 1 tahun 1 kali), menetapkan premi yang akan datang dan mengadakan evaluasi. Perencanaan yang lengkap untuk kegiatan selama 1 tahun belum pernah dibuat. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam hal ini

Puskesmas di wilayah Kecamatan Wonogiri (termasuk Pustu, Polindes dan Posyandu) selama lebih dari 3 tahun melaksanakan kegiatan yang sama yaitu tindakan kuratif, sedangkan untuk preventif dan promotif belum pernah dilaksanakan, juga belum adanya kegiatan pra-upaya di mana Badan Pengelola seharusnya membuat perencanaan pemeliharaan kesehatan yang lebih baik dengan biaya yang diperlukan dapat diatur, karena sampai saat ini kontrak dengan Puskesmas baru berupa klaim sejumlah peserta yang berobat. Jumlah peserta yang seharusnya mengalami peningkatan justru mengalami penurunan, di mana peserta Dana Sehat tahun 1993/1994 sejumlah 4927 KK (32,21%), tahun 1994/1995 sejumlah 2997 KK (19,05%) dan tahun 1995/1996 sejumlah 3128 KK (19,73%). Keuangan Dana Sehat setiap tahunnya tidak dapat mencapai 100% di mana tahun 1993/1994 jumlah iuran yang masuk 92,51% dari target, tahun 1994/1995 jumlah iuran yang masuk 77,76% dari target dan tahun 1995/1996 jumlah iuran yang masuk 70,23% dari target, karena prosedur keuangan terlalu panjang sehingga sampai ke tingkat Kecamatan Wonogiri seringkali terlambat.

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka permasalahan yang akan diteliti adalah apakah penyebab penurunan peserta Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri, di mana ada 3 faktor penyebabnya yaitu: (1) Bapel Dana Sehat; (2) PPK; (3) Peserta Dana Sehat. Penelitian Dana Sehat ini baru pertama kali dilaksanakan di Kecamatan Wonogiri maupun di Kabupaten Wonogiri.

Dana Sehat diperlukan oleh masyarakat dengan alasan: (1) pemeliharaan kesehatan (paripurna) memerlukan dana yang berkesinambungan; (2) pembiayaan kesehatan oleh masyarakat secara sendiri-sendiri lebih memperhatikan tindakan pengobatan dan mengabaikan tindakan pencegahan; (3) tidak setiap orang mampu membiayai setiap waktu pemeliharaan kesehatannya. Komponen Penyelenggaraan Dana Sehat terdiri dari: peserta, Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK), Pengelola Dana Sehat dan Pembina Dana Sehat. Agar Dana Sehat mencapai tujuannya, diperlukan kerjasama yang baik antara komponen penyelenggaraan Dana

Sehat, di mana masing-masing komponen mempunyai hak dan kewajiban. Hubungan empat komponen Dana Sehat dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1  
Operasional Dana Sehat

Peserta Dana Sehat adalah anggota masyarakat dan atau keluarga yang bergabung dalam kelompok Dana Sehat yang sudah ada, hak dari peserta adalah mendapatkan paket pemeliharaan kesehatan sesuai dengan perjanjian dan kewajibannya membayar premi. Menjaring peserta Dana Sehat merupakan hal yang paling penting karena ikut sertanya mereka merupakan kunci sukses Dana Sehat. Penyuluhan kelompok tentang kesehatan sangat diperlukan dalam rangka pembinaan peserta Dana Sehat agar mereka tetap lestari dan untuk meningkatkan jumlah peserta Dana Sehat. Salah satu kegiatan pokok dalam fungsi kepesertaan adalah menampung keluhan dari peserta dan ditindaklanjuti sebagaimana mestinya.

Pelayanan terstruktur adalah suatu sistem pelayanan yang diselenggarakan dengan suatu mekanisme pengendalian biaya dan sekaligus menjamin adanya pelayanan yang paripurna dengan kualitas optimal serta penggunaannya sesuai dengan pola yang diinginkan (promotif dan preventif). Jenjang pelayanan kesehatan terdiri dari: (1) sarana pelayanan kesehatan tingkat rumah tangga (*self care*); (2) sarana pelayanan kesehatan tingkat masyarakat (POD, Posyandu); (3) sarana pelayanan

kesehatan tingkat pertama (Puskesmas, Pustu, Polindes, dokter praktek); (4) sarana pelayanan tingkat rujukan yang lebih tinggi (Puskesmas rawat inap, RS tipe D/C); dan (5) sarana pelayanan tingkat rujukan yang lebih tinggi.

Paket pemeliharaan kesehatan adalah kumpulan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara untuk kepentingan peserta Dana Sehat dan keluarganya. Paket pemeliharaan kesehatan terdiri dari paket pemeliharaan kesehatan dasar (pelayanan rawat jalan, rawat inap, penunjang, gawat darurat) dan paket pemeliharaan kesehatan tambahan.

Badan Pengelola Dana Sehat yang berprinsip JPKM, berdasarkan UU No. 23 tahun 1992 harus memenuhi persyaratan: (1) telah berbadan hukum; (2) telah mengadakan studi kelayakan dengan hasil layak; (3) memiliki rencana usaha JPKM; (4) memiliki modal yang jumlahnya sama dengan anggaran operasional 3 bulan penyelenggaraan JPKM; dan (5) memiliki dana cadangan sebesar 25% dari anggaran pelayanan kesehatan setahun. Ada 3 fungsi pokok dari organisasi Dana Sehat yaitu: (1) fungsi manajemen kepesertaan; (2) fungsi manajemen keuangan; (3) fungsi manajemen pemeliharaan kesehatan. Berdasarkan tingkat perkembangannya Dana Sehat dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu: (1) Dana Sehat Pratama 1, 2, 3; (2) Dana Sehat Madya; (3) Dana Sehat Purnama dan indikator penilaiannya terdiri dari: jumlah KK peserta Dana Sehat, besarnya iuran/premi per jiwa/bulan, pemeliharaan kesehatan yang diperoleh peserta dan keadaan organisasi Dana Sehat sudah berbadan hukum atau belum dan jumlah tenaga tetap yang mengelola Dana Sehat.

Menurut Normand & Weber (*cit.* Trisnantoro)<sup>1</sup> perlu dipertimbangkan kebijakan-kebijakan pada kelompok sasaran jaminan sosial kesehatan (Dana Sehat) antara lain: (1) politis, apa dampak politisnya bila mengesampingkan kelompok-kelompok tertentu; (2) teknis, jaminan pemeliharaan kesehatan dapat terselenggara dengan baik apabila beberapa individu membayar kontribusi yang lebih besar, kelebihan ini dimaksud untuk mengkompensasi individu lain yang membutuhkan biaya; (3) pemerataan, pada keanggotaan yang bersifat wajib kelompok



yang kurang mampu akan menimbulkan masalah; (4) kelayakan; dan (5) keanggotaan wajib atau sukarela. Untuk kelanjutan Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri perlu mempertimbangkan kebijakan-kebijakan tersebut di atas.

*Demand* dapat didefinisikan sebagai jumlah atau pelayanan tertentu yang mau dan mampu dibeli oleh konsumen pada suatu harga tertentu selama periode waktu tertentu pula<sup>4</sup>. Menurut Mills & Gilson<sup>5</sup> ada 5 faktor yang mempengaruhi *demand* yaitu: (1) ada hubungan antara penghasilan dengan besarnya permintaan akan pelayanan kesehatan; (2) harga berperan dalam menentukan *demand* terhadap pelayanan kesehatan; (3) sulitnya pelayanan kesehatan dicapai secara fisik akan menurunkan *demand*; (4) pendidikan mempunyai hubungan dengan *demand* terhadap pelayanan kesehatan; dan (5) kemandirian dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk *demand* dari pemberi jasa tertentu.

Menurut Grover (*cit. Sorkin*)<sup>6</sup> telah diidentifikasi ada 5 faktor yang mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan kesehatan yaitu: (1) kebutuhan seseorang yang menderita suatu penyakit akan mencari pemeriksaan medis; (2) kesadaran akan kebutuhan tersebut; (3) sumber finansial yang harus tersedia untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan; (4) harus ada motivasi khusus untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan; dan (5) tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan. Pendidikan juga berpengaruh terhadap *demand* akan pelayanan kesehatan. Keluarga dengan pendidikan yang lebih tinggi mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengenal gejala awal suatu penyakit dan akan mempunyai keinginan yang lebih besar untuk mencari pengobatan sedini mungkin<sup>7</sup>. Budiarto<sup>8</sup> pada penelitiannya menemukan dengan pendidikan yang semakin tinggi maka *demand* ke Puskesmas tersebut turun untuk di kota.

Penyuluhan merupakan suatu kegiatan yang memberikan penjelasan atau menyebarkan pesan dengan maksud untuk menumbuhkan perhatian, pengertian dan kesadaran perorangan atau masya-

rakat akan hidup sehat, penyuluhan dapat diberikan secara individu maupun kelompok di lingkungan masyarakat agar individu atau kelompok tersebut dapat berbuat sesuatu untuk kepentingan dirinya sendiri dan orang lain<sup>9</sup>. Menurut Notoatmodjo<sup>10</sup> penyuluhan merupakan salah satu metode pendidikan kesehatan dapat dilakukan perorangan maupun kelompok. Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu, dengan harapan bahwa dengan adanya pesan-pesan tersebut maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik, pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat merubah perilaku. Dengan penyuluhan secara teratur dan terus menerus diharapkan akan meningkatkan pelayanan kesehatan atau menjadi peserta Dana Sehat. Pendidikan kesehatan terhadap masyarakat dengan lingkungan sosial yang berpendidikan rendah dan motivasinya juga rendah sebaiknya menggunakan metode/strategi pendidikan secara individu<sup>11</sup>.

Perubahan sikap dan perilaku individu dibagi menjadi 3 tahap, dimulai pada tahap kepatuhan, tahap identifikasi kemudian baru tahap internalisasi, uraiannya: (1) tahap kepatuhan, mula-mula individu mematuhi anjuran dari petugas tanpa kerelaan, biasanya perubahan yang terjadi sifatnya sementara, artinya bila pengawasan dari petugas mengendor perilaku itupun ditinggalkan, dalam tahap ini tekanan dari pejabat sangatlah besar; (2) tahap identifikasi, di mana kepatuhan individu dilaksanakan untuk menjaga hubungan yang baik dengan pejabat yang menganjurkannya dan individu ingin meniru tindakan-tindakannya tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat daripada tindakan tersebut. Motivasi untuk merubah perilaku individu pada tahap ini lebih baik dari tahap kepatuhan; (3) tahap internalisasi, di mana perilaku individu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya, internalisasi ini tidaklah mudah karena diperlukan kesediaan individu untuk merubah nilai dan kepercayaan mereka agar menyesuaikan diri dengan nilai yang baru<sup>12</sup>.

Menurut Notoatmodjo, ada 5 konsep analisa perilaku sakit yaitu: (1) proses pencarian penyembuhan; (2) proses pengobatan; (3) proses penundaan pencarian pengobatan sewaktu gejala dirasakan; (4) mengobati sendiri dengan berbagai obat yang dibeli di toko obat; (5) proses menghentikan pengobatan yang sedang dilaksanakan<sup>10</sup>. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan terdiri dari (1) tidak bertindak apa-apa; (2) mengobati sendiri; (3) mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional; (4) mencari pengobatan dengan membeli obat ke warung atau toko; (5) mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan yang diadakan pemerintah; (6) mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern. Persepsi masyarakat terhadap sehat – sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan, sehingga akan mempengaruhi dipakainya fasilitas kesehatan yang tersedia dan secara tidak langsung juga berpengaruh terhadap keikutsertaan masyarakat sebagai peserta Dana Sehat.

Green & Lewis mengatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah faktor perilaku. Dijelaskan ada 3 faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku yaitu: (1) faktor-faktor predisposisi yang mencakup sikap, nilai, kepercayaan, pengetahuan, norma sosial, kebudayaan dan faktor demografi seperti: umur, status ekonomi, jumlah keluarga dan sebagainya; (2) faktor-faktor pendukung yang mencakup tersedianya sarana yang diperlukan dan terjangkaunya sarana tersebut oleh sasaran; (3) faktor-faktor pendorong yaitu perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, aparat desa. Penerapan teori Green dalam perubahan perilaku kesehatan dapat dipakai sebagai contoh untuk perubahan kepesertaan masyarakat terhadap Dana Sehat<sup>11</sup>.

Dari uraian tersebut dapat disusun landasan teori yang mempengaruhi kepesertaan Dana Sehat: faktor predisposisi yang memudahkan adalah pengetahuan peserta tentang Dana Sehat, pendidikan peserta, penghasilan keluarga, perubahan sikap, faktor pendukung yang memungkinkan adalah jumlah fasilitas kesehatan, sarana yang tersedia di fasilitas kesehatan dan keterampilan petugas kese-

hatan, faktor pendorong yang memperkuat adalah sikap petugas, pembinaan atau penyuluhan dari petugas dan pola pelayanan di PPK<sup>12</sup>. Di samping beberapa faktor tersebut keadaan organisasi Dana Sehat, kegiatan dari BAPEL Dana Sehat seperti manajemen kepesertaan (penyuluhan dan pembinaan kepada peserta), manajemen keuangan (penetapan besarnya iuran, pencarian dana tambahan) dan manajemen pemeliharaan kesehatan (pola pelayanan terhadap peserta Dana Sehat) juga mempengaruhi kepesertaan Dana Sehat<sup>1</sup>.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental (observasional) dengan pendekatan *cross-sectional*. Subyek penelitian adalah masyarakat di Kecamatan Wonogiri yang sampai dengan Januari 1997 masih menjadi peserta Dana Sehat (peserta lestari) dan yang sudah tidak menjadi peserta Dana Sehat (DO), jumlah sampel dihitung dengan menggunakan rumus dari Zwanga<sup>14</sup> didapatkan jumlah sampel minimal adalah 185 responden yang tersebar di 30 dusun dan RW yang dipilih secara rambang.

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder berupa data kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data primer yaitu data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan wawancara terstruktur, untuk data kualitatif dengan melakukan wawancara terbuka dengan responden dan perangkat desa. Data sekunder diambil dari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di Bapel Dana Sehat Kecamatan Wonogiri terhadap Bapel Dana Sehat tingkat kecamatan dilakukan observasi.

Variabel untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini sebagai variabel terpengaruh adalah peserta Dana Sehat lestari dan DO dan sebagai variabel pengaruh yaitu: (1) pendidikan peserta; (2) penghasilan keluarga; (3) pengetahuan tentang Dana Sehat; (4) ada tidaknya penyuluhan dari Bapel Dana Sehat; (5) sikap petugas kesehatan terhadap peserta; (6) perilaku pengobatan dari peserta; dan (7) perubahan sikap peserta terhadap adanya Dana Sehat.



Analisa data dilakukan dengan *editing* dan *coding*, setelah data diolah kemudian disajikan dalam bentuk tabel silang, sehingga dapat disajikan tabel yang menggambarkan hubungan distribusi 2 variabel, kemudian dari masing-masing variabel diuji secara statistik dengan menggunakan fasilitas komputer dengan paket program SPSS. Uji *Chi-Square* digunakan untuk melihat hubungan dari masing-masing variabel. Dan untuk mengetahui hubungan antar variabel digunakan metode *Pola Log Linear*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada analisis kualitatif terhadap Bapel Dana Sehat tingkat kecamatan diperoleh beberapa kelemahan: (1) organisasi Dana Sehat belum berbadan hukum, tidak mempunyai tenaga tetap, dikelola oleh dinas dan staf kecamatan yang pembagian tugasnya tidak jelas, tidak memiliki modal dan dana cadangan di Bank; (1) kegiatan manajemen kepesertaan, kurangnya penyuluhan yang dilakukan oleh tingkat kecamatan, pembinaan kepada peserta Dana Sehat belum pernah dilakukan, belum pernah membuat angket keluhan untuk menampung keluhan yang ada pada peserta; (3) kegiatan manajemen keuangan: premi yang ditetapkan hanya memperhatikan biaya pengobatan dan administrasi saja, sedangkan untuk promotif, preventif, operasional dan lainnya belum direncanakan dan diperhitungkan setoran yang terlalu panjang jalannya menyebabkan seringkali terlambat sampai tingkat kecamatan dan bahkan target setoran tiap tahunnya tidak dapat terpenuhi 100%; (4) manajemen pemeliharaan kesehatan: selama lebih dari 3 tahun pemeliharaan kesehatan yang diperoleh oleh peserta tidak berubah/tidak ada peningkatan yaitu rawat jalan, KIA, KB, Gigi di Puskesmas Kecamatan Wonogiri tanpa batas, pembayaran terhadap PPK dalam hal ini Puskesmas dilakukan dengan klaim, belum ada perencanaan pelayanan terstruktur dengan mekanisme pengendalian biaya dan menjamin adanya pelayanan yang paripurna, jenjang pelayanan kesehatan belum dilaksanakan, pengadaan obat-obatan di POD dan Posyandu belum pernah dilakukan, pengadaan sarana kesehatan lingkungan belum

pernah dilaksanakan, upaya untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan belum pernah dilakukan; (5) bilamana Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri dilihat tingkat perkembangannya termasuk Dana Sehat tingkat Pratama.

Hasil observasi pada Bapel tingkat Desa/Kelurahan: (1) semua aparat tingkat desa atau kelurahan melaksanakan program Dana Sehat dengan senang hati; (2) dengan tidak adanya Perda menyulitkan aparat untuk bertindak; (3) pengetahuan aparat desa tentang Dana Sehat terbatas; (4) kurangnya penyuluhan dari tingkat kecamatan; (5) tidak adanya insentif untuk petugas yang menarik iuran; (6) kurangnya pemasaran Dana Sehat; dan (7) masyarakat menghendaki terbukanya masalah keuangan.

Hasil analisis kualitatif terhadap responden: (1) kelanjutan program Dana Sehat, 90,8% responden masih berminat mengikuti kelanjutan Dana Sehat dan sisanya 9,2% tidak bersedia mengikuti Dana Sehat dengan alasan merepotkan, kebutuhan lainnya lebih penting, 80,8% responden menghendaki premi sebesar Rp. 3.500/KK/tahun dengan alasan lebih menghemat; (2) bilamana Dana Sehat ini dikembangkan menjadi JPKM dengan rawat inap di RSUD, 81,8% responden berminat untuk mengikutinya, bila masing-masing responden dikenakan premi sebesar Rp. 1.000/jiwa/bulan maka 53% responden menyatakan keberatan, 29,7% menyatakan tidak keberatan dan sisanya 17,3% tidak memberikan jawaban; (3) alasan-alasan peserta DO: (a) 60% responden menyatakan informasi tentang kelanjutan Dana Sehat tidak jelas; (b) 6,9% responden menyatakan bukan kewajiban; (c) 6,9% responden keberatan dengan perubahan premi dari Rp. 3.500/KK/tahun menjadi Rp. 1.000/jiwa/tahun; (d) 5,4% responden sudah menjadi peserta Askes; (e) 4,9% responden menyatakan belum sempat ikut dan sisanya menyatakan malu, lebih senang membayar langsung, kebutuhan lainnya lebih penting; (4) saran-saran dari responden: penyuluhan dari tingkat kecamatan perlu dilaksanakan sampai tingkat dusun/RT, kartu Dana Sehat dapat dipergunakan untuk seluruh Puskesmas dan RSUD, bila ada anggota yang meninggal hendaknya mendapatkan santunan, Puskesmas perlu meningkatkan mutu pelayanan

kepada pasien, dan iuran/premi hendaknya serendah mungkin.

Karakteristik responden merupakan gambaran dari unit analisis yaitu peserta Dana Sehat lestari dan DO di Kecamatan Wonogiri dengan jumlah responden 185, perinciannya 148 (80%) responden adalah peserta DO dan 37 (20%) responden adalah peserta lestari yang dipilih secara rambang.

Untuk uji hipotesis pertama kelestarian peserta Dana Sehat dengan pendidikan, pendidikan responden dikelompokkan menjadi 3 kelompok: rendah (tidak tamat SD/tamat SD), sedang (tamat SLTP) dan tinggi (tamat SLTA keatas). Dari penelitian didapatkan distribusi pendidikan responden terbanyak (45,9%) adalah rendah, 28,1% responden berpendidikan sedang dan 25,9% responden berpendidikan tinggi. Untuk peserta lestari pendidikan terbanyak (48,6%) adalah rendah demikian juga untuk peserta DO pendidikan terbanyak (45,3%) adalah rendah. Dari uji statistik didapatkan  $X^2 = 0,33$ ; db = 2;  $p = 0,84791928$  ( $p > 0,05$ ) dari analisa tersebut didapatkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kelestarian peserta Dana Sehat. Banyaknya peserta lestari yang berpendidikan rendah ini dimungkinkan masyarakat desa yang kebanyakan berpendidikan rendah memiliki sikap menuruti perintah atasan tanpa mengerti apakah program tersebut menguntungkan atau tidak, berbeda dengan masyarakat di kota dengan rata-rata pendidikan yang lebih tinggi bila program tersebut tidak menguntungkan bagi mereka, maka mereka akan menolak. Pendidikan peserta DO terbanyak rendah ini dimungkinkan pada waktu menjadi peserta Dana Sehat mereka kurang mengetahui manfaat dan keuntungan Dana Sehat, sehingga bila tekanan dari atasan berkurang atau informasi tentang kelanjutan Dana Sehat tidak jelas maka mereka akan DO. Dengan tidak ditemukannya hubungan antara pendidikan dengan kelestarian peserta Dana Sehat maka temuan ini mendukung penelitian Sujarwo<sup>15</sup> yang menyatakan tidak ditemukannya pengaruh antara pendidikan dengan penggunaan kartu pelayanan kesehatan. Menurut Mills & Gilson<sup>5</sup> dan Bekker & Pearlman<sup>7</sup> pendidikan mempunyai hubungan dengan *demand* terha-

dap pelayanan kesehatan, makin tinggi pendidikan seseorang cenderung mempunyai *demand* yang lebih tinggi. Kaitannya dengan pendidikan responden di Kecamatan Wonogiri yang terbanyak berpendidikan rendah memerlukan pembinaan dan penyuluhan secara teratur, untuk responden yang berpendidikan sedang dan tinggi yang jumlahnya lebih sedikit perlu adanya pemasaran Dana Sehat yang menarik dari B.P. Dana Sehat tingkat kecamatan.

Uji hipotesis kedua yaitu kelestarian peserta Dana Sehat dengan penghasilan keluarga, di mana penghasilan keluarga diperhitungkan dari pengeluaran rutin keluarga selama 1 bulan, untuk peserta lestari penghasilan terendah Rp. 102.500,- dan tertinggi Rp. 647.700,- sedangkan peserta DO mempunyai penghasilan terendah Rp. 111.100,- dan tertinggi Rp. 458.504,-, penghasilan responden dikelompokkan menjadi 3 tingkatan yaitu: rendah (Rp. 100.000,- – Rp. 150.000,-), sedang (Rp. 150.000 – Rp. 200.000,-), tinggi (> Rp. 200.000,-). 44,3% responden berpenghasilan tinggi, 39,3% responden berpenghasilan sedang dan 16,2% responden berpenghasilan rendah. Untuk peserta lestari 59,5% responden mempunyai penghasilan tinggi, untuk peserta DO 43,9% berpenghasilan sedang, 40,5% berpenghasilan tinggi. Pada kenyataannya responden yang mempunyai penghasilan tinggi dan sedang yang jumlahnya cukup banyak mempunyai angka DO yang cukup tinggi ini kemungkinan disebabkan karena kurangnya informasi tentang Dana Sehat. Sedikitnya peserta Dana Sehat yang berpenghasilan rendah ini disebabkan karena kebutuhan yang lain lebih penting, kurangnya kesadaran akan pemeliharaan kesehatan dan belum mengetahui prinsip-prinsip Dana Sehat yaitu gotong royong. Dari uji statistik diperoleh  $X^2 = 6,33$ ; db = 2;  $p = 0,04225576$  ( $p < 0,05$ ), dari analisa didapatkan adanya hubungan antara penghasilan keluarga dengan kelestarian peserta Dana Sehat. Menurut Mills & Glison<sup>5</sup> ada hubungan antara tingginya penghasilan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, demikian juga dengan penelitian Ruwiyanto<sup>16</sup> yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan frekuensi pembayaran iuran, jika dikaitkan dengan penelitian di Wonogiri agak relevan.

Uji hipotesis ketiga yaitu kelestarian peserta Dana Sehat dengan pengetahuan tentang Dana Sehat, pengetahuan responden dibagi menjadi 3 tingkat yaitu rendah, sedang dan tinggi. Dari penelitian didapatkan bahwa 68,6% responden mempunyai pengetahuan sedang, 15,7% mempunyai pengetahuan rendah dan 15,7% responden mempunyai pengetahuan tinggi. Terlihat bahwa pengetahuan peserta lestari lebih baik daripada peserta DO, di mana pada peserta lestari yang mempunyai pengetahuan rendah hanya 2,7%, yang mempunyai pengetahuan tinggi 21,6% sedangkan peserta DO yang mempunyai pengetahuan rendah 18,9%, yang mempunyai pengetahuan sedang 66,9% dan yang mempunyai pengetahuan tinggi 14,2% sehingga wajar bila peserta DO lebih banyak daripada peserta lestari. Dari uji statistik didapatkan  $X^2 = 6,34$ ;  $db = 2$ ;  $p = 0,04107635$  ( $p < 0,05$ ) dari analisa didapatkan adanya hubungan antara kelestarian peserta Dana Sehat dengan pengetahuan tentang Dana Sehat. Penelitian ini mendukung penelitian dari Ruwijanto<sup>16</sup> yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan frekuensi pembayaran iuran dan penelitian Sujarwo<sup>15</sup> yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan tentang JPKM terhadap penggunaan kartu pelayanan kesehatan. Menurut Notoatmodjo<sup>10</sup> dengan makin tingginya pengetahuan seseorang diharapkan dapat mempengaruhi terhadap perilaku yang lebih baik atau permintaan akan pelayanan kesehatan makin meningkat, ini agak relevan dengan responden di Kecamatan Wonogiri dengan makin tingginya pengetahuan tentang Dana Sehat diharapkan permintaan menjadi peserta Dana Sehat dan kelestarian peserta Dana Sehat makin meningkat.

Uji hipotesis keempat yaitu kelestarian peserta Dana Sehat dengan penyuluhan dari B.P. Dana Sehat, dari penelitian didapatkan bahwa 76,3% responden tidak pernah mendapatkan penyuluhan, 23,7% responden menyatakan mendapatkan penyuluhan dalam 6 bulan terakhir. Dari peserta lestari 62,2% mendapatkan penyuluhan oleh tingkat desa, dusun dan RT sedangkan untuk peserta DO yang mendapatkan penyuluhan hanya 13,9% melalui

tingkat desa, dusun, RT, PKK dan Posyandu, sehingga wajar bila peserta DO cukup tinggi karena kurangnya penyuluhan pada responden. Uji statistik didapatkan  $X^2 = 37,66$ ;  $p = 0,00000$  ( $p < 0,01$ ) dari analisa didapatkan adanya hubungan antara kelestarian peserta Dana Sehat dengan pengetahuan tentang Dana Sehat. Materi penyuluhan yang disampaikan oleh aparat di desa kurang lengkap karena keterbatasan pengetahuan mereka tentang Dana Sehat. Penelitian ini tidak mendukung penelitian dari Sujarwo<sup>15</sup> yang menyatakan bahwa penyuluhan tidak mempunyai hubungan dengan penggunaan kartu pelayanan kesehatan. Menurut Notoatmodjo<sup>10</sup> penyuluhan merupakan suatu metode pendidikan kesehatan pada individu dan kelompok dengan harapan akan memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik, ini agak relevan dengan penelitian responden di Kecamatan Wonogiri diharapkan dengan penyuluhan secara teratur dan terus menerus permintaan menjadi peserta Dana Sehat dan kelestarian peserta Dana Sehat akan meningkat.

Uji hipotesis kelima yaitu kelestarian peserta Dana Sehat dengan kebiasaan berobat, dari penelitian didapatkan bahwa 49,7% responden bila menderita sakit langsung dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan, 15,7% responden mempunyai kebiasaan diobati sendiri berdasarkan informasi yang didapatkan dan 34,6% responden mempunyai kebiasaan diobati sendiri sebelum dibawa ke Puskesmas. Fasilitas kesehatan yang digunakan oleh responden terdiri dari 71,9% responden berobat ke Puskesmas, 22,7% responden berobat ke dokter praktek swasta, 3,2% responden berobat pada bidan dan perawat praktek, dan 2,2% responden berobat ke RSUD. Dari penelitian juga didapatkan 93,5% responden tidak pernah berobat ke dukun maupun pengobat tradisional, dapat disimpulkan bahwa tingkat kesadaran responden dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan cukup tinggi. Pada uji statistik didapatkan  $X^2 = 1,90$ ;  $db = 2$ ;  $p = 0,38768643$  ( $p > 0,05$ ) dari analisa didapatkan tidak ada hubungan antara kebiasaan berobat dengan kelestarian peserta Dana Sehat. Penggunaan fasilitas kesehatan milik pemerintah (Puskesmas) oleh responden cukup tinggi



(71,9%) tetapi pada kenyataannya DO cukup tinggi ini dimungkinkan karena informasi tentang kelanjutan Dana Sehat tidak jelas (60% alasan DO karena informasi tidak jelas). Menurut Notoatmodjo<sup>10</sup> persepsi masyarakat tentang sehat – sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan, sehingga akan mempengaruhi dipakai atau tidaknya fasilitas kesehatan yang tersedia, ini tidak relevan dengan penelitian di Kecamatan Wonogiri di mana penggunaan fasilitas kesehatan yang cukup tinggi oleh responden menunjukkan persepsi sehat – sakit responden sama dengan petugas kesehatan, namun pada kenyataannya DO sebagai peserta Dana Sehat cukup tinggi.

Uji hipotesis keenam yaitu kelestarian peserta Dana Sehat dengan sikap petugas kesehatan, dari penelitian didapatkan bahwa 60% responden yang berobat ke Puskesmas dilayani oleh dokter, 24,3% dilayani oleh bidan dan 13,7% dilayani oleh perawat. Dari responden yang pernah berobat ke Puskesmas 99,5% menyatakan tidak terdapat perbedaan penanganan dalam pelayanan kesehatan antara pasien Dana Sehat dengan pasien umum, dan 99,4% responden menyatakan tidak terdapat perbedaan sikap atau keramahan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Uji statistik didapatkan  $X^2 = 3,89$ ;  $p = 0,0485197$  ( $p < 0,05$ ) dari analisa didapatkan ada hubungan antara sikap petugas kesehatan dengan kelestarian peserta Dana Sehat. Walaupun sikap petugas tidak ada perbedaan antara pasien umum dan pasien Dana Sehat pada kenyataannya banyak peserta Dana Sehat DO, ini dimungkinkan karena kurangnya informasi tentang Dana Sehat. Agak berbeda dengan penelitian Sujarwo<sup>15</sup> di mana hampir separo (46,28%) responden yang telah memanfaatkan jasa JPKM-Koperasi dibandingkan dengan pasien umum, karena responden tidak dipungut biaya pada saat pemeriksaan merasakan lebih cepat dan menghemat waktu karena tidak perlu antri di loket. Menurut Green & Lewis<sup>13</sup> salah satu faktor yang mendorong individu untuk merubah perilaku kesehatannya adalah sikap petugas kesehatan yang ramah dalam memberikan pelayanan kepada pasien, ini tidak relevan dengan penelitian responden di Kecamatan Wonogiri.

Uji hipotesis ketujuh yaitu kelestarian peserta Dana Sehat dengan perubahan sikap, dari penelitian didapatkan 95,1% responden menyatakan secara sukarela menjadi peserta Dana Sehat dan sisanya 4,9% responden menjadi peserta Dana Sehat karena terpaksa (diwajibkan ikut, kartu peserta telah dibuatkan dan harus dibayar). Pada uji statistik didapatkan  $X^2 = 0,47$ ;  $p = 0,4910301$  ( $p > 0,05$ ) dari analisa didapatkan tidak ada hubungan antara kelestarian peserta Dana Sehat dengan perubahan sikap. Menurut Kelman (*cit.* Sarwono)<sup>12</sup> perubahan sikap dan perilaku individu dibagi menjadi 3 tahap yang dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi dan tahap internalisasi, untuk responden di Kecamatan Wonogiri yang menyatakan ikut Dana Sehat secara sukarela jumlahnya cukup banyak (95,1%) tetapi DO cukup tinggi ini menunjukkan perubahan sikap responden masih dalam tahap 1 yaitu tahap kepatuhan di mana pada tahap ini pengaruh tekanan dari pejabat sangat penting, begitu tekanan hilang kepatuhan menjadi peserta Dana Sehat akan hilang atau DO. Maka untuk kelangsungan Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri memerlukan adanya Perda yang mewajibkan masyarakat untuk mengikutinya dengan harapan setelah berjalan beberapa tahun peserta akan menyadari pentingnya menjadi peserta Dana Sehat dan akhirnya akan sampai pada tahap internalisasi.

Dengan keterbatasan yang ada pada peneliti, maka ada beberapa sampel yang diduga mempengaruhi peserta Dana Sehat pada saat ini belum dapat diteliti, antara lain: besarnya premi, jenis pemeliharaan yang didapat peserta, mutu pelayanan kesehatan, jarak antara rumah responden dengan fasilitas kesehatan, jumlah anggota keluarga, umur peserta.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

1. Tingkat perkembangan Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri baru dalam taraf Dana Sehat Pratama.
2. Fungsi manajemen kepesertaan, manajemen keuangan dan manajemen pemeliharaan kese-

- hatan dari Bapel Dana Sehat tingkat Kecamatan Wonogiri belum mencerminkan JPKM.
3. Masyarakat Kecamatan Wonogiri masih berminat mengikuti Program Dana Sehat dengan premi Rp. 3.500/KK/tahun.
  4. Peserta Dana Sehat lestari dan DO tidak dipengaruhi oleh pendidikan, kebiasaan berobat dan perubahan sikap.
  5. Peserta Dana Sehat lestari dipengaruhi kuat oleh adanya penyuluhan dari Bapel Dana Sehat.
  6. Peserta Dana Sehat lestari dan DO dipengaruhi oleh penghasilan keluarga sikap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan dan pengetahuan tentang Dana Sehat.

#### Saran

1. Perlu dibentuk suatu badan khusus yang menangani Dana Sehat di Kabupaten Wonogiri dan dikelola oleh tenaga tetap.
2. Perlu adanya Perda tentang Dana Sehat yang mewajibkan masyarakat yang belum menjadi peserta asuransi untuk mengikuti.
3. Dengan ditemukannya pengaruh yang kuat antara kelestarian peserta Dana Sehat dengan penyuluhan dari Bapel Dana Sehat, maka disarankan pada Bapel Dana Sehat untuk meningkatkan pemasaran Dana Sehat dengan cara yang menarik.
4. Dengan tidak ditemukannya hubungan antara pendidikan, kebiasaan berobat dan perubahan sikap peserta terhadap kelestarian peserta Dana Sehat, maka disarankan kepada peneliti lain untuk melakukan penelitian serupa di tempat lain dengan kondisi yang serupa sehingga kesimpulan pasti dapat ditegakkan.
5. Dengan ditemukannya hubungan antara pengetahuan, penghasilan keluarga dan sikap petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap kelestarian peserta Dana Sehat, maka perlu diteliti lebih lanjut kemungkinan pengembangan pemeliharaan kesehatan dengan persalinan, rawat inap, pasien dapat berobat ke Puskesmas yang ada di Kabupaten Wonogiri dan lainnya

6. Disarankan kepada peneliti lainnya untuk dapat meneliti variabel-variabel yang pada saat ini belum dapat diteliti oleh peneliti.

#### KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan Dana Sehat, Jakarta, 1994.
2. Kumara Rai, N. Kebijakan Pemerintah Dalam JPKM: Masa lalu, Kini, dan Mendatang. Makalah Kongres Nasional IAKMI VIII, Yogyakarta, 1995.
3. Trisnantoro, L. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dan Prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan. Modul Pelatihan untuk MMPK, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1996.
4. Gani, A. Demand for Health Service in Rural Area of Karanganyar Regency, Central Java, Indonesia. Thesis for Doctor of Public Health, John Hopkins University, Baltimore. Md.Maryland, 1982.
5. Mills, A., and Gilson, L. Ekonomi Kesehatan untuk Negara-negara Sedang Berkembang. Dian Rakyat, Jakarta (Edisi Bahasa Indonesia), 1990.
6. Sorkin, A.S. Health Economics in Developing Country. Lexington Books, D.C. Health and Company, Lexington, 1976.
7. Bakker, T & Pearlman, M. Health Manpower in Development. The Johns Hopkins Press, Baltimore, Maryland, 1967.
8. Budiarto, W. Analisis Permintaan Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Mojokerto. Bulletin Penelitian Kesehatan 24(1) 1996, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan, DepKes. RI, 1992.
9. Azwar, A. Pengantar Pendidikan Kesehatan. Bagian Ilmu Kesehatan Anak dan Ilmu Kedokteran Pencegahan, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta, 1982.
10. Notoatmodjo, S. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan. Penerbit Andi Offset, Yogyakarta, 1993.
11. Green, L.W. Health Education Planning. Selection of Educational Strategic, Mayfield Publishing Company, London, 1980.
12. Sarwono, S. Sosiologi Kesehatan. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1993.
13. Green, L.W. & Lewis, F.M. Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion.

- Mayfield Publishing Company, Palo Alto, California, 1986.
14. Zwanga, K., Lemeshow, S. & Hosner, D. Adequat of Sample Size in Health Studies. WHO, Geneva, 1990.
  15. Sudjarwo, S. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Kartu Pelayanan Kesehatan Oleh Peserta JPKM-Koperasi KUD Sarimulyo di Puskesmas Nanggulan. [Tesis] Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1995.
  16. Ruwiyanto. Hubungan Beberapa Faktor Sosial Peserta Sehat Dengan Frekuensi Pembayaran Iuran Pada Uji Coba Dana Sehat di Kecamatan Candioto. [Tesis] Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1992.