PEMANFAATAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI KABUPATEN KULON PROGO
(Pendekatan Teori Exit, Voice, dan Loyalty)

Hery Purnomo
Sekolah Tinggi Pembangunan Masyarakat Desa "APMD"
Jalan Timoho 317 Yogyakarta, 55225 Telp. 0274 561971
Email: hery.purnomo.s.sos@gmail.com

ABSTRACT

This study discusses utilization of regional health insurance (Jamkesda) in the District of Kulon Progo with Alberch Hirshman's theory that i.e. exit, voice, and loyalty. Three main questions in this research are (1) how the utilization of jamkesda programin the District of Kulon Progo in 2013 is, (2) how exit and voice characters in jamkesda program utilization are, and (3) how the strategies to maintain loyalty are. Type of research used is secondary data analysis. This research main source is "Pemetaan Perilaku Komplain Peserta Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo" survey data done by Department of Public Policy and Management Faculty of Social and Political Sciences UGM lecturer team cooperating with TIFA Foundation. Data collecting technique is done by using documentation and interview technique. Data analysis technique done is descriptive analysis. Research results show that not all of people or respondents using jamkesda for their medication in 2013. Predisposing factor shows that jamkesda users' people are people in productive age, low educational background, and working in non-formal sector. Enabling resources show people understanding toward jamkesda users' right is still very low. Loyalty characteristic in utilizing jamkesda in the District of Kulon Progo is very dominant compared to exit and voice characters. Exit character is located at inpatient class and health service quality. Voice character, dissatisfied people deliver their complaint directly to the health facilities' staffs. Loyalty character, people attachment arisen is categorized into two forms i.e. attachment based on satisfaction and dissatisfaction. Strategy to maintain users' attachment is by two ways i.e. strengthening voice function and suppressing exit function. First, participation improvement of low and middle educated people by implicating public consultation and opening discretion space of service officers in the frontline should be done. Second, regional government and their networking must pay attention to total coverage in jamkesda implementation's monitoring and evaluation.

Keywords: *jamkesda utilization, exit character, voice character, loyalty character, predisposing factor, enabling resources, people participation, public consultation, discretion*

ABSTRAK

Studi ini membahas tentang pemanfaatan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) di Kabupaten Kulon Progo dengan pendekatan teori Alberch Hirshman yaitu *exit, voice*, dan *loyalty*. Tiga pertanyaan utama dalam penelitian, yaitu bagaimana pemanfaatan program jamkesda di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2013, bagaimana karakter *exit* dan *voice* dalam pemanfaatan program jamkesda, serta bagaimana strategi untuk mempertahankan *loyalty*.Jenis penelitian yang digunakan

adalah analisis data sekunder. Sumber utama penelitian ini adalah data survey "Pemetaan Perilaku Komplain Peserta Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo" yang dilakukan oleh tim dosen Jurusan Manajemen dan Kebijakan Publik Fisipol UGM bekerjasama dengan TIFA Foundation. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik dokumentasi dan wawancara. Teknis analis data yang dilakukan mengunakan analisis deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan jamkesda pada tahun 2013 menunjukkan bahwa tidak semua masyarakat atau responden menggunakan jamkesda untuk berobat. Faktor predisposisi menunjukkan bahwa masyarakat pengguna jamkesda adalah masyarakat yang berada pada usia produktif, *background* pendidikan yang rendah, jenis pekerjaan di sektor non formal. Kemampuan sumberdaya menunjukkan pemahaman masyarakat terhadap hak pengguna jamkesda masih sangat rendah.. Karakteristik *loyalty* dalam pemanfataan jamkesda di Kabupaten Kulon Progo sangat dominan dibanding dengan karakter *exit* dan *voice.* Karakter exit terletak pada kelas rawat inap dan kualitas pelayanan kesehatan. Karakter *voice*, masyarakat yang mengalami ketidakpuasaan menyampaikan keluhan langsung ke petugas di fasilitas kesehatan. Karakteristik *loyalty*, keterikatan masyarakat yang muncul dikategorikan menjadi dua bentuk yaitu keterikatan berdasarkan kepuasaan dan ketidakpuasaan. Strategi untuk mempertahankan keterikatan pengguna melalui dua cara yaitu menguatkan fungsi *voice* dan menekan fungsi *exit*. *Pertama,* peningkatan partisipasi kelompok masyarakat pada tingkat pendidikan rendah dan menengah dengan penerapan konsultasi publik, dan membuka ruang diskresi petugas layanan yang berada dalam garda terdepan. *Kedua,* pemerintah daerah beserta jaringannya harus memberikan perhatian pada penerapan *total coverage* dalam monev pelaksanaan jamkesda.

Kata kunci: pemanfaatan jamkesda, karakter *exit, karakter voice*, karakter *loyalty*, faktor predisposisi, kemampuan sumberdaya, partisipasi kelompok masyarakat, konsultasi publik, diskresi

Pendahuluan

Studi ini membahas tentang pemanfaatan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) di Kabupaten Kulon Progo dengan pendekatan teori *exit, voice*, dan *loyalty*. Studi pemanfaatan jamkesda di Kabupaten Kulon Progo dianggap penting karena memberikan gambaran pelaksanaan pelayanan kesehatan pasca penerapan *Universal Health Coverage (UHC).*

Penelitian ini menggunakan pendekatan Teori Alberch Hirshman yaitu teori *exit, voice*, dan *loyalty.* Teori ini digunakan sebagai bentuk kontrol dari faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan jamkesda. Alberch Hirschman menggunakan tiga kategori ekspresi partisipasi masyarakat yang menggambarkan preferensi masyarakat dalam pemanfataan pelayanan publik. Teori *exit* menjelaskan bahwa pengguna layanan mempunyai kewenangan untuk meninggalkan atau keluar dari pelayanan. Teori *voice* menjelaskan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan publik tersedia ruang partisipasi bagi pengguna layanan dalam bentuk suara baik secara individu maupun kolektif. Teori *loyalty* menjelaskan bahwa suatu keadaan di mana terjadi keterikatan pengguna layanan dalam sebuah penyelenggaraan pelayanan. Jamkesda Kabupaten Kulon Progo di mulai pada tahun 2009 yaitu dengan terbitnya Peraturan Daerah Kabupaten Kulon Progo Nomor 6 Tahun 2009 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah. Pada perkembangannya, pengelolaan jamkesda setiap tahunnya mengalami perubahan. Hal tersebut dapat dicermati ketika adanya pergantian pemimpin daerah dari Bupati Kulon Progo Toyo Dipo Santoso ke Hasto Wardoyo.

Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo

tahun 2005-2009 menjelaskan bahwa keluarga miskin yang mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan mengalami kenaikan. (Tabel 2). Indeks Pembangunan Masyarakat berdasarkan data Badan Pusat Statistik Yogyakarta pada tahun 2011 menjelaskan bahwa kabupaten yang tingkat IPM nya rendah adalah Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Kulon Progo. Tingkat pengeluaran riil perkapita diantara kabupaten lain di Daerah Daerah Istimesa Yogyakarta yang paling rendah juga Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Kulon Progo. Dengan melihat hal tersebut bisa dilihat bahwa dalam pencapaian kesejahteraan kedua kabupaten ini masih tertinggal jauh dengan kabupaten/kota lainnya. (Tabel 3)

Indeks pembangunan masyarakat tak bisa lepas dari tingkat kemiskinan yang membelenggu suatu daerah. Tingkat kemiskinan yang terjadi di Kabupaten Kulon Progo berpengaruh besar terhadap indeks pembangunan masyarakat. Dari data statistik September 2011-September 2012 menunjukkan bahwa angka kemiskinan tertinggi di lima kabupaten/kota Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta adalah Kabupaten Kulon Progo. Pada September 2011 tingkat kemiskinan di Kabupaten Kulon Progo 23,62 %, kemudian pada September 2012 menurun menjadi 23,32 %. (Tabel 5)

Alokasi Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) di kabupaten/kota Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta untuk kesehatan secara keseluruhan sebesar Rp 543.001.581.419,- sedangkan persentase alokasi APBD kesehatan terhadap APBD kabupaten/kota masih sekitar 8,86%. Persentase tertinggi di Kabupaten Bantul sebesar 13% dan terendah di Kabupaten Kulon Progo sebesar 5,1%. (Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, 2013)

Kompleksitas yang muncul terkait dengan realita Kabupaten Kulon Progo yang bisa dikatakan tertinggal dan perubahan kepemimpinan daerah yang mulai menerapkan *Total Coverage*, menjadi hal yang menarik peneliti. Telaah yang hendak diungkapkan dalam studi ini adalah mengetahui bagaimana pemanfaatan program jamkesda di Kabupaten Kulon Progo (data Surtahun 2013) pasca penerapan *UHC*. Kemudian dengan menggunakan pendekatan teori yang dipopulerkan oleh Albercht Hirschman memberikan gambaran bagaimana karakteristik partisipasi masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan program Jamkesda

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analisis data sekunder. Sumber data penelitian ini adalah data sekunder. Sumber data diantaranya adalah dokumen resmi pemerintah, data statistik, internet dan bahan pustaka lainnya. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik dokumentasi dan wawancara. Teknik dokumentasi dengan menggunakan data-data sekunder yaitu meliputi data survey "Perilaku Komplain Peserta Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo tahun 2013", Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo tahun 2014, Laporan Pertanggung Jawaban UPTD Jamkes tahun 2013-2014, Peraturan Bupati Kulon Progo no 65 tahun 2011, Peraturan Bupati Kulon Progo no 70 tahun 2011, dan Peraturan Bupati no 89 tahun 2013. Wawancara merupakan data primer untuk mendukung data sekunder sebagai sumber utama terutama terkait dengan target pemanfaatan jamkesda di Kabupaten Kulon Progo. Wawancara di lakukan kepada beberapa pihak yang menjadi kunci dalam penelitian ini yaitu pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo (1 orang) yaitu Seksi Jaminan Pengembangan Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan UPTD Jamkes Kabupaten Kulon Progo (4 orang) yaitu Kepala UPTD Jamkes Kulon Progo, Sub Bagian Tata Usaha UPTD Jamkes Kabupaten Kulon Progo, Staff Kepesertaan Jamkesda, dan Staff Klaim Jamkesda. Data-data yang terkumpul dalam penelitian dianalisis menggunakan analisis deskriptif yang menjabarkan tentang pemanfataan jamkesda di Kabupaten Kulon

Progo yang berasal dari pendekatan survey warga pengguna yang telah dilakukan oleh Jurusan Manajemen dan Kebijakan Publik, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Gadjah Mada dalam 'Survey Pemetaan: Perilaku Komplain (*Complaint Behaviour*) Peserta Jamkesda Kabupaten Kulon Progo" bekerjasama dengan TIFA Foundation tahun 2013.

Hasil Dan Pembahasan

a. Pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo pada Tahun 2013

Pelaksanaaan jamkesda dijalankan oleh badan pelaksana yaitu Unit Pelayanan Terpadu (UPTD) Jamkesda Secara struktural UPTD Jamkesda terdiri dari kepala UPTD, kepala sub bagian tata usaha, staf verifikasi klaim, dan staf kepesertaan jamkes. Pelaksanaan kegiatan UPTD Jamkesda terdiri dari pelayanan berkas jamkesda, pelayanan klaim, koordinasi dengan pihak terkait, dan peningkatan sumber daya manusia dalam UPTD. Intensitas penggunaan jamkesda di fasilitas kesehatan selama satu 2013 menunjukkan bahwa kelompok masyarakat yang selalu menggunakan jamkesda untuk berobat di fasilitas layanan kesehatan persentasenya paling besar dibandingkan dengan empat kelompok lainnya, yaitu mencapai 59,3%. Masyarakat yang menyatakan berobat terakhir dengan menggunakan jaminan kesehatan daerah menunjukkan bahwa hampir seluruh masyarakat menggunakan jaminan kesehatan daerah untuk berobat dengan persentase mencapai 86,7%. Sedangkan masyarakat yang menyatakan tidak menggunakan jaminan kesehatan daerah ketika terakhir berobat persentasenya 13,3%. (Tabel 10)

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Jamkesda

Klasifikasi jenis kelamin masyarakat di Kabupaten Kulon Progo menunjukkan bahwa jumlah masyarakat yang berjenis kelamin laki-laki sejumlah 42% dari total responden sedangkan untuk masyarakat yang berjenis kelaminan perempuan sejumlah 58% (Tabel 12). Pengukuran demografi selanjutnya dengan melihat kategori usia. Masyarakat dengan usianya 31 tahun sampai 50 tahun jumlahnya mencapai 53%. Jumlah penduduk yang masuk dalam kategori pra lansia yaitu 51 tahun sampai 65 tahun sebesar 21%, kemudian penduduk lansia hanya 7% (Tabel 13). Faktor predisposisi selanjutnya yang mempengaruhi pemanfaatan jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Kulon Progo adalah struktur sosial. Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa penduduk Kulon Progo yang menjadi responden dalam data survey menurut tingkat pendidikan terakhir di dominasi oleh penduduk yang berpendidikan terakhir pada tingkat menengah ke bawah yaitu SMA/SMK hingga tidak sekolah (Tabel 14). Berdasarkan jenis pekerjaannya, responden di Kabupaten Kulon Progo di dominasi oleh penduduk yang bekerja di sektor non formal (Tabel 15). Faktor kemampuan sumber daya meliputi sumber daya individu dan sumberdaya masyarakat. *Sumber daya individu,b*erdasarkan data sekunder tingkat pendapatan penduduk di Kulon Progo di dominasi oleh penduduk yang berpenghasilan antara dua juta rupiah hingga kurang dari lima ratus ribu rupiah (Tabel 16). Pemahaman penduduk tentang hak pengguna jamkesda masih rendah. Pemahaman penduduk tentang hak penggunaan jamkesda yang persentasenya tinggi adalah pemahaman tentang kelas rawat inap yaitu persentasenya 55,9% (Tabel 17). Kemampuan sumber daya yang berasal dari masyarakat dapat diukur berdasaran sumber informasi utama yang diterima masyarakat tentang prosedur pelayanan jaminan kesehatan daerah. Hasil survey menunjukkan bahwa sumber informasi yang diterima masyarakat paling tinggi terkait dengan prosuder pelayanan jaminan kesehatan berasal dari fasilitas kesehatan baik itu rumah sakit, puskesmas dan jaringannya yaitu persentasenya sebesar 40,7 %. Sumber informasi yang berasal dari pemerintah

desa sebesar 29% dan sumber informasi yang berasal dari saudara atau tetangga hanya 11,2% (Tabel 19).

c. Karakter Exit dalam Pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo

Ketidakpuasaan pengguna dalam pemanfaatan jamkesda meliputi tiga hal yaitu ketidakpuasaan pengguna terhadap sistem jamkesda, layanan rawat jalan dan rawat inap. Berdasarkan intensitas penggunaan Jamkesda, faktor ketidakpuasaan pengguna yang berpotensi mendorong karakter exit dalam sistem jamkesda adalah kelas rawat inap dan kualitas layanan yang diterima. Faktor ketidakpuasaan penggguna yang berpotensi mendorong karakter exit dalam layanan rawat jalan adalah profesionalitas petugas pendaftaran dan ketersediaan obat. Faktor ketidakpuasaan pengguna yang berpotensi mendorong karakter exit dalam layanan rawat inap adalah kualitas ruang rawat inap

Berdasarkan faktor predisposisi dan kemampuan sumber daya, kelompok pengguna yang berpotensi mendorong karakter exit dilihar dari ketidakpuasaan terhadap sistem jamkesda meliputi kelompok masyarakat yang masuk dalam kategori umur kurang dari 45 tahun, masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi, dan masyarakat dengan tingkat pendapatan lebih dari satu juta (Tabel A.1).. Ketidakpuasan kelompok pengguna yang disebutkan terkait dengan kelas rawat inap dan kualitas pelayanan kesehatan.. Kelompok pengguna yang berpotensi mendorong karakter exit dilihat dari ketidakpuasan terhadap layanan rawat jalan meliputi kelompok masyarakat yang masuk dalam kategori umur kurang dari 45 tahun, masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi, dan masyarakat dengan tingkat pendapatan lebih dari satu juta (Tabel A.2). Kelompok pengguna yang berpotensi mendorong karakter exit dilihat dari ketidakpuasaan terhadap layanan rawat inap meliputi kelompok masyarakat yang masuk dalam kategori umur lebih dari 45 tahun, masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi, dan masyarakat dengan tingkat pendapatan lebih dari satu juta. (Tabel A.3).

Warga pengguna baik yang jarang maupun sering dalam menggunakan layanan rawat jalan mengalami kecenderungan ketidakpuasaan terhadap pelayanan medis di banding dengan pelayanan non medis. Ketidakpuasaan pengguna tersebut terletak pada ketersediaan obat.Warga pengguna dalam menggunakan layanan rawat inap mengalami kecenderungan ketidakpuasaan terhadap pelayanan non medis di banding dengan pelayanan medis**.** Warga pengguna yang mengalami ketidakpuasaan pada layanan non medis berkaitan dengan kualitas ruang rawat inap.

Karakteristik *exit* dalam pemanfataan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Kulon Progo sangatlah kecil. Karakter exit bekerja ketika adanya penurunan kuantitas pengguna. Tetapi dari data menunjukkan bahwa tidak ada penurunan kuantitas pengguna. Hal tersebut dapat terjadi karena dipengaruhi oleh penerapan kebijakan *Total Coverage*. Selain itu ketidakpuasaan yang muncul persentasenya sangat sedikit dibandingkan dengan kepuasaan yang dialami oleh pengguna. Reaksi penyedia layanan yang muncul juga tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan kuantitas pengguna.

d. Karakter Voice dalam Pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo

Mekanisme voice bekerja ketika terjadi ketidakpuasaan. Reaksi pengguna yang mengalami ketidakpuasaan dalam pemanfaatan jamkesda di Kabupaten Kulon progo dilakukan dengan menyampaikan keluhan langsung melalui petugas di fasilitas kesehatan Beberapa hal yang ditemukan dalam reaksi komplain pengguna adalah pengguna mengharapkan perbaikan layanan, penjelasan yang memadai, dan melampiaskan kekecewaannya. Masyarakat pengguna yang cenderung menyampaikan keluhan langsung ke petugas di fasilitas kesehatan mempunyai harapakan agar

mendapatkan respon yang cepat dari penyedia layanan (Tabel 44)..

Reaksi pengguna yang dominan dalam melakukan komplain dengan menyampaikan langsung ke petugas difasilitas kesehatan berdasarkan jenis kelamin adalah masyarakat pengguna yang berjenis kelamin perempuan. Reaksi pengguna yang dominan dalam melakukan komplain dengan menyampaikan langsung ke petugas di fasilitas kesehatan berdasarkan tingkat umur adalah masyarakat pengguna yang berumur kurang dari 45 tahun. Reaksi pengguna yang dominan dalam melakukan komplain dengan menyampaikan keluhan langsung ke petugas di fasilitas kesehatan berdasarkan tinngkat pendidikan adalah kelompok masyarakat yang berpendidikan tinggi. Reaksi pengguna yang dominan dalam melakukan komplain dengan menyampaikan keluhan ke petugas di fasililitas kesehatan adalah kelompok masyarakat dengan tingkat pendapatan lebih dari satu juta (Tabel A.4).

Penyampaian keluhan ataupun saran terhadap layanan publik merupakan cara karakteristik *voice* bekerja. Karakter voice merupakan dominan dari pemikiran-pemikiran politik dimana "*voice*" akan berpengaruh terhadap kebijakan yang diputuskan. Saluran suara dalam upaya memperbaiki beberapa aspek dalam layanan kesehatan akan menghambat karakteristik *exit* (Michielsen, 2011). Dalam karakter voice ada beberapa poin penting yaitu dimana pengguna yang menyampaikan keluhan dapat memberikan pengaruh pada penyedia layanan untuk melakukan perbaikan. Upaya pengguna menyampaikan keluhan belum secara signifikan memberikan pengaruh kepada penyedia layanan karena respon penyedia layanan masih terbatas(Tabel 46).

e. Karakter Loyalty dan Strategi Mempertahankan Loyalty Dalam Pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo

Karakter Loyalty

Keterikatan yang terjadi dalam program jaminan kesehatan daerah dapat dilihat dari pemanfataan jaminan kesehatan daerah, kepuasaan warga pengguna terhadap sistem Jamkesda, dan ketidakpuasaan warga pengguna terhadap sistem Jamkesda. Dari data survey menunjukkan bahwa warga pengguna yang memanfaatkan Jamkesda lebih besar di banding dengan warga yang tidak memanfaatkan Jamkesda. Besarnya pemanfaatan Jamkesda ini tak lepas dari kepuasaan masyarakat terhadap sistem Jamkesda yang di jalankan (Tabel 51).

Loyalitas bisa diartikan juga sebagai perilaku menipu diri. Perilaku menipu diri lebih mungkin terjadi dalam organisasi yang memaksakan inisiasi atau tekanan yang berat untuk keluar. Perilaku menipu diri dalam pemanfaatan Jamkesda dapat ditunjukkan ketika masyarakat mengalami ketidakpuasaan. Dalam pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo bentuk perilaku menipu diri terdiri dari dua bentuk yaitu membiarkan dan tetap memanfaatkan program Jamkesda walaupun mengalami ketidakpuasaan dan tetap menggunakan disertai dengan respon ketidakpuasaan terhadap program Jamkesda (Tabel 52).

Loyalitas warga pengguna Jamkesda dipengaruhi oleh bagaimana mekanisme *voice* bekerja. Dengan masukan dan keluhan yang muncul kepada penyedia layanan, maka penyedia layanan akan memberikan reaksi balik untuk merespon ketidakpuasaan masyarakat. Respon penyedia layanan terhadap ketidakpuasaan warga pengguna dalam pemanfaatan jamkesda di Kabupaten Kulon Progo dapat dilihat melalui beberapa hal, diantaranya kecepatan waktu dalam merespon keluhan, perbaikan layanan pasca penyampaian keluhan, dan lama waktu melakukan perbaikan (tabel 54).

Respon pengguna yang tetap menggunakan layanan jamkesda namun juga memberitahu ke orang lain tentang pelayanan jamkesda buruk berdasarkan faktor predisposisi di dominasi oleh

pengguna yang berjenis kelamin perempuan dan pengguna dengan tingkat pendidikan menengah. Sedangkan pengguna yang tetap menggunakan layanan jamkesda namun juga memberitahu ke orang lain tentang pelayanan jamkesda buruk berdasarkan kemampuan sumber daya di dominasi oleh pengguna dengan tingkat pendapatan lebih dari satu juta

Respon pengguna atas ketidakpuasaan dengan membiarkan dan tetap akan memanfaatkan Program Jamkesda ditinjau dari faktor predisposisi didominasi oleh pengguna dengan jenis kelamin perempuan, pengguna yang berumur lebih dari 45 tahun, pengguna yang berpendidikan rendah. Sedangkan respon pengguna atas ketidakpuasaan dengan membiarkan dan tetap akan memanfaatkan Program Jamkesda ditinjau dari kemampuan sumber daya di dominasi oleh kelompok masyarakat dengan tingkat pendapatan kurang dari satu juta (Tabel A.5).

Strategi Mempertahankan Loyalty

Keberadaan karakter *loyalty* tidak lepas dari bagaimana karakteristik *voic*e dan *exit* bekerja. Berfungsinya karakter *voice* akan menahan warga pengguna (terikat) untuk meninggalkan pelayanan Jamkesda. Sebaliknya ketika karakteristik *voice* tidak berfungsi dengan baik maka akan memberikan kesempatan karakteristik *exit* bekerja. Oleh karena itu, strategi untuk mempertahankan keterikatan dalam pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo ada dua hal yaitu menguatkan karakter voice dan menekan karakter exit.

Pertama, strategi yang dapat ditempuh dalam penguatan karakter voice adalah dengan peningkatan partisipasi terutama pada kelompok masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah dan menengah. Membangun partisipasi publik dalam pelaksanaan Jamkesda harus di pahami benar oleh penyedia layanan baik itu dari pemerintah daerah, dinas kesehatan, UPTD Jamkes, hingga jaringannya. Keterikatan masyarakat pengguna dalam pemanfaatan jamkesda maupun produk kebijakan kesehatan lainnya dapat berjalan apabila penyelenggara program dapat menyampaikan informasi kepada kelompok sasaran secara efektif dan efisien. Kegiatan penyampaian informasi ini disebut dengan sosialisasi.

Sosialisasi dilakukan melalui dua cara, yaitu secara langsung dan tidak langsung. Sosialisasi langsung dilakukan melalui beberapa cara diantaranya ceramah, forum warga, sarasehan, dialog interaktif, dan lainnya. Sosialisasi tidak langsung dilakukan melalui media papan pengumuman, pamphlet, leaflet, spanduk, brosur, buku saku, dan lainnya. (Purwanto, Erwan Agus dan Sulistyastuti, Dyah Ratih, 2012) Strategi sosialisasi jamkesda harus diarahkan pada bentuk konsultasi publik. Konsultasi publik menghendaki adanya keterlibatan masyarakat secara aktif. Konsultasi publik dapat dilakukan melalui pembentukan forum kesehatan warga di lingkungan RW ataupun desa. Tujuan pembentukan forum kesehatan warga yang tidak menjadi kader kesehatan agar dapat turut serta terlibat langsung dan mendapatkan informasi yang menyeluruh terkait dengan program jamkesda dan program kesehatan lainnya.

Sosialisasi secara tidak langsung dilakukan dengan menyebarkan informasi dengan menggunakan instrumen seperti brosur, pamflet, buku saku, dan bentuk lainnya. Penyampaian informasi baik informasi sarana layanan maupun keluhan bertujuan memberikan pemahaman yang baik kepada masyarakat pengguna. Pemberi layanan harus bisa membuat sebuah perangkat penyampaian informasi jamkesda dengan unsur-unsur yang memenuhi harapan masyarakat pengguna. Berdasarkan data sekunder, harapan pengguna terhadap penyampaian informasi terutama pada penyampaian suara atau keluhan meliputi sarana penyampaian keluhan mudah digunakan dan prosedur penyampaian keluhan sederhana dan mudah dipahami. Kemudian standar pengelolaan keluhan harus memperhatikan alur

penyampaian suara dan bentuk respon

Selain meningkatkan partisipasi masyarakat, hal lain yang menjadi perhatian adalah respon dari penyedia layanan dalam menanggapi respon pengguna terutama. Upaya untuk mengatasi respon birokrasi yang kaku dengan membuka ruang diskresi petugas layanan yang berada dalam garda terdepan. Diskresi merupakan langkah yang ditempuh oleh administrator untuk menyelesaikan kasus tertentu yang tidak atau belum diatur dalam regulasi yang baku. Diskresi yang baik apabila berupaya mengatasi masalah yang muncul melalui cara-cara yang berorientasi pada upaya pemuasaan kepentingan publik. Kewenangan untuk melakukan diskresi tidak boleh meninggalkan faktor kelengkapan informasi. Ketidaklengkapan informasi dalam sebuah pengambilan diskresi tidak jarang akan menimbulkan masalah.. Informasi yang tidak lengkap bahkan keliru tentang program layanan yang disampaikan kepada kelompok sasaran akan mengakibatkan kelompok sasaran tidak terlibat aktif dalam pelaksanaan program. (Purwanto, Erwan Agus dan Sulistyastuti, Dyah Ratih, 2012)

Kedua, strategi yang ditempuh dalam menekan karakter exit adalah dengan meningkatkan kualitas pelayanan. Peningkatan kualitas pelayanan kesahatann (baik layanan rawat inap dan jalan) tidak lepas dari peran pemerintah daerah dalam memberikan perhatiannya pada program jamkesda.. *Wilcox* (1994) menjelaskan ada tiga hal yang perlu di pertimbangkan dalam pelaksananaan kebijakan atau program yaitu ketersediaan sumberdaya manusia pemerintah daerah, ketersediaan sumber daya keuangan, dan pengalaman pemerintah daerah dalam penyelenggaraan program-program partisipasi publik dalam penyediaan layanan publik sebelumnya.

Strategi yang dapat digunakan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan harus memperhatikan benar kondisi anggaran daerah itu sendiri dalam pembiayaan kesehatan. Penerapan Total Coverage dalam pelaksanaan program jamkesda berimplikasi pada pengelolaan anggaran kesehatan di Kabupaten Kulon Progo. Penerapan total coverage merupakan dua sisi mata pisau yang tajam. Pada satu sisi kebijakan tersebut memberikan kebermanfataan bagi seluruh masyarakat dan pada sisi yang lain kebijakan tersebut membutuhkan sumber daya yang besar dalam pengelolaan anggaran kesehatan. Sasaran dari program Jamkesda tidak hanya diukur dari tercovernya jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Kulon Progo akan tetapi bagaimana kebutuhan dasar akan kesehatan dapat tercapai. Dari hal tersebut, pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan jaringannya harus memberikan perhatian pada penerapan Total Coverage dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan Jamkesda. Hal tersebut dimungkinkan karena sebagai bentuk antisipasi dari dampak yang ditimbulkan dari penerapan total coverage (misal: membengkaknya pengeluaran belanja kebutuhan kesehatan). *Selanjutnya*, petugas pelaksana jamkesda dan jaringannya memberikan pemahaman ke masyarakat terkait dengan hak dan kewajiban dalam pemanfaatan Jamkesda secara menyeluruh. Penyedia layanan harus memberikan informasi jamkesda secara lengkap kepada masyarakat dengan cara yang mudah dipahami oleh masyarakat. Pemahaman yang baik terhadap program Jamkesda akan mengurangi ketidakpuasaan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan

Simpulan

Kesimpulan merupakan jawaban dari rumusan masalah dan hasil analisis. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah pemanfaatan jamkesda pada tahun 2013 menunjukkan bahwa tidak semua masyarakat atau responden menggunakan jamkesda untuk berobat. Kelompok masyarakat yang selalu menggunakan jamkesda untuk berobat persentasenya besar, yaitu mencapai 59,3%.

Masyarakat yang menyatakan berobat terakhir dengan menggunakan jaminan kesehatan daerah mencapai 86,7%.

Faktor predisposisi menunjukkan bahwa masyarakat pengguna jamkesda adalah masyarakat yang berada pada usia produktif dengan *background* pendidikan yang rendah. Kelompok masyarakat tersebut mempunyai kolerasi dengan jenis mata pencaharian dimana masyarakat pengguna banyak bekerja pada sektor informal. Sedangkan faktor kemampuan sumber daya dalam pemanfaatan jamkesda di Kabupaten Kulon Progo menggambarkan bahwa pemahaman masyarakat terhadap hak pengguna jamkesda masih sangat rendah.

Karakteristik *exit* dalam pemanfataan jamkesda di Kabupaten Kulon Progo diidentifikasi dengan munculnya ketidakpuasaan masyarakat pengguna layanan kesehatan. Ketidakpuasaan masyarakat terhadap sistem Jamkesda berdasarkan intensitas penggunaan jamkesda pada tahun 2013 terletak pada kelas rawat inap dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima. Faktor-utama yang mempengaruhi ketidakpuasan masyarakat terhadap layanan rawat jalan adalah profesionalitas petugas registrasi dan ketersediaan obat. Ketidakpuasaan masyarakat terhadap layanan rawat inap di rumah sakit dan puskesmas menunjukkan bahwa alasan yang paling banyak dikeluhkan adalah kualitas ruang rawat inap.

Karakteristik *exit* dalam pemanfataan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Kulon Progo sangatlah kecil. Karakter exit bekerja ketika adanya penurunan kuantitas pengguna. Data sekunder menunjukkan bahwa tidak ada penurunan kuantitas pengguna. Karakter *voice*, masyarakat yang mengalami ketidakpuasaan cenderung menyampaikan keluhan langsung kepada petugas di fasilitas kesehatan. Karakteristik *loyalty* dalam pemanfaatan Jamkesda menunjukkan bahwa keterikatan masyarakat yang muncul dikategorikan menjadi dua bentuk yaitu keterikatan berdasarkan kepuasaan dan ketidakpuasaan.

Kelompok pengguna yang berpotensi mendorong karakter *exit* dilihar dari ketidakpuasaan terhadap sistem jamkesda meliputi kelompok masyarakat berdasarkan kategori umur kurang dari 45 tahun, masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi, dan masyarakat dengan tingkat pendapatan lebih dari satu juta. Ketidakpuasaan pengguna dilihat dari pelayanan medis dan non medis memberikan gambaran bahwa warga pengguna layanan rawat jalan mengalami kecenderungan ketidakpuasaan terhadap pelayanan medis di banding dengan pelayanan non medis. Warga pengguna dalam menggunakan layanan rawat inap mengalami kecenderungan ketidakpuasaan terhadap pelayanan non medis di banding dengan pelayanan medis.

Strategi untuk mempertahankan keterikatan warga pengguna dalam pemanfaatan Jamkesda di Kabupaten Kulon Progo ditempuh melalui dua cara yaitu menguatkan fungsi *voice* dan menekan fungsi *exit*. *Pertama,* strategi yang dapat ditempuh dalam penguatan karakter *voice* adalah peningkatan partisipasi pada kelompok masyarakat pada tingkat pendidikan rendah dan menengah dengan penerapan konsultasi publik. Konsultasi publik dapat dilakukan melalui pembentukan forum kesehatan warga di lingkungan RW ataupun desa. *Kedua*, upaya untuk mengatasi respon birokrasi yang kaku dengan membuka ruang diskresi petugas layanan yang berada dalam garda terdepan. Strategi yang ditempuh dalam menekan karakter exit adalah dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. *Pertama*, pemerintah daerah beserta jaringannya (dinas kesehatan,UPTD Jamkes, rumah sakit dan jaringannya) harus memberikan perhatian pada penerapan *total coverage* dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan Jamkesda. *Kedua*,petugas pelaksana jamkesda dan jaringannya harus memberikan pemahaman ke masyarakat terkait dengan hak dan kewajiban dalam pemanfaatan Jamkesda secara menyeluruh.

Daftar Pustaka

Agyeibaffour, Peter, 2013, "Knowledge, Perceptions, and Expectations of Capitation Payment System in a Health Insurance Setting: A Repeated Survey of Client and health Providers in Kumasi Ghana", *Journal of Biomed Central Public Health 13:1220*, diakses tanggal 6 Agustus 2014, dari http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1220

Almi, Hasymi, 2002, Pengantar Asuransi, Bumi Aksara, Jakarta

Andersen, Ronald M, 1995, "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?", *Journal of Health and Social Behaviour 36:1-10*, diakses tanggal 25 Maret 2015, dari www.google.com

Aprillianty, Evy, 2014, Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Perilaku Komplain, Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana, Bali, diakses tanggal 5 Februari 2015, dari http://ojs.unud.ac.id/index.php/Manajemen/article/download/8669/7165

Arun, Thankom dkk, 2012, "Bequest Moives and Determinants of Micro Life Insurance", *Journal of World Development 40:1700-1711*, diakses tanggal 13 Agustus 2014, dari www.elsevier.com/locate/worlddev

Balooni, Kulbhushan dkk, 2012, "Chalenges in The Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India", *Journal of IIM Kozhikode Society and Management Review 1:21-32*, diakses tanggal 5 Agustus 2014, dari http://ksm.sagepub.com/content/1/1/21

Bai, Chong-En dkk, 2014, "Health Insurance and Consumption: Evidence from China's New Cooperative Medical Scheme", *Journal of Comparative Economics 42:450-469*, diakses tanggal 30 Juli 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.jce.2013.07.005

Bauhoff, Sebastian, 2012, "Do health plans risk-select?An audit study on Germany's Social Health Insurance", *Journal of Public Economics 96:750-759*, diakses tanggal 5 Agustus 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.jpubeco.2012.05.011

Biro Pusat Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta, 2014**, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) menurut Komponen dan Kabupaten/Kota di D.I. Yogyakarta 2011-2012, Yogyakarta**

Biro Pusat Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta, 2014, Jumlah Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan menurut Kabupaten/Kota di D.I. Yogyakarta 2011-2012, Yogyakarta

Biro Pusat Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta, 2014, Kesehatan, Yogyakarta

Binnendjik, Erika dkk, 2013, "Estimating Willingness-to-pay for Health Insurance Among Rural Poor in India by Reference to Engel's Law", *Journal of Social and Medicine 76:67-73*, diakses tanggal 31 Juli 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.006

Chen, Yuyu dkk, 2012, "Does Health Insurance Coverage Lead to Better Health and Educational Outcomes?Evidence from Rural China", *Journal of Health Economics 31:1-14*, diakses tanggal 30 Juli 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.11.001

Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, 2010, Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo 2010

Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, 2011, Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo 2011

Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, 2013, Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta 2012, Yogyakarta

Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, 2014, Jumlah Rumah Sakit dan Kapasitas Tempat Tidur menurut Kabupaten/

Kota di D.I. Yogyakarta tahun 2012, Yogyakarta

Derbile, Kanchebe Emmanuel, 2012, "Repackanging Exemptions Under National Health Insurance in Ghana: How Can Access to care for The Poor be Improved", *Journal of Health Policy and Planning 27:204-214*, diakses tanggal 5 Agustus 2014, dari http://heapol.oxfordjournals.org/

Dwicaksono, Adinantera dkk, 2012, Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah: Laporan Pengkajian di 8 kabupaten/kota dan 2 Provinsi, edisi 1, Bandung, Perkumpulan INISIATIF

Denhardt, Robert B dan Denhardt Janet V, 2003, *The New Public Service: Serving, not Steering*, M.E. Sharpe, New York

Dwiyanto, Agus, 2008, Mewujudkan *Good Governance* Melalui Pelayanan Publik, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press

Dwiyanto, Agus, 2010, Manajemen Pelayanan Publik: Peduli, Inklusif, dan Kolaboratif, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press

Ellyawati, Jeanne, 2013, Disertasi: Pengaruh Persepsi Keadilan Pada Kepuasaan Pemulihan dan Niat Konsumen Berperilaku Dalam Konteks Kegagalan Layanan: Studi Ekspeimen Terhadap Konsumen Pengadu dan Bukan Pengadu, Program Doktor Ilmu Ekonomi Manajemen, Universitas Gadjah Mada

Eriyanto, 2011, Analisis Isi, Jakarta, Prenada Media

Fink, Gunther dkk, 2013, "Does Health Insurance Improve Health? Evidence from a Randomized Community-Based Insurance Rollout in Rural Burkina Faso?", *Journal of Health Economics 32:1043-1056*, diakses tanggal 31 Juli 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.08.003

Ghoniyah, Nunung, 2014, Perilaku Komplain dan Pengaruhnya Terhadap Kepuasaan dan Loyalitas Pelanggan Jasa, Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung , Semarang, diakses tanggal 5 Februari2015, dari http://www.ejurnal.stiedharmaputra-smg.ac.id/index.php/DE/article/viewFile/56/55

Ife, Jim dan Tesoriero, Frank, 2008, *Community Development*: Alternatif Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi, Pustaka Pelajar, Yogyakarta

Hirschman, A, 1970, "Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States", *Harvard University Press*, Diakses tanggal 6 September 2014, dari en.bookfi.org

Jahandideh, Behrouz dkk, 2014, "Cross-Cultural comparison of Chinese and Arab Consumer Complaint Behavior in The Hotel Conteext", *International Journal of Hospitality Management 41: 67-76* diakses tanggal 5 februari 2015, dari www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278431914000735

Kurniawan J, Lutfhi dkk, 2008, Paradigma Kebijakan Pelayanan Publik: Rekonstruksi Pelayanan Publik Menuju Pelayanan yang Adil, Berkualitas, Demokratis, dan Berbasis hak Rakyat, Malang, In-TRANS Publishing

Kondo, Ayako dkk, 2013, "Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, and Supply-side Responses: Evidence from Japan", *Journal of Public Economics 99:1-23*, diakses tanggal 5 Agustus 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.jpubeco.2012.12.004

Liu, Kai, 2014, "Examining The Association Between Social Health Insurance Participation and Patiens' Out of Pocket Payment in China: The Role of Institutional Arrangement", *Journal of Social Science and Medicine*, diakses tanggal 4 Agustus 2014, dari http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.011

Lee, Yuri dkk, 2012, "Ethical Assessment of National Health Insurance System of Korea", *Journal of Public Health 24(5):872-879*, diakses tanggal 5 Agustus 2014, dari http://aph.sagepub.com/content/24/5/872

Martono, Nanang, 2010, Metode Penelitian Kuantitatif: Analisis Isi dan Analisis Data Sekunder, Jakarta, Raja Grafindo

Appendix

Table 2. List of Poor Families in Kulon Progo
Getting Health Care Insurance for 2005-2009[1]

No	years	Poor people	Gettimg Insurance	Persentase
1	2005	221128	51229	23,16 %
2	2006	221128	174776	79,03 %
3	2007	221128	197893	89,49%
4	2008	221128	197893	89,49%
5	2009	221128	197893	89,49%

Source: Public Health Departement District Kulon Progo, 2010

Table 3. IPM Index District/City in DIY 2011

DISTRICT/CITY	LIFE EXPECTANCY	THE LITERACY RATE	AVERAGE OF OLD SCHOOL	REAL SPENDING PERCAPITA ADJUSTED	IPM	IPM RATINGS
KULON PROGO	74,38	90,69	8,2	630,38	74,49	106
BANTUL	71,31	91,03	8,82	646,08	74,53	107
GUNUNG KIDUL	70,97	84,66	7,65	625,2	70,45	285
SLEMAN	75,06	92,61	10,3	647,84	78,2	14
YOGYAKARTA	73,44	98,03	11,48	649,71	79,52	1
DIY	73,22	90,84	9,07	646,56	75,77	4

Source: BPS DIY[2]

Table 5. Number of Poor and Poverty Line
by District / City in D.I. Yogyakarta 2011-2012

DISTRICT/CITY	September 2011			September 2012		
	POVERTY LINE	NUMBER OF POOR PEOPLE (000)	%	POVERTY LINE	NUMBER OF POOR PEOPLE (000)	%
KULON PROGO	240301	92,8	23,62	256575	92,4	23,32
BANTUL	264546	159,4	17,28	284923	158,8	16,97
GUNUNG KIDUL	220479	157,1	23,03	238438	156,5	22,72

1 Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, 2010, Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo 2010, hal 8

2 Biro Pusat Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta, 2014, **Indeks Pembangunan Manusia (IPM) menurut Komponen dan Kabupaten/Kota di D.I. Yogyakarta 2011-2012, Yogyakarta**

SLEMAN	267107	117,3	10,61	288048	116,8	10,44
YOGYAKARTA	314311	37,7	9,62	340324	37,6	9,38
DIY	257909	564,3	16,14	270110	562,1	15,88

Source: BPS DIY[3]

Table 10. The last time the people who seek treatment using Jamkesda

No	analysis	(%)
1	Respondents who said: Yes	86,7
2	Respondents who said: No	13,3

Sumber: data sekunder Jurusan MKP bekerjasama dengan TIFA Foundation (N=376)

Table 12. Sex in District of Kulon Progo

No	Analysis	(%)
1	Male	42
2	Female	58

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 13. Age Category

No	analysis	Percentage (%)
1	Age less than or equal to 30 years	19
2	Age 31-50 years	53
3	Age 51-65 years	21
4	Age over 65 years	7

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 14. Education Category

No	Analysis	Percentage (%)
1	Bachelor (S1)	3,7
2	Diploma I-III	2,4
3	Senior High School	38,8
4	Junior High School	21,8
5	elementary School	22,3
6	No school / did not complete primary school	10,9

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 15. Types of Work in Kulon Progo District

No	Analysis	Percentage (%)
1	House Wife	25,8
2	Farmer	25,5
3	Interpreneur	17,3
4	Trader	12,5
5	Labour	6,6

3 Biro Pusat Statistik Daerah Istimewa Yogyakarta, 2014, Jumlah Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan menurut Kabupaten/Kota di D.I. Yogyakarta 2011-2012, Yogyakarta

6	Village officials	1,6
7	retired	0,5
8	Student	1,3
9	unemployement	1,9
10	Others	4,3

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 16. Income People Category in Kulon Progo District

No	Uraian	Persentase (%)
1	More income greater than 4,000,000	0,5
2	More income to 3,000,000-4,000,000	1,6
3	More income to 2,000,000- 3,000,000	2,1
4	More income to1,000,000-2,000,000	16,2
5	More income to 500,000-1,000,000	38
6	Income less than or equal to 5,00,000	41,5

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 17. Public understanding of User Rights Jamkesda

No	Analysis	Percentage (%)	
		know	Do not know
1	The amount of costs incurred	22,3	77,7
2	Inpatient class	55,9	44,1
3	The type of covered financing	19,9	80,1
4	Service place coverage	33,8	65,7

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 19. Resources received by the public that related jamkesda

No	Analysis	Percentage (%)
1	Health facilities	40,7
2	Village government	29
3	Household	11,2
4	Mass media	0,5
5	others	2,7

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Tabel A.1. Public Dissatisfaction against Jamkesda System in Terms of Predisposition factors and Capability Resources

No	analysis	sex		Age Level		Education Level			Income Level	
		Female	Male	<=45 years	>45 years	low	medium	high	<=1 million	>1million
1	Target accuracy	14,7	12,7	14,9	12,3	12,9	14,5	13,0	13,1	16,9
2	The amount of costs incurred	9,7	11,4	11,3	9,1	8,9	11,0	13,0	8,7	16,9
3	Inpatient class	18,0	27,2	23,5	19,5	15,3	24,6	30,4	18,8	33,8

4	The type of covered financing	6,0	4,4	6,8	3,2	2,4	7,5	0	4,4	9,1
5	Service place coverage	5,1	7,0	6,8	4,5	0,8	7,8	13,0	4,4	11,7
6	Quality of health care	12,9	19,7	16,8	14,3	12,9	17,6	13,0	14,5	20,8

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table A.2 Public dissatisfaction against Outpatient Services terms of predisposition factors and Capability Resources

No	analysis	sex		Age Category		Education Category			Income Category	
		Male	<=45 years	>45 years	low	medium	high	<=1 million	>1 million	>1juta
1	Professionality registration service	13,4	14,4	18,9	6,5	12,4	13,6	25	12,4	19,4
2	Professionality doctor	5,9	9,3	7,8	6,5	3,1	8,4	18,8	6,6	9,7
3	Professionality paramedic	8,1	11,9	11,7	6,5	7,2	9,9	18,8	9,5	9,7
4	Professionality drug care staff	17,2	11,9	18,3	10,5	10,3	15,2	43,8	13,6	21,0
5	availability of drugs	17,2	16,9	17,8	16,1	11,3	17,3	50	15,3	24,2
T	Quality of examination room	9,1	7,6	7,8	9,7	8,2	8,4	12,5	7,0	14,5
7	Quality of medical equipment	4,3	9,3	7,2	4,8	2,1	7,9	12,5	5,4	9,7

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table A.3. Public Dissatisfaction against Inpatient Services in terms of predisposition factors and Capability Resources

No	Analysis	Sex		Age Category		Education Category			Income Category	
		female	male	<=45 years	>45 years	low	medium	high	<=1 million	>million
1	Professionality registration service	11,3	11,3	14,6	6,1	7,4	13,1	14,3	9,9	16
2	Professionality doctor	5,2	9,3	9,2	3,7	1,5	10,8	0	6,2	10
3	Professionality paramedic	7,8	20,6	15,4	11,0	10,3	15,4	14,3	13,6	14
4	Professionality drug care staff	11,3	10,3	10,8	11,0	7,4	13,1	7,1	11,7	8
5	availability of drugs	13,0	12,4	11,5	14,6	11,8	12,3	21,4	11,1	18
6	Quality of examination room	31,3	41,2	32,3	41,5	33,8	36,2	42,9	34,0	42
7	Quality of medical equipment	4,3	7,2	5,4	6,1	4,4	6,2	7,1	4,3	10

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 44. Purpose Complaining Against User Reactions Jamkesda in Kulon Progo.District

No	Submission goal complaints	Complain behaviour		
		Submit a complaint to the other party	Submit a complaint to UPTD Jamkes	Submit a complaint to Health Facilities Staff
1	Wishing compensation	33,3	22,2	18,0
2	Wishing service improvement	88,9	100	98,4
3	Adequate explanation	55,6	77,8	86,7

4	Expecting an apology	44,4	27,8	50,8
5	Expressing their dissapointment	55,6	44,4	57,8

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table A.4. The dominant reaction in making a complaint to delivering directly to the health facility staff

No	Analysis	Sex		Age Category		Education Category			Income Category	
		Male	Female	>45 years	<=45 years	Low	Medium	High	>1 million	<1 million
1	submit a complaint to the other party	3,8	1,4	0,6	3,6	4,3	3,1	0,8	3,9	2,0
2	submit a complaint to UPTD Jamkesda	7,0	3,7	1,9	7,2	17,4	5,7	1,6	11,7	3,3
3	submit a complaint to health facilities staff	34,2	34,4	29,7	37,6	69,6	38,6	20	39,0	33,1

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 46. Respond Service Providers to Complaint Behaviour

No	Analysis	Percentage (%)
1	Direct improvement	12
2	Promise to improvement	4
3	Explain the limitations	36
4	Apologize	16
5	Neglect	16
6	Angry and deny	4
7	Do not know	12

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 51. Satisfaction Users Citizen in Jamkesda System

No	Analysis	Satisfaction (%)	Unsatisfaction
1	Quality of health care	69,5%	15,8%
2	Service place coverage	25,6%	5,9%
3	The type of covered financing	17,1%	5,3%
4	Inpatient class	32,0%	21,9%
5	The amount of costs incurred	15,7%	10,4%
6	Ease of use in health facilities service	77,8%	11,2%
7	Information Services	49,9%	26,1%
8	Ease of use in registration service	84,5%	12,5%
9	Target accuracy	77,6%	13,9%

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 52. Self-deception users citizen in the utilization Jamkesda Programme

No	Analysis	Percentage (%)
1	still using it but complementing it with dissatisfaction responses toward *Jamkesda* program.	6,4
2	let it be and still utilizing *Jamkesda* program although experiencing dissatisfaction	46,0

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table 54. Service Provider Respond to Complaints Behaviour

No	Respon Service Providers						
	Speed time to respond complaints		Repair service after complaints			A long time doing repair	
	In one day (%)	>1-7day (%)	Make repair (%)	Not repair (%)	Don't know (%)	In one day (%)	>1-7 day (%)
1	78	22	39	23	38	89	11

Source: secondary data by Department of Public Policy and Management cooperating with TIFA Foundation (N=376)

Table A.5. Self-deception users citizen in the utilization Jamkesda Programme from Predisposisi and Enabling Resources Factor

No	Analysis	sex		Age Category		Education Category			Income Category	
		male	female	>45 year	<=45 years	low	medium	High	>1 million	<1 million
1	Still using it but complementingit with dissatisfaction responses toward Jamkesda programme	5,7	6,9	5,8	6,8	0	7,9	4,8	6,5	6,4
2	Let it be and still utilizing Jamkesda programme although experiencing dissatisfaction	43,0	48,2	56,1	38,9	4,3	38,6	67,2	35,1	48,8

Source: secondary data by Department of Public Policy and Managem