

Kebutuhan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Perdesaan

Health Insurance Need in Rural Areas

Arif Kurniawan, Arih Diyaning Intiasari

Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman

Abstrak

Jaminan kesehatan adalah salah satu cara untuk mengurangi beban pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan masyarakat. Sebagian besar masyarakat perdesaan di Kabupaten Banyumas yang mempunyai tingkat kemampuan membayar pelayanan kesehatan rendah belum mempunyai jaminan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan jaminan dan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan masyarakat daerah. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain studi *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh kepala keluarga di Kabupaten Banyumas dengan jumlah sampel 130 orang. Metode analisis yang digunakan meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Penelitian menemukan bahwa sebagian besar masyarakat Kabupaten Banyumas (72,3%) membutuhkan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Terdapat hubungan antara pendidikan, pengetahuan, pendapatan, dan keyakinan terhadap mutu pelayanan kesehatan serta pola pembiayaan kesehatan dengan kebutuhan Jamkesda. Persepsi berpengaruh terhadap tarif pelayanan kesehatan dengan kebutuhan Jamkesda. Persepsi terhadap tarif pelayanan kesehatan merupakan variabel yang berpengaruh terhadap kebutuhan Jamkesda.

Kata kunci: Kebutuhan, pembiayaan kesehatan daerah, jaminan kesehatan

Abstract

Health insurance is one of the ways to reduce the burden of health financing issued by the society. Most communities in Banyumas district living in rural areas do not have health insurance. Rural communities in Banyumas district have low ability to pay health care services. The aim of this study is to analyze the health insurance needs of local communities and the factors that affect the public health insurance need of the area. This study is an observational study with survey research methods. This study used cross sectional approach. The study population was all households in Banyumas district. The research sample consisted of 130 people. Retrieval research da-

ta used a questionnaire instrument. Analysis of research data used univariate, bivariate, and multivariate. The research was conducted in Banyumas district. Most people in Banyumas district (72,3%) required regional health insurance. The result showed no relationship between education, knowledge, income, beliefs in health care quality and patterns of health financing in local communities needs of health insurance. The result showed the influence perceptions of health care rates with the health insurance needs of local communities. Perceptions of health care is a variable rate which affects the health insurance needs of local communities.

Key words: Needs, district health financing, health insurance

Pendahuluan

Saat ini, sekitar 60% pembiayaan kesehatan ditanggung oleh rumah tangga dalam bentuk pembayaran langsung kepada penyedia pelayanan kesehatan (*out of pocket payment*). Pembayaran tersebut berpotensi menyebabkan pemiskinan, anggota rumah tangga yang mengalami sakit berat dengan biaya mahal menghadapi “malapetaka” keuangan rumah tangga. Jaminan kesehatan merupakan salah satu cara untuk mengurangi beban pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan oleh setiap individu warga masyarakat. Sayangnya, di Indonesia sampai saat ini jumlah masyarakat yang mempunyai jaminan kesehatan masih sangat terbatas, kurang dari 20% dari total penduduk. Diperlukan sosialisasi yang menyeluruh agar masyarakat mau terlibat dalam pengembangan sistem jaminan kesehatan melalui partisipasi aktif dalam berbagai sistem jaminan kesehatan. Masyarakat tidak perlu “di-

Alamat Korespondensi: Arif Kurniawan, Jurusan Kesehatan Masyarakat FKIK Universitas Jenderal Soedirman Gd. B, Jl. Dr. Suparno Karangwangkal Purwokerto, Hp. 085640333993, e-mail: arif_kurnia78@gmail.com

paksa” untuk didaftar oleh pemerintah, tetapi harus sukarela mendaftarkan diri dalam berbagai program jaminan kesehatan.

Jaminan kesehatan diperlukan bagi perdesaan maupun perkotaan. Sebagai contoh, Yogyakarta telah memiliki kebijakan untuk menjamin warga kota, khususnya masyarakat miskin oleh program jaminan kesehatan seperti asuransi kesehatan, jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), dan jaminan kesehatan sosial.¹ Pengembangan jaminan kesehatan bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin sangat diperlukan termasuk di Kabupaten Banyumas. Dari tahun ke tahun banyak masyarakat Kabupaten Banyumas yang belum mempunyai jaminan kesehatan. Tahun 2009, pemerintah Kabupaten Banyumas harus menganggarkan pengeluaran sampai Rp3,1 miliar untuk subsidi kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu dan pada bulan Juli tahun 2009 anggaran tersebut telah habis. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2008, jumlah keluarga miskin di Kabupaten Banyumas tercatat 160.157 kepala keluarga (KK). Apabila setiap KK rata-rata mempunyai 4 anggota keluarga maka warga miskin di Kabupaten Banyumas berjumlah sekitar 640.628 jiwa, padahal kuota Jamkesmas yang diberikan pemerintah pusat kepada Kabupaten Banyumas mencapai 658.945 orang dan nonkuota Jamkesmas sejumlah 94.290 jiwa. Selain warga miskin nonkuota Jamkesmas, sebagian besar masyarakat Kabupaten Banyumas di wilayah perdesaan cenderung belum mempunyai jaminan pelayanan kesehatan dan kemampuan membayar pelayanan kesehatan yang masih rendah.

Kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membayar pelayanan kesehatan di Kabupaten Banyumas yang tidak mempunyai jaminan pelayanan kesehatan menunjukkan rata-rata kemampuan membayar pelayanan rawat jalan puskesmas Rp23.990,81 dan rata-rata kemauan membayar pelayanan rawat jalan puskesmas Rp7.085,71. Hal tersebut mengindikasikan bahwa kemauan membayar masyarakat masih di bawah kemampuan membayar pelayanan rawat jalan dan *unit cost* biaya pelayanan rawat jalan puskesmas. Kemampuan membayar pelayanan kesehatan masyarakat Kabupaten Banyumas untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap jauh lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat yang tidak terlindungi jaminan pemeliharaan kesehatan terutama masyarakat yang mempunyai mata pencaharian sebagai petani, pedagang, dan buruh di Kabupaten Banyumas.²

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) di wilayah perdesaan Kabupaten Banyumas dan faktor-faktor yang memengaruhinya

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain studi *cross sectional*. Penarikan sampel dilakukan secara acak dan didapatkan jumlah sampel minimal sebesar 130 orang yang terbagi secara proporsional di 5 kecamatan yaitu Kecamatan Kembaran, Kecamatan Sumbang, Kecamatan Jatilawang, Kecamatan Cilongok, dan Kecamatan Baturaden.

Hasil

Sebagian besar responden berusia antara 20 – 50 tahun (73,8%), sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (53,8%), dan sebagian besar responden berpendidikan dasar (73,8%). Responden sebagian besar mempunyai pekerjaan sebagai buruh (32,3%) dan pedagang (32,3%). Responden sebagian besar mempunyai tingkat pendapatan yang sedang yakni 71,5% (Tabel 1).

Sebagian besar responden (65,4%) mempunyai pengetahuan baik tentang Jamkesda dan sisanya (34,6%) mempunyai pengetahuan kurang baik tentang Jamkesda. Mayoritas responden (59,2%) mempunyai kepercayaan baik tentang mutu pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan sisanya (40,8%) mempunyai kepercayaan kurang baik tentang mutu PPK. Sebagian besar responden (54,6%) mempunyai pola pembiayaan kesehatan baik dan sisanya (45,4%) mempunyai pola pembiayaan kesehatan kurang baik. Mayoritas responden (59,2%) mempersepsikan tarif pelayanan kesehatan baik dan sisanya (40,8%) mempersepsikan tarif pelayanan kesehatan kurang baik. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden (72,3%) membutuhkan Jamkesda dan sisanya (27,7%) tidak membutuhkan Jamkesda (Tabel 2).

Berdasarkan hasil analisis hubungan dengan *Ranks Spearman* diketahui bahwa pengetahuan tentang

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase
Umur	< 20 tahun	1	0,8
	20 – 50 tahun	96	73,8
	50 tahun ke atas	33	25,4
Jenis kelamin	Laki – laki	70	53,8
	Perempuan	60	46,2
Tingkat pendidikan	Tidak sekolah	5	3,8
	Pendidikan dasar	96	73,8
	Pendidikan menengah	23	17,7
	Perguruan tinggi	6	4,6
Pekerjaan	Tidak bekerja	2	1,5
	Petani	17	13,1
	Pedagang	42	32,3
	Buruh	42	32,3
	Karyawan swasta	1	0,8
Pendapatan	Ibu rumah tangga	26	20,0
	Rendah	8	6,2
	Sedang	93	71,5
	Tinggi	29	22,3

Tabel 2. Hasil Analisis Univariat

Variabel	Kategori	n	%
Pengetahuan Jamkesda	Kurang baik	45	34,6
	Baik	85	65,4
Kepercayaan mutu pelayanan	Kurang baik	53	40,8
	Baik	77	59,2
Pola pembiayaan kesehatan	Kurang baik	59	45,4
	Baik	71	54,6
Persepsi tarif pelayanan kesehatan	Kurang baik	53	40,8
	Baik	77	59,2
Kebutuhan Jamkesda	Tidak	36	27,7
	Ya	94	72,3

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat

Variabel	Sig
Pendidikan	0,501
Pendapatan	0,207
Pengetahuan tentang Jamkesda	0,017*
Kepercayaan tentang mutu pelayanan kesehatan	0,898
Pola pembiayaan kesehatan	0,192
Persepsi terhadap tarif pelayanan kesehatan	0,003*

Keterangan:

*Ada hubungan

Jamkesda (0,017) dan persepsi terhadap tarif pelayanan kesehatan (0,003) adalah variabel yang berhubungan terhadap kebutuhan Jamkesda sebab mempunyai nilai signifikansi $p \leq 0,025$ (Tabel 3).

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik dengan metode *Backward Wald*. Berdasarkan hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh bersama semua variabel penelitian meliputi pendidikan, pendapatan, pengetahuan tentang Jamkesda, kepercayaan terhadap mutu pelayanan kesehatan, dan pola pembiayaan kesehatan terhadap kebutuhan Jamkesda. Persepsi terhadap tarif pelayanan kesehatan adalah variabel penelitian yang paling berpengaruh terhadap kebutuhan Jamkesda (Tabel 4).

Pembahasan

Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar masyarakat Kabupaten Banyumas (72,3%) membutuhkan Jamkesda. Hal ini menunjukkan tingkat kesadaran masyarakat yang tinggi terhadap pembiayaan kesehatan. Mereka semakin sadar ketidakmampuan mengakses pelayanan rawat inap. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian analisis kemampuan dan kemauan membayar pelayanan kesehatan di Kabupaten Banyumas pada masyarakat yang tidak mempunyai jaminan pelayanan kesehatan. Rata-rata kemampuan membayar pelayanan rawat jalan puskesmas di Kabupaten Banyumas adalah Rp23.990,81 dan rata-rata

kemauan membayar pelayanan rawat jalan puskesmas di Kabupaten Banyumas adalah Rp7.085,71. Hal tersebut menunjukkan bahwa kemauan membayar pelayanan rawat jalan masyarakat di puskesmas masih di bawah kemampuan bayar pelayanan rawat jalan puskesmas dan *unit cost* biaya pelayanan rawat jalan puskesmas. Dalam memanfaatkan pelayanan rawat inap, kemampuan bayar pelayanan kesehatan masyarakat Kabupaten Banyumas jauh lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat yang tidak terlindungi jaminan pemeliharaan kesehatan terutama masyarakat yang mempunyai mata pencaharian sebagai petani, pedagang, maupun buruh di Kabupaten Banyumas.²

Penelitian pada masyarakat wilayah perdesaan di Ghana menemukan fakta bahwa dengan cakupan asuransi yang baru mencapai 35% dari jumlah populasi penduduk, masyarakat mengaku cukup puas dengan pelayanan kesehatan dan premi yang mereka bayar. Skema pembiayaan tersebut dirasakan membantu meringankan beban ekonomi warga ketika sakit.³ Pembentukan model asuransi kesehatan untuk pelayanan kesehatan akibat penyakit demam berdarah di Kamboja juga dirasakan meringankan beban ekonomi masyarakat miskin.⁴

Di sisi lain, pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan pada masyarakat dengan pembiayaan ditanggung sepenuhnya oleh masyarakat dapat mengakibatkan pembengkakan biaya pelayanan kesehatan. Terdapat fakta di beberapa negara berkembang bahwa pemberian perlindungan secara finansial terhadap pelayanan kesehatan dalam bentuk jaminan kesehatan justru memperbesar biaya pelayanan kesehatan akibat peningkatan pemakaian pelayanan kesehatan yang tidak perlu. Penggunaan pelayanan kesehatan secara berlebihan tersebut dilakukan oleh masyarakat *near poor* dengan mendaftarkan diri sebagai masyarakat miskin agar memperoleh jaminan kesehatan. Bahkan berkembang pula kenyataan bahwa cakupan asuransi kesehatan yang berkembang saat ini mereduksi perilaku preventif masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan mereka.⁵

Evaluasi penetapan tarif pelayanan esensial menunjukkan bahwa pengelolaan dana dengan penggantian biaya (klaim) pada jaminan kesehatan mengakibatkan kenaikan biaya yang cukup tajam.⁶ Tingkat kebutuhan jaminan pemeliharaan kesehatan yang tinggi disebabkan oleh pengeluaran pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga yang tinggi. Beberapa faktor yang memengaruhi *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah variabel demografi, status kesehatan, perilaku kesehatan, dan pendidikan.⁷

Partisipasi masyarakat dalam pembiayaan Jamkesda sangat diperlukan sehingga tidak menyebabkan ketergantungan pada pemerintah daerah. Akan tetapi, dukungan dari semua *stakeholder* termasuk pemerintah adalah faktor utama selain faktor kesiapan sumber daya

Tabel 4. Hasil Analisis Multivariat dengan Regresi Logistik

Variabel	B	SE	Wald	Df	Sig	Exp (B)
Persepsi tarif pelayanan kesehatan	1,054	0,425	6,151	1	0,013	2,869

manusia, kesiapan fasilitas pendukung, dan penetapan kriteria masyarakat yang layak mendapatkan jaminan kesehatan.⁸ Penelitian Jamkesda di Kabupaten Sinjai menunjukkan bahwa sebagian besar peserta Jamkesda Sinjai menganggap *benefit package* sesuai dengan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan Jamkesda Sinjai dan *stakeholder* berharap eksistensi Jamkesda harus ditingkatkan dengan peningkatan premi dan subsidi keluarga miskin, serta pengelolaan sumber dana lain untuk membiayai Jamkesda.⁹

Penelitian ini menemukan tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan, pendapatan, pengetahuan, keyakinan terhadap mutu pelayanan, dan pola pembiayaan kesehatan dengan kebutuhan Jamkesda. Namun, terdapat hubungan antara persepsi tentang tarif pelayanan kesehatan dengan kebutuhan Jamkesda.

Hasil tersebut tidak sesuai dengan pernyataan bahwa kebutuhan dan *demand* terhadap kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sosial budaya, dan keadaan sosial ekonomi. Jika ketiganya baik maka secara relatif kebutuhan dan *demand* terhadap kesehatan akan tinggi. Sebaliknya, tuntutan terhadap kesehatan akan menurun apabila tingkat pendidikan, keadaan sosial budaya, dan sosial ekonomi belum memuaskan atau tidak memungkinkan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.¹⁰ Hasil tersebut juga tidak sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya bahwa berbagai faktor yang memengaruhi permintaan asuransi meliputi variabel pendidikan, usia, jumlah anak, dan pekerjaan.¹¹

Berbagai faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap kepemilikan asuransi kesehatan di Afrika adalah lokasi tempat tinggal di perkotaan dan perdesaan, pendapatan keluarga, tingkat pendidikan, sanitasi lingkungan, umur, kebiasaan merokok, dan status perkawinan.¹² Penelitian pada masyarakat petani di Cina menemukan bahwa pekerjaan orang tua memengaruhi pemilihan paket asuransi kesehatan bagi anak usia sekolah.¹³

Demand pelayanan kesehatan dipengaruhi beberapa faktor pendapatan, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan.¹⁴ Hasil analisis secara ekonometri menunjukkan bahwa kondisi ekonomi rumah tangga yang berkaitan dengan responden mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemauan untuk membayar.¹⁵ Penelitian lain menyatakan tingkat pendapatan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap keputusan responden untuk mau

membayar.¹⁶

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian tentang faktor-faktor yang memengaruhi kesinambungan kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Kabupaten Purbalingga bahwa keterjangkauan biaya premi berhubungan dengan kesinambungan kepesertaan. Responden yang mempunyai persepsi baik terhadap tarif pelayanan lebih membutuhkan (81,8%) dibandingkan dengan responden yang mempunyai persepsi kurang baik terhadap tarif pelayanan (58,5%).¹⁷

Hasil analisis tabulasi silang menunjukkan terdapat perbedaan proporsi responden dengan berbagai tingkat pendidikan dengan kebutuhan Jamkesmas. Tidak terdapat perbedaan secara statistik ini yang menyebabkan tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan kebutuhan Jamkesda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang paling membutuhkan Jamkesmas adalah yang berpendidikan dasar (77,1%) dan yang terendah adalah yang tidak sekolah (40,0%). Namun, tidak terdapat perbedaan proporsi responden antara berbagai tingkat pendapatan. Seharusnya responden yang berpendapatan rendah lebih membutuhkan dibandingkan responden yang berpendapatan lebih tinggi. Proporsi responden berpendapatan rendah yang membutuhkan Jamkesda sebesar 75,0%, yang berpendapatan sedang sebesar 75,3%, dan yang berpendapatan tinggi sebesar 72,3%. Hal tersebut menunjukkan bahwa semua tingkat pendidikan membutuhkan Jamkesda. Fenomena ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya. Secara teoretis, seseorang dengan pengetahuan yang baik tentang Jamkesda akan mempunyai kebutuhan Jamkesda yang lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang mempunyai pengetahuan kurang baik. Proporsi responden yang berpengetahuan kurang baik lebih membutuhkan jaminan kesehatan (73,3%) dibandingkan dengan yang berpengetahuan baik (71,8%). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kebutuhan jaminan kesehatan antara yang berpengetahuan baik dan yang berpengetahuan kurang baik. Responden yang berpengetahuan baik dan kurang baik sebagian besar membutuhkan Jamkesda.

Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara responden yang membutuhkan Jamkesda. Proporsi responden yang mempunyai keyakinan mutu PPK yang baik sebesar 72,7% dibandingkan dengan responden yang mempunyai keyakinan mutu PPK yang kurang baik sebesar 71,7%. Hal ini menunjukkan kebutuhan Jamkesda yang

sama antara responden yang mempunyai keyakinan mutu PPK baik dengan responden yang mempunyai keyakinan mutu PPK kurang baik. Penelitian ini menunjukkan proporsi responden yang mempunyai pola pembiayaan kesehatan yang kurang baik membutuhkan Jamkesda sebesar 78,0% dan proporsi responden yang mempunyai pola pembiayaan kesehatan yang baik membutuhkan Jamkesda sebesar 67,6%. Secara teoretis, seharusnya responden yang mempunyai pola pembiayaan kesehatan yang baik lebih membutuhkan Jamkesmas. Hal ini menunjukkan fenomena berbeda dengan teori yang ada. Namun, tidak terdapatnya perbedaan signifikan antara kebutuhan Jamkesda pada kedua kelompok responden ini menyebabkan tidak terdapatnya hubungan keyakinan mutu PPK dengan kebutuhan Jamkesda.

Kesimpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar masyarakat Kabupaten Banyumas (72,3%) membutuhkan Jamkesda. Selain itu, tidak terdapat hubungan antara pendidikan, pengetahuan, pendapatan, keyakinan mutu pelayanan kesehatan, dan pola pembiayaan kesehatan dengan kebutuhan Jamkesda. Terakhir, terdapat pengaruh persepsi terhadap tarif pelayanan kesehatan dengan kebutuhan Jamkesda.

Saran

Pemerintah daerah Kabupaten Banyumas disarankan segera menyusun peraturan daerah mengenai Jamkesda guna memenuhi kebutuhan Jamkesda. Selanjutnya, Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas disarankan bekerja sama dengan Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Jenderal Soedirman untuk melakukan studi lanjut tentang kemampuan membayar Jamkesda, model pengelolaan Jamkesda, dan bentuk promosi Jamkesda.

Daftar Pustaka

1. Sunarto. Sistem pembiayaan dan skema kelembagaan jaminan kesehatan daerah Kota Yogyakarta. *Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2011; 5 (6): 275-82.
2. Kurniawan A, Intiasari. Analisis kemampuan dan kemauan membayar masyarakat pada pelayanan rawat jalan tingkat pertama puskesmas di Kabupaten Banyumas. Jawa Tengah; 2010.
3. Nguyen H, Rajkotia Y, Wang H. The financial protection effect of Ghana national health insurance scheme: evidence from a study in two rural district. *International Journal for Equity in Health*. 2011; 10: 4. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/4>.
4. Khun S, Manderson L. Poverty, userfees, and ability to pay for health care for children with suspect dengue in rural Cambodia. *International Journal for Quality in Health*. 2008; 10. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/10>.
5. Spenkuch JL. Adverse selection and moral hazard among the poor: evidence from a randomized experiment. Working Paper Series. 2011.
6. Utami BS, Hendartini J. Evaluasi penetapan tarif pelayanan esensial pada pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2006; 9 (1).
7. Schultz E. Use of health and nursing care by the elderly. The European Network of Economic Policy Research Institutes Research Report. 2004: 2.
8. Muliaddin, Mukti AG, Budiningsih N. Analisis pembiayaan keluarga miskin di Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2005; 8 (3).
9. Iwan, Ali GM, Sigit R. Evaluasi besaran premi terhadap kesesuaian paket pelayanan kesehatan pada jaminan pemeliharaan kesehatan daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2008; 11 (2).
10. Siregar A. Persepsi masyarakat terhadap kebijakan pembebasan biaya retribusi pelayanan kesehatan dasar di puskesmas Kota Medan. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara; 2004.
11. Mulyoto D. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan asuransi beasiswa pada AJB bumiputera 1912 kantor operasional Yogyakarta Gondomanan. 2006.
12. Kirigia JM, Sambo LG, Ngandu B, Mwabu GM, Chatura R, Mwase T. Determinant of health insurance ownership among South African women. *Health Services Research*. 2005; 5 (17). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963-5-17>.
13. Zhu JM, Zhu Y, Liu R. Health insurance for rural/township schoolchildren in Pinggu, Beijing: coverage rate, determinants, disparities, and sustainability. *International Journal for Quality in Health*. 2008; 7 (23). Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/23>.
14. Trisnantoro L. Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2006.
15. Binam JN, Nkama A, Nkendah R. Estimating the willingness to pay for community health prepayment schemes in rural area: a case study of the use of contingent valuation surveys in Centre Cameroon. *Journal Institute of Agricultural Research for Development*. 2002; 1: 1-19.
16. Asfawa A, Braun JV. Can community health insurance schemes shield the poor against the downside health effects of economic reforms? the case of rural Ethiopia. *Journal of Health Policy*. 2004; 70: 97-108.
17. Kurniawan A, Gamelia E. Pengaruh faktor predisposisi dan faktor pendukung terhadap kesinambungan kepesertaan JPKM di Puskesmas Kaligondang Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Kesmas Indonesia*. 2008.